

Bogusława Piasecka^{1,2}, Agata Siwiec-Bek², Barbara Józefik³

WARIACJE NA TEMAT ZESPOŁU REFLEKTUJĄCEGO

VARIATIONS ON THE THEME OF THE REFLECTIVE TEAM

¹Uniwersytet Jagielloński, Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej, Instytut Psychologii Stosowanej

²Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży,
Ambulatorium Terapii Rodzin

³Fundacja Kontekst na Rzecz Rozwoju Psychoterapii i Terapii Rodzin

**reflective team
family therapy
co-therapy**

„Dlaczego ukrywaliśmy nasze rozważania na temat rodzin?”

Tom Andersen [1].

Streszczenie

Niniejsze opracowanie ma na celu pogłębienie wiedzy na temat przydatności refleksji w terapii rodzin. Proces refleksyjny w formie metody zespołu refleksyjnego (odzwierciedlającego) został opisany przez Toma Andersena jako filozofia leczenia opracowana na podstawie teoretycznych założeń systemowych i konstrukcjonizmu społecznego. Rodzina potrzebuje nowych pomysłów, by móc się zmieniać, tak jak system leczący potrzebuje rozmowy, superwizji, by dostrzec nowe rozwiązania, posłuchać innych punktów widzenia. Dlatego rozmowa stanowi podstawowe narzędzie leczące. Autorki – po wprowadzeniu w zagadnienie, opracowanym na bazie literatury przedmiotu – przedstawiły zapis rozmowy między terapeutkami rodzinnymi, prowadzonej podczas sesji. Rozmowy, której przysłuchiwała się rodzina. Zakończeniem tekstu jest dialog podsumowujący i walidujący proces refleksyjny.

Summary

The present study aims to deepen the understanding of the role and usefulness of reflection in family therapy. The reflective process—particularly in the form of the Reflective or Reflecting Team method—was conceptualized by Tom Andersen as a therapeutic philosophy grounded in systems theory and social constructionism. Just as families require new perspectives to facilitate change, the therapeutic system itself benefits from dialogue and supervision as means to uncover new solutions and to consider alternative viewpoints. In this sense, conversation becomes a central healing tool. Following an introduction to the topic, developed through a review of relevant literature, the authors present a transcript of a conversation between two female family therapists, conducted during a session in which the family was present as listeners. The text concludes with a dialogue that summarizes and validates the reflective process.

Wprowadzenie

Osoba oraz sposób myślenia i działania Toma Andersena miały i mają ogromny wpływ na psychoterapeutów, szczególnie pracujących z rodzinami i parami. Wyrazem tego może być poświęcona mu publikacja [2], w której 40 autorów — psychoterapeutów pochodzących z czterech kontynentów — oddaje mu hołd, doceniając jego sposób bycia, pomysły i pracę. Raphael J. Becvar [3] w recenzji wspomnianej książki pisze, że koncepcje Andersena definiują jego postawę wobec ludzi, przesyconą szacunkiem, zaciekawieniem i troską. John Shotter [4] w osobistym tekście o Andersenie, którego określa jako rozmyślającego, zaniepokojonego wędrowca, doceniając jego wkład w zmianę filozofii pracy psychoterapeutycznej, nawołuje „by zrobić coś więcej niż tylko upamiętnić jego osiągnięcia, musimy opracować sposób, aby nigdy o nich nie zapomnieć”.

Podejście Toma Andersena do psychoterapii, jego metoda pracy opierająca się na zespole reflektującym (odzwierciedlającym), były i są szczególnie bliskie także polskim psychoterapeutom, zwłaszcza tym, którzy mieli możliwość wziąć udział w jego warsztatach organizowanych w Krakowie. Uczestnicy warsztatów mogli wówczas doświadczyć jego niezwyklej umiejętności budowania bliskiej relacji, uważnego, wnikliwego słuchania, wrażliwości, jednoczesnej skromności i bezpośredniości. Wszystko to dawało poczucie, że jest się przez niego widzianym, słyszanim i odczuwanym [5].

Przedstawiając swój sposób myślenia i opowiadania o procesie reflektującym, który zmieniał się na przestrzeni lat, Andersen podkreślał, iż początkowo źródła refleksji poszukiwał w intelekcie, a później w uczuciowości, jednocześnie doceniając doznania cielesne. W relacjach interpersonalnych, ze szczególnym podkreśleniem relacji psychoterapeutycznej, kluczowa była dla niego obecność i uważność na drugiego, na siebie i wspólne bycie. Aby je budować, potrzebny jest stan umysłu, który autor nazywa stanem początkowym (ang. *beginner's mind* lub *original mind*). Nie stan wiedzy, lecz niewiedzy, dowiadywania się. Andersen uważał, że każdy kontakt człowieka z człowiekiem wiąże się z wzajemnym wpływem. Każde wypowiedziane słowo, gest czy ruch może zmieniać myślenie i te sekwencje zdarzeń poddaje się w psychoterapii procesowi refleksji. Ten rodzaj kontaktu interpersonalnego wymaga spowolnienia rozmowy i doświadczenia wspólnej obecności.

