

Zadania psychologa-praktyka w terapii rodzin i par w gabinecie prywatnym

Założenia ogólne i cel pracy z pacjentem

W dzisiejszych czasach coraz więcej osób znajdujących się w trudnych życiowych sytuacjach decyduje się na szukanie pomocy u psychologów i psychoterapeutów. Poza instytucjami w rodzaju ośrodków interwencji kryzysowej, poradni psychologiczno-pedagogicznych, szpitali psychiatrycznych czy innych ośrodków terapii, w których pracują zespoły psychologów i psychiatrów oferując terapię indywidualną bądź grupową, coraz częściej usługi psychoterapeutyczne świadczy się w prywatnych gabinetach. Ich zaletą jest to, że pacjent nie potrzebuje specjalnego skierowania, proces kwalifikacji do terapii jest dużo prostszy, a czas oczekiwania na rozpoczęcie terapii jest znacznie krótszy, co w wielu przypadkach ma kluczowe znaczenie dla osób będących w kryzysie, lub mających narastające dolegliwości psychosomatyczne.

Zadanie psychologów, pracujących z parami, rodzinami bądź pacjentami indywidualnymi w gabinetach prywatnych, są podobne do zadań psychologów pracujących w innych instytucjach pomocy. Zasadą naczelną (podobnie jak w przypadku lekarzy) powinno być „*primum non nocere*” – czyli przede wszystkim nie szkodzić. Nie zawsze jesteśmy w stanie pomóc, nie każdy problem, z którym zgłasza się pacjent można w pełni rozwiązać, nie wszyscy pacjenci poddają się oddziaływaniom terapeutycznym, nie wszyscy są na nie gotowi, ale naszą odpowiedzialnością jest, aby nie zaszkodzić osobie szukającej pomocy.

Co może zaszkodzić pacjentowi w kontakcie z psychologiem? To częste pytanie, które stawiają sobie osoby wkraczające na tę ścieżkę zawodową. Uważam, że jest to zasadne pytanie, które powinno raczej skłaniać terapeuta do uważności i autorefleksji, niż do paraliżującego lęku i sztywności w postępowaniu wobec pacjenta. Wymienię poniżej kilka przykładów działań psychologa, które mogą mieć szkodliwy charakter:

1. Lekceważący stosunek do pacjenta lub problemu, z którym przychodzi (psycholog/terapeuta nie słucha uważnie, rozprasza się, ziewa, przerywa pacjentowi, bagatelizuje to, o czym mówi pacjent).

Pamiętajmy, że pacjent zauważa każdą naszą reakcję, nawet jeśli o tym nie mówi.

Przykłady zaczerpnięte z wypowiedzi pacjentów; *„miałam wrażenie, że pani psycholog mnie nie słucha, że nudzi ją moja historia; ukradkiem spoglądała na zegarek (sądząc, że tego nie widzę)”*, *„pan terapeuta przerywał mi w pół zdania, sprawiał wrażenie jakby się gdzieś spieszył, czułam się ponaglana i niezrozumiana”*, *„po wizycie u tej pani czułam się fatalnie, miałam ochotę skoczyć z mostu do Wisły, powiedziała mi, że moje problemy to nic wielkiego, że nie powinnam się nimi przejmować, inni mają poważniejsze kłopoty ode mnie, więc o co mi chodzi?”*.

2. Zbyt pochopne udzielanie rad, wypowiadanie się w sposób autorytatywny o życiu pacjenta (terapeuta wiedzący lepiej co jest dobre dla pacjenta, patrzący tylko z jednego punktu widzenia, albo przez pryzmat wyznawanego przez siebie światopoglądu).

Przykłady wypowiedzi; *„moja terapeutka powiedziała mi, że nigdy nie wyjdę za mąż, że z moimi cechami osobowości ciężko mi będzie znaleźć kogoś normalnego”*, *„kiedy terapeutka usłyszała, że w młodości dokonałam aborcji, to na kolejnej sesji stwierdziła, że nie może się dłużej ze mną spotykać, bo to kłóci się z jej światopoglądem”*, *„moja pani psycholog mówiła mi, że ona nie może powiedzieć czy mam rozwieść się z mężem, czy nie, ale ona na moim miejscu nie krzywdziłaby dzieci pozbawiając ich pełnej rodziny”*.

3. Uporczywe przywiązanie do jednej hipotezy, jednej diagnozy, niezdolność do szerszego widzenia problemu, brak umiejętności czy chęci spojrzenia na konkretną sytuację z różnych stron (terapeuta musi być gotowy do ciągłej weryfikacji swoich hipotez względem pacjenta, jest to szczególnie istotne na początku terapii).

Wyobraźmy sobie bowiem sytuację, w której przychodzi do nas pacjent skierowany przez lekarza ortopedę, z silnymi bólami kręgosłupa. Lekarz uznał, że z medycznego, to znaczy ortopedycznego punktu widzenia pacjent jest zdrowy, zakładamy więc, że objawy mają podłoże psychosomatyczne. Pracujemy z pacjentem przez kilka miesięcy, ale objawy nie ustępują. Może to oznaczać, że przyjęta przez nas forma pomocy jest nieskuteczna, ale też może oznaczać, że pacjent wymaga dalszej diagnozy medycznej, być może przyczyną jego bólów jest inna choroba. Krótko mówiąc przyjęcie – przy niepełnej diagnozie medycznej – hipotezy, że na pewno mamy do czynienia z psychosomatyką może być błędem.

