

PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA W NYSIE  
SKRYPT NR 7

**WIESŁAW SIKORSKI**

**PSYCHOTERAPIA**  
WYBRANE FORMY I TECHNIKI

OFICyna WYDAWNICZA PWSZ W NYSIE  
NYSa 2005

SEKRETARZ OFICYNY:  
Tomasz Drewniak

RECENZENT:  
Stanisław Korczyński

PROJEKT GRAFICZNY OKŁADKI:  
Ryszard Szymończyk

SKŁAD I ŁAMANIE:  
Ewa Bernat

KOREKTA I ADJUSTACJA:  
Ewa Bernat

© Copyright by Oficyna Wydawnicza PWSZ w Nysie  
Nysa 2005

**ISBN 83-60081-04-2**

OFICYNA WYDAWNICZA PWSZ W NYSIE  
48-300 Nysa, ul. Grodzka 19  
tel.: (077) 4090855  
e-mail: [oficyna@pwsz.nysa.pl](mailto:oficyna@pwsz.nysa.pl)  
<http://www.pwsz.nysa.pl/oficyna>

Wydanie I

Druk i oprawa:  
ZPP „Klucz-Druk” sp. z o. o. Kluczbork, ul. Zamkowa 8  
tel.: (077) 418 76 73

## SPIS TREŚCI

<b>Wstęp</b> .....	5
<b>CZĘŚĆ PIERWSZA FORMY PSYCHOTERAPII</b> .....	7
<b>Rozdział I Psychoterapia grupowa</b>	
1.1. Zasady tworzenia grup psychoterapeutycznych .....	8
1.2. Zabiegi poprzedzające psychoterapię grupową .....	24
1.3. Dynamika interakcji w toku psychoterapii grupowej .....	37
<b>Rozdział II Terapia rodziny</b>	
2.1. Istota terapii rodziny .....	58
2.2. Interakcyjno-komunikacyjna terapia rodziny .....	60
2.3. Strategiczna terapia rodziny .....	72
2.4. Strukturalna terapia rodziny .....	83
2.5. Terapie rodziny oparte na różnych koncepcjach psychologicznych .....	95
<b>CZĘŚĆ DRUGA TECHNIKI PSYCHOTERAPII</b> .....	107
<b>Rozdział III Techniki arteterapeutyczne</b>	
3.1. Rysunek terapeutyczny .....	108
3.2. Terapeutyczny teatr playbacku .....	111
3.3. Dramaterapia .....	114
3.4. Klasyczna psychodrama .....	121
3.5. Muzykoterapia .....	125
3.6. Choreoterapia .....	130
3.7. Biblioterapia .....	134
<b>Rozdział IV Techniki treningowe</b>	
4.1. Trening relaksacyjny .....	140
4.2. Trening interpersonalny .....	141
4.3. Trening asertywności .....	144
<b>Zakończenie</b> .....	150
<b>Bibliografia</b> .....	153
<b>Słowniczek</b> .....	162



## WSTĘP

Ogromne, by nie rzec rewolucyjne przemiany systemowe w Polsce, prawdziwe otwarcie granic spowodowały, że w stosunkowo krótkim czasie przeniknęło na rodzimy grunt wiele różnych koncepcji stanowiących podstawy psychoterapii. Jeszcze nie tak dawno o psychoterapii, a zwłaszcza o psychoanalizie freudowskiej pisano i mówiono w naszym kraju niezbyt wiele, ponieważ traktowano ją jako rodzaj ideologii reakcyjnej. W konsekwencji, w polskiej literaturze było niewiele przetłumaczonych klasycznych, uznanych w świecie pozycji z zakresu psychoterapii, a jeśli takie były, to koncentrowały się bardziej na aspektach historycznych czy chronologicznych niż założeniach teoretycznych. Podobnie rzecz miała się z praktyką psychoterapii. I nagle lata dziewięćdziesiąte XX wieku to okres gwałtownego wchodzenia psychoterapii, z jednej strony, poprzez pojawienie się licznych pozycji książkowych, z drugiej – za sprawą powstania wielu ośrodków szkolących psychoterapeutów, i w ślad za tym publicznych i prywatnych placówek oferujących leczenie różnymi formami i technikami psychoterapii.

Praktycznie w każdym mieście znajduje się przynajmniej jeden prywatny gabinet, świadczący „usługi psychoterapeutyczne”, oferujący terapię opartą na jednym lub kilku nurtach psychoterapii. W tym gąszczu propozycji odwołujących się zazwyczaj do teorii psychoanalitycznych, poznawczo-behawioralnych czy humanistycznych, może pogubić się nawet osoba profesjonalnie trudniąca się pomaganiem innym (psycholog, pedagog, psychiatra), a cóż dopiero przeciętny człowiek.

Czym jest psychoterapia? Jest to jedna z metod leczenia, tak samo jak apiterapia (leczenie produktami pszczelimi), talasoterapia (terapia poprzez obcowanie z morzem), silvoterapia (terapia poprzez obcowanie z lasem), chromoterapia (leczenie kolorami, barwami), farmakoterapia itp. Psychoterapia stosowana jest głównie w zaburzeniach, których zasadniczym czynnikiem chorobowym są procesy psychiczne. Jej istotą jest uruchamianie w psychice pacjenta takich mechanizmów, które sprzyjają korekcie zaburzeń przeżywania i pozbyciu się symptomów choroby. Czynnikiem dynamizującym te procesy są zachowania (werbalne i niewerbalne) psychoterapeuty – jest to zatem wywieranie wpływu na sposób przeżywania pacjenta oddziaływaniami psychicznymi i psychospołecznymi, których inspiratorem jest psychoterapeuta lub grupa psychoterapeutyczna (Aleksandrowicz, 1998).

Powyższe względy, a przede wszystkim duża skuteczność psychoterapii i jej udział w różnych oddziaływaniach – w interwencji kryzysowej, pomocy psychologicznej, socjoterapii itp. – niejako nakazuje, żeby studenci różnych specjalności uzyskali rozeznanie w tej materii. Taki też cel ma do spełnienia ten skrypt, adresowany do studentów, którzy w przyszłości podejmą pracę w różnych ośrodkach zajmujących się leczeniem chorych czy udzielaniem wsparcia psychologicznego, a także w placówkach oświatowych, wychowawczych, resocjalizacyjnych itp. Ponadto treści zawarte w tym skrypcie mogą zainteresować osoby pragnące wzbogacić swój warsztat pracy o posługiwanie się określonymi formami (głównie psychoterapią grupową i terapią rodzin) oraz technikami psychoterapii (zwłaszcza arteterapeutycznymi i treningowymi).

## CZEŚĆ PIERWSZA

### FORMY PSYCHOTERAPII

W psychoterapii stosowane są cztery główne formy – **psychoterapia indywidualna (dualna), psychoterapia grupowa, terapia rodziny oraz terapia kompleksowa**. Przez długie lata właściwie jedyną formą psychoterapii były bezpośrednie spotkania (sesje) terapeuty z jednym pacjentem – psychoterapia dualna – oparte na silnej relacji terapeutycznej tych obu stron i przebiegające w atmosferze wyjątkowej intymności. W ostatnim czasie jakby znacznie wzrosło zainteresowanie (na całym świecie, jak i w naszym kraju) grupowymi, a przede wszystkim rodzinnymi formami psychoterapii. Z tego powodu w tym skrypcie skoncentrowano się na opisie właśnie tych dwóch form psychoterapii – **psychoterapii grupowej i terapii rodziny**.

## Rozdział pierwszy

### PSYCHOTERAPIA GRUPOWA

#### 1.1. Zasady tworzenia grup psychoterapeutycznych

Psychoterapia grupowa jest formą terapii wykorzystującą w celach leczniczych **dynamikę grupową** – relacje oraz interakcje pomiędzy członkami grupy. Na powstanie i gwałtowny rozwój tej formy terapii miała wpływ **psychodrama Moreno** oraz podejście **analizyczne Slavsona**. Zainteresowanie psychoterapią grupową bardzo wzrosło w związku z popularnością **grup spotkaniowych** rozwijających się w ramach **psychoterapii humanistycznej**. Na psychoterapii grupowej opiera się także koncepcja **analizy transakcyjnej**, opracowanej przez Erica Berne'a. Aktualnie przeważa **podejście eklektyczne**, łączące dynamiczną (patogenetyczną) terapię wglądu z treningiem behawioralnym (Kratochvil, 2003).

Wyszczególnienie jakichś uniwersalnych kryteriów tworzenia i organizowania grup terapeutycznych jest właściwie niemożliwe. Chociaż w literaturze przedmiotu podawane są ogólne przesłanki do projektowania terapii grupowej, to jednak podjęciu decyzji o posługiwaniu się konkretną techniką powinno towarzyszyć zachowanie mniej lub bardziej ściśle wyróżnionych zasad.

Bardzo ważną czynnością poprzedzającą właściwą pracę z grupą terapeutyczną jest **ustalenie jej składu**. W przypadku tworzenia **grupy psychodramatycznej** będzie to związane z przestrzeganiem takich reguł jak dostosowanie faz i stadiów psychodramy do wieku osób biorących w niej udział. Terapeuta chcący pracować tą techniką musi przy projektowaniu przyszłych działań wiedzieć, iż przyszli uczestnicy powinni mieć, co najmniej 10 lat; młodsi mogą nie sprawdzić się, nie zaakceptować i nie poradzić sobie ze specyfiką improwizowanej dramatyzacji terapeutycznej. Natomiast może z powodzeniem utworzyć taką grupę z 12-latków i starszych, przy czym wymaga to nieco innego zaplanowania zajęć dla osób w przedziale wieku 12-15 lat i w 16-18 lat. Dla tych pierwszych należy przygotować więcej działań opartych na **elementach niewerbalnych** (zabawy, gry ruchowe), gdyż nie są jeszcze na tyle dojrzały, by potrafili w pełni komunikować się przy użyciu słów. Z kolei ich starsi koledzy i koleżanki są znacznie sprawniejsi w werbalnym wyrażaniu się, co oczywiście nie oznacza, iż należy deprecjonować ich zdolności porozumiewania się na płaszczyźnie bezsłownej. Tylko bowiem przejawianie dbałości o aktywizowanie obu tych kanałów – werbalnego i pozawerbalnego –



umożliwia nadaniu **akcji psychodramatycznej** najwłaściwszej formy ekspresji, uczynienie z niej improwizowanej dramatyzacji, stanowiącej osnowę oddziaływań terapeutycznych (Czapów, 1969).

Ograniczenia wynikające z okresu rozwojowego potencjalnych członków grupy psychodramatycznej sugerują, iż przyszła grupa powinna być **homogeniczna** (jednorodna) w zakresie wieku. Przy czym bardziej wymagane jest to w pracy z dziećmi (12-15 rok życia), gdzie różnice nie powinny właściwie przekraczać jednego roku. Chodzi o to, by dzieci biorące udział w psychodramie nie różniły się doświadczeniami, co w sumie ma im ułatwić sprawne realizowanie tematów dramatyzacji. Niekiedy dobre efekty może przynosić tworzenie grup homogenicznych w zakresie płci (osobne dla dziewcząt i chłopców), zainteresowań albo sytuacji rodzinnej. Ten ostatni typ jednorodności – podobieństwo sytuacji rodzinnej – pozwala wprowadzać do gry sytuacje zbliżone, co w konsekwencji wydatnie zwiększa szansę jednoczesnego oddziaływania terapeutycznego na wszystkich (a nie tylko na **protagonistę**) członków grupy psychodramatycznej. U moich pacjentów objawiało to się szybszym nawiązywaniem więzi, uzyskiwaniem stabilności, większym zaangażowaniem ogółu uczestników, począwszy od protagonisty (w grupach złożonych z młodzieży starszej - późnych adolescentów - gdyż nie jest on wybierany w grupach składających się z młodszych dzieci), **antagonistów**, aktorów pomocniczych, a skończywszy na widzach.

Zalecana dla grup młodszych homogeniczność, ma mniejsze uzasadnienie w pracy z adolescentami, a na pewno w psychodramie z udziałem dorosłych. Bardziej wskazane jest tworzenie grup **heterogenicznych** (zróżnicowanych), przypominających swym składem strukturę rzeczywistego środowiska społecznego, jak najwierniej oddającego to, w jakim żyją uczestnicy psychodramy. O wiele łatwiej jest to uzyskać u dorosłych, kwalifikując do grupy osoby różniące się wiekiem, wykształceniem, doświadczeniami życiowymi, pozycją społeczną itp.

Grupa organizowana heterogenicznie, poprzez swoją różnorodność, sprzyja realizowaniu szeroko rozumianego **modelowania**, uzyskiwania w toku identyfikowania się i naśladowania różnych społecznych doświadczeń. Członkowie grupy wywodząc się z różnych środowisk mają możliwości porównywania natury swoich problemów. Odmienność zgłaszanych trudności i ujawnianych dolegliwości (zaburzeń), przy możliwości pojawienia się konfliktów w grupie, może sprzyjać doskonalszemu uczeniu się zachowań interpersonalnych, zwiększaniu „mocy terapeutycznej” grupy (Kratochvil, 2003). Można zatem grupy organizować homogenicznie albo heterogenicznie, aczkolwiek tak dokonany podział może budzić wątpliwości. Bo czy w ogóle możliwe jest utworzenie grupy na tyle jednorodnej, by wszyscy mieli podobną konstrukcję osobowości? Z pewnością nie, gdyż badania wyraźnie wskazują, że osoby z tym samym dominującym objawem, cierpiące na tego samego rodzaju zaburzenia (np. anoreksję czy chroniczny ból głowy) posiadają odmienne osobowości (Rosenhan, Seligman, 1994).

Mimo tego, taki podział jest stosowany i ma on swoje uzasadnienie - na przykład w dobieraniu składu do grupy psychodramatycznej. Nie wdając się w dalsze rozważania na ile grupa zorganizowana homogenie jest heterogenna, a ta druga jednorodna, trzeba mieć tę świadomość, iż każda z nich ma swoje dobre i złe strony. Najważniejsze jest tutaj, by przy doborze członków do grupy przejawiać dużą troskę o to, by ich osobnicze cechy były zgodne z rodzajem przypuszczalnych interakcji i ukierunkowaniem **dynamiki procesu grupowego**.

Jeżeli już terapeuta zdecyduje czy utworzyć grupę jednorodną lub różnorodną to powinien wiedzieć, że w wypadku tej drugiej (homogennej) musi zachować pewną rozwagę. Powinien unikać łączenia w jednej grupie osób o zbyt dużych różnicach (w zakresie wieku, typu zaburzeń itp.), gdyż może to uniemożliwić normatywny rozwój grupy i postęp terapii. Dopuszczalna jest kombinacja z dziećmi i dorosłymi, psychotykami i cierpiącymi na nerwice, lecz unikać należy takiego składu, który z powodu znacznych „różnic interesów” może doprowadzić do pojawienia się olbrzymich trudności. Sam terapeuta musi ocenić, w jakim stopniu dzielące ich odmienności mogą narazić na niepowodzenie proces psychoterapii jej uczestników. Może być tak, że adolescenti będą domagali się tak dużego zaangażowania terapeuty, iż nie będzie on w stanie poświęcić wymaganego czasu dorosłym, a z kolei reakcje psychotyka (urojenia, omamy czy halucynacje), znacznie odbiegające od pozostałych członków zachowania, przy tym wprowadzające niepokój, mogą zniekształcić interakcje między uczestnikami grupy. W konsekwencji konstrukcja grupy zamiast stać się czynnikiem wspomagającym procesy grupowe uniemożliwia głębszą pracę psychoterapeutyczną (Kratochvil, 1981).

Poprawnie skonstruowana grupa heterogenna stwarza warunki do konfrontacji własnych sposobów radzenia sobie ze stosowanymi przez innych. Z drugiej strony nie będzie to możliwe, gdy poszczególnych członków będą dzieliły znaczne różnice wieku i ujawnianych zaburzeń. Co może dać bardzo małemu dziecku podglądanie dorosłych i odwrotnie, dużo starszych uczestników grupy obserwowanie zachowań dużo młodszych współpacjentów, w kontekście powielania ich sposobów zmagania się z dolegliwościami czy codziennymi sytuacjami życiowymi? Zbyt odmiennych obszarów aktywności dotyczy funkcjonowanie dzieci (nauka szkolna, zabawy z rówieśnikami, problemy czysto dziecięce) oraz dorosłych (praca zawodowa, bycie małżonkiem, rodzicem, trudności znamienne dla świata dorosłych). W związku z tym, ich wzajemne doświadczenia i stopień rozwoju umysłowego oraz emocjonalnego utrudniają proces pełnego modelowania (imitowania zachowań).

Podobnie jest z zaburzeniami. Wspólne przebywanie pacjentów wykazujących diametralnie inne dolegliwości, doświadczających zupełnie innego rodzaju cierpień, może nie tylko uniemożliwić wzajemne uczenie się nowych zachowań, a jeszcze bardziej nasilić objawy choroby. Rzutowanie na innych własnych problemów, a przy tym całkowicie im obcych (niemających żadnego

odniesienia do ich trudności, do uprzednich przeżyć), poruszanie się w zupełnie innych „**intrapSYchicznych światach**”, może prowadzić do hamowania procesu grupowego.

Można temu częściowo zaradzić tworząc w ramach grupy heterogenicznej **enklawy homogene**. Mam tu na myśli zastosowanie przy doborze członków do grupy **zasady „arki Noego”**: dwie osoby cierpiące na nerwicę – dwie z depresją, dwie starsze – dwie młodsze, dwie submisyjne – dwie asertywne itp. Wówczas możliwe staje się spotkanie przynajmniej tych dwóch osób podobnie cierpiących, a do tego jeszcze ze współpacjentami, od których można się czegoś nauczyć. Bo gdy na przykład w składzie grupy znajdują się – zgodnie z „arką Noego” – dwie osoby rozwiedzione i dwie zamężne, to druga para akurat pozostająca w konflikcie ze swymi partnerami może uzyskać wiedzę od rozwiedzionych o tym, jak doszło do ostatecznego rozpadu małżeństwa, co w efekcie może ułatwić im przywrócenie małżeńskiego status quo. Posłużenie się zasadą „arki Noego” pozwala jednocześnie rozwikłać dylemat dotyczący sposobu komponowania grupy. Często bowiem terapeuci wahają się: czy korzystniejsze jest dobieranie składu grupy pod kątem **kategorii diagnostycznych**, czy według **spodziewanych interakcji** (Aleksandrowicz, 1996)?

Jeżeli już jesteśmy przy tym problemie, to zarówno teoretycy, jak i praktycy terapii grupowej w miarę zgodnie orzekają, iż decydującym kryterium konstruowania grupy powinny być nie typy zaburzeń ujawnianych przez potencjalnych uczestników, ale możliwe interakcje między nimi. Bo cóż z tego, że stworzymy jednorodną grupę złożoną z samych neurotyków albo heterogeniczną z osób cierpiących na nerwicę, depresję i mających zaburzenia osobowości, gdy nie będą oni w stanie nawiązać pomiędzy sobą odpowiednich relacji; nie będą potrafili wypracować specyficznych reguł komunikowania się umożliwiających publiczne (na forum grupy) wyrażanie uczuć, głębsze wnikanie w minione przeżycia i doświadczenia, w tym powszechnie postrzeganych jako drażliwe i krępujące. Niemożność wejścia w pożądane interakcje pomiędzy członkami grupy utrudni powstanie i przyjęcie normy aprobowania i przestrzegania oraz tolerowania manifestowanych odmienności i antagonizmów, często dużych różnic w zakresie preferowanych systemów wartości, celów czy postaw. Brak zdolności do grupowego tworzenia tego typu norm czy nieumiejętność uznawania tych już ukształtowanych, musi nieuchronnie prowadzić do spowolnienia, a nawet całkowitego zahamowania przebiegu grupowej terapii. Inaczej mówiąc, indolencja (bierność) interakcyjna pozbawi grupę współdziałania, równoczesnej aktywności i wzajemnego kontrolowania się, a więc elementów niezmiernie ważnych do zdobywania nowych, **korektywnych doświadczeń**, uzyskiwania wglądu, wsparcia, weryfikowania wcześniejszych i aktualnie preferowanych postaw, jak i do sprawdzania i próbowania nowych zachowań (Rogers, 1991).

Pozostając jeszcze na chwilę w kręgu spraw dotyczących optymalizacji składu grupy, warto wziąć pod uwagę jeszcze dwa czynniki, a mianowicie czas

trwania grupy oraz orientację teoretyczną terapeuty. Praktycy sugerują, że terapeuta zamierzający prowadzić długoterminowe, dynamicznie zorientowane grupy, może z powodzeniem organizować zarówno grupy homogeniczne, jak i heterogeniczne. Członkowie z grup jednorodnych mogą wnieść do procesu grupowego zdolność respektowania lęków ujawnianych przez niektórych współpacjentów oraz dużą potrzebę zespołowego współdziałania. Natomiast różnorodność (heterogeniczność) sprzyja dynamizowaniu toku terapii poprzez wykorzystywanie występujących konfliktów i mechanizmów obronnych. Natomiast długoterminowe grupy wsparcia, w których praca ma być skupiona na rozwikłaniu jakiegoś zasadniczego problemu (np. usprawnianie sposobów komunikowania się z rówieśnikami) dobrze jest organizować homogenicznie. Dotyczy to również wszystkich, niezależnie od preferowanego nurtu w psychoterapii, **grup krótkoterminowych**, gdyż jednorodność sprzyja w miarę szybkiemu uzyskaniu dużej spójności grupy (Rogers, 1991).

Planowaniu składu grupy terapeutycznej powinno towarzyszyć projektowanie jej struktury, a dokładniej ostatecznej **liczby uczestników, czasu trwania** zarówno grupy, jak i jednej sesji terapeutycznej, **częstości spotkań** oraz czy będzie organizowana jako **otwarta** czy **zamknięta**.

Liczba członków w grupie terapeutycznej może mieścić się w przedziale od 3 do 30 osób. Gdy jest ich do dziesięciu osób to wówczas mamy do czynienia z **małą grupą terapeutyczną**, z kolei skład wahający się od jedenastu do dwudziestu uczestników jest typowy dla **średniej**, a posiadający od dwudziestu jeden do trzydziestu dla **dużej grupy terapeutycznej**. W praktyce jednak liczebność grupy terapeutycznej mieści się w granicach **od 6 do 12 osób**, a zatem lokuje się w obszarze grupy małej i średniej (Kratochvil, 1981).

Planowanie optymalnej liczebności grupy terapeutycznej musi być prowadzone z uwzględnieniem **częstości** i **czasu trwania** sesji. W **grupie ambulatoryjnej** („grupie treningowej”, „grupie spotkaniowej” czy „grupie treningu uwrażliwiającego”), która spotyka się 1-2 razy w tygodniu, a przy treningu tygodniowym codziennie, za najbardziej odpowiednią liczbę uważa się od sześciu do dziesięciu członków. W grupach treningowych prowadzonych przez mnie, nastawionych na „ćwiczenie” zachowań społecznych (zdolności wzajemnego komunikowania się), brało z reguły udział siedem osób. Za taką samą liczbą uczestników opowiada się I. D. Yalom, przy czym dotyczy to grupy zamkniętej, o stałym składzie. Wychodzi on z założenia, iż w czasie pierwszych spotkań może „wykruszyć się” jeden lub dwóch członków, należy zatem przystępować do pracy z grupą o nieco liczniejszym składzie, by w ten sposób zabezpieczyć się przed zmniejszeniem liczby uczestników poniżej wymaganej liczebności. W grupie składającej się jedynie z trzech lub czterech osób wyraźnie obniża się intensywność zachodzenia interakcji. Z drugiej strony zbyt liczna grupa, mająca powyżej 12 uczestników, może rodzić ryzyko zwiększenia się interakcji tak znacznie, że w konsekwencji nie wszyscy będą mieli możliwości pełnego zaistnienia, zabierania głosu w stosownej chwili oraz zgodnie z własnymi potrzebami i oczekiwaniami. W efekcie może to

spowodować „paraliż” interakcyjny, a w najlepszym wypadku duży **chaos komunikacyjny**: przerywanie wypowiedzi innych, przekrzykiwanie się, jednoczesne mówienie kilku osób, wchodzenie komuś w słowo itp. Przerost liczebny grupy może także doprowadzić do jej podziału na podgrupy i „kliki”, na przykład osób:

- a) wyjątkowo otwartych, usposobionych entuzjastycznie,
- b) pragnących przewodzić,
- c) impulsywnych i roszczeniowych,
- d) zbyt uległych,
- e) nadmiernie wycofujących się (Yalom, 1985).

Wraz ze wzrostem składu rośnie ryzyko zepchnięcia niektórych osób na **pozycje autsajderów**, a tym samym nie objęcia ich dostatecznym oddziaływaniem terapeutycznym. Skłonni do oddawania pola aktywniejszym, bardziej przebojowym, spontaniczniejszym i agresywniejszym współpacjentom, unikający i lękający się udziału w dyskusji, i w związku z tym niejako zepchnięci na margines grupy, mogą pozostając na uboczu ująć uwadze zarówno terapeuty, jak i pozostałych członków grupy terapeutycznej.

Przy projektowaniu wielkości grupy terapeutycznej należy zatem dążyć do tego by, z jednej strony, nie zejść do liczebności, która stworzy **deficyt interakcji** (ich znacznie ograniczoną ilość), a z drugiej, nie przekroczyć jej górnej granicy do takiego stanu, w którym nie wszyscy członkowie będą mieli szansę wypowiedzenia się. Przypomnę, że optymalna liczebność grupy mieści się w przedziale od 6 (dolna granica) do 12 (górną granicą) uczestników.

Czasem można spotkać nieznaczne odchylenia w dół czy w górę od tego limitu. Na przykład zaleca się, by **grupy zorientowane psychodynamicznie** liczyły od 7 do 12 osób, a z kolei bardziej tradycyjni terapeuci psychodynamiczni preferują grupy liczące od 7 do 9 pacjentów. Tłumaczą to tym, że udział większej liczby (powyżej dziewięciu) osób utrudnia **pracę wglądową** w intrapsychiczne konflikty. Jednocześnie przyznają wyższość większych liczebnie grup w osiąganiu **socjalizacji**, i dlatego za optymalną uważają grupę mieszczącą się w granicach od 5 do 12 osób. Chodzi tu oczywiście o **grupę psychodynamiczną** (Piper, McCallum, 2000).

Są też terapeuci opowiadający się za pracą z grupami liczącymi od 14 do 16 uczestników, a nawet za składającymi się z 24 do 30 osób. Dotyczy **to terapii długoterminowej**, sesji trwających kilka dni z rzędu (np. w ramach weekendowych maratonów), a także w **leczeniu stacjonarnym**, choć w przypadku, gdy grupa obejmuje wspomnianych kilkadziesiąt osób to często praktykowane jest dzielenie **społeczności terapeutycznej** na dwie lub trzy mniej liczebne grupy. W sumie powstają wtedy składy mieszczące się w przedziale liczb uznawanych za optymalny dla grupy terapeutycznej.

Planując liczebność grupy trzeba zorientować się czy dana technika terapii grupowej nie stawia w tej materii jakichś wyjątkowych wymagań. Niejednokrotnie nie wystarcza ograniczenie się jedynie do ustalenia wielkości grupy. Dobrym przykładem na to jest **psychodrama**, która wysuwa konkretne

żądania, co do liczby poszczególnych osób bezpośrednio i pośrednio mogących brać udział w „akcji” psychodramatycznej”. Podkreśla się konieczność wyboru **1 protagonisty**, wyłonienia **3-4 psychodramatystów pomocniczych**, a w sytuacji, gdy ich liczba przekracza ten przedział, to zaleca się włączenie ich do grona widzów. Ci z kolei powinni tworzyć grono mieszczące się w granicach od 8 do 10 osób (Roine, 1994).

Bez względu na technikę terapii grupowej, sugerowane liczebności, szczególne oczekiwania dotyczące mikrostruktury (rozkładu ilościowego wewnątrz grupy) – zawsze należy kierować się zasadą tworzenia grup z taką liczbą uczestników, by na każdym spotkaniu (sesji, posiedzeniu) każdy miał okazję zaistnieć. Kwalifikując kolejnego pacjenta trzeba umieć przewidywać, czy zarówno on, jak i osoby już przyjęte do grupy, będą mieli stworzone odpowiednie warunki do w miarę otwartego wypowiedzenia się i wchodzenia w interakcje.

Kolejną czynnością w planowaniu pracy z grupą terapeutyczną jest wyznaczenie ogólnego **czasu trwania terapii**. Możliwe jest to, gdy zostanie już ustalona **częstotliwość** i **czas trwania** posiedzeń, jak również to, czy terapia będzie przebiegała w formie **krótko-** lub **długoterminowej**. Trzeba też wziąć pod uwagę **skład grupy**, **liczebność**, jak jest zorganizowana – czy jako **zamknięta** lub **otwarta**, a także podejście (np. psychodynamiczne, behawioralne), na jakim oparta jest konkretna technika grupowej terapii.

W literaturze przedmiotu można spotkać różne zalecenia o wymaganej liczbie posiedzeń. Najczęściej zaleca się dla pracy grupy zamkniętej (o niezmiennym składzie osobowym) zrealizowanie od 40 do 60 jednogodzinnych sesji. Przy bardziej sprecyzowanych warunkach przebiegu terapii podawane są ściślejsze czasy trwania całego procesu terapii. Przykładowo, blisko 70 godzin należy przeznaczyć dla pracy z grupą zamkniętą liczącą osiem osób, a w grupach z udziałem młodzieży około 40 godzin. Wspomniany wcześniej Yalom praktykuje średnio 65 spotkań. Dla **grup treningowych** przewiduje się zaś około 25 sesji wstępnych, stanowiących przygotowanie do trwających nawet do czterech lat **maratonów weekendowych**.

Przytaczane są także bardziej ogólne zalecenia, takie jak na przykład: że w **grupowej terapii krótkoterminowej** najefektywniejsze są spotkania liczące około 60 posiedzeń. W jeszcze dalej posuniętych uogólnieniach prezentowane są stanowiska sugerujące konieczność dość długiego w czasie okresu pracy z małymi (6-osobowymi), o stałej liczbie pacjentów grupami (zamkniętymi) **zorientowanymi analitycznie**. Podawane są jednocześnie dolne granice wymaganych posiedzeń, zwykle mówi się o nie schodzeniu poniżej 30 godzin, przy czym w liczbie tej nie ujmuje się fazy organizacyjnej (zawieranie kontraktu, przygotowanie pacjentów do udziału w terapii grupowej) (Tryjarska, 2000).

Wskazaniom dotyczącym sumarycznego czasu trwania terapii towarzyszą zalecenia związane z **czasem trwania jednego posiedzenia** oraz

**intensywnością spotkań.** Dla **grup ambulatoryjnych** przewiduje się jedną lub dwie sesje w każdym tygodniu, przy czym dla grup zorientowanych psychodynamicznie powinny to być dwa cotygodniowe posiedzenia. Z kolei dla grup pacjentów przebywających na oddziałach na stałe lub dochodzących, mających charakter terapii krótkoterminowej, podkreśla się zasadność odbywania spotkań codziennie lub kilka razy w tygodniu (zwykle od trzech do pięciu), ale najczęściej realizowane są one jedynie przez kilka tygodni. Codzienne posiedzenia są także praktykowane w różnego typu **treningach** (np. interpersonalny, asertywności, relaksacyjny), organizowanych w formie jedno- lub dwutygodniowych cykli.

Zdecydowanie odradzić należy nakłanianie pacjentów grup ambulatoryjnych do zbyt częstego spotykania się. Z jednej strony może to okazać się niewykonalne, choćby z powodu kolidowania z pracą zawodową, obowiązkami małżeńskimi i rodzinnymi, a z drugiej, zbyt nadwyrężające stan psychiczny poszczególnych członków grupy terapeutycznej. Po prostu muszą mieć czas na przemyślenie tego, co zdarzyło się w trakcie kolejnych posiedzeń. Na nabranie odpowiedniego dystansu do poruszanych na forum grupy spraw, ustosunkowania się do powstałych autorefleksji, wątpliwości, uprzedzeń itp. Spotkania organizowane 1-2 razy w tygodniu zapobiegają jednocześnie szybkiemu wzajemnemu znudzeniu się, zapewniając „świeżość” pacjentów, nowe siły do pracy grupowej.

Podobnie należy unikać przedłużania czasu trwania pojedynczej sesji terapeutycznej, ale także znacznego jej skracania. Zbyt wydłużone, przekraczające półtorej godziny i więcej, mogą nużyć, obniżyć zdolność do skupiania się na poruszanych w grupie kwestiach, powodować brak zainteresowania zarówno pracą nad własnymi problemami, jak i stanowiącymi przedmiot zespołowego wysiłku. Natomiast posiedzenia zbyt krótkie, trwające mniej niż 60 minut, mogą nie tylko utrudnić kontynuowanie przebiegającej dyskusji, lecz zaprzepaścić to, co już zostało osiągnięte. Nagle przerwany dialog i to w czasie swej dużej intensywności, może uniemożliwić dokonanie jakichś końcowych ustaleń, interpretacji czy syntez istotnych dla przebiegu i racji terapii. Tym bardziej, że właśnie dopiero w końcowej fazie dyskusji, z reguły w dwóch ostatnich kwadransach, możliwe jest uzyskanie **wglądu** (trafnej wiedzy o sobie) i rozpoczęcie właściwego procesu **przepracowania** (poszerzania i uzupełniania wiedzy wglądowej) oraz **przeuczania** (wytwarzania nowych sposobów zachowania i przeżywania).

Powszechnie za **optymalny czas trwania jednej sesji terapeutycznej uważa się od 60 do 90 a nawet 120 minut.** Przy czym dla grup małych (6-osobowych) zaleca się sesje jednogodzinne, a dla grup większych (liczących ponad 8 osób) przewiduje się przedłużanie spotkania do 120 minut. Jednak w tych wypadkach, gdy praca trwa tak długo, należy zadbać o „przerwywniki”, wprowadzenie krótkich przerw na odpoczynek albo o takie zorganizowanie toku terapii, by możliwa była różnorodna aktywność; działania mogące zapobiegać monotonii i znużeniu (np. poprzez wzbogacenie sesji elementami

**muzykoterapii** czy **psychorysunku**). Są też techniki niewymagające takich zabiegów, mimo że trwają dość długo, właśnie nawet do 2 godzin, jak na przykład wspomniane przed chwilą **techniki arteterapeutyczne** (wykorzystujące muzykę i plastykę), a także **psychodrama**, **psychogimnastyka**. Znamienna dla nich aktywność niewerbalna (ruchowa), zewnętrzna „atrakcyjność” i „dzianie się” nie naraża na utratę gotowości do koncentrowania się na tym, co ma miejsce w grupie.

Planując czas trwania jednodniowych sesji należy też zakładać możliwość stosowania większej liczby posiedzeń: dwa a nawet trzy w tym samym dniu. Tu jednak trzeba bezwzględnie przewidzieć **czas na relaks**, a również postarać się, by poszczególne sesje różniły się od siebie rodzajem aktywności i wymaganych czynności. Jednocześnie unikać trzeba spotkań przekraczających półtorej godziny, a z pewnością tego ostatniego, kończącego jednodniowy cykl kilku następujących po sobie sesji. Bagaż poprzednich posiedzeń może sprawić, że uwaga uczestników ulegnie dość szybkiemu rozproszeniu, i tym samym zainteresowanie wydarzeniami, które pojawiają się w toku grupowej interakcji, może wydatnie się zmniejszyć (Kratochvil, 1988).

W projektowaniu częstotliwości spotkań i czasu trwania jednej sesji oraz czasu trwania całej terapii w grupach z udziałem dzieci i młodzieży, należy kierować się podobnymi kryteriami. Jednak z wyraźną tendencją do poruszania się w dolnych granicach optymalnych przedziałów. Lecz w zdecydowanie większej mierze dotyczy to młodzieżowych niż dziecięcych grup terapeutycznych, ponieważ w tych pierwszych praca opiera się na zasadach zbliżonych do terapii z udziałem dorosłych. Dominującym sposobem komunikowania się są słowa, wymagane są umiejętności analizowania swoich reakcji i przeżyć, oceny minionych doświadczeń. Przyjąć należy, iż przyjęte dla grup dorosłych górne granice limitów częstości i czasu trwania sesji mogą okazać się dla nich za wysokie. Przecież ich **wytrzymałość psychofizyczna** jest dużo mniejsza, a jeżeli odniesiemy ją do specyficznych warunków psychoterapii grupowej, to przewidziane dla młodzieży poruszanie się w dolnych granicach częstości i czasu trwania terapii zdaje się być w pełni uzasadnione. Chyba, że będzie to terapia wymagająca odpowiednio dużej **aktywności ruchowej** (np. wspomniana psychogimnastyka czy psychodrama), **manualnej** (np. rysunek terapeutyczny) albo zgodnej z **indywidualnymi zainteresowaniami** (muzykoterapia bierna) czy **ukrytymi zamiłowaniem** do wykonywania określonych czynności (muzykoterapia czynna, plastyczne techniki projekcyjne). Albo też, gdy terapeuta zaplanuje robienie przerw lub okresowe zmiany form pracy, mogących ustrzec młodzieżowych pacjentów przed zmęczeniem, popadnięciem w uciążliwą jednostajność zachowań.

Nie ma potrzeby ustalania innych kryteriów dotyczących optymalnej liczby członków grupy terapeutycznej, częstości i trwania posiedzeń, gdy uczestnikami terapii grupowej są młodsze dzieci (mieszczące się w przedziale wieku od 6 do 10 lat). **Zabawowy charakter terapii**, wykorzystywanie różnych gier ruchowych, stosowanie technik zabawowych z użyciem zabawek i przedmiotów (np. „darcie



papieru”, „balony złości”, „burzenie murów złości”), kukiełek (np. „kukielkowy symbol klienta”, „przedstawienie kukielkowe”), sprawia, że trwające półtorej godziny spotkanie jest czasem całkowicie właściwym (Kaduson, Schaefer, 2001). Dzieci chętnie biorą udział w tego rodzaju terapii i często zdarza się, iż z nie lada trudnością przychodzi terapeutcie zdyscyplinować je do zakończenia „zabawy”.

Terapeuta podejmujący się pracy z grupą dziecięcą za pomocą zabawy musi posiadać specjalistyczne przygotowanie, umożliwiające wykorzystywanie do celów terapii zabaw pobudzających **dziecięcą fantazję**, opartych na opowiadaniu historyjek, rysowaniu, lepieniu z plasteliny, modeliny lub gliny (ekspresji przez sztukę), wystawianiu teatryku. Musi potrafić tak organizować „**grupową zabawę**”, by jej uczestnicy odnosili wymierne korzyści, widoczne efekty w sposobach funkcjonowania indywidualnego (intrapSYchicznego), jak i w kontaktach społecznych (międzyrówieśniczych, z rodzicami, nauczycielami itp.). Techniki zabawy grupowej powinny być tak dobierane i realizowane, by zgodnie z formułą uczenia się przez zabawę, dzieci stawały się **wrażliwsiymi obserwatorami** otaczającej rzeczywistości i co najważniejsze, by w coraz większym stopniu były **kreatorami swojego życia**; osobami zdolnymi do twórczego przekształcania niewłaściwie ukształtowanych – nadmiernie zawyżonych lub zaniżonych – **aspiracji życiowych**, opartych na błędnych założeniach hierarchii celów-wartości itp. (Maclay, 1973).

Projektowanie tak rozumianej pracy z grupą dziecięcą wymaga wnikliwego rozważenia, jakie techniki zabawowe będą najbardziej przydatne w **dialogu terapeutycznym** z konkretnymi dziećmi. Zalecana jest indywidualizacja, ściśle dobieranie zabaw terapeutycznych do oczekiwań danej grupy. Wykluczony jest jakikolwiek schematyzm, posługiwanie się ciągle tym samym zestawem technik w stosunku do kolejnych grup. Terapeuta powinien umieć tworzyć odpowiedni klimat do wymyślania nowych zabaw przez dziecięcych pacjentów, a jednocześnie sam mieć pomysły na **zabawy terapeutyczne**. Musi wiedzieć, z jakimi dziećmi należy te zabawy przeprowadzać i jak to robić.

Kolejnym dylematem – oprócz liczby uczestników, przewidywanego czasu trwania całej terapii i jednej sesji, częstości spotkań – w projektowaniu psychoterapii grupowej jest rozważenie, czy należy ją prowadzić w **grupach zamkniętych** czy **otwartych**. Grupy zamknięte charakteryzują się **stałością składu członków**, a reguły ściśle wyznaczonymi warunkami dotyczącymi czasu trwania terapii. Zwykle są prowadzone od początku do końca przez tego samego klinicystę. Grupy otwarte zaś zakładają **włączanie nowych pacjentów** w miejsca opuszczone przez tych, którzy zakończyli terapię. Znamienna, zatem jest dla nich **dowolność czasu trwania** uczestnictwa, a także możliwość **zmiany terapeuty**.

Grupy zamknięte organizowane są z reguły w **ambulatoryjnych formach pracy** z pacjentami, a otwarte zazwyczaj w **terapii osób hospitalizowanych**, przebywających w placówkach leczenia stacjonarnego. Chociaż w wielu znanych mi ośrodkach leczenia nerwic i depresji, w oddziałach psychosomatycznych,

praktykowana jest forma pracy z grupami zamkniętymi. Pacjenci rozpoczynają terapię w tym samym czasie, stanowiąc niejako turnus, który trwa w określonym z góry przedziale czasowym. Po upływie tego okresu dochodzi do rozwiązania grupy. Pacjenci wymagający dalszego udziału w terapii są kwalifikowani do zupełnie nowych grup, tworzonych z nowo przybyłych pacjentów.

Nie sposób jednoznacznie rozstrzygnąć, która z tych obu form zorganizowania grupy jest korzystniejsza. Potocznie myśląc można wysnuć wniosek, iż zarówno projektowanie, jak i prowadzenie grupy zamkniętej wymaga **większych umiejętności terapeuty**. Organizując tego typu grupę musi on na tyle trafnie dobrać skład i określić strukturę (czas trwania i częstość sesji), by wszyscy dotrwali do końca terapii. W przeciwnym razie odejście któregoś z pacjentów, bez możliwości uzupełnienia składu nowym pacjentem, może utrudnić kontynuowanie posiedzeń. Nie będzie takiego problemu, gdy grupa będzie liczniejsza (mająca 10-12 członków), o czym zresztą już wcześniej mówiłem. Lecz gdy przyjdzie pracować z grupą składającą się z 6 osób, to nieprzewidziane opuszczenie grupy przez dwóch uczestników, może spowodować rozwiązanie grupy. Sugeruje to, iż w wypadku tworzenia grup małych trzeba zebrać pacjentów w pełni przekonanych do podjęcia terapii grupowej oraz organizować ją **homogennie** (rzekomo mniej lękotwórcza, sprzyjająca osiągnięciu dużej spójności grupy, nawiązywaniu szybkich więzi). Innym rozwiązaniem może być zorganizowanie ich w **formie „półotwartej”**, dopuszczającej dopełnianie składu grupy, aczkolwiek nie z powodu zaniechania terapii (tzw. **„drop-out”**) przez któregoś z członków, ale po ukończeniu terapii (osiągnięciu oczekiwanych efektów). Uczestnicy są wówczas przygotowani na ewentualność pojawienia się kogoś nowego. W rezultacie też o wiele łatwiej może przyjść utrzymanie warunków „kontraktu terapeutycznego” dotyczących składu grupy.

Właśnie z pozycji **„kontraktu terapeutycznego”** należałoby zgodzić się z powyższym tokiem myślenia. Ponieważ ustalając na wstępie stałość składu w ramach grupy zamkniętej, a potem po odejściu jednego czy dwóch członków wprowadzenie nowych, równoznaczne jest z naruszeniem „kontraktu”. Zresztą wówczas grupa zamknięta staje się otwartą, a tym samym cel, w jakim została zorganizowana traci swój sens. W takim razie, gdy terapeuta nie ma pewności, iż uda mu się utrzymać wszystkich członków w ramach grupy zamkniętej, to powinien zdecydować się na pracę w grupie otwartej lub półotwartej. Dopuszczalne jest także wynegocjowanie w trakcie zawierania „kontraktu” możliwości uzupełnienia składu w sytuacjach, gdy któryś z uczestników zachoruje albo nie będzie w stanie kontynuować terapii z ważnych powodów osobistych (zawodowych, rodzinnych) czy nieprzewidzianych okoliczności (zdarzeń losowych).

Dotychczasowe rozważania w żadnej mierze nie obniżają wartości grup zorganizowanych jako zamknięte ani też nie wyróżniają jako lepsze tych utworzonych w formie otwartej czy półotwartej. Wszystkie trzy rodzaje organizowania grup terapeutycznych mają wiele zalet, w zależności od różnych

uwarunkowań związanych z potencjalnym składem, przyszłą strukturą – **liczebnością, czasem trwania i częstotliwością spotkań**. Każda z tych trzech form ma także wiele ograniczeń. Podobnie mają wielu orędowników, jak i adwersarzy, zdecydowanych przeciwników, a także osób – teoretyków i praktyków – które opowiadają się za stosowaniem każdej z nich, traktując je jako tak samo wartościowe i efektywne w terapii grupowej.

Zwolennicy grup zamkniętych podkreślają **łatwość kontrolowania przebiegu terapii** z uwagi na to, iż rozwijają się (dynamizują interakcje wewnątrzgrupowe) w charakterystycznych, i w związku z tym możliwych do śledzenia, czterech fazach:

1. „orientacji i zależności”,
2. „konfliktu i buntu”,
3. „rozwoju spójności i współpracy”,
4. „celowej i świadomej aktywności”.

Terapeuta może przewidywać i dość dokładnie planować kierunek stopniowego rozwoju **dynamiki grupy**. Może tym samym zapobiegać kryzysom (np. w fazie „konfliktu i buntu”), a także w jak największym stopniu wykorzystywać chwile, w których grupa jest w pełni dyspozycyjna, gotowa do intensywnej pracy (faza „celowej i świadomej aktywności”). Obcując ciągle z tymi samymi pacjentami ma ułatwione zadanie panowania nad zjawiskami i procesami grupowymi, a także zapamiętywania i kontrolowania reakcji ujawnianych przez poszczególnych uczestników. Wspomniana przewidywalność rozwoju dynamiki w grupie zamkniętej umożliwia **eksperymentowanie**, podejmowanie ryzykowniejszych niż w grupie otwartej form pracy. Kontakt z tymi samymi członkami grupy i względna linearność rozwoju interakcji, sprzyja obserwacji zachowań poszczególnych pacjentów, a w ślad za tym kierowaniu procesem terapii kilku osób równocześnie (Aleksandrowicz, 1996). Klinicysta nie musi tu, tak jak to ma miejsce w grupie otwartej, zbytnio koncentrować się na rozpoznawaniu relacji interpersonalnych. Czas poświęcany w grupie otwartej czy półotwartej na wprowadzenie nowego pacjenta, może być w grupie zamkniętej spożytkowany do sterowania procesem leczenia, do **zindywidualizowanego planowania terapeutycznych oddziaływań**. Sam zaś terapeuta poprzez uzyskany na wstępie (w fazie „orientacji i zależności”) charyzmat i zdobyte zaufanie, jest w stanie osiągnąć dość wysoki poziom **emocjonalnego zaangażowania**, co w sumie czyni go osobą zdolną do konsolidowania grupy, czynienia z niej zespołu potrafiącego pracować bardzo intensywnie, w poczuciu dużej odpowiedzialności, umiającego zdobyć się na ujawnianie najgłębszych przeżyć. Wspólne przechodzenie przez kolejne fazy – począwszy od „orientacji”, poprzez „oceny i walki”, a skończywszy na „kontrolu i współpracy zadaniowej” – i to w towarzystwie ciągle tych samych osób, może jednocześnie uruchamiać mechanizmy warunkujące proces socjalizacji. Ujmując to inaczej, nawiązanie więzi w grupie zamkniętej, osiągnięta spójność i zadowolenie z przebywania razem, a tym samym częściowe zaspokojenie **potrzeby afiliacji**

(przynależności), stanowią elementy motywujące do podejmowania się zadań wymagających współdziałania. Widząc korzyści płynące z zespołowego wysiłku mogą pobudzać ich do zmiany czy modyfikacji zachowań stanowiących jedno ze źródeł zaburzenia i dysfunkcjonalności.

Lecz, jak stwierdziłem nieco wyżej, nie brakuje sądów wyrażających sceptycyzm, podkreślających małą skuteczność grup zamkniętych jako metody psychoterapii. Krytycznie oceniane głównie jest to, iż wszyscy pacjenci – niezależnie od indywidualnych postępów w „leczeniu” – muszą zakończyć terapię w tym samym czasie. Tymczasem – zdaniem adwersarzy – powinno być tak, że w chwili, gdy dany członek terapii grupowej nie potrzebuje już pomocy, powinien mieć możliwość opuszczenia grupy. Z drugiej strony może zdarzyć się, iż w momencie rozwiązania grupy, równoczesnego zaniechania dalszych spotkań, któryś z pacjentów lub ich większa liczba będą pozbawieni terapii, i to w chwili, gdy powinna być ona kontynuowana. Często wówczas może zostać zniweczone to, co już zostało osiągnięte w toku dotychczasowych posiedzeń. Zasadniczą zatem wadą grup zamkniętych jest – w opinii przeciwników – nie uwzględnianie faktu, że proces osiągania zmian jest różny u poszczególnych pacjentów. Jedni są bardziej podatni na oddziaływanie terapeutyczne, inni w średnim stopniu, a jeszcze inni w dużo mniejszym. Nie wszyscy też przecież startują z tego samego pułapu, cierpią na różne dolegliwości, a nawet, gdy są z tego samego zespołu chorobowego (np. nerwice, depresje) to mają z reguły bardzo odmienne podłoża.

