

TERAPIA RODZIN NASTOLATKÓW — DYLEMATY, KONTROWERSJE

FAMILY THERAPY OF TEENAGERS — DILEMMAS AND CONTROVERSIES

Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

Kierownik: dr hab. n. hum. Barbara Józefik, prof. UJ

**family therapy adolescents
power
responsibility
inner therapist's voices**

Celem artykułu jest przedstawienie dylematów, z jakimi konfrontuje psychoterapeutę terapia rodzin nastolatków. Omówiono najważniejsze z nich, odwołując się do praktyki klinicznej w postępowaniu z rodziną w tej fazie życia. Trudności pojawiają się zarówno na etapie konsultacji rodzinnej i związane są z kontekstem rozpoczynania terapii, jak i w dalszych fazach pracy terapeutycznej. Według autorki dotyczą różnorodnych problemów, takich jak zagadnienie władzy, odpowiedzialności, rozróżnienia pomiędzy tym, co wspólne a co prywatne, rozumienia relacji terapeutycznej. Artykuł identyfikuje i omawia niektóre z istotnych dylematów, ilustrując je przykładami klinicznymi.

Summary: The aim of this article is to present dilemmas with which the psychotherapist working with families with teenagers confronts. For more than a 60-year history of family therapy is used in solving the problems of children and adolescents and several studies have shown that due to its effectiveness, it should be the method of choice in this group of patients. Nevertheless, the practice of family therapy confronts therapists with a number of challenges. Difficulties often arise both during the family consultation and are related to the context of initiating therapy, and in the later stages of therapeutic work. They relate to a variety of issues: issues of authority, responsibility, the distinction between what is common and what is private, understanding of the therapeutic relationship. The article identifies and discusses some of the key dilemmas, illustrating them with short case studies.

Wprowadzenie

Terapia rodzin, podobnie jak inne podejścia w psychoterapii, ma wiele źródeł. Jednym z nich było rozczarowanie psychoanalitycznie zorientowaną terapią indywidualną nastolatków. Nie przypadkiem za symboliczny początek terapii rodzin przyjmuje się sesję z 13-letnim chłopcem z zaburzeniami zachowania i jego rodzicami przeprowadzoną w 1951 roku w Nowym Jorku przez Johna Bella [1]. Lata praktykowania terapii rodzin potwierdziły jej skuteczność w leczeniu pacjentów dziecięcych i młodzieżowych. Obszerna metaanaliza dokonana przez Alana Carra [2] pokazała jej efektywność, między innymi w leczeniu zaburzeń odżywiania, bezsenności, lęku, depresji, żałoby, zaburzeń jedzenia, w terapii dziecka nadużywanego bądź zaniedbanego, a także w leczeniu problemów somatycznych, w tym: w nietrzymaniu moczu i kału, w nawracających bólach brzucha, słabo

Artykuł jest zmodyfikowaną wersją referatu zatytułowanego *Terapia rodzin z adolescentami — swoje pole minowe* ogłoszonego w trakcie konferencji *O pulapkach w terapii rodzin i terapii par*, zorganizowanej przez Fundację Rozwoju Terapii Rodzin w Krakowie 22 marca 2014.

kontrolowanej astmie i cukrzycy. Nie jest więc zaskakujące, że rodziny z dziećmi, zwłaszcza w okresie dojrzewania, są tą grupą, do której terapia rodzin jest głównie kierowana. Wynika to z założeń systemowego myślenia, jakim jest uznanie, że zachowanie danej osoby jest powiązane ze wzorami relacji rodzinnych, wzorami więzi i że — dalej poprzez zmiany w obrębie wzorców rodzinnych relacji i nadawanych im znaczeń — można spowodować zmianę u danego członka rodziny. Przesłanka ta jest najbardziej przekonująca, gdy chodzi o dzieci i nastolatków, w przypadku pacjentów dorosłych jest niewystarczająca. Musimy tu odwołać się do innych konceptualizacji, tych, które opisują konsekwencje rozwoju pacjenta, a więc do teorii osobowości [3].

Jednocześnie praktyka terapii rodzin młodzieżowych pacjentów, szczególnie stosowana w instytucji psychiatrycznej, konfrontuje terapeutów z wieloma trudnymi zagadnieniami czy nawet budzi kontrowersje. Dotyczą one kilku kwestii: kontekstu rozpoczynania terapii, problematyki władzy, odpowiedzialności, rozróżnienia pomiędzy tym, co wspólne a co prywatne i rozumienia relacji terapeutycznej.

Kontekst rozpoczynania terapii

Kontrowersje pojawiają się już na wstępie, gdy przyglądamy się sposobowi, w jaki rodzina rozpoczyna swój kontakt z placówką prowadzącą terapię rodzin. Sytuacja rodziny zgłaszającej się na terapię jest dość złożona. Rodzice dostrzegają problem u dziecka, zgłaszają się do instytucji medycznej, oczekują więc medycznej diagnozy i interwencji, oczekują eksperckiej pomocy nastawionej na zmianę zachowań, usunięcie objawów. Tymczasem po konsultacji psychiatrycznej otrzymują propozycję terapii rodzinnej [4]. Dla wielu z nich jest to mało zrozumiałe; nie znają przecież teorii systemowych, ich mapa¹ jest różna od mapy terapeutów rodzinnych, samo skierowanie często odczytują jako zarzut kierowany wobec rodziny — „to z nami jest coś nie tak”.