4. Negatywny stosunek do pacjenta (będący wynikiem przeniesienia bądź wynikający z różnic światopoglądowych). W trakcie spotkań z pacjentem zawsze staram się szukać takiej jego części, którą jestem w stanie „polubić”, której jestem w stanie współczuć i którą chcę wspierać przeciwko tej bardziej zaburzonej części. Jeżeli nam się to nie udaje, to powinniśmy skierować pacjenta do kogoś innego, tłumacząc to bardziej naszym brakiem kompetencji niż

cechami osobowości pacjenta. Można to ująć w taki na przykład sposób: „*myślę, że w pana/pani problemie skuteczniejsza będzie pomoc... terapeuty X, to osoba, która ma większe ode mnie doświadczenie w pracy z takimi problemami*”.

5. Podejmowanie się terapii bez właściwych kompetencji, bez znajomości technik terapeutycznych czy też podstawowych zasad prowadzenia terapii. Przykład: osoby po ukończeniu studiów psychologicznych nie są w pełni przygotowane do prowadzenia terapii, mogą służyć pomocą psychologiczną, ale też w sytuacji, gdy mają swoją superwizję.

6. Nadmierna ortodoksyjność terapeuty, sztywne trzymanie się przezeń zasad określonych przez daną szkołę terapeutyczną i wynikający z tego brak elastyczności (w niektórych szkołach panuje zasada, że terapeuta nie może pomiędzy sesjami odebrać telefonu od pacjenta, osobiście uważam, że w niektórych przypadkach może to być ryzykowne, a niekiedy może być też po prostu nieludzkie.

Przykład (mówi pacjent): „*Nie mogłem wejść na terapię, bo brama wejściowa była zamknięta, dzwoniłem kilkakrotnie do mojego terapeuty, ale on nie odbierał, chociaż czekał na mnie w gabinecie., W końcu poszedłem do domu, straciłem tę sesję, a terapeuta był zły na mnie, bo stracił godzinę (za którą zresztą musiałem zapłacić)*”.

Z drugiej strony zdarzają się i takie sytuacje (mówi terapeuta): „*Osobiście miałam sytuację, gdy pacjent dzwonił do mnie pół godziny przed sesją informując mnie, że miał wypadek samochodowy i właśnie jedzie do szpitala, był przerażony i pełen lęku. Potrzebował chwilę ze mną porozmawiać, żeby się uspokoić*”. Dużo bardziej sensowne wydaje mi się dostosowanie metod do potrzeb i osobowości pacjenta. Mamy przecież być skuteczni w pomocy danej osobie, a nie dostosowywać pacjenta do naszych teorii i metod pracy (hołdując przekonaniu, że jeśli ktoś nie umie się do naszych metod przystosować, to „jego problem”).

Przykład: „*bardzo się stresowałem za każdym razem, kiedy jechałem na spotkanie z moim terapeutą. Już tramwaju wymyślałem co mu powiem, jak zacznę. On zawsze milczał, nigdy nie zaczynał pierwszy spotkania, jak ja coś mówiłem, to zawsze to komentował i znów milczał. Fatalnie się wtedy czułem, byłem cały czas spięty, terapeuta wydawał mi się zimnym robotem, a nie człowiekiem. Trudno mi było przed kimś takim się otworzyć i poczuć bezpiecznie*”.

7. Brak superwizji. Jej znaczenie – zwłaszcza, gdy ktoś pracuje w prywatnym gabinecie – jest olbrzymie (więcej informacji na temat superwizji znajdzie się w ostatnim rozdziale).

Pierwsze spotkanie z pacjentem i zawarcie kontraktu

W procesie udzielania pomocy terapeutycznej osobom potrzebującym bardzo ważne jest pierwsze spotkanie z pacjentem. Co powinniśmy w jego trakcie ustalić? Przede wszystkim to, czy podejmiemy się w ogóle pracy z daną osobą. Po pierwszym spotkaniu możemy jeszcze zrezygnować z pracy z pacjentem, jeżeli uznamy, że nasze kompetencje nie są wystarczające, aby udzielić mu efektywnej pomocy. Dlatego tak ważne jest abyśmy w momencie, kiedy postanawiamy otworzyć gabinet psychologiczny dokładnie określili, jaki rodzaj pomocy jesteśmy w stanie zaoferować. Niekiedy już na etapie zgłoszenia się pacjenta możemy określić czy dana osoba mieści się w profilu oferowanej przez nas pomocy. Pamiętajmy jednak, że zgodne z etosem zawodu będzie skierowanie danego pacjenta w inne konkretne miejsce, a nie oznajmienie mu tylko, że my nie jesteśmy mu w stanie pomóc i pozostawienie go bez żadnych informacji odnośnie osób czy miejsc, gdzie niezbędną pomoc może uzyskać.

Omawiając model pracy psychologa w gabinecie prywatnym skupiałam się na pracy – z osobami dorosłymi bądź z parami – w nurcie systemowym. Poniżej omówię przykłady związane z takim właśnie rodzajem pracy.

Pierwszym zadaniem psychologa jest określenie problemu, z jakim przychodzi pacjent. Pomocne mogą być tu pytania w rodzaju: „*W czym mogę Panu/Pani pomóc?*”, „*Z jakim problemem Pan/Pani do mnie przychodzi?*”. Już samo nazwanie problemu i określenie oczekiwań pacjenta stanowi podstawę podjęcia przez psychologa decyzji w zakresie tego, czy i w jaki sposób udzielić zgłaszającemu się pomocy.

Ważne, żeby na początku określić, czy pacjent potrzebuje: pomocy psychologicznej, terapii, czy interwencji kryzysowej. Dopiero potem możemy przystąpić do opracowania strategii tej pomocy.

Istotnym momentem jest omówienie kontraktu terapeutycznego, zazwyczaj ma to miejsce pod koniec pierwszego spotkania. Kontraktem terapeutycznym nazywamy umowę pomiędzy terapeutą a pacjentem, zawartą według ściśle określonych zasad. Obejmuje on między innymi zdefiniowanie celu terapii (terapeuta powinien pomóc pacjentowi w jasnym i precyzyjnym określeniu tego celu); ważne jest także ustalenie motywacji pacjenta do odbywania terapii (czy pacjent przychodzi z własnej woli, dlaczego ma to miejsce akurat w tym momencie życia, co było czynnikiem bezpośrednio motywującym go do podjęcia terapii).