Trudno w pełni zgodzić się z tego rodzaju osądami, gdyż „promowany” w nich jest egoizm, przejawianie troski jedynie o własne wracanie do zdrowia. Pracę w ramach grup zamkniętych sprowadzono tu do reguły obowiązującej w terapii indywidualnej: „zakończyłeś terapię możesz odejść”. W terapii grupowej zalecane jest, by słabsi pacjenci podglądali mocniejszych. Mam tu na myśli proces **modelowania**, naśladowania pożądaných wzorów zachowań współpacjentów. To dobrze, że członek grupy usatysfakcjonowany z przebiegu terapii, z uzyskanych efektów pozostanie, by „rzutować” na pozostałych swój sukces; by w ten sposób być żywym przykładem, przekonywać wahających się członków grupy do konieczności uczęszczania na kolejne sesje.

Szybsze powracanie do zdrowia niektórych członków grupy przyczynia się zarazem do tworzenia coraz lepszych i doskonalszych interakcji, ułatwiających procesy grupowe. Przybierając postać kontaktów bardziej różnorodnych stają się elementem **doświadczenia korektywnego**, uruchamiającym terapeutyczną siłą tkwiącą w komunikowaniu się pacjentów prezentujących różne poziomy zaburzeń oraz stopnie „wyleczenia”. Po prostu pozostanie w grupie pacjentów, którzy już mogliby ją opuścić sprzyja naśladowaniu, interpersonalnemu uczeniu, zachowaniu spójności, dostarczaniu wiedzy i informacji, uczeniu społecznych zachowań, a więc aktywizowaniu czynników określanych przez I. Yaloma jako leczące w psychoterapii grupowej (Tryjarska, 2000).

Można przystać na sugestie adwersarzy grup zamkniętych, gdyby dalsze uczestnictwo w terapii „wyleczonych” pacjentów narażało ich na nawroty dolegliwości, ponowne pojawienie się zaburzeń. Z pewnością też nie ma większego uzasadnienia zatrzymywania ich w grupie, gdy wiąże to się z ponoszeniem przez nich kosztów materialnych. Na pewno też nie ma sensu, by przedłużać pobyt „wyleczonych” pacjentów w grupach nastawionych na terapię długoterminową, gdy zostało jeszcze do zrealizowania bardzo wielu sesji. Kompromisowym wyjściem, godzącym zwolenników i antagonistów grup zamkniętych, będzie częstsze organizowanie tego rodzaju grup w wypadku **terapii krótkoterminowej**, co w sumie może zdrowego już pacjenta narażać na ryzyko udziału jedynie w kilku spotkaniach.

Terapeuci postrzegający stałość składu członków grupy jako czynnik niekorzystny z uwagi na efekty leczenia, mogą zdecydować się na pracę z grupą zorganizowaną w formie **otwartej**. Entuzjaści uważają ją za znacznie lepszą, aczkolwiek przyznają, iż jest trudniejsza dla terapeutów, i w związku z tym zalecają, by były prowadzone przez dwóch lub trzech klinicystów. W porównaniu z grupami zamkniętymi charakteryzują się bardziej trwałymi (ustabilizowanymi) celami, przyjętymi normami funkcjonowania. Oczywiście najczęściej wskazywaną zaletą jest możliwość kończenia terapii i opuszczenia grupy w dowolnej chwili, z jednoczesnym uzupełnianiem składu, włączaniem nowych uczestników. Każde odejście pacjenta i przyjście nowego wiąże się z różnymi, mniej lub bardziej możliwymi do przewidzenia, konsekwencjami zarówno dla klinicysty, jak i członków grupy. Prowadzący musi tak nadzorować tę operację, by w jak najmniejszym stopniu wpłynęła ujemnie na **dynamikę grupy**. Uszczuplenie składu grupy nie może prowadzić do zniekształcenia czy utraty wcześniej zaakceptowanych i przestrzeganych norm (zbioru niepisanych zasad), wytyczonych celów terapeutycznych, zburzenia ukształtowanej już formalnej, jak i nieformalnej struktury. Wprowadzenie nowego członka musi zagwarantować poszczególnym pacjentom zachowanie dotychczas zajmowanych pozycji i ról, a nawet możliwość swoiście rozumianego awansu. Nowa osoba w grupie nie powinna zatem spowodować naruszenia **grupowego status quo**, a jeżeli już, to po to, by skutecznie procesy grupowe. Z kolei dopiero co przybyły nowy pacjent nie może być narażony na odrzucenie przez grupę, co może łatwo zdarzyć się, gdyż przychodzi zając mu miejsce osoby, która cieszyła się powszechną aprobatą. Z góry niekorzystna pozycja wynika z jednej strony z bycia nowym i obcym, a z drugiej, przychodzącym z powodu wyjścia z grupy pacjenta „wyleczonego”, a więc utrwalonego w świadomości grupy jako mocnego, bardziej od nich odpornego psychicznie, podatnego na terapię, a w związku z tym godnego naśladowania. Nowo przybyły pacjent, ze swoimi problemami i dolegliwościami, musi wypaść dość blado w konfrontacji ze swym poprzednikiem. W takim razie na klinicyście spoczywa zadanie uzupełnienia składu pacjentem, który będzie w stanie w miarę bezboleśnie wejść do grupy, dość szybko stać się równoprawnym członkiem. Rodzaj ujawnianych przez niego zaburzeń i trudności powinien umożliwiać

„nadrobień” zaległości w stosunku do pozostałych, biorących już od jakiegoś czasu udział w terapii grupowej współpacjentów. Nie może to być pacjent skłonny do nadmiernego izolowania się, zbyt uległości, jak również impulsywny, agresywny, skory do bezwarunkowego dominowania nad innymi.

Chociaż czasem celowo wprowadza się pacjenta wykazującego tendencję do przywództwa, górowania nad innymi, by w ten sposób eksperymentalnie ustalić, na ile grupa jest zorganizowaną, sprawnie funkcjonującą strukturą, zdolną do „temperowania” tego typu zapędów. Zasadne zdaje się też to, by klinicysta stojący przed dylematem, jakiego pacjenta wprowadzić na wolne miejsce decydował się raczej na sprawiających wrażenie przebojowych, konsekwentnych itp. Słabsi mogą po prostu nie poradzić sobie z powodu stopnia zaburzeń, wynikających z nich **trudności adaptacyjnych**, a przy tym jeszcze w kontaktach z osobami o wiele bardziej gotowymi do traktowania ich jako „intruzów” niż „swoich”.

Uzupełnianie składu w grupach otwartych zorganizowanych **homogenicznie** powinno przebiegać inaczej niż w grupach utworzonych **heterogenicznie**. Jeżeli kryterium jednorodności grupy był wiek to nowy pacjent powinien być w podobnym wieku co pozostali. Podobnie w przypadku płci, wykształcenia, pozycji zawodowej, typu zaburzeń itd. Z kolei w grupie heterogenicznej, w której zastosowano zasadę „**arki Noego**” należy wprowadzać pacjenta dopełniającego zdekompletowaną parę. Gdy opuści grupę jedna z dwu osób starszych (stanowiących opozycyjną parę wobec dwu młodszych) to trzeba zadbać, by „zmiennik” odpowiadał przedziałem wiekowym poprzednikowi. Analogicznie powinno odbywać się rekonstruowanie składu, gdy odejdzie pacjent o określonych doświadczeniach, mających doniosłe znaczenie dla osiągnięcia założonych celów terapii. W grupie nastawionej na przykład na rozwijanie (trenowanie) **asertywności**, a ściślej umiejętności prowadzenia dialogu z przełożonymi, w miejsce pacjenta pełniącego na co dzień funkcję kierowniczą warto wprowadzić kogoś o zbliżonej profesji. Może on tak jak jego poprzednik, poprzez swoją naturalność brać na siebie rolę partnera dialogu z pacjentami mającymi problemy w odpowiednim porozumiewaniu się z własnymi przełożonymi. W innych sytuacjach mogą to być osoby rozwiedzione, ofiary przemocy, świadkowie katastrof, klęsk żywiołowych, niedoszli samobójcy itp.

Włączaniu nowych pacjentów powinna przyświecać idea utrzymania lub polepszenia dotychczasowych interakcji. Nie chodzi tu zatem o zachowanie konstrukcji grupy ale o dobranie nowych członków nie burzących należycie ukształtowanej **sieci komunikacyjnej**. Typowani do wejścia pacjenci powinni mieć w miarę jak najprędzej poznać specyficzny język grupy, by w konsekwencji mogli stać się uczestnikami w pełni korzystającymi z „leczniczej” siły tkwiącej w interakcji między współpacjentami; z możliwości równoczesnej aktywności kilku osób, towarzyszącej jej wymianie informacji.

Jeżeli nawet terapeuta przejawia dbałość o utrzymanie składu grupy, to z myślą, iż wpłynie to na zachowanie czy udoskonalenie **komunikacji**

**wewnątrzgrupowej.** Temu samemu celowi ma służyć uwzględnianie przy wprowadzaniu nowych pacjentów, by cechowała ich odpowiednia **motywacja** do podjęcia terapii w grupie; by charakteryzowali się względnie dobrze **rozwiniętym „ego”**, przejawiali dużą gotowość do dokonywania zmian we własnym zachowaniu i rozwiązywania swoich konfliktów i problemów. Przy czym silnej motywacji do „leczenia” powinna towarzyszyć chęć aktywnego partycypowania w procesie grupowym. Wyrazem tej dużej motywacji może być między innymi właśnie zgoda na późniejsze wejście do grupy, a także na różne niewygody z tym związane, wynikające na przykład z przychodzenia na sesje wczesnym rankiem, czy z rezygnacji oglądania ulubionych seriali telewizyjnych na rzecz udziału w posiedzeniach.

Pacjenta włączanego do grupy otwartej można porównać z osobą, która podejmuje **terapię krótkoterminową**. Bo przecież często jest tak, iż zostaje on wprowadzony po dość długim czasie od pierwszego spotkania grupy, a zatem w chwili, gdy zostało do zrealizowania już niedużo sesji. W takim razie powinien on podobnie, jak potencjalny uczestnik terapii krótkoterminowej, odznaczać się **zdolnością do logicznego myślenia, realistycznego kontaktowania się z rzeczywistością, umiejętnością radzenia sobie z przejściowymi trudnościami i wymaganiami pojawiającymi się w codziennym życiu, z krytycznymi sytuacjami** (Rakowska, 2000). Powinien on jednocześnie charakteryzować się cechami umożliwiającymi szybkie powstanie pożądanego (pozytywnego) związku terapeutycznego, specyficznych relacji zarówno między nim a innymi członkami grupy, jak również z terapeutą. Musi zatem cechować się poczuciem zaufania, z tendencją do współdziałania, preferowania partnerskiego udziału w procesie terapeutycznym.

Grupy **zamknięte i otwarte** mogą być z powodzeniem tworzone w pracy z dziećmi i młodzieżą. Organizowane są w podobnych celach i na zbliżonych zasadach. Ustalając skład grupy zamkniętej warto pamiętać, iż dla dzieci w przedziale wieku od 6 do 10 lat powinny być raczej **homogenne** w zakresie wieku. Praktyka dowodzi, że duża rozpiętość wieku, a zatem wspólne przebywanie dzieci i starszej młodzieży (16-letniej i starszej) powoduje, z jednej strony spowalnianie procesu grupowego i opóźnia realizację programu terapeutycznego, a z drugiej – utrudnia komunikację wewnątrzgrupową, wyraźnie osłabia interakcje między członkami grupy. W efekcie prowadzi to do ograniczania i spadku aktywności uczestników w czasie spotkań, ujawniania zachowań wprowadzających chaos w przebieg posiedzeń, coraz częstszych absencji oraz całkowitego zaniechania (porzucenia) udziału w terapii (**drop-out**).

Organizując terapię grupową z udziałem dzieci i młodzieży czy z dorosłymi należy zadbać o to, by w grupach zamkniętych wszyscy dotrwali do końca terapii. Z kolei w grupach **otwartych** powinni mieć stworzone warunki do kończenia terapii w stosownym momencie, a nowo włączani pacjenci do w miarę jak najsprawniejszego stawiania się pełnoprawnymi członkami grupy terapeutycznej. Terapeuta musi tak skonstruować grupę pod względem składu i struktury (liczebności członków, czasu i częstości trwania sesji, otwartego lub

zamkniętego charakteru grupy), by **dynamika i proces grupowy** służyły osiągnięciu założonych celów terapeutycznych.

Poprawnie zastosowane kryteria doboru pacjentów do terapii grupowej mają umożliwić powstanie pożądaných interakcji, a tym samym ustrzec przed wczesnym przerwaniem terapii. Staranny dobór pacjentów, stworzenie klimatu dającego poszczególnym członkom dużo satysfakcji, sprzyjającego choćby chwilowemu zaspokajaniu potrzeby afiliacji (przynależności), dążenie do uatrakcyjnienia posiedzeń, to zasadnicze warunki szybkiego uzyskania koniecznej spójności i współpracy, osiągnięcia pożądanego stanu **celowej i świadomej aktywności**.

### **1.2. Zabiegi poprzedzające psychoterapię grupową**

Przebieg terapii grupowej można wydatnie usprawnić poprzez odpowiednie przygotowanie pacjentów do udziału w przyszłych spotkaniach. Równie pomocne może okazać się zadbanie o stworzenie właściwych warunków zewnętrznych i rzeczowych do prowadzenia posiedzeń, a mianowicie znalezienie odpowiedniego pomieszczenia, zebranie różnych sprzętów, przedmiotów, rekwizytów itp. Trzecim czynnikiem – traktowanym przez wielu jako jeden z najistotniejszych – w sposób wyjątkowy warunkującym rozwój procesów i zjawisk w grupie terapeutycznej jest **postawa i sposób prowadzenia grupy przez terapeutę**.

Zabiegiem poprzedzającym rozpoczęcie właściwej terapii powinno być przygotowanie pacjentów do udziału w przyszłych spotkaniach grupy. Chociaż można spotkać się z twierdzeniami sugerującymi, iż nie jest to czymś koniecznym, a nawet zupełnie zbędnym. Udzielanie przedwstępnych informacji na początku „leczenia” pozbawia członków grupy doświadczenia „inicjacji”, stopniowego poznawania i przeżywania procesów, emocji i zdarzeń wynikających z dynamiki grupy. Uprowadzony o toku procesu psychoterapeutycznego pacjent traci swą naturalność, nie jest w stanie adekwatnie do fazy rozwoju grupy samodzielnie doświadczać własnych reakcji. Wcześniej poinformowany o tym, co go czeka w czasie przyszłych posiedzeń nie jest w pełni zdolny do odreagowywania (uzyskiwania stanu **katharsis**) i **korektywnego odtwarzania sytuacji konfliktowych**, stanowiących tło jego zaburzeń (Kratochvil, 1981).

Można zgodzić się z takim stanowiskiem, gdy dobro terapii wymaga, by pacjent nie był wcześniej poinformowany. Brak wiedzy o przebiegu terapii i wynikający z niej niepokój, niepewność czy bezradność ma wówczas przyczynić się do – zamierzonego przez klinicystę – uzyskania pobudzenia, koniecznej intensywności uczuć. Nieprzygotowani pacjenci zaczną reagować spontanicznie, popadać w rzeczywiste stany frustracji, zachowywać się zgodnie z faktycznymi odczuciami, i co najważniejsze w takiej mierze i natężeniu, jak założył terapeuta. Niedopuszczalne jest nieumotywowane prowokowanie zachowań, mogących potęgować dolegliwości oraz spowodować wymknięcie się spod kontroli prowadzącego grupę.



Niewiedza korzystna jest zwłaszcza wtedy, gdy wymagane jest uzyskanie efektu zaskoczenia albo wytworzenia sytuacji mogących umożliwić pacjentowi skonfrontowanie się, w obecności terapeuty i innych członków grupy, z czymś przysparzającym mu problemów. Dobrym przykładem może być zmaganie się z lękiem przy użyciu **technik behawioralnych**, głównie **systematycznej desensytyzacji i terapii implozywnej**.

Pacjent zapoznany z istotą **systematycznej desensytyzacji**, a zatem poinstruowany jak będzie przebiegał proces usuwania reakcji lękowej, nie będzie w stanie skorzystać z jej dobrodziejstw. Ponieważ uprzedzając go na przykład o tym, że sukcesywnie będziemy go konfrontowali ze źródłem lęku, a przy tym przekazemy informacje o technicznej stronie całej procedury, to może ona utracić swoją istotę. Co prawda konieczne jest tu pewne wstępne przygotowanie lecz dotyczy ono nauczania pacjenta uzyskiwania **stanu relaksacji** (zwykle opartej na koncepcji Jacobsona). Można też w ogólnym zarysie (np. w trakcie zawierania kontraktu) omówić z pacjentem, jakie rodzaje bodźców będą mu aplikowane podczas spotkań, ale tylko po to, by zechciał uczestniczyć w tego typu procedurze. Moja wieloletnia praktyka przekonuje mnie, iż bliższe informowanie pacjenta o stosowanych bodźcach, stopniowym intensyfikowaniu ich, eksponowaniu coraz bardziej lękotwórczych (zagrożających) nie przynosi oczekiwanych efektów. O wiele korzystniejsza jest nawet pełna niewiedza, przystąpienie bez jakichkolwiek wstępnych instrukcji i przygotowań. Podkreślam jednak, że są to jedynie moje wnioski, oparte na własnej praktyce klinicznej. Mówię o tym, gdyż w literaturze przedmiotu zaleca się wcześniejsze przygotowanie pacjenta do udziału w systematycznej desensytyzacji. Moją intencją nie jest też podważanie tych wskazań a jedynie zasugerowanie możliwości pominięcia lub zminimalizowania zabiegów przygotowawczych.

Jeszcze bardziej korzystna jest niewiedza pacjenta w przypadku **terapii implozywnej**. Trudno sobie wyobrazić wymagane w tej technice **provokowanie reakcji lękowych** w sytuacji, gdy pacjent wie, że jest to celowe działanie terapeuty. To jest tak, jakby ktoś chciał kogoś nagle, z zaskoczenia wystraszyć, uprzedzając go o tym tuż przed tą chwilą.

Właśnie niewiedza pacjenta o tym, że terapeuta oddziałuje na jego wyobraźnię, aby utrzymać u niego względnie wysoki poziom lęku jest tu czynnikiem „leczącym”. Pacjent zachęcany do wyobrażania sobie sytuacji lękowych, inspirowany nieświadomie przez klinicystę do dłuższego trwania w tym lęku, jest w stanie go się pozbyć. Inaczej mówiąc, reakcja lękowa wygaśnie, gdy pacjent konfrontowany z bodźcem czy sytuacją wyobrażeniową powodującą silny lęk dostrzeże, iż wcześniej lękotwórczy obiekt nie stwarza żadnego rzeczywistego zagrożenia. Nie znając szczegółów dotyczących roli terapeuty, polegającej na wzmacnianiu i podtrzymywaniu lęku, niedopuszczeniu do reakcji unikania czy ucieczki, może wyjść z impasu.

Można odnieść wrażenie o drastyczności tej procedury, możliwości potęgowania lęku, narażania pacjenta na przeżywanie silnego lęku. Nic bardziej

błędnego, ponieważ w terapii implozywnej dopuszczalne jest stwarzanie okazji do tego, by pacjent mógł wyobrazić sobie sytuacje wywołujące odruch unikania, od najmniej dokuczliwych do wzbudzających najsilniejszy lęk, bez możliwości i ryzyka rzeczywistego zaangażowania się w symptomatyczne zachowanie. Jest to w miarę łatwe do uzyskania, gdyż w terapii implozywnej bezwarunkowo jest przestrzegana zasada **wygaszania reakcji lękowej** przez nie wzmocnianie zachowań, a przy tym jeszcze lęków nie aż tak przerażających.

Przygotowanie pacjenta do tej procedury powinno zatem ograniczyć się do przekazania ogólnych wskazówek, a także do uprzedzenia go o możliwości doświadczania silnych lęków, aczkolwiek znacznie odbiegających od tych kojarzonych z zagrożeniem, w żaden sposób nie narażających go na nieprzyjemne dolegliwości.

Udzielenie wstępnych informacji o przebiegu terapii nie ma też sensu w przypadku stosowania techniki **paradoksu pragmatycznego**. Bo jaki może odnieść skutek zachęcanie pacjenta do nasilenia objawów, gdy ten wcześniej będzie wiedział, iż jest to strategia nastawiona na ich usuwanie? Znając intencje terapeuty, zdając sobie sprawę, iż poprzez nakłanianie do eskalacji negatywnego zachowania dąży on do tego, aby pacjent zaczął zachowywać się inaczej, może on nie dać się złapać w pułapkę paradoksu. Przypisywanie symptomu może stać się skutecznym zabiegiem jedynie wówczas, gdy pacjent albo ich większa liczba (np. w terapii rodziny) nie będą świadomi faktu, że terapeuta zalecając utrzymywanie, a nawet potęgowanie objawów, a więc zachęcając do zaniechania zmiany, w rzeczywistości ma zamiar wymusić przeciwną pozycję; prowadzącą w efekcie do uzyskania zmiany, rezygnacji z objawu (Namysłowska, 1997).

Tak samo nieskuteczna może okazać się technika pokrewna z podejściem paradoksalnym, a mianowicie **metoda nasycenia bodźca**. Znamienne dla niej wielokrotne poddawanie pacjenta działaniu poszukiwanego przez niego bodźca utraci swą terapeutyczną siłę, gdy będzie poinformowany na czym polega jej dobroczynne działanie.

Ponieważ gdy na przykład pacjentowi przejawiającemu nawyk niszczenia zabawek dostarczy się olbrzymią ich ilość i nakaże, by niszczył je do woli, to nie znając naszej faktycznej intencji z ochotą przystąpi do działania. W sumie poprzez „przetrenowanie” niepożądaną reakcję w wyniku ciągłego, intensywnego jej powtarzania, może dojść do przemęczenia i w konsekwencji do trwałego usunięcia tego nawyku. Z kolei zdając sobie sprawę z podstępu może zignorować polecenia terapeuty i na przekór zamiast zabawki niszczyć może zacząć je na pokaz układać czy naprawiać.

Podane przykłady w jakiejś mierze przekonują, iż w sytuacjach wymagających spowodowanie kontrolowanego lęku, frustracji, czy stworzenia specyficznych warunków wykorzystujących elementy zaskoczenia, niepewności, a także w procedurach nastawionych na jak najpełniejsze samodzielne doświadczanie emocji, korzystniejsza jest niewiedza pacjenta oraz nie udzielanie mu informacji o przyszłych działaniach.

Mimo, że przytoczone powyżej techniki są procedurami w większości stosowanymi w **terapii dualnej** (indywidualnej), chociaż pewne ich elementy znajdują zastosowanie w pracy z grupą terapeutyczną, a niektóre z nich są zaliczane do tych obu form (techniki paradoksalne, technika nasycenia bodźca), to nie brakuje podobnych opinii wśród terapeutów grupowych. W swoich argumentacjach zdają się przekonywać, iż niedoinformowanie uczestników grupy terapeutycznej sprzyja wzmocnieniu **regresywnych reakcji** wobec terapeuty i pomaga w tworzeniu odpowiedniego klimatu dla rozwoju **przeniesienia** (chodzi tu oczywiście o powstanie **regresyjnej nerwicy przeniesieniowej**, której usunięcie następuje w toku interpretacji konfliktu). Brak wstępnego rozeznania o przebiegu terapii umożliwia jednocześnie uzyskanie pewnego poziomu początkowego lęku, który może pobudzać grupę do podjęcia pracy nad rozwiązywaniem trudności i do intensywniejszego wysiłku nad określeniem norm grupowych. Wstępny lęk ma rzekomo przyspieszać osiąganie przez grupę autonomii, a także przyczyniać się do podjęcia niejako z marszu terapii. Początkowy lęk, niepewność i bezradność stają się na wstępie przedmiotem analiz, są wykorzystywane do rozpoczęcia pracy z grupą.

Większość opowiada się jednak za odpowiednim przygotowaniem pacjentów mających zamiar podjęcia terapii grupowej, za wcześniejszym poinformowaniem ich o jej celu, zadaniach i technikach. Podawane są różne sposoby, w jaki należy dostarczyć pierwszych, początkowych informacji. Zwykle zaleca się **indywidualną rozmowę wstępną, udział w grupie kandydackiej, udostępnianie jakiejś popularnej literatury czy broszury na temat psychoterapii grupowej, albo umożliwienie obserwowania przebiegu spotkania grupowego zapisanego na video lub podglądania** – jako bierny obserwator, świadek – **aktualnie przebiegającej terapii** (Tryjarska, 2000).

Zwolennicy dokładnego informowania kandydatów o toku procesu psychoterapeutycznego utrzymują, iż jest to jedyny sposób gwarantujący podjęcie terapii grupowej przez sceptyków (nieprzekonanych do tej formy), pacjentów trudnych (narzekających, odrzucających pomoc), skłonnych do samotniczego trybu życia. Pacjentami wyjątkowo wymagającymi przygotowania przez przybliżenie planu działania danej grupy, jej charakteru i specyfiki oraz możliwości uzyskania określonych korzyści dzięki uczestniczeniu w sesjach, są osoby cierpiące **zaburzenie stresowe pourazowe** i **zaburzenie adaptacyjne**. Typowe dolegliwości obejmujące niereagowanie na otoczenie, odizolowanie się od innych ludzi, ostre napady lęku, a przy zaburzeniu adaptacyjnym tendencja do popadania w stan **subiektywnego dystresu** (stresu niepożądanego i szkodliwego) i zaburzenia emocjonalne zwykle w czasie adaptacji do istotnych zmian życiowych sprawiają, iż właściwie niemożliwe jest, by stali się członkami grupy terapeutycznej bez uprzedniego przygotowania. Nawet, jeśli uda się zachęcić ich do przyścia na pierwsze spotkanie, to z reguły na tym kończą swój udział.

Przygotowanie do terapii ma umożliwić kandydatom na leczenie przystosowanie się do specyficznych warunków terapii grupowej, co w konsekwencji ma ustrzec przed zmniejszeniem liczby pacjentów decydujących się opuścić terapię w początkowej fazie. Dostrzeżono wyraźną zależność między przygotowaniem pacjentów do terapii a ilością osób rezygnujących właśnie na wczesnym etapie. Zdecydowanie częściej miało to miejsce w grupach złożonych z osób nie objętych wstępnym instruktazem, których wcześniej nie poinformowano o tym, o co w gruncie rzeczy w grupie terapeutycznej chodzi (Mac Kenzie, 2000).

Odnotowano również duży związek między przekazywaniem wstępnych informacji o charakterze przyszłych spotkań w ramach grupy terapeutycznej a uzyskanymi **efektami terapii**. O wiele gorszymi rezultatami legitymowali się członkowie, których nie zaznajomiono z warunkami czekających ich sesji. Nie znając reguł gry, nie wiedząc, czego mogą się spodziewać i tym samym nie mając dodatkowej szansy na wzmocnienie motywacji do pracy w grupie, mogli odnieść jedynie ograniczone korzyści. Natomiast objęci wstępnymi wyjaśnieniami, rozumiejący związki niektórych celów i zadań grupowych (np. ważność interakcji i konfrontowanie z indywidualnym celem, jakim jest usunięcie źródeł objawów, dysfunkcjonalności), mieli okazję zyskać o wiele więcej. Czas, który nieprzygotowani musieli poświęcić na poznanie przejrzystości celów pracy w grupie, przygotowani mogli spożytkować na rzeczywiste rozwiązywanie problemów.

Przekazywanie wstępnych informacji w formie komentarza o istocie procesu grupowego, prowadzenie swoiście rozumianego treningu przed pierwszymi spotkaniami, nastawione na akcentowanie znaczenia interakcji między członkami, przyczyniając się do wzrostu **poczucia bezpieczeństwa** oraz **do podwyższenia motywacji**, czyni ostatecznie terapię grupową znacznie efektywniejszą. Liczne analizy dowodzą, iż pacjenci objęci przygotowawczym treningiem, zabiegiem umożliwiającym wcześniejsze poznanie zasadniczych wydarzeń w grupie, pozwalającym lepiej zrozumieć rolę, jaką przyjdzie w grupie spełniać, znaczenie indywidualnych zachowań dla przebiegu terapii, są skłonniejsi do szybszego współdziałania. Znaczący takiemu formatu, jak Yalom czy Kratochvil zgodnie podkreślają, że **wstępne przygotowanie pacjentów przynosi pozytywne rezultaty**, z jednej strony dla usprawnienia przebiegu procesu grupowego (strukturyzowania, dynamiki), z drugiej – dla podwyższenia skuteczności terapii (Strojnowski, 1998).

Terapeuta podejmujący się zadania przygotowania pacjenta do terapii może to uczynić na wiele sposobów. Dobrym rozwiązaniem jest dostarczanie informacji i wyjaśnień w trakcie zawierania **kontraktu terapeutycznego**. Zawierany z każdym kandydatem na członka grupy oddzielnie, w formie indywidualnej rozmowy, jest doskonałą okazją do przekazania wstępnych informacji o procedurach terapii grupowej i przebiegu jej procesów. Klinicysta przyjmując rolę instruktora powinien w trakcie rozmowy pokazać psychoterapię z takiej strony, by kandydat zobaczył w niej metodę mogącą mu pomóc

w usuwaniu objawów. W tym czasie też powinno dojść do określenia roli pacjenta i terapeuty w toku „leczenia”, wskazania charakterystycznych zjawisk, jakie zwykle mają miejsce w toku posiedzeń.

Konsekwencją takiej rozmowy powinno być uzyskanie dość ogólnego, ale szerokiego wyobrażenia o toku terapii grupowej. Kandydat musi zrozumieć, iż jego rola będzie polegać na **aktywnym uczestnictwie** w pracy grupy i na **ujawnianiu własnych uczuć**. W czasie wstępnej wprowadzającej rozmowy musi pojąć, iż to przede wszystkim od niego samego zależy ostateczny wynik „leczenia”, od umiejętności dokonywania samodzielnych, chociaż wspartych interakcjami z innymi członkami grupy, rozstrzygnięć. Nie mniej ważne, by wcześniej wiedział, że w przebiegu terapii może dojść do powstawania silnych uczuć w stosunku do klinicysty, które raz mogą przybierać postać pozytywnych nastawień (np. w fazie orientacji i zależności), a drugi raz zdecydowanie negatywnych (np. w fazie konfliktu i buntu).

Jeżeli pacjent uprzednio był objęty **terapią indywidualną** to należy mu przekazać, iż w psychoterapii grupowej podobnie, jak w dualnej, poprawa następuje sukcesywnie, i analogicznie możliwe jest, iż w toku terapii może dojść do **nasilenia zaburzeń**. Z kolei pacjentom nie mającym za sobą takich klinicznych doświadczeń, mającym po raz pierwszy styczność z psychoterapią, trzeba o wiele dokładniej przybliżyć i nieco rozwinąć te zagadnienia. Terapeuta musi być na tyle sugestywny i przekonujący, by w świadomości kandydata utrwaliło się na dłużej (przynajmniej na czas trwania całej terapii), iż zdrowienie będzie przebiegało powoli, a towarzyszące mu okresy gorszego (niekiedy bardziej dotkliwego niż przed rozpoczęciem terapii) samopoczucia, epizody potęgowania dolegliwości są czymś normalnym.

Wstępne informacje powinny być przekazywane językiem czytelnym, wolnym od niejasnych dla pacjenta terminów fachowych, naukowych określeń. Dotyczyć to powinno zarazem wyjaśniania złożoności podłoża objawów u danego pacjenta, jak i zaznajamiania z zasadami strukturyzowania się, ze specyfiką **dynamiki grupy psychoterapeutycznej**. Z natłoku informacji o prawdopodobnych przyczynach dolegliwości i o procesach i funkcjonowaniu grupy terapeutycznej musi klinicysta wybrać te niezbędne, a przy tym przekazać je w formie popularnego i prostego **mini wykładu**.

Utrwaleniu lub rozszerzeniu wstępnej wiedzy może służyć zalecenie przeczytania określonej literatury, jakiejś broszury, skrótego opracowania, zapoznania się z konkretnymi **materiałami poglądowymi**. Powinna je charakteryzować zwięzłość, jednoznaczność sformułowań, czytelność opisu mechanizmów odpowiedzialnych za rozwój psychopatologii zachowań (zaburzeń nerwicowych), jasność treści o dynamice funkcjonowania grupy terapeutycznej, o jej dużej „lecniczej” skuteczności. Korzystnie jest polecać przeczytanie popularnego opracowania na temat psychoterapii grupowej zawierającego przypadki kazuistyczne, zapis przebiegu terapii z udziałem rzeczywistych pacjentów. Kandydat mając możliwość śledzenia losów danego uczestnika terapii grupowej, jak i znamienych interakcji między członkami,

może uzyskać dość dobre rozeznanie o tym, czego może się spodziewać. Poznając trudności, z jakimi borykali się na różnych etapach przebiegu terapii jego poprzednicy może się ich ustrzec lub w jakiejś mierze ograniczyć ich ujemny wpływ. Dysponowanie tego typu materiałem (studium przypadków) może mu pomóc w przystosowaniu się do spełniania oczekiwanej od niego w grupie roli. Może mu wreszcie z wielu różnych technik terapii grupowej pozwolić wybrać tę najbardziej pasującą, mogącą jego zdaniem umożliwić mu stać się aktywnym uczestnikiem, a tym samym osobą mogącą odnieść wymierne korzyści w „leczeniu”.

Tak samo dobre efekty może przynieść **demonstrowanie nagrań wideo** stanowiących rejestrację autentycznych posiedzeń grupy terapeutycznej. Przyszli uczestnicy mogą naocznie zapoznać się z przebiegiem wielu różnych charakterystycznych zjawisk zachodzących w czasie sesji, zobaczyć, jakie zwykle stosowane są techniki, i co najważniejsze na ile są efektywne. Przy czym każda projekcja powinna być uzupełniana komentarzem terapeuty, stawianiem pytań kandydatom z jednoczesnym wyjaśnianiem wszelkich niejasności. Sucha prezentacja, polegająca jedynie na zademonstrowaniu nagrania, może okazać się niewystarczająca i niezbyt zrozumiała. Wówczas zamiast zachęcić do udziału w terapii grupowej może wprowadzić wiele obaw i wątpliwości, a nawet spowodować nie podjęcie „leczenia”.

Dobremu przygotowaniu do przyszłych spotkań sprzyja stworzenie kandydatowi możliwości podglądnięcia jakiejś już funkcjonującej grupy. Tutaj kandydat ma okazję **bezpośredniego zaobserwowania sposobu pracy konkretnej grupy**, rodzaju interakcji, powstałych podgrup, rolę terapeuty i sporo innych zjawisk mogących ułatwić mu wyrobienie sobie poglądu o psychoterapii grupowej. Lecz mimo niewątpliwych zalet takiego rozwiązania (duża pogładowość) należy wiedzieć, iż może przynosić również szkody. Nagłe pojawienie się niezależnego obserwatora, w żaden sposób niezwiązanego z istniejącą już grupą terapeutyczną, może mieć niekorzystny wpływ na przebieg trwającej sesji. W rezultacie członkowie mogą zacząć zachowywać się nienaturalnie, okazywać zniechęcenie kontynuowaniem spotkania, wprowadzać duże napięcie we wzajemnych relacjach, co w efekcie może zrobić bardzo złe wrażenie na kandydacie do przyszłej grupy terapeutycznej. Skutki można łatwo przewidzieć. Zamiast wzrostu zainteresowania taką formą terapii może dojść do utraty wiary w jej „lecnicze” walory.

Wstępnym przygotowaniem można objąć kilku kandydatów równocześnie. Wówczas przeprowadzanie rozmowy wyjaśniającej może przybrać charakter tradycyjnie rozumianego wykładu na temat przewidywanych zjawisk w organizowanej grupie. Powinien on być tak opracowany i zaprezentowany, by słuchacze, którzy za chwilę staną się członkami grupy nabyli większego zaufania do psychoterapii, potrafili w krótkim czasie zacząć intensywnie współpracować, a zatem, by już przed pierwszą sesją byli świadomi, jak ważne są odpowiednie **interakcje i spójność grupy**

**terapeutycznej** oraz konfrontowanie z własnym indywidualnym zadaniem, jakim jest pokonanie dolegliwości.

Wykład będący zarazem pewnego typu instruktażem powinien na początku poruszać problematykę **interakcyjnego modelu funkcjonowania społecznego**. Fragmentarycznie należy omówić **psychologię małej grupy**, style komunikowania się, przekazać treści dotyczące struktury, celów i norm grupowych, powstawania i rozwoju grupy, i wreszcie dynamiki procesów grupowych. W dalszej części trzeba tę wiedzę odnieść do psychoterapii grupowej, ze szczególnym zaakcentowaniem ról, jakie przyjdzie kandydatom pełnić w przebiegu terapii. Dużo uwagi należy poświęcić sposobom osiągania pożądaných relacji między pacjentami oraz między pacjentami a terapeutą, albo terapeutami, gdy przewiduje się ich większą liczbę; wprowadzenie tzw. **koterapeutów**, stworzenie zespołu składającego się z dwóch lub trzech terapeutów, mogących wspomagać się, pracować jednocześnie albo wymieniać się, czy też zastępować w sytuacji niezawinionej absencji, któregoś z nich, np. z powodu choroby, konieczności wzięcia urlopu, by zachować **ciągłość terapii**.

Po wysłuchaniu wykładu kandydaci powinni być przekonani o korzyściach płynących z bezpośredniego dzielenia się przeżyciami i pojawiającymi uczuciami w czasie wspólnego przebywania z innymi uczestnikami. Muszą zrozumieć, iż otwarte wyrażanie doznawanych odczuć, ujawnianie na forum wcześniej skrywanej sprawy jest jednym z zasadniczych sposobów pokonywania objawów. Powinni jednocześnie wiedzieć o tym, że nikt na nich nie będzie wymuszał upublicznienia posiadanych sekretów czy postrzeganych jako wstydlive tematów i tajemnic, ujawnią tyle ile będą chcieli, w jakiej mierze ośmieli ich wytworzona w toku interakcji atmosfera zaufania. Grupa terapeutyczna powinna im się jawić jako właściwe miejsce do **poznawania i „trenowania” nowych form zachowania**, wypróbowywania całkowicie im do tej pory nieznaných sposobów reagowania w określonych sytuacjach.

Nie może też zabraknąć treści uczulających na ryzyko pojawienia się różnych **kryzysów w przebiegu terapii**, zwłaszcza w czasie początkowych spotkań. Prowadzący wykład musi w swoim wystąpieniu uprzedzić przyszłych uczestników, iż niektórzy mogą popadać w stany zaniepokojenia, niepewności i braku śmiałości, mogą mieć chwile zwątpienia w sens dalszego udziału w terapii. Wielu może odnosić wrażenie o niecelowości pewnych działań, rozmijaniu się z ich indywidualnym interesem usuwania zaburzeń. Po prostu nie będą potrafili doszukać się związku między danym typem aktywności grupy, jej ukierunkowaniem a zmaganiem się z własnymi dolegliwościami. Klincysta przekazując możliwe warianty wystąpienia tego rodzaju trudnych momentów musi jednocześnie skomentować to jako dość częste i zwykle szybko mijające zjawisko w toku terapii. W przeciwnym razie może to u niektórych kandydatów zrodzić obawy, sprowokować myśli o zbyt wielu niedogodnościach związanych z podjęciem terapii grupowej. Pozostawienie kandydatów z samymi stwierdzeniami o ewentualnych kłopotach może pojedynczych słuchaczy

natchnąć do wycofania się z dalszych spotkań już na samym wstępie albo w trakcie dość dużego zaawansowania w „leczeniu”.

W wykładzie nie może też zabraknąć treści uświadamiających kandydatom wysiłek, jaki będą musieli włożyć, by terapia odniosła spodziewany skutek. Jednocześnie trzeba ich uspokoić, że nie będzie on aż tak uciążliwy, gdyż w psychoterapii trud osiągania zmian na lepsze jest dość powolny, rozłożony w czasie, niewymagający jakiejś wyjątkowej i nagłej mobilizacji sił. Ma to tym samym przybliżyć im **mechanizm zdrowienia**, odroczone w czasie, przebiegające dość wolno zmaganie się z objawami, które stanowiąc wynik gromadzonych przez wiele lat ujemnych doświadczeń, muszą podlegać równie długotrwałym oddziaływaniom terapeutycznym.

Na podstawie wstępnego instruktażu powinni również zrozumieć, że w terapii grupowej ważniejsze są **interakcje między współpacjentami** niż między „leczonymi” a terapeutą. W związku z tym muszą być przygotowani na dużo mniejsze, odbiegające od ich rzeczywistych oczekiwań, uzyskiwanie wsparcia i rady z jego strony. Pojawiające się wówczas głosy kwestionujące zasadność tej tezy, wyrażające sceptycyzm, brak wiary, by chorzy mogliby dla siebie nawzajem stanowić społeczność terapeutyczną, należy skomentować podając kilka przykładów czynników leczących, składających się na oddziaływanie grupy psychoterapeutycznej (np. dzielenie się informacjami, altruizm, naśladowanie innych). Utrwaleniu ogółu informacji podanych w czasie wykładu, a także ich usystematyzowaniu, uporządkowaniu może posłużyć przytoczenie ważniejszych faktów z wcześniejszej pracy z innymi grupami terapeutycznymi. Kandydaci mając okazję wysłuchania i prześledzenia rozwoju wypadków w konkretnej grupie, mogą utwierdzić się w przekonaniu o potrzebie wzięcia udziału w podobnym lub zbliżonego typu cyklu sesji terapeutycznych. Poznając w dużym skrócie przebieg dynamiki grupowej psychoterapii mogą bardziej świadomie podejmować decyzje o ewentualnym uczestnictwie w tego rodzaju przedsięwzięciu.

Korzystnym zabiegiem mogącym wzmocnić wiarę w celowość wejścia do grupy terapeutycznej jest stworzenie **krótkoterminowej grupy przygotowawczej**. W czasie kilku kolejnych spotkań kandydaci na „leczenie” przy użyciu różnych technik mają stać się sprawniejszymi komunikatorami. Osobami potrafiącymi pełniej wyrażać uczucia, porozumiewać się w sposób bardziej otwarty i bezpośredni, umiejącymi wnikliwiej słuchać wypowiedzi partnerów interakcji i odpowiednio na nie reagować. Poprzez różnego typu ćwiczenia, gry i zabawy (to głównie w wypadku grup dziecięcych), działania niewerbalne wykorzystujące ruch i dotyk, przyszli uczestnicy terapii grupowej mają możliwość poznania różnorodnych sposobów bardziej swobodnego prezentowania doznawanych przeżyć, stanów emocjonalnych, zachowań prowadzących do stawania się coraz aktywniejszymi oraz odważniejszymi w interakcjach grupowych.

W czasie kilku sesji niemożliwe jest dokonanie wielkich zmian w dotychczasowych sposobach komunikowania się, wyrażania emocji itp.



I takich ambicji grupy te też nie mają. Są one organizowane jedynie po to, by z jednej strony ułatwić kandydatom w miarę bezbolesne wejście do grupy, a z drugiej, by mogli jak najszybciej rozpocząć właściwą pracę. Poznając możliwe warianty pracy w przyszłej grupie mają szansę niemalże natychmiastowego przystosowania się do specyficznych warunków terapii, jak również do przystąpienia niejako z marszu do rozwiązywania problemów. Możliwość udziału w grupie przygotowawczej, doświadczanie na samym sobie, może uchronić przed zbędnym trwonieniem czasu na przekonywanie o korzyściach z udziału w terapii grupowej, a także na adaptowanie się poszczególnych członków do szczególnych jej wymagań.

Jeszcze innym wariantem grupowego przygotowania do przyszłej terapii jest utworzenie **wspólnej grupy** dla osób, które przeszły terapię oraz tych, które mają zamiar jej się poddać. Korzyści mogą być obopólne. Ci pierwsi, gdy na przykład mają za sobą udział w grupie psychodramatycznej, to spotykając się ponownie, a przy tym w rozszerzonym składzie, mają okazję zweryfikować i utrwalić efekty terapii. Przy użyciu znanych im technik **psychodramy** mogą ponownie wchodzić w różne role, tym samym sprawdzając, w jakiej mierze nabyte wcześniej umiejętności przybrały postać trwałych dyspozycji. Jeżeli ma to miejsce po dłuższym czasie od zakończenia zasadniczej terapii, wówczas pojawiają się możliwości **katamnesticznej** oceny wyników leczenia; uzyskanie informacji o efektach terapii w okresie kilku lat po jej ukończeniu. Często ponowne spotkania w grupie psychodramatycznej mogą służyć poprawieniu niektórych elementów (np. sposobów komunikowania się), uzupełnieniu i jeszcze większemu utrwaleniu osiągniętych zmian w zachowaniu oraz radzeniu sobie z objawami itp.

Kandydaci wciągani do akcji psychodramatycznej albo zajmujący miejsce na „widowni” mają okazję poczuć atmosferę psychodramy, dość szybko pojąć, na czym polega jej trójfazowość – istota pracy w **fazie przygotowania (rozgrzewki), gry i omawiania**. Podglądając psychodramatyczną aktywność „doświadczonych” pacjentów, doskonale obeznanych w „psychodramatycznym rzemiośle”, mogą naocznie przekonać się, jak przy zastosowaniu określonych technik (np. **zamiany ról, sobowótora, monologu**) można dużo wyrazić. Widząc, jak ich starsi „stażem terapeutycznym” koleżanki i koledzy z łatwością, odważnie, otwarcie i szczerze, potrafią dzielić się z innymi własnymi problemami, jak sprzyja temu charakter psychodramy (możliwość odtwarzania trudności), mogą przewidzieć jak wiele można zyskać. Pobudzani do aktywności, bezpośredniego udziału w „akcji psychodramatycznej”, zachęceni przez pacjentów nawykłych do grupowej pracy, mają kandydaci doskonałą okazję przyswojenia wielu zachowań korzystnych dla przyszłego „leczenia”, a także sformułowania bliskich rzeczywistości (zgodnych z indywidualnymi możliwościami) oczekiwań, co do końcowych efektów terapii. Równie ważne jest zobaczenie na czym polega rola terapeuty (tu: lidera, głównego psychodramatysty), który jest zwykle bardziej doradcą, osobą starającą się objaśniać niektóre zjawiska zachodzące w grupie, niż

podejmującą się zadania aktywnego poprowadzenia grupy. W rezultacie może to ustrzec przyszłych pacjentów terapii grupowej przed odczuwaniem rozczarowania w stosunku do terapeuty, kierowaniem pod jego adresem pretensji o zbyt małe angażowanie się w ich „leczenie”.

Dobrym sposobem przygotowania pacjentów do psychoterapii grupowej jest przekazanie im do zaznajomienia się w domu **listy spraw dotyczących różnych aspektów terapii**. Po jej przeczytaniu może ona być omawiana w czasie spotkania kończącego cykl przygotowawczy albo zostać raz jeszcze poddana wspólnej dyskusji podczas pierwszego posiedzenia grupy; w chwili rozpoczęcia właściwej terapii z udziałem wszystkich zakwalifikowanych pacjentów. Można do niej także odwoływać się w różnych fazach rozwoju terapii, najczęściej jednak praktykowane jest przypominanie spraw z tej listy w trakcie początkowych sesji.

Zasadniczą kwestią jest odpowiednie opracowanie wykazu, uwzględnienie w nim elementów mogących mieć doniosłe znaczenie zarówno by wahających się kandydatów przekonać do celowości podjęcia terapii grupowej jak i umożliwić im szybką adaptację do specyficznych jej warunków. Powinny znaleźć się tam treści oddziałujące na wyobraźnię przyszłych członków grupy, w sposób jasny i poglądowy przybliżające wiedzę o grupach psychoterapeutycznych. Przykład takiej listy – opracowanej przez K. Roya MacKenziego:

1. Wyniki badań potwierdzają dobroczynny wpływ uczestnictwa w terapii grupowej.
2. Terapia grupowa jest wyjątkowo efektywna w przywracaniu właściwego poziomu samooceny oraz w „ćwiczeniu” zachowań interpersonalnych, umiejętności skutecznego porozumiewania się.
3. Grupy psychoterapeutyczne mają taką samą moc leczniczą, jak inne formy terapii (np. terapia indywidualna, terapia rodziny).
4. Powiesz innym o swoich problemach tylko tyle ile będziesz chciał. Nikt nie będzie na tobie wywierał jakiegokolwiek presji, zmuszał do mówienia o tym, co mogłoby narazić ciebie na utratę poczucia bezpieczeństwa, naruszenia twojej niezależności.
5. Od twojej aktywności i zaangażowania zależy końcowy wynik terapii. Im bardziej będziesz ufał pozostałym, a w związku z tym będziesz bardziej entuzjastycznym, bezpośrednim, śmielszym i otwartym w kontaktach z pozostałymi, a przy tym potrafiącym wnikliwie słuchać i właściwie reagować na wypowiedzi innych (udzielać informacji zwrotnych), tym więcej osiągniesz.
6. Grupa może być dobrym „poligonem doświadczalnym” („żywym laboratorium”), na którym możesz w symulowanych warunkach sprawdzić, w jakim stopniu nabyte czy „trenowane” umiejętności mogą sprawdzić się w pozaterapeutycznej rzeczywistości. Bez większych nieprzyjemnych konsekwencji masz okazję przekonać się o tym, co możesz zyskać a co stracić podejmując określone ryzyko, czy zachowując się zgodnie z nowo poznanymi sposobami radzenia sobie w konkretnych sytuacjach.