Inspiracją dla wypracowanego przez Toma Andersena podejścia do terapii były prace wielu autorów. Wśród najważniejszych należy wymienić Harolda Goolishiana, Harlene Anderson, Gregory'ego Batesona, Humberta Maturanę, Michała Bachtina, Lwa Wygotskiego i Adel Bülow-Hansen. Shotter wspomina, że ze spotkań z Goolishianem Andersen zrobił notatki, które przygotował dla Shottera przed wspólną pracą warsztatową. Niektóre z nich oddają ideę myślenia konstrukcjonistycznego [4], które było tłem teoretycznym metody Andersena. Warto w tym miejscu przytoczyć kilka zdań z tych notatek: „Nie wiesz, co myślisz, zanim tego nie powiesz. Musimy rozmawiać, żeby dowiedzieć się co myślimy. Jeśli chcesz, żeby terapia przebiegła szybko, musisz działać powoli. Musisz brać udział w jak największej liczbie rozmów zawodowych, a zwłaszcza z tymi, którzy myślą zupełnie inaczej niż ty. Kiedy pomysły zostają wypowiedziane na głos, nie są już twoje” [4].

Drugą znaczącą osobą była fizjoterapeutka Bülow-Hansen. Obserwując jej pracę, Andersen zauważył, że przed każdym kolejnym ruchem rąk zwracała szczególną uwagę na reakcję osoby na jej dotyk. Jeżeli był nieodpowiedni, zbyt silny lub zbyt słaby, ciało

osoby natychmiast dawało znać napięciem mięśni, grymasem, wokalizą. Istotą podejścia Bülow-Hansen było poszukiwanie odpowiedniego dotyku, takiego, który wprowadzał zmianę, przynosił ulgę w cierpieniu cielesnym. Andersen zobaczył analogię w psychoterapii. Przyjmując za Batesonem, że proces zmian zostaje zainicjowany wtedy, gdy w rozmowie utrzymana jest różnica, wprowadził pojęcie tzw. optymalnej różnicy [6, 7, 8].

Jeśli ludzie stykają się z tym, co zwyczajne, co już wiedzą, zwykle pozostają tacy sami; jeśli spotykają coś, co jest zbyt odległe od ich doświadczenia, zamykają się, aby chronić swoją integralność. Stąd niezwykła wrażliwość Andersena na wszystkie sygnały dyskomfortu, uwzględnianie oczekiwań uczestników rozmowy, akceptacja dla tych, którzy nie chcą rozmawiać, wolne tempo wymiany myśli, pozwalające na reflektowanie zachodzącego procesu. Tak prowadzone spotkanie stwarza szansę na pojawienie się opisów, które mogą inicjować pomysły na zmianę sytuacji. W ujęciu Andersena zmiana przejawia się „w ruchu, w języku, sposobie rozmawiania”, to „coś, co robimy w każdej chwili dnia nawet tego nie zauważając” [4].

Andersen był uważny na informacje od klientów, a jednocześnie na swoje odpowiedzi emocjonalne i cielesne, by w kolejnej sekwencji formułować myśli, znaczenia przekazywać słowami, ale nie dowolnymi, a starannie dobranymi, wyszukanymi z wielu możliwych słów. Kontakt z klientami wywodzącymi się z bardzo zróżnicowanych środowisk, namysł nad ich potrzebami i użytecznością pomocy skłonił Andersena do stworzenia metody psychoterapii z zastosowaniem zespołu reflektującego. W późniejszym etapie swojej pracy autor używał szerszego określenia procesu reflektującego.

Zespół reflektujący (odzwierciedlający) i proces reflektujący

Początki włączania innych terapeutów jako obserwatorów-uczestników sesji rodzinnych w podejściu systemowym wynikały między innymi z idei mediolańskiej neutralności [9]. Procedura terapeutyczna zakładała, by sesję prowadziła para (kobieta i mężczyzna) terapeutów, a dwie inne osoby obserwowały spotkanie przez lustro weneckie. Obserwatorzy mogli wezwać terapeutę, dzwoniąc przez wewnętrzny telefon lub przekazać swoje pytanie albo komentarz, które terapeuta miał powtórzyć rodzinie. Zasada neutralności nie zakładała bierności czy obojętności terapeuty, a pozostawanie w przymierz ze wszystkimi członkami rodziny i unikanie pułapki koalicji. Interwencja terapeutów zza lustra miała uniemożliwiać wciąganie terapeutów prowadzących w „gry rodzinne”. Cały zespół terapeutyczny prowadził rozmowy o rodzinie przed każdą sesją, w przerwie i po sesji. Andersen — konsekwentnie przyjmując perspektywę społecznego konstrukcjonizmu zakładającą, iż jest tyle opisów sytuacji, ile osób obserwujących — zaproponował rewolucyjną w swojej prostocie modyfikację sposobu prowadzenia rozmów, tak aby dostarczyły one jak największej ilości opisów. Zrezygnował z lustra i zaprosił do udziału w sesji dodatkowych terapeutów-obserwatorów, którzy, przysłuchując się rozmowie terapeuty z rodziną, tworzą tzw. zespół reflektujący (odzwierciedlający). W końcowej części spotkania dzielą się oni swoimi komentarzami na temat rozumienia sytuacji rodzinnej. Stwarza to przestrzeń na pojawienie się nowych opisów, z których członkowie rodziny mogą wybrać dla siebie te treści, które uważają za najbardziej dla siebie przydatne. Zlikwidowanie bariery lustra