Tak więc propozycja terapii rodzinnej uruchamia zazwyczaj poczucie winy, które i tak często, niezależnie od terapii rodzinnej, pojawia się, gdy choruje dziecko. W tej sytuacji badanie przez psychoterapeutów kontekstu pojawienia się objawów, pytania o sposoby radzenia sobie z trudnościami, różnicowanie stanowisk członków rodziny, pytania o relacje rodzinne, wbrew intencjom terapeuty mogą wzmacniać w rodzicach poczucie, że to ich sposób postępowania jest bezpośrednią przyczyną trudności.

Bywa zresztą, że systemowy paradygmat jest rozumiany przez terapeutów rodzinnych w uproszczony sposób, że dominuje jedynie interpretacja rzeczywistości sprowadzająca problem do zachowań rodziców czy jednego z nich, bez dostrzegania cyrkularnych powiązań, mających swoje korzenie np. w doświadczeniach transgeneracyjnych, a wzmocnionych przez złożony kontekst życia rodziny i inne współwystępujące czynniki ryzyka. Uruchomione poczucie winy nie jest pomocne w procesie terapii, raczej blokuje możliwość prowadzenia otwartej rozmowy, utrudnia dostrzeżenie złożonych powiązań, poszukiwanie subtelnych zależności. Z tego punktu widzenia uznając za narracyjny i konstrukcyjno-systyczny podejściem ważność języka i jego moc konstytutywną wobec rzeczywistości

¹ Pojęcie mapy jest używane przez psychoterapeutów na opisanie systemu znaczeń danej osoby. Określenie to odwołuje się do konstrukcyjnych idei, które zakładają, iż w umyśle każdej osoby tworzy się swoista mapa, wersja rzeczywistości bazująca na doświadczeniach, zależna od budowy biologicznej osoby i kultury, w jakiej żyje.

bardziej korzystne byłoby zapraszanie rodziny nie tyle „na terapię rodzinną” ile na „spotkania rodzinne”, których celem byłoby wspólne poszukiwanie rozwiązań problemów czy tego, co uruchamia proces zdrowienia [5, 6, 7].

Znalezienie odpowiedzi na pytanie, jak rozmawiać o trudnościach, których doświadczają członkowie rodziny, aby nie wywoływać w nich poczucia winy albo go nie wzmacniać, w kontekście teorii zakładającej powiązanie problemów identyfikowanego pacjenta z funkcjonowaniem systemu rodzinnego jest więc sprawą kluczową. Zresztą w samych rodzinach często toczy się gra w poszukiwanie winnego — tym winnym, oskarżanym o trudności, bywa również nastolatek. Terapeuta porusza się po grząskim terenie — musi powstrzymać się przed uproszczonymi rozumieniami i utrzymywać w sobie intencję cyrkularnego rozumienia zachodzących procesów, i jednocześnie powstrzymać członków rodziny przed używaniem mechanizmów obwiniania czy oskarżania. Musi pamiętać, że próby uzyskania prostych i szybkich odpowiedzi dotyczących przyczyn trudności, jakich doświadcza identyfikowany pacjent i jego rodzina, oddalają go od postawy rozumiejącej i zwiększają ryzyko przyjmowania uproszczonych interpretacji.

Problematyka władzy

Inna ważna kwestia w terapii rodzin z nastolatkiem dotyczy problematyki władzy. Warto podkreślić, że zagadnienie władzy w dziedzinie psychiatrii odnosi się nie tylko do kontekstu pracy z pacjentem młodzieżowym. Jak pokazał Michel Foucault [8], ma ono charakter systemowy, uniwersalny i wynika z miejsca, jakie „osoba szalona” zajmuje w strukturze społecznej danej kultury. Francuski badacz w krytycznych analizach pokazał, jak na przestrzeni dziejów toczono kulturowe dyskursy na temat szaleństwa, medycyny i jakie stosowano praktyki dyscyplinujące jednostkę [8, 9]. Badania Foucaulta były inspiracją dla narracyjnych terapeutów Micheala White’a i Davida Epstona, którzy podjęli problem władzy w psychoterapii jako dziedzinie i w relacji psychoterapeutycznej [10, 11]. Zwrócili oni uwagę, że psychoterapeuci są włączeni w proces diagnozowania, wydawania opinii, skierowań. Tym samym dysponują władzą i stanowią część systemów, które dyscyplinują jednostki lub grupy społeczne: współpracują z policją, sądem, systemem edukacji, uczestniczą w procesie psychiatrycznego rozpoznawania choroby. Decyzje psychoterapeutów włączone są w proces rozwiązywania problemów, ale też mogą stanowić źródło opresji dla wielu osób objętych oddziaływaniami psychoterapeutycznymi. Wrażliwość na ten aspekt powinna cechować szczególnie terapeuta rodzinnego pracującego z rodzinami nastolatków.