7. Wzajemne kontakty i wynikające z nich doświadczenia mogą stanowić podstawę uczenia się nowych zachowań. Ważnym (niektórzy sądzą, że najważniejszym) elementem tego uczenia się są interakcje między uczestnikami grupy oraz między pacjentami a terapeutą. Te zaś mogą poprawnie rozwijać się, gdy każdy z członków grupy będzie szczerze wyrażał to, co odczuwa w kontaktach ze współpacjentami, a także w relacjach z klinicystą.
8. Terapeuta prowadzący grupę nie zajmuje się udzielaniem konkretnych rad i dostarczaniem ściśle określonych sposobów radzenia sobie z problemami. Jego rolą jest utrzymywanie pozytywnego nastawienia u członków grupy, tworzenie sprzyjającej atmosfery poprzez wzmacnianie inwencji pacjentów, zachęcanie do konstruktywnego wypowiedzania się, do dzielenia się myślami, uczuciami i przeżyciami, podobnymi doświadczeniami.
9. Udział w terapii grupowej wiąże się z przestrzeganiem następujących zasad:
  - Konieczna jest pełna dyskrecja i zachowanie w tajemnicy zarówno o ujawnianych w trakcie „leczenia” informacjach, jak i o samym przebiegu terapii. Omawianie wypowiedzi poszczególnych pacjentów powinno mieć miejsce tylko w czasie sesji a nigdy poza nimi, na zewnątrz; tuż po zakończeniu spotkania w danym dniu, po opuszczeniu pomieszczenia, w którym przebiegało posiedzenie, a czasie wspólnego powrotu do domu. Z chwilą zakończenia sesji należy zaniechać dyskusji o tym, co zdarzyło się w danym dniu.
  - Ustalenia poczynione w trakcie zawierania kontraktu grupowego, obejmujące czas rozpoczęcia spotkania w konkretnych dniach tygodnia, powinny być ściśle przestrzegane. Systematyczne i punktualne przychodzenie na posiedzenia jest niezmiernie istotne dla sprawnego przebiegu terapii grupowej. Spóźnianie się lub chodzenie w kratkę dezorganizuje pracę grupy, a tym samym przewidywany termin zakończenia całego cyklu „leczenia” nie będzie mógł być dotrzymany. Tu nie tylko ucierpi na tym opuszczający zajęcia pacjent, ale cała grupa. Absencja nawet jednego uczestnika może poważnie zubożyć dotychczasowe interakcje wewnątrzgrupowe. Niepełny skład grupy może sprawić, iż stanie się ona zupełnie innym, zwykle mniej korzystnym dla racji terapii, zespołem.
  - Należy unikać spotkań ze współpacjentami poza miejscem, w którym przebiega terapia grupowa. Koleżeństwo czy przyjaźń z innymi uczestnikami może przekształcić interakcje w niepożądanym kierunku, czyniąc z grupy teren do rozwijania zwykłych relacji społecznych, może upośledzić ją jako formę „leczenia”. Zbytnie zbliżanie się dwóch lub trzech członków, nawiązywanie przyjacielskich więzi, zawsze w jakimś stopniu może zniekształcić sposoby reagowania i zachowania wobec innych z grupy. Solidarność przyjaźniących się osób może nakazywać im zatajanie pewnych spraw, dochowanie tajemnicy, traktowanie niektórych informacji mogących mieć doniosłe znaczenie dla postępu terapii jako

koleżeńskich sekretów. Pacjenci naruszający tę zasadę, mający bliższy kontakt ze sobą, mogą zostać poproszeni o grupowe rozliczenie się z tego, i to zwykle w stosunkowo krótkim czasie od zauważenia przez terapeutę i pozostałych pacjentów nasilających się zażyłości (MacKenzie, 2000).

Dyskusja nad tymi punktami powinna toczyć się bezstresowo, w atmosferze luźnej, opierającej się na komentarzach rozmowy przyszłych uczestników grupowej terapii. W jej trakcie można dokonywać ostatecznych ustaleń dotyczących formalnej strony działania grupy, a zatem przejść do zawierania **kontraktu grupowego**. Taka właśnie kolejność, najpierw przygotowanie a następnie kontrakt grupowy, zdaje się być pod wieloma względami uzasadniona. Negocjowanie warunków przyszłych spotkań może przebiegać o wiele sprawniej. Pacjenci mający rozeznanie w terapii grupowej mogą szybciej zrozumieć: dlaczego proponuje im się właśnie tą formę „leczenia”, z jakich względów najodpowiedniejsze będzie odbywanie sesji z taką a taką częstotliwością, w tym a w tym dniu czy dniach tygodnia, w takim a nie innym pomieszczeniu itp. Podobnie łatwiej będzie im pojąć z jakiego powodu należy dochowywać tajemnicy (nie wynosić spraw grupy na zewnątrz) oraz czemu niewskazane są kontakty członków grupy poza posiedzeniami, a także w jakim kierunku należy prowadzić dyskusję o ogólnych celach pracy grupy. W ten sposób bardziej możliwe jest dopasowanie celów do indywidualnego charakteru zaburzeń u poszczególnych pacjentów. Znając reguły pracy grupowej mogą stawać się aktywniejszymi i bardziej świadomymi negocjatorami, potrafiącymi w czasie zawierania umowy (kontraktu terapeutycznego) odpowiednio ustosunkować się do proponowanych przez klinicystę warunków przebiegu terapii.

Przygotowanie do terapii i tworzenie grupy wstępnej z potencjalnymi członkami jest celowe, gdy terapeuta nie widzi potrzeby nasilenia początkowej frustracji i napięcia w grupie. Z kolei klinicysta mający taki zamiar, pragnący poprzez celowe, niepełne zaznajamianie z istotą terapii grupowej zwiększyć początkowe napięcie, musi wiedzieć, iż nie dostrzeżono, by sprzyjało to wzrostowi efektywności terapii. Natomiast odnotowano, iż wstępne niedoinformowanie może poważnie spowalniać terapeutyczną pracę grupy. Tracąc czas na kompensowanie początkowej frustracji znacznie wolniej osiąga się spójność i harmonijność współdziałania przy realizacji wspólnych zadań. Ryzykowne może okazać się narażanie pacjentów na wzrost napięcia we wstępnej fazie terapii, gdyż może to tylko spotęgować przewidywane negatywne doznania wynikające z poddania się terapii grupowej. Nie objęcie wstępnym przygotowaniem może już na samym początku sprawić, że spodziewane negatywne konsekwencje interakcji grupowej (np. obawy przed atakami ze strony współpacjentów, presja grupy do ujawniania własnych przeżyć) staną się faktem. Brak wiedzy o zasadach grupowego „leczenia” może jeszcze bardziej zwiększyć negatywne przewidywania, zamiast oczekiwanego obniżenia lęku może dojść do wzrostu poczucia braku bezpieczeństwa

i pojawienia się o wiele większych wątpliwości, co do wspierającego charakteru doświadczeń grupowych.

Poprzedzające terapię grupową spotkania nie zaszkodzą a z pewnością mogą przyczynić się do wytworzenia pozytywnego nastawienia do tej formy „leczenia”. Dostarczenie kandydatom informacji o regułach postępowania i procesie grupowym może nie tylko modyfikować wstępne oczekiwania, niwelować obawy i niepokój, lecz również przekonać potencjalnych członków grupy, że są w stanie odpowiednio zaangażować się w konieczne dla pomyślnego wyniku terapii interakcje ze współpacjentami, jak i klinicystą. Przygotowanie do przyszłych spotkań może ustrzec ich przed negatywnym myśleniem o braku umiejętności współdziałania z innymi, brania na siebie zadań stanowiących element celu grupowego. Terapeuta informując pacjentów, że wspólne przebywanie w ramach grupy terapeutycznej jest doskonałą okazją do „trenowania” różnych **zachowań interpersonalnych**, może ośmielić ich do głębszego wnikania (weryfikowania) utrwalonych wzorców interakcyjnych (sposobów komunikowania się) i pracy nad nowymi.

Wstępna edukacja kandydatów do terapii w zakresie procesu grupowego może pomóc w zrozumieniu znaczenia dla efektów „leczenia” takich specyficznych umiejętności, jak na przykład osiąganie **wglądu** w przyczyny zaburzeń, w ważne aspekty interakcji, w które się wchodzi (**wgląd interakcyjny**), uzyskiwanie wglądu w znaczenie objawów, w zdarzenia i doświadczenia wczesnodziecięce, a także zdolności przekazywania informacji zwrotnych (**interpersonalnego sprzężenia zwrotnego**) czy radzenia sobie z lękiem. Poprzedzające „leczenie” zabiegi przygotowawcze, wszelkie działania mające na celu wprowadzenie optymistycznych nastawień, są niewątpliwie przydatne, by stworzyć czytelne kryteria dla zrozumienia, w jakiej mierze zaangażowanie się w realizację celów grupowych służy pokonywaniu własnych, jednostkowych trudności. Kandydat zdając sobie z tego sprawę, umiając odnieść indywidualne doświadczenia i przeżycia do kontekstu grupowego, może szybko porzucić myśli o nie podejmowaniu terapii lub o rezygnacji z niej po kilku początkowych sesjach.

### 1.3. Dynamika interakcji w toku psychoterapii grupowej

Terapeuta podejmujący się prowadzenia grupy terapeutycznej musi znać reguły wyznaczające **dynamikę interakcji**, zmienność sposobów komunikowania się współpacjentów. Zresztą on sam jej podlega i jest w dużej mierze jej kreatorem. Od jego umiejętności dobierania składu i tworzenia struktury przyszłej grupy terapeutycznej oraz wstępnego przygotowania członków, zależy jakość wzajemnych kontaktów. Inaczej będą wyglądały interakcje w grupie liczącej 6 osób a w złożonej z 12 członków, zorganizowanej **homogenicznie** a **heterogenicznie**, zgola odmiennie w spotykającej się częściej a w tej z mniejszą liczbą sesji w tygodniu, prowadzonej w **formie krótko- a długoterminowej**, albo jako **grupa zamknięta** lub **otwarta**. Raz można dokładniej a raz nieco trudniej i mniej precyzyjnie przewidzieć w jakim

kierunku będzie postępował rozwój interakcji w czasie następujących po sobie posiedzeń. Z pewnością łatwiejsze to będzie w grupie zamkniętej niż otwartej, gdyż z uwagi na stały skład grupy, a przede wszystkim duże podobieństwo do grupy naturalnej i znamiennej dla niej faz rozwoju – **orientacji i zależności, konfliktu i buntu, rozwoju spójności i współpracy oraz celowej i świadomej aktywności** – możliwe jest wnikliwsze prognozowanie przyszłych interakcji

Na początku – w **fazie orientacji i zależności** – przez pewien czas trwa wzajemne poznawanie się członków grupy. Będąc dla siebie obcymi osobami zachowują się z reguły w sposób nienaturalny, znacznie odbiegający od tego, jak to czynią obcując z najbliższymi (rodziną) i znajomymi, czy też przebywając samotnie. Nowe twarze, wyjątkowe warunki, pierwsze doświadczenia wynikające z rozpoczęcia faktycznej terapii grupowej, to czynniki wprowadzające zwykle obawy, niepokój i niepewność. Potęgowane jest to przez pojawiające się w umysłach wahania, pilną potrzebę racjonalizacji, udzielenia sobie odpowiedzi mających na celu uzyskanie wstępnej orientacji o tym, „co tu się dzieje”, „po co w ogóle tu jestem” oraz „czy mi to rzeczywiście pomoże”. Znając jedynie terapeutę, który ich kwalifikował i przygotowywał do udziału w terapii grupowej, oczekują od niego przywództwa, a także różnego rodzaju informacji i instrukcji mających przekonać ich o sensie całego przedsięwzięcia. Domagają się również aprobaty z jego strony, pozytywnych ustosunkowań do ich zachowań. Klinicysta jest w tej fazie osobą ogniskującą reakcje poszczególnych członków grupy, pozwalającą na przeformułowanie racji jednostkowych na cele grupowe. Możliwość kierowania do niego pytań i uwag stwarza okazję ośmielenia się do zabierania głosu na forum, a przy tym zobaczenia, jak reagują pozostali uczestnicy. Zbytńo polegając na terapeutcie, wręcz idealizując i wyolbrzymiając go, mniej lub bardziej jawnie wymuszają na nim, by przydzielił im zadania, wyznaczył cele, kierunki i plany ich działania, a nawet przekazał gotowe sposoby pokonania trapiących ich trudności i problemów (Kratochvil, 1988). Mimo, że przeszli etap przygotowawczy, zostali wstępnie doinformowani o toku procesu psychoterapeutycznego, to jednak rzeczywiste relacje ze współpacjentami nieco ich paraliżują, każą widzieć w klinicyście osobę na którą mogą przerzucić odpowiedzialność za własne „leczenie”.

Obecność terapeuty i możliwość głośnego prezentowania własnych stanowisk przez poszczególnych członków daje szansę zaistnienia, pokazania siebie, a tym samym przekonania się, jak są postrzegani przez pozostałych. Mówiąc rzekomo do klinicysty intensywnie wsluchują się w głosy płynące z grupy; czy ich wypowiedź została odpowiednio zauważona, czy raczej pozostała bez jakiegokolwiek oddźwięku, co mogłoby sugerować, iż istnieje ryzyko odrzucenia lub zajęcia peryferycznego miejsca w grupie. Pierwsze publiczne zabieranie głosu ma zatem dostarczyć wstępnych rozstrzygnięć o pozycji, jaką ewentualnie przyjdzie zająć w kształtującej się nieformalnej strukturze grupy: czy będzie to **status lidera, błazna grupowego, kozła ofiarnego** czy może przyjdzie pełnić **rolę autsajdera**. Członkowie grupy

w trakcie trwania terapii poznając się coraz lepiej, doszukując się analogii i odmienności w zachowaniach innych pacjentów, poznając które osoby są skore do podobnego, a które do antagonistycznego widzenia ich problemów, mogą uzyskać wstępne rozeznanie o tym, na kogo mogą liczyć, a kto może ich rozczarować. W efekcie może to okazać się istotne dla rozwikłania kwestii dotyczącej pełnienia przyszłej roli w grupie, bycia bardziej „wewnątrz czy poza nią”.

Wzory komunikowania się są w tej fazie oparte na uprzednich doświadczeniach, a zatem stanowią zwykle repliki sposobów reagowania w podobnych sytuacjach, jak na przykład z czasów bycia uczniem (członkiem społeczności uczniowskiej), w relacjach zawodowych w stosunku do przełożonych, jak i równych pozycją innych pracowników, w czasie spotkań towarzyskich (mniej lub bardziej oficjalnych), w kontaktach z najbliższymi (rodziną). Klimat prowadzonych rozmów ma tu niewiele wspólnego z tym, co może służyć rzeczywistej pracy nad problemami pacjentów. I chociaż można odnieść wrażenie, iż rozmawiający ze sobą członkowie grupy mają chęć mówić o swoich trudnościach, to ograniczają się do zdawkowych, bardzo ogólnych wypowiedzi. Cechuje ich powściągliwość, duża ostrożność i rozwaga w dobieraniu tematów do wspólnej dyskusji. Każdy, a na pewno większość, stara się skrytowanie skrywać własne problemy, zachowywać się tak, jakby ich obecność była zupełnie przypadkowa, a przy tym jeszcze nieuzasadniona. Mówiąc inaczej, postępują tak, by zaprezentować siebie jako osobę ze wszech miar normalną, zajmującą względnie wysoką czy cieszącą się uznaniem pozycję społeczno-zawodową. Siłac się na zbytne uprzejmości, okazując nadmierną życzliwość i grzeczność pragną ustrzec się przed przypadkowym potraktowaniem ich jako „psychicznych” (Strojnowski, 1998).

Nie mogąc zaistnieć naprawdę, tkwiąc w przekonaniu, iż lepiej poprzestać na tematach zastępczych (mówienie o pracy, dzieciach), stają się coraz bardziej skłonni do atakowania i krytykowania pozostałych. Po jakimś czasie zamiast dojść do dzielenia się własnymi niepowodzeniami i informacjami o dotychczasowym leczeniu następuje wzrost lęków i wahań. Pacjenci nie potrafią „zaprotestować” i wyrazić swojej dezaprobaty dla przypisanej im roli w grupie, narzuconej przez splot różnych okoliczności - w grupie zaczynają nasilać się napięcia i konflikty. Ktoś może być na przykład niezadowolony, że będąc „duszą towarzystwa”, „sypiąc dowcipami, jak z rękawa”, nie został obrany „**liderem sympatii**” a jedynie „**blaznem grupowym**”; osobą, której „luźne”, z humorem zachowanie może sprzyjać rozładowywaniu napięcia w grupie. Inny ktoś może zaś kumulować negatywne emocje widząc, jak nieuchronnie przyjdzie mu zająć pozycję „**kozła ofiarnego**”. Nie umiejąc przeciwstawić się zewnętrznym atakom, żartom na jego temat, czy nawet drwinom, stając się obiektem przemieszczanej agresji innych członków grupy, może w pewnej chwili przejść na pozycję „agresora”. Jeszcze inny pacjent może potęgować niechęć w stosunku do współpacjentów nie rozumiejąc ich intencji włączenia go do grupy. Kierowane pod jego adresem

komunikaty, mające przekonać go do dopiero co przyjętych celów i norm grupowych, może odczytać jako zamach na jego autonomię i niezależność. Przeświadczenie to nasila się, gdy grupa – na jego własne życzenie – spycha go do roli „**autsajdera**” nie widząc sposobu, by go skutecznie zapoznać z przyjętymi ustaleniami, świeżo wyznaczonymi zasadami grupowego współdziałania.

Nie zawsze bycie „błaznem grupowym”, „kozłem ofiarnym” czy „autsajderem” manifestuje się impulsywnością i tendencjami do zachowań agresywnych i konfliktowych. Niektórym pacjentom imponuje, iż rozśmieszając innych, opowiadając dykteryjki i „kawały” stają się obiektem zainteresowania, mogą skupiać na sobie uwagę pozostałych. Oceniając swoje postępowanie jako ważny czynnik zapobiegający nasilaniu się niezdrowej rywalizacji wewnątrz grupy, dalszemu narastaniu wzajemnych napięć, nie są świadomi, iż dla końcowego efektu terapii takie zachowanie nie jest zbyt korzystne, a nawet szkodliwe. Dowcipkowanie, „pajacowanie” i błaznowanie, towarzyszące im wybuchy śmiechu może skierować wysiłki grupy na podtrzymywanie tego typu roli, zabieganie o częste „występy” grupowego błazna. On sam zaś może ujawniać swoje nad wyraz rozwinięte poczucie humoru w chwilach do tego najmniej stosownych, i tym samym destrukcyjnie wpływać zarówno na przebieg własnego „leczenia” (np. poprzez modelowanie) jak i pozostałych.

„**Koziół ofiarny**” może nie być w pełni świadomy, iż właśnie taką rolę mu przydzielono. Często delegowany do takiej roli w **środowisku pozaterapeutycznym** na zewnątrz (np. w rodzinie, w miejscu pracy, w grupie rówieśniczej) może w ogóle nie zauważyć, że tu po raz kolejny przyszło mu zająć taką pozycję. Posiadane przez niego cechy, a w szczególności brak zdolności trafnego odczytywania komunikatów niewerbalnych (np. nadmiernego dystansowania się fizycznego, wyrażanego mimiką i gestami zniecierpliwienia, złości, braku akceptacji) oraz brak wrażliwości na nastroj panujący w grupie, utrudniają mu okazywać swoje niezadowolenie, a tym bardziej przyjmować postawy agresywne. Po prostu nie jest on w stanie otwarcie manifestować swojej niemocy (Tryjarska, 2000).

Natomiast „**autsajder**”, zgodnie z regułą samospełniającego się proroctwa, blokując się od pierwszych chwil i tkwiąc w przekonaniu, iż przyglądanie się z boku będzie dla niego korzystniejsze, popada w pełną izolację od pozostałych. Ci zaś zauważając, że ich wysiłek wciągnięcia takiej osoby do grupy na nic się zdaje, zgodnie go odrzucają: znacznie ograniczają z nim kontakty, pomijają go w czasie rozdzielania zadań. Nierzadko też zaczyna z czasem wręcz przeszkadzać i grupa zaczyna dążyć do całkowitego usunięcia go ze swojego grona. Oczywiście na terapeutę spoczywa obowiązek przewrócenia „autsajdera” do grupy, zapobieżenia zaniechania przez niego (**tzw. drop-out**), kontynuowania „leczenia” w danej grupie. Praktykujący terapeuci doskonale wiedzą, że dopuszczenie do sytuacji, w której „autsajder” zbyt daleko odsunie się od pozostałych i zostanie przez nich w pełni



zignorowany może na trwale zniechęcić go do terapii grupowej, a niewykluczone, iż do psychoterapii w ogóle. Szczególnie początkujący terapeuci grupowi mogą dopuścić do tego rodzaju przewinień i potem może sporo ich to kosztować czasu i zaangażowania, by „autsajder” zechciał ponownie stać się członkiem grupy psychoterapeutycznej. Jest to tym bardziej ryzykowne, gdyż może dojść do nasilenia się ujawnianych przez niego objawów. Po takim niechlubnym doświadczeniu nigdy więcej nie można pozwolić sobie na tak daleko posuniętą nieodpowiedzialność i indolencję, narażającą pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia. W tym miejscu warto podkreślić, iż sugerowany przez niektórych model terapii grupowej bez udziału klinicysty może rodzić wiele zagrożeń.

Z pewnością grupa może stać się pewnego rodzaju organizmem niejako automatycznie uruchamiającym czynniki leczące, ale właściwa postawa terapeuty może tylko je wzmocnić. Klinicysta subtelnymi komentarzami może przyspieszać pojawienie się coraz to nowych zjawisk zaliczanych do „**wspierających czynników terapeutycznych**”. Terapeuta znając je może kontrolować ich przebieg, pozwolić, by mogły w pełni zaistnieć, a potem delikatnie uzmysłwić pacjentom, że podlegają ich oddziaływaniom. Jego rola nie polega na tworzeniu sytuacji sprzyjających rozwojowi tego rodzaju czynników, a tylko na rozważnym zwracaniu uwagi w chwili ich działania, by w ten sposób stali się bardziej świadomymi ich odbiorcami. „Wspierające czynniki terapeutyczne” jak na przykład „**uniwersalizacja**”, „**akceptacja**”, „**altruizm**” czy „**zaszczepienie i podtrzymywanie nadziei**” powstają samoistnie, nie wymagają specjalnych zabiegów i z tego też względu niedopuszczalne jest ingerowanie w ich naturalny rozwój. Inaczej mówiąc, klinicysta musi zachować odpowiedni dystans i dać czas, by pacjenci mogli wejść w interakcje między sobą i w konsekwencji ukształtować relacje umożliwiające jak najpełniejszy rozwój tychże czynników.

Zadaniem terapeuty grupowego jest wykorzystanie tych czynników do uczynienia z grupy **spójnego organizmu**. Samorodnie powstały „altruizm” czy „akceptacja” może sprzyjać wypracowaniu w czasie kilku początkowych spotkań (w fazie orientacji i zależności) wstępnego poczucia spójności grupy. Za sprawą pojawienia się tych czynników informacje kierowane do pacjentów stają się bardziej czytelne a interwencje znacznie skuteczniejsze. Komunikaty typu „*Odnoszę wrażenie, że niektóre osoby mają poważne problemy z otwartym wyrażaniem swoich prawdziwych przekonań*”, „*Wydaje mi się, że zbyt wielu członków jest biernych i zbyt mało milczących*”, mogą zostać wzmocnione ujawnianymi „wspierającymi czynnikami terapeutycznymi”. Bo gdy na przykład będzie to wspomniana „uniwersalizacja”, wówczas pacjenci nieasertywni oraz izolujący się mogą zauważyć, iż ów problem dotyczy także innych, co w sumie może ich ośmielić do pracy nad tymi skłonnościami. Ostatecznie ogół tego rodzaju „czynników leczących” może sprawić, iż interwencje i komentarze wypowiedziane przez klinicystę pomogą grupie odnaleźć sens zespołowego wysiłku, zaangażowania i wspólnego celu.

W fazie „orientacji i zależności” – w czasie pierwszych kilku spotkań – możliwe jest wytworzenie nielicznych tego rodzaju czynników. Z jedenastu wyróżnionych przez I. Yaloma jest to zwykle od dwóch do najwyżej czterech, a przy tym dość rzadko przybierających pełną postać. Inna sprawa, że podlegają one ewolucji i różnym zmianom, nieco inaczej pojmowany jest na przykład **altruizm** w fazie początkowej niż w następnych. Charakterystyczne dla tego czynnika identyfikowanie się z innymi członkami grupy terapeutycznej podlega zmianom wraz z bliższym poznawaniem współpacjentów. Podobnie wspomniany już **uniwersalizm** z sesji na sesję ulega okresowym wahanom, raz mocniej a raz słabiej przekonując, iż określone dolegliwości są udziałem większej grupy osób uczestniczących w psychoterapii. Jego działanie jest intensywniejsze gdy nowe informacje płynące od współpacjentów potwierdzają w miarę duże podobieństwo doświadczanych trudności. Słabnie zaś w chwilach sugerujących istnienie wyraźnych różnic w sposobach przeżywania i doznawanych cierpieniach. Tak samo jest w przypadku kolejnych „wspierających czynników terapeutycznych” (ujawniających się automatycznie):

**1. Wzbudzanie nadziei.** Czynnikiem ten jest ważny dla każdego rodzaju terapii. Działa także w psychoterapii dualnej (indywidualnej). Samo udanie się do terapeuty motywowane jest nadzieją na pokonanie problemów i usunięcie dolegliwości. W psychoterapii indywidualnej nadzieja na zmianę pojawia się na bazie zaufania do terapeuty. Dla uczestników psychoterapii grupowej istnieją także inne źródła wzbudzania nadziei - możliwość konfrontowania się z problemami współpacjentów, którzy mając podobne problemy, sugerują warianty uporania się z nimi. Dla podtrzymywania nadziei pacjentów doniosłe znaczenie ma wiara samego psychoterapeuty we własne umiejętności oraz zaufanie do „lecniczych” sił grupy.

**2. Poczucie bezpieczeństwa.** Pacjenci zgłaszają się na psychoterapię z wyobrażeniem wyjątkowości swoich problemów czują się inni, samotni, obawiają się, że mają fantazje, których nikt nie podziela i nie może zaakceptować. Pacjent wchodząc do grupy terapeutycznej odczuwa, że inni także mają problemy, a niektóre z nich są podobne do jego własnych. Czuje się w związku z tym spokojniejszy, mniej wyizolowany.

Czynnik ten działa wyłącznie w psychoterapii grupowej, jest on jednak mechanizmem wspierającym terapię.

**3. Dostarczanie wiedzy, informacji.** Terapeuci dostarczają pacjentom wiedzę potrzebną do zrozumienia siebie i własnego zachowania. Tym samym udostępniają pacjentom mapę poznawczą przydatną do samodzielnego analizowania własnego postępowania, czyniąc ich bardziej aktywnymi i odpowiedzialnymi za proces leczenia. Niektórzy psychoterapeuci włączają do oddziaływań różne formy dydaktyczne, takie jak wykłady, czytanie lektur, warsztaty dydaktyczne z strukturalizowanymi ćwiczeniami i komentarzami uogólniającymi, np. dla psychotyków, którzy mają wejść do grupy terapeutycznej, przyszłych matek, które przeżywają silny lęk przed porodem.

**4. Altruizm.** Czynniki ten jest specyficzny dla psychoterapii grupowej, nie działa w terapii indywidualnej. Duże znaczenie psychoterapeutyczne może mieć przeżycie w grupie doświadczenia, że jest się osobą pomocną innym ludziom. Uczestnicy grupy słuchają siebie wzajemnie, przekazują innym własne uwagi, sugestie, rady, oferują empatyczne zrozumienie i wsparcie. Ten czynnik psychoterapeutyczny ma szczególne znaczenie dla osób bardzo skoncentrowanych na sobie oraz żyjących w dużej izolacji społecznej.

**5. Korektywne odtwarzanie rodziny pierwotnej.** Pacjenci wchodzi do grupy psychoterapeutycznej z niesatysfakcjonującymi doświadczeniami pochodzącymi z życia rodzinnego. Grupa w wielu aspektach przypomina rodzinę. Pacjenci mają tendencję do przenoszenia stosunku emocjonalnego z rodziców na psychoterapeutów grupowych i ustosunkowują się do innych uczestników tak, jak do rodzeństwa. Wchodzi w podobne interakcje z członkami rodziny.

**6. Uczenie społecznych umiejętności.** Uczenie umiejętności społecznych założone jest w celach terapii bazujących na koncepcjach społecznego uczenia. Głównym celem grup jest ćwiczenie umiejętności społecznych - np. dla pacjentów psychiatrycznych długo hospitalizowanych. Duże znaczenie może mieć dla pacjenta możliwość psychodramatycznego odegrania sytuacji załatwiania sprawy w urzędzie, szukania zatrudnienia.

**7. Naśladowanie.** Pacjenci niekiedy siedzą, wykonują gesty, mówią a nawet myślą podobnie jak psychoterapeuta. W grupie, na drodze modelowania, mogą przejmować zachowania także innych uczestników. Naśladowanie pojedynczych reakcji może być pierwszą próbą eksperymentowania nowymi zachowaniami i w tym znaczeniu inicjować proces zmiany.

**8. Interpersonalne uczenie.** Aby umożliwić leczenie interpersonalne pacjentów, psychoterapeuta powinien podejmować specyficzne zabiegi: oferować precyzyjne sprzężenie zwrotne, dodawać odwagi w dokonywaniu samoobserwacji, klasyfikować znaczenie odpowiedzialności za rodzaj związków z ludźmi i ich zmianę, wzmacniać próby przenoszenia poza grupę nowych form wyrażania siebie.

**9. Spójność grupy.** Spójność grupy jest traktowana jako bardzo ważny czynnik psychoterapeutyczny, jest warunkiem efektywnej terapii. Niezależnie od pewnych różnic w wyodrębnieniu wymiarów składających się na spójność grupy wyniki badań wskazują na wyraźną zależność między tą zmienną a rezultatami terapii. Grupy spójne są bardziej produktywne, jej członkowie są bardziej skłonni wpływać na wzajem na siebie i są otwarci na taki wpływ, czują się bezpiecznej, potrafią wyrażać złość w bardziej konstruktywny sposób w porównaniu z uczestnikami grup mniej spójnych. Ponadto członkowie takich grup rzadziej opuszczają sesje psychoterapeutyczne, zwykle nie rezygnują z udziału w terapii, a stabilność grupy ma podstawowe znaczenie dla powodzenia leczenia.

**10. Odreagowanie (katharsis).** Uwolnienie się od silnych, dotychczas tłumionych uczuć jest ważnym czynnikiem terapeutycznym. Odreagowanie może polegać na dzieleniu się z grupą wydarzeniem wraz z towarzyszącymi mu emocjami. Dotyczy to szczególnie trudnych sytuacji życiowych: ważna strata, odrzucenie, utrata bliskiej osoby, istotny zawód. Może polegać na wyrażaniu silnych uczuć niemożliwych dotychczas do wyrażenia, np. wściekłości, strachu, rozpacz, poczucia krzywdy i winy. Silne emocje możliwe są do ujawnienia w grupie charakteryzującej się wysokim poziomem wzajemnego zaufania. Uczestnicy grupy są zdolni wówczas do współprzeżywania z osobą wyrażającą trudne uczucia, dają jej dużo zrozumienia, wsparcia, akceptacji. Osoba odreagowująca przeżywa ulgę związaną z uwolnieniem się od tłumionych napięć.

**11. Czynniki egzystencjalny.** Czynniki te dotyczą takiego obszaru świadomości człowieka, który jest odpowiedzialny za poszukiwanie znaczenia egzystencji ludzkiej, ważnych wartości w życiu, granic odpowiedzialności za własne życie, sensu bliskości z ludźmi, cierpienia, samotności (Kratohvil, 2003).

Z jednej strony znikoma ilość działań tego typu czynników, a z drugiej, niedostateczne ich rozwinięcie w **fazie „orientacji i zależności”**, to niewątpliwie stan sprawiający, iż pierwsze sesje mogą okazać się wyjątkowo trudne. Mam tu na myśli zarówno pacjentów jak i terapeutę, czy terapeutów (koterapeutów). Przykładem może być znamienne dla omawianej fazy pojawienie się dwóch antagonistycznych grup, a właściwie podgrup uczestników: nadmiernie milczących i pasywnych oraz zbyt rozmownych i nadaktywnych (Praszkier, Różycki, 1983).

Regułą niemal jest, że z podgrupy „milczków” wywodzą się pacjenci zajmujący pozycję **„kozła ofiarnego”** i **„autsajdera”**. Zamknięcie się w sobie, częściowe lub całkowite milczenie sprawia, iż nie dochodzi do ważnego w tej fazie odkrywania samego siebie. Trwanie w cichości nie pozwala na przygotowanie właściwego przedpola do przyszłej aktywności grupy jako całości. Znaczemu wydłużeniu może ulec czas zaistnienia (uaktywnienia się) poszczególnych „wspierających czynników terapeutycznych”. Istnieje przy tym ryzyko wadliwego ich ukształtowania się, pojawienia się ich w formie destabilizującej pracę grupy, prowadzącej do niewłaściwego ukierunkowania przebiegu terapii. Na terapię spoczywa zadanie tworzenia sytuacji ośmielających biernych pacjentów do zabierania głosu. Nikłe efekty może przynieść bezpośrednie zachęcanie ich do wypowiedziania się, gdyż zbyt silnie mogą być u nich utrwalone przekonania o posiadanych **deficytach cech osobowości**, w tym głównie tych determinujących zdolności do kontaktowania się z innymi. Proste komentarze terapeuty typu *„Wygląda na to, że izolowanie się, pozostawanie w milczeniu jest problemem kilku osób”*, mogą pozostać bez odzewu. Jedynie zapewnienie warunków do podjęcia określonej aktywności, niejako wymuszających działanie może znacząco zmniejszyć przeświadczenie orzekomej niezdolności do interakcji z pozostałymi.

Niepodjęcie interwencji wobec milczących pacjentów, pozostawienie problemu grupie, zdanie się na jej samodzielne poradzenie sobie z tymi członkami, może doprowadzić do podziału na podgrupę **dominujących** i **submisyjnych** (uległych). W konsekwencji pacjenci zepchnięci do roli podwładnych czy mających mniej do powiedzenia mogą postrzegać to jako wynik ich zbytnej dysfunkcjonalności, traktowania ich z tego względu jako gorszych i zasługujących na odrzucenie przez pozostałych. Mogą zacząć oceniać swoje problemy jako wyjątkowo trudne, o wiele bardziej skomplikowane od ujawnianych przez innych członków, a w związku z tym z małą szansą na ich rozwiązanie. Dalszy rozwój wypadków jest łatwy do przewidzenia: pozostawanie na uboczu, izolowanie się, a często przedwczesne zakończenie terapii, rezygnacja z dalszego udziału w posiedzeniach grupy.

Brak odpowiednio wczesnego zareagowania ze strony klinicysty może doprowadzić do sytuacji, w której opuści terapię taka liczba pacjentów, że w naturalny sposób dojdzie do rozwiązania grupy. Pamiętać bowiem trzeba o tym, że w **grupie zamkniętej**, o stałym składzie, nie przewiduje się włączania nowych pacjentów na zwolnione miejsca. Wyjście z grupy któregokolwiek z jej członków dekompletuje skład, powoduje zmniejszenie się ilości możliwych interakcji, a zatem zubaża terapię o to, co stanowi źródło uruchamiania procesu grupowego; ogółu czynników stanowiących o przebiegu (dynamice grupy) i końcowym efekcie wspólnych spotkań.

Równie destruktywny wpływ mogą wywierać pacjenci skorzy do zbytnej wylewności, przekazywania już na początku terapii dużej liczby informacji o swoich cierpieniach. Od pierwszych chwil zasypując pozostałych treściami narażają siebie na ryzyko zaniechania terapii, ponieważ mogą w sobie rozwinąć przekonanie, iż ponownie muszą „grzebać w swojej niechlubnej przeszłości”, mówić na forum o sprawach mogących przywoływać raniące przeżycia. Decyzja o przedwczesnym zakończeniu terapii może również wynikać z przeświadczenia, że w porównaniu z pozostałymi jawią się jako osoby nad wyraz szczere. Mogą także obawiać się, że podawanie informacji o bolesnych, najintymniejszych, a przy tym nieraz bardzo drastycznych zdarzeniach z przeszłości, może bulwersować lub nastrojać nieprzychylnie do nich współpacjentów.

Przesadna szczerość może rodzić lęk u pozostałych, którzy nagle „bombardowani” ogromną liczbą przykrych wspomnień mogą przerazić się, że aż w takim stopniu będą musieli mówić w obecności innych o własnych tego typu dotkliwych doświadczeniach. I chociaż byli objęci wstępnym przygotowaniem do terapii i mają świadomość potrzeby dzielenia się informacjami o sobie z innymi to jednak zbyt duża ilość przekazywanych treści w stosunkowo krótkim czasie, i to już w czasie pierwszych kontaktów, gdy jeszcze członkowie są dla siebie zupełnie obcymi osobami, może zaniepokoić. Wypracowany w fazie przygotowania pozytywny obraz terapii grupowej może nieoczekiwanie przybrać formę burzącą tamten dodatni wizerunek.

Konfrontacja wcześniej zdobytej wiedzy o istocie procesu grupowego może wypaść wówczas dość niekorzystnie (Leder, Karwasarski, 1983).

Na terapeutę spoczywa obowiązek sprawowania kontroli i właściwego oceniania i reagowania na tego rodzaju zjawisko. Jeżeli w przypadku pacjentów milczących musi tak organizować spotkania, by zechcieli zacząć mówić, to zbyt wylewnych musi zniechęcać do kontynuowania tej praktyki. W miarę równo rozdzielając zadania, opierając pracę na **wspólnych mianownikach** (sprowadzaniu tematu posiedzenia do problemu stanowiącego tło zaburzeń ogółu członków) może klinicysta wyrównać interakcje w grupie. Sprawić, że milczący zaczną wypowiadać się a zbyt rozmowni zwolnią tempo, nie będą chcieli mówić tak dużo za wcześnie.

Poradzenie sobie z tego typu ekstremalnymi sytuacjami jest warunkiem koniecznym, by w **fazie „orientacji i zależności”** doszło do osiągnięcia przez poszczególnych członków identyfikacji z grupą, usunięcia różnic między nimi, pojawienia się wstępnej integracji. Przypisana terapeutę rola osoby uprzywilejowanej, wszytkowiedzącej, potrafiącej odpowiednio wpływać na pacjentów powinna być wykorzystana do uczynienia z grupy organizmu zdolnego do tworzenia i przestrzegania specyficznych norm. W omawianej fazie dotyczą one niepisanych i niewypowiedzianych na głos reguł nakazujących dotrzymywanie tajemnicy grupowej, wnikliwego słuchania i udzielania wsparcia, formułowanie komunikatów w sposób zrozumiały oraz ograniczanie się do ocen pozbawionych krytycyzmu, napiętnowania, podawania jedynie słusznych rozwiązań. Terapeuta postrzegany w tej fazie jako mędrzec czy wręcz guru albo cudowny uzdrowiciel, powinien ułatwić pacjentom znalezienie własnego miejsca w grupie, zaspokojenia potrzeby zaznaczenia własnej odrębności a ściślej gotowości do spożytkowania posiadanych doświadczeń, zarówno negatywnych i pozytywnych dla dobra swojej terapii jak i pozostałych.

Znamienne dla pierwszych kilku sesji wzajemne obdarowywanie się uprzejmościami, radami, częste pocieszanie innych, pilnowanie się, by komuś nie „nadepnąć na odciski”, nie urazić czymś musi z czasem nieco znużyć. Nadmierne i ciągle panowanie nad sobą, by nie ujawnić negatywnego nastawienia do niektórych współpacjentów, nasilającej się niechęci, niepokoju, obaw i sprzeczności (antagonizmów) nie może trwać zbyt długo. Pierwszą oznaką potrzeby „wyrzucenia” z siebie nagromadzonych emocji jest pojawienie się myśli wyrażających potrzebę zmiany dotychczasowego układu; zachwiania grupowym status quo, coraz bardziej przypominającym towarzystwo wzajemnej adoracji, spotkanie osób sprawiających wrażenie zdolnych jedynie do prawienia sobie komplementów i udzielania rad. Wówczas do głosu dochodzą ambiwalentne oczekiwania na to, by z jednej strony wreszcie „zaczęło się coś dziać”, a z drugiej, „żeby tylko nie żądano ode mnie publicznego wystąpienia”.

Tego rodzaju reakcje są naturalnym zwiastunem wejścia terapii w drugą fazę, określaną mianem **„konfliktu i buntu”**. Prawie zawsze jest tak, że po okresie entuzjazmu, wspaniałego klimatu i pełnej symbiozy pojawia się nagle kryzys.

Można to zaobserwować wśród młodych par małżeńskich, w drużynach sportowych, w czasie zebrań, a także i w grupie terapeutycznej. Wśród młodych małżonków po cudownym miesiącu miodowym, jawiącej się jako nieograniczenie szczęśliwej przyszłości, byciu przeświadczonym o wyjątkowości związku, niespotykanym dobraniu się dwojga ludzi, nieoczekiwanie następuje pierwszy zgrzyt. Zaczynają mieć do siebie jakieś pretensje, uszczypliwe uwagi, nie potrafią ze sobą rozmawiać. Tak samo w drużynie koszykówki, siatkówki czy piłki ręcznej początkowa żywotność i spontaniczność zamienia się w organizacyjny bałagan. Nagle przerwana zostaje seria zwycięstw, zawodnicy doznają porażek, którym towarzyszą wzajemne zarzuty, oskarżenia, ostra krytyka itp. Nie inaczej przebiega zebranie w zakładzie pracy, członków spółdzielni mieszkaniowej, spotkanie członków partii politycznej czy organizacji społecznej. Najpierw wszyscy siedzą spokojnie, z ich ust padają słowa znamionujące ugodowość, gesty i wyrazy mimiczne zdają się wskazywać na powszechny konsensus. Nikt się nie wychyla, wielu przyjmuje postawę milczącą. Aż tu nieoczekiwanie dialog przeobraża się w zażartą dyskusję, dochodzi do używania ostrych słów. Wielu wcześniej cicho siedzących w kącie zaczyna aktywnie brać udział w rozmowie i to w tonie niezbyt taktownym. Nawet bliscy sobie koledzy wdają się w spory, zaciekle bronią swych nieraz wyraźnie irracjonalnych stanowisk (MacKenzie, 2000).

Podobnie jest w przypadku grupy terapeutycznej, w której po czasie względnej harmonii, ogólnego zaangażowania i wzajemnego zrozumienia dochodzi do wzrostu niezadowolenia z udziału w tak a nie inaczej przebiegającej terapii. Po upływie kilku pierwszych sesji pacjenci zaczynają mniej lub bardziej otwarcie manifestować swoje rozczarowanie dotychczasowym uczestnictwem w terapii grupowej, co często objawia się kierowaniem zarzutów wobec klinicysty. Pod jego adresem padają gorzkie słowa podważające jego fachowość i kompetencje. Staje się on obiektem ataku większości członków grupy. Skonsolidowani odważają się wyrażać krytykę i czynić złośliwe uwagi, jawnie okazywać frustrację wynikającą z niespełnienia oczekiwań i obietnic; rzekomo składanych przez terapeutę w trakcie wstępnego przygotowywania do przyszłych spotkań, jak i w czasie zawierania kontraktu grupowego (Namysłowska, 1997).

Terapeuta z osoby uprzywilejowanej, darzonej dużym autorytetem, potrafiącej wszystko wytłumaczyć staje się nagle w oczach pacjentów godnym napiętnowania, okazywania wrogości i negatywnych emocji. Okazuje się przy tym, iż protest i bunt wobec klinicysty budzi się niezależnie od przyjętej przez niego postawy. Ani pozostanie w roli autorytatywnego przywódcy, ani rezygnacja z niej na rzecz większej autonomii grupy, samodzielnego decydowania o kierunku jej rozwoju, nie ustrzeże terapeuty przed atakami. Trwając na pozycji osoby wszystkowiedzącej i nieomyślnej może prowokować do ujawniania agresji zarówno przez pacjentów, którzy czują się zawiedzeni, jak i obawiających się utraty dominujących ról w grupie. Ci pierwsi chcą w ten sposób zaakcentować postępujący brak zaufania do klinicysty, narastające rozczarowanie jego postępowaniem, które nie przyniosło spodziewanych

efektów; oczekiwanego wsparcia, szczególnej opieki, potrzeby wyróżnienia, pełnienia ważnych funkcji w grupie, doznawania przyjaznych uczuć. Natomiast ci drudzy, aspirujący do kierowania innymi, mogą widzieć w terapii zagrożenie dla utraty przywódczej pozycji. Zachowując się impulsywnie, nacierając na klinicystę pragną doprowadzić do otwartej walki, co w sytuacji wygrania jej może pozwolić pacjentom na zrzucenie go z piedestału i umieszczenie tam samych siebie. Czasem wejście w konflikt z prowadzącym ma na celu sprawdzenie, w jakiej mierze potrafi on panować nad sobą, na ile jest w stanie kontrolować własne reakcje oraz jakie są granice tolerowania tego typu zjawisk. Są to zatem działania obliczone na to, by zobaczyć, jak terapeuta ocenia i reaguje na zachowania odbiegające od powszechnie, społecznie akceptowanych. Ostatecznie ma to umożliwić „empiryczne” ustalenie, na ile można, z jakimi konsekwencjami pokazać terapeutę (a także i pozostałym) siebie z tej nieco gorszej strony (Kratochvil, 1981).

Co w takim razie może uczynić terapeuta, by zmniejszyć skalę agresji, nie doświadczać zmasowanych ataków ze strony członków grupy, a tym samym mniej boleśnie i z mniejszym nakładem sił przejść przez tę fazę? Dowiedziono, że można studzić agresorskie zapędy, sprawić, iż ilość negatywnych reakcji będzie wyraźnie mniejsza, gdy terapeuta będzie przejawiał troskę o w miarę częste **przypominanie pacjentom istoty terapii grupowej**. Muszą oni być świadomi, w jakim kierunku zacierają, co ich czeka w czasie kolejnych posiedzeń, znać ramy działania grupy, mieć wytyczoną aktywność. Wówczas dużo mniej będą mieli okazji doznawać frustracji wynikających z początkowych ambiwalentnych oczekiwań.

Protesty i przejawy wrogości można wydatnie zmniejszyć prowadząc grupę demokratycznie, umiarkowanie ochraniająco i przyjacielsko, z pozbawioną przesady życzliwością i ciepłem. Postępowanie terapeuty powinno polegać na nieustannym konsultowaniu się z członkami grupy. Nie rezygnując z roli eksperta i osoby stymulującej aktywność pacjentów nie może być obojętnym na ich konkluzje i propozycje. Musi brać pod uwagę żądania większości, być w miarę możliwości empatycznym, uwzględniać racje członków, niezależnie, czy przyszło im zająć pozycję „**lidera sympatii**”, „**lidera dominacji**”, albo „**blażna grupowego**”, „**kozła ofiarnego**” lub „**autsajdera**”. Wobec każdego z nich powinien odnosić się z takim samym szacunkiem, z analogicznym nastawieniem. Żaden z nich nie może odnieść wrażenia, że jest kimś gorszym czy dużo lepszym od pozostałych. I chociaż podział wewnątrz grupy jest nieuchronny, to nie może on wynikać z woli terapeuty, a musi nastąpić w sposób naturalny.

Gdy terapeuta znajdzie się już w ogniu ataków i oskarżeń, to w żadnym wypadku nie może się poddać. Jedynie wytrzymując natarcie, odpowiednio na nie reagując, nie dając się wciągnąć na pozycję osoby walczącej, podejmującej się bezpośredniej konfrontacji z agresywnymi członkami grupy, może ich przekonać, że ujawniane przez nich negatywne emocje nie zawsze są zgubne, iż można je manifestować i zrozumieć. Klinicysta może tym samym



zademonstrować, że można protesty i przejawy wrogości przeformułować w konstruktywną rozmowę, nie muszą one prowadzić do potęgowania napastliwości i agresji (Dies, 2000).

Do tej pory wskazywałem na pojawiające się w tej fazie („konfliktu i buntu”) nieporozumienia między pacjentami a terapeutą. Tymczasem są one także czymś powszechnym pomiędzy członkami grupy. Niejednokrotnie pretensje i negatywne emocje żywione w stosunku do terapeuty zostają przemieszczane na współpacjentów. Obawiając się narażenia klinicyście, dalej zachowującego autorytet, uciekają się do różnych ukrytych zachowań obliczonych na wprowadzenie chaosu. Zamiast wprost oskarżać terapeutę o brak kompetencji czynią to pośrednio poprzez izolowanie się, odmawianie wykonywania zadań, wchodzenie w konflikty z byle powodu. Ma to pokazać, iż prowadzący nie jest w stanie uczynić z grupy sprawnie funkcjonującego organizmu, a tym samym wątpliwy jest sens kontynuowania spotkań. Czasem celowo wyrażają chęć brania na siebie wielu zadań, ale tylko po to, by ich ostatecznie nie wykonać, i tym samym zaprotestować przeciwko przyjętemu sposobom pracy w grupie.

Najczęściej nasilające się konflikty i antagonizmy to z jednej strony wyraz niezadowolenia ze znalezienia się w nietypowych uwarunkowaniach, w których znane sposoby reagowania nie sprawdzają się, a z drugiej, rywalizacji o zajęcie jak najlepszej pozycji w grupie. Po kilku, mających kurtuazyjny charakter, spotkaniach pojawia się naturalna tendencja do samopotwierdzania, dookreślania ról z podziałem na aktywniejszych i bardziej apatycznych, przewodzących i submisyjnych. Jest to niejako automatyczny proces poszukiwania dla siebie optymalnego miejsca w nieformalnej hierarchii ról, tworzenia się zrębów przyszłej struktury grupy ze znamienym podziałem na „góre i dół” (Egan, 1985).