było ważnym gestem na rzecz spłaszczenia hierarchii. Wszystkie rozmowy odbywały w obecności tych, którzy zgłaszali się z problemem.

Trudno przecenić znaczenie modyfikacji polegającej na otwarciu dialogu i wprowadzeniu wzajemnego słuchania oraz dzielenia się refleksjami. Członkowie rodziny po części sesji prowadzonej przez terapeutę (lub terapeutów), a obserwowanej przez zespół zaproszonych terapeutów (zespół reflektujący), stają się obserwatorami i słuchaczami rozmowy zespołu reflektującego. W dalszej kolejności członkowie rodziny mogą się podzielić swoimi komentarzami, które pojawiają się po wysłuchaniu zespołu. Ta rozmowa zespołu reflektującego o rozmowie pomiędzy rodziną a terapeutą prowadzącym powinna przebiegać z zachowaniem kilku reguł. By stała się użyteczna, powinna być „wystarczająco niezwykła”, czyli zachowywać optymalną różnicę między rozumieniem rodziny a wprowadzeniem nowego rozumienia przez zespół. Język, tempo i rytm konwersacji powinny być przyjazne dla rodziny. Zachowanie stylu hipotetycznego wypowiedzi zostawia przestrzeń na refleksję rodziny i możliwość odrzucenia perspektywy zespołu, zachowując ideę wielowsyjności. Dialog zespołu reflektującego nie może zawierać ocen czy krytyki. Kiedy wprowadza się dialog reflektujący do pracy z rodzinami, potencjalnie toczą się cztery równoległe konwersacje: wewnętrzny dialog klientów, wewnętrzny dialog terapeutów, zewnętrzna rozmowa terapeutów z klientami oraz zewnętrzna rozmowa terapeutów, której przysłuchują się klienci. Wymaga to spowolnienia rozmowy i zwiększenia u uczestników spotkania tolerancji na ciszę.

Badania dotyczące zespołu reflektującego (odzwierciedlającego)

Rzetelny obraz literatury na temat zespołu reflektującego daje artykuł Harris i Crossleya [10]. Autorzy poddali metaanalizie publikacje, które ukazały się na przestrzeni 20 lat, do 2019 roku. Odwołując się do skrupulatnie dobranej literatury, opisali zarówno pozytywny, jak i utrudniający wpływ zespołu reflektującego na pracę terapeutyczną. Wprowadzenie takiego zespołu może poprawić sojusz terapeutyczny, przyspieszając osiągnięcie wyników terapii. Bezpośrednie słuchanie zespołu reflektującego ukazało rodzinom powstawanie pomysłów na nowe rozwiązania, a większa liczba specjalistów przełożyła się na różnorodność perspektyw rozumienia tego samego zjawiska.

Pojawiające się alternatywne sposoby myślenia były ogólnie postrzegane jako korzystne. Klienci doceniali używanie prostego języka, przekazywanie treści w ciepły i zrozumiały sposób. Przysłuchiwanie się profesjonalistom, którzy nieoceniano i z zaangażowaniem prowadzili rozmowę o rozmowie, dodawało otuchy i nadziei rodzinom oraz pomagało im w kontynuowaniu terapii. Członkowie rodzin uznali za pomocne, gdy zespół składał się ze zróżnicowanej grupy osób pod względem doświadczenia zawodowego, wieku, płci i kultury. Przysłuchiwanie się rozmowie o sobie, a nie odbieranie bezpośrednio skierowanych do siebie informacji, było dla rodzin mniej konfrontacyjne, nawet jeżeli treść refleksji zespołu okazała się trudna dla ich członków.

Jednak w pewnych przypadkach interwencja zespołu była odbierana przez klientów jako dziwna i nieznana praktyka. Niektórzy odczuwali dyskomfort w związku z bezpośrednią obecnością dodatkowych osób albo zmagali się z poczuciem nadmiernego odsłonięcia,

pokazania się osobom, których wcześniej nie spotkali, nie mieli z nimi przymierza, a z którymi dzielili się intymnymi szczegółami ze swojego życia. W około jednej trzeciej artykułów klienci stwierdzali, że słuchanie refleksji było nieprzyjemne, a przekazywane informacje były czasami odbierane jako zagmatwane i przytłaczające. W większości przypadków z biegiem czasu uczucie dziwności i sztuczności osłabło i pozwoliło klientom doświadczyć innego sposobu komunikowania się w swoich relacjach.