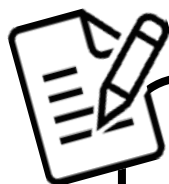
Pacjent powinien wówczas zostać poinformowany także o metodach pracy terapeuty. Nie musimy oczywiście wyklądać szczegółowo teorii, na której opiera się terapeuta, ale należy ogólnie powiedzieć pacjentowi coś na temat stosowanych przez nas technik, a także powiadomić go o naszych oczekiwaniach wobec pacjenta (np. ja sama informuję, że dla lepszego zrozumienia problemu pacjenta potrzebne jest zrobienie genogramu, czyli oznajmiam, że będę chciała dowiedzieć się czegoś o rodzinie generacyjnej pacjenta). Może się okazać, że pacjent nie będzie gotowy na proponowaną przez nas formę terapii (gdyż np. nie będzie miał ochoty ujawniać szczegółów z życia jego rodziny), tym sposobem dajemy mu więc szansę wycofania się jeszcze przed podjęciem przez nas pracy terapeutycznej.

Kolejnym krokiem na etapie zawierania kontraktu jest ustalenie podstawowych reguł, dotyczących częstotliwości spotkań, czasu trwania sesji, kosztów związanych z terapią oraz z formą, w jakiej pacjent będzie płacił za sesje (w formie gotówki czy przelewu). Nie muszą dodawać, że w gabinecie prywatnym terapeuta zobowiązany jest wystawić pacjentowi fakturę za każdą przeprowadzoną sesję. Należy wreszcie ustalić także to, w jakiej formie i z jakim wyprzedzeniem pacjent powinien odwoływać sesję i czy pacjent płaci za odwołaną przezeń sesję, a jeśli tak, to w jakiej sytuacji i w jakiej formie i wysokości.

Powinniśmy ustalić także formę komunikowania się pomiędzy sesjami: czy pacjent może do nas telefonować (jeżeli tak, to w jakich sytuacjach), czy porozumiewamy się mailowo, czy przy użyciu sms-ów?

Na zakończenie pierwszej sesji należy powiedzieć pacjentowi o obowiązującej nas – psychologów tajemnicy zawodowej i zasadzie poufności. Pamiętajmy, że kontrakt – określając jasne zasady uczestnictwa w procesie terapeutycznym – zabezpiecza nie tylko pacjenta, ale służy również terapeutom, kreując wyraźnie i niedwuznacznie określone zasady pracy.

Ramka 1. Co powinien zawierać kontrakt?



Ustalenie celu pracy z pacjentem

Ustalenie rodzaju i form pracy w gabinecie

Ustalenie czasu, miejsca i częstotliwości spotkań oraz długości sesji

Ustalenie formy rozliczania się za sesję

Ustalenie warunków i konsekwencji odwoływania sesji

Ustalenie w jaki sposób pacjent może się kontaktować z terapeutą w okresie pomiędzy sesjami

Po zawarciu kontraktu psycholog powinien przejść do etapu diagnostycznego. Diagnoza jest w pewnym stopniu zależna od szkoły terapeutycznej, w jakiej pracuje psycholog. Pracując w ujęciu systemowym proponuję następujące kroki:

1. Zdiagnozowanie zaburzeń pacjenta w zależności od zgłaszanego przez niego problemu – można w tym celu posłużyć się różnego rodzaju testami psychologicznymi, np. testami badającymi cechy osobowości, poziom depresji czy poziom lęku. Jeżeli podejmujemy decyzję, że nie udzielamy doraźnej pomocy psychologicznej, lecz przystępujemy do pracy terapeutycznej, to sensowne jest wykorzystanie w diagnozie testów projekcyjnych, umożliwiających wgląd w obszary podświadomości.
2. W nurcie systemowym istotne jest określenie przekazów rodzinnych i dziedzictwa rodzinnego. Możemy to zrobić wykorzystując technikę genogramu wraz z poszerzonym wywiadem genogramowym.
3. Kolejnym etapem może być wywiad i poznanie historii życia pacjenta (to wówczas poznajemy jego najwcześniejsze wspomnienia, dowiadujemy się jak przebiegały poszczególne etapy rozwojowe w jego życiu).

Zawarcie kontraktu i przeprowadzenie diagnozy adekwatnej do zgłaszanego przez pacjenta problemu zamyka pierwszy, wstępny etap i rozpoczyna etap kolejny, który może przybrać formę albo terapii właściwej, albo pomocy psychologicznej, albo interwencji kryzysowej.

Współpraca z osobami z zewnątrz

Pracując w prywatnym gabinecie możemy współpracować z innymi specjalistami, ale tylko za zgodą bądź też na prośbę samego pacjenta. Może się zdarzyć, że konieczne jest wprowadzenie farmakoterapii. Warto wówczas wiedzieć przez jakiego lekarza-psychiatrę pacjent jest prowadzony i jakie leki zażywa. Bardzo pomocna jest współpraca i kontakt z psychiatrą w kwestii tego, w jakim okresie i jak długo pacjent stosuje zapisane mu leki, pamiętać bowiem należy, że leki mogą wspomagać proces terapeutyczny, bywa jednak i tak, że go utrudniają. Dzieje się tak w sytuacjach, gdy terapeutycznie ważne jest dotarcie do niełatwych, wypartych przez pacjenta emocji, co przy przyjmowaniu niektórych leków może być utrudnione.