Rywalizacji o pozycję w grupie dość często towarzyszy niechęć mówienia o sobie, pojawia się nagle reakcja obrony przed psychicznym „obnażaniem się” w obecności innych, przeciwko prezentowaniu faktycznych odczuć i porównywaniu własnych problemów z ujawnianymi przez pozostałych. Ukryciu rzeczywistych treści, myśli i sądów o sobie samym ma służyć krytykowanie osób z życia na zewnątrz. Okazują swoje niezadowolenie ganiąc kogoś z rodziny, niesprawiedliwego szefa, ludzi, którzy w ich mniemaniu są sprawcami ich cierpień. Mówienie o nieobecnych, ograniczanie się do suchej krytyki, wyrażanie zbyt subiektywnie brzmiących opinii, pozbawionych rzeczowej argumentacji, drażni członków grupy. Prowadzi to do wzajemnego przerywania sobie wypowiedzi, do pojawiania się coraz większej niezgodności między współpacjentami. Widać wyraźnie, że uczestnicy czują się ze sobą niezbyt dobrze, nie są w pełni ukontentowani z aktualnego klimatu panującego w grupie. Powszechną praktyką staje się czynienie negatywnych, kąśliwych uwag i wzajemnej krytyki, nasilanie się skłonności do przejawiania wrogich i agresywnych zachowań. Niektórzy stają się przedmiotem ciągłych ataków, podlegają surowej ocenie grupy, niejako podlegają „koleżeńskiemu

sądowi”. Zwykle są to pacjenci delegowani do roli „**kozła ofiarnego**”. Niejednokrotnie to właśnie im przychodzi doświadczać agresji ze strony współpacjentów, która w rzeczywistości jest konsekwencją braku zadowolenia z postawy terapeuty. Ujmując to inaczej, agresja wobec klinicysty zostaje przemieszczona na osobę „kozła ofiarnego”, jest kanalizowana poprzez skierowanie jej na pełniącą tę rolę członka grupy.

Wśród wielu ujawnianych w fazie „konfliktu i buntu” zagrożeń dla systemu grupowego właśnie przenoszenie negatywnych emocji na „kozła ofiarnego”, jednoczenie się we „wspólnej wrogości”, niesie ryzyko pojawienia się myśli o opuszczeniu grupy (drop-out), dążenia do ucieczki z miejsca, w którym jest się obiektem ataków większości. Wówczas na terapeutę ciąży odpowiedzialność ochrony tych osób, tym bardziej, że „koziół ofiarny” ma do spełnienia ważne zadanie. Oprócz wspomnianego kanalizowania napięcia grupowego (agresywnego lub lękowego) jest on czułym barometrem (probierzem) istotnych spraw grupy i dość często może inspirować (podrywać) grupę do intensywniejszej pracy terapeutycznej. Grupa nie mająca w swych szeregach „kozła ofiarnego” może mieć sporo trudności z wymaganym tworzeniem zróżnicowanych interakcji, z podejmowaniem bardziej konfrontacyjnej pracy nad wewnątrzgrupową komunikacją. Obecność pacjenta naznaczonego w taki sposób wzbogaca skład grupy, wydatnie zwiększa różnorodność ewentualnych stylów porozumiewania się.

Chociaż „kozłem ofiarnym” staje się dany członek grupy niejako na własne życzenie, zbyt szybko stając się nadmiernie otwartym i szczerym oraz przesadnie utożsamiając się z drażliwymi sprawami poruszonymi na forum, to pełnienie tej roli może wiązać się z niekorzystnymi następstwami. Najczęściej wskazuje się na prawdopodobieństwo pojawienia się długotrwałej skazy na samoocenie, z tendencją do ciągłego jej zaniżania. Skutki mogą być znacznie mniej dokuczliwe, gdy terapeuta będzie bezstronny, a na pewno, jeżeli nie dopuści się przejścia na stronę grupy, ślepego sprzyjania wysuwanym przez nią racjom. Dopuszczalne jest nawet okresowe (chwilowe) zaniechanie neutralności, by w bardziej narażających „kozła ofiarnego” zapędach grupy udzielić mu odpowiedniego wsparcia.

Z pewnością przechodzenie przez fazę „konfliktu i buntu” wiąże się dużym ryzykiem przedwczesnego zakończenia terapii przez niektórych członków grupy. O wiele mniej będzie tego typu reakcji, gdy terapeuta oskarżany o to, że za mało daje grupie, uświadomi, a raczej przypomni, iż w psychoterapii grupowej to sami współpacjenci tworzą i rozwijają proces terapeutyczny. Należy, co jakiś czas instruować, że źródło zmian tkwi raczej we „wnętrzu”, a nie w dyrektywach i zaleceniach podawanych przez prowadzącego grupę terapeutyczną.

W tej fazie, jak w żadnej innej, wyjątkowo dużo zależy od postępowania terapeuty. Nieco wcześniej wspomniałem, że niewskazane jest przyjmowanie przez niego postawy obronnej, wejście w otwarty konflikt z dążącymi do konfrontacji członkami. Musi on potrafić zachować zimną krew, nie dać się

sprowokować i wciągnąć do gry. Powinien postępować, jak rozumny rodzic, który doskonale wie, że jest to stan przejściowy, służący rozwojowi grupy. Widząc, jak grupa przestaje być źródłem poczucia wygody, a wręcz przeciwnie zaczyna jawić się jako agresywny tłum, musi wiedzieć, że jest to działanie mające doprowadzić do destabilizacji ról grupowych ukonstytuowanych w fazie „orientacji i zależności”. Okazywana złość i rozczarowanie, nasilanie się antagonizmów wewnątrzgrupowych, manifestowana niewerbalnie dezaprobatą i chęć izolowania się (unikanie kontaktu wzrokowego, zajmowanie peryferycznych miejsc, siedzenie ze splecionymi ramionami lub skrzyżowanymi nogami itp.), to oznaki niezadowolenia z dotychczas zajmowanych pozycji w grupie. Oznacza to zarazem początek pracy nad rzeczywistymi problemami, stawanie się coraz bardziej autentyczniejszym, zdolniejszym do prezentowania własnego punktu widzenia (Rogers, 1987).

W fazie „konfliktu i buntu” ma miejsce wstępne dostosowywanie indywidualnego rozwoju każdego z członków do rozwoju grupy. Sprawy jednostkowe zostają po części skorelowane z procesem grupowym. Poszczególne pacjenci zaczynają dostrzegać dobrodziejstwa płynące z uruchamiania coraz to nowych „wspierających czynników terapeutycznych”. Zaczynają rozumieć, iż aktywne uczestnictwo w grupie może ułatwić dokonanie wglądu we własne problemy. W sumie powoduje to zanik ról destruktywnych i zastąpienie ich nowymi, koniecznymi do tego, by grupa stała się zespołem zdolnym do pogłębionej eksploracji problemów na poziomie indywidualnym i grupowym.

Następuje wreszcie chwila, gdy konflikty i antagonizmy tracą na sile i wyraźnie wzrasta poczucie bezpieczeństwa, wzajemnego zaufania oraz spójność grupy. Członkowie osiągają wówczas odpowiednio wysoki poziom świadomości o tym, że to oni sami jako grupa kształtują proces terapeutyczny. Oznacza to zarazem gotowość do wejścia w fazę „**rozwoju spójności i współpracy**”.

Wracając do podanych przykładów o nieuchronnym pojawieniu się nagle pierwszej kłótni między młodymi małżonkami, organizacyjnego chaosu w drużynie sportowej oraz nieoczekiwanej sprzeczki w gronie osób uczestniczących w zebraniu - zwykle po jakimś czasie powraca porządek. Małżonkowie w końcu godzą się i co więcej ich związek staje się dojrzały: stają się rozsądniejsi, przekonują się o konieczności podejmowania rozmowy, wspólnego poszukiwania optymalnych rozwiązań. Tak samo spory między sportowcami milkną, powraca dawny entuzjastyczny duch drużyny i znowu odnosi ona sukcesy. Podobnie dochodzi do oczyszczenia atmosfery na zebraniu, w miejsce zacieklej sporów o szczegóły pojawia się rzeczowy dialog. Charakterystyczne jest to, że po takich wstrząsach interakcje stają się o wiele korzystniejsze.

Analogiczny rozwój wypadków dotyczy grupy terapeutycznej. Po ostrej rywalizacji, wzajemnej napastliwości, niechęci żywionej wobec klinicysty, pojawia się moment, w którym grupa silnie scala się i zaczyna aktywnie

pracować, puszczając w niepamięć poprzednie konflikty. Wewnątrzgrupowe antagonizmy przeistaczają się w dialog oparty na solidarności, wzajemnym zaufaniu i zrozumieniu.

Aczkolwiek zdarza się, iż któryś z pacjentów nie wytrzyma zbyt napiętej i nieprzyjemnej atmosfery panującej w fazie „konfliktu i buntu”. Tym bardziej, że w początkowym stadium psychoterapii dolegliwości mogą nasilać się. Niektórzy wówczas skarżą się na narosłe nagle trudności ze snem, na częściej niż wcześniej pojawiające się napadowe bóle głowy, ogólny spadek dobrego samopoczucia itp. Wzrost objawów chorobowych może wtedy wzmocnić zarówno formy sprzeciwu, jak i spowodować przedwczesne opuszczenie grupy.

Pewnych podobieństw można też doszukać się w podanych przykładach: któryś z małżonków może podjąć decyzję o odejściu od partnera, jakiś sportowiec może opuścić drużynę, uczestnik zebrania może zaś manifestacyjnie wyjść z sali. Tak jak w grupie terapeutycznej zależy to od wielu czynników: na przykład od składu, a w szczególności od wieku, aktualnych warunków życia, a także od indywidualnych cech osobowości. W psychoterapii dochodzi jeszcze rodzaj posiadanych problemów i stopień rozwoju choroby oraz sposób reagowania na jej objawy.

W fazie „współpracy” wcześniejsze napięcie i częste konflikty zostają wyparte wzrostem spójności, potrzeby współdziałania z innymi, przynależności do grupy. Uprzednia groźba rozbicia grupy mija w wyniku wzrostu konsolidacji i przekonania o konieczności przestrzegania wspólnych norm i wartości. Wykryształowane w poprzedniej fazie role zaczynają na dobre funkcjonować, tym samym eliminując lub znacznie osłabiając znaczenie przywództwa. Członkowie reprezentujący takie z tych ról jak „**wyraziciel nastrojów grupowych**”, „**stabilizator emocji grupowych**”, „**sumienie grupy**”, „**dziecko grupowe**” („**biedne dziecko**” i „**szalone dziecko**”), „**dobra mama**”, „**bard grupowy**”, „**opozycjonista**” sprawiają, że wzrasta odpowiedzialność, świadomość celowości zbiorowego wysiłku i aktywności. Grupa staje się zdolna do wspólnej pracy i godzenia racji indywidualnych z grupowymi. Współpacjenci zbliżają się do siebie, przestają nadmiernie dystansować się fizycznie, wzrasta potrzeba bezpośredniego obcowania, wchodzenia w relacje oparte na bliskości, harmonii i pewnej dozie poufałości. Zaistnienie nowego wymiaru łączności i więzi, wyjątkowego rodzaju komitywy i poczucia wspólnoty, powoduje, iż członkowie grupy są skorzys do otwartego mówienia o sobie, prezentowania własnych odczuć wynikających z konfrontowania swoich dolegliwości z ujawnianymi przez pozostałych. **Atmosfera familiarności** ośmiela do szczerego dzielenia się swoimi spostrzeżeniami dotyczącymi zachowań innych. Przejście dwóch poprzednich faz czyni te spostrzeżenia bardziej obiektywnymi, a wnioski z nich pochodzące o wiele dojrzałszymi. Pacjentów stać na głębsze wnikanie w istotę i charakter procesów i zmian zachodzących u poszczególnych uczestników grupy oraz w grupie jako zintegrowanego zespołu (Tryjarska, 2000).

Fazę „rozwoju spójności i współpracy” należy postrzegać jako stadium pośrednie pomiędzy końcowym etapem fazy „konfliktu i buntu” a wejściem w fazę „celowej i świadomej aktywności”. Pojawiający się w końcowej części fazy „konfliktu i buntu” znaczny wzrost poczucia bezpieczeństwa i wzajemnego zaufania oraz spójności grupy ulega dookreśleniu w fazie następnej, by ostatecznie przygotować członków do głębszego eksplorowania problemów własnych i grupowych.

W tym miejscu warto zaznaczyć, iż najczęściej nie oddziela się fazy czwartej od trzeciej, traktując je łącznie jako fazę trzecią, określaną zwykle mianem „współpracy” albo fazą „**pogłębionej eksploracji problemów na poziomie indywidualnym i grupowym**”. Spotkać można też się ze stwierdzeniami, że dopiero z chwilą wejścia grupy w fazę trzecią („współpracy”) staje się ona zespołem terapeutycznym, a wcześniejsze fazy traktowane są wtedy jako stadium wstępne, przedgrupowe, stanowiące przedpole dla właściwej pracy grupy. W tym opracowaniu zdecydowałem się na zachowanie czterech faz, co moim zdaniem umożliwi lepsze zobrazowanie procesów i zmian przebiegających w czasie kolejnych spotkań grupowych.

W fazie czwartej – „**celowej i świadomej aktywności**” – grupa staje się zdolna do „penetrowania” **wczesnodziecięcych doświadczeń**, ich znaczenia dla aktualnego funkcjonowania, do przeżywania trudności, które do tej pory były nieuświadomiane albo oceniane jako podrzędne, niemające żadnego znaczenia dla doznawanych niepowodzeń i objawów chorobowych. Grupa przeistacza się w scalony zespół roboczy potrafiący udzielać rzeczowych rad, konstruktywnie krytykować, skutecznie inspirować, wskazywać alternatywne warianty rozwiązań określonych problemów. Praca koncentruje się na osiągnięciu wglądu, udzielaniu informacji zwrotnych, by w konsekwencji umożliwić przepracowanie, poznanie różnych odmian przeżycia wglądowego i zestawienia tej nowo zdobytej wiedzy z tym, co zostało już uświadomione. Pojawiające się na tym etapie akty wrogości nie mają nic wspólnego z tymi z fazy „konfliktu i buntu”. Tam służyły „próbie sił”, rywalizacji o pozycję w grupie, chęci wyrażenia negatywnych emocji, tu z kolei przejawiane są po to, by można je twórczo spożytkować, produktywnie wykorzystać do zmiany postaw.

Obecna struktura grupy ma niewiele wspólnego z jej kształtem z dwóch wcześniejszych faz. Członkowie tracą wyłączność do obsadzania i pełnienia określonej roli. W nowym układzie możliwe jest płynne wchodzenie w różne role, pacjenci mogą zmieniać swoją pozycję, sprawdzać się w różnych funkcjach. Nie muszą tkwić w rolach, które im utrudniają wnikliwsze ujawnianie własnych problemów, prezentowanie rzeczywistych nastawień w stosunku do współpacjentów i klinicysty. Mają okazję zająć pozycję pozwalającą **eksplorować związki zależnościowe** (np. z rodzicami, rodzeństwem, osobami znaczącymi), poznawać przyczyny zaniżania samooceny, popadania w nadmierny samokrytycyzm, bycia nieasertywnym. Możliwość obsadzania w różnych rolach sprzyja „trenowaniu” zachowań

wynikających ze zmienności warunków zewnętrznych, z konieczności kontaktowania się z różnymi osobami i przebywania w różnych miejscach.

Doskonałym przykładem jest **psychodrama**, która dopuszcza pełnienie dużej gamy ról. Każdy z członków grupy psychodramatycznej może wcielić się w osobę swojego przełożonego, siebie samego jako zbyt uległego podwładnego, czy też w postać szefa powstałej w wyobraźni dużej korporacji. W ten sposób można poruszać tematy dotyczące dominowania, wpływania na innych, współzawodniczenia i konkurowania, obawy przed popadnięciem w zbyt dużą zależność, lęku przed utratą panowania nad swoimi reakcjami, a także zadowolenia z decydowania o losach innych osób, doświadczania władzy itp. W warunkach psychodramy można „rozliczać się” ze wczesnodziecięcej przeszłości, wracać do okresu, w którym doświadczać przyszło odrzucenia przez kogoś czy obojga rodziców, utraty matki lub ojca (z powodu rozwodu, separacji, zgonu), nierównej rywalizacji ze starszym bratem albo piętnowania i „terroryzowania” młodszego rodzeństwa. Przy wykorzystaniu różnorodnych technik psychodramy (np. monologu, zamiany ról, sobowtóra) można wyrażać różne pragnienia i oczekiwania związane z życiem rodzinnym i zawodowym, można zarazem zyskiwać świadomość własnych predyspozycji do przekształcania i dokonywania zmian w dotychczasowym życiu. Pacjenci uczestnicząc w „akcji psychodramatycznej” mogą doznawać oczyszczenia, swoiście rozumianego katharsis, uwolnienia się od uczuć do tej pory nieznanymi, nieuświadomianymi i nieujawnianymi. Wchodząc w antagonistyczne role mają okazję lepszemu rozumieniu zarówno swojego zachowania jak i osób w ich mniemaniu winnych za ich cierpienia. Konfrontując się z nimi w symulowanych warunkach psychodramy mogą dokonać weryfikacji swojego stanowiska, mogą bardziej racjonalnie ocenić faktyczny udział tych osób w utracie własnej integralności, doznawanych porażkach itp.

W omawianej fazie grupa staje się **interakcyjną strukturą** inspirującą do prezentowania indywidualnych problemów. Mówienia na głos o własnych sprawach z dbałością o szczegóły. Członkowie, jak nigdy dotąd są zainteresowani prezentowaniem osobistych odczuć, a także wsłuchiwaniami się w wypowiedzi pozostałych. Proces interakcyjny staje się procedurą warunkującą postępy w terapii. I chociaż główna uwaga skupia się na eksploracji problemów indywidualnych, to intensywność i charakter interakcji wewnątrzgrupowej pozostaje nadal zasadniczym elementem decydującym o kierunku rozwoju „leczenia”, wyznaczającym jego efektywność. Praca w tej fazie zdaje się przypominać **terapię indywidualną**, z tą jednak różnicą, że realizowaną przeważnie między członkami. Udział terapeuty ogranicza się do kontrolowania zachowań indywidualnych uczestników oraz zachodzących między nimi interakcji. Na tym etapie pacjenci stają się bardziej niezależni od terapeuty, w granicach ich możliwości leży podjęcie skutecznej pracy nad istotnymi dla nich sprawami. Czasem zdarza się, że klinicysta musi nieco

wesprzeć grupę, by szybciej pozbyła się „oporu” pojawiającego się w czasie **uzyskiwania wglądu**, czy poruszania szczególnie drażliwych kwestii.

Niekiedy w ramach terapii grupowej stosuje się psychoterapię indywidualną w grupie. Klinicysta pracuje wtedy tylko z jednym pacjentem, z zachowaniem rytuału znamiennego dla psychoterapii indywidualnej, aczkolwiek w obecności współpacjentów. Mimo, że nie są oni bezpośrednimi uczestnikami, to możliwość przysłuchiwania się może dać im wiele korzyści. Tak będzie na przykład, gdy temat poruszany w rozmowie (przebiegu terapii dualnej) między pacjentem a terapeutą jest bliski większości członków grupy. Doszukując się pewnych analogii do własnych doświadczeń mogą oni z rzekomo biernych słuchaczy stać się osobami żywo reagującymi na to, co się dzieje w procesie terapeutycznym.

W fazie „celowej i świadomej aktywności” radykalnej zmianie ulega stosunek członków grupy do klinicysty. Stając się niejako jednym z wielu odpowiedzialnych za przebieg terapii, zajmując równoprawne miejsce w grupie, może on dość komfortowo śledzić rozwój wypadków w grupie. Tkwiąc w jej wnętrzu ma wręcz doskonałe warunki do czuwania nad ekstremalnymi reakcjami (zbyt słabymi lub zbyt silnymi) i niewłaściwymi sposobami wzajemnego komunikowania się, wyraźnymi przekłamaniami w sferze interpersonalnej. Z większą łatwością może zachęcać członków do głębszego badania tych spraw, do wspólnej dyskusji pozwalającej dotrzeć do przyczyn wadliwych interakcji. Przekazywane z tej nowej pozycji komunikaty stają się bardziej nośnymi, sprawniej też przebiega proces modelowania grupy, wyposażania w umiejętności samodzielniego podejmowania pracy terapeutycznej.

Mimo, że terapeuta przestaje być „bezosobowy”, traci prawo wyłączności (np. w podawaniu tematu sesji), staje się jednym z wielu w grupowym układzie ról to nadal jest osobą, na której ciąży odpowiedzialność za właściwy tok terapii. To on musi zdecydować czy w jakiejś szczególnej sytuacji jego interwencja ma objąć tylko jednego uczestnika, kilku pacjentów czy może całą grupę. Od trafności decyzji, umiejętności wyważania co jest wskazane, a co może okazać się złe, zależą niejednokrotnie losy całej terapii w grupie. Klinicysta musi mieć zdolność antycypowania, prognozowania i przewidywania rozwoju wypadków w grupie, możliwych zawirowań, mniej lub dłużej trwających kryzysów i zniekształceń interakcyjnych. Nikt z członków grupy nie posiada tak dużej wiedzy i bogatych doświadczeń, jakimi może legitymować się terapeuta. Mam tu na myśli kwestie dotyczące procesu grupowego, specyfiki struktury grup terapeutycznych, ewentualnych zagrożeń wynikających z błędów popełnionych w czasie organizowania, dobierania pacjentów, ustalania składu i struktury przyszłej grupy. On przecież z pewnym zamysłem konstruuje grupę z takich a nie innych osób i jedynie on jest w stanie najpełniej wykorzystać posiadane przez nich cechy, rodzaje ujawnianych dolegliwości, specyficzne wzory reagowania do celów terapeutycznych.

Doświadczony terapeuta doskonale wie, w którym momencie grupa jest gotowa do samodzielnej pracy, w jakiej chwili może zająć peryferyjne miejsce, na jaki czas niejako „pozostawać z boku”. Jest świadom swej roli w poszczególnych fazach rozwoju grupy, począwszy od pierwszych minut spotkania aż do całkowitego zakończenia terapii. Trudno sobie wyobrazić prawidłowy przebieg fazy końcowej bez obecności klinicysty. To na nim w przeważającej mierze spoczywa zadanie jak najmniej bolesnego rozwiązania grupy terapeutycznej, towarzyszącego mu poczucia żalu, złości, poczucia opuszczenia, czy przekonania, że oczekiwania nie zostały jeszcze w pełni spełnione. Od rodzaju jego interwencji zarówno na poziomie indywidualnym (wobec poszczególnych członków), jak i grupowym zależy płynność przejścia z warunków terapii do środowiska pozaterapeutycznego. Odpowiednio wspierając kończących terapię pacjentów, wcześniej sukcesywnie przygotowując ich do opuszczenia grupy, może ustrzec ich przed narastającym smutkiem, niepokojem i niepewnością. O wiele łatwiej też przyjdzie im uporać się z typowym dla fazy kończenia terapii „czarnowidztwem”, obawami o przyszłość, lękiem przed samodzielnym funkcjonowaniem i braniem odpowiedzialności za samych siebie (Egan, 1985).

Faza kończenia terapii, z uwagi na podsumowywanie wielu kwestii poruszanych w czasie jej przebiegu, a także z przewidywanego rozstania, dostarcza pacjentom wielu trudnych przeżyć. W procesie zamykania terapii interakcje przypominają te z uprzednich faz: wielu pacjentów znowu zaczyna mówić o nasileniu dolegliwości, ponownie pojawiają się pretensje do terapeuty, wypowiedzi wyrażające rozczarowanie terapią. Nie brakuje też głosów domagających się przedłużenia terapii. Ogół tego typu zachowań to naturalny rozwój wypadków, wymagający od terapeuty rozważnego postępowania. Niewłaściwie przeprowadzony finał może pozostawić niedosyt u członków grupy i to dość trwałe, co w konsekwencji może negatywnie rzutować na efekty całej terapii. W szczególności musi on zadbać o to, by na kilka spotkań przed planowanym zakończeniem terapii były podejmowane tematy dotyczące finalizowania terapii. W czasie końcowych posiedzeń należy coraz więcej uwagi poświęcać temu tematowi i pracować nad nim. Stopniowe osvajanie pacjentów ze zbliżającym się rozstaniem może także uchronić niektórych pacjentów przed wcześniejszym odejściem z terapii. Bywa bowiem tak, że któryś z członków obawiając się chwili pożegnania, będąc przekonany, iż nie będzie w stanie poradzić sobie w tym momencie, decyduje się na przedwczesne opuszczenie grupy.

W samej już fazie kończenia terapii, w ostatnim dniu jej trwania, dobre rezultaty może przynieść przeprowadzenie **rytuału pożegnania** każdego z każdym. Ciepłe uściski dłoni, obejmowanie się, akceptujące poklepywanie, ogół zachowań niewerbalnych wzmocnionych słowami, może sprawić, iż członkowie zrozumieją, że terapia dopełniła się. Mogą jednocześnie w przyjaznych gestach i miłych słowach doszukiwać się głębszych znaczeń, pozwalających na dłużej pamiętać o tym, co zdarzyło się w trakcie spotkań z innymi w ramach grupy terapeutycznej.



### **Pytania kontrolne:**

1. Jaka jest różnica między grupami homogenicznymi i heterogenicznymi?
2. Na czym polega dobór członków do grupy psychoterapeutycznej oparty na zasadzie „arki Noego”?
3. Jaka powinna być liczba członków grupy psychoterapeutycznej?
4. Jaka jest różnica między grupami psychoterapeutycznymi zamkniętymi i otwartymi?
5. Jak powinno przebiegać przygotowanie pacjentów do psychoterapii grupowej?
6. Które z technik psychoterapii wymagają niewiedzy pacjenta o przebiegu terapii?
7. W jakiej formie mogą być przekazywane wstępne informacje i wiedza o przebiegu przyszłej psychoterapii grupowej?
8. Jakie są główne formy organizowania grup psychoterapeutycznych?
9. Scharakteryzuj warunki organizacyjne funkcjonowania grup psychoterapeutycznych.
10. Omów kryteria doboru uczestników do grupy psychoterapeutycznej.
11. Co kryje się pod pojęciem „czynników leczących w psychoterapii grupowej”?
12. Scharakteryzuj procesy i zjawiska występujące w zamkniętej grupie psychoterapeutycznej.
13. Podaj główne przyczyny przedwczesnego kończenia czy porzucenia psychoterapii grupowej.
14. Jakie role mogą pełnić uczestnicy w grupie psychoterapeutycznej?
15. Omów zadania i rolę psychoterapeuty grupowego.

## Rozdział drugi

### TERAPIA RODZINY

#### 2.1. Istota terapii rodziny

Wśród wielu form psychoterapii tą, która może poszczycić się dość precyzyjnie wypracowanymi technikami jest terapia rodziny. Takie jej procedury jak **terapia strukturalna, strategiczna czy komunikacyjna** są dzisiaj dość powszechnie stosowane, a większość rodzin, wobec których nimi się posłużono zaczęło znowu normatywnie funkcjonować. Ich „naprawcza” siła tkwi we wszechstronnym oddziaływaniu zarówno na rodzinę jako całość jak i na jej poszczególnych członków. W koncentrowaniu się na analizie procesów zachodzących w rodzinie wielopokoleniowej i to głównie w odniesieniu do pozycji dziecka w rodzinie oraz relacji, jakie zachodzą między rodzicami a dziećmi, między rodzeństwem i samymi rodzicami. W tym ostatnim przypadku postępowanie terapeutyczne polega na poznawaniu interakcji między parą dorosłych osób – żoną i mężem – i korygowaniu nieprawidłowości tych interakcji. Procedurę tę określa się mianem **psychoterapii par** lub **małżeństw**, co w jakiś sposób ma odróżniać ją od psychoterapii rodziny, w rzeczywistości jednak stanowi ona jej element (Russel Crane, 2002).

W terapii rodziny obejmującej ogół jej członków jak i poszczególne osoby zawsze dochodzi do daleko posuniętych zmian w strukturze relacji w rodzinie. Niezależnie bowiem czy oddziaływaniem terapeutycznym jest objęta cała rodzina czy kolejno jej członkowie, to zawsze w dużym stopniu wpływa to na zmianę funkcjonowania zarówno jednostki i **systemu rodzinnego**. Zawsze więc mamy do czynienia ze specyficznym sprężeniem zwrotnym: terapia rodziny traktowanej jako **zbiorowy pacjent** wyraźnie modyfikuje sposoby zachowania każdego z członków rodziny, a z kolei praca terapeutyczna z jednym z lub więcej z nich implikuje zmiany we wzorcach komunikowania, w przebiegu relacji w rodzinnym systemie (Czabała, 1997).

W związku z tym może pojawić się dylemat: kogo należałoby obejmować oddziaływaniem terapeutycznym - łącznie całą rodzinę czy też może wybranych jej członków albo tylko rodziców? Ów dylemat nie może zostać rozstrzygnięty dopóty, dopóki nie zostanie wnikliwie ustalone źródło destabilizujące równowagę systemu rodzinnego. Nie sposób przecież powziąć decyzję: kto powinien stać się przedmiotem oddziaływań terapeutycznych, nie znając podłoża zaburzeń istniejących w grupie rodzinnej. Raz może to przecież wynikać z niewłaściwych zachowań tylko jednego z jej członków, innym zaś

razem z negatywnych postaw wychowawczych obojga rodziców, lub też z podziału na antagonistyczne podsystemy (np. faworyzowanie przez matkę córki a ignorowanie syna, czy sprzyjanie najmłodszemu dziecku z wyraźnym zaniechaniem tych starszych itp.). Samo dotarcie do przyczyn wadliwego funkcjonowania rodziny, ustalenie który czy którzy z jej członków są za to bezpośrednio odpowiedzialni nie upoważnia jeszcze do ostatecznego podjęcia decyzji o obszarze oddziaływań terapeutycznych. Często bowiem dysfunkcjonalność któregoś członka rodziny i związany z nią zaburzający wpływ na cały system rodzinny to efekt nieprawidłowych relacji wewnątrzrodzinnych. Wówczas praca ograniczona jedynie do modyfikacji zachowania tego członka rodziny może w rezultacie okazać się mało skuteczna; może tylko przynieść chwilową poprawę w jego zachowaniu, gdyż rzeczywiste źródło nie zostaje usunięte. Aby więc uniknąć tego typu sytuacji wskazane jest by grupa osób tworzących rodzinę zajęła pozycję „zbiorowego pacjenta”. Wtedy dysfunkcyjna osoba, mimo że stwarzane przez nią problemy stały się powodem podjęcia terapii, jest jedną z wielu przyjmujących „rolę” pacjenta; staje się jednym z elementów tego „zbiorowego pacjenta”. Pojawia się wówczas możliwość głębszego wniknięcia w strukturę rodziny, bliższego poznania jej dobrych i złych stron, a tym samym lepszego rozpoznania procesów zachodzących w grupie rodzinnej. W konsekwencji terapeuty jest w stanie dokonać rzetelniejszej analizy istniejących w niej zależności, sposobów porozumiewania się, jakości interakcji i paradygmatów komunikacji, subsystemów itd., a także wpływać na mechanizmy zakłócające poprawność jej funkcjonowania (Aleksandrowicz, 1996).

Tak rozumiana terapia rodzin – zwana fachowo **systemową** – wynika z przeświadczenia, że to rodzina, a nie jej członek przejawia zaburzenia funkcjonowania. W roli destabilizującego strukturę rodziny występuje wprawdzie konkretny jej członek, lecz jest on „wytypowany” do tej roli, jest reprezentantem **patologii całego systemu rodzinnego**, a przy tym narzucenie mu tej roli ma służyć utrzymaniu **rodzinnego status quo**. Patologia jednego z członków rodziny umożliwia pozostałym osobom przyjęcie określonych ról, co w sumie może doprowadzić do uzyskania stanu pozornej równowagi. Każdy z członków zajmuje bowiem jakąś ustaloną pozycję mającą ich zdaniem na celu podtrzymywanie systemu rodzinnego. W rzeczywistości struktura takiej rodziny pełni funkcję czynnika chorobotwórczego, gdyż niejako stoi ona na straży, by nie doszło do wyzbycia się patologicznych cech dysfunkcyjnego członka (Domachowski, Sęk, 1993).

Przykładem takiego stanu rzeczy może być rodzina, w której nieoczekiwanie jeden z partnerów zapada na jakieś zaburzenie psychiczne – co może prowadzić do przyjęcia przez drugiego dominującej pozycji. Może być tak, że dotychczas zbyt uległa żona zaczyna przewodzić w grupie rodzinnej, do czego zresztą zawsze dążyła, ale autokratyczny małżonek stał temu na przeszkodzie. I nagle popadnięcie przez niego w chorobę psychiczną może w jakimś stopniu okazać się korzystne dla żony, która może wtedy radykalnie

zwiększyć swe wpływy w rodzinie. Słaby, mający problemy psychiczne mąż, a przy tym świadomy swej bezsilności, może przystać na nowy układ w rodzinie; może mu w jakimś momencie zacząć odpowiadać **submisyjność**, podległość żonie czy innym domownikom. Powstanie nowego, opartego na patologii relacji, związku, sprawia wówczas wrażenie sprawnie i satysfakcjonująco pełniącego swe funkcje. Może to zatem oznaczać, iż rodzina nie jest zainteresowana jakimkolwiek zabiegiem mogącym zachwiać tą strukturą. Podejmujący terapię cierpiący małżonek i ojciec zarazem może być postrzegany jako osoba zagrażająca rodzinnemu status quo. Skuteczne leczenie i wynikająca z niego perspektywa przywrócenia pierwotnej hierarchii może spotkać się z opozycyjnością pozostałych. Uprzednio zależny od nich mąż i ojciec nie będzie już spełniał wcześniej wytworzonych przez siebie potrzeb przywództwa i opieki z ich strony. Wówczas pojawiające się ryzyko utraty „uprzywilejowanych” pozycji w patologicznej strukturze może sprawić, iż pojawią się dążenia do jej przywrócenia czy utrzymania. Rodzina może czynić wszystko, by zniechęcić cierpiącego na zaburzenie psychiczne członka do kontynuowania czy podejmowania w ogóle jakiejkolwiek terapii. Wszelkie efekty uzyskane w toku leczenia są wtedy niweczone, gdyż nie towarzyszą im zmiany w opartych na patologii **relacjach wewnątrzrodzinnych**. W tym też należy upatrywać przyczyn braku postępu w terapii ograniczającej się do modyfikowania wzorów zachowań i przeżywania dysfunkcjonalnego członka czy członków rodziny w oderwaniu od kontekstu środowiska rodzinnego. Pożądane jest zatem równoległe z terapią chorego członka rodziny – której celem byłoby np. nie tylko wyeliminowanie podłoża i symptomów zaburzeń, lecz także zmniejszenie zbyt dużej uległości i podległości – prowadzenie terapii z udziałem pozostałych członków pod kątem zmniejszenia potrzeby dominowania i opiekowania się „patologicznym” mężem i ojcem. Nie mniej ważne byłoby przekształcanie sposobu funkcjonowania takiej rodziny, uświadamianie jej konsekwencji, do jakich mogą doprowadzić patologiczne relacje, oparte na wzajemnym zaspokajaniu i prowokowaniu potrzeb dominowania i zależności. Terapia powinna więc zmierzać w kierunku modyfikacji wzorów zachowania i postaw poszczególnych jej członków, ale zawsze traktowanych jako osoby stanowiące składowe systemu rodzinnego. Ważne jest tu uwzględnianie zarówno racji jednostkowych jak i grupowych; pamiętanie o ich komplementarności, wzajemnym wpływaniu na siebie i uzupełnianiu się.

## **2.2. Interakcyjno-komunikacyjna terapia rodziny**

W terapii rodzin dąży się do przywrócenia lub uformowania nowych sposobów komunikowania się. Najrzetelniej zajmuje się tym tzw. **interakcyjno-komunikacyjna terapia rodzin**. Praca terapeutyczna zmierza tu w kierunku zmiany zaburzonego sposobu komunikacji w rodzinie. Zadaniem terapeuty jest wyróżnienie potencjalnych czynników zaburzających, powstałych z braku umiejętności poprawnego porozumiewania się członków rodziny (Walker, 2001).

Jednym z takich czynników jest tzw. **koluzja**, rodzaj gry prowadzonej między dwojgiem lub więcej osób, które wzajemnie oszukując się, oszukują siebie samych. Dla przykładu: mąż przez dłuższy czas nie spełnia swej obietnicy zakupu żonie drogiego futra. Jednocześnie w ostatnim czasie dość często zdarzają mu się późne powroty i nieobecności w domu, tłumacząc to „pracą w terenie”, „piętrzeniem się różnych problemów w firmie”. Nasuwa to przypuszczenie, że mąż zdradza swą żonę, spotyka się z inną kobietą. Wówczas mąż kupuje upragnione futro, co niejako ma przekonać żonę, iż jest nadal kochana. Ta z kolei przyjmując prezent daje wiarę usprawiedliwieniom męża, i odsuwa od siebie myśli o jego małżeńskiej nielojalności (Strojnowski, 1998).

Innym czynnikiem zaburzającym komunikowanie się w rodzinie jest **niejasność reguł porozumiewania się**, stwarzanie sytuacji, w której poszczególne komunikaty są ze sobą niezgodne. Owa niezgodność może dotyczyć informacji przekazywanych w obrębie kanału słownego (werbalnego), jak i pozasłownego (niewerbalnego), a także między nimi. Może to być więc sprzeczność między dwoma aspektami tego samego tekstu lub niespójność między słowami a tonem, jaki im towarzyszy, słowami a wyrazem mimicznym czy gestami itp. Zjawisko to określane jest jako sytuacja **podwójnego wiązania**. Bardziej szczegółowo oznacza ono taki typ układu komunikacyjnego, w którym dwie grupy informacji docierających do jednostki są na tyle antagonistyczne, że nie sposób ocenić, która jest tą właściwą. Dodatkowo jeszcze każdy z tych dwu sprzecznych komunikatów jest obwarowany tak samo nieprzyjemnymi sankcjami, wybór każdej z nich jest jednakowo dotkliwy (Bateson i in., 1978).

Sytuacja „podwójnego wiązania” pojawia się zwykle w układzie komunikacyjnym między rodzicami a dzieckiem, a najczęściej między nim a matką. Ma to swoje podłoże w postrzeganiu dziecka jako osoby ograniczającej jej możliwości **samorealizacji** w aktywności zawodowej. Narodziny dziecka i wynikająca z nich konieczność poświęcania mu dużej ilości czasu i trudu zostają przez matkę oceniane jako zagrażające jej aspiracjom zawodowym, utrudniające uzyskiwanie zadowalających sukcesów, a łącznie destabilizujące i burzące jej życiowy plan. Dziecko staje dla niej się wówczas źródłem sprzecznych postaw (ambiwalencji), co znajduje swe odzwierciedlenie w komunikowaniu się z nim. Sprzeczność ta to efekt uświadomienia matki, iż normy społeczne zobowiązują matkę do opiekowania się dzieckiem a jednocześnie jej instynktu macierzyńskiego i bliskości łączącej ją z dzieckiem, skonfrontowanego z przekonaniem o nagłym zaniechaniu realizacji swych pragnień i zamierzeń zawodowych. I teraz te antagonistyczne nastawienia mogą być przekazywane dziecku poprzez różne kanały: opiekuńczość i troska – słownym (werbalnym), a niezadowolenie z zawodowego niespełniania się – pozasłownym (niewerbalnym). Na przykład matka wyrażając słownie swe uczucia, mówiąc do dziecka „kocham cię”, przeczy temu mimiką twarzy lub gestykulacją; ma wyraźnie zwężone źrenice (oznaka braku akceptacji), opuszczone powieki i skrzyżowane ręce itp.

Nasilanie się takich „niewerbalizmów” w miarę zbliżania się dziecka do matki sprawia, że doznaje ono konfliktu typu: „**dążenie-unikanie**” (propulsja-repulsja); słowo „kocham cię” zachęca dziecko do zbliżenia się do matki, a wspomniane przekazy bezsłowne zrażają go do niej. Gdy jednak dziecko polegając bardziej na „niewerbalizmach” zaczyna oddalać się od matki, to wówczas intensyfikuje ona informacje przyzwalające, potwierdzające jej uczucia do niego. Obojętność jednak dziecka na te zachęcające komunikaty słowne może skłonić matkę do kierowania wobec niego zarzutów o braku miłości do niej, co odbiera ono jako bardzo krzywdzące. Narażone ciągle na tego typu sytuacje zostaje ono uwikłane w konflikt: unikanie-unikanie w wyniku podwójnej, antagonistycznej informacji. Mamy więc tu do czynienia z „podwójnym związaniem”, jakiegokolwiek ustosunkowanie się do sprzecznych reakcji ujawnianych przez matkę zawsze niesie za sobą ryzyko ukarania (Domachowski, 1993).

Moja własna praktyka terapeutyczna zdaje się potwierdzać dość częste występowanie sytuacji „podwójnego związania” w relacjach między matką a dzieckiem i to bez względu na jego wiek. Ostatnio – w czasie prowadzonej przeze mnie terapii – zetknąłem się właśnie z „ofiara” tego typu układu komunikacyjnego. Była to dwudziestodwuletnia kobieta, która kilkakrotnie wygrywała konkursy piękności, co jednocześnie wiązało się z propozycjami pracy w mniej lub bardziej renomowanych agencjach mody. Za każdym razem, tuż po rozpoczęciu przez nią pracy jako modelki, spotykało to się ze sprzeciwem matki, która wywierała presję zarówno na swą córkę jak i jej pracodawców, argumentując to troską o jej zdrowie i bezpieczeństwo. Córkę przekonywała o ulotności tego zawodu, o niezdrowych zależnościach i amoralności, a chlebodawcom starała się wmówić choroby, na które jej „latorośl” rzekomo cierpi. Ogół tych zabiegów miał na celu zaniechania pracy modelki i powrót córki do domu rodzinnego. Był to zarazem sposób pokazania jej matczynej miłości, która każdorazowo akcentowała swe poświęcenie z miłości dla niej. Mówiła tu o „ratowaniu” jej reputacji i przekonywała ją, że należy się jej wdzięczność i posłuszeństwo.

W układzie komunikacyjnym „podwójnego związania” można więc wyróżnić kilka charakterystycznych elementów:

- a) Zawsze jedna z dwóch komunikujących się osób **staje się „ofiara”**; w naszym przykładzie była nią córka.
- b) Ściśle określone, **powtarzające się doświadczenie**; u nas – nieudane próby usamodzielnienia się i realizowania się w wymarzonej zawodzie modelki.
- c) Pierwotny, **zakazujący negatywny komunikat**; u nas: „Nie wolno ci opuszczać rodziców”.
- d) **Komunikat zakazujący wtórny**, który stanowi wzmocnienie tego pierwotnego i przekazywany jest zwykle kanałem niewerbalnym (mimiką, gestem). W naszym przykładzie miałby on za zadanie utrwalić u córki przekonanie typu: „Nie wolno ci wątpić, że moje postępowanie wynika

z miłości do ciebie”, albo „Nie możesz oceniać mojego zachowania jako szkodzącego tobie”.

- e) **Komunikat zakazujący trzeciego stopnia**, który ma jeszcze bardziej związać „ofiara” z rodziną pochodzenia. Może on być wyrażony bezsłownie jak i werbalnie, i ma na celu przekazanie następującej treści: „Wiesz doskonale, że bez mojego wsparcia przepadniesz w życiu”, albo „Postępując wbrew mojej woli przysparzasz mi siwych włosów i zmarszczek”.
- f) Powielanie takich sytuacji doprowadza, że „ofiara” zostaje **ubezwłasnowolniona**, zaczyna być nadwrażliwa na każdy, nawet pojedynczy komunikat zbliżony do tego z sytuacji „podwójnego związania”. O ile wcześniej „ofiara” reagowała negatywnie dopiero po doświadczeniu kolejnych zakazów (pierwotnego, wtórnego i trzeciego stopnia), to już teraz wystarczy jakikolwiek z nich, by zaburzyć jej poprawne funkcjonowanie (Walker, 2001).

Z sytuacją „podwójnego związania” mamy zatem do czynienia wówczas, gdy któryś z członków rodziny nieustannie otrzymuje od pozostałych **sprzeczne komunikaty**, a przy tym wybór któregoś z nich grozi sankcjami; z reguły utratą miłości, wrogością, gniewem, a w skrajnych przypadkach nawet porzuceniem. Jednocześnie „ofiara” tej sytuacji (zwykle dziecko) nie może oceniać, krytykować tej sprzeczności, a także nie może zaniechać kontaktów, które zwykle są dla niej wręcz bezcenne i niezastąpione. W rezultacie, więc każde zachowanie skazane jest z góry na porażkę.

Z pewnością doświadczenie sytuacji „podwójnego związania”, znamienne dla niej sprzeczność, niespójność przekazu i niemożność dokonania nieobarczonego karą wyboru musi prowadzić do **zaburzonej komunikacji** w rodzinie.

Poświęciłem tu nieco więcej miejsca zjawisku „podwójnego związania” nie bez przyczyny, gdyż stało się ono modelem tzw. **terapeutycznego podwójnego związania**, jednej z bardziej efektywnych procedur terapeutycznych stosowanych w ramach systemowej terapii rodzin. W modelu tym dąży się do przekształcania nakazów implikujących „podwójne związanie” na komunikaty bardziej jednoznaczne i czytelne. Kształtuje się umiejętność poprawnego formułowania komunikatów w zależności od kontekstu sytuacyjnego, jak też zdolność antycypowania konsekwencji przekazu werbalnego i niewerbalnego w sytuacji ich niespójności. Terapia koncentruje się na eliminowaniu skłonności do preferowania jednego z kanałów przekazu kosztem deprecjonowania drugiego z nich, a także sprzeczności pojawiającej się w obszarze przekazu jednym kodem (np. tylko werbalnym). Członkowie rodziny dopuszczający się „podwójnego związania”, wykazujący tendencję do niewłaściwego, „związującego” konstruowania wypowiedzi są „uczeni” nowych sposobów tworzenia komunikatów, a także takiego ich przekształcania, by umożliwić „ofierze” wyjść poza układ „podwójnego związania”. Zaleca się np. aby matka zmęczona uciążliwym zachowaniem dziecka zamiast

powiedzieć: „*Idź spać, bo jesteś zmęczony i chcę, abyś się wyspał*” powinna oznajmić mu: „*Bardzo mnie już zmęczyłeś, zajmij się na chwilę sobą i daj mi odpocząć*”. Powielanie bowiem wypowiedzi pierwszego typu, posługiwanie się różnymi jego wariantami niesie ryzyko zaistnienia „podwójnego związania”, a w efekcie do destabilizacji systemu rodzinnego. Pamiętać tu jednocześnie należy, iż „podwójne związanie” zawsze odciska swe piętno na obu stronach i nie ma sensu podział na „związującego” i „związanego”, i, co więcej możemy tu mówić o dwóch „ofiarach”: każda bowiem ze stron na swój sposób ponosi konsekwencje dylematów stworzonych przez sprzeczne komunikaty (Namysłowska, 1997).

Nie mniej interesującą wykładnię czynników zaburzających prawidłowe relacje w rodzinie podaje V. Satir, znana terapeutka rodzinna. Źródłem patologii w rodzinie jest według niej wadliwa komunikacja wynikająca z **zagrożenia poczucia własnej wartości**. Twierdzi ona, że im niższy jest poziom samooceny partnera, tym mniejsze przejawia zdolności do ujawniania swych emocji i potrzeb, co w sumie wprowadza chaos komunikacyjny; niemożliwa staje się pełna i wzajemna wymiana emocjonalna w interakcjach: mąż-żona, a w efekcie gorzej układa się współżycie w małżeństwie. **Niski poziom samooceny i związany z nim lęk i poczucie zagrożenia „ja”** są – zdaniem Satir – czynnikami motywującymi do poszukiwania partnera, który jest postrzegany jako osoba mająca dowartościować i wesprzeć. W obawie jednak przed nieprzychylnym potraktowaniem „słabości” partnera i wynikającą z tego groźbą jego utraty nie dochodzi do ujawnienia niskiej samooceny. Gdy po jakimś czasie wychodzi na jaw, iż partner nie tylko nie potrafi dać oparcia, ale sam go wymaga, pojawiają się problemy w sprawnym komunikowaniu się partnerów. Ma wtedy miejsce nieadekwatny sposób komunikowania się, wymiana informacji polega na przypuszczeniach, zgadywaniu i domysłach, i brak w nich ustosunkowania emocjonalnego; o swoim związku wyrażają się zbyt racjonalnie, zupełnie chłodno, bez intensywniejszego zaangażowania. Oczekiwania i zarzuty partnera są formułowane w sposób niezbyt czytelny i to jeszcze w tonie nieliczącym się z komfortem psychicznym odbiorcy (tu: drugiego partnera). Porozumiewanie się na takich zasadach przypomina „komedię omyłek”, a partnerzy, którzy byliby w stanie nawzajem dowartościowywać się, jeszcze bardziej **deprecjonująco** wpływają na już i tak niskie poczucie własnej wartości. W takich związkach trudno wyróżnić, kto jest komunikatorem i odbiorcą przekazu, jakie treści niosą poszczególne sygnały, czego oczekuje ich nadawca i co chce uzyskać od osoby, do której wypowiedź jest skierowana. Charakterystyczne jest tu również obwinianie innych, zjednywanie pozostałych członków rodziny dla swych racji, wciąganie ich do własnej gry, nie biorąc jednocześnie pod uwagę tego, jakie to rodzi w nich odczucia i jakie mają zdanie (Satir, 2000).

V. Satir, opierając się na swojej długoletniej praktyce klinicznej, wyróżniła **cztery wadliwe style komunikowania się**, które – według niej – mają charakter uniwersalny, są niezmiennie i niezależne od wpływów kulturowych.