Podstawowy dylemat wynika z różnicy pomiędzy pozycją—władzą rodziców a pozycją—władzą identyfikowanego nastoletniego pacjenta, a także pozycją—władzą psychoterapeuty. Problem ten ujawnia się, gdy badamy okoliczności zgłoszenia się na terapię. Kwestia, kto decyduje o rozpoczęciu i uczestniczeniu w terapii, już na początku konfrontuje nas z problemem dobrowolności lub przymusu. W praktyce stosunkowo rzadko spotykamy się z sytuacją, aby wszystkie osoby w rodzinie, łącznie z identyfikowanym pacjentem, były zainteresowane wspólną rozmową i wspólnym poszukiwaniem rozwiązań problemów. To byłaby sytuacja idealna dla terapeuty.

Najczęściej to rodzice zaniepokojeni zmianą w zachowaniu dziecka, poszukując pomocy, są kierowani na terapię rodzinną. Przedstawiają swoją wersję wydarzeń, swoje interpretacje, często bardzo krytyczne opisy zachowania swojego dziecka. Oczekują od terapeuty, że podejmie on interwencje, które zmienią zachowania problemowe, chcą, aby dziecko zostało wyleczone, „naprawione”, wychowane. Z kolei pacjent zazwyczaj kwestionuje zdanie rodziców, przedstawia swoją wersję — w wariacie korzystnym jest ona częściowo wspólna z tym, co oni mówią, w mniej korzystnym całkiem różna, np. bardzo wobec nich krytyczna. Oczywiście to, że wersje członków rodziny w terapii rodzin różnią się między sobą, nie jest czymś nadzwyczajnym, podobnie dzieje się w terapii par — tutaj jednak trudność związana jest z różną pozycją członków rodziny. Terapeuta staje przed dylematem, jak uwzględnić obie narracje, tak, aby nie osłabić, zdeprecjonować pozycji rodziców, a jednocześnie, jak zaciekawić terapią nastolatka, który często terapeutę spostrzega jako dorosłego będącego w sojuszu z pozostałymi dorosłymi, co wyraża brakiem zaufania, poczuciem niezrozumienia i odmową aktywnego uczestniczenia w spotkaniu.

Warto podkreślić, że rodzice często wymuszają na nastolatku zgłoszenie się na konsultację. Jest to zrozumiałe — do 16. roku życia rodzice decydują o leczeniu, a nawet są do niego zobowiązani, pomiędzy 16. a 18. rokiem życia obie strony muszą wyrazić zgodę. Tyle tylko, że psychoterapia to nie jednorazowa wizyta czy badanie — w sytuacji przymusu, braku zaangażowania nie jest skuteczna. Opresja, w jakiej znajduje się przymuszony do przyjścia na konsultację nastolatek, stanowi dyskomfort dla terapeuty stającego się współuczestnikiem i współautorem tej sytuacji. Na ogół stara się wówczas znaleźć te obszary, które mogą być ważne dla adolescenta, stara się zrozumieć jego perspektywę, odkryć cele istotne także dla niego, zaciekawić go terapią, co może wpłynąć na podjęcie własnej decyzji co do dalszego udziału w niej. Ten proces budowania relacji z nastolatkiem, poszukiwania obszarów, w których można się spotkać, budowania motywacji bywa niekiedy przez rodziców błędnie interpretowany jako stawanie po stronie dziecka, niedocenywanie trudności, z jakimi oni się konfrontują, czy nawet ich kwestionowanie. Psychoterapeuta balansuje pomiędzy stronami będącymi w opozycji, w konflikcie, w sytuacji, w której jeszcze nie została zbudowana relacja terapeutyczna, co stanowi spore wyzwanie. Jak utrzymać postawę życzliwego rozumienia obu stron, gdy np. rodzice skoncentrowani są tylko na stronach negatywnych, a młody człowiek zachowuje się w sposób, który jest trudny do zaakceptowania, także dla terapeuty? Przed terapeutą niełatwe zadanie radzenia sobie nie tylko ze skonfliktowanymi stronami, ale także z uczuciami, które w nim ta sytuacja wywołuje.

Odpowiedzialność

Inny dodatkowy, a nie mniej ważny, aspekt związany jest odpowiedzialnością. Jak wiemy terapeuta systemowy z założenia pracuje na rzecz wszystkich członków rodziny, ale różnica pozycji rodziców i dziecka (różnica sił) sprawia, iż jest zobowiązany dbać o interes rozwojowy identyfikowanego pacjenta. Mówiąc w uproszczony sposób terapeuta pracujący z rodzinami dzieci i młodzieży pracuje na rzecz tych ostatnich. W systemie jego wartości jest — i powinna być — troska o to, co jest korzystne dla dziecka/nastolatka z rozwojowego punktu widzenia. Ten aspekt jest spójny z regulacjami prawnymi, które zobowiązują psychoterapeutę, podobnie jak i innych profesjonalistów, do uruchomienia procedur prawnych, gdy zagrożone jest

dobro małoletniego. Sytuuje to psychoterapeutę w systemie kontroli społecznej, pokazuje władzę, jaką ma nad rodziną, a zarazem nakłada na niego odpowiedzialność. Pojawia się komplikacja w procesie terapii; z jednej strony bowiem przed terapeutą rodzinnym staje zadanie rozumienia rodziców, nieoceniania, rozpatrywania ich trudności w odniesieniu do ich transgeneracyjnych doświadczeń i traum, a z drugiej — jest on zobowiązany do reprezentowania interesu dziecka czy adolescenta, co wiąże się, chcąc nie chcąc, z koniecznością oceny zachowań rodziców, oceny ich rodzicielstwa.