Ciekawym wnioskiem z analizy było odkrycie, że koncentrowanie się w rozmowie zespołu reflektującego tylko na mocnych stronach rodziny i ekspozowanie jej zasobów może być przyjmowane nieufnie i z obawą, że jej członkowie zostali niezrozumiani w swoim cierpieniu i wątpliwościach dotyczących własnych działań i decyzji. Klienci zazwyczaj przychodzą na terapię, oczekując, że uda im się pokonać zgłaszane trudności i chcą o nich rozmawiać. Podsumowując, głównym warunkiem użyteczności udziału zespołu reflektującego jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa u klientów, a kluczowym rezultatem jest odzyskanie przez nich nadziei. Kolejne badania nad przydatnością procesu refleksji [9, 10] pozwoliły ukazać opinie zarówno terapeutów, jak i klientów.

Constable i in. [11] poddali analizie i kategoryzacji rozmowy w czterech zespołach reflektujących. Analiza dotyczyła nie tylko treści wypowiedzi, ale też długości poszczególnych wymian (tur). Metodologicznie projekt łączył badania ilościowe i jakościowe. Czas trwania rozmowy reflektującej w analizowanym materiale wynosił od 3 minut 10 sekund do 5 minut 40 sekund. Opisany w tekście proces kategoryzacji był zbiektywizowany, a kategorie zilustrowane cytatami. Na podstawie transkrybowanych rozmów reflektujących badacze wyłonili 11 kategorii wypowiedzi: 1) zauważyli coś, o czym była mowa podczas sesji, 2) zastanawiali się, jak czuła się rodzina, 3) używali metafor, 4) zaproponowali pomysł, o którym nikt nie pomyślał, 5) podzielili się swoją wiedzą ekspercką, 6) zasugerowali coś, co można by wypróbować, 7) podkreślili coś pozytywnego, 8) komentowali coś, o czym się mówiło, 9) zauważyli zmianę, 10) komentowali własne emocje, 11) podzielili się historią o własnych doświadczeniach.

Hicks i in. [12] w oparciu o wcześniejsze badania opracowali kwestionariusz do walidacji przydatności refleksji terapeutów. Osoby uczestniczące w terapii rodzinnej miały określić przydatność zarówno poszczególnych refleksji zespołów odzwierciedlających, jak i całej sesji prezentowaną w kwestionariuszu na pięciostopniowej skali. Zostały także poproszone o oszacowanie stopnia poprawy od czasu rozpoczęcia terapii rodzinnej na skali Likerta: od „znacznie gorzej” (−4) przez „tak samo” (0) do „znacznie lepiej” (4). Autorzy uzyskali odpowiedzi od 24 uczestników terapii rodzinnej. Najbardziej przydatne w badanej grupie okazały się refleksje polegające na dostrzeżeniu i podkreśleniu zdarzenia lub tematu, które pojawiły się podczas sesji, podzieleniu się wiedzą ekspercką oraz na pozytywnych informacjach zwrotnych. Jako najmniej przydatne określono proponowane metafory, a także dzielenie się przez terapeutów z zespołu reflektującego swoim własnym doświadczeniem lub emocjami. Ogólnie udział zespołu reflektującego w sesji został oceniony jako przydatny dla rodziny. Bardzo ważnym praktycznym wnioskiem z badań jest dopasowanie refleksji do rodziny i stworzenie przestrzeni podczas sesji do wspólnego zastanowienia się, które z refleksji są bardziej pomocne, czyli lepiej dopasowane do danej rodziny.

Z opisu metody prowadzenia psychoterapii z udziałem zespołu reflektującego wynika, jak wymagający merytorycznie i organizacyjnie jest ten sposób pracy. Powstaje więc

pytanie, czy można, zachowując ideę teamu reflektującego, wprowadzać jej elementy do codziennej praktyki klinicznej bez angażowania dodatkowych terapeutów, tym bardziej że Andersen podkreślał, iż proces refleksyjny jest przede wszystkim postawą, a nie procedurą. W pracy z rodziną należy uwzględnić wyniki badań i skupić się na tym, co może być najbardziej pomocne w procesie reflektującym, starając się jednocześnie ograniczyć ambiwalencję wynikającą z obecności zespołu reflektującego.

Poniższy przypadek kliniczny jest ilustracją wdrożenia procesu reflektującego do pracy z rodziną prowadzoną przez dwie psychoterapeutki.