U osób zgłaszających się po pomoc terapeuty coraz częściej spotykane są zaburzenia psychosomatyczne, wówczas wskazana i sensowna jest współpraca z lekarzami danej specjalności (kardiologami, ortopedami czy internistami). Wyobraźmy sobie na przykład, że przychodzi do nas pacjent skarżący się na silne bóle w klatce piersiowej. Po zrobieniu wywiadu

okazuje się, że został skierowany do nas przez kardiologa, lekarz stwierdził bowiem, że medycznie pacjentowi nic nie dolega. W takiej sytuacji możemy zaufać lekarzowi, zwłaszcza jeżeli diagnoza jego poparta jest wynikami badań. Możemy również zapytać pacjenta czy pozwala nam na kontakt z lekarzem w celu doprecyzowania ścieżki diagnostycznej. Z moich doświadczeń wynika, że bezpośrednia rozmowa ze specjalistą kierującym do nas pacjenta może wnieść wiele cennych informacji, które oczywiście przekazujemy potem pacjentowi. Istotne jest, aby pamiętać, że w przypadku pacjentów psychosomatycznych diagnoza powinna być poprzedzona wiarygodnymi wynikami badań lekarskich. Może się bowiem zdarzyć, że objawy somatyczne pacjenta mieć będą swoje podłoże w faktycznej chorobie; wówczas nasze oddziaływanie psychoterapeutyczne niewiele pomoże, a stan pacjenta może się nawet pogorszyć.

Kolejną wartą omówienia kwestią jest współpraca z innymi terapeutami w sytuacji, w której prowadzimy terapię jednej osoby, podczas gdy jej współpartner chodzi na terapię do innego specjalisty, albo gdy my prowadzimy terapię pary a jedno z partnerów jest w trakcie swojej indywidualnej terapii. W tego typu sytuacjach dopuszczalne są różne rozwiązania, zależne od wymagań sytuacji. Pamiętajmy jednak, że każdy kontakt z osobami z zewnątrz może mieć miejsce tylko za wiedzą i zgodą pacjenta.

Kiedy sensowne jest nawiązanie kontaktu z innymi terapeutami?

Przede wszystkim w przypadku, gdy nasz pacjent uczestniczy w innej terapii prowadzonej równolegle, np. w terapii indywidualnej (podczas gdy w naszym gabinecie jest na terapii małżeńskiej), albo w terapii małżeńskiej (gdy u nas jest na terapii indywidualnej), lub też w sytuacji, gdy np. żona jest u nas na terapii a mąż ma własnego terapeutę. W takich sytuacjach dopuszczalny jest kontakt z terapeutą prowadzącym współmałżonka, np. wtedy, gdy widzimy, że kryzys w małżeństwie nasila się i istnieje niebezpieczeństwo rozpadu związku. Przypominam sobie w tym kontekście, że kiedyś chodziła do mnie na terapię żona, podczas gdy jej mąż korzystał z pomocy innej terapeutki (każde z nich zgłosiło się po pomoc w związku z indywidualnymi problemami, niezwiązanymi z ich małżeństwem). W trakcie trwania tych indywidualnych spotkań terapeutycznych coraz bardziej nasilał się kryzys w ich związku. Każde z małżonków dostawało wsparcie od swojego terapeuty, zachętę do tego, żeby zadbać o siebie i zawalczyć o swoje prawa, a podążanie za tymi sugestiami zaczęło odbijać się negatywnie na ich wspólnym życiu. Pomocne dla ich małżeństwa okazały się dwa spotkania wspólne, w których uczestniczyli zarówno małżonkowie, jak i ich terapeuci. Dały one okazję do wspólnego zastanowienia się nad tym, jak wesprzeć nie tylko żonę i męża w ich

indywidualnym rozwoju, ale też co zrobić, by ich związek nie stanowił ograniczeń dla każdego z nich. Pomocne było w tym poznanie perspektywy każdej ze stron, zauważmy przy tym, że w myśl teorii systemowej rodzina stanowi system naczyń połączonych: jeżeli poznamy tylko jeden z elementów, to trudno nam będzie zorientować się w tym, jak funkcjonuje całość i tym samym trudno nam będzie określić jaką rolę w tym systemie odgrywa nasz pacjent (albo funkcję pełni jego objawy). Jeżeli nasz pacjent jest w związku, to zawsze powinniśmy być wyczuleni na to, w jaki sposób prowadzona przez nas terapia na ten związek wpływa, co w nim się zmienia i w jaką stronę. Mogą to być zmiany pożądane, gdy wzajemne relacje małżonków poprawiają się; jednakże często niestety bywa i tak, jak we wspomnianym wyżej przykładzie: w związku narasta kryzys, bowiem terapeuci indywidualni zapominają o tym, że brak uważności na to, w jaki sposób zmiany w pacjencie wpływają na system rodzinny i jakie to może przynieść efekty dla związku. Czy na pewno pacjent jest gotowy na to, by w wyniku terapii indywidualnej rozpadło się jego małżeństwo? Rzecz jasna, nie mamy na to wpływu, ale możemy w sposób odpowiedzialny informować pacjenta o tym, co obserwujemy. Na przykład, jeżeli widzimy, że pacjent zaczyna skarżyć się na pogarszające się relacje ze współmałżonkiem, to przyglądamy się temu i doradzamy na przykład terapię wspólną. Możemy też zaprosić współmałżonka na jedną wspólną sesję w celu omówienia tego, co dzieje się w ich związku, również po to, żeby samemu zorientować się w sprzężeniach zwrotnych, które tam powstały, a być może po to, żeby zaproponować partnerowi indywidualną terapię (oczywiście u innego terapeuty). Osobiście uważam, że terapeuta systemowy, nawet, gdy pracuje indywidualnie z pacjentem, powinien mieć na uwadze cały system rodzinny (obejmujący nie tylko współmałżonka, ale również dzieci).

Ramka 2. Model działania systemu



Pamiętajmy: cały system wpływa na siebie wzajemnie i zmiany w jednym jego elemencie powodują zmiany w całości, zaś zmiany w całości wpływają na jednostkę. Aby pomóc jednostce należy zrozumieć, jak działa całość systemu.