Dla ilustracji posłużę się kilkoma przykładami.

W trakcie prowadzonej terapii niespełna 15,5-letnia pacjentka powiedziała, że została przez ojca — policjanta — przykuta kajdankami do kaloryfera, gdy bez jego zgody chciała wyjść z domu na spotkanie z chłopcem. Konflikt pomiędzy ojcem a córką był bardzo nasilony od kilku miesięcy. Opuszczenie się w nauce, późne powroty, palenie papierosów — zachowania te spotykały się z coraz większymi restrykcjami, co jeszcze bardziej nasilało bunt dziewczyny. Przykucie kajdankami połączone z szarpaniem i agresją słowną było dramatycznym zwieńczeniem tego procesu. Zachowania ojca mogły być zrozumiałe w kontekście jego rodzinnych doświadczeń: sam miał bardzo surowego i agresywnego ojca. Można nawet jego zachowania interpretować jako wyraz bezradności i troski, ale nie zmienia to faktu, że była to przemoc, wielokrotnie wcześniej występująca. Taka sytuacja zmusza terapeutę do jednoznacznego zajęcia stanowiska — nazwania danego zachowania jako przemocy, poinformowania o krokach, do których regulacje prawne zobowiązują, gdyby zachowania tego rodzaju powtarzały się. Pojawiają się pytania, w jakich warunkach o tym rozmawiać? Czy mówić o tym w trakcie wspólnej sesji terapii rodzinnej czy podczas osobnej rozmowy z rodzicami? W tej pierwszej sytuacji ugłosnione będą prawa pacjentki, a zarazem oceniane w jej obecności zachowania ojca. Może to być odebrane przez rodziców jako deprecjonowanie, osłabianie ich autorytetu, a nawet zachęcanie dziecka do buntu. W konsekwencji może to spowodować przerwanie terapii. Z drugiej strony wyrażenie swojego zdania tylko w rozmowie z samymi rodzicami i niezajęcie stanowiska przez terapeutę w obecności dziecka może być interpretowane jako podtrzymywanie status quo.

Inna sytuacja, ostatnio dość częsta w naszej praktyce w Ambulatorium Terapii Rodzin, dotyczy rodzin adoptujących dzieci. Rodzice zgłosili trudności i objawy występujące u niespełna 14-letniej córki, zaadoptowanej kilka lat wcześniej razem z dużo młodszym bratem. W trakcie spotkań byli bardzo krytyczni wobec niej, właściwie ją odrzucali, kilka ich zachowań miało charakter przemocy psychicznej — to wszystko działo się przy jednoczesnym zabieganiu dziewczynki o ich uczucia. Prowadzona terapia, poszerzanie perspektywy nie przyniosły w tym względzie pozytywnych zmian. Ujawniły, iż rodzice chcieli adoptować jedynie młodszego chłopca, ale zostali zmuszeni do zabrania rodzeństwa i od początku nie zaakceptowali córki. Jest to sytuacja bardzo trudna dla terapeuty: balansowanie pomiędzy próbami terapii, próbami wprowadzania zmian, przy braku motywacji rodziców i ich wycofywaniu się z terapii. Towarzyszy temu świadomość konsekwencji, jakie na rozwój tej dziewczynki wywierać będzie sytuacja emocjonalnego odrzucenia. Zarazem jest to sytuacja, w której nie można znaleźć dobrego rozwiązania: raczej szuka się mniejszego zła. Świadomość, że działania terapeutyczne mogą mieć wpływ na decyzje rodziców zmieniające bieg życia pacjentki powoduje, że podejmowane są dalsze próby

terapii, traktowanej jak ostatnia szansa, terapii, która w innym kontekście, przy braku motywacji rodziców, nie byłaby kontynuowana.

Odpowiedzialność za wspieranie procesów korzystnych dla rozwoju dziecka/nastolatka może budzić napięcie także w sytuacjach nie tak drastycznych, jak te wcześniej opisane, np. praca nad wzmocnieniem procesów separacji/indywiduacji może także stanowić wyzwanie dla tych rodziców, którzy z lękiem przyjmują próby usamodzielniania się dziecka i jego chęć podejmowania własnych decyzji. Już samo badanie tego obszaru, zadawanie przez terapeutę pytań, może być przeżywane jako zagrażające.