Ilustracja kliniczna

Proces terapii rodzinnej, który przedstawiamy we fragmentach, trwał cztery lata, był prowadzony najpierw przez jedną psychoterapeutkę, potem — po dwóch latach, z powodów formalnych (zmiana pracy psychoterapeutki prowadzącej) — przez dwie psychoterapeutki. Zmiana prowadzących była wcześniej zapowiedziana i omówiona z rodziną. W terapii uczestniczyły matka i córka. W czasie zgłoszenia córka C. miała 15 lat, matka M. 51. Powodem rozpoczęcia terapii rodzinnej była wzajemna przemoc fizyczna i werbalna. C. była równocześnie w terapii indywidualnej z powodu rozpoznania zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (OCD). W ciągu dwóch lat nastąpiła poprawa objawowa w obszarze tych zaburzeń, natomiast wzajemna przemoc była objawem uprzedmiotowienia, wtórnie powodującym cierpienie, rozpacz, rozczarowanie i poczucie winy u M. i C. Przed zakończeniem pierwszego dwuletniego etapu terapii rodzinnej odbyło się zebranie kliniczne zespołu, podczas którego dyskutowaliśmy o settingu i odpowiednim dopasowaniu psychoterapeutów. Rozmowa w gronie zespołu terapii rodzinnej zaowocowała pomysłem, by spotkania prowadziły dwie terapeutki, w wieku odwzorowującym konstelację rodzinną. Już na tym etapie powstała propozycja, by do terapii wprowadzać ideę procesu reflektującego w formie wplatania rozmowy o rozmowie pomiędzy dwiema terapeutkami. W założeniu dialog terapeutek byłby modelujący dla M. i C., skłaniający do refleksji, być może pomógłby także zatrzymywać niszczącą relację kłótnie, również na sesjach. Pojawiła się też nadzieja, że kiedy w sesjach będą uczestniczyć osoby z generacji i matki, i córki, obydwie poczują się lepiej zrozumiane. Pierwszy etap pracy był poświęcony nawiązaniu relacji i zbudowaniu przymierza terapeutycznego. Ponownie omawialiśmy proces zmiany prowadzących, dając klientkom przestrzeń i normalizując ich uczucia niepewności oraz braku zaufania, a także możliwe złość i smutek związane z rozstaniem z poprzednią psychoterapeutką. Wspólnie z rodziną wyłoniliśmy cele terapii: zatrzymanie przemocy, separacja-indywiduacja córki, odblokowanie zahamowanych procesów rozwojowych nastolatki, różnicowanie złanych emocji matki i córki, neutralizacja lojalności rodzinnych osłabiających rozwój córki, praca ze zjawiskami parentyfikacji oraz podwójnego wiązania (M: chcę żebyś była samodzielna, jestem zmęczona tobą — nie wiem, jak sobie bez ciebie poradzę), wzmocnienie matki w ujawnianiu indywidualnych potrzeb, praca z syndromem opuszczonego gniazda.

Na kolejnym etapie terapii zaproponowaliśmy wprowadzenie naszego dialogu, prosząc o wysłuchanie nas i przekazanie informacji zwrotnej dotyczącej odczuć i myśli klientek.

Zdecydowałyśmy się na rozmowę pomiędzy sobą po kolejnym poruszeniu przez M. i C. tematu bałaganu i kłótni o rozrzucone rzeczy.

Przykład dialogu reflektującego terapeutek

fragment 1:

T1: Dużo smutku i lęku jest w tej relacji. I pomyślałam sobie, że ta złość o bałagan jest łatwiejsza do przeżywania niż ten smutek. Także ten bałagan jest bardzo potrzebny.

(śmiech matki)

(cisza, 18 sekund)

T2: Ja sobie w ogóle pomyślałam, że przy tych momentach takiego smutku, jak się panie kłóć, to są blisko siebie. A w momentach tej złości oddalają się od siebie.

T1: Ale to oddalenie, ta złość, ja nie wiem, czy ty się zgodzisz ze mną, Bogusiu, ale że ta złość pozwala trochę na to oddalenie, o które też chodzi.

T2: I które byłoby potrzebne, żeby każda miała swoją przestrzeń.

T1: To pokazuje takie dwie funkcje tej złości.

fragment 2:

T1: Mam taką hipotezę, że między matką a córką jest taka bolesna więź, i że te intencje są takie bardzo pozytywne, żeby właśnie ta relacja była taka dobra, taka przyjazna i pełna zrozumienia, ale coś tu się zmienia w działaniu, w zachowaniach i jest bolesne, staje się bolesne.

T2: Ja mam też takie poczucie, że zarówno Pani, jak i córka mówią bardzo dużo o tej drugiej z taką troską. Tylko dzieje się coś takiego w międzyczasie, że ta troska rani.

T1: Mhm. I ten bałagan to jest tylko to, co jest na wierzchu. Ten bałagan, który jest tematem rozmowy. I te rozmowy być może służą, żeby pokazać, jak bardzo siebie potrzebują.