Problemy etyczne i dylematy w pracy z pacjentami w gabinecie prywatnym.

Omówienie tego zagadnienia rozpocznę od przykładów.

Mówi terapeuta: *„Na terapię zgłosiła się do mnie para małżeńska X z prośbą o pomoc w trwającym od ponad roku kryzysie. Po pierwszym spotkaniu i zawarciu kontraktu rozpoczęliśmy spotkania. Na trzecią sesję przyszedł sam mąż; wszedł do gabinetu pytając czy może w nim poczekać na żonę, która pewnie się spóźni. Zgodziłem się, pan X zaczął ze mną rozmawiać „o pogodzie”, po czym odebrał telefon od żony, która zadzwoniła twierdząc, że coś jej wypadło w pracy i nie dotrze do gabinetu. Powiedziałem panu X, że w takim razie musimy zakończyć spotkanie, on natomiast uznał, że skorzysta z okazji i powie mi coś, co może mieć znaczenie dla terapii. Zanim zdążyłem zareagować poinformował mnie, że od roku ma romans, o którym żona nic nie wie. Oznaczało to, że okłamał mnie podczas pierwszej sesji, w trakcie której zawsze pytam pary, czy jest jakaś osoba trzecia, która może być przeszkodą w rozwiązaniu kryzysu małżeńskiego. Poinformowawszy mnie o swojej zdradzie pan X poprosił, abym nic żonie o tym nie mówił na kolejnej sesji”.*

Co w takiej sytuacji powinien zrobić terapeuta? Otóż podstawowym błędem była zgoda na to, żeby pacjent wszedł do gabinetu i rozpoczął z terapeutą jakąkolwiek, nawet niewinną rozmowę. Jak widać z opisu zdarzenia trudno było go powstrzymać przed wyznaniem jego prawdy o sytuacji, która *de facto* uniemożliwiała dalsze efektywne wspólne spotkania. Terapeuta – mając taką wiedzę i będąc związanym tajemnicą z jedną ze stron, czyli będąc wciągniętym w koalicję z jednym z pacjentów – nie może nadal pracować z parą. Pracując bowiem z parą jesteśmy terapeutą ich związku, nie zaś każdego z nich z osobna i naszym zadaniem jest troska o ten związek. Zapewne podczas pierwszego spotkania para została o tym poinformowana, ale – jak widać – nie przeszkodziło to mężowi w podjęciu próby stworzenia sojuszu z terapeutą. Tym, co psycholog mógłby zrobić w tej sytuacji, to powiedzieć panu X, że oczywiście nie powie żonie o tym, co zostało zakomunikowane, gdyż to sam pacjent musi zrobić, i dopiero wówczas terapeuta może ponownie zaprosić ich na wspólną sesję. Jeśli małżonek obawia się reakcji żony, to może ewentualnie zrobić to w gabinecie w obecności terapeuty. W tym przypadku para X nie pojawiła się więcej na sesji.

Przedstawię dla kontrastu inny przykład, w którym koalicja z jednym z małżonków okazała się pomocna w rozwiązaniu problemu.

„Do gabinetu zgłosiła się para Y z 14 letnim stażem, posiadająca dwójkę dzieci (w wieku siedmiu i dziesięciu lat). Powodem przyścia na terapię była depresja żony, spowodowana - jak

twierdził mąż – jego zdradą. Pan miał krótki romans, który zakończył pół roku temu. W trakcie spotkania żona prawie się nie odzywała, cały czas płakała kiwając tylko głową na potwierdzenie tego, co opowiadał mąż. Pan Y powiedział, że czuje się winny i odpowiedzialny za stan żony i będzie z nią przychodził na terapię, żeby jej pomóc. Sam, jak twierdził, czuje się dobrze, nie ma żadnych objawów a jego jedynym problemem jest depresja żony. Państwo zgodnie stwierdzili, że chcą wspólnie pracować nad odbudową zaufania w związku. Kilka dni po spotkaniu zadzwoniła do terapeuty żona prosząc o spotkanie i rozmowę bez obecności męża. Rodzi się pytanie: czy można na takie spotkanie się zgodzić? Odpowiedź zgodna z zasadami brzmi negatywnie. Bywają jednak sytuacje, w których ortodoksyjne przestrzeganie zasad może prowadzić do błędnych decyzji. Tak było w tym przypadku, okazało się bowiem, że mąż jest osobą bardzo przemocową: stosuje wobec żony przemoc zarówno psychiczną, jak i fizyczną. Żona w jego obecności bała się powiedzieć cokolwiek, była przerażona i zastraszona, podobnie zresztą dzieci, wobec których nie stosowano przemocy fizycznej, ale były one świadkami awantur rodziców i przemocy wobec matki. Po spotkaniu z żoną (na które żona uzyskała zgodę od męża) i ustaleniu faktów dotyczących sytuacji w domu, małżonkowie przyszli razem na sesję. Terapeuta zapytał pana Y czy w ich domu zdarzają się opisane przez żonę sytuacje, gdy potwierdził, zaproponował mu wizytę u psychiatry celem podjęcia indywidualnego leczenia, co dopiero umożliwiłoby późniejsze rozpoczęcie terapii wspólnej. Psycholog uświadomił mu, że agresja fizyczna wobec żony jest karalna, i terapeuta nie może się podjąć ich wspólnej terapii, dopóki pan Y nie poradzi sobie z brakiem kontroli nad swoją złością. A ponieważ te wybuchy agresji mają wymiar dość ekstremalny i powtarzają się od lat, to należy sądzić, że pan Y sam sobie z nimi nie poradzi i wymaga specjalistycznej pomocy. Reakcja pana Y była w sumie zgodna z oczekiwaniami, pan ten wypowiedział parę obraźliwych słów pod adresem terapeuty i wyszedł trzaskając drzwiami. Tak zakończyła się ta terapia małżeńska, dając jednak początek terapii indywidualnej, celem której było udzielenie pomocy pani Y w wyjściu z sytuacji ofiary, a także w ochronieniu jej dzieci, które wprawdzie biernie, ale jednak także uczestniczyły w domowych awanturach. U starszej dziesięcioletniej córki rozpoznano objawy depresji, młodsza była zaś bardzo niespokojna, drażliwa, obie dziewczynki zostały więc objęte pomocą psychologiczną.”