Problem odpowiedzialności terapeuty staje się centralny również w przypadkach, gdy rodzice okazują zupełną bezradność wobec zachowania dziecka, gdy „abdykują” z roli rodziców. Wówczas przez pierwszy etap terapii, zanim nie zostaną uruchomione ich zasoby, terapeuta pełni rolę rodzica wobec całej rodziny, w tym także wobec matki i ojca. Szczególnie gdy pracujemy z rodzinami, gdzie jedno z rodziców wychowuje dzieci, dość powszechne jest mniej lub bardziej świadome oczekiwanie, aby terapeuta był dodatkowym wsparciem w radzeniu sobie z dziećmi z problemami wychowawczymi. Dla osamotnionego rodzica zaangażowanie, uważność psychoterapeuty są nie do przecenienia — niekiedy jest on jedyną dostarczającą wsparcia osobą, z którą można dzielić troskę czy niepokój. To może stać się bardzo gratyfikujące dla terapeuty, może wzmacniać jego poczucie omnipotencji. Dochodzi wówczas do parentyfikacji psychoterapeuty, co — nie rozpoznane — będzie podtrzymywało zależność rodziny od terapii, a nie sprzyjało budowaniu wsparcia poza terapią.

Jeszcze inne dylematy pojawiają się, gdy problemy i objawy dziecka stabilizują trudną relację małżeńską, powstrzymują rodziców lub jedno z nich przed rozwodem, albo przyciągają nie mieszkającego z rodziną partnera. Są to sytuacje aktywnego włączenia dziecka w konflikt rodziców, w odpowiedzialność za utrzymanie całości rodziny. Nasilenie konfliktu często sprawia, iż rodzice, mimo że zgłaszają się z problemami i objawami dziecka, już po chwili rozmowy tracą je z pola widzenia zajęci swoją relacją. Niebezpieczeństwo tej sytuacji polega na tym, że terapeuta może także skoncentrować się na konflikcie małżeńskim jako źródle objawów czy problemów dziecka, co jest spójne z założeniami teorii systemowej, zapominając o jego perspektywie, nie rozpoznając jego trudności i uczuć związanych z relacją rodziców i jego pozycją w rodzinie. W terapii powstaje sytuacja izomorficzna do tej zaistniałej w rodzinie, w tym sensie, że dziecko nie jest dostrzegane jako odrębna osoba ze swoimi potrzebami. Może to być dodatkowo wzmacniane przez tych rodziców, którzy używają choroby dziecka do uzyskania wpływu na partnera czy określonych korzyści.

Te zaledwie naszkicowane warianty nasycone są dylematami, które stawiają terapeutów rodzinnych pracujących z dziećmi i nastolatkami przed koniecznością wartościowania. W tym sensie trudno jest posługiwać się jedynie wzorcem estetycznym, skoncentrowanym na opisie sytuacji [12]. Sytuacje te uruchamiają wzorzec etyczny — zmuszają do oszacowań, wartościowania, poszukania najlepszego rozwiązania, biorąc pod uwagę szczególnie perspektywę rozwojową dziecka.

Ukryte przesłanki psychoterapeuty

Oczywiście można zadać pytanie, czy jako terapeuci rodzinni właściwie rozumiemy, co jest korzystne rozwojowo, czy regulacje prawne są stosowne, czy teorie, do których

się odwołujemy — np. znaczenie, jakie nadajemy rozwojowi autonomii — nie są jedynie uprzedzeniami wynikającymi z naszej kultury? Nie we wszystkich przecież kulturach autonomia, indywidualizacja uznane są za wartości. Przeciwnie, są takie, które za większą wartość uznają pozostawanie we wspólnotowym kręgu i poświęcanie się dla innych.

Jest to bardzo istotny aspekt — co dla terapeuty jest wyznacznikiem kierunku terapii. Nie chodzi tutaj o cele, bo te ustala się we wspólnej rozmowie, lecz o ukryte, słabo zreflektowane przez psychoterapeutę bardzo ogólne założenia dotyczące tego, co jest korzystne i pożądane w życiu rodziny, a więc także terapii. Przesłanki te mają swoje źródła w kulturze rozumianej szeroko i bardzo wąsko — np. w kulturze rodziny, z której pochodzi terapeuta. Są one także w dużym stopniu pochodną teorii psychoterapeutycznych podzielanych przez psychoterapeutę.

Warto zatrzymać się dłużej nad znaczeniem, jakie dla praktyki mają teorie psychoterapii. Wszyscy się do nich odwołujemy, jednocześnie trudno nie zauważyć, że mimo wysiłków wielu pokoleń badaczy nie sposób przypisać teoriom będącym podstawą praktyki psychoterapeutycznej walor prawdy i obiektywności. Możemy powiedzieć, iż są to dyskursy, narracje na temat natury człowieka, jego rozwoju, powstawania zaburzeń i w konsekwencji przyjętych przesłanek metod ich eliminowania. Zgodnie z założeniami i kontekstem kulturowym podejścia badawcze definiują, co jest normą, co jest prawidłowe, a co jest zaburzeniem [13]. W momencie sformułowania koncepcji stają się „wiedzą”, która jest popularyzowana, obiektywizowana i która stanowi punkt odniesienia dla praktyki (np. jak rozwiązywać konflikty małżeńskie, jakie metody wychowawcze są właściwe, jak formułować przepisy kodeksu prawa rodzinnego). Pokazuje to ważność rozważań nad statusem psychoterapii rozumianej jako dyskurs kulturowy [13]. W tym kontekście szczególnie przydatne są refleksje psychoterapeutów odwołujących się do konstrukcjonizmu, psychoterapeutów świadomych dyskursywnego charakteru swojej wiedzy, kwestionujących jej uniwersalność, jej obiektywność na rzecz „lokalności” [10, 14, 15]. Ich propozycje teoretyczne i praktyczne to zarazem próba uwolnienia psychoterapii od dyskursu dotyczącego władzy, jaka wiąże się z wiedzą ekspercką, próba demokratyzacji psychoterapii.