Pierwszy z nich określiła **stylem zjednywacza** i jego istota polega na zjednywaniu innych poprzez zbytnią uległość, przymilanie się i częste przeproszanie. „Zjednywacz” zachowuje daleko posuniętą ostrożność, aby nikomu nie narazić się, nie zdenerwować innych, a wszystko w nadziei, iż otrzyma w zamian trochę wsparcia i miłości. Posługuje się komunikatami typu: *„Kochanie, dla ciebie zrobię wszystko i to niezależnie od kosztów i wyrzeczeń”*, albo *„Ja zgadzam się na wszystko, zrobimy jak mówisz, ja tylko pragnę, abyś była szczęśliwa”*. „Zjednywacz” ignoruje samego siebie, nie liczy się z tym co w danej chwili przeżywa, co w dużej mierze wynika z jego przeświadczenia o własnej bezradności i bezwartościowości.

Drugim wadliwym sposobem komunikowania się – opisanym przez Satir – jest **styl obwiniacza**. Osoba posługująca się tym stylem jest przede wszystkim nastawiona na krytykowanie innych, na obarczanie ich winą za niepowodzenia rodzinne (np. wychowawcze, bytowe) i małżeńskie (np. nieudane życie seksualne). „Obwiniacz” pomijając to, co faktycznie czuje do innych, dopuszczając się zbyt skrajnych ocen ma nadzieję, że inni będą go postrzegali jako osobę silną, przewodzącą i potrafiącą podejmować trafne decyzje. W rzeczywistości jest to „woal” mający ukryć poczucie samotności i nieadekwatną samoocenę. W jego wypowiedziach dominują różnego typu uogólnienia, jak np.: *„Ty zawsze zawodzisz”*, *„Jeszcze nigdy niczym dobrym mnie nie zaskoczyłaś”*, *„Od początku naszego małżeństwa jesteś tak samo beznadziejna”*.

Nierzadko przedmiotem krytyki są sprawy z dalekiej przeszłości, albo kwestie, które są produktem zbyt bujnej wyobraźni „obwiniacza”, nie mające pokrycia w faktach.

**Styl komputerowo-racjonalny**, to kolejna strategia niewłaściwego kompensowania braku poczucia własnej wartości. Charakteryzuje się on dużą zachowawczością w okazywaniu emocji, przyjmowaniem nienaturalnej, jakby „sparaliżowanej” postawy ciała, unikaniem kontaktu wzrokowego (tzw. rozbiegane oczy) oraz okraszaniem wypowiedzi słownej neologizmami, trudnymi określeniami. Osoby preferujące ten styl pomijają to, co czują do siebie i do odbiorcy. Można ich rozpoznać po takiej na przykład wypowiedzi: *„Nie jestem megalomanem, snobem i popadającym w egzaltację, i w związku z tym mój osąd jest w pełni obiektywny i racjonalny”*. Negocjowanie jakiegoś sporu małżeńskiego „komputerowiec-racjonalista” prowadzi następująco: *„Dostrzegalna jest tu sytuacja, że mamy do czynienia z chwilowym impasem w naszym związku, trzeba byłoby zatem przywrócić konsensus”*. Uciekanie się do takich wypowiedzi to zwykle wybieg mający na celu ukrycie poczucia zagrożenia lub obawy przed popadnięciem w niełaszkę.

Ostatnim, wadliwym, czwartym w kolejności, stylem komunikowania się opisanym przez Satir jest **styl mąciela**. Tutaj komunikator rozładowuje napiętą atmosferę przez wprowadzanie tematów zastępczych, unikanie „drażenia” i rozstrzygania faktycznego podłoża małżeńskich czy rodzinnych niesnasek. „Mąciela” fantazjuje, mówi o „niebieskich migdałach”, roi, nie

myśli o niczym konkretnym, a wszystko to po to, aby zakamuflować poczucie braku troski o niego i ryzyko odrzucenia (Budzyńska-Dawidowska, 1999).

Virginia Satir podejmując próbę ustalenia źródeł wadliwej komunikacji w rodzinie koncentruje się na **diadzie małżeńskiej**, twierdząc, że sposoby porozumiewania się małżonków między sobą determinują zdrowie lub patologię ich dziecka. W związku o zaburzonych granicach „ja”, zbyt dużych różnicach między partnerami w sposobach radzenia sobie z własnymi, intrapsychozycznymi problemami (poczuciem zagrożenia, lękiem itp.) i związana z tym nadmiernie **zaniżona samoocena** jednego lub obu partnerów, decyzja o poczęciu potomstwa może być próbą przeciwdziałania trudnościom małżeńskim. Dziecko jest wówczas traktowane **instrumentalnie**, ma bowiem pomóc rodzicom podwyższyć, urzeczywistnić ich samoocenę. W takim układzie nie jest możliwy prawidłowy rozwój dziecka, gdyż musi ono postępować zgodnie z oczekiwaniami rodziców, co jednocześnie musi ograniczać jego otwartość i indywidualność. Każde zachowanie dziecka wbrew ich woli może być odczytywane przez nich jako zagrożenie dla ich „ja”. Może przy tym dochodzić do jednostronnych powiązań, przeciągania dziecka na własną stronę przez któregoś z rodziców lub obu równocześnie, co w efekcie może implikować u niego **zachowania ambiwalentne**; postawione w sytuacji opowiedzenia się za którymś z rodziców doznaje wielkich cierpień, jest skazywane na utratę drugiego z nich, a przecież potrzebuje ono ich w równym stopniu, jego natura domaga się silnej więzi z obojgiem rodziców. Ulegając presji jednego z rodziców, wchodząc z nim w ścisłą relację naraża się temu drugiemu i albo jest przez niego intensywniej „adorowane” i zachęcane do przejścia na jego stronę lub też traktowane chłodno i wrogo. W każdym więc przypadku prawidłowe wzrastanie dziecka, jego rozwój w pożądanym kierunku jest uniemożliwiony.

Czynnikami naprawczymi tych nieprawidłowości i zaradczym jest – zdaniem Satir – dbałość o przestrzeganie poprawnych sposobów komunikowania się. W rodzinach o zaburzonej komunikacji musi dochodzić do przywracania relacji opartych na zasadach dających jak najpełniejszą autonomię poszczególnym członkom rodziny. Ów proces przywracania prawidłowych relacji w rodzinie jest możliwy poprzez rzetelnie realizowaną terapię rodziny. Jej istota powinna polegać na odkrywaniu tych reguł funkcjonowania rodziny, które oddziałują negatywnie zarówno na cały system rodziny, jak i na poszczególnych jego członków. Z tego względu w toku terapii dąży się, aby każdy uczestnik terapii rodzinnej: wyrażał to, co rzeczywiście spostrzega; miał zapewnioną możliwość pytania, gdy tylko coś okaże się dla niego niezrozumiałe lub wątpliwe; miał stworzone **poczucie bezpieczeństwa i niezależności**, bo tylko wtedy może otwarcie wyrażać swój brak akceptacji czegoś lub swe różniące się zdanie w jakiejś kwestii; miał zagwarantowane prawo do pełnej prezentacji swych racji, bez obawy, że ktoś przerwie mu wypowiedź; zawsze wiedział, które z komunikatów dotyczą bezpośrednio jego osoby, a także jego jako „ogniwa” w systemie rodzinnym (Satir, 2000).

Terapia rodziny ma na celu usunięcie któregoś z czterech wadliwych stylów komunikowania się i zastąpienie ich stylem poprawnym, który Satir określa jako **dojrzały sposób komunikowania się**. Tutaj komunikator „mówi wprost”, nie lęka się wyrażać tego, co rzeczywiście czuje, zachowując przy tym godność własną oraz godność osób, do których się zwraca. Ten piąty, pożądany styl porozumiewania się, pozwala mu radzić sobie w sposób naturalny, relatywny i rzeczowy, umożliwiając zachowanie autonomii obu stronom – nadawcy i odbiorcom.

Przed rozpoczęciem terapii osoba jej się podejmująca powinna ustalić w jakich wymiarach dotychczasowe komunikowanie się jest zaburzające. Pomocne w tym może okazać się zadanie następujących **pytań diagnostycznych**:

1. co wolno ujawnić poszczególnym członkom rodziny z tego, co ma miejsce w domu?;
2. z kim można o tym porozmawiać?;
3. w jaki sposób można wyrażać dezaprobatę lub sprzeciw wobec zachowań członków i zdarzeń w domu?;
4. w jaki sposób formułuje się pytania w sprawach niejasnych, mało zrozumiałych? (Budzyńska-Dawidowska, 1999).

Odpowiedzi na te pytania powinny pokazać na ile poszczególni członkowie rodziny są zdolni do artykułowania spójnie, wiernie i czytelnie tego, co **widzą, słyszą, czują i myślą o sobie, i o pozostałych w ich obecności**. Powinny także ujawnić w jakiej mierze różnice między członkami w rodzinie zostały ustalone i zaakceptowane jako sprzyjające rozwojowi, a w jakim stopniu postrzegane są jako coś zagrażającego. Na podstawie tych pytań i udzielonych nań odpowiedzi możliwe jest także ustalenie, którzy z członków rodziny odnoszą się do pozostałych jak do niepowtarzalnych osób, którym należy się szacunek i poważanie. Umożliwiają również poznanie umiejętności poszczególnych członków odnośnie porozumiewania się opartego na zasadach dostosowywania się do wciąż zmieniających się ról w rodzinie. Chodzi tu o zdolność traktowania rodziny jako **systemu podlegającego ciągłym zmianom**, wynikającym z narodzin pierwszego dziecka, pojawiania się kolejnych, ich sukcesywnego dorastania, starzenia się rodziców itp.

W wielu przypadkach we własnej praktyce terapeutycznej spotykam się z tym, że udzielane odpowiedzi „demaskują” złożoną strukturę reguł opartych na zakazach i nakazach, prowadzących do wzajemnego ignorowania się albo unikania dialogu w trudnych kryzysowych sytuacjach w rodzinie, co w sumie czynią ją **komunikacyjnie dysfunkcyjną**. Niejednokrotnie rodzice nie potrafią ocenić, które z trudności powinni pokonać całkowicie sami a jakie z nich z udziałem swoich dzieci. Często bowiem stykam się z rodzinami, w których nie relacja (współmałżonek, dziecko) czy wiek przesądza o tym, kto z kim prowadzi dyskusję, lecz sam temat. Nierzadko też zdarza się, iż któryś z rodziców wybiera dziecko zamiast małżonka do rozmowy o pewnych trudnych tematach w sprawach rodzinnych, mimo że znacznie one przerastają

pełnią funkcję i predyspozycje umysłowe tego dziecka; po prostu jest to temat do podjęcia jedynie ze współmałżonkiem, którego doświadczenia i możliwości intelektualne za tym przemawiają. Tu zwykle zastąpienie współmałżonka dzieckiem to wynik obawy, że podjęcie określonych tematów z tym pierwszym nie przyniesie oczekiwanego pozytywnego zakończenia, co na przykład udowodnił już on to w przeszłości. Trwanie zaś w tego typu przekonaniach może doprowadzić do **zatarcia granic międzypokoleniowych** i częstego absorbowania dziecka sprawami dla niego niezrozumiałymi i, co najgorsze, szkodzącymi zarówno jego rozwojowi jak i zdrowym relacjom w rodzinie.

Powstały na takim lub podobnym tle chaos komunikacyjny wymaga **interwencji terapeutycznej**, mającej tu na celu uwrażliwienie poszczególnych członków na potrzebę dociekania sensu każdego wysłanego przez nich komunikatu, jak i tych uzyskiwanych od innych. Musi tu dojść do ukształtowania przeświadczenia, iż porozumiewanie się w sposób adekwatny do określonych okoliczności, z zachowaniem dbałości o poczucie bezpieczeństwa, tolerancji i szacunku zarówno dla siebie jako komunikatora, jak i dla osób, do których przekaz jest skierowany – to czynniki inspirujące do konstruktywnych rozwiązań indywidualnych i rodzinnych trudności.

W praktyce terapeutycznej polega to na sukcesywnym poznawaniu struktury rodzinnej, w tym reguł komunikowania się, nieprawidłowości, niespójności przekazów oraz na odtwarzaniu przeszłości rodziny, na sięganiu do jej dawno minionej historii. Poznanie tej historii jest specyficzną diagnozą rodziny w aspekcie rozwojowym, pozwalającą ustalić, które jej doświadczenia (np. narzeczeństwo, pierwsze bezdzietne lata małżeństwa, narodziny pierwszego i następnych dzieci) są tymi najbardziej **destabilizującymi system rodzinny**. Terapia koncentruje się na ciągłym odkrywaniu utajnionych i ukrytych reguł komunikacji, jakie zostały przyjęte w danej rodzinie, a następnie zmienianiu i ich modyfikacji.

Dokonywanie zmian zaburzających, niewłaściwych wzorów komunikacji w rodzinie można dokonywać poprzez **oddziaływania bezpośrednie i pośrednie**. W pierwszym przypadku praca terapeutyczna polega przede wszystkim na ocenie i interpretacji wzorów porozumiewania się, uczeniu zasad jasnej komunikacji. Tu terapeuta wprost wskazuje na błędy w komunikowaniu się, na wadliwe przekazywanie i odczytywanie sygnałów werbalnych i pozawerbalnych, na zbyt często popełniane przewinienia wynikające z niespójności komunikatów, pomieszania poziomów we wzajemnym porozumiewaniu się. Terapeuta stara się wprowadzić poprawność interakcyjną, uświadamiając członkom rodziny, iż jest ona zależna od przestrzegania **reguł symetryczności i komplementarności relacji**. Instruuje wręcz, że w interakcjach symetrycznych zachowanie jednego członka powinno stanowić zwierciadlane odbicie drugiego, a w komplementarnych musi mieć miejsce wzajemne uzupełnianie, tworzenie pewnej całości. Terapeuta bezpośrednio „przyłapując” kogoś z członków rodziny na skłonności do eskalacji

symetryczności, objawiającej się np. w dążeniu do bycia „o włos” lepszym od swego rozmówcy, w roszczeniu sobie prawa do wypowiedzania ostatniego zdania, pokazuje mu jak silnie tym samym zniekształca relację. Podobnie wskazuje, które z osób przejawiają tendencję do tworzenia wadliwych interakcji komplementarnych, co np. uwidacznia się w dążeniu do wyolbrzymiania różnic między partnerami, w wymianie informacji opartej na nierówności i chęci nadmiernego dominowania, narzucania własnego zdania. Tutaj terapeuta podejmuje próbę unaocznienia jak ta zaburzona komplementarność rzutuje na utrwalenie się patologicznej zasady: „**ten, kto przegrywa, przegrywa zawsze, a ten, kto wygrywa, wygrywa zawsze**” (Satir, 2000).

W omawianej strategii oddziaływań bezpośrednich, członkowie rodziny są uczeni reguł **jasnej komunikacji werbalnej**, brania większej odpowiedzialności za każde wypowiedziane słowo i dbałości o szeroko rozumianą kulturę języka. Zaleca się im mówienie **w pierwszej osobie liczby pojedynczej** o własnych uczuciach i myślach (np. zamiast mówić „*Od początku akceptowaliśmy naszą przyszłą synową*”, lepiej powiedzieć – „*Od początku akceptowałem moją przyszłą synową*”). W toku terapii członkowie rodziny są uczeni takiego formułowania uogólnień i osądów, by mogły one pełniej wyrażać ich indywidualne stanowiska i oceny, tym samym, by stały się wolniejsze od zbyt obiektywnych i kategorycznych stwierdzeń. W efekcie tak tworzone uogólnione komunikaty – formułowane jako własne opinie – mogą wprowadzać do relacji możliwości negocjowania stanowisk i opinii w ważnych dla danego członka i rodziny kwestiach. Są również przekonywani o potrzebie mówienia bezpośrednio „do” a nie „o” poszczególnych członkach w ich obecności. W czasie kolejnych sesji terapeutycznych są oswajani z zasadą mówienia do siebie w swojej obecności. Taka forma prowadzenia dialogu wzmacnia przekazywane treści oraz zapobiega tworzeniu się zaburzających subsystemów w układzie rodzinnym (Tryjarska, 2000).

W strategii oddziaływań bezpośrednich **terapeuta przyjmuje rolę nauczyciela, wzorca i moderatora** poprawnych sposobów porozumiewania się. Świadomy tego, iż uczenie członków rodziny jasnej komunikacji przez mówienie i instruowanie jest dość trudne z uwagi na silnie utrwalone przyzwyczajenia, musi on być w swych działaniach bardzo przekonywujący. Już na samym wstępie powinien powiadomić on rodzinę, że jest rzecznikiem ogółu jej członków i nie ma mowy, by doszło do faworyzowania któregoś z nich. Samo zaś postępowanie terapeuty powinno cechować **otwartość, okazywanie sympatii** każdemu z członków, a praca terapeutyczna powinna koncentrować się na ujawnianiu wszystkich pozytywnych zdarzeń z życia rodziny, na określaniu indywidualnych predyspozycji poszczególnych osób, jak również na ustalaniu źródeł rodzinnego, interakcyjnego wsparcia.

Nie ulega wątpliwości, że ograniczanie się do mówienia członkom rodziny jakich należy przestrzegać reguł, by być bardziej komunikatywnym – to o wiele za mało, by osiągnąć trwałe efekty. Zwiększeniu skuteczności oddziaływań terapeutycznych sprzyja **indywidualizacja**, tzn. wyróżnienie

funkcji i ról, jakie przyszło pełnić każdemu z członków, z jednoczesnym wskazywaniem poprawności i nieprawidłowości w tym względzie. Członkowie rodziny są w ten sposób uczeni wartościowania i rozróżniania zachowań wynikających z roli małżonka, rodzica, dziecka, siostry lub brata oraz przypisanym im sposobom komunikowania się. Tak programowana i realizowana strategia jest nastawiona na modyfikowanie sprawności porozumiewania się, wymiany informacji, na ukształtowanie umiejętności nawiązywania i utrzymywania bliskich kontaktów emocjonalnych. Łącznie ma to doprowadzić do wzrostu samooceny i pewności siebie każdego z członków rodziny, a przez to do stworzenia warunków rozwojowych zarówno rodzinie jako systemowi, jak i jej poszczególnym członkom (Pohorecka, 1992).

Drugą strategią oddziaływania na rodzinę jest posługiwanie się **technikami pośrednimi**, a wśród nich najczęściej tzw. **paradoksalnymi**. Praca tymi technikami polega na zalecaniu kontynuowania dotychczasowych negatywnych zachowań. Kiedy terapeuta poleca np. agresywnemu wobec rodziców dziecku, aby nadal było agresywne, chwytą go w pułapkę paradoksu. Jeżeli dziecko dalej będzie zachowywało się agresywnie, spełni nakaz terapeuty, ulegnie jego sugestii, a tym samym podporządkuje się mu. Jeżeli nie będzie miało ochoty wypełnić polecenia terapeuty, ulec mu, wówczas musi zaniechać agresji, co w sumie doprowadza do usunięcia nagannego zachowania. Mamy tu wtedy do czynienia ze wspomnianym wcześniej „**terapeutycznym podwójnym związaniem**”, gdyż agresywne dziecko zostało skonfrontowane z dwoma sprzecznymi poziomami komunikatu. Zalecanie bycia nadal agresywnym oznacza wymaganie zachowania, które nie może być spełnione, gdyż dziecko już jest agresywne. Terapeuta zachęcając do utrzymywania agresji przejmuje w efekcie kontrolę nad procesem terapii (Weeks, L'Abate, 2000).

Równie korzystne jest posłużenie się technikami paradoksalnymi wobec rodziny traktowanej jako „**zbiorowy pacjent**”. I tak np. rodzina o wysokim poziomie sztywności zachowań i silnie broniąca swego **patologicznego status quo**, jest postawiona w sytuacji dokonania dylematycznego wyboru. Może naruszyć patologiczną równowagę, co jednocześnie oznacza sprzeciwienie się poleceniu terapeuty, albo może nie naruszać zaburzającego układu, tym samym rezygnując z opozycyjności wobec terapeuty i wręcz przystając na jego sugestie.

Terapia przy użyciu technik paradoksalnych polega więc na pozornym zachęcaniu rodziny do zaniechania zmiany, gdyż w rzeczywistości ma tu miejsce wymuszenie na niej przeciwnej postawy, a więc takiej, która w efekcie prowadzi do uzyskania zmiany. Technikom tym przyświeca paradoksalnie brzmiąca idea: „**Zmień się, nie zmieniając**” (Namysłowska, 1997).

Terapia komunikacyjna koncentruje się zatem na usprawnianiu wymiany informacji (komunikatów) między poszczególnymi członkami rodziny. W ujęciu komunikacyjnym poznanie treści płynących z przekazu słownego (werbalnego) jak i niewerbalnego (gesty, pozycja ciała, mimika itp.) jest istotne dla doskonalenia relacji interpersonalnych w rodzinie, skutecznego

porozumiewania się. Rozumiejąc bowiem znaczenie jak największej liczby komunikatów, sposobów prezentowania określonych treści, z większą łatwością może przyjść właściwe reagowanie na wypowiedzi partnerów dialogu. Ma to jednocześnie spowodować modyfikację i zmianę wzorów komunikacji w rodzinie, tak, by stała się ona systemem funkcjonującym jako jedna całość.

W szkole komunikacyjnej praca z rodziną koncentruje się na problemie **komunikowania się i stylów interakcyjnych wewnątrz rodziny**. V. Satir – reprezentantka tej szkoły – przyjmując, że symptomy i zaburzenia w zachowaniu są właśnie pochodną wadliwego komunikowania się członków rodziny, określa cel terapii jako: **próbę modyfikowania sposobów komunikacji wewnątrzrodzinnej**, a także uczenia adekwatnych wzorów wzajemnego porozumiewania się. Jednocześnie przy tym wskazuje, iż wymaga to **objęcia postępowaniem „naprawczym” całej rodziny**. Włączając dzieci do terapii i to począwszy od pierwszej sesji, o wiele łatwiej – jej zdaniem – przychodzi uświadomienie wszystkim członkom rodziny, że są jednostkami różniącymi się od siebie i mogącymi w związku z tym prezentować antagonistyczne poglądy i nie zgadzać się ze sobą. Udział dzieci w toku terapii umożliwia zarazem realizację swoiście rozumianego „treningu” umiejętności komunikacyjnych, przeprowadzanie ćwiczeń mających sprawić, aby członkowie rodziny komunikowali się ze sobą w sposób jasny, wyrażając słownie i przekazując niewerbalnie, co widzą i czują, aby ujawniali różnice zdań i nauczyli się komunikowania różnych stanów emocjonalnych; zarówno tych dostarczających przyjemności i zadowolenia, jak i cierpienia i bólu. Z wielokrotnia to jednocześnie szansę na to, by dzieci i rodzice byli w stanie dostrzegać aktualnie istniejące w rodzinie trudności, nauczenia się rozmawiania o nich, wspólnego określania ich źródeł (Walker, 2001).

Wielu terapeutów waha się przed włączeniem dzieci do terapii rodziny, obawiając się dodatkowej komplikacji wynikającej z konieczności pracy z dwoma pokoleniami równocześnie, a przy tym jeszcze prawdopodobieństwa pojawienia się impulsywnych, „buntowniczych” trudnych do przewidzenia, zachowań dzieci. Aby rozwiązać te obawy, czy też zminimalizować ich wielkość, podjęcie decyzji o włączeniu dzieci do terapii rodziny powinno być poprzedzone: określeniem dolnej granicy wiekowej współuczestniczących w terapii dzieci; ustaleniem momentu włączenia ich do terapii; określeniem czasu uczestniczenia w terapii, ilości sesji (spotkań); wcześniejszym zadecydowaniem, czy w terapii powinny brać udział wszystkie dzieci z danej (objętej terapią) rodziny, czy tylko te, które ujawniają objawy.

Virginia Satir, wielka orędowniczka włączania dzieci do terapii rodziny, odmawia udziału w terapii jedynie tym poniżej czwartego roku życia, rygorystycznie jednak nakazując, by uczestniczyły one w co najmniej dwóch sesjach – umożliwiając przez to klinicyście uzyskanie obrazu funkcjonowania rodziny jako całości. Wskazuje także, iż korzystne może okazać się ponowne ich włączenie do końcowej fazy terapii, by w ten sposób wspólnie z dziećmi wzmocnić i utrwalić to, czego ich rodzice i starsze rodzeństwo nauczyli się w przebiegu terapii.

Satir hołdując zasadzie rozpoczynania terapii rodziny od spotkań jedynie z **parą małżeńską** (przynajmniej przez dwie sesje), nie wyklucza jednak ewentualności (choć niezbyt chętnie) włączania do terapii dzieci już od pierwszej sesji. Najbardziej jest do tego przekonana w sytuacji, gdy rodzina jest w takim stopniu dysfunkcyjna, że partnerzy nie potrafią skoncentrować się na swoim związku, a przy tym muszą mieć w pobliżu dziecko, by na nim skupiać swą uwagę. Ponadto dopuszczalny jest udział dzieci od pierwszej sesji, gdy mają one więcej niż dwadzieścia jeden lat, a zatem po osiągnięciu przez nie emocjonalnej dojrzałości. Pozostałe zaś dzieci, a więc te mieszczące się w przedziale wiekowym od czwartego do dwudziestego pierwszego roku życia, mogą być - jej zdaniem - uczestnikami przez większość sesji. Zawsze jednak kilka sesji jest realizowanych tylko z samymi rodzicami (partnerami) lub innymi dorosłymi (np. babka, dziadek) wspólnie z nimi mieszkającymi, albo pozostającymi w bardzo bliskich i częstych kontaktach.

Terapeutka ta wychodząc z założenia, że istniejący w rodzinie ból jest współodczuwany przez wszystkich członków rodziny (w tym także tych, którzy w danej chwili nie wykazują wyraźnych tego symptomów), praktykuje **włączanie wszystkich dzieci** do procesu terapeutycznego. Sprzyjać ma to zapobieganiu wielu niekorzystnym zjawiskom, a samym dzieciom biorącym udział w terapii, mimo że nie kwalifikują się do terapii i nie ujawniają symptomów, zapewnia potencjalną możliwość zaangażowania w proces przeformułowywania wzajemnych relacji w rodzinie (Satir, 2000). W rezultacie ma to z jednej strony ustrzec dzieci przed pojawieniem się u nich symptomów w przyszłości, a z drugiej, pozwolić uzyskać podobne korzyści z udziału w terapii, jak u członków rodziny bezpośrednio objętych postępowaniem terapeutycznym.

### 2.3. Strategiczna terapia rodziny

Potrzeba włączania dzieci do terapii rodziny równie silnie jest akcentowana przez twórców **terapii strategicznej**. Takie jej techniki pracy z rodziną, jak np. **pytania cyrkularne** czy **zadania do wykonania**, wymagają wręcz udziału całej rodziny.

**Pytania cyrkularne**, by mogły spełnić swą funkcję związania systemu rodzinnego w jedną całość z terapeutą, muszą być kierowane do wszystkich członków rodziny. Cyrkularność traktowana jest tu jako umiejętność terapeuty do uzyskiwania i korzystania z **informacji zwrotnych** od całej rodziny, które są zaś ustosunkowaniami poszczególnych jej członków na treści przekazywane przez klinicystę; treści dotyczących ujawnianych przez rodzinę interakcji, wzajemnych zależności i relacji, a także antagonizmów i przewartościowań (Namysłowska, 1992). Odpowiedzi na pytania cyrkularne umożliwiają poznanie swoistych interakcji w szczególnych warunkach; ułatwiają uchwycenie charakterystycznych wzorów zachowań poszczególnych członków rodziny, różnic w ich sposobach reagowania w określonych sytuacjach; sprzyjają ustaleniu, jak różne zdarzenia w życiu rodziny wpływały na jej losy, w jaki



sposób pokonywała ona pojawiające się trudności; umożliwiając wysnuć przypuszczenia co do dalszych, hipotetycznych sytuacji, a w związku z tym w dużym stopniu zapobiegać rozwojowi niekorzystnych tendencji. Pytania te powinny być formułowane w sposób jasny i kategoryczny, bez jakichkolwiek podtekstów, podchwytliwości i metafor. Przykładowo: „*Kto zwykle w czasie istniejącego konfliktu między rodzicami bardziej dąży do jego rozwiązania, mama czy tata?*” (pytanie skierowane do dzieci), „*Kto najlepiej i najszybciej potrafi rozładować napiętą atmosferę w rodzinie – matka, ojciec, siostra czy może brat?*” (pytanie skierowane do wszystkich członków rodziny), „*Gdybyś wyjechał na dłuższy czas z domu, kto zająłby się rodzicami?*”, „*Kto jest najbardziej podatny na sugestie ojca, a kto na argumentacje matki?*”. Zadawanie tego typu pytań całej rodzinie może z pewnością mieć większą wartość terapeutyczną, implikować o wiele intensywniejsze zmiany w sposobach funkcjonowania rodziny, niż kierowanie ich jedynie do samych rodziców, czy do wybranych (np. tylko tych mających objawy) jej członków (Haley, 1995).

Trudno również sobie wyobrazić posługiwanie się bez udziału całej rodziny drugą z wymienionych powyżej technik, a mianowicie „**zadaniami domowymi**”. Chodzi tu o zadania domowe zalecane rodzinie do realizacji w przerwach między sesjami terapeutycznymi. W zadaniach tych podane są wskazania co do sposobów zachowania w różnych okolicznościach konkretnych osób z rodziny, jak i rodziny jako jednej całości. Właśnie specyficzną kategorią zadań są polecenia dotyczące wykonania w domu przez całą rodzinę złożonych rytuałów, które mogą pobudzić ją do zmian, a także ukształtować wzory zachowań prowadzących do zachowania rodzinnego status quo (Tryjarska, 2000).

Zarówno pytania cyrkularne, jak i zadania domowe, by mogły być poprawnie formułowane, wymagają dużej wiedzy terapeuty o rodzinie. W terapii strategicznej ów **proces gromadzenia tej wiedzy** traktowany jest jako **specyficzna technika**; procedura wymagająca bezpośredniego kontaktu klinicysty ze wszystkimi członkami rodziny. Tylko wtedy terapeuta może nabrać przekonania o tym, co ma być zmienione, w jakim kierunku i jakie nieefektywne próby podejmowała rodzina w celu pokonania problemów oraz jakie zwykle popełniała w tym względzie błędy.

Zbieranie informacji o rodzinie, swoiście rozumiany wywiad, ma w terapii strategicznej niewiele wspólnego z klasycznym stawianiem psychiatrycznej czy psychologicznej diagnozy. Terapeuci strategiczni sądzą, że postawienie diagnozy psychiatrycznej czy psychologicznej może prowadzić do „tworzenia” problemu. W modelu strategicznym gromadzenie wiedzy o rodzinie ma na celu takie zdefiniowanie i opisanie ujawnianych problemów, by mogły one zostać przedefiniowane, a w konsekwencji rozwiązane (Józefik, 1999). Klasyczna diagnoza zostaje tu zatem zastąpiona specyficznym potraktowanym **wstępnym wywiadem**, w którym zwykle bierze udział cała rodzina. Haley uważa, iż wywiad ten stwarza sprzyjające warunki dla przebiegu

całej terapii. Stąd też – o czym wspomniano nieco wyżej – tak rozumiany i praktykowany wywiad zaliczany jest do jednej z technik terapii strategicznej.

W czasie tego wywiadu należy dążyć do wyróżnienia:

- a) powielanych sekwencji (wzorów) zachowań,
- b) istniejących triad (trójkątów) i panującej w rodzinie hierarchii,
- c) cyklu życia rodziny.

Tak potraktowany wywiad wymusza potrzebę pracy z całą rodziną. Nie uda się spełnić tych trzech jego kryteriów, gdy nie zostaną nim objęci wszyscy jej członkowie. Tym bardziej jest to jeszcze niemożliwe, jeżeli zdamy sobie sprawę z tego, czym w istocie jest w terapii strategicznej wywiad. Jego terapeutyczny charakter, rozumiany tu jako strategia zmiany lub modyfikacji poznanych w czasie wywiadu „niedoskonałości” rodziny, wymaga jednoczesnego kontaktu z poszczególnymi osobami – z matką i ojcem, córką i synem, czy córkami i synami, a także z innymi osobami z nią na stałe zamieszkującymi (babcią, dziadkiem). Tylko wtedy bowiem terapeuta jest w stanie poprawnie przeprowadzić wywiad i na bieżąco oddziaływać na słabe punkty w systemie rodzinnym. Mając do dyspozycji całą rodzinę ma stworzone warunki do trafnego rozpoznawania znaczenia i funkcji objawów (powtarzających się sekwencji zachowań), triad i hierarchii w rodzinie oraz faz cyklu życia rodziny.

W myśl założeń terapii strategicznej nikłą wartość będzie miało wyszczególnienie powtarzających się sekwencji zachowań oparte na wywiadzie przeprowadzanym bez udziału dzieci. Ograniczenie się tylko do pracy z rodzicami może spowodować, iż wyróżnione wzory powielanych zachowań będą zbyt jednostronne, silnie subiektywne i w konsekwencji obarczone dużym błędem. Inaczej mówiąc zostanie rodzicom stworzona okazja, by mogli siebie „wybielić”, pokazać z jak najlepszej strony, a tym samym stygmatyzować zachowania pozostałych (nieobecnych) członków rodziny. Po prostu brak dzieci w czasie terapii nie naraża rodziców na żadną z ich strony krytykę. Mogą swobodnie manipulować komunikatami, przekazywać jedynie te treści, które zdają się przekonywać o ich rodzicielskiej nieomyślności. Zresztą nawet przyjmując, że rodzice okażą się bardzo szczerzy i realne stanie się wyznaczenie faktycznie powtarzanych **sekwencji zachowań**, to nieobecność dzieci wyklucza możliwość wpływania na ich zmianę; wytypowane wzory zachowania, których „sprawcami” są dzieci nie będą mogły ulec przeformułowaniu.

Patrząc na tę kwestię z jeszcze innej strony, to już samo określenie „sekwencji zachowań” wyraźnie sugeruje, że przy ich wyznaczaniu w równej mierze należałoby koncentrować się na treściach przekazywanych słownie (werbalnie), jak i kanałem bezsłownym. Niezmiernie ważną, zatem staje się obserwacja ogółu komunikatów zawartych w „języku ciała”, z równoczesnym odnośnikiem uzyskanych na jej podstawie danych do informacji podawanych językiem mówionym. I teraz w zależności od stopnia **spójności i komplementarności przekazu** obu tymi kanałami można pokusić się

o dokonanie jakichś ostatecznych ustaleń; w miarę trafnych rozstrzygnięć, co do typowych wzorów reagowania.

Niejednokrotnie bywa tak, że to jedynie reakcje niewerbalne umożliwiają rozpoznanie tego typu wzorów. Bo na przykład „płacz” może być stałym sposobem zachowania mającym na celu uzyskanie przez dziecko określonych gratyfikacji. W zależności od charakteru roszczeń może on wówczas przybierać różną postać – od płaczu stonowanego, poprzez szlochanie, aż do hysterii. Raz może on mieć na celu „wymuszenie” uczuć rodzicielskich, raz zaznaczenie swojej obecności, innym razem zaś stosowany jako strategia nastawiona na osiągnięcie konkretnych korzyści materialnych i bytowych (np. zakup jakiejś drogiej zabawki, mebli do jego pokoiku), a także przywrócenia właściwych relacji między rodzicami. W tym ostatnim przypadku znamienne jest reagowanie płaczem w czasie sprzeczek i kłótni między matką i ojcem, albo w czasie wielokrotnie powtarzanych przez nich sekwencji zachowań destabilizujących funkcjonowanie rodziny jako **spójnego systemu**.

Terapeuta pozbawiony możliwości obcowania z wszystkimi członkami rodziny w tym samym czasie nie jest w stanie bezpośrednio oddziaływać na wadliwie ukształtowaną strukturę rodziny. Nie mając możliwości prowadzenia obserwacji całej gamy zachowań niewerbalnych (wyrazów mimicznych, ruchów rąk, dystansowania się interakcyjnego itp.) może dopuścić się wielu przekłamań interpretacyjnych (Birkenbihl, 1998). Trudno mu także planować przebieg terapii, a jeżeli oprze ją na niewłaściwych analizach, to w skutkach może być to brzemiennie.

Terapeuta strategiczny musi mieć zapewnione warunki, by możliwe stało się rozważenie, w jakim stopniu każdy z członków rodziny wpływa na utrwalone w interakcjach rodzinnych sekwencje zachowań. Chodzi tu zarówno o te pozytywne, te jeszcze po części poprawne, jak i te wymagające zdecydowanych zabiegów korekcyjnych. Wyróżnienie tych trzech wzorów zachowań jest wręcz warunkiem sine qua non powodzenia postępowania „naprawczego” nastawionego, z jednej strony, na wzmocnienie reakcji dodatnich (dobrze ukształtowanych i praktykowanych zachowań), a z drugiej – na zapobieżenie rozwojowi niewłaściwych interakcji. Wskazywanie tych pierwszych (pożądanych) ma przekonać poszczególnych członków rodziny o tym, że potrafią właściwie reagować; odpowiednio dostosowywać się do różnych okoliczności pojawiających się w codziennym życiu rodziny. Ma to być jakaś forma propagowania tego rodzaju zachowań, pokazywania korzyści jakie mogą one przynosić zarówno danemu członkowi, jak i całej rodzinie. Każda dostrzeżona tego typu reakcja powinna zostać wyróżniona przez terapeutę, „**upubliczniona**” na rodzinnym forum; w obecności ogółu podkreślona i pochwalona jako wzór ze wszech miar godny powielania.

W przypadku zaś powtarzających się nagannych sposobów zachowań należy dążyć do ustalenia, którzy z członków rodziny i, w jakim stopniu, są ich sprawcami. Trzeba też wnikliwie rozważyć na ile destabilizują system rodzinny a, w jakiej mierze mu nie zagrażają. Bo może na przykład być tak, iż spory

między matką i ojcem mogą stać się jakąś formą konstruktywnego rozwiązywania określonych trudności. Ostra wymiana zdań czy poglądów w danej kwestii może okazać się czymś niezmiernie potrzebnym i korzystnym dla konkretnych partnerów. Wówczas więc tego rodzaju konflikty mogą sprzyjać zachowaniu równowagi między małżonkami, lecz jednocześnie obserwowanie przez dziecko takich burzliwych dyskusji może nastrajać je negatywnie. Nie umiając doszukać się stron dodatnich w prowadzonych przez rodziców sporach, nie zdając sobie sprawy, iż jest to praktykowana przez nich strategia radzenia sobie z pojawiającymi się problemami, może zacząć reagować płaczem, lękiem, lub utracić poczucie bezpieczeństwa.

W takich sytuacjach, gdy powtarzające się sekwencje zachowań, z jednej strony, przyczyniają się do stabilizowania (ochraniania) rodziny, a z drugiej, osłabienia niektórych jej ogniw (substruktur) konieczna jest **interwencja terapeuty**. Dopuszczalna w terapii strategicznej **dyrektywność klinicysty** (prowadzącego terapię), ingerowanie w układ rodziny ma doprowadzić do takiego przekształcenia dotychczas powielanych wzorów interakcji (tu: konstruktywnych kłótni w obecności dziecka), by jedne osoby nic nie straciły (tu: spierający się rzeczowo małżonkowie), a drugie jednocześnie wiele zyskały (tu: dziecko biernie uczestniczące w rodzicielskich sporach). Postępowanie terapeutyczne powinno być wtedy ukierunkowane na uświadomienie dziecku, że właśnie między mamą i tatą mają o wiele więcej wspólnego z miłością i troską niż z wrogością, choćby zgodnie z przysłowiem: „*Kto się lubi, ten się czubi*”. Sami zaś rodzice muszą zostać poinstruowani o tym, by w miarę możliwości prowadzić burzliwe dysputy w cztery oczy; w czasie nieobecności dziecka w domu. Terapeuta może też zalecić wprowadzenie pewnych modyfikacji w sposoby prowadzenia dialogu między małżonkami, dotyczących na przykład przejawiania większej dbałości o „**parajęzyk**” (**komunikaty paralingwistyczne**); **wokalne aspekty komunikowania, akcentowanie, intonowanie ważniejszych słów, dobieranie odpowiedniego tempa mówienia, rytmu rozmowy i głośności** (Sikorski, 2004). Ma to sprzyjać nie tylko usprawnieniu rozmowy, szybszemu osiągnięciu kompromisów i właściwych rozwiązań, ale także nadaniu kłótni nieco innego, bardziej stonowanego charakteru; kojarzącej się z intensywną pracą nad rodzinnymi problemami, a tym samym pozytywniej postrzeganą przez naocznych świadków, osób przysłuchujących się z boku (tu: przez dziecko).

W modelu strategicznym reakcje dziecka tak, jak każdego członka rodziny, są analizowane w kontekście jego udziału w sekwencji zachowań, które podtrzymują i potęgują problemy rodzinne, jak i te przyczyniające się do zachowania „**rodzinnej homeostazy**”. Zachowaniem wspierającym ze strony dziecka może być na przykład ciągle zachęcanie skorych do kłótni rodziców, by zaczęli systematycznie chodzić na koncerty do filharmonii, gdyż „*muzyka łagodzi obyczaje*”. Natomiast rodzice mogą na przykład często przypominać dziecku skłonnemu do opuszczania lekcji (wagarowania), jak ważne jest posiadanie odpowiedniego wykształcenia i związanych z nim kwalifikacji

zawodowych. Tu pomocne mogą okazać się stwierdzenia typu: „*Jak nie będziesz teraz nosił teczki, to będziesz w przyszłości nosił woreczki*” albo „*Ucz się ucz, bo nauka to potęgi klucz*”.

Podobnie trudno sobie wyobrazić prowadzenie wywiadu bez udziału dzieci mającego na celu poznanie **triad i hierarchii w rodzinie**. Obecność wszystkich członków danej rodziny w czasie terapii i w związku z tym możliwość obserwowania ich w różnych sytuacjach, sprzyja ustaleniu rzeczywistej hierarchii istniejącej w rodzinie. Wywiad ograniczony do rozmowy z rodzicami, czy też z nieco większą częścią rodziny może sprawić, iż obraz pełnionych ról w rodzinie będzie dość niepełny, bądź też mniej lub bardziej zniekształcony. Zdarzyć się może na przykład tak, że to nie rodzice, ale któreś z dzieci sprawuje władzę w rodzinie. Splot pewnych okoliczności, nieumiejętność radzenia sobie rodziców z jakimiś zawiłymi problemami (np. majątkowymi, zdrowotnymi), albo też tendencja do unikania odpowiedzialności za losy wszystkich lub tylko niektórych członków rodziny przez małżonków, może zostać rozstrzygnięte poprzez przekazanie znaczącej, dominującej roli któremuś z dzieci. Będąc na przykład bezrobotnymi, i to jeszcze bez prawa do zasiłku, mogą poprzez przyjęcie pozycji bezradności „obdarować” władzą to dziecko, które ma dobrze płatną pracę, wysoką pozycję zawodową i społeczną. Innym kryterium może być tzw. „spryt życiowy”, umiejętność sprawnego i pragmatycznego poruszania się w nazbyt zagmatwanym dla rodziców współczesnym świecie. Nie mając wykształcenia i nie przejawiając zainteresowania samokształceniem, a tym samym „konkurowaniem” z dziećmi, z ich wiedzą i przygotowaniem do życia w technicyzowanej rzeczywistości, są skłonni przyjąć pozycję **autsajderów rodzinnych**; osób przyglądających się temu, co dzieje się w rodzinie, skorych jedynie do konsumpcji tego, co zaoferują im dzieci (Sikorski, 1999).

Nieobecność w czasie wywiadu dziecka sprawującego taką władzę w rodzinie może spowodować, iż „wstydlivi” rodzice nie ujawnią tego faktu. Wygodniej im będzie to przemilczeć i co więcej - bardziej im ta absencja dziecka będzie odpowiadać. W ten sposób przecież mogą zachować twarz, mogą sprawiać wrażenie, że u nich w rodzinie hierarchia i struktura jest zgodna z **modelem kulturowym**. Mogą zatem z premedytacją proponować takie terminy spotkań z terapeutą, by ten nie miał możliwości spotkania się z tym właśnie jednym dzieckiem.

We własnej praktyce klinicznej miałem do czynienia z tego rodzaju przypadkami kilka razy. W jednej z rodzin „przywódczą” rolę w rodzinie pełnił szesnastoletni syn, który został obarczony odpowiedzialnością za jej materialny byt. Rodzice bez jakichkolwiek kwalifikacji, a przy tym skłonni do nadużywania alkoholu, bez stałego zatrudnienia, przystali na to, by tenże ich nastoletni syn stał się głową rodziny. I, co więcej wziął on na siebie obowiązek opieki nad młodszym rodzeństwem – dwoma siostrami i bratem. Właśnie to z ich powodu, sprawianych przez nich dużych kłopotów wychowawczych

w szkole, nadmiernej agresywności i skłonności do bójek i kradzieży, doszło do mojego kontaktu z całą rodziną.

W czasie pierwszego spotkania odniosłem wrażenie, iż jest to rodzina o w miarę poprawnie rozwiniętej strukturze i hierarchii. Wydawało się, że rodzice na miarę swoich możliwości starają się opiekować dziećmi i sprawować nad nimi kontrolę. Chociaż gołym okiem dostrzegalna była bieda, to jednak czystość i porządek w mieszkaniu, a przede wszystkim sposób odnoszenia się do dzieci, okazywania im troski i uczuć, zdawało się sugerować, iż źródło patologicznych zachowań dzieci należy poszukiwać w środowisku pozarodzinnym.

Ów korzystny obraz rodziny trwał aż do chwili, gdy udało mi się spotkać z ciągle nieobecny na spotkaniach najstarszym synem. Wówczas wszystko od razu wyszło na jaw. I, mimo że dalej starano się podtrzymywać pozytywny wizerunek rodziny, to jednak obserwacja zmian w komunikowaniu się poszczególnych członków rodziny, pojawienie się wcześniej niemających miejsca relacji, wyraźnie demaskowało rzeczywistą hierarchię. Dalej okazało się, iż nastolatek sprawujący władzę w rodzinie nie uczęszcza do szkoły. Pytany o powody podawał kilka przyczyn, jak na przykład: pozostawanie poza kontrolą rodziców, złe traktowanie przez nauczycieli, konieczność ochrania rodziców i młodszego rodzeństwa, poświęcanie się na ich rzecz poprzez zarabianie pieniędzy i zastępowanie siostrze i bratu rodziców. Mówił też o dużej determinacji, o tym, że chciałby żyć inaczej, lecz źle traktowany przez ignorujących (odrzucających) go rodziców został niejako zmuszony do przejęcia wiodącej roli w rodzinie.

Wszystkie te uzasadnienia (hipotezy) brzmiały przekonująco, za wyjątkiem może dotyczących bycia ofiarą rzekomo represjonującej go szkoły. Na nich też skoncentrowałem się w postępowaniu terapeutycznym. W tym miejscu trzeba także wiedzieć, że poznanie prawdziwego oblicza rodziny stało się w przeważającej mierze możliwe ze sprawą obecności młodszego rodzeństwa. Już w czasie pierwszych spotkań zbyt często w swych opowieściach mówili o najstarszym bracie, niejednokrotnie przypisując mu zasługi znacznie wybiegające poza bycie zwykłym, jednym z wielu dzieci w rodzinie. Relacjonując zdarzenia z jego udziałem nadużywali określeń typu: „potrafi wszystko”, „gdyby nie on”, „to on mi kupił”, „to tylko dzięki niemu” itp. Równocześnie prawie zupełnie brakowało tego rodzaju stwierdzeń, które mogłyby sugerować podobne zasługi któregoś z rodziców. Potwierdzały to także zachowania niewerbalne: stosowały gesty otwarcia (kierowanie dłoni na zewnątrz, trzymanie ich w pozycji półotwartej na kolanach lub na blacie stołu itp.) mówiąc o bracie, a zwykle te znamionujące „zamknięcie się” w czasie kontaktowania się z rodzicami (splatanie rąk, chowanie ich pod stół itp.). Najpełniej jednak uwidoczniło się to w czasie obecności najstarszego brata, gdyż bezpośrednio obcowanie z nim wydatnie nasiliło tego typu reakcje.

Zdarzają się też rodziny, w których proces strukturalizowania i hierarchizacji nie został jeszcze zakończony i, co więcej staje się on jej

zasadniczym problemem. Wynikać to może na przykład z równej chęci obojga partnerów sprawowania dominującej roli w rodzinie, dążenia do opartego na autokracji jedynowładztwa w niej, uciekanie się do różnych zabiegów (sztuczek, gier, forteli), by przejąć główny ster rządów w rodzinie. Wówczas ma miejsce wchodzenie w różne koalicje z poszczególnymi członkami rodziny, pojawianie się tzw. **triad (trójkątów) międzypokoleniowych** (Józefik, Pilecki, 1995). Gdy na przykład jeden z partnerów uzurpuje sobie prawo do podejmowania wszystkich decyzji, to drugi poprzez włączanie dzieci może dążyć do podważania tych decyzji.

Tworzenie się różnych triad – trzyosobowych systemów relacji – może wynikać zarówno z **walki rodziców o przejęcie władzy i odpowiedzialności**, jak też z **chęci przekazania dominującej roli dzieciom** lub innym osobom (np. dziadkom), a także z powodu ukształtowanej w rodzinie podwójnej, **niespójnej hierarchii** (np. gdy zachowania jednego partnera równoważą władzę drugiego z nich). Mogą one obejmować rodziców i dziecko, albo jednego z rodziców, dziecko i na przykład dziadka lub babcię. Ich zadaniem jest **kompensowanie** (zmniejszanie, równoważenie) napięcia pojawiającego się między dwoma osobami, poprzez włączenie osoby trzeciej (Józefik, 1999).