Jak działał dialog reflektujący terapeutek

Początkowo — po wprowadzeniu po raz pierwszy dialogu reflektującego — zarówno matka, jak i córka zareagowały zaskoczeniem, ale też zainteresowaniem. W dalszej pracy terapeutycznej rozmowy pomiędzy terapeutkami stały się częstym elementem sesji i były przyjmowane przez rodzinę z zaciekawieniem i zaintrygowaniem, o czym można było wnioskować z reakcji niewerbalnych i słownych informacji zwrotnych. Wprowadzenie rozmowy terapeutek zmieniało dynamikę spotkania, zwiększało zaciekawienie rozmową u M. i C. Słuchające pacjentki zwalniały się z przymusu natychmiastowej odpowiedzi, zaprzeczenia lub wyjaśnienia jakiejś nieścisłości, a co z tym związane, postawę obronną zamieniały na refleksyjną. Rozmowa z pacjentkami o ich odczuciach i myślach wywołanych dialogiem ukazała zmianę w odbiorze terapeutek jako bardziej zaangażowanych, a dzięki zmniejszeniu barier relacja stała się bardziej demokratyczna. U M. i C. wzrosło poczucie współtworzenia i współautorstwa spotkań. Ich klimat emocjonalny stał się bardziej intymny,

co sprzyjało otwartości i zaufaniu. Rozmowa pomiędzy terapeutkami była dowodem na istnienie wielu perspektyw przy jednoczesnym utrzymaniu dobrej relacji.

Podsumowanie w formie dialogu między terapeutkami

B: Porozmawiajmy o wprowadzaniu dialogu reflektującego podczas spotkań z rodziną. Andersen zwrócił uwagę na znaczące różnice pomiędzy rozmową o rodzinie przy niej a rozmową, gdy rodzina nie słyszy wypowiedzi terapeutów.

A: Rozmawiając przy rodzinie, dobieramy uważniej słowa, badamy, w jaki sposób to, co mówimy wpływa na rodzinę.

B: Staramy się, żeby słowa były dla odbiorcy czytelne i w trakcie tego poszukiwania precyzji od razu rodzi się refleksja, czy aby to na pewno jest słuszne i aby na pewno dobrze o tym opowiadam. Szukam dobrej nazwy, dobrego opisu, tego andersenowskiego: wystarczająco niezwykłego.

A: Bardzo lubię, aby w pracy wspólnej z rodziną szukać dobrego określenia na jakieś zjawisko i kiedy mi się wydaje, że ono jest trafne, za chwilę okazuje się, że dla rodziny wcale nie jest trafne. Mam poczucie, że pacjenci bardzo dobrze reagują na to, kiedy ja potrafię się wycofać z mojego pierwszego określenia pod wpływem tej rozmowy z nimi.

B: To wycofanie terapeuty pod wpływem reakcji pacjentów wzmacnia przymierze, pacjenci mogą odczuwać swój wpływ na terapeutów. Myślę jeszcze o naszej rozmowie o rozmowie i nasuwa mi się taki cytat, tym razem Harlene Anderson: „dzięki rozmowie rozpuszczają się problemy”. Tego rozpuszczania doświadczamy na superwizji. Opowiadanie o czymś i słuchanie, co inni o tym myślą w takim procesie kreatywnej, wzajemnie stymulującej refleksji. Takie omawianie rzeczywiście zmienia myślenie i przeżywanie problemu.

A: To wersja opisu, jak działa psychoterapia, tak trudno wyjaśnić komuś, kto tego nie doświadczył, nie był pacjentem, co to jest psychoterapia i jak działa psychoterapia. Mówię o psychoterapii, w której czynnikiem leczącym jest relacja psychoterapeutyczna.

B: Tak, to fenomen, który jest niesamowicie trudny do uchwycenia. Z kolei wracając do notatek Andersena od Harry’ego Goolishiana: „nie wiesz, co myślisz, zanim tego nie powiesz”, to opisywanie tego, co się dzieje na sesji, opisywanie tych zmian w procesie terapii, pomiędzy sesjami, monitorowanie naszego wpływu na pacjentów staje się niezwykle ważnym czynnikiem leczącym.

A: Zastanawiam się nad funkcją ciszy w naszej pracy. W rozmowie takiej codziennej ciszy się prawie nie używa, ona jest źle widziana i szybko ją się zagaduje, ale w terapii jest przyzwolenie na tę ciszę i w tej ciszy jest szansa na refleksję.

B: No właśnie to jest to nawiązanie do tego, co mówił, pisał Andersen, że trzeba spowolnić rozmowy. Tak jak mówiłaś, w codziennej rozmowie tego nie ma. Ktoś coś powie i wtedy jest oczekiwanie, że ta druga osoba odpowie i być może ta osoba ma taki przymus odpowiedzi, żeby zachować rytm dialogu, żeby podtrzymać rozmowę i relację.

A: W terapii też może pojawić się taki przymus terapeuty powiedzenia czegoś, żeby nie został odebrany jako porzucający czy nawet niekompetentny, bo nie mówi nic, nie odpowiada. Myślę, że wspólnie z pacjentami potrzebujemy obłaskawić tę ciszę, nauczyć się wspólnie, że możemy razem milczeć, myśleć i czuć emocje.