Przedstawiona powyżej sytuacja jest przykładem interwencji kryzysowej w sytuacji rodziny, w której występuje zjawisko przemocy. W momencie, gdy w trakcie spotkań terapeutycznych orientujemy się, że istnieje zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjenta, mamy przede wszystkim obowiązek zapewnić bezpieczeństwo narażonemu na przemoc pacjentowi. Powinniśmy udzielić mu odpowiednich wskazówek dotyczących jego praw, ewentualnie – jeżeli nie czujemy, że mamy wystarczające w tym względzie kompetencje – skierować go do ośrodków

interwencji kryzysowej, w których oprócz psychologów pracują również prawnicy i psychiatrzy. Nie możemy prowadzić terapii, jeżeli jeden z partnerów jest aktywnie przemocowy; zapewnienia sprawcy, że na czas trwania terapii wspólnej będzie się powstrzymywał od aktów przemocy, nie mogą być dla nas wiarygodne. Możemy zgodzić się na kontynuację terapii tylko wtedy, gdy sprawca zostanie objęty indywidualną opieką psychiatryczną bądź psychoterapeutyczną.

Przytoczone powyżej przykłady konfrontują nas z dylematem lojalności wobec pacjentów. Podejmując się pracy z parą powinniśmy z zasady być obiektywni, nie wchodzić w koalicję z żadną ze stron, występując przeciwko drugiej. Wyjątkiem jest tu sytuacja taka, jak opisana powyżej, kiedy to spotykamy się nie tylko z naruszeniem dóbr osobistych drugiej osoby, ale również z naruszeniem prawa. Jako psychologowie, jako terapeuci nie możemy lekceważyć tego zjawiska ani bagatelizować go, nawet jeśli zdajemy sobie sprawę, że jego przyczyną są dysfunkcje sprawcy przemocy.

Pierwszy z opisanych przypadków opisuje sytuację, w której zgłaszające się na terapię osoby nie są wobec nas szczere. Mówiąc wprost: kłamią, starając się ukryć niewygodną dla nich prawdę, czyniąc to z lęku przed konsekwencjami swoich działań. Nie jest jednak zadaniem psychologa wchodzenie w rolę detektywa; zakładamy, że jeżeli ktoś zwraca się do nas po pomoc, to jest z nami szczery. I osobiście uważam, że jest to założenie prawidłowe i dobre, aczkolwiek niekiedy możemy się zawieść. Pamiętajmy zawsze, że nie jesteśmy po to, by kogokolwiek oceniać, ale po to tylko, by pomagać. Dlatego nawet jeśli przyłapiemy pacjenta na kłamstwie, to nie powinniśmy się obrażać, tylko wspólnie zastanowić się nad tym, co za tym kłamstwem stoi? Po co pacjent kłamie i czy faktycznie ma z tego jakieś korzyści?

Kolejnym dylematem etycznym, z którym ostatnio spotykam się często w gabinecie jest problem przekonań religijnych. Co zrobić, gdy czyjaś wiara i wynikające z niej pewne dogmaty są sprzeczne z zasadami działania mechanizmów psychologicznych człowieka? Co, jeśli przekonania religijne naruszają prawa jednostki do swobodnego, sprzyjającego samorealizacji rozwoju? No i wreszcie co zrobić, jeśli rozpoznajemy, że to one właśnie są przyczyną objawów pacjenta?

Przede wszystkim psycholog w trakcie trwania spotkań z pacjentem nie powinien narzucać mu swoich poglądów na kwestię wiary, bez względu na to, jakie by one nie były. Wykonywanie zawodu psychologa oznacza, że w swojej pracy będziemy kierować się wiedzą, którą posiadliśmy w trakcie studiów, a także zdobywaną przez cały okres bycia czynnym zawodowo. Wiedza ta oparta jest na przesłankach naukowych, ufundowanych na obiektywnych wynikach badań, a nie na jakiegokolwiek wierze czy religii. Wynika z tego, że nie możemy

wspierać opierających się nierzadko na irracjonalnym lęku dysfunkcyjnych zachowań pacjenta, prowadzących do zaburzeń w całym systemie rodzinnym. Mamy prawo jasno komunikować pacjentowi, które z jego schematów poznawczych są dysfunkcyjne i jako takie mogą być przyczyną problemów, z którymi się on boryka. Nie mamy natomiast prawa zmuszać go do zmiany tych przekonań. Pacjent ma prawo wybrać sposób, w jaki będzie żył, a my powinniśmy mu pomóc w uzmysłowieniu sobie, że taki wybór posiada, innymi słowy: pomóc w nazwaniu dróg, którymi pacjent może przez życie podążać. Zdarzały mi się sytuacje, w których pacjent – w momencie, gdy doszliśmy do punktu, w którym mógł wybrać, czy chce iść dalej, pracując nad większym wglądem w swoje emocje, nad zdefiniowaniem swoich potrzeb i odrzuceniem lęków uniemożliwiających mu jego dalszy rozwój – rezygnował z terapii, twierdząc; *„wie pani ja w sumie lubię swoje lęki, nie mam siły nad nimi pracować, wiem już co tracę, ale tak właśnie wybieram”*. Nieetyczne byłoby jakiegokolwiek przekonywanie czy zmuszanie dorosłych, w pełni poczytalnych ludzi do dokonywania zmian w tym aspekcie ich życia, nawet takich zmian, które w naszym przeświadczeniu byłyby dla nich dobre. Oczywiście nieetyczne jest także odmawianie pomocy pacjentom, w sytuacji, gdy ich poglądy religijne czy polityczne kłócą się z naszymi. Psycholog powinien cechować się otwartością na innych, umiejętnością zaciekawienia tym, co mówi pacjent, życzliwością do ludzi, zdolnością do podważania własnych wcześniejszych hipotez i tworzenia nowych.