Nie należy przez to rozumieć, iż triady są zjawiskiem znamionującym patologię. Często bowiem, i to nie tylko w rodzinach lecz także we wszystkich interpersonalnych systemach, mogą przyczyniać się do wzmacniania struktury, tworzenia się współpracujących czy dopełniających się koalicji. **O patologicznej triadzie** – nota bene najbardziej zajmującej **terapeutów strategicznych** – można mówić dopiero wówczas, gdy dochodzi do jej „usztynienia”. Typowym przykładem sztywnej triady jest trójkąt obejmujący zbyt ingerującą (uwikłaną) w sprawy dziecka matkę, dziecko i przyjmującego rolę autsajdera (osoby niewłączającej się w sprawy rodzinne) ojca. W modelu strategicznym ważne jest ustalenie **mechanizmów wikłania** (włączania) dziecka w konflikty między rodzicami, a także obserwowanie, jak ono radzi sobie z narzuconą mu rolą w triadzie. Nie sposób zatem właściwie rozpoznać istnienie, strukturę oraz dynamikę takiego trójkąta w sytuacji, gdy w sesji nie biorą udziału dzieci.

Za koniecznością włączania dzieci do terapii rodziny przemawia także fakt, iż praktycznie w każdej rodzinie może dochodzić do tworzenia się różnych triad. W szczególności dotyczy to rodzin wielodzietnych, w których pojawiają się dodatkowo **triady między rodzeństwem**. Zdarza się tak, że dwoje starszych braci zawiązuje koalicję skierowaną przeciwko młodszej siostrze. Możliwości jest tu wiele. Kryterium powstawania dziecięcych trójkątów może być **wiek (kolejność urodzenia się), płeć, stopień rozwoju fizycznego, stosunek emocjonalny i uczuciowy rodziców do poszczególnych dzieci, jak również wzajemne sympatie i antypatie**. Często właśnie zazdrość o rodzicielskie uczucia, tkwienie w przekonaniu (nieraz zbyt subiektywnym), iż któreś z rodzeństwa jest faworyzowane przez matkę czy ojca, albo obojga jednocześnie, staje się ostatecznym argumentem powstania sztywnej triady;

trzyosobowego systemu relacji, w której rzekomo odrzucana dwójka rodzeństwa tworzy związek nastawiony opozycyjnie wobec trzeciego z rodzeństwa, w ich mniemaniu mającego specjalne względy.

Trzecim, oprócz omówionych już powielanych sekwencji zachowań oraz **triad i hierarchii w rodzinie**, aspektem życia rodzinnego zajmujących terapeutów strategicznych jest **cykl życia rodzinnego**. Według J. Haleya (1995) – jednego z prekursorów modelu strategicznego – ogół rozwojowych wydarzeń, takich jak: **okres zalotów, zawarcie związku małżeńskiego, przyjście na świat kolejnych dzieci, ich dorastanie i odejście z domu (rozstawanie się z dziećmi)**, wymaga coraz to innych sposobów komunikowania się; zasadniczych przewartościowań w relacjach interpersonalnych. W rodzinach poprawnie funkcjonujących ów proces ewolucji, rozwoju rodziny w czasie przebiega bez większych zakłóceń, w sposób naturalny. Gdy z kolei rodzina nie potrafi odpowiednio rozwiązywać trudności wynikających z przechodzenia przez poszczególne etapy cyklu życia rodzinnego, to popada w impas. Nie umiając przystosować się do wciąż pojawiających się nieuchronnych zmian, bezradnie zmagając się z nowymi wyzwaniami staje się z czasem rodziną dysfunkcjonalną.

Wśród wspomnianych wyżej wielu rozwojowych wydarzeń wyjątkową wagę przywiązuje się **okresowi dorastania dzieci**, a więc fazie, w której dochodzi do przekształcania charakteru młodej osoby. Ujawniane w tym czasie zaburzenia w zachowaniu są traktowane jako przejaw **braku samoakceptacji** lub zanizonej bądź **zawyżonej samooceny** (Birch, Malim, Brągiel, 1998). Zwykle dotyczy to niezadowolenia z wyglądu zewnętrznego (przesadne wyolbrzymianie małych defektów fizycznych, przypisywanie sobie ujemnych cech związanych z wagą ciała, z wielkością nosa, układem ust, sylwetką itp.), popadania w nadmierny krytycyzm, w różnego rodzaju konflikty (z powodu różnicy zdań, poglądów, przekonań religijnych lub politycznych itp.) z najbliższymi i osobami ze środowiska zewnętrznego (pozarodzinnego) (Oleszkowicz, 1995).

Pożywką dla potęgowania tego typu zachowań jest właśnie dysfunkcjonalność rodziny wynikająca z niezdolności rozwiązywania kryzysów, różnych trudności pojawiających się w procesie naturalnego rozwoju rodziny; w czasie przechodzenia przez poszczególne fazy cyklu życia rodziny. O ile dzieci z rodzin dobrze radzących sobie z tymi cyklami zwykle wychodzą obronną ręką ze **znamiennego dla okresu adolescencji kryzysu dojrzewania**, o tyle w rodzinach zaburzonych (dysfunkcjonalnych) może u nich dochodzić do rozwoju zachowań patologicznych. Nie mając odpowiedniego oparcia w rodzinie, a przy tym jeszcze wikłane w **międzypokoleniowe walki**, tkwiąc w niepoprawnie funkcjonującym systemie rodzinnym są zmuszone **internalizować** wadliwie ukształtowane schematy rodzinne. W konsekwencji nabywają wzory zachowań, które w przyszłym życiu – w bliższej lub dalszej perspektywie – mogą przysporzyć im wielu problemów. Najczęściej



konfrontacja tych negatywnych wzorów (schematów rodzinnych)) z tymi wymaganymi na zewnątrz (poza rodziną) wypada na ich niekorzyść.

Skutki niewłaściwego pokonywania kolejnych cykli w rozwoju rodziny mogą być widoczne o wiele wcześniej, zwykle w chwili pójścia dziecka do przedszkola, a przede wszystkim, gdy zacznie uczęszczać do szkoły. Haley twierdzi wręcz, iż jest to okres najczęstszych i najintensywniejszych kryzysów w rodzinie. Nasilające się nieporozumienia mogą wynikać, z jednej strony, z przeciwstawnych poglądów dotyczących sposobów wychowania dziecka, a z drugiej strony, z obawy: jak oni jako rodzice przygotowali je do funkcjonowania poza rodziną. Traktują zatem ten czas jako pewną formę weryfikacji ich dotychczas sprawowanej opieki nad dzieckiem; wystawienia ich pociechy na ocenę innych. Potęguje to jeszcze fakt, że rozpoczęcie przez ich dziecko nauki w szkole jest pierwszym symptomem, zwiastunem rozpoczynającego się procesu sukcesywnego wychodzenia dziecka z domu. Wzrasta świadomość tego, że nadejdzie moment, w którym dziecko na dobre opuści dom i przyjdzie im rodzicom żyć tylko we dwoje. Choć jest to tylko wstępna zapowiedź bardzo odległego jeszcze w czasie zdarzenia, to jednak u wielu rodziców może to budzić niepokój, a w szczególności u podporządkowujących wszystko jednemu celowi – wychowaniu dziecka. Przy czym o wiele bardziej dotyczy to matek niż ojców. Spędzając z dzieckiem dużo więcej czasu, z konieczności ograniczając swe kontakty towarzyskie, odcinając się od środowiska zawodowego, stopniowo wchodzi w **uzależniający ją świat dziecka**. Pojawia się rozdźwięk między wyobrazeniami o macierzyństwie a rzeczywistością: potomstwo utożsamiane z jakąś formą samorealizacji staje się źródłem **frustracji**. Potrzeba ciągłego zajmowania się dzieckiem, pozostawania z nim w domu kosztem dotychczasowej aktywności, szeroko rozumianego uczestnictwa w życiu dorosłych, może sprawić, że wychowanie dziecka, spełnianie jego każdej zachcianki, całkowite i bezwarunkowe sprzyjanie mu stanie się celem samym w sobie; nadrzędnym imperatywem warunkującym i ogniskującym codzienne funkcjonowanie matki. Jeszcze nie tak dawne oczekiwania i **aspiracje** związane z posiadanymi predyspozycjami i kwalifikacjami zawodowymi, mniej lub bardziej odległymi planami życiowymi, zostają zastąpione pragnieniami ślepego poświęcania się dziecku. I teraz nagle uświadomienie sobie groźby odejścia w przyszłości dziecka może rodzić lęk, być postrzegane jako zagrożenie dla przyjętego przez nią systemu (hierarchii) wartości.

Bywa też tak, iż dziecko staje się „**kartą przetargową**” w grze między żoną a mężem. Ta pierwsza czując się niedowartościowaną, niedocenianą i niezauważaną przez zbyt skomercjonowanego na robieniu kariery zawodowej męża, może z premedytacją dążyć do rozwoju zaburzeń u dziecka. Pragnąc podkreślić swą rolę osoby wychowującej dziecko, uprzytomnić partnerowi jak ważną sprawuje funkcję w rodzinie, popycha je w kierunku zaburzeń emocjonalnych, by pokazać jak doskonale potrafi je usuwać (kompensować) (Haley, 1995).

W obu przypadkach – **nadmiernej opiekuńczości i prowokowania zaburzeń** – konieczna jest **interwencja klinicysty**, który powinien tak zaplanować przebieg terapii, by doszło do przywrócenia normalnych więzi matki z dzieckiem oraz znalezienia bardziej zadowolającego matkę rodzaju aktywności. Pod okiem terapeuty stosującego różnorodne strategie powinno dochodzić do **kompensowania lęku** rodziców związanego z odchodzeniem dzieci z domu, do przywracania im funkcji kompetentnych rodziców; matki potrafiącej równoważyć swoje uczucia do dziecka z realizacją własnych aspiracji (racjonalnego macierzyństwa z indywidualnymi ambicjami), ojca bardziej angażującego się w sprawy wychowania dzieci i preferującego partnerstwo oparte na rozumieniu racji i oczekiwań drugiej osoby (żony). W wypadku dzieci zaś należy dążyć do stworzenia odpowiednich warunków **radzenia sobie z trudnościami okresu dorastania**, a także do ustrzeżenia przed wikłaniem ich czy wikłania się w różne triady.

Oprócz wyróżnionych już strategii postępowania – **pytań cyrkularnych, zadań domowych i wywiadu** – przydatną w osiąganiu powyższych celów terapii może okazać się tzw. „**technika udawania**”. Polega ona na inspirowaniu członków rodziny do udawania określonych zachowań (Namysłowska, 1997). Mogą to być właśnie te rekonstruujące charakterystyczne triady: dziecko może na przykład markować jakieś objawy, a matka i ojciec udawać, iż chcą mu pomóc. Wówczas może wyjść na jaw fakt wikłania przez obojga rodziców dziecka, by w ten sposób mieć pretekst do ponownego zbliżenia się do siebie (rozmawiania ze sobą) po okresie dłuższej separacji.

Pomocna też może okazać się **technika „pozytywnego oznaczania zachowań”** oraz „**dyrektyw paradoksalnych**”. Pierwsza z nich poprzez nadawanie dodatnich konotacji zachowaniom negatywnym lub/i czynnikom podtrzymującym je, umożliwi głębsze wniknięcie w ich strukturę, a w rezultacie przeformułowanie ich w reakcje poprawne.

Na przykład skłonności małżonków do burzliwych sporów mogą być interpretowane jako oznaka wciąż trwających uczuć między nimi, a impulsywność i agresywność dziecka jako przejaw chęci posiadania prawa do głosu w rodzinie. Dzięki pozytywnemu oznaczaniu zachowań poszczególnych członków rodziny możliwe staje się objęcie oddziaływaniem terapeutycznym nawet tych zachowań, które są oceniane jako drażliwe; stawiające w niekorzystnym świetle osobę nagminnie dopuszczającą się jakiegoś negatywnego zachowania. Ma tu miejsce pewnego rodzaju oswojenie, unormalnienie zachowania społecznie (tu: w środowisku rodzinnym) napiętnowanego. Pacjent w specyficzny sposób zostając zmuszony do konfrontacji z własnymi słabościami (wadami) ma okazję poszerzenia swej świadomości w takim stopniu, by możliwa stała się zmiana zachowania; by potrafił przypisać konkretnym uprzednio negatywnym reakcjom nowe konotacje, zaproponować rodzinie korzystniejsze ich warianty (lepsze ujęcia). Technika pozytywnego oznaczania zachowań, z uwagi na swoją siłę „ośmielania” pacjentów do pracy nad własnymi zachowaniami, jest godna

polecenia w terapii rodzin, których członkowie są niezbyt skorzy do współpracy. Doskonale nadaje się do niwelowania (obniżania) „oporu” a jednocześnie jest pomocna w przygotowaniu przedpola do wprowadzenia innych technik terapii opartych na **podejściu systemowym** np. dyrektyw paradoksalnych (Tryjarska, 2000).

W terapii strategicznej cele „naprawcze” ustalane są ze wszystkimi członkami rodziny, a zatem także z dziećmi. Podejście strategiczne koncentruje się na zrozumieniu, co jest postrzegane jako problem przez jednego członka rodziny, co nim jest dla większości czy wręcz całej rodziny. Kontakt terapeuty, i to od pierwszych chwil, z całą rodziną ma umożliwić rozpoznanie tych wzorów zachowań członków rodziny oraz wpływu czynników zewnętrznych (instytucji oraz osób mniej lub bardziej oddziałujących na system rodzinny), które w rzeczywistości zamiast sprzyjać pokonywaniu trudności, wprost przeciwnie – podtrzymują je, a nierzadko nawet nasilają.

Charakterystyczne dla terapii strategicznej instruowanie, dyrektywność i pouczanie o tym, co członkowie rodziny mają robić w czasie sesji terapeutycznej i/lub poza nią (technika „zadań domowych”), powinno obejmować wszystkich członków rodziny, nie wyłączając dzieci. Interwencje terapeutyczne przybierające formę instrukcji mają doprowadzić do zmiany sposobów, w jakie członkowie rodziny odnoszą się do siebie, a także do terapeuty; przyjmującego w definiowaniu problemu pozycję rodziny, nawet wówczas, gdy łączy on problem jedynie z zidentyfikowanym (mającym objawy) członkiem rodziny. Z każdym członkiem rodziny – nie pomijając dzieci – są omawiane i określone w miarę dokładnie cele terapii, z uwzględnieniem konkretnych zachowań. Instrukcje mogą być formułowane wprost lub przekazywane w formie paradoksu, adresowane do jednej lub dwóch osób, czy też do całej rodziny.

#### 2.4. Strukturalna terapia rodziny

Również **terapeuci strukturalni** opowiadają się za potrzebą pracy z całą rodziną. Zdają się oni być dość powszechnie zgodni, co do konieczności włączania do terapii rodziny wszystkich jej członków. Wynika to w dużej mierze z założeń teoretycznych koncepcji strukturalnej. Z wskazywanej w niej etiologii „patologii” rodziny, jak choćby to, że trudności i zaburzenia w funkcjonowaniu całej rodziny, a także jej członków, stanowią pochodną **zakłóceń transakcji w podsystemach**. Tworzą się one według różnych kryteriów, np. **funkcji** (ojciec-matka, mąż-żona, rodzeństwo), **plci** (mężczyźni w rodzinie, matka-córka, ojciec-syn), **wieku i pokolenia** (dziadkowie, rodzice, dzieci). Podłożem powstawania podsystemu mogą być także **zainteresowania** (np. kolekcjonerstwo, turystyka rowerowa, i w związku z tym członkostwo w określonych klubach), **czynności** (ojciec-hydraulik, matka-krawcowa, dzieci-uczniowie) itp. Poszczególni członkowie rodziny, przynależąc do konkretnego podsystemu, mogą być jednocześnie postrzegani wielorako, np. kobieta jako:

córka, siostra, matka, ciotka, „pleć piękna”, a mężczyzna jako: syn, ojciec, wujek, brat, kompan do gry w piłkę itp.

Włączanie dzieci do terapii rodziny umożliwia wyodrębnienie w miarę wszystkich **granic istniejących w podsystemach**, a tym samym poznanie podłoża zaburzeń w funkcjonowaniu rodziny, oraz przyjęcie odpowiedniego planu oddziaływań terapeutycznych. Dysfunkcjonalność może tu się manifestować **zbytnią sztywnością** i pełnym **zamknięciem granic podsystemów** lub też odwrotnie – **słabością i całkowitym rozmyciem (deficytem) granic**. W pierwszym przypadku może to prowadzić do utrudniania lub wadliwej komunikacji, a w drugim, do trudności w wyraźnym podziale pełnionych ról, a w konsekwencji do ograniczenia autonomii członków rodziny (Aleksandrowicz, 1996).

Bezpośrednie uczestnictwo dzieci w przebiegu terapii strukturalnej sprzyja również bardziej rzetelnemu **poznaniu rodziny** w różnych jej wymiarach, co w rezultacie prowadzi do wzrostu efektywności terapii. Terapeuta ma wówczas większe możliwości głębszego poznania struktury i **preferowanych wzorców transakcyjnych**, a także alternatywnych stylów interakcji, które można w rodzinie ukształtować. Podobnie o wiele łatwiej przychodzi klinicyście dokonywanie oceny struktury rodziny i jej dyspozycji do „formowalności”, **plynnej restrukturyzacji**, jej podsystemów, istniejących w niej granic, koalicji itp. Udział dzieci pozwala postrzegać rodzinę jako całość (np. pod kątem systemu podtrzymania), a przy tym trafniej ocenić aktualny etap rozwojowy rodziny oraz stosowane dotychczas strategie radzenia sobie z uprzednimi fazami przejściowymi. Udział dzieci sprzyja również w miarę sprawnemu rozpoznaniu mechanizmu wyznaczania (delegowania) któregoś z członków (właśnie często któreś z dzieci) na pacjenta i znaczenie objawów tego członka rodziny. Niejednokrotnie wręcz niemożliwe staje się poznanie tego mechanizmu bez udziału dzieci w terapii. Trudno też sobie wyobrazić postępowanie terapeutyczne mające na celu uświadomienie członkom rodziny ich skłonności do przypisywania objawów wybranemu spośród nich, jak też zmianę tej praktyki, bez uczestnictwa „wydelegowanego” członka rodziny. W przypadku zatem, gdy tym „chorym” z wyboru staje się dziecko, włączenie go do terapii rodziny prowadzi z jednej strony do dostrzeżenia tego faktu przez ogół członków rodziny, jak i przez tego (tu: dziecko) wytypowanego do roli „chorego”. W przeciwnym razie może zdarzyć się tak, że członkowie rodziny zadowolą się uświadomieniem sobie swych tendencji do stygmatyzowania (nadawania objawów) wybranego członka (tu: nieobecnego w czasie terapii dziecka) i na tym cała rzecz się zakończy. Mówiąc inaczej, mając szansę uniknięcia bezpośredniej konfrontacji z nim (z powodu jego nieobecności w toku terapii) mogą uznać, iż korzystniejsze będzie zatajenie tego faktu; a to choćby z tej przyczyny, że stawia ich to w niezbyt pozytywnym świetle.

Włączanie dzieci do terapii strukturalnej jest również uzasadnione charakterem strategii i technik stosowanych w jej ramach. Typowe dla tego podejścia **aktywne włączanie się terapeuty do systemu rodzinnego (życia**

**rodziny**), wchodzenie w koalicje, granie ról członka któregoś z podsystemów (czy kolejno poszczególnych ich rodzajów), wymagają, by od samego początku terapii obecni byli wszyscy członkowie rodziny. Tylko wówczas bowiem klinicysta ma największe możliwości „wkupienia się” w łaski rodziny, dość sprawnego zdobycia zaufania u poszczególnych jej członków. Praktyka dowodzi, że to właśnie dzieci najszybciej nabierają zaufania do terapeuty, przystają na jego zachowania zachęcające do aktywności. Rodzice zwykle ujawniają dużo niepokoju, obawiając się, iż dojdzie do „zdemaskowania” negatywnych stron rodziny, pilnie strzeżonych jej tajemnic, a także nieprzychylnych sądów dotyczących niewłaściwych postaw wychowawczych. W czasie pierwszych sesji są najczęściej skoncentrowani na obronie, a nie na współpracy. Dostrzegając jednak, jak ich dziecko czy dzieci zbliżają się do terapeuty, stają się otwarte na jego propozycje i sugestie, szybciej adaptują się do specyficznych warunków terapii. Sprawniej dochodzi do obniżenia u nich niepokoju, a towarzyszące temu akcentowanie autorytetu rodziców (np. poprzez zalecenia, by oni jako pierwsi ustosunkowywali się do wyróżnianych przez klinicystę problemów) sprawia, iż z chwili na chwilę obecność dzieci jest coraz bardziej przez nich aprobowana.

Udział całej rodziny w terapii, a zatem także włączenie dzieci, umożliwia terapiście wyszczególnienie znamienych **paradygmatów transakcji** między członkami rodziny. Ustaleniu charakterystycznych interakcji sprzyja obserwowanie rodziny w akcji i właśnie obecność dzieci zapewnia warunki do tego, by mogło zaistnieć zdynamizowanie jej struktury (wymiana zdań między rodzicami a dziećmi, wyrażanie własnych poglądów przez poszczególnych członków – różniących się choćby wiekiem – na kwestie wskazywane przez klinicystę, wspólne rodziców i dzieci wykonywanie określonych dyrektyw terapeuty itp.). Objęcie oddziaływaniem terapeutycznym całej rodziny umożliwia dostrzec, kto z kim najchętniej rozmawia, czyj głos i przez kogo jest ignorowany, kto uzurpuje sobie prawo wyłączności głosu, jakie przejawia trudności w komunikowaniu się z poszczególnymi osobami z rodziny itd. (Grzesiuk, 1987).

Włączanie dzieci do strukturalnej terapii rodziny umożliwia wytworzenie specyficznego klimatu, który sam w sobie jest niezmiernie ważnym czynnikiem usprawniającym wyjaśnianie i modyfikowanie wadliwie ukształtowanych i praktykowanych stylów porozumiewania się. Ujmując to inaczej, obecność dzieci w toku terapii sprzyja lepszemu organizowaniu sytuacji terapeutycznych, nadaniu stosowanym technikom terapeutycznym wymaganego (znamiennego dla tego nurtu w terapii) charakteru dużej aktywności, nieustannego „dziania się”. Udział dzieci pozwala jednocześnie w większym wymiarze obserwować i wykorzystywać **zachowania niewerbalne** (bezsłowne sposoby komunikowania się), gdyż ich uczestnictwo w przebiegu terapii wymusza pojawianie się większej liczby możliwych typów interakcji; w szczególności tych związanych z komunikowaniem się z odmiennymi – zwykle opartych na dysproporcji i nierówności – pozycji (np. dominujących rodziców i submisyjne

dzieci). Obecność dzieci sprzyja zarazem przeformułowywaniu wadliwie uformowanych stylów interakcji, odnotowanych niespójności w obszarze porozumiewania się zarówno na płaszczyźnie werbalnej (słownej), jak i pozawerbalnej, a także na każdej z nich z osobna (Sikorski, 2004). Samemu zaś klinicyście ułatwia to rozważniej i trafniej waloryzować, dobierać treści komunikatów, oraz przejawiać większą dbałość o ogół własnych zachowań niewerbalnych; po prostu udział dzieci zmniejsza ryzyko dopuszczenia się przekłamań interpretacyjnych obserwowanych wzorów interakcji, i w konsekwencji umożliwia zajęcie właściwego stanowiska.

Charakterystyczne dla terapii strukturalnej wielokrotne powtarzanie danych wątków, nieraz aż do znudzenia, po to, by przywrócić właściwe granice, przebiega o wiele bardziej „atrakcyjnie” i efektywniej, gdy klinicysta może pracować z całą rodziną. Wówczas wyraźnie zmniejsza się możliwość manipulowania informacjami, przypisywania komuś domniemanych win, co najczęściej ma miejsce, gdy rodzina nie jest w pełnym składzie; o wiele łatwiej przychodzi wtedy stygmatyzować, piętnować właśnie tych nieobecnych. Z reguły też objęcie terapią ogółu członków rodziny wyraźnie zmniejsza liczbę koniecznych, wspomnianych przed chwilą, powtórzeń określonych wątków – utrwalonych, zaburzających poprawne funkcjonowanie rodziny – wzorów transakcji. Brak któregoś z członków wymaga bowiem dodatkowych czynności mających na celu umiejscowienie go w strukturze rodziny; ustalenie na ile pełnione przez niego role w rodzinie, zajmowana pozycja, determinują tworzenie się **subsystemów** i wynikających z nich rodzajów granic. W sytuacji, gdy tymi nieobecnyymi są dzieci, to z dużym prawdopodobieństwem trzeba przyjąć, iż rodzice nie będą skłonni przyznać się do swych przewinień wychowawczych popełnionych wobec nich. Równie z dużą trudnością może im przyjść ujawnienie tych zdarzeń, które wręcz kompromitują czy podważają ich „kompetencje rodzicielskie” (np. zbyt częste uciekanie się do stosowania kar cielesnych czy „psychicznych tortur”).

Terapeuta mając możliwość komunikowania się z wszystkimi członkami rodziny może skuteczniej wpływać na **ustanawianie granic**: wzmacniać te bardzo płynne, a uelastyczniać zaś te jawiące się jako zbyt sztywne. Na przykład w sytuacji, gdy występują niejasne granice między ojcem i synem, klinicysta może dążyć do wzmocnienia subsystemu rodzeństwa. Z kolei w przypadku, gdy widoczna jest nadmierna sztywność granic między matką a córką, klinicysta powinien pracować nad ich uplastycznieniem. Praca z wszystkimi członkami sprzyja jednocześnie podtrzymywaniu aktywności klinicysty, aktywnemu współuczestniczeniu w rodzinnych interakcjach. Ma tu on większe możliwości tworzenia różnych koalicji, wchodzenia w krótkotrwałe relacje z którymś z podsystemów lub tylko z którąś z osób z rodziny; uruchamiania wybranych kanałów komunikacji lub też ich blokowania, ściślejszego i bardziej uzasadnionego przydzielania różnych zadań do realizacji w domu (w przerwach między sesjami) i wreszcie objęcia oddziaływaniem terapeutycznym (swoiście rozumianym wsparciem) poszczególnych członków rodziny (Czabała, 1997).

Równoczesna praca z całą rodziną zapewnia również w miarę „demokratyczne” przekazywanie różnych informacji przez terapeutę. W przypadku, gdy dzieci są nieobecne w czasie sesji, tracą sposobność uzyskania wielu cennych treści, ważnej wiedzy, mogącej służyć **obniżeniu poziomu lęku**, poznaniu rzeczywistej pozycji w rodzinie (ustalenie faktycznego poczucia kompetencji pełnionych ról w rodzinie), by w ten sposób wyznaczyć ich optymalny poziom i zakres. Pozbawia się ich szansy skorzystania z wielu dobrodziejstw płynących z bezpośredniego kontaktowania się (spotkania) z klinicystą, który w toku terapii przyjmuje różne role, jak np. osoby wspierającej, rozumiejącej czy wskazującej konkretne sposoby pokonywania wielorakich trudności.

S. Minuchin jest tym reprezentantem terapii rodziny, który mocno akcentuje i domaga się włączania dzieci do terapii, ich równoprawnego udziału w procesie oddziaływania terapeutycznego. W takim też duchu sprecyzował strategię i techniki terapeutyczne w zaproponowanym modelu postępowania terapeutycznego z rodziną. Klinicysta przyjmujący rolę „reżysera”, nauczyciela jest nastawiony na pracę z wszystkimi członkami rodziny. Udział ogółu jej członków jest tu wręcz nakazem, gdyż nie sposób wyobrazić sobie stosowania większości technik tej odmiany terapii w składzie ograniczonym tylko do rodziców. Takiej pełnej obecności wymaga np. tzw. „rzeźbienie”, tworzenie wspólnego (zespołowego) **portretu rodziny**, rekonstruującego różnorodne wzory zachowań w rodzinie, a następnie ćwiczenie ich nowych wariantów – udoskonalanie pozytywnych, eliminowanie negatywnych i zastępowanie ich pożądanymi stylami funkcjonowania. Podobnie uczestnictwa całej rodziny wymaga **modelowanie**, przede wszystkim różnorodnych transakcji w rodzinie oraz uczenie się sposobów swobodnej komunikacji w rodzinie (Domachowski, Sęk, 1993). Terapeuta mając do dyspozycji całą rodzinę, może odtworzyć każdą utrwaloną i stosowaną strategię rodzinną, a także zasadnicze trudności. Pełniąc specyficznie rozumianą funkcję „reżysera”, osoby inspirującej do **improvizowanego „odgrywania”** ważnych zdarzeń z historii rodziny (stanowiących prawdopodobne podłoże zaburzeń), zachęcającej do „trenowania” nowych, alternatywnych transakcji w uwarunkowaniach naturalnych (np. nowy podział obowiązków domowych) – czyni to o wiele efektywniej, gdy może pracować z całą rodziną. Ujmując to alegorycznie, „reżyserowi” o wiele łatwiej jest realizować swe „twórcze” przedsięwzięcie, gdy ma do dyspozycji „aktorów” mogących obsadzić wszystkie założone „role”. Na przykład w ćwiczeniu właściwego wzoru porozumiewania się ojca z synem, najkorzystniej jest, gdy przebiega to z udziałem rzeczywistych osób, a nie ucieka się do zastępowania syna (gdy jego udział jest oceniany jako niepotrzebny) matką czy samym terapeutą. Nikt nie jest w stanie go w tym wyręczyć w takim stopniu, by nie dopuścić się jakichś mniej czy bardziej istotnych przekłamań. Trzeba tu też wspomnieć o „ekonomicznych” walorach tego typu rozwiązań, bo przecież w tym samym czasie oddziaływaniem terapeutycznym są objęte dwie, a nie jedna osoba.

Włączenie dzieci do terapii rodziny sprzyja szybszemu określeniu charakteru granic wewnątrz rodziny, a to z kolei umożliwia ustalenie, z jakim typem rodziny ma terapeuta do czynienia: czy jest to **rodzina „splątana”** (zmieszana) czy **„niezwiązana”** (niezaangażowana) (de Barbaro, 1999).

W rodzinach pierwszego typu panuje duży chaos, rozprężenie dotyczące ról, pozycji, podziału obowiązków. Granice między podsystemem małżeńskim, rodzicielskim i dziecięcym są niejasne, niesprecyzowane, a tym samym prowadzące do nieładu i dezorganizacji poszczególnych podsystemów; gubi się ich odrębność i zróżnicowanie. W konsekwencji dostosowywanie się takiej rodziny do zmian wynikających z procesu rozwojowego może okazać się kłopotliwe.

Z kolei w **rodzinach „niezwiązanych”** dochodzi do ukształtowania granic nadmiernie sztywnych, utrudniających czy wręcz paraliżujących komunikowanie się członków rodziny zgrupowanych w określonym podsystemie. W efekcie może to doprowadzić do przyjęcia przez rodziców niewłaściwych postaw wychowawczych, w tym wypadku przejawiających się zmniejszeniem troski o dzieci, częściową lub całkowitą obojętnością lub odrzuceniem. Dzieci zaś pozbawione rodzicielskiej kontroli mogą zacząć zachowywać się agresywnie, reagować histerią, by w ten sposób podkreślić swoją obecność w rodzinie. Sprawiając kłopoty rodzicom chcą ich niejako zmusić do przywrócenia należnej im jako dzieciom matczynej i ojcowskiej miłości i dbałości o spełnianie ich codziennych potrzeb.

Oba typy rodziny – „splątane” i „niezwiązane” – można traktować jako skrajne bieguny swoistego continuum: z jednym krańcem przeznaczonym dla rodzin pierwszego rodzaju, przeciwnym dla drugiego, z zarezerwowanym środkiem dla rodzin funkcjonalnych (o poprawnie rozwiniętych granicach wewnątrzrodzinnych).

---

rodziny „niezwiązane”: granice między członkami rodziny są sztywne	rodziny „zwykłe”: granice między członkami rodziny są jasne	rodziny „splątane”: granice między członkami rodziny są rozmyte
--	---	---

Celem terapii strukturalnej jest dążenie do przywracania lub kształtowania na nowo właściwych, jasnych granic między członkami rodziny, a więc na przemieszczaniu jej z punktów ekstremalnych (peryferycznych) ku **centrum continuum**. Pracując z całą rodziną można dość precyzyjnie wyróżnić, który z obu typów dominuje w danym podsystemie. W tym miejscu trzeba wiedzieć, że rozpoznanie któregoś z nich w danej rodzinie nie jest oznaką dysfunkcyjności czy patologii rodzinnej, a jedynie wskaźnikiem



przyjętego stylu wzajemnej, interpersonalnej komunikacji, panujących relacji. Można nawet zaryzykować twierdzenie, iż tego rodzaju relacje występują mniej lub bardziej przejściowo we wszystkich rodzinach. Mogą na przykład nasilać się w czasie, gdy na świat przychodzi pierwsze dziecko, a potem w przełomowych momentach jego życia (pójście do przedszkola, szkoły, wyjazd na pierwszą kolonię czy obóz harcerski, zdawanie egzaminu do szkoły średniej, matury itp.). Bywa tak, że każdy z partnerów reprezentuje inny typ relacji: żonę może cechować „splątanie” a jej męża „niezaangażowanie”. Może na przykład w trakcie zabawy z dzieckiem tworzyć relację „zmieszaną”, gdy w tym samym czasie jej partner może trwać na pozycji „niezwiązanej”. Ona będzie dezorganizowała zabawę dziecka (pozwalała na wszystko, dopuszczała do bałaganu, traktowała zabawę raczej jako sposób wypełnienia wolnego czasu niż jako metodę rozwijania zdolności manualnych i umysłowych dziecka), a on będzie zajęty własnymi sprawami (czytaniem gazety, oglądanie programów telewizyjnych itp.). Gdy jest to stan chwilowy to wszystko w porządku. Jeżeli jednak nastąpi spotęgowanie tych wzorów zachowań, prowadzące ostatecznie do ich utrwalenia, to wówczas matka może zacząć preferować wychowanie oparte na nadmiernej opiekuńczości, uległości wobec dziecka, a ojciec może zacząć coraz bardziej się oddalać, tracić poczucie bycia odpowiedzialnym za los dziecka. Matka może mieć trudności w stawianiu odpowiednich wymagań dziecku, ojciec z kolei może być skłonny do ignorowania jego potrzeb. W końcu musi to spowodować rozłam małżeńskiego podsystemu, a w sytuacji rodziny wielodzietnej także destabilizację podsystemu tworzonego przez dzieci.

W rodzinach „niezwiązanych” poszczególni jej członkowie mogą osiągnąć dość dużą niezależność (autonomię), lecz jednocześnie znacznemu osłabieniu, by nie rzec poważnemu upośledzeniu, może ulec poczucie lojalności wobec rodziny; może nastąpić znaczne obniżenie potrzeby przynależności do systemu rodzinnego, poziomu identyfikacji z nią jako całością. Wcześniejsze „jasne”, „elastyczne” granice między podsystemami mogą wówczas przekształcić się w „sztywne” i „nieprzenikalne”, co w efekcie może spowodować, że wzajemna komunikacja stanie się bardzo utrudniona; przekazywane informacje będą ubogie a jednocześnie przepełnione treściami o wątpliwych znaczeniach. Większość przesyłanych komunikatów będzie wówczas nieczytelna, oparta na nieszczerych intencjach, mających w głównej mierze na celu podtrzymanie „niezaangażowania”. Na przykład mąż może ograniczać się do obdarowywania dzieci zabawkami, prowokować jałowe dyskusje, albo brać na siebie tak bardzo trudne zadania, by potem w przypadku ich nie realizacji znaleźć jakieś racjonalne wytłumaczenie.

Padają zwykle wtedy określenia typu: „*To przerasta ludzkie możliwości*”, „*Porwałem się z motyką na słońce*”, „*To było zbyt ambitne zadanie*”, „*Tyle pracy na nic*”, „*Tak bardzo się starałem*” itp. Temu samemu celowi może służyć chwalenie na wyrost wszelkich poczynań partnerki, nadmierne i ślepe uleganie jej sugestiom i pomysłom mającym poprawić estetykę domu (wystrój wnętrza), sposoby wychowania i relacje z dziećmi itp. Partner godzi się na

wszystko z wyjątkiem tego, co mogłoby zagrozić utratą postawy „niezaangażowania”, narazić go na zajmowanie się w o wiele większym wymiarze rodziną. Inną strategią może być tworzenie wizerunku, że jest się osobą słabą, nieodporną psychicznie czy fizycznie i w związku z tym niebędącą w stanie brać na siebie jakichś zadań wymagających specjalnych predyspozycji – konkretnych zdolności i umiejętności manualnych, organizatorskich, odpowiedniej odporności psychicznej itp. Wówczas większość próśb partnerki o wykonanie danej czynności jest kwitowanych sformułowaniami w stylu: „Wiesz, że nie mam zdrowia”, „To nie na moje słabe nerwy”, „Brak mi cierpliwości”, „To trzeba zlecić fachowcowi” itp. Inną strategią stosowaną dla utrzymania „niezaangażowania” może być fantazjowanie, sprowadzanie rozmowy do treści bliższych pobożnym, nieziszczalnym życzeniom niż planom (czynnościom) realnym do zrealizowania. Partner tryska pomysłami, roztacza wizje świetlanej przyszłości i na tym etapie wszystko się kończy.

Klasycznym jednak sposobem manifestowania „niezaangażowania” jest wyraźne odcinanie się od spraw rodzinnych, wręcz jawne wycofywanie się z aktywnego udziału w jej życiu. W konsekwencji nie ma co liczyć na takiego członka (lub członków), chociaż bywa często tak, iż w sytuacjach ekstremalnie trudnych może dojść do wzrostu troski o rodzinę. Pojawiające się nagle zagrożenie nakazuje rezygnację z nadmiernej niezależności (autonomii) i ponowne bycie lojalnym wobec pozostałych. Natomiast po pokonaniu trudności niektórzy pozostają już na nowej pozycji, są dalej skłonni zapewniać innym odpowiedniego wsparcia, ale są też tacy, którzy na powrót stają się znowu „niezaangażowanymi”.

Podobnych zachowań, forteli mających zakamufłować rzeczywistość niemoc, dopuszczają się członkowie rodzin „splątanych”. Tu jednak nie służą one utrzymaniu znacznego poziomu autonomii, ale ukryciu swojej słabości wynikającej z niejasności granic pomiędzy podsystemami; z zamieszania dotyczącego funkcji, pozycji i podziału obowiązków i odpowiedzialności. W rodzinach „splątanych” inaczej też przebiega radzenie sobie z poważnymi problemami. Brak dostatecznie wyraźnych (odpowiednio „elastycznych”) granic sprawia, że trudności mogą się nawarstwiać; objawy ujawniane przez jednego z członków zostają w jakimś sensie „przejęte” przez kolejnych i tym samym stają się one problemem całej rodziny. Tu zatem krańcowo trudna i zagrażająca sytuacja nie działa mobilizująco na „splątanych” członków, a wręcz przeciwnie czyni ich jeszcze bardziej bezradnymi.

W obu przypadkach – rodzin „splątanych” i „niezwiązanych” – postępowanie terapeutyczne powinno polegać na **wniknięciu w podsystem małżeński, rodzicielski i dziecięcy**. W każdym z nich może tkwić potencjalne źródło „zmieszania” lub i „niezaangażowania”. Terapeuci strukturalni poprzez trafne rozpoznanie i wyszczególnienie istniejących w danej rodzinie podsystemów mogą ocenić zróżnicowanie systemu rodzinnego, kierunki jego rozwoju. Mogą w ten sposób poznać na ile poprawnie jest ukształtowana hierarchiczność struktury rodziny: czy faktycznie rodzice mają największy

udział w rządzeniu rodziną a starsze dzieci proporcjonalnie więcej niż młodsze. Możliwe staje się ustalenie do jakich podsystemów należą poszczególni członkowie rodziny, jaką pełnią w nich funkcje, jakie mają uprawnienia; jaki mają wpływ na ważne sprawy w rodzinie, jakie są im przypisywane prawa i obowiązki, a także jaka jest ich skuteczność w komunikowaniu się (wchodzeniu w interakcje, nadawaniu relacji komplementarności).

Rozszyfrowanie jak największej liczby powstałych w danej rodzinie podsystemów pozwala jednocześnie poznać skłonności członków rodziny do równoczesnego pełnienia określonych ról społecznych. Ocenic na ile z nich się wywiązują a w jakim stopniu to im się nie udaje i, z jakich powodów. Raz może być to branie na siebie zbyt dużej ilości różnych funkcji, innym razem duża trudność roli, znacznie odbiegająca od rzeczywistych predyspozycji psychofizycznych, a jeszcze innym razem niekorzystne interakcje. Na przykład jeden z partnerów może prezentować postawę pełnej uległości i zależności, zmuszając tym samym drugiego do przyjęcia roli dominującego i w związku z tym opiekuńczego i odpowiedzialnego.

Klinicysta podejmując się zadania wyłonienia mocnych i słabych stron istniejących w danej rodzinie podsystemów, musi uwzględniać okres rozwojowy (cykl życia), w którym aktualnie ona się znajduje. Gdy jest to na przykład czas zaraz po narodzinach pierwszego dziecka, to powinien skupić się na tym, jak to wpłynęło na zmianę struktury rodziny. Czy właściwie przebiega proces kształtowania się **podsystemu rodzicielskiego** i w jakiej mierze ujemnie oddziałuje na podsystem małżeński. Z pewnością bowiem przyjście na świat pierwszego dziecka nieco go destabilizuje, gdyż ważniejszy staje się powstający niejako automatycznie, w sposób naturalny podsystem matka-dziecko. Chodzi tu o pierwsze tygodnie, gdyż z czasem muszą być wyznaczone nowe granice, które, z jednej strony, muszą gwarantować równy dostęp dziecka do każdego z rodziców, a z drugiej, umożliwiać zachowanie niezależności podsystemu małżeńskiego; jego integralność, wypracowany wcześniej styl wzajemnych relacji. Dopuszczalne jest tylko czasowe osłabienie podsystemu małżeńskiego, gdyż przywrócenie jego siły jest konieczne zarówno dla samych małżonków, jak i dla dziecka. Ci pierwsi, by być dobrymi partnerami i rodzicami muszą w ramach stworzonego przez siebie podsystemu być zdolni do wytyczania granic, które powinny uchronić ich przed zbyt naruszającym ich terytorium (prywatną przestrzeń) inne osoby z rodziny (dzieci, dziadkowie, teściowe) i spoza niej (przyjaciele, koleżanki). Inaczej mówiąc małżonkowie muszą mieć ciszę, zapewnione warunki do spokojnego omawiania ważnych spraw rodzinnych, dzielenia się obowiązkami i co równie ważne do własnego rozwoju. **Podsystem małżeński**, w którym zachowane jest prawo do prywatności i niezależności, tolerowanie swoich odmienności, jest w stanie zmieniać (dostosowywać) swoje funkcjonowanie do nowych sytuacji wynikających z pojawienia się pierwszego i kolejnych dzieci. O wiele łatwiej przyjdzie stawiać czoła wyzwaniom wynikającym z dorastania dzieci, bardziej płynnie

będzie przebiegało dostosowywanie postaw rodzicielskich do wieku dziecka i wciąż zmieniających się jego oczekiwań i potrzeb.

Natomiast ciągle podtrzymywanie silnego **podsystemu matka-dziecko**, kosztem osłabienia (zdeprecjonowania) podsystemu małżeńskiego, może sprawić, że dojdzie do daleko posuniętej dysfunkcjonalności rodziny. Przejęcie przez matkę wiodącej roli w wychowaniu dziecka, nierówny udział obojga rodziców w opiekowaniu się nim, a przy tym jeszcze preferowanie postawy rodzicielskiej opartej na nadmiernej opiekuńczości i ochronie, może w istotny sposób naruszać prawo dziecka do autonomii.

Dotyczyć może to także niewłaściwie ukształtowanego **podsystemu rodzicielskiego**. Hołdowanie na przykład patriarchalnemu modelowi rodziny (z dużą władzą ojcowską) może doprowadzić do pełnienia funkcji wychowawczych nastawionych na nadmierne kontrolowanie i ingerowanie w sprawy dorastającego dziecka. W efekcie może okazać się niemożliwe rozwinięcie u rodziców umiejętności akceptowania niezależności dziecka, uznawania jego potrzeby do coraz bardziej samodzielnego decydowania o własnych sprawach. Brak zdolności do przekształcania podsystemu rodzicielskiego w zależności od fazy rozwoju dziecka (od wieku niemowlęcego, poprzez młodszy wiek szkolny i skończywszy na okresie adolescencji), może utrudnić rodzicom sprostanie stawianym przez ich dziecko coraz to innym wymaganiom. Problematyczne może okazać się dla nich spełnianie oczekiwań dziecka wynikających z jego rozwoju i dążenia do autonomizacji potrzeb. Mówiąc inaczej, nie będą potrafili zrozumieć, że ich dziecko może mieć aż tak bardzo odmienne zdanie na jakiś konkretny temat; że może prezentować całkiem przeciwstawne przekonania i poglądy na - z pozoru - oczywistą kwestię. Nie będą skorzy do aprobowania opozycyjnych zachowań swojego dorastającego dziecka, nie będzie dla nich oczywiste to, co jest lub staje się jedyną racją dla niego. W konsekwencji musi rodzić to konflikty, każda ze stron będzie dążyła do postawienia na swoim, nakłonienia do uznania wyższości i nieomyślności wysuwanych przez siebie sądów wartościujących.

W związku z tym na terapii spoczywa zadanie uskutecznienia funkcjonowania podsystemu rodzicielskiego, który powinien tak ewoluować, by opieka nad dzieckiem opierała się na równoważeniu jego potrzeb (emocjonalnych, społecznych, materialnych) z kontrolowaniem jego zachowań oraz ze stawianymi mu wymaganiami. Chodzi tu o umiejętne naprzemienne i komplementarne stosowanie różnych **strategii wychowawczych**, równoczesnym i wyważonym „dozowaniem” **postawy kochającej, wymagającej i opiekuńczej** (Rembowski, 1986). Nie mniej ważne jest wytyczenie nowych granic w rodzicielskim podsystemie, które, z jednej strony powinny umożliwić matce i ojcu równoprawny udział w wychowaniu dziecka, a z drugiej – zapewnić zachowanie integralności podsystemowi małżeńskiemu; czyniącą z niego dualny układ wzajemnie wspierających się osób.

Podobnym oddziaływaniami terapeutycznym powinno podlegać dziecko a gdy jest ich większa liczba, to powstały z nich **podsystem rodzeństwa**.

Interakcje między rodzeństwem są swoiści rozumianym „poligonem” zachowań społecznych, pierwszym miejscem, w którym dzieci „ćwiczą” sposoby wchodzenia w różne relacje z rówieśnikami. Tu po raz pierwszy doświadczają i uczą się bycia przyjaciółmi, a także radzenia sobie z nieprzyjaciółmi. Zaczynają utożsamiać przyjaźń ze współdziałaniem i uzyskiwaniem wsparcia emocjonalnego i społecznego, a jednocześnie uczą się reguł współzawodnictwa, rywalizacji i różnych sposobów walki o zwycięstwo. Pozostając dla siebie pierwszymi przyjaciółmi postrzegają siebie jako osoby, którym można ufać i zawierzać, ale i z którymi można uczyć się pokonywania różnych trudności. Popadając w konflikty, doznając we wzajemnych relacjach waśni i nieporozumień mają zapewnione warunki do „trenowania” strategii pokonywania ich, jak również przeciwdziałania ich potęgowaniu się i nasilaniu; tym samym mogą nabyć umiejętności nie tylko minimalizowania skutków wzajemnych sporów, lecz również poznać sposoby zapobiegania ich powstawaniu.

Rodzeństwo zdane na siebie, przez bardzo długi czas przebywające ze sobą, ma okazję doświadczania różnych barw, cieni i blasków przyjaźnienia się, jak i zmagania z nieprzyjaciółmi. Przechodząc przez kolejne cykle życia rodziny ma możliwości sprawdzania się w różnych sytuacjach, stopniowego wchodzenia w różne role rodzinne. Tworząc podsystem dzieci stają się ważnym ogniwem w strukturze rodziny, mają swoje miejsce w hierarchii rodzinnej i wraz z wiekiem wzrasta ich udział w podziale władzy. W miarę stawania się coraz starszymi zawierają koalicję, która ma służyć ich interesom, a w szczególności utrzymywaniu właściwych relacji z rodzicami; radzeniu sobie z nimi, antycypowaniu ich zachowań oraz zespołowemu mobilizowaniu się w chwilach wymagających ochrony własnego „terytorium”, przeciwstawienia się dominacji i atakom ze strony rodziców.

W rodzinach, w których są dzieci w różnym wieku pojawia się podział na podgrupę dzieci młodszych – ciągle potrzebujących opieki oraz podgrupę starszych – posiadających już dość duży poziom autonomii. Z czasem te młodsze zaczynają intensywniej przyglądać się i korzystać z doświadczeń starszego rodzeństwa. Zwykle potem, w okresie dorastania i odchodzenia z domu, naśladują zachowania starszych siostr i braci. I jeżeli były to działania i postępowanie niewłaściwe, zakończone niepowodzeniem, to w konsekwencji starające się powielać je młodsze rodzeństwo może doznawać podobnych porażek. Gdy na przykład dotyczyło to trudności ostatecznego wyjścia z domu (z powodu chęci założenia własnej rodziny, pełnego usamodzielnienia się), braku zgody na to ze strony rodziców (np. lękających się o los dziecka), objawiającej się czynieniem mu wyrzutów o chęci porzucenia domu rodzinnego, niewdzięczności za ich troskliwość i trud, to kolejne dziecko może mieć poważne problemy z przejściem do następnej fazy cyklu życia rodziny. Obawiając się takiego samego lub zbliżonego rozwoju wypadków, powtórzenia się podobnego scenariusza, może spowodować długotrwałe tkwienie w określonej fazie rozwojowej; stawaniu się coraz starszym nie towarzyszą

wówczas zmiany wynikające z ewolucji rodziny, z konieczności wykonywania czynności i realizacji zadań adekwatnych do posiadanego wieku. Wtedy też zamiast prawidłowego rozwoju może dochodzić do przekształcenia się reakcji obronnych – agresji, ucieczki, fiksacji czy regresji – w trwałe sposoby codziennego zmagania się z trudnościami życiowym (Aleksandrowicz, 1998).