Terapeuta rodzinny wobec bieżących problemów

Warto jeszcze przywołać inną sytuację, która bywa pułapką dla systemowych terapeutów — dotyczy ona niechętnego włączania się w rozwiązywanie aktualnego problemu. Wszyscy wiemy, że psychoterapeuci, niezależnie od orientacji, nie chcą być zaangażowani w podejmowanie rodzinnych decyzji. Terapeuci rodzinni preferują rozmowy o relacjach oczekując, że nowe rozumienia pozwolą rodzinie samodzielnie wybrać właściwą opcję postępowania. Trudno się z tym ogólnym założeniem nie zgodzić, ale bywa, że traci ono sens terapeutyczny. Dobrze to ilustruje przykład, który znam z kontekstu szkoleniowego. Na terapię zgłosiła się matka z 17-latkim, który od kilku miesięcy coraz częściej opuszczał lekcje szkolne, a w momencie pierwszego spotkania terapeutycznego od ponad 2 miesięcy w ogóle nie chodził do szkoły. Pozostawał w domu, czytał, leżał w łóżku, ale też robił zakupy, sprzątał. Mieszkał z matką chorującą od wielu lat na gościec, ojciec pracował poza granicami kraju, przyjeżdżał raz na 2 miesiące na kilka dni, starsza 23-letnia siostra studiowała w innym mieście, w ostatnim roku przyjeżdżała do domu coraz rzadziej, za-

mieszkała z chłopcem, pisała pracę magisterską. W trakcie kilku pierwszych spotkań dość szybko ujawniły się powiązania pomiędzy zachowaniami chłopca a sytuacją rodzinną, rzadszymi przyjazdami siostry, jej mniejszym zainteresowaniem, także rzadszymi telefonami ojca, a jednocześnie pogorszeniem się zdrowia matki, wymagającym zintensyfikowania leczenia. Psychoterapeutka postawiła hipotezę, że chłopiec jest oddelegowany przez pozostałe osoby w rodzinie do opieki nad matką i w celu zmiany tej sytuacji podjęła próbę zaproszenia ojca i siostry na terapię. Ze względu na odległość spotkanie zostało ustalone za 6 tygodni od ostatniej sesji. W czasie trwania terapii pedagog szkolny skontaktował się z matką chłopca i zasugerował nauczanie indywidualne na najbliższe miesiące, wskazując, że już prawie cały semestr nie uczęszcza on do szkoły, co w perspektywie uniemożliwi mu zaliczenie bieżącego roku.

Terapeutka prowadząca terapię zdecydowała się na omówienie jej przebiegu w grupie szkoleniowej, gdyż nie była pewna, czy propozycja pedagoga jest rzeczywiście korzystna. Obawiała się, że nauczanie indywidualne zatrzyma chłopca w domu i nie zwolni go z roli, jaką pełni on w rodzinie. Te wątpliwości były uzasadnione. Z drugiej strony niepodejmowanie kroków w kierunku powrotu chłopca do szkoły i oczekiwanie, że zmiana relacji, która miałaby nastąpić w dalszej perspektywie, automatycznie rozwiąże problem, były nadmiarowe. W chłopcu, w miarę przedłużania się absencji w szkole, narastały obawy, czy poradzi sobie z nauką. Przeżywał lęk przed powrotem do niej, wyrażał przekonanie, że jak będzie musiał powtarzać klasę, to zrezygnuje z dalszej nauki.

Ten prosty przykład pokazuje zawężenie rozumienia trudności do kontekstu rodzinnego i niedostrzeganie innych czynników istotnych w rozwiązywaniu problemów chłopca. Niedocenienie ważności powrotu do szkoły, konsekwencji wycofania się z aktywności szkolnej oraz brak współpracy z systemem szkolnym utrudniał terapeutce działanie w dwóch planach: bieżącym i perspektywnym.

Przykład ten dobrze pokazuje bardziej ogólną kwestię, która jest obecna w terapii rodzin nastolatków, a mianowicie presję czasu. Problemy psychiczne i emocjonalne adolescentów muszą być rozwiązywane dość szybko, aby nie utrudniały im realizowania zadań rozwojowych. Gdy tak się nie dzieje, obserwujemy efekt kuli śnieżowej. Presja czasu — chociaż odczuwana także przez samych terapeutów — jest szczególnie wyraźna u rodziców pacjentów, którzy oczekują szybkich zmian w procesie terapii, często wywierając nacisk na terapeutów, co oczywiście nie ułatwia leczenia.