B: W naszej rozmowie też była cisza, której razem z nami doświadczaly pacjentki.

A: Nawiażę do tej różnicy wieku pomiędzy dwiema terapeutkami, która miała być odzwierciedlająca konstelację w rodzinie. Nasz dialog miał być modelujący dla matki i córki. Nie musimy się we wszystkim zgadzać i różnica zdań nie niszczy relacji. Ta różnica między nami się pojawiała, rozmawialiśmy o niej, myśleliśmy o czymś inaczej, ale to nie sprawiało, że się pokłócimy i zerwiemy relację.

B: To, o czym mówisz, o wytrzymaniu różnicy, jest ważnym wątkiem pracy nad separacją dziecko — rodzic, to że nie myślę tak jak mama nie wzbudza we mnie poczucia winy ani lęku. Porozmawiamy jeszcze o tym, w jaki sposób wprowadzać dialog terapeutów, który może być dziwny dla pacjentów.

A: Na początku może być to rzeczywiście dziwne i wymaga wyjaśnienia i badania, jak działa, żeby było miejsce, żeby osoby mogły powiedzieć o tym, jak doświadczają tego, że my tak rozmawiamy o nich przy nich. Potem wystarczało, jak robiliśmy ten gest, zwracając się do siebie ciałem i to był sygnał i dla nas, i dla rodziny, że to jest taka część naszego wspólnego dialogu.

B: Pamiętam, jak jeden z pacjentów z innego procesu powiedział, że czuje się jakby oglądał film o sobie, że to było przyjemne dla niego, nowe, zaskakujące, ale przyjemne.

A: Nie wszystkie rodziny dobrze przyjmują taki dialog terapeutek, odbierają go jako coś zbyt dziwnego. Myślę, że odbiór zależy od jakości przymierza i czasu trwania terapii, nie z każdą rodziną bym się jednak odważyła.

B: Jestem entuzjastką tego dialogu terapeutów podczas sesji i stosuję coraz częściej, ale nie można traktować go jako panaceum i sposobu pracy pasującego do wszystkich pacjentów.

A: Przypomniałam sobie pacjentkę w rodzinie, w pracy, z którą też próbowałyśmy dialogu reflektującego, ale pacjentka była tak obronnie nastawiona, tak lękowo i taka nieufna. Wszelkie elementy, które w jakikolwiek sposób odbiegały od kanonu, interpretowała przeciwko sobie, to może być przeciwwskazaniem.

B: Przeciwwskazaniem też jest przeżywana przez pacjenta wrogość do terapii i wtedy też bym uważała.

A: Zmierzam do takiego wniosku, że poziom integracji osobowości pacjentów jest zmienną, która może być wskazaniem do stosowania dialogu reflektującego.

B: Taki dialog reflektujący terapeutek jest w jakimś stopniu odsłonięciem „kuchni” i dla niektórych pacjentów może to być takim pozytywnym doświadczeniem zwiększającym poczucie bezpieczeństwa.

A: No i jeszcze można spożytkować te emocje, które pojawiają się w terapii i to nie chodzi o to, żeby je ujawniać, tylko można, stosując mentalizację, przypuszczać, co przeżywali pacjenci.

B: A co z naszymi uczuciami do siebie? Jak zwracamy się do siebie, uważnie na ciebie patrzę i zastanawiam się, co ty sobie myślisz, czy moim zaproszeniem do dialogu nie naruszam jakiejś twojej ciągłości?

A: Ja czułam przyzwolenie na to, że nie muszę odpowiedzieć, jeśli ja nie czuję, że to jest moment na tę wymianę, czułam, że mogę sobie też pozwolić na to, żeby w niego nie wejść. Wysłuchać i nie mieć przymusu odpowiedzi.

B: Możemy nie być gotowi na taką bliskość, bo dialog reflektujący może być bardzo intensywnym przeżyciem. Druga osoba może nie chcieć takiej bliskości, ważne, żeby

czuć się swobodnie i nie być zobowiązanym do podjęcia dialogu, a druga strona, żeby przyjęła to zwyczajnie.

A: To wymaga wzajemnego zaufania, ten drugi terapeuta też musi być zintegrowany, w tym sensie, żeby się nie obrazić, żeby nie poczuć się odrzuconym, kto zaprasza, jak zaprasza do dialogu. Staje się to wzorcem, z którego może czerpać rodzina.

B: Wzajemna uważność, ale i odwaga w zaproszeniu do wymiany i niepodjęciu jej.

A: Znowu widzę pożytek dla pacjentów, oni nie zawsze są gotowi na intensywny kontakt i dają dyskretne niewerbalne sygnały. Trzeba bardzo dużo pracy włożyć w to, żeby uzyskać poziom partnerstwa i współpracy.

B: Jak terapeuci rozmawiają, to słuchaczami jest rodzina.

A: Terapeuci mogą się poczuć jak rodzina, *de facto* może to zbliżać.