Unieruchomione w systemie rodzinnym, niebędące w stanie przejść do kolejnej fazy rozwoju rodziny w czasie, może w przyszłym, dorosłym życiu być niezdolne do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, frustracjami czy stresami. Wspomniane cztery wzory reagowania – agresja, fiksacja, regresja i ucieczka – stają się jedynymi lub dominującymi sposobami pokonywania pojawiających się problemów. Zamiast być tylko chwilowymi reakcjami obronnymi ukierunkowanymi na rozładowanie napięcia emocjonalnego przyjmują postać strategii postrzeganych jako jedyne z możliwych.

W praktyce polega to na przykład na tym, że polecenia rodziców dotyczące wykonania określonej czynności o stopniu trudności zgodnym z wiekiem dziecka rodzą u niego **agresję**. Jest ona wówczas zachowaniem mającym uświadomić rodzicom, iż ich oczekiwania są zbyt wygórowane, znacznie przekraczające jego aktualne możliwości. Mniej lub bardziej świadomie manifestuje ono w ten sposób powstałą różnicę między wiekiem życia a wiekiem emocjonalnym. Pragnie poprzez agresję uprzytomnić rodzicom, że w ciągu minionych lat niczego nowego się nie nauczyło i w związku z tym, mimo że jest adolescentem, to potrafi jedynie wykonywać zadania przewidziane dla o wiele młodszych od niego. Jawna agresja ma zarazem uchronić je przed stawianiem tego typu wymagań w przyszłości, a także usprawiedliwić nie wywiązanie się z dotychczas nałożonych obowiązków i zadań, a w efekcie ustrzec je przed niepowodzeniami podobnymi do tych, jakie zaobserwowało u starszego brata czy siostry.

Natomiast **fiksacja**, **regresja** i **ucieczka** to zachowania stanowiące konsekwencje zbyt długiego tkwienia w danej fazie rozwojowej w cyklu życia rodziny. Fiksacja polega na uporczywym powielaniu tych samych czynności, niedających oczekiwanych rezultatów. Jest to specyficzny rodzaj utrwalonego sztywnego zachowania, któremu nie towarzyszy poszukiwanie nowych form rozwiązań. Dziecko z uporem powtarza te same błędy, nie potrafi wyciągać konstruktywnych wniosków z zachowań i działań kończących się porażkami. Z kolei regresja jest cofaniem się do pierwotnych, uprzednio przyswojonych form zachowań. U nastolatka będącego w końcowej fazie okresu dorastania, może to objawiać się reakcjami charakterystycznymi dla małych dzieci – zdrobnieniami w mowie („pieszczeniem się”), przymilaniem, preferowaniem dziecięcego stroju itp. Można to traktować jako powrót do dobrze wcześniej opanowanych i sprawdzonych metod działania. Według psychoanalityków jest to powrót do tego okresu dzieciństwa, w którym dziecko czuło się najbezpieczniejsze i najbardziej akceptowane przez rodziców. W wypadku zaś ucieczki – czwartego w kolejności sposobu reagowania – dochodzi do izolowania się od wszystkich członków rodziny lub tylko od niektórych. Może

ona przybierać charakter psychologiczny (np. rezygnacja z aktywności) albo fizyczny (np. ucieczka z domu).

Terapeuta penetrujący podsystem dziecięcy powinien także dążyć do poznania rzeczywistej panującej w nim **hierarchii**. Czasem bowiem to nie wiek jest wyznacznikiem posiadanej pozycji a bardziej **poziom rozwoju biologicznego i emocjonalnego**. W takich sytuacjach działania klinicysty powinny zmierzać w kierunku przywrócenia hierarchii opartej na kryterium wieku: najwięcej władzy najstarsze dziecko, potem drugie, trzecie itd. Według założeń terapii strukturalnej w prawidłowo rozwijającej się rodzinie, odpowiednio pokonującej poszczególne fazy cyklu życia rodziny, młodsze dzieci mają modelować zachowania starszych; podpatrując ich sposoby radzenia sobie z konkretnymi trudnościami wynikającymi z dorastania, w przyszłości mają postępować podobnie. Wymaga to zatem, by starsze rodzeństwo w miarę możliwości bezboleśnie przechodziło z jednej fazy do drugiej, a tym samym, by w jak najmniejszym stopniu dostarczało negatywnych wzorów do naśladowania młodszemu rodzeństwu.

Inną kwestią jest miejsce podsystemu dziecięcego w strukturze całej rodziny, w interakcjach z innymi powstałymi w niej podsystemami. Udział dzieci w terapii rodzinnej umożliwia ustalić, w jakim stopniu uznają one istnienie zróżnicowanego rozłożenia autorytetu i władzy. Uczestnicząc w terapii mają okazję do nabywania umiejętności prowadzenia dialogu (negocjacji) w różnych relacjach i warunkach, wynikających z nierównomiernego podziału władzy. Rodzina z typowym dla niej podziałem ról na osoby mające więcej i mniej władzy sprzyja socjalizacji dzieci, uczeniu się różnych strategii radzenia sobie z sytuacjami, w których przyjdzie im żyć w przyszłości. Podobieństwo struktury rodziny do zależności występujących w środowisku pozarodzinnym (w szkole, zakładzie pracy, najbliższym otoczeniu itp.) czyni ją doskonałym miejscem do „trenowania” różnych możliwych zachowań w układach społecznych. Podział władzy w rodzinie, będąc pierwowzorem stosunków społecznych panujących w świecie, jest niezbędny, z jednej strony, do utrzymania jej funkcjonalności, a z drugiej, by realizowanie zadań wychowawczych przebiegało we właściwy sposób. Ujmując to inaczej, sprawnie funkcjonująca rodzina, z poprawnie ukształtowanymi podsystemami – **małżeńskim, rodzicielskim i dziecięcym** – staje się sprawnym organizmem, stanowiącym specyficznie rozumiane „**społeczne laboratorium**”, sprzyjającym wchodzeniu dziecka w dorosłość. Oddziaływanie terapeutyczne powinno zatem skupiać się na zmianie wadliwie działających podsystemów oraz na podtrzymywaniu funkcjonujących prawidłowo, zgodnie z interesem całej rodziny, jak i poszczególnych jej członków.

## **2.5. Terapie rodziny oparte na różnych koncepcjach psychologicznych**

Znacznie mniej bezpośrednich treści i argumentacji o celowości prowadzenia terapii rodziny z wszystkimi jej członkami jednocześnie, można znaleźć w literaturze opisującej pracę z rodziną opartą na **podejściu**

**psychoanalitycznym** czy **behawioralnym**. Nie oznacza to, że reprezentanci tych nurtów sprzeciwiają się temu, gdyż większość z nich wyraźnie opowiada się za udziałem całej rodziny w terapii. Z pewnością jednak rzadziej o tym wypowiadają się, a jeżeli już, to zwykle czynią to w sposób wymagający domyslenia się, poszukiwania między wierszami.

**Terapeuci o orientacji psychoanalitycznej**, a wśród nich głównie N. Ackerman, już w latach pięćdziesiątych systematycznie obejmowali terapią wszystkich członków rodziny. Wspomniany Ackerman, traktując rodzinę jako strukturę składającą się z pozostających w ciągłej interakcji osobowości, utrzymywał, że na poziomie rodzinnym zaburzenia są konsekwencją wciąż powielanych negatywnych wzorców zachowań, które destabilizując **rodzinną homeostazę** kształtują nieprawidłowe relacje wewnątrzrodzinne. Zaburzenia pojawiające się u jednego jej członka implikują zahamowanie zmian i rozwoju rodziny, prowadząc do jej dysfunkcjonalności. Z kolei D. Anzieu i P. Racamier – psychoanalitycy francuscy – ściśle realizując w toku terapii rodzin formułę (konceptje i techniki) psychoanalityczną, twierdzą, iż cała rodzina jest odpowiednikiem indywidualnego pacjenta (Tryjarska, 2000).

Natomiast **terapeuci o orientacji behawioralnej** twierdzą, iż symptomatologiczne zachowanie dziecka może być wypadkową tego, co ma miejsce w **diadzie rodzicielskiej**. Para małżeńska postrzegana jest jako osoby w równej mierze stanowiące dla siebie źródło stymulacji, nawzajem „obdarowujące się” wzmocnieniami pozytywnymi (nagrodami) i negatywnymi (karami). W terapii zaburzonych dzieci rodzice (zwykle matka) traktowani są jako dostarczyciele nagród i kar dziecku, ono z kolei pozostaje jedynie ich odbiorcą. Postępowanie terapeutyczne polega na tym, by np. matkę nauczyć wygaszania niepożądanych reakcji (zachowań), a jednocześnie wzmocnienia reakcji pożądanых. Nie oznacza to nie włączanie do terapii dzieci, gdyż behawioralna terapia rodzinna to zarówno terapia pary małżeńskiej, jak i terapia różnych diad, w tym także układu: zaburzone dziecko-rodzic. Dla behawiorystów niezmiernie ważne jest, czy obejmują oddziaływaniem terapeutycznym całą rodzinę (ogół jej członków), poszczególne jej diady czy też wybrane osoby (Kratochwil, 2003).

Konieczność włączania dzieci do terapii rodziny jest wyjątkowo silnie podkreślana w **kontekstualnej terapii rodzin**. Według I. Boszormenyi-Nagy’ego – jednego z prekursorów tej terapii – udział dzieci w przebiegu terapii jest czymś koniecznym nawet wówczas, gdy zasadniczym problemem jest konflikt między małżonkami. Obecność dzieci w terapii jest integralną częścią kontraktu terapeutycznego z rodzicami. Nie ma tu zarazem możliwości, by rodzice przyjęli postawę biernych obserwatorów pracy terapeuty z dzieckiem. Nieodzowność włączania dzieci do terapii ma tu swoje uzasadnienie w przekonaniu, że dysfunkcjonalność rodziny w dużej mierze wynika z tzw. **„podzielonej lojalności”**. Występuje ona wówczas, gdy oczekiwania rodziców wobec dziecka zmuszają go czy wywierają na nim presję, by pozostawało ono lojalne wobec jednego z rodziców, kosztem braku lojalności w stosunku do



drugiego z nich. W rezultacie dziecko doznaje ambiwalencji, niemożności przyjęcia jakiegó kompromisowej postawy, co w konsekwencji prowadzi do rozwoju zaburzeń, potęgowania objawów, mających umożliwić mu zbliżenie do siebie rodziców (Namysłowska, 1997). Ujmując to inaczej, ujawniane przez dziecko symptomy mają konsolidować rodziców, inspirować ich do opartej na wzajemnej współpracy pomocy dziecku w jego problemach.

Podobnie mocno akcentowana jest konieczność włączania dzieci do terapii w **symbolicznej terapii rodzinnej C.A. Whitakera**. Według niego, pierwszą z technik terapii symbolicznej jest rozciąganie problemu na wszystkich członków rodziny, a także traktowanie dzieci jak dzieci, a nie jak rówieśników. Chodzi tu zatem o to, by każde z dzieci zajmowało przynależną mu pozycję w strukturze rodzinnej, w zależności od okresu rozwojowego, w jakim znajduje się w danym czasie. W myśl tej tezy, inne funkcje w rodzinie ma do spełnienia dziecko w wieku przedszkolnym, inne w wieku młodszym szkolnym, a jeszcze inne w okresie dorastania (adolescencji). Właśnie włączenie dzieci do terapii ma umożliwić zarówno im, jak i ich rodzicom dookreślenie tychże funkcji, przywrócenie lub przydzielenie ich na nowo. W terapii symbolicznej udział dzieci ma usprawnić realizację jej zasadniczych celów, jak np. nauczenie rodziny zabawy (wszystkie role powinny być w rodzinie dostępne dla poszczególnych członków, pod warunkiem jednak pełnej akceptacji ogółu), ustanowienie granic rodzinnych i separacji międzypokoleniowej, oraz pomóc rozwiązać mit indywidualności (rodzina powinna zrozumieć, iż jest jednością, lecz równocześnie musi postrzegać to w kategorii absurdalności) (Strojnowski, 1998).

Całkowicie odmienne zdanie w sprawie włączania dzieci do terapii wyraża M. Bowen, twórca **teorii systemów rodzinnych**. Odwołując się do własnych negatywnych doświadczeń z terapii prowadzonej z całą rodziną jednocześnie, łącznie z rodzicami i dziećmi, opowiada się za pracą prawie wyłącznie z **diadą małżeńską**. Bowen poparł to tezę, mówiącą że zmiana w relacji rodzicielskiej (między matką a ojcem) pociągnie za sobą kompensacyjną zmianę w całym systemie rodzinnym. Dla celów teoretycznych i terapeutycznych przyjął, że rodzina jest systemem emocjonalno-relacyjnym. „Emocjonalność” obejmuje siły pobudzające, aktywizujące do działania system, „relacyjność” zaś odnosi się do komunikowania się, wzajemnej wymiany informacji w różnych interakcjach w ramach systemu rodzinnego. Zaburzenia równoczesne tych obu sfer albo raz jednej, a raz drugiej, przybierając charakter emocjonalny czy społeczny, prowadzą do destabilizacji systemu rodzinnego.

Bowen kwestionuje zasadność fizycznej obecności dzieci w toku terapii rodziny, wyrażając pogląd, że każdy problem rodzinny – niezależnie od tego, czy jest wynikiem konfliktów między małżonkami, objawów ujawnianych przez dziecko lub jednego z partnerów – jest możliwy do rozwiązania poprzez ograniczenie do pracy z **diadą małżeńską**. Udział dzieci zdaniem Bowena – mimo że przyczynia się do poprawy komunikowania się, usunięcia objawów – niezmiernie rzadko prowadzi do uzyskania podstawowych zmian

(przewartościowań) w relacji małżeńskiej, a ta, jak wiadomo, traktowana jest przez niego jako główne podłoże zaburzeń dziecka a w sumie i całej rodziny. Sugeruje także, aby znaczną część czasu terapii (nawet blisko czterdzieści procent) poświęcać pracy tylko z jednym z partnerów, głównie wówczas, gdy praca z diadą przebiega zbyt wolno.

Teoria systemów rodzinnych i oparta na niej praktyka kliniczna stały się „zaczynem” wielu pokrewnych nurtów psychoterapii rodzin. Następcy Bowena, jak choćby: P.J. Guerin, B. Carter i M. McGoldrick, czerpiąc z tej teorii stworzyli bardzo interesującą koncepcję **wielopokoleniowej terapii rodziny**. Wielu też dostrzegło potrzebę włączania do terapii rodziny dzieci, a zatem nie wykluczają tak rygorystycznie ich z terapii. Chętnie podejmują się pracy z całą rodziną, a często nawet z kilkoma jej pokoleniami. Zresztą stało się to możliwe dzięki samemu Bowenowi, który zainspirował swych uczniów i następców do wnikliwszego poznawania rodziny pochodzenia. Również za jego sprawą podstawowym narzędziem wielopokoleniowej terapii stał się **genogram**; rysowanie „mapy rodziny”. W gabinetach terapeutów pojawiły się tablice do rysowania genogramów, mające ułatwić prezentację konstrukcji systemu rodziny (Kołbik, 1999).

Helm Stierlin – lekarz, filozof i psychoanalityk – wielki orędownik podejścia systemowego w terapii rodzin, jest kolejnym po Virginii Satir i S. Minuchinie autorytetem opowiadającym się za **włączaniem dzieci do terapii**. Podaje on jednocześnie wiele zasad, których należy w tym względzie przestrzegać. Wyraźnie opowiada się za koniecznością jak najwcześniejszego – najlepiej już podczas pierwszego kontaktu z rodziną – określenia swego stanowiska co do udziału dzieci w terapii. Niejednokrotnie głównym powodem podjęcia decyzji o udaniu się do psychoterapeuty są symptomy ujawniane przez dziecko, ale czy należy przez to rozumieć, że w czasie pierwszego spotkania z rodziną (prowadzenia z nią wywiadu), oprócz dziecka zdradzającego objawy, powinny być także obecne wszystkie dzieci (niezależnie od wieku) z tej rodziny? W kwestii tej Stierlin wypowiada się w sposób jednoznaczny: **„Członków rodziny spostrzega się obecnie jako elementy współdziałającej ze sobą grupy, w której zachowanie jednego z członków w nieunikniony sposób wpływa na wszystkich pozostałych”** (Stierlin, Rucker-Emden, Wetzel, Wirsching, 1999, s. 16). Podleganie tego typu interakcjom dotyczy zarówno dziecka objawiającego dolegliwości, jak też dopiero co narodzonego jego brata czy siostry, a także pozostałych osób z rodziny, a zatem zasadne jest, by pierwszy wywiad przebiegał z udziałem ogółu jej członków. Mimo że np. nowo narodzona siostra, z wiadomych względów, nie udzieli żadnych informacji słownie, to jednak jej obecność może wpłynąć na wypowiedź jej starszego brata. Może także umożliwić obserwację wielu zachowań niewerbalnych, wyrażających np. stosunek do nowego członka rodziny, na ile jest on widziany z akceptacją, a w jakiej mierze niezbyt przychylnie itd. Brak któregośkolwiek dziecka może sprawić, że biorący udział w wywiadzie mogą dopuścić się przeinaczenia faktów. Stierlin utrzymuje, iż sytuacje tego typu są

nieomal regułą, i zawsze nieobecność dziecka w czasie terapii działa na jego niekorzyść.

Natomiast, uzasadniając konieczność włączania dzieci do terapii rodziny, zwraca uwagę na fakt, że ujawniane przez dziecko objawy mają dość często swoje źródło w poświęcaniu się na rzecz rodziców. Może to np. manifestować się w utrzymywaniu silniej więzi z rodzicami, przybierającej postać zbytnej uległości (submisyjności) i tym samym implikującej utratę niezależności i integralności dziecka. Zdarza się też tak, że dziecko jest delegowane do wzięcia na siebie określonych cech osobowości rodziców (np. tych odrzucanych albo tych, których rozwój został zaniedbany w czasie, gdy sami byli dziećmi, a dzisiaj, z uwagi na walory tych cech, wymaganych od własnych dzieci) czy też wytypowane do spełnienia ich pragnień i aspiracji; zwykle takich, których nie udało im się zrealizować. To dość powszechna praktyka (Sikorski, 2005). Udział dzieci w terapii umożliwia klinicyście szybciej zlokalizować tego rodzaju współzależności, często nawet już w trakcie pierwszego spotkania.

Niejednokrotnie obawy zarówno rodziców, jak i terapeutów związane z udziałem dzieci w terapii wynikają z przekonania, że nie powinno się ich zapoznawać z problemami dotyczącymi **relacji małżeńskich**, dotyczących często zdarzeń bardzo wstydlivych i w związku z tym – zdaniem rodziców – niezmiernie trudnych do wyjawienia w obecności dzieci. Podobnie nie sposób ujawniać treści o sytuacjach drastycznych, o różnego typu przewinieniach i nadużyciach zaistniałych między małżonkami, przybierających nieraz formę „terroru” **psychicznego** czy naruszenia cielesności współpartnera. Pamiętać jednak trzeba, że dzieci są świadkami tych zdarzeń, a tym samym, mniej lub bardziej, świadome stosunków panujących między matką a ojcem, również i tych opartych na przemocy i zachowaniach agresywnych. Zwykle dzieci o wiele więcej wiedzą niż się ich rodzicom wydaje. Chociaż sporo jest również zdarzeń nieczytelnych, rodzących u dzieci poczucie trudnego do określenia zagrożenia, utraty bezpieczeństwa spowodowanej mimowolnym uczestnictwem w niezbyt jasnych dla nich sytuacjach. Owa niejasność może wynikać z bardzo wielu przyczyn: raz to może być nieporadny kamuflaż rodziców, nieumiejętne ukrywanie przed dziećmi istniejących napięć między nimi, innym razem zaś bycie świadkiem zdarzeń niemających odniesienia do posiadanych doświadczeń, przeżywanych po raz pierwszy i z tego względu niezrozumiałych. Włączenie dzieci do terapii rodziny, ich udział w pierwszym wywiadzie, może zatem sprzyjać przywracaniu poczucia bezpieczeństwa, gdyż stwarza możliwość porozmawiania i wyjaśnienia wielu wątpliwości, jak również daje szansę wyeliminowania błędnych przekonań dotyczących postrzegania siebie jako winnych za nieporozumienia między rodzicami. Wyrażając to inaczej, może to uwolnić dzieci z przyjętego na siebie **poczucia winy za rodzicielskie problemy**.

Adwersarze włączania dzieci do terapii rodziny, w wysuwanych przez siebie argumentach, najczęściej wskazują na kwestie dotyczące pracy nad **problemami seksualnymi**, która jest – ich zdaniem – niemożliwa w obecności

dzieci. Z pewnością tak jest, lecz cóż stoi na przeszkodzie, by w takich sytuacjach na chwilę „odesłać” je do sąsiedniego pokoju, tłumacząc to jakimś trafiającymi do nich uzasadnieniami. Niedopuszczalne jest nagle „wypraszenie” dzieci, z użyciem argumentacji pozbawionej wiarygodności, brzmiącej mało przekonująco, w nikłym stopniu rozsądnie wyjaśniającej motywy takiego działania. Nie mogą one w żadnej mierze odebrać tego jako naruszenia ich indywidualności i praw, wynikających z bycia członkiem rodziny, czy też nabrać przekonania, że są tu niezbyt mile widziane i niepotrzebne. W chwili gdy tylko zostanie zakończone omawianie problemów seksualnych (lub innych wymagających zachowania intymności), należy niezwłocznie poprosić dzieci, by powróciły. I tu znowu powinno to przebiegać nie nakazowo, ale taktownie i bez zbytejnej egzaltacji.

Terapeuta, stając przed dylematem – włączać czy też nie włączać dzieci do terapii rodziny, powinien umieć ocenić na ile jego wątpliwości wynikają z własnych obaw, a w jakiej mierze są konsekwencją presji rodziców, wysuwanych przez nich pretensji, by dzieci nie uczestniczyły w terapii wespół z nimi. Bywa bowiem tak, że to właśnie bardziej przeciwny udziałowi dzieci w terapii rodziny jest klinicysta niż rodzice. Może on np. sądzić, że obecność dzieci niesie za sobą ryzyko narażenia ich na różnego rodzaju obciążenia, które z uwagi na swój wyjątkowy charakter (związane z przykrymi, często traumatycznymi zdarzeniami z życia rodziny), mogą wpłynąć **ujemnie na psychikę dzieci**. Obawy prowadzącego terapię rodziny mogą także wynikać z przekonania, że udział dzieci wprowadzi nienaturalność i skrępowanie, i w efekcie znacznie utrudni pożądaną przebieg terapii, spowoduje znaczne jej wydłużenie, a także może skierować ją na „błędne tory”. Tymczasem praktykujący terapeuci zgodnie przyznają, iż to właśnie dzieci, w szczególności te najmłodsze (w tym również niemowlęta), nieograniczone znamionami dla dorosłych konwenansami i zwyczajami, są zwykle najlepszymi **adherentami** (stronnikami) prowadzącego terapię. W przeciwieństwie do swych matek i ojców, przejawiających dość często trudności w otwartym prezentowaniu problemów „trawiących” rodzinę, potrafią często z marszu, niejako od razu przejść do sedna sprawy.

Natomiast jeżeli chodzi o ryzyko nadmiernych obciążeń, to tu cała sztuka zawarta jest w umiejętnym organizowaniu przebiegu terapii – w takim prezentowaniu zawitych problemów rodziny, by tworzyło to klimat pracy nad nimi, a nie prowadziło to ich potęgowania; chodzi tu o **stopniowe ujawnianie i „oswajanie”** poszczególnych członków – w tym przede wszystkim dzieci – z trudnościami, z jakimi boryka się rodzina i o takie organizowanie pracy nad nimi, by każdy miał swój udział w ich minimalizowaniu, czy eliminowaniu, a zatem ze wszech miar konieczne jest tu zespołowe zmaganie się z nimi.

W ten sposób programowane i realizowane sesje terapeutyczne, oparte na **grupowym zaangażowaniu**, umożliwiają jednocześnie ustrzec się przed jeszcze jednym ryzykiem, a mianowicie niemożnością zapanowania nad zbytnią swobodą zachowań u dzieci, typową dla nich impulsywnością,

rozemocjonowaniem i hałaśliwością. Nie oznacza to, że należy dążyć do tłumienia tych dziecięcych zachowań, lecz tylko o to, by w odpowiednich chwilach – w czasie intensywnej pracy nad jakimś problemem – nie dezorganizowały przebiegu terapii. Pamiętać bowiem trzeba, że **obserwacja** dziecięcych zachowań może dostarczyć wielu cennych informacji, bo np. „poziom hałaśliwości” dzieci można potraktować jako miernik wagi poruszanych spraw: im istotniejsze treści prezentują rodzice, czy starsze rodzeństwo, tym bardziej maluchy są spokojne i ciche, a jednocześnie silniej skoncentrowane i spięte.

Obawy i wątpliwości pojawiające się w związku z włączaniem do terapii dzieci mogą zostać rozwiązane, jeżeli terapeuta na początku jasno sprecyzuje i odpowiednio poda zasady mające obowiązywać podczas przebiegu spotkań. Zasady, które sprzyjają nie tylko wciągnięciu się dzieci w proces terapeutyczny, ale również dają im możliwość zaangażowania się w nią w takim samym (lub bardzo zbliżonym) stopniu, jak ich rodzicom.

Oprócz wskazanych w tym opracowaniu racji merytorycznych (rzeczowych i formalnych) włączania dzieci do terapii rodziny, niezmiernie istotne są te dotyczące konkretnych zaburzeń ujawnianych przez dzieci. Często właśnie określone schorzenia stanowią wystarczającą przesłankę, by podjąć decyzję o konieczności udziału dzieci w terapii rodziny. I tak np. I. Namysłowska (1997) – wybitna znawczyni problematyki terapii rodzin – sugeruje, że obecność dzieci jest uzasadniona i wręcz nieodzowna w leczeniu zaburzeń emocjonalnych okresu dorastania, choćby z uwagi na specyficzny charakter tego okresu rozwojowego, jakim jest adolescencja i związane z nią opuszczanie domu rodzinnego.

Z treści zawartych w tym rozdziale można odnieść wrażenie, iż gorącymi orędownikami włączania dzieci do terapii rodzinnej są zwolennicy **podejścia systemowego**. I tak jest w istocie. Nie brakuje jednak w ich szeregach osób prezentujących antagonistyczne stanowiska, zalecających dużą ostrożność w prowadzeniu terapii z jednoczesnym udziałem rodziców i ich dzieci. Zdecydowanie bardziej przeciwni są temu adwersarze podejścia systemowego w terapii rodzin w ogóle; osoby zdające się kwestionować rzetelność podbudowy teoretycznej tej orientacji w wielu zasadniczych jej aspektach.

Zarzuty dotyczą roszczenia sobie prawa teorii systemowej do **zbyt kategorycznego** tłumaczenia całokształtu zachowań determinujących dysfunkcjonalność rodziny. Tymczasem każda koncepcja zawiera w sobie wiele ograniczeń, powinna być pozbawiona jedynie słusznych rozwiązań, wyjaśnień bezwarunkowo prawdziwych.

**Teoria systemów rodzinnych** postrzegana jest jako koncepcja dążąca do nazbyt jednostronnego opisu patomechanizmów struktury rodziny, a przy tym traktowanego jako bezwzględnie trafny. Typowa dla każdej koncepcji charakterystyka tylko pewnego, zwykle niewielkiego, fragmentu (obszaru) doświadczenia indywidualnego, przybiera w podejściu systemowym formę opisu zbyt uogólnionego; rozpatrującego jednostkę w kategoriach determinizmu

społecznego, uwikłaną w różne rytuały i mity rodzinne. Nie ma tu miejsca na bycie kreatywnym, zdolnym do twórczego wpływania i przekształcania rzeczywistości rodzinnej, jak i zjawisk zachodzących poza nią, na zewnątrz. Tu każdy członek rodziny traktowany jest jako kolejne **ogniwo w łańcuchu rodzinnych zależności**, o z góry określonej przez tradycję, kontekst kulturowy i historię pozycji. Każde odchylenie od takiego wcześniej przyjętego modelu oceniane jest jako potencjalne źródło dezorganizujące system rodzinny. Wyraźnie pomijany jest cały obszar twórczości jednostkowej, ogół czynników pobudzających do aktywności ukierunkowanej na osiągnięcie celów wyższego rzędu, sprzyjających tworzeniu hierarchii wartości i zainteresowań opartych na szeroko rozumianej etyce, moralności, estetyce itp. Nie oznacza to, że terapeuci systemowi ignorują uczuciowość pacjentów, ich **indywidualne aspiracje życiowe** (społeczne, kulturalne, edukacyjne itp.), a jedynie to, iż podłoża trudności w ich osiąganiu dopatrują się przede wszystkim w uwarunkowaniach środowiskowych; aktywność jednostki jest interpretowana w kontekście środowiska społecznego, w jakim przyszło jej żyć, jedynie w kontekście systemu, którego jest elementem. Stąd już blisko do skrajności typu, że człowiek jest „**niczym innym, jak tylko wytworem otoczenia**”, podlegającym silnej presji środowiska, inspirowanym i motywowanym z zewnątrz. W efekcie może to prowadzić do drugoplanowego traktowania **psychologicznych i biologicznych wymiarów zachowania**.

Uwagi krytyczne obejmują także **linearne i cyrkularne myślenie**. Jest czymś oczywistym, iż działanie implikuje pewien skutek, ale czy zawsze przyczyna leży we wzajemnych oddziaływaniach. Nierzadko przecież są w rodzinie jednostki mające wyraźny jednostronny wpływ na pozostałych. Dodatkowo podważane jest doszukiwanie się źródeł symptomu głównie w uwarunkowaniach zewnętrznych, kosztem mniejszego uwzględniania zmiennych psychologicznych. Z drugiej jednak strony myślenie cyrkularne – zakładające, że przewidywana przyszłość (konsekwencje) wpływa na bieg zdarzeń – poparte komentarzem terapeuty, a więc osoby obserwującej z zewnątrz, może przyczynić się do wyróżnienia faktycznych powiązań między intencjami i ich konsekwencjami. Zwiększa się poprzez to szansa nadaniu myśleniu cyrkularnemu charakteru bardziej świadomych, łatwiej rozpoznawalnych, logiczniejszych sprzężeń zwrotnych, w mniejszym stopniu niekontrolowanych, nieświadomych i samowzmacniających się. W terapii opartej na teorii systemów rodzinnych, klinicysta jest właśnie osobą, która silnie **eksplorując rodzinę**, wnikając w jej strukturę, potrafi dostrzec prawidłowości kierujące cyrkularnym myśleniem, i co więcej może wpływać na jego zmianę czy modyfikację. Mam tu na myśli posługiwanie się techniką **pytań cyrkularnych**, polegającą na takim stawianiu pytań, by w czasie udzielania na nie odpowiedzi możliwe stało się uchwycenie różnic między rzeczywiście zachodzącymi w rodzinie relacjami a ich subiektywnym postrzeganiem przez poszczególnych jej członków. Chodzi tu o pokazanie, jak bardzo mogą różnić się oceny obserwowanych czy uświadamianych w tym samym czasie relacji.

Potem można przejść do pytań cyrkularnych dotyczących przyszłości, mających na celu taką modyfikację zachowania początkowego, by antycypowana na jej podstawie reakcja czy skutek był, w jak największej mierze bliski założeniom (przewidywaniom, prognozom). Mają one ułatwić poznanie słabych stron myślenia cyrkularnego u poszczególnych członków rodziny, z jednoczesnym pokazywaniem nowych skuteczniejszych sposobów radzenia sobie z aktualnymi trudnościami, a także przygotować do wypełniania zadań w przyszłości; dostosować system rodzinny do czekającego go rozwoju w czasie.

Podobnej krytyce poddano formy pracy klinicysty, określając ją mianem **manipulacji terapeutycznej** stosowanej wobec uczestników terapii rodzinnej. Chodzi tu głównie o stosowanie technik paradoksalnych, polegających na zalecaniu rodzinie wykonywania lub zaprzestania wykonywania pewnych czynności. Najczęściej kwestionowana jest procedura zwana „przepisywaniem” symptomu (objawu), w której terapeuta poprzez zalecanie powtarzania, w danych porach dnia czy tygodnia, zachowań postrzeganych do tej pory jako negatywne (niepokojące lub zagrażające i trudne) dąży do ich wyeliminowania. Taki styl pracy sprawia, iż „wgląd” i „właściwe interpretacje” przestają być środkami prowadzącymi do osiągnięcia poprawy. Wątpliwości budzi na przykład to, czy nakazywanie dziecku, by było agresywne nie zostanie przez nie potraktowane zbyt serio. I przystając nawet na to, że przyniesie to ograniczenie zachowań agresywnych, to jakie są gwarancje trwałości uzyskanych taką drogą efektów. Przyłapano w pułapkę paradoksu dziecko może jedynie na krótki czas, jedynie w chwili obcowania z terapeutą, zaniechać agresji, a potem, po odejściu terapeuty, może wykorzystać to do usprawiedliwienia na nowo pojawiających się aktów tego rodzaju; ganione za brak karności może użyć argumentu, iż to sam terapeuta nakazał mu być agresywnym (Flakowicz, 1995).

Obiektem ataków jest także terapeuta, jawiący się jako **wszystkowiedzący i nieomylny „guru”**, który stawia jednoznaczne, o dużej sile sprawczej diagnozy, oparte na zbyt ograniczonych, jednostronnych ocenach i interpretacjach. Adwersarzy razi jego dyrektywność, traktowanie jego aktywności jako główny sposób procesu leczenia, wprowadzania zmian w systemie rodzinnym. Dodatkowo zarzuca mu się nieetyczność, brak istnienia moralnych ograniczeń, co do wywierania przez niego „paradoksalnego” wpływu na rodzinę. Terapeuta stając się wszechwiedzącym i ferującym jedynie słuszne wyroki o rodzinie ekspertem (znawcą), zdaje się wyręczać ją w pokonywaniu trapiących ją problemów; jest on tutaj panem sytuacji, prowadzi terapię według własnych pomysłów; poprzez tworzenie paradoksów, zaskakiwanie rodziny różnymi twierdzeniami i tezami na jej temat, zmierza w kierunku zmiany i przełamania bierności ujawnianej przez poszczególnych członków rodziny. Powodzenie terapii zależy zatem w większym stopniu od terapeuty niż samych pacjentów (tu: osób z danej rodziny): od jego **cech osobowości**, jego indywidualnych **konstruktów**, **empatii** (zdolności wczucia się i współodczuwania), zdolności trafnego, w jak najmniejszym stopniu obarczonego błędem, rozpoznania i zinterpretowania rodzaju trudności.

Antagoniści wyrażają obawy czy terapeuta jest w stanie aż tak dalece **identyfikować się** z określoną rodziną, wniknąć w jej strukturę, by wziąć na siebie prawie całą odpowiedzialność za skuteczność terapii. Inna kwestia czy ma do tego prawo, czy nie dopuszcza się zbytniego naruszenia integralności rodziny, wkroczenia, by nie rzecz inwazji na jej terytorium (Górniak, 1995).

Twórcy teorii systemów rodzinnych polemizując z tego rodzaju zarzutami, twierdzą, iż to właśnie terapie oparte na **psychoanalizie**, na koncepcji **psychodynamicznej** i **humanistycznej** (np. rogeriańskiej) są skłonne dopuszczać się różnych „**manipulacji**”. Znamienna dla nich **pasyność klinicysty**, unikanie programowania, planowania i inicjowania przebiegu terapii, obciążanie odpowiedzialnością za jej efektywność samych leczonych – a więc osób, które cierpią, są bezradne i zdeterminowane – to nieetyczne. Ich zdaniem o wiele bardziej skuteczne jest, gdy terapeuta nie ogranicza się do biernego czekania aż pacjent wykona jakiś ruch (coś powie lub zrobi), ale gdy inicjuje to, co zdarza się w jej toku i wnikliwie planuje strategię rozwikłania konkretnego problemu. Podważają oni zawężanie aktywności terapeuty do **interpretowania słów i reakcji pacjenta**, do traktowania dialogu terapeutycznego jako **sądów wartościujących** i opisujących **treści „wglądowe”**. Terapeuci systemowi oskarżani o nadmierną inwazję w życie rodziny, odpowiadają, iż jest ona o wiele większa u np. psychoanalityków, którzy rozmyślnie ingerują w czyjąś przeszłość, najgłębszą intymność, dążąc poprzez różnego rodzaju „wglądy” (np. interakcyjny, genetyczny) do zlokalizowania podłoża zaburzeń. Sięganie do mniej lub bardziej minionych urazów, koncentrowanie się na przywoływaniu traumatycznych doświadczeń jest – w ich opinii – o wiele dokuczliwsze niż te tak często kwestionowane **techniki paradoksalne** (Haley, 1995).

Nie zgadzają się także z twierdzeniami, iż terapeuta o orientacji systemowej uzurpuje sobie prawo do nieuzasadnionego racjami terapii (dobrem pacjenta) przejęcia głównej inicjatywy w przebiegu leczenia. Przyznają, że w istocie w podejściu systemowym klinicysta bierze odpowiedzialność za bezpośrednie oddziaływanie na pacjentów, ale jest ono poprzedzone odpowiednim rozpoznaniem, w miarę jak najbardziej precyzyjnym ustaleniem, które z problemów możliwe są do pokonania. Postępowanie terapeuty musi kolejno obejmować:

- a) określenie celów,
- b) zaplanowanie prowadzących do ich osiągnięcia technik i konkretnych interwencji,
- c) dokonanie ocen zachowań pacjenta,
- d) właściwe skorygowanie swojej strategii działania,
- e) końcowe ustalenie, w jakich obszarach terapia okazała się najefektywniejsza a w jakich wymaga jeszcze dalszej pracy.

Wymaga to od terapeuty nie tylko umiejętności planowania przebiegu terapii, lecz także specyficznych cech, czyniących go osobą wrażliwą,



rozumiejącą problemy pacjenta, jego potrzeby i oczekiwania, a także jego otoczenie.

Z pewnością terapię rodzin oparte na podejściu systemowym umożliwiają prowadzenie pracy z całą rodziną. Przybierając postać **treningu zachowań** są niezmiernie przydatne do poznawania i „ćwiczenia” różnych form skutecznego komunikowania się w rodzinie, a także w środowisku zewnętrznym. Stosowane w ich ramach szczegółowe techniki, jak również metody pośrednie – **sugestia, metafory, przydzielanie zadań i anegdoty** – wpływają inspirująco na kształtowanie umiejętności **wielopoziomowego komunikowania się**, zarówno na płaszczyźnie werbalnej, jak i przy pomocy „języka ciała” (wyrazów mimicznych, gestów, tonu i tempa głosu itp.). Trzeba też podkreślić atrakcyjność i przystępność tych technik, co ma niebagatelne znaczenie dla pracy z dziećmi. Równie istotne jest to, iż nie wymagają one długotrwałego wysiłku, gdyż są one opracowane z nastawieniem na **terapię krótkoterminową**.

#### **Pytania kontrolne:**

1. Wymień główne koncepcje terapii rodzin.
2. Co kryje się pod pojęciem „koluzji”?
3. Co to jest „podwójne związanie” oraz „terapeutyczne podwójne związanie”?
4. Jakie cztery wadliwe style komunikowania się w rodzinie wyodrębniła V. Satir?
5. Co sądzą o problemie włączania dzieci do terapii rodziny zwolennicy interakcyjno-komunikacyjnej terapii rodzin?
6. W ramach jakiego nurtu terapii rodzin są stosowane następujące procedury: technika udawania, pytań cyrkularnych i zadań domowych?
7. Rozwiń pojęcie triady międzypokoleniowej i podaj ich główne rodzaje.
8. Scharakteryzuj kolejne „cykle życia rodzinnego”.
9. Jakie rodzaje granic wyróżniają twórcy terapii strukturalnej?
10. Wskaż różnice między rodzinami „niezwiązanymi”, rodzinami „zwykłymi” i rodzinami „splątanymi”.
11. Co oznacza pojęcie „podsystemów rodzinnych” i podaj kilka ich przykładów?

12. W jaki sposób może przebiegać wytyczanie nowych granic i podsystemów rodzinnych?
13. Co zbliża a co różni terapeutów interakcyjno-komunikacyjnych, strategicznych i strukturalnych w kwestii udziału dzieci w terapii rodziny?
14. Co sądzą o celowości włączania dzieci do terapii rodziny psychoterapeuci o orientacji psychoanalitycznej i behawioralnej, a także tacy teoretycy i praktycy tej formy terapii, jak: I. Boszormenyi-Nagy, C.A. Whitaker, M. Bowen i H. Stierlin?
15. Wskaż zalety i wady podejścia systemowego w terapii rodzin.

## CZEŚĆ DRUGA

### TECHNIKI PSYCHOTERAPII

Techniki psychoterapii to procedury polegające na takim tworzeniu okoliczności podczas sesji terapeutycznej, żeby w możliwie najskuteczniejszy sposób osiągać zamierzone cele terapeutyczne.

Każdy z nurtów psychoterapii preferuje ściśle określone techniki, np. psychoanaliza – analizę marzeń sennych i swobodne skojarzenia, z kolei psychoterapia behawioralna – modelowanie i systematyczną desensytyzację, zaś psychoterapia humanistyczna – terapię skoncentrowaną na pacjencie i terapię Gestalt itd.

Są też techniki oparte na kilku nurtach psychoterapii jednocześnie (np. psychodrama), a także traktowane jako metody pomocnicze (np. relaksacja), a jeszcze inne wykorzystujące leczniczą moc sztuki (np. muzykoterapia, rysunek terapeutyczny). Z uwagi na wyjątkową funkcję, jaką spełniają w relacji terapeutycznej techniki zaliczane do tych trzech grup – określane mianem **arteterapeutycznych i treningowych** – zostały nieco bliżej scharakteryzowane w dalszej części tego skryptu.

## Rozdział trzeci

### TECHNIKI ARTETERAPEUTYCZNE

#### 3.1. Rysunek terapeutyczny

Rysunek jako technika oddziaływań terapeutycznych może być stosowany od chwili, gdy dziecko potrafi trzymać ołówek, aż do osiągnięcia przez nie dojrzałości. Należy przy tym pamiętać – co podkreślają znawcy przedmiotu – że u dziecka 12-letniego dostrzegalna jest skłonność do **komercjalizacji rysunku**, może zatem ulec zmniejszeniu rzetelność **diagnostyczna** wytworu plastycznego. Mimo to pozostaje on nadal dobrym narzędziem diagnostycznym, aczkolwiek pod warunkiem, że osoba podejmująca się analizy rysunku jest do tego fachowo przygotowana (Poppek, 1978).

Rysunek w pracy z pacjentami należałoby traktować zarówno jako środek **diagnostyczny**, jak i **terapeutyczny**, przy czym tę pierwszą funkcję pozostawiłbym do realizacji **psychologom** i **arteterapeutom** – osobom profesjonalnie zajmującym się „terapią sztuką”. Bo na przykład posługiwanie się takimi szczegółowymi procedurami, jak **test „Narysuj człowieka”** autorstwa Goodenough-Harrisa, **test „Narysuj osobę”** opracowany przez Karen Machover czy **test „Narysuj rodzinę”** W. Wolffa, wymagają nie tylko specyficznych umiejętności odczytywania ukrytych w rysunku treści, lecz także wnikliwej wiedzy o psychologicznych i rozwojowych aspektach dziecięcych rysunków. Mam tu na myśli znajomość zmian zachodzących w sposobach rysowania wraz z procesem dorastania.

Dowodzono bowiem, iż „twórczość” rysunkowa rozwija się w sposób uporządkowany i postępuje etapami. Według G.H. Luqueta są to w kolejności:

- „**bazgranie i gryzmolenie**”,
- „**preschematyzm**” (4-6. rok życia),
- „**schematyzm**” (7-9. rok życia),
- „**rodzący się realizm**” (9-11. rok życia),
- „**pseudorealizm**” (11-13. rok życia)
- oraz w okresie adolescencji „**róznicowanie typu wizualnego**” lub „**hapatycznego**” (dotykowego).

Z kolei C. Burt wyróżnia:

- „**bazgranie, bezcelowa ekspresja aktywności**” (2-3. rok życia),
- „**rysowanie pojedynczych linii**” (4. rok życia),
- „**rysowanie prymitywnych symboli**” (5-6. rok życia),
- „**stadium rysunków opisowych**” (7-10. rok życia), „**kopiowanie i naśladowanie prac innych**” (11. rok życia),
- „**regres twórczy**” – ograniczanie się do rysowania wzorów i form geometrycznych (12-14. rok życia),
- „**artystyczne odrodzenie, wzrost zainteresowania kolorem i formą**” (15. rok życia) (Wallon, Cambier, Engelhart, 1993).

Terapeuta podejmujący się pracy z pacjentami przy użyciu rysunków powinien zdawać sobie sprawę z olbrzymich trudności związanych z **analizą gotowych prac**. Będąc wypowiedzią bardzo osobistą pacjenta, pełną **świadomych i nieświadomych** treści, są nieraz nie w pełni zrozumiałe dla niego samego, a coś dopiero dla odbiorców jego „twórczości” (tu: terapeuty, rówieśników). Tu ponownie pojawia się konieczność zdobycia odpowiednich kwalifikacji. Powszechnie sądzi się, iż prawie niemożliwa jest kompetentna analiza „psychoterapeutyczna” rysunku bez specjalistycznego przygotowania. Rysunku dla celów terapeutycznych nie można traktować jako zbioru znaków, symboli, które da się zinterpretować przy pomocy ściśle określonych reguł, konkretnych kategorii analitycznych. Terapeuta, który pragnie wykorzystywać rysunki do interpretacji i celów poznawczych, musi być świadomy tego, że nie ma uniwersalnych metod ich oceny: cechy rysunku charakterystyczne dla danej grupy wiekowej mogą u jednych pacjentów być zachowane całkowicie, u drugich pominięte, a u jeszcze innych silnie zniekształcone.

Takiego typu i podobne trudności powodują, że wielu terapeutów dopuszcza się zbyt **jednostronnych interpretacji** gotowych rysunków, tym samym zbyt obniżając ich faktyczne walory „lecnicze”. Z punktu widzenia psychoterapii, rysowanie ma wówczas sens, gdy spełnia jednocześnie dwie funkcje: po pierwsze jako **środek ekspresji** (wypowiedzi) ucznia, a po drugie jako **materiał opisowy**, pozwalający terapeutę przeprowadzić rzeczową analizę zawartych w nim treści. Obie te funkcje powinny się **kontaminować** i wzajemnie dopełniać.

Praktyka wskazuje, że praca z pacjentem z zastosowaniem rysunku powinna polegać na wnikliwej interpretacji wykonanych przez niego prac, z równoczesną **obserwacją** jego zachowań i określonym jej wykorzystywaniem. Właśnie obserwacji, asystowaniu pacjentowi w rysowaniu, śledzeniu towarzyszących temu **zachowań niewerbalnych**, komentarzy słownych (mówienia do samego siebie, głośnego myślenia), należy przypisać ważną rolę w późniejszym analizowaniu gotowej pracy. Umożliwia ona dostrzeżenie klimatu „tworzenia”, zachodzących zjawisk, rodzaj prowadzonego dyskursu między gestami i umysłem, stopień zaangażowania w rysowanie.

Obserwowanie poczynań pacjenta ma do spełnienia jeszcze jedną bardzo istotną rolę, a mianowicie pozwala utrzymać łączność między rysującym

a terapeuta; nawiązanie i podtrzymywanie specyficznego **dialogu terapeutycznego** między obserwatorem a pacjentem. Pojawienie się owego dialogu jest warunkiem sine qua non powodzenia terapii. Obserwujący terapeuta może w każdej chwili wesprzeć pacjenta, nie dać się przyłapać na tym, iż jedynie „kibicuje” jego „twórczej” aktywności. Często przecież, szczególnie młodszy wiekiem pacjent, chcą mieć świadka, wręcz domagają się czynnej obecności terapeuty, jego ciągłego uczestnictwa, które pobudza ich do pracy. Są też tacy, którym to przeszkadza, dekoncentruje ich, i właśnie prowadzenie ciągłej obserwacji daje możliwości dostrzeżenia tego i właściwego zareagowania, podjęcia stosownej interwencji.

Terapeuta prowadzący obserwację fragmentarycznie, wyrwykowo, nie będzie w stanie trafnie rozpoznać, czego w danym momencie oczekuje od niego „tworzący” pacjent: czy pragnie jego pomocy, czy raczej chce rysować bez odczuwania bezpośredniej jego obecności, czy może potrzebuje jego jako świadka, by w ten sposób czuć, że ktoś interesuje się jego pracą, czy wreszcie domaga się obserwatora, by móc komuś zaimponować swoją sprawnością i twórczą pomysłowością albo, by po prostu popisywać się (Lowenfeld, Brittain, 1977).