Relacja terapeutyczna. Wewnętrzne głosy terapeuty

Nawet ten pobieżny opis pokazuje, że sytuacja terapii rodzin z adolescentem jest pełna sprzeczności. Można się zastanawiać, jak radzi sobie z nimi terapeuta, jakie uczucia budzą w nim sprzeczne oczekiwania członków rodziny od samych siebie i terapii, od terapii i terapeuty albo zachowania, które są trudne do zaakceptowania ze względu na jego wzorce kulturowe, bądź osobiste przekonania. Jak to wpływa na budowanie relacji terapeutycznej? Różne koncepcje w terapii rodzin próbują odnieść się do wspomnianego aspektu pracy terapeutów. Ilustrują to takie pojęcia, jak neutralność, zaciekawienie, irrewerencja, czyli zawieszanie swoich poglądów, postawa niewiedzenia. Koncepcja neutralności sformułowana przez zespół mediolański zakładała utrzymywanie podobnego stopnia bliskości

terapeuty z każdym członkiem rodziny [16] — w tym sensie była to pożądana postawa terapeuty podczas terapii systemowej wobec wszystkich członków rodziny, gwarantująca równość i sprawiedliwość w relacjach. W późniejszym okresie została zastąpiona, jako utopijna, koncepcją zaciekawienia i irrewerencji: zawieszania, kwestionowania swoich poglądów [17]. Chodzi tutaj o „utrzymywanie umysłu terapeuty w stanie aktywności nastawionej na poznawanie, otwarte poszukiwanie, a nie ocenianie” [12, s. 51]. Ważnym aspektem tej postawy jest umiejętność kwestionowania swoich hipotez, podtrzymywania wątpliwości. Jest to bliskie postulowanej przez Harlene Anderson i Harry’ego Goolishiana postawie niewiedzenia (*not-knowing*) zakładającej, że terapeuta nie może z samej racji bycia terapeutą wiedzieć, co dla pacjenta i jego sytuacji jest najlepsze; musi uwzględnić jego doświadczenie i jego „wiedzę życiową”. Koncepcja ta odnosi się do intencji i sposobu, w jaki psychoterapeuta wykorzystuje swoje doświadczenie oraz wiedzę — teoretyczną i tę wynikającą z badań. W tym ujęciu stanowi ona jedynie materiał inicjujący rozmowę, dialog terapeutyczny, nie ma obiektywnego waloru prawdy i może być kwestionowana [14, 15].

Jakkolwiek teoretycznie każda z koncepcji stanowi atrakcyjną propozycję, w praktyce są one użyteczne w ograniczonym stopniu. Konstrukty te stanowią busole, ale przecież nie sprawiają, że osiągniemy np. stan zaciekawienia wykluczającymi się narracjami rodzinnymi bez wkładania wysiłku w identyfikowanie uczuć, ich rozumienie i modyfikowanie. Tutaj przydatna jest superwizja, a także praca nad rozumieniem własnych doświadczeń.

W pracy nad rozumieniem siebie w procesie terapeutycznym przydatna może być koncepcja wielogłosowego, dialogowego Ja w psychologii, rozwinięta przez Huberta Hermansa [18]. Opisał on wewnętrzną dynamikę wielości głosów w postaci dialogowej struktury *self*, wyodrębniając zewnętrzne i wewnętrzne pozycje dialogowego Ja, Ja indywidualne i kolektywne. Sformułował model rozwoju dialogowej struktury Ja, opisał — z tej perspektywy — zaburzenia psychiczne, a także przedstawił strukturę Ja jako wielogłosową strukturę znaczeń [18]. Zdaniem Hermansa relacje władzy, dominacji—podległości, jakich doświadczamy w kontaktach interpersonalnych uczestnicząc w kulturze, wpływają na sposób organizacji pozycji Ja. Niektóre z pozycji Ja mogą zostać utrwalone, podczas gdy inne osłabione czy stłumione, zależnie od stopnia i siły dominacji w relacji dialogowej. Tożsamość osoby jest w tym ujęciu rozumiana jako dominująca pozycja Ja, co oznacza, że jednocześnie możliwe są alternatywne tożsamości, gdyby stłumione pozycje Ja znalazły przestrzeń na wypowiedzenie [18].

Terapeuta rodzinny pracujący z adolescentami musi uruchomić wiele wewnętrznych głosów, dialogujących pozycji własnego Ja: Ja terapeuta systemowy, Ja klinicysta (psycholog lub psychiatra), Ja pracownik danej instytucji. W wewnętrznej rozmowie musi badać zobowiązania wynikające z każdej z pozycji i negocjować kierunki działania. W tych rozmowach wewnętrznych szczególnie ważne są głosy odnoszące się do własnych rodzinnych doświadczeń terapeuty: jego doświadczenia z relacji z rodzicami (np. Ja dziecko matki, Ja dziecko ojca), z własnej adolescencji, doświadczeń bycia matką lub ojcem, bycia kobietą lub mężczyzną. One mogą być źródłem silnych przeżyć i nakładać się na proces terapii, a także utrudniać budowanie relacji terapeutycznej ze wszystkimi członkami rodziny [19]. Analiza wewnętrznych głosów uruchamiających się podczas sesji terapeutycznej

jest istotnym aspektem superwizji pozwalającym na budowanie relacji terapeutycznej z wszystkimi członkami rodziny.

Uwagi końcowe

W pracy z rodzinami pacjentów młodzieżowych ważna jest znajomość kulturowego, społecznego kontekstu życia danej rodziny, znajomość kultury, z jaką identyfikuje się adolescent, a także problemów, z jakimi konfrontowane są kolejne pokolenia młodych osób.