B: Dialog reflektujący może być pomocny w poczuciu, że wszyscy jesteśmy tutaj twórcami tego, co się dzieje w psychoterapii.

A: Już wiemy, że dialog reflektujący nie jest wskazany wobec wszystkich pacjentów, ale co może być przeszkodą w relacji między terapeutami? Na pewno też są jakieś ograniczenia, żeby tego dialogu nie wprowadzać, myślę o rywalizacji.

B: Być może rywalizacja między terapeutami, która przysłania myślenie o rodzinie, a wynika z potrzeby dobrego zaprezentowania się, porównywania się z drugim koterapeutą, co może wynikać z braku pewności co do swoich kompetencji.

A: Myślenie, że jest terapia bez rywalizacji, to utopijne myślenie, niebezpieczna jest wrogość między terapeutami.

B: Ważne jest, co wynika z porównywania, czy inspiracja i zaciekawienie czy zawiść.

A: Też przekonanie o swojej bezwzględnej racji w rozumieniu i interpretacji pacjentów jest przeszkodą, pomaga umiejętność tolerancji odmienności.

B: Bardzo ważne jest poddawanie refleksji zarówno tego, co dzieje się pomiędzy terapeutami a pacjentami i pomiędzy terapeutami.

Wnioski

W ostatnich kilku dekadach obserwujemy wyraźną zmianę w podejściu do pracy z rodzinami i do roli koterapii. Klienci zapraszani są do współautorstwa procesu terapeutycznego, co zwiększa ich współodpowiedzialność za jego rezultaty, a to z kolei podwyższa poczucie autonomii, sprawstwa i satysfakcji. W tym procesie dobór słów, język terapeutów i jego dopasowanie do klientów stają się kluczowe. Równie istotne jest badanie wpływu i sposobu wzajemnego oddziaływania, więzi terapeutycznej, która tworzy się w przymierzach i dbałości o relację. Wprowadzenie dialogu lub teamu reflektującego powinno być poprzedzone refleksją nad hipotetycznymi skutkami tego sposobu prowadzenia terapii oraz gotowością klientów do jego przyjęcia. Dopiero po takiej analizie, najlepiej w szerszym zespole i po superwizji, wyjaśnia się rodzinie przebieg i cel tej metody. Ważne jest również, na jakim etapie terapii wprowadza się dialog lub team reflektujący. Może to nastąpić, gdy udało się zbudować przymierze. Należy pamiętać, że relacja wymaga ciągłego dopasowywania, monitorowania i naprawiania, gdy pojawiają się zwyczajne, oczywiste pęknięcia w kontakcie interpersonalnym [12]. Omawiany styl pracy w sposób oczywisty wymaga również

dbałości o relację, klimat emocjonalny pomiędzy koterapeutami i te aspekty powinny być przedmiotem refleksji superwizyjnej.

Piśmiennictwo

1. Andersen T. Reflections on reflecting with families. W: McNamee S, Gergen K, red. *Therapy as social construction*. Newbury Park, CA: Sage; 1992; 54–68.
2. Anderson H, Jensen P, red. *Innovations in the Reflecting Process*. London: Routledge, 2007.
3. Becvar RJ, Anderson H, Jensen P, red. *Innovations in the reflecting process: The inspirations of Tom Andersen*. *Contemporary Family Therapy* 2007; 29(1–2): 103–105.
4. Shotter J. Not to forget Tom Andersen's way of being Tom Andersen: the importance of what 'just happens' to us. *Human Systems* 2007; 17: 15–28.
5. de Barbaro M, de Barbaro B. Tom Andersen i jego koncepcja teamu reflektującego. *Psychoterapia* 1998; 4(107): 65–76.
6. Józefik B. *Terapia jako proces współtworzenia nowych znaczeń i opowieści: idee i praktyki narracyjne*. Kraków: WUJ; 2003.
7. Chrzastowski S, de Barbaro B. *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*. Kraków: WUJ; 2011.
8. Drath W, de Barbaro B. *Psychoterapia między wiedzeniem a niewiedzeniem*. Kraków: WUJ; 2022.
9. Goldenberg H, Goldenberg I. *Terapia rodzin*. Kraków: WUJ; 2006.
10. Harris R, Crossley J. A systematic review and meta-synthesis exploring client experience of reflecting teams in clinical practice. *Journal of Family Therapy* 2021; 43(4): 687–710.
11. Constable C, Delaney C, Clutterham A, Markiewicz A. The development of the Reflecting Team Utterances Framework: Process, reflections and applications. *Journal of Family Therapy* 2022; 44(2): 193–204.
12. Hicks S, Kustner C, Constable C. The helpfulness of reflecting teams in family therapy. *Journal of Family Therapy* 2021; 43(4): 711–727.
13. Beebe B, Lachmann F. Infant research and adult treatment revisited: Cocreating self – and interactive regulation. *Psychoanalytic Psychology* 2020; 37(4): 313–323.

Adres: boguslawa.piasecka@uj.edu.pl