Ważną czynnością jest ustalenie **tematyki** przysyłanych prac rysunkowych. W zależności od zamiłowania do rysowania, a także od celu, jaki ma ono spełnić, można stosować dwie strategie. W pierwszej rysunek pacjenta może być **dowolny, spontaniczny** i niewymuszony przez terapeutę, powstający całkowicie samodzielnie, łącznie z wyborem tematu. W drugiej zaś może być **narzucony**, zadany przez klinicystę, **zasugerowany** i przez niego zaplanowany. W obu przypadkach można osiągnąć podobne efekty zarówno **diagnostyczne, projekcyjne**, jak i **terapeutyczne**. Rysowanie na dowolny lub zadany temat w równej mierze może przyczynić się do poznania sposobów przeżywania, na przykład zdarzeń w środowisku rodzinnym, zawodowym czy szkolnym. Rysujący pacjent może zawrzeć w swojej pracy, jak widzi i uświadamia sobie swoje miejsce w tym środowisku, jaki ma do niego stosunek. Wyrażać to może wygląd rysowanych postaci, ich wielkość, usytuowanie, rodzaj wzajemnego ich komunikowania się itp. (Sikorski, 1999).

Zwykle sama czynność rysowania zajmuje o wiele mniej czasu niż **analizowanie gotowych prac**. Wynika to chociażby z wielu elementów, które trzeba poddać ocenie: **umiejscowienie, proporcje i wielkość narysowanych postaci, emocje, jakie są ich udziałem, jak manifestują je w swoich gestach czy mimice, bogactwo kolorów użytych w rysunku, ilość nagromadzonych przedmiotów, szczegółów** itp. Objęcie oceną tak wielu elementów zwiększa szansę na to, że rysunek może stać się punktem wyjścia do uaktywnienia skojarzeń autora pracy, a to z kolei może ułatwić rozszerzenie obszaru samopoznania i innego spojrzenia na własne problemy.

Rysunek może być skutecznym środkiem terapeutycznym przywracającym równowagę psychiczną pacjenta. W jego codziennej aktywności potrzebne są środki uwalniające i kompensujące napięcia wywołane

ograniczeniami narzuconymi przez najbliższe otoczenie. Rysunek może te cele spełniać, gdyż jest szczególną formą aktywności mogącą dawać wiele radości i samozadowolenia. Dotyczy to z jednej strony samego **aktu tworzenia** (rysowania), jak i **osiągania celu** (efekt finalny).

Terapia rysunkiem może być także stosowana jako **technika odprężająca** wobec pacjenta ujawniającego **zaburzenia koncentracji uwagi**. Spotkania (sesje rysunkowe) powinny być wtedy realizowane w **grupach ambulatoryjnych** w obecności arteterapeuty, którego głównym zadaniem jest sprawowanie bieżącej kontroli **dynamiki grupy** – zmian zachodzących w jej strukturze, w sposobach komunikowania się itp. **Psychorysunek** – synonimiczne określenie rysunku terapeutycznego – może być również efektywnym środkiem w terapii pacjentów **nieprzystosowanych społecznie**, z **dysfunkcją ruchu**, a także **opóźnionych w rozwoju umysłowym** (Tyszkiewicz, 1987). Powinien zatem znaleźć trwałe zastosowanie zwłaszcza w pracy z dziećmi - w szkolnictwie specjalnym, w placówkach oświatowych przeznaczonych dla uczniów wymagających specyficznych warunków kształcenia i wychowania.

Rysowanie w czasie spotkań grupowych może znacznie ułatwić poznanie **trudności adaptacyjnych** w grupie (np. rówieśniczej), a także **zaburzenia adaptacyjne** wynikające na przykład z pójścia po raz pierwszy do szkoły czy znalezienia się w jakimś nowym, postrzeganym jako zagrażające, środowisku. W tym celu zaleca się technikę rysowania jednocześnie przez kilkoro pacjentów na tym samym, o w miarę dużych rozmiarach, arkuszu papieru. Sposób wytyczania „własnego terytorium” i naruszanie sąsiednich, czynności o charakterze rywalizacji lub współdziałania, paleta stosowanych barw i ich odniesienie do kolorystyki preferowanej przez innych rysujących – dostarczają wielu ważnych treści, których analiza powinna prowadzić do rozwiązywania trudności wynikających z **lęku**, **niepewności**, **zaniżonej samooceny**, a uniemożliwiających pacjentowi utożsamianie się z innymi, np. grupą rówieśniczą (Oster, Gould, 1999).

Widać zatem, że spontaniczna czy niejako narzucona twórczość rysunkowa może znaleźć szerokie zastosowanie i to zarówno jako środek **diagnostyczny** i **terapeutyczny**, jak również jako wyjątkowy sposób porozumiewania się z pacjentami. Interpretacja gotowych prac wymaga jednak dużej rozwagi, specjalistycznego przygotowania i intuicji. Terapeuta powinien zawsze bardzo wnikliwie i drobiazgowo analizować rysunki, pamiętając przy tym, iż są one głównie **ekspresją życia wyobraźniowego**, nie zawsze zawierającym prezentację aktualnie przeżywanych niepokojów, trosk i oczekiwań autora pracy.

### 3.2. Terapeutyczny teatr playbacku

Teatr wykorzystujący **technikę playbacku** stworzył **Jonathan Fox** i miało to miejsce w 1974 roku. Kierując wcześniej tzw. **teatrem alternatywnym** a później zgłębiając tajniki **psychodramy** w Instytucie Moreno

w Beacon i będąc pod jej dużym wpływem wpadł na pomysł włączania do udziału w spektaklu widzów. Sens tej metody – zwanej właśnie „playback theatre” – tkwi w **łączeniu psychodramy z działaniem teatralnym**. Jest to więc pewna odmiana psychodramy wzbogacona środkami czysto teatralnymi. Główna różnica pomiędzy teatrem Foxa a psychodramą Moreno polega na tym, że przeżycia **protagonisty** są rekonstruowane nie przez niego samego i **antagonistów**, lecz przez **zawodowych aktorów**. I chociaż podobnie jak w psychodramie dochodzi do wyłonienia protagonisty – zwanego tutaj **narratorem** – to nie uczestniczy on bezpośrednio w grze, siedząc wraz z liderem (prowadzącym grupę) z boku sceny. Przy czym narrator może być wyłoniony z osób zajmujących miejsce na widowni bądź spośród członków celowo dobranej grupy. Aktywność narratora ogranicza się do dostarczania coraz to nowych informacji, uaktualnianych w związku z grą profesjonalnych aktorów lub innych członków grupy. W efekcie dysponując wciąż nowymi, dodatkowymi informacjami podejmują trud ponownego, bardziej dokładnego odgrywania na scenie historii z życia narratora. Oprócz wiernego odtwarzania tego, co przekazuje narrator praktykowana jest gra oparta na **improvizowanych scenkach**, które zazwyczaj przez niego są weryfikowane czy komentowane tuż po pierwszej próbie, a niekiedy nawet w trakcie odgrywania sceny.

Rekonstruowana historia – przy aktywnym udziale narratora i prowadzącego – ma ostatecznie uzmysłwić narratorowi, co ewentualnie z jego przeszłości **negatywnie rzutuje** na jego codzienne funkcjonowanie. Ponadto aktorzy i osoby zaangażowane w grę, przy dużym współudziale **lidera** (prowadzącego) – pod wpływem jego interpretacji – i po zaakceptowaniu jego sugestii czy propozycji pewnych rozwiązań przez narratora, muszą podjąć próbę ponownego zagrania rekonstruowanej historii, lecz z innym, różniącym się od pierwowzoru zakończeniem. Innymi słowy, zespołowa praca aktorów, prowadzącego i narratora ma doprowadzić do przeformułowania i nadania nowego, jak najbardziej pozytywnego zakończenia odgrywanej historii. Praca (gra) aktorów, komentarze lidera i przystanie na to narratora, sfinalizowane fortunnym zakończeniem – wypadkowa tych działań – to zasadnicze elementy metody teatru playbacku.

Jak w każdej procedurze terapeutycznej, tak i tutaj można wyróżnić kilka faz przebiegu „akcji”:

**I. Rozgrzewka.** Składają się na nią różne ćwiczenia i techniki mające „odkleić widzów czy członków grupy od krzeseł”, przygotować odpowiednio przedpole do bardziej otwartych i osobistych wypowiedzi. W jej trakcie powinno dojść do stworzenia sprzyjających warunków i odpowiedniej atmosfery, prowadzących do wzrostu wzajemnego zaufania ośmielającego do mówienia o swoich problemach;

**II. Wyłonienie narratora.** Z widowni bądź grupy zostaje wybrany narrator, którym zostaje osoba opowiadająca osobistą historię o największym ciężarze gatunkowym, wymagającą najpilniejszej interwencji. Mamy tu niejako



do czynienia ze specyficznym rankingiem problemów: „wygrywa” ten, który jawi się jako najtrudniejszy, najbardziej zawiły lub zagrażający;

**III. Wywiad.** Jest on prowadzony przez lidera z narratorem i służy selekcji i wybraniu zdarzeń, które mają stać się przedmiotem gry. Wypytywany narrator, podając różne szczegóły ze swojego życia, ma ułatwić prowadzącemu zadanie wyłonienia tematów umożliwiających jak najrzetelniesze zrekonstruowanie osobistej historii podczas gry na scenie;

**IV. Tworzenie narracji (zbudowanie sceny).** Tu następuje dookreślenie tematu gry i dobór środków do improwizowanych scen;

**V. Wyszczególnienie głównego wątku, najistotniejszej przyczyny doznawanych trudności i uczynienia jej przedmiotem głębszej gry.** Wyłonienie emocjonalnie ważnego tematu, rozszerzonego dodatkowymi informacjami podawanymi przez narratora ma umożliwić przygotowanie się do dokonania właściwych poprawek i korekt w odgrywanych historiach;

**VI. Przekształcenie sceny emocjonalnie ważnej.** Podczas ponownego odgrywania, uwzględniającego uwagi lidera i ich aprobatę narratora, powstaje nowa wersja pierwotnie tworzonej historii.

**VII. Przyjęcie nowej wersji, będącej konsekwencją odegrania sceny z nowym zakończeniem.** Narrator przystając na inne zakończenie od tego, które było jego faktycznym udziałem daje sobie nową szansę, stwarza lepsze i korzystniejsze dla siebie perspektywy, otwierające nowe możliwości i mające skutkować pokonaniem trudności.

Czynnikiem sprzyjającym pracy całego zespołu – aktorów, lidera i narratora w teatrze playbacku jest odpowiednio dobrana **muzyka**. Osoby przebywające na scenie mogą poprzez ilustrowanie swojej gry tworzoną muzyką, przy użyciu prostych instrumentów (np. bębenka, fletu czy gitary), wzbogacać swoją ekspresję, podkreślać uczuciowy i emocjonalny klimat rekonstruowanej historii. Improwizując na instrumentach, dobierają dźwięki zgodnie z tematem i wątkiem gry i jej nastrojem, mogą tworzyć muzyczne tło do odgrywanej historii.

Można znaleźć wiele podobieństw między teatrem playbacku a psychodramą, jak choćby wspomniana **faza rozgrzewki**, kończąca się wyłonieniem narratora (tam protagonisty), dążenie do ukonstytuowania się (zbudowania) sceny, wykorzystywanie środków teatralnego wyrazu czy sytuowanie i prowadzenia gry na scenie. Jednak istnieje też wiele istotnych różnic między tymi dwiema terapeutycznymi metodami – teatrem Foxa a psychodramą Moreno:

a) narratorów może być kilku, protagonista tylko jeden,

b) w playbacku lider jest mniej aktywny, wyraźnie mniej stawia pytań i rzadziej coś sugeruje niż główny psychodramatysta, osoba prowadząca sesję psychodramy. W teatrze Foxa lider oddaje większą inwencję aktorom, ograniczając swoją rolę do udzielania krótkich komentarzy. W rezultacie,

w pracę nad rekonstruowaniem scen z życia narratora, jest zaangażowana większa liczba uczestników. Mówiąc inaczej, sesje w playbacku przybierają charakter **działań kolektywnych** w znacznie większym zakresie niż ma to miejsce w psychodramie.

c) w teatrze playbacku każdy i w każdej chwili może wcielić się w narratora, w psychodramie zaś tylko podczas pracy wybranymi technikami, np. zamianą ról czy lustrem. W teatrze Foxa praktykuje się grę dramy narratora przez innych członków grupy, gdy podczas gry psychodramatycznej obowiązuje zasada odtwarzania przez każdego z uczestników – „obwołanego” protagonistą – jedynie własnej historii.

d) wyłonienie wielu zdarzeń w trakcie sesji playbacku dostarcza w krótszym czasie bardziej wielostronnego materiału (ważnych tematów) do pracy niż w psychodramie.

e) w playbacku osiągnięcia **katharsis** nie jest traktowane tak, jak to ma miejsce w psychodramie. Nie staje się ono celem pierwszoplanowym i wymagającym ścisłego podporządkowania i organizowania przebiegu gry. Tutaj w centrum uwagi lidera jest narrator ze swoimi doświadczeniami (historią), towarzyszenie mu i jego opowieściom niezależnie od tego, w jakim stopniu ta opowieść jest „**oczyszczająca**” (Bielańska, 2002).

Mimo wyraźnych różnic między playbackiem a psychodramą należy postrzegać teatr Foxa jako pewne rozwinięcie procedury Moreno. W szczególności dotyczy to bardziej kolektywnego kierowania scen, przypisania dużego znaczenia **improwizacji** opartej na osobistych historiach rekonstruowanych przez innych członków grupy, a nie tego, który je przeżył i ośmielił się o nich opowiedzieć. Odgrywanie tych historii przez innych stwarza lepsze warunki do zobaczenia siebie – swojego subiektywnego świata – z innej perspektywy, a zatem daje okazję zauważenia takich faktów, które zdają się umykać uwadze, jeśli sami jesteśmy (tu: narrator) w coś zaangażowani. Dodatkowa korzyść to możliwość stworzenia większego poczucia bezpieczeństwa za sprawą powstałego dystansu, możliwości patrzenia na siebie z boku, z bardziej komfortowej i mniej zagrażającej pozycji, a przy tym przyjmując wygodną rolę widza. W sumie narrator w porównaniu z protagonistą nie jest aż tak narażony na męczącą bezpośrednią konfrontacją ze swoimi negatywnymi historiami. Co zresztą potwierdzają osoby, które uczestniczyły w krótkim odstępie czasu w sesjach playbacku i psychodramy, chwalcąc te pierwsze za mniejszą inwazyjność i mniej dotkliwe oraz szybsze doznawanie „wglądu”.

### 3.3. Dramaterapia

Dramaterapia to procedura wykorzystująca „**twórczą dramę**” do uzyskania zamierzonych celów terapeutycznych, np. radzenie sobie ze stresem, zmniejszenie lub całkowite usunięcie lęku, poprawa umiejętności komunikowania się, integracja czy rozwój osobowości, wyeliminowanie

dokuczliwych objawów i przyniesienie ulgi itp. Samo pojęcie „dramaterapia” sugeruje, że jest to metoda, w której „leczenie” przebiega poprzez posługiwanie się teatrem i bazowanie na technikach i środkach przez niego wypracowanych. Tutaj teatr staje się czynnikiem mającym ułatwić czy umożliwić wyrażanie siebie, manifestowanie własnych postaw, poglądów lub przekonań, a także grupowych interakcji – pod kątem działań **korekcyjnych, kompensacyjnych i psychoterapeutycznych**. W tym ostatnim wypadku przybiera charakter **kreatywnego medium**, specyficznego środka mającego spowodować dotarcie do zaburzeń (tzw. wgląd) i ich usunięcia (tzw. przepracowanie).

Pierwszy człon pojęcia „dramaterapia”, a więc „drama” - został zapożyczony z języka angielskiego i pochodzi od starogreckiego „drao” („czynię, usiłuję, działam”) czy też z greckiego określenia „drama” wyrażającego aktywność bądź „dzianie się”. Termin ten jest powszechnie używany w krajach anglojęzycznych, w kulturach posługujących się czy preferujących język angielski, z kolei w kręgach frankońskich i germańskich zwykło się zastępować słowo „drama” określeniem „ekspresja dramatyczna”. Zdaniem ekspertów pojęcia te nie są unifikowane i, co więcej obejmują jeszcze inne, pokrewnie brzmiące nazwy, np. „**granie ról**” („role play”), „**twórczość dramatyczną**” („creative dramatics”) bądź „**gra dramatyczna**” („jeu dramatique”), stosowane w zależności od przypisywania znaczenia tej procedurze i obszarów jej zastosowania. W rodzimej terminologii możemy spotkać się z podziałem dramy na „**dramę właściwą**”, „**gry dramatyczne**”, „**glottodramę**” (dotyczącą akulturacji, adaptacji do nowej kultury), „**gry osobiste**”, „**gry zaprojektowane**”, „**wprawki dramatyczne**” oraz „**ćwiczenia dramowe**” (Konieczna, 2003).

Żadne z tych określeń – poza „glottodramą” – nie pozwala rozpoznać przeznaczenia danego rodzaju dramy. Zbyt duża ogólność tych terminów zmusza do sięgnięcia po dodatkowe informacje do literatury przedmiotu i dopiero wtedy możliwe jest rozszyfrowanie tego, co kryje się pod danym określeniem. Np. niewiele mówi nam nazwa „gra osobista” czy „gra zaprojektowana” lub też „wprawka dramatyczna”. Ten problem znika w przypadku „dramaterapii”, gdzie dostawienie drugiego członu do słowa „drama” umożliwia szybkie ustalenie celów i obszarów jej zastosowania. Dołączenie słowa „terapia” jest procedurą służącą „leczeniu” przez „dzianie się”, podjęcie aktywności i zaangażowanie w „akcję”. Samo pojęcie „leczenia” sugeruje, że ta forma dramy to metoda przeznaczona do pracy z pacjentami, osobami wymagającymi ingerencji w ich osobowość. Po części jest to bliskie prawdy, bo rzeczywiście znajduje ona duże zastosowanie w pracy z osobami ciężiej zaburzonymi, zwłaszcza wtedy, gdy werbalna, **na „wzgląd” zorientowana psychoterapii** nie może zostać użyta. Lecz „dramaterapia” jest także powszechnie wykorzystywana w procesie **wychowania i resocjalizacji**. Niezależnie od jej przeznaczenia można rozumieć ją na dwa sposoby:

- po pierwsze jako **teatr oparty na improwizacji**, posiłkujący się indywidualnymi problemami i osobistymi przeżyciami. Improwizacja ma

z jednej strony ułatwić eksplorację intrapsychiki klienta, jego świata wewnętrznego, z drugiej zaś ująć go w teatralne ramy służące lepszemu ich wyrażaniu,

- po drugie dramaterapia jako **dookreślona propozycja teatralna**, z gotowym scenariuszem, ma pomóc w ujawnieniu bądź zademonstrowaniu własnych reakcji, emocji i doznawanych konfliktów. Ponadto ma sprzyjać zdobywaniu wiedzy o samym sobie, przywracaniu i pogłębianiu **samoświadomości** oraz doskonaleniu umiejętności bycia ekspresywniejszym, zdolniejszym do bardziej otwartego i czytelnego manifestowania postaw, poglądów, wyrażania swoich uczuć (Milczarek-Pankowska, 1984).

Teatr jest tu wykorzystywany do mniej bolesnego doznawania „wglądu”, bardziej bezpiecznego poruszania się w wewnętrznym świecie pacjenta, docieranie do jego **problemów emocjonalnych**. Teatralne działanie jest strategią, która poprzez różnorodność używanych technik angażujących pacjenta słownie i niewerbalnie ma umożliwić mu bezpieczniejsze zbliżenie się do źródeł negatywnych wzorów zachowania, by w efekcie ułatwić i przyspieszyć częściowe lub całkowite ich wyeliminowanie. Odpowiednio dobrane ćwiczenia, **etiudy teatralne** i **psychodramatyczne** oparte na gotowych pomysłach i scenariuszach, wykorzystywanie sztuk teatralnych, w których poruszane są ludzkie problemy, konflikty, radości i różne przeżycia, umożliwiają konfrontację z nimi. Pacjent uczestnicząc we wspólnym, twórczym działaniu ma szansę zmierzenia się z sytuacjami stanowiącymi osnowę dramatu. Bliskość tematyczna treści obecnych w sztuce teatralnej z rzeczywistymi problemami, z prawdziwymi ludzkimi biografiami ma spowodować pojawienie się swobody w wyrażaniu samego siebie, pobudzenie **osobistej kreatywności** i **spontaniczności**. Specyficzne warunki dramaterapii, możliwości wielokrotnego i dogłębnego analizowania odgrywanej roli sprzyjają usuwaniu trudności w realizacji tego typu zadań. Prowadzący dramaterapię pomagając pacjentowi interpretować tę rolę może przyczynić się do zdynamizowania procesu uświadamiania wewnętrznych konfliktów, powielanych zaburzających sposobów zachowania i reagowania, które spowalniają bądź uniemożliwiają dokonanie ich modyfikacji czy zmian. W momencie zaistnienia impasu, różnorodnych przeszkód w wyrażaniu samego siebie, posłużenie się improwizacją i spontanicznym „graniem ról” może okazać się skutecznym środkiem, by te trudności pokonać i stworzyć właściwy klimat do pracy nad czynnikami, które blokują wpływanie na właściwe wzory zachowania (Tatarowicz, 1997).

Równie ważnym atutem dramaterapii jest **grupowy wysilek**, zespołowa praca prowadząca do rozwoju interakcji i norm wewnątrzgrupowych. Ma to szczególne znaczenie dla osób skłonnych do izolowania się, unikających zbiorowej aktywności, mających problemy z inicjowaniem grupowych spotkań, z uczestnictwem w nich czy tworzenie i podtrzymywaniem więzi. Wspólna praca nad przydzielaniem i kreowaniem ról, sukcesywne dochodzenie do jak najlepszego ich grania, a przy tym świadomość udziału w zespołowym przedsięwzięciu to elementy czyniące z dramaterapii skuteczne narzędzie

pozwalające pozbyć się **lęku przed społeczną ekspozycją**. W tym znaczeniu udział w dramaterapii przyczynia się do zdobycia umiejętności zespołowego współdziałania oraz utrzymywania związku z grupą. Ponadto słowno – **niewerbalny charakter** działań może sprzyjać nabywaniu i doskonaleniu zdolności ekspresywniejszego i efektywniejszego komunikowania się. Stwarza to możliwości usprawniania **mimiki** i **kinezytyki** (gestów tworzonych całym ciałem), **wzbogacania słownictwem**, zakresu stosowanych pojęć oraz umiejętności rozumienia i wyrażania **zachowań parajęzykowych**, np. tempem i głośnością mówienia, akcentowaniem słów czy modulowaniem głosu. Łącznie ma to zapewnić warunki do wzrostu **kompetencji komunikacyjnych** i zdolności intencjonalnego posługiwania się niewerbalizmami, celowego aktywizowania ogółu zachowań pozasłownych i czynienia spójnego konglomeratu z przekazami werbalnymi. Innymi słowy, udział w dramaterapii ma ułatwić bycie bardziej świadomym komunikatorem i odbiorcą sygnałów tworzonych słownie i niewerbalnie( Sikorski, 2004).

Czynnikiem „leczącym” w dramaterapii jest powstająca **sieć relacji w grupie**, która pracuje nad ostatecznym kształtem „spektaklu”. Są to powiązania pomiędzy:

- a) pomiędzy „aktorami”
- b) między kreowanymi postaciami
- c) pomiędzy „aktorem” a odgrywaną przez niego rolę
- d) między odtwarzaną postacią a innymi „aktorami”

Ta sieć powiązań może przybrać charakter „leczniczy”, jeżeli „aktor” (pacjent czy klient) wraz z prowadzącym sesję dramaterapii i innymi uczestnikami interpretuje ją i widzi w niej możliwości korygowania lub radzenia sobie z własnymi problemami. Świadomość istnienia takiego gąszczy relacji i związane z tym odnajdywanie swojej pozycji w grupie, a także zdobywanie większego rozeznania co do słabych i mocnych stron całego zespołu dramaterapeutycznego to czynniki pozwalające doraźnie korygować odchylenia i zakłócenia. Powstająca w ten sposób **dynamika grupy** i interakcje między uczestnikami stanowią podstawę uzyskiwania **wglądu**, oparcia, weryfikacji nastawień, przekonań, postaw życiowych itp. Dzięki tym relacjom możliwe jest kształtowanie wrażliwości, doskonalenia umiejętności wyrażania uczuć, stanów emocjonalnych, obaw, lęków i trudności oraz przekonanie się o specyfice własnej indywidualności z zachowaniem poszanowania dla odmienności czy odrębności innych osób. Wcielanie się w różne role, odkrywanie prawdy o samym sobie podczas improwizowanych scen stwarza okazję zobaczenia minionych zdarzeń z innej perspektywy i w razie potrzeby przeżycie **katharsis**. W sumie ma to wspomagać pełny i wszechstronny rozwój osobowości i indywidualności, ekspresji i uczuciowości. Sesje dramaterapii oparte na **wyzwolonych spontanicznie reakcjach emocjonalnych** mają pomóc w całościowym, harmonijnym rozwoju każdego uczestnika. Zespołowy charakter działań teatralnych powinien integrować grupę – tworzyć **atmosferę bezpieczeństwa, budować więzi emocjonalne, formować zdolności**

**nawiązywania kontaktów społecznych i pokonywania problemów w grupie** – a także zachęcać do aktywnego uczestnictwa w kulturze. W tym ostatnim wypadku chodzi o rozwijanie fantazji, przygotowanie intencjonalnego korzystania z dobrodziejstw szeroko rozumianej kultury – **teatru, plastyki, muzyki, tańca, pantomimy, literatury**, itp. W takim razie dramaterapia ma pełnić **funkcję mobilizującą** uczestników oraz **integrującą i poznawczą**, nastawioną na zdobycie samopoznania i wiedzy o innych ludziach. Ponadto doskonale może służyć kształtowaniu właściwych postaw, ponieważ angażuje uczestników w sytuacje motywowane społecznie i pozwala widzieć siebie na tle innych, tzw. **autoskopia**, (Konieczna, 2003).

Terapeutyczne walory dramy tkwią w tym, że pomaga ona w wyrażaniu **nieuświadomionych i tłumionych uczuć** za sprawą „grania ról”. Dodatkowo wnikliwe obserwowanie preferowanego stylu „grania ról” może ułatwić zrozumienie problemów uczestników sesji dramaterapeutycznej. D. R. Johnson wyróżnia cztery tego typu style:

1. **wstrzymujący się** – charakteryzujący się tym, że uczestnicy nie potrafią brać aktywnego udziału w „akcji dramaterapeutycznej”, cechuje ich uboga ekspresja, nie umieją się bawić, są po części zbyt oficjalni i „sztywni”. Z reguły jest to związane z zaniżoną samooceną, lękiem przed publicznym zabieraniem głosu i niedowartościowaniem;

2. **nadmiernie angażujący się** – cechujący się bardzo dużym fizycznym i emocjonalnym zaangażowaniem się w „granie ról”. Osoby preferujące ten styl są nad wyraz radosne i wesołe, pełne otwartości i entuzjazmu. Niestety dość często są to tylko pozory, gdyż w rzeczywistości za tą wesołością i euforią kryje się pustka, chęć zwrócenia na siebie uwagi, potrzeba stłumienia niechcianych emocji poprzez nadmierną aktywność i branie na siebie wielu „aktorskich” zadań;

3. **kompulsywny** – można go rozpoznać po „perfekcjonizmie”, koncentrowaniu się na drobiazgach i mało istotnych szczegółach. Zewnętrznie robią wrażenie osób zbyt kontrolujących swoją grę, przesadnie panujących nad własną ekspresją, co w efekcie czyni ich ruchy mało naturalnymi i chaotycznymi;

4. **impulsywny** – objawia się nadaktywnością, nieprzewidywalnością, egzaltacją, brakiem opanowania i kontroli nad realizowanym zadaniem. Mimo że ktoś taki chętnie uczestniczy w grze, to zbyt gwałtowność, zmienność nastrojów i poirytowanie utrudnia „granie ról” zarówno tak zachowującej się osobie, jak i innym uczestnikom, którym udziela się jej impulsywność (Bielańska, 2002).

Prowadzący dramaterapię potrafiąc przypisać poszczególnym uczestnikom określone style „grania ról” może trafniej dobrać odpowiednią technikę i strategię pracy nad ich problemami. Wówczas jest w stanie podjąć właściwą decyzję czy korzystniejsze będzie oparcie „**akcji dramaterapeutycznej**” głównie na **improvizowanych scenach** czy z wykorzystaniem gotowego scenariusza. Niekiedy może zachodzić

konieczność posługiwania się tymi obiema procedurami: jedni bowiem mogą wymagać dowolności i związanej z nią improwizacji, inni zaś mogą potrzebować pobudzenia swej kreatywności poprzez zmierzenie się z gotowym tekstem dramaturgicznym, co u tych pierwszych mogłoby zahamować spontaniczną grę.

Niezależnie od preferowanego stylu „grania roli” należy wykorzystywać różnego rodzaju techniki pomocnicze, których zasadniczym celem ma być „rozgrzanie” grupy i rozpoczęcie właściwej gry. Z wielu tego typu technik warto wyróżnić następujące:

- a) **hasło** – to technika służąca wprowadzeniu danego tematu do gry;
- b) **rzeźba** – konstruowanie kompozycji na ściśle określony temat z uczestników dramaterapii, kończące się powstaniem zbiorowej rzeźby;
- c) **stopklatka** – zatrzymanie gry w istotnym dla rekonstruowanego tematu momencie i zespołowe zinterpretowanie tego „kadru”;
- d) **informacja zwrotna** – odpowiedzi prowadzącego dramaterapię na grę uczestników, demonstrujące aprobatę dla ich konkretnych poczynań;
- e) **powstrzymywanie się przed ekspertyzą** – celowe niereagowanie na dopuszczanie się błędów w chwili ich popełnienia aż do zakończenia gry, z ich późniejszym omówieniem, lecz w taki sposób, aby nie zostały odebrane jako druzgocąca krytyka, napiętnowanie, wytykanie niekompetencji czy nadmierne pouczanie;
- f) **marsze fabularne** – pantomimiczne odtwarzanie ważnych dla przebiegu terapii zdarzeń z życia;
- g) **opowiadanie wspólnej historii** – grupowe tworzenie historii, rozpoczęte improwizowaną wypowiedzią danego uczestnika, stanowiącą zacyzn, i kontynuowaną przez innych kolejnymi opowieściami, rozwijającymi główny wątek;
- h) **rola-maski** – samodzielne wprowadzenie zmian w kreowanej roli, umożliwiające bezpieczniejsze konfrontowanie się z nieprzyjemnymi przeżyciami rekonstruowanymi podczas gry. Może to polegać np. na wprowadzeniu symboli, mniej oczywistych i jawnych znaczeń, mających przynieść ulgę i zmianę zachowania na takie, które może zapewnić większy komfort emocjonalny i społeczny. W dramaterapii taki zabieg jest w pełni możliwy i dopuszczalny z uwagi na to, że w przeciwieństwie do postaci kreowanej w teatrze tutaj nie gra się roli, lecz jest się w niej. W tak rozumianej roli może występować pojedynczy uczestnik bądź też cały zespół;
- i) **zwolnienie tempa** – technika finalizująca sesję, stosowana na zakończenie spotkania, polegająca na zaproponowaniu uczestnikom, by poruszali się po sali w coraz wolniejszym tempie, wykonywali ćwiczenia rozluźniające, znaleźli osoby, z którymi mogliby usiąść i odpoczywać. W końcu grupa powinna zająć miejsca siedzące i pozostać w milczeniu przez dłuższą chwilę (Way, 1995).

To były najpowszechniej stosowane techniki. Natomiast do najważniejszych strategii należy zaliczyć:

1. **pięć poziomów świadomości** – ta strategia ma wiele wspólnego ze „stopklatką” i posługuje się konkretną formułą, polegającą na kierowaniu pytań do uczestników, mających spowodować uzmysłowienie sobie celowości działania; wraz z pięcioma kolejno zadawanymi pytaniami – reprezentującymi coraz wyższe poziomy – powinno dochodzić do wzrostu świadomości sensu i istoty podejmowanych czynności;
2. **antycypacja i retrospekcja** – to strategia polegająca na przemieszczaniu akcji w czasie, „graniu ról” opartych na wątkach przewidywanych lub już zaistniałych. W pierwszym wypadku kreowane przez uczestników postacie działają z wyprzedzeniem, z kolei w drugim po upływie jakiegoś czasu. Bohaterowie tych pierwszych wyłaniają się z rzeczywistości antycypowanej, tych drugich zaś z minionej i ponownie rekonstruowanej;
3. **w płaszczyźnie eksperta** – to strategia, w której uczestnicy sesji dramaterapeutycznej wcielają się w rolę znawców określonej problematyki czy obszaru aktywności życiowej, np. rodzinnej, zawodowej, towarzyskiej, społecznej, kulturalnej itp. Tutaj granie roli eksperta ma z jednej strony rozwijać umiejętność bardziej otwartego i śmielszego prezentowania własnego stanowiska, z drugiej zaś ma uzmysłwić, że branie na siebie takiej roli wiąże się z konkretnymi wymaganiami, np. z aktualizowaniem wiedzy, ciągłym samokształceniem, dużą odpowiedzialnością za przekazywane informacje.;
4. **nauczyciel w roli** – to działanie polegające na tym, że prowadzący sesję stosuje różne sposoby „kierowania” grupą, na przykład występuje w roli analityka, komentatora, pocieszyciela, moderatora, katalizatora, aktywnego lidera czy przywódcy, autentycznej osoby itp. Nie stroni też od postawy eksperta, osoby znającej się prawie na wszystkim lub przeciwnie kogoś mało wiedzącego, omylnego i zawodzącego. Wszystko to ma służyć tworzeniu właściwego klimatu i pobudzaniu inwencji czy pomysłowości uczestników w trakcie „grania ról”;
5. **telefon zaufania** – to strategia, w której poprzez odpowiednio dobrane komunikaty paralingwistyczne – np. właściwe tempo mówienia, intonację, akcent czy zawieszenie głosu – należy przekazać prawdziwe uczucia. Tutaj najważniejsze jest to, by używać takiego tonu w wypowiedzianych słowach, żeby dwie rzekomo rozmawiające poprzez telefon osoby – stymulujące ten stan np. siedząc na krzesłach tyłem do siebie bądź przegrodzone jakimś ekranem, tablicą, ale dobrze słyszące się – potrafiły trafnie odczytać ukryte treści rozmowy – na przykład pozytywne nastawienie jednego z rozmówców, z kolei mniej przychylne tego drugiego;
6. **teatr forum** – to działanie mające poprzez utworzenie kręgu lub półkola, w którym się siedzi, dochodzi do grupowej dyskusji, stworzenia publicznej trybuny, która ma ośmielić do zabrania głosu na forum, w obecności większej liczby osób (Machulska, 1992).



Sesje dramaterapeutyczne mogą przybierać różnorodny charakter oraz mogą mieć bardzo zróżnicowaną i bogatą formę. Różni znawcy przedmiotu prezentują różne typologie i rodzaje form ekspresji dramatycznej. Na przykład G. Bolton, biorąc pod uwagę stopień złożoności organizacji sesji, klasyfikuje je następująco:

- a) **poziom podstawowy**, który obejmuje nieskomplikowane doświadczenia (proste formy realizowane w krótkich odstępach czasowych, rozwijające wyobraźnię, wrażliwość sensoryczną – zmysłową, refleks itp.), wprawki dramatyczne (proste doświadczenia pobudzające wyobraźnię), doświadczenia dramowe (strukturą przypominające dramę właściwą, bazujące na tworzeniu sytuacji konfliktowych), gry niezależne od dramy (działania nastawione na rozwijanie sprawności psychofizycznej, koncentracji, refleksu i aktywności) oraz inne formy artystyczne (służące rozwijaniu kreatywności);
- b) **gry dramowe**, mające wiele wspólnego z dramą właściwą, polegające na improwizowaniu scen, których istotą jest swobodna wyobraźnia;
- c) **teatr**, sesje koncentrujące się na tworzeniu widowiska, inscenizacji, pokazach, mające sprzyjać rozwojowi i doskonaleniu dyspozycji teatralnych i estetycznych uczestników;
- d) **drama właściwa**, będąca procesem obejmującym i wykorzystującym elementy kilku rodzajów zajęć, wyszczególnionych w punktach a), b) i c).

Sesje dramaterapii mają określoną strukturę, złożoną z kilku charakterystycznych faz:

1. **Faza przygotowawcza** – mająca na celu wyłonienie osób do pełnienia ról liderów grupy oraz dobór właściwych technik i strategii dramaterapeutycznych. Tutaj stosuje się różnego typu ćwiczenia wyciszające i rozluźniające.
2. **Faza rozgrzewki** – mająca przygotować uczestników do wejścia w rolę. W praktyce polega to na wspólnym przeczytaniu i zapoznaniu się ze scenariuszem, na zastanowieniu się i rozmowie o podanych wątkach dramatu, postaciach i relacjach pomiędzy nimi.
3. **Faza wyboru ról** – mająca umożliwić odpowiednie przydzielenie zadań aktorskich i rozpoczęcie wstępnego osvajania z kreowanymi postaciami. Istotne jest tutaj wczucie się w graną rolę, ciągle omawianie jej, a także dzielenie się tym, jak uczestnicy czują się ze swoimi rolami. W tej fazie ma miejsce przechodzenie od pracy indywidualnej, ćwiczeń wykonywanych pojedynczo do pierwszej próby gry zespołowej, do większego wyeksponowania na forum grupy, stanowiącego początek tworzenia określonych dramaterapeutycznych sytuacji (Machulska, 1992).

### 3.4. Klasyczna psychodrama

Psychodrama zrobiła w ostatnim czasie olbrzymią karierę, zarówno w psychologii, pedagogice, psychiatrii, jak i samym teatrze. Techniki psychodramatyczne są w szczególny sposób powiązane z **psychoterapią**

**grupową** i jej teorią. Twórca tej metody J.L. Moreno za psychodramę uważa wszelkie zabiegi terapeutyczne, wychowawcze i badawcze posługujące się **spontaniczną dramatycznością**. Jest to w istocie sposób dokonywania głębokiej analizy zachowania się człowieka, prowadzący do wykrycia interpersonalnego podłoża osobowości (Czapów, Czapów, 1969).

Moreno określając cel terapii psychodramatycznej pisze, że „(...) jest nim pełna twórczość życiowa”. I dodaje: „Terapia ta próbuje sprawić, by człowiek stał się bardziej niż dotychczas realistyczny wtedy, gdy będzie musiał zmagać się z życiem. Jej celem jest pełnowartościowa realizacja. Jej bogactwem jest ożywiający doświadczenie życiowe, które pomaga człowiekowi przez przeżycia i ćwiczenia, a nie przez analizę (jak to się dzieje w **terapii psychoanalitycznej**) kontrolować siebie i panować nad sobą, a równocześnie uczestniczyć w stałym rozwoju świata” (Hausbrandt, 1983, s. 91).

Psychodrama powinna być tak organizowana, by jej uczestnicy potrafili otwarcie, bez większego skrępowania wyrażać własne przeżycia. W praktyce musi to obejmować zarówno treści przekazywane na **planie werbalnym** (przy użyciu słów), jak i na **plaszczyźnie bezsłownej** (w postaci wyrażań mimicznych, gestów, ruchów całego ciała itp.), przy pomocy szeroko rozumianych zachowań pantomimicznych. W tym celu, oprócz wielu technik psychodramy, stosuje się różnego rodzaju **środki rodem z teatru**. Rekwizyty, ilustracja muzyczna i dźwiękowa, oświetlenie, elementy scenograficzne i koniecznie scena, to elementy mające ośmielić uczniów do ujawnienia rzeczywistych przeżyć, aktualnie doświadczanych **konfliktów psychicznych i interpersonalnych** (Sikorski, 1997).

Inaczej będzie wyglądał przebieg sesji psychodramatycznej z pacjentami młodszymi wiekiem, a inaczej z udziałem starszych. W pracy z tymi pierwszymi, zajęcia przybierają postać gry opartej na zabawie. Rezygnuje się także z tzw. **protagonisty**, osoby, której problem jest odgrywany na scenie. Natomiast w przypadku pacjentów starszych stosuje się klasyczną strukturę psychodramy: z wyznaczeniem **protagonisty, antagonistów, lidera** (zwanego też **głównym psychodramatystą**) i **ego pomocniczego**. Protagonistą zostaje pacjent, który w danym dniu ma zostać poddany w sposób szczególnie oddziaływaniom **psychokorekcyjnym**. Może to wynikać na przykład z gwałtownego obniżenia się jego wyników w pracy czy nauce albo z nagłego przysparzania jakichś trudności (np. wychowawczych). Pozostali uczestnicy psychodramy biorą na siebie role aktorów (antagonistów), widzów, czasem **aktorów pomocniczych**, wspierających lidera przy inscenizowaniu określonych sytuacji.

Sesja psychodramatyczna, w czasie której – o czym była już mowa – gra powinna przebiegać z zastosowaniem ogółu **środków artystycznego wyrazu** charakterystycznych dla teatru (ruch sceniczny, artykulacja itp.) przebiega w trzech fazach:

**I. Przygotowanie lub „rozgrzanie się” grupy** – polega na ustaleniu wspólnej dla grupy problematyki i znalezieniu, wytypowaniu protagonisty („pierwszego aktora”).

**II. Gra, „dzianie się”, improwizacja** – jest to po prostu improwizowane odtwarzanie sytuacji nawiązującej do omówionej i wspólnie zaakceptowanej problematyki. W tej fazie ma miejsce sceniczne odtwarzanie zdarzeń będących przedmiotem oddziaływania korekcyjnego, na przykład konfliktu zaistniałego między matką a córką, która wciela się w samą siebie. Natomiast w rolę matki i innych osób z kręgu rodzinnego wchodzi antagoniści i aktorzy pomocniczy.

**III. Omawianie, dyskusja** – aktywizujące poszczególnych członków grupy psychodramatycznej do dzielenia się odczuciami w odniesieniu do zdarzeń zaistniałych w poprzedniej fazie. Pacjenci wypowiadając się o tym, w jaki sposób przeżywali „grę”, jakie rodziły się w nich emocje, co w nich wywołało określone wrażenia – doznają **odreagowania uczuć**, a także mają okazję do pracy nad własnymi problemami (Jałoch, 1997).

W fazie „gry” stosuje się wiele różnych technik. Jeżeli będzie to tzw. **monolog** to pacjent będący protagonistą – osobą objętą głównym oddziaływaniem korekcyjnym – odgrywa samego siebie, przy czym musi osiągnąć stan możliwie największego wyciszenia, tak dużej koncentracji, by mógł się zdobyć na „głośne myślenie” oraz interpretowanie własnych zachowań. Musi potrafić wyizolować się od pozostałych uczestników grupy i postępować tak, jakby był zupełnie sam. W przypadku posługiwania się **techniką „lustra”** należy portretować protagonistę w jego obecności, by w ten sposób mógł widzieć siebie jak w zwierciadle, a tym samym z obiektywizmem analizować i oceniać własne zachowanie się. Przyglądając się jak aktor pomocniczy rekonstruuje jego reakcje w konkretnych sytuacjach, ma możliwość zobaczenia siebie „z zewnątrz” oraz uzmysłowienia sobie dobrych i złych stron własnego postępowania. Technika „lustra” jest wyjątkowo przydatna i efektywna w zastosowaniu do osób przejawiających skłonności do unikania kontaktów z innymi ludźmi, milczących, zamkniętych w sobie i mających duże trudności w komunikowaniu się.

Podobnie skuteczna w psychodramie jest **technika wymiany ról**. Może ona służyć jako technika modyfikowania relacji między np. synem i ojcem czy uczniem a nauczycielem, ułatwiania wzajemnego porozumiewania się. W praktyce może to polegać na zachęceniu do zaprezentowania jakiejś często pojawiającej się sytuacji konfliktowej i wyrażenia werbalnie oraz niewerbalnie swojego stosunku do jej podłoża. Potem następuje zamiana ról, przy czym prosi się, by pacjent starał się z możliwie największym pietyzmem wejść w rolę innej osoby (np. ojca lub nauczyciela). W sumie ma to poprzez doświadczanie wzajemnych uczuć sprawić, że w wypadku zaistnienia ryzyka konfliktu dojdzie do znalezienia kompromisu; lepszego obopólnego zrozumienia i poszukania rozwiązania zapobiegającego nasilaniu się antagonizmów (Aichinger, Holl, 1999).

Niezależnie od wariantu techniki „wymiany ról” jest ona procedurą sprzyjającą pełniejszemu rozumieniu **przeciwstawnych postaw** i ocen oraz wpływu określonych sytuacji na pojawianie się antagonizmów; umożliwiającą weryfikowanie własnych postaw i większe dystansowanie się w stosunku do swoich emocji, a tym samym dokonywanie zmian w dotychczasowych wzorach zachowania. Pozwala również stawać się bardziej ekspresywnym, świadomym możliwości bycia bardziej spontanicznym i twórczym w relacjach z innymi osobami (z rodzicami, nauczycielami, rówieśnikami itd.).

Psychodrama z bogactwem i dużą różnorodnością swoich technik, jak np. **dublowanie roli, sobowtór, soliloquium**, stwarza warunki do rekonstruowania różnych rodzajów kontaktów interpersonalnych. Zarówno tych zachodzących między rówieśnikami (np. traktowanie kogoś jako „kozła ofiarnego”, stosowanie „terroru psychicznego – mobbingu), pomiędzy rodzicami a dziećmi (np. hołdowanie zasadzie: „dzieci i ryby głosu nie mają”, uzurpowanie sobie prawa do nadmiernego dysponowania czasem wolnym dzieci), między ojcem i matką (np. sprzecznianie się o drobiazgi, wzajemne oskarżanie się o nieróbstwo, nierówny podział rodzicielskich obowiązków, walka o władzę i dominację w rodzinie), w interakcjach nauczyciel - uczeń (np. nieuzasadnione karcenie jednych a faworyzowanie drugich uczniów, niesprawiedliwe ocenianie wyników w nauce, ignorowanie nauczycieli przez uczniów, przeszkadzanie w prowadzeniu przez wychowawcę zajęć lekcyjnych). Specyficzne warunki psychodramy, olbrzymie możliwości symulowania różnych sytuacji przy użyciu środków technicznych (**oświetlenie, dźwięk, muzyka, oprawa plastyczna**), odpowiednich rekwizytów i, co najważniejsze, poprzez poszczególne postacie (protagonista, aktorzy pomocniczy, lider, widzowie), to zespół elementów pozwalających obejmować pacjentów postępowaniem korekcyjnym, pomagać im przeciwdziałać i radzić sobie z sytuacjami trudnymi, przysparzającymi im problemów i utrudniającym codzienną aktywność.

Psychodrama może także być bardzo przydatna jako **środek stricte pedagogiczny**, gdyż dowiedziono jej duży wpływ na:

- a) wywieranie kształcącego wpływu na ucznia, który „odgrywając” względny charakter swojej postawy uczy się **rozumieć zachowania innych ludzi**;
- b) poznawanie różnych stron ludzkiego życia, a tym samym stawanie się bardziej **empatycznym** i współodczuwającym;
- c) rozwój kreatywności, spontaniczności, skłonności do **twórczego przekształcania** własnego otoczenia;
- d) lepsze przystosowanie się do warunków szkolnych uczniów zahamowanych, nieuważnych, impulsywnych, nerwowych, łatwo irytujących się (Grochulska, 1981).

Może być zatem procedurą usprawniającą **proces kształcenia i wychowania**. Psychodrama poprzez swoją bliskość z teatrem jezuickim, akcentującą wartość teatru jako ważnego środka wychowania, mająca podobne ambicje rozwijania idei „**teatru pedagogicznego**”, powinna w większym wymiarze znaleźć zastosowanie w rodzimym szkolnictwie.

### 3.5. Muzykoterapia

O ile psychodrama musi jeszcze poczekać na swoją szansę zaistnienia w szkole, to **muzykoterapia** już ją uzyskała i na dobre zadomowiła się w wielu placówkach oświatowo - wychowawczych. **Audytywna (słuchowa) atrakcyjność, właściwości relaksujące, łagodzące napięcia emocjonalne,** a także **podnoszące nastrój, pobudzające i aktywizujące,** a do tego jeszcze zamiłowanie zarówno dzieci, młodzieży i dorosłych do muzyki, to z pewnością te spośród wielu czynników, które uitorowały jej drogę do praktyki terapeutycznej.

Muzykoterapia jest określana jako „forma psychoterapii, która wykorzystuje muzykę i jej elementy jako środki stymulacji, strukturalizacji oraz ekspresji emocjonalnej i komunikacji niewerbalnej w **procesie diagnozy, leczenia i rozwoju osobowości człowieka**” (Galińska, 1990, s. 76-77). Ponadto jest ona „działaniem ukierunkowanym na konkretne cele terapeutyczne, działanie systematyczne i metodyczne w ramach **terapii kompleksowej,** opartej na określonych założeniach teoretycznych” (Galińska, 1978, s. 83). Z medycznego punktu widzenia muzyka mocno oddziałuje na psychikę człowieka, ma działanie aktywizujące lub osłabiające czynność mózgu, a jej **sedatywne** (uspokajające, kojące) właściwości sprawiają, że muzyka spowalnia – w sensie pozytywnym – akcję serca, obniża ciśnienie krwi, normalizuje oddech, obniża napięcie mięśni i osłabia odczuwanie bólu (Schiftan, Stadnicki, 1999).

Muzykoterapia szerokim frontem wkroczyła do **neuropsychiatrii** i **psychologii klinicznej,** znajdując rozległe zastosowanie w terapii dzieci wykazujących opóźnienia w rozwoju, z uszkodzeniami centralnego układu nerwowego, cierpiących na autyzm wczesnodziecięcy, przejawiających zaburzenia zachowania się, zmagających się z różnymi postaciami nerwic (np. lękowa, narządowa). Stosowana jest także w leczeniu dzieci sparaliżowanych, głuchych, niewidomych. Traktowana jest jako **samodzielna technika psychoterapii,** w której ma swoje