Te zaledwie zarysowane dylematy pokazują złożoność kontekstów, w jakich porusza się psychoterapeuta rodzinny pracując z dziećmi i adolescentami. Wymagają one od niego dużej elastyczności i umiejętności pracy w różnych konfiguracjach, uwzględnienia w procesie terapii rodzinnej miejsca na rozmowę z rodzicami i skuteczne ich wspieranie, dzięki czemu będą oni mogli z kolei stanowić właściwe wsparcie dla swoich dzieci. Te różne konteksty wymagają także stworzenia przestrzeni na indywidualną opowieść pacjenta i jego refleksje związane z relacjami z rodzeństwem. Umiejętność pracy z subsystemami, przemieszczania się pomiędzy różnymi perspektywami jest w procesie terapii rodzinnej niezbędna, podobnie jak umiejętność znoszenia niepewności, gotowość podejmowania ryzyka i wyzwiań. W tym sensie zdanie z książki *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based treatment* brytyjskich autorów Antony'ego Rotha i Petera Fonagy'ego [20] szczególnie trafnie wydaje się odnosić do sytuacji terapeutów rodzinnych pracujących z rodzinami nastolatków: *Podręczniki psychoterapii mają wiele do zaoferowania w szkoleniach w zakresie psychoterapii i [...] modele przestrzegające zasad sztuki powinny obejmować formalną ocenę tego, czy psychoterapeuta potrafi przestrzegać wytyczonych przez nie zasad. Jednak [...] wytrawnymi praktykami są raczej ci, którzy potrafią elastycznie korzystać z zaleceń technicznych, a także — gdy wymaga tego sytuacja kliniczna — postępować wbrew nim bądź wykraczać poza nie* [20, s. 476].

Piśmiennictwo

1. Goldenberg H, Goldenberg I. *Terapia rodzin*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2006.
2. Carr A. The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused of problems. *J. Fam. Ther.* 2009; 31: 3–45.
3. de Barbaro B, Józefik B, Drożdżowicz L. *Terapia rodzin w zaburzeniach osobowości: wątpliwości i możliwości*. *Psychoter.* 2008; 1(144): 5–16.
4. Józefik B, Wolska M. The context of referring to the treatment and the course of family consultation vs. readiness to start family therapy. *Arch. Psychiatrii Psychother.* 2005; 7(4): 45–56.
5. Andersen T. *The reflecting team. Dialogues and dialogues about dialogues*. Broadstairs: Borgmann; 1990.
6. Anderson H. *Terapia oparta na współpracy: relacje oraz rozmowy, które odmieniają*. Tekst przetłumaczony na warsztat prowadzony przez Harelen Anderson 21.10.2009, Kraków, s. 9 [dostępny u organizatorów].
7. Anderson H. *Becoming a postmodern collaborative therapist: a clinical and theoretical journey. Part I and II. Becoming a PostModTher*. <http://www.taoinstitute.net/manuscripts-for-downloading#sthash.NmJrPxxG.dpuf> 15.05.2014
8. Foucault M. *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*. Warszawa: PIW; 1987.

9. Kapusta A. Szaleństwo i władza: Myśl krytyczna Michaela Foucaulta. Praca doktorska, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, promotor prof. dr hab. Zdzisław Cackowski. <http://andkapusta.files.wordpress.com/2010/04/doktorat11.pdf> 15.IV.2014
10. White M, Epston D. Narrative means to therapeutic ends. New York, London: W. W. Norton and Co.; 1990.
11. White M. Deconstruction and therapy. Dulwich Centre Newsletter 1991; 3: 21–41.
12. Chrząstowski S, de Barbaro B. Posmodernistyczne inspiracje w psychoterapii. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2011.
13. Józefik B. Psychoterapia jako dyskurs kulturowy. *Psychiatr. Pol.* 2011; 45(5): 737–748.
14. Anderson H. Then and now: from knowing to not-knowing. *Contem. Fam. Ther. J.* 1990; 12: 193–198.
15. Anderson H, Goolishian H. The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. W: McNamee S, Gegren KJ, red. *Therapy as social construction*. London, Newbury Park, New Delhi: SAGE Publications; 1992, s. 25–39.
16. Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Hypothesizing–circularity–neutrality. Three guidelines for conductor of the session. *Fam. Proc.* 1980; 19: 3–12.
17. Cecchin G. Stawianie hipotez, cyrkularność i neutralność raz jeszcze. *Zachęta do ciekawości*. W: Cecchin G, red. *Mediolańska szkoła terapii rodzin. Wybór prac*. Kraków: Wydawnictwo Collegium Medicum UJ; 1999, s. 23–35.
18. Hermans HJM. The dialogical self: between exchange and power. W: Hermans HJM, Dimaggio G, red. *The dialogical self in psychotherapy*. Hove, New York: Brunner-Routledge; 2004, s. 13–28.
19. Józefik B, Janusz B, de Barbaro B. Koncepcja dialogowego Ja w psychoterapii — założenia teoretyczne. *Psychiatr. Pol.* 2012; 46(5): 857–865.
20. Roth A, Fonagy P. *What works for whom? Second edition*. Guilford Press; 2004.

Adres: mzjozefi@cyf-kr.edu.pl