Przygotowanie psychologa do pracy

Z teoretycznego punktu widzenia gabinet psychologiczny może otworzyć osoba, która uzyskała tytuł magistra psychologii. Wiąże się to z ukończeniem pięcioletnich studiów, jako że psychologia jest kierunkiem jednostopniowym magisterskim, nie objętym systemem bolońskim (3+2). Ważne jest przy tym, aby osoba chcąca pracować w prywatnym gabinecie psychologicznym, poza obowiązkowym programem studiów miała ukończone także odpowiednie kursy, warsztaty oraz moduły, zapoznające z aspektami pracy i pomocy psychologicznej. Po ukończeniu studiów psycholog może przecież oferować pomoc psychologiczną, która nie musi być tożsama z pracą terapeutyczną; ale nie zapominajmy, że świadczenie usług interwenta kryzysowego również wymaga ukończenia odpowiednich kursów bądź studiów podyplomowych. Jeżeli psycholog chce pracować jako psychoterapeuta, powinien po studiach ukończyć czteroletni, całociowy kurs terapeutyczny. Kursy takie organizowane są przez różne ośrodki. Warto jednak wybrać ośrodek, który posiada rekomendację Polskiego Towarzystwa Psychologicznego bądź Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Przy zastanawianiu się nad dokonaniem

wyborem szkoły terapeutycznej, w myśl założeń której mamy zamiar pracować, sugerowałabym, aby kierować się tym, który z paradygmatów, w ramach jakiego pracuje dana szkoła jest nam najbliższy, którego założenia wydają się nam przekonujące. Krótko mówiąc, zwracajmy uwagę na to, która szkoła terapeutyczna pozostaje najbardziej w zgodzie z naszymi cechami osobowości, pracując w której możemy być jak najbardziej sobą. Powinniśmy też określić i zdecydować komu chcemy nieść pomoc; zazwyczaj psycholodzy-terapeuci specjalizują się w konkretnych rodzajach terapii, np. zajmują się terapią dzieci i młodzieży albo terapią par i małżeństw, terapią rodzin, terapią osób dorosłych, czy terapią uzależnień bądź też terapią grupową. Wydaje mi się, że pracując indywidualnie w gabinecie prywatnym najtrudniej przychodzi podjęcie się zadań terapeuty rodzinnego, gdyż w tym rodzaju terapii pomocna jest obecność dodatkowego terapeuty bądź terapeutów (tzw. ko-terapeutów), którzy w trakcie naszej pracy z rodziną wspomogą nas dodatkowymi obserwacjami przedstawia swoje hipotezy, mogą zwracać uwagę na pewne aspekty, które nam umknęły. Również w terapii par i małżeństw stosuje się często formę pracy terapeutów w parach (parę taką tworzą mężczyzna i kobieta), co znacząco ułatwia śledzenie procesu przebiegu terapii, dając zarazem pacjentom, ale również terapeutom większy komfort pracy. Pod koniec sesji można zrobić przerwę, przedyskutować z kolegą terapeutą najważniejsze jej wątki (z pewnością każdy z terapeutów mieć będzie własne obserwacje w tym względzie), wreszcie podjąć wspólną decyzję co do dalszych kroków i propozycji dla pary czy rodziny, z którą pracujemy. Prywatny gabinet nie wyklucza takiej formy pracy zespołowej, wymaga jedynie lepszej organizacji czasowo-przestrzennej.

Bardzo ważnym elementem edukacji w zawodzie psychologa-terapeuty jest wspomniana już wyżej przeze mnie superwizja. Superwizja jest to wieloaspektowy ogląd pracy terapeutycznej, prowadzący do rozwiązania problemów emocjonalnych i merytorycznych, związanych z wykonywaną pracą.

Jak to wygląda w praktyce? Otóż każdy psycholog wcześniej czy później napotka na poważny problem w pracy z pacjentem. Jakiego rodzaju może to być problem? Najczęściej jest to doświadczenie własnej bezradności w procesie terapeutycznym, brak pomysłu na to, jak dalej prowadzić terapię lub jak pokonać opór pacjenta. Terapeuta może mieć wątpliwości czy proponowany przez niego sposób pracy z pacjentem jest skuteczny i pomocny; dzieje się tak wtedy, gdy przez dłuższy czas nie odnotowujemy postępu w terapii. Superwizor może wówczas nie tylko pomóc spojrzeć z zewnątrz na zaistniałą sytuację, na powstały impas terapeutyczny, ale także wskazać kierunki dalszej pracy. Superwizja jest bez wątpienia procesem dającym szansę na poszerzenie świadomości, rozwijanie umiejętności i kompetencji, osiągnięcie lepszych

rezultatów terapeutycznych., „*Warunkiem powodzenia tak zaplanowanego przedsięwzięcia jest zgoda osoby superwizowanej na ujawnienie swoich problemów zawodowych w pracy z ludźmi i wspólna analiza tych problemów. Osoba superwizowana uzyskuje swój cel przy pomocy superwizora poprzez refleksję nad prowadzonymi przez siebie terapiami, a przedmiotem dialogu są konkretne przypadki terapii, działania terapeuty oraz osobiste tło i przesłanki tych działań*”. B. de Barbaro (1998).

Autorzy opracowania na temat superwizji w psychoterapii twierdzą, że bez odkrycia prawdy o samych sobie, mimo iż bywa ona czasami bolesna, nie będziemy w stanie być dobrymi profesjonalistami. Dobry terapeuta oprócz koniecznej wiedzy musi także dobrze rozumieć siebie, żyć w zgodzie z samym sobą. W przeciwnym razie jego skuteczność w pomocy innym będzie ograniczona. (Maria C. Gilbert, Kenneth Evans, 2004)

Pracując w ujęciu systemowym, które to podejście w pracy z parami i rodzinami postrzegam jako dość skuteczne, uważam, że najbardziej pomocnym i rozwijającym jest konstruktywistyczne podejście do superwizji.

Ramka 3. Cechy superwizora



wykazywać się postawą zaciekawienia

(nie powinien wiedzieć „zbyt szybko” i przywiązywać się za bardzo do pierwszej postawionej przez siebie hipotezy – ważne jest bowiem, aby umieć być otwartym na weryfikację różnych własnych hipotez).

umieć spojrzeć na omawiane zagadnienie w sposób systemowy

(postrzegać omawiany problem w sposób cyrkularny, nie zaś linearny).

dbać o to, by jego „mapa” nie różniła się zbyt wiele od „mapy” osoby superwizowanej (powinien posługiwać się językiem zrozumiałym, wskazane byłoby, żeby pracował w tym samym paradygmacie, w którym szkoli się i pracuje osoba superwizowana).

unikanie ferowania ocen wobec szkolącego się terapeuty, stronniczości, bycia ekspertem na rzecz wspólnego poszukiwania, którego efektem jest stworzenie wieloaspektowego obrazu, dochodzenie do nowych rozwiązań i hipotez.

Ramka 4. Zadania superwizora



- zbudowanie kształcącej relacji opartej na sojuszu superwizyjnym: „JA jestem w porządku i TY jesteś w porządku”,
- konsultacja, sprowadzająca się do wspólnej, rzetelnej refleksji,
- służenie radą oraz uczenie konkretnych umiejętności i strategii interwencyjnych,
- kontrolowanie kwestii zawodowych i etycznych,
- wspieranie rozwoju osobistego superwizanta

Celem superwizji jest odnalezienie takiej wersji omawianego problemu, która pomoże generować „zmianę korzystne zmiany”, pomoże osobie superwizowanej wyjść z impasu i wskaże jej nowe możliwości w pracy z pacjentem. Do superwizji należy podejść ze świadomością, że ma ona wspierać terapeutę w jego pracy, pomagać mu, ale nie kontrolować i poddawać krytyce; słowem superwizja ma służyć rozwojowi, nie zaś zastraszaniu i stresowaniu osoby superwizowanej.

Podsumowując chciałabym jeszcze podkreślić, że w trakcie całej kariery zawodowej powinniśmy ponadto śledzić na bieżąco najnowsze osiągnięcia w naszej dyscyplinie i dziedzinie wiedzy, zapoznawać się z wydawaną literaturą przedmiotu, od czasu do czasu zdecydować się na udział w warsztatach, szkoleniach, czy też konferencjach naukowych. Psychologia i psychoterapia to dyscyplina, która rozwija się szybko i intensywnie, w ostatnich latach, zwłaszcza neuronauka poczyniła ogromne postępy, jeśli chodzi o poszerzanie naszej wiedzy z zakresu funkcjonowania mózgu; także epigenetyka wnosi tutaj swój olbrzymi wkład, np. w wyjaśnianie procesów dziedzictwa rodzinnego, pozwalając nam lepiej zrozumieć specyfikę procesu transmisji międzypokoleniowej. Argumentem przemawiającym za koniecznością stałego aktualizowania naszej wiedzy psychologicznej jest także fakt, że psychologia jest nauką o psychice ludzi, na którą wpływają określone warunki środowiskowe. Nasz świat zmienia się dużo szybciej, niż miało to miejsce kiedykolwiek w przeszłości; przemiany te wpływają na zmianę sposobu myślenia, funkcjonowania kolejnych pokoleń, a ponieważ zmiany te zachodzą bardzo szybko, to dzisiaj o wkraczaniu nowego pokolenia możemy mówić już co 12-15 lat. Wiedza na temat mechanizmów działania człowieka szybko się zatem dezaktualizuje, z każdym rokiem pojawia się bowiem tyle zmiennych, oddziaływających na nasz mózg, że nadążanie za tymi procesami jest dla psychologów

prawdziwym wyzwaniem. Uważam ponadto, że psycholog powinien również śledzić na bieżąco aktualne wydarzenia mające miejsce w świecie, w którym terapeuta przecież żyje i pracuje; powinien też posiadać znajomość historii i wydarzeń z przeszłości, które miały wpływ na kształtowanie się poprzednich pokoleń. Mijmy na względzie, że przekazy, które zawdzięczamy naszym przodkom, konstytuują w jakimś sensie również nasze spojrzenie na świat i naszą interpretację zjawisk w nim zachodzących.

Literatura:

- De Barbaro B. (red.). (2006). Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Kraków: Wydawnictwo UJ
- De Barbaro B. (1998). Superwizja w terapii rodzin: podejście konstrukcjonistyczne. *Psychoterapia*, 4 (107): 77–85.
- Gilbert MC, Evans K. (2004). Superwizja w psychoterapii. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Goldenberg I. Goldenberg H. (2006), *Terapia rodzin*, Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Józefik B. (2010). Superwizja — perspektywa systemowa. *Psychoterapia*, 3, 154, ss.11-22.
- Kubitsky J. (2010). *Vademecum terapeuty rodzinnego*, Warszawa: PZWL.
- Yalom, I. (2003). *Dar terapii List otwarty do nowego pokolenia terapeutów i ich pacjentów*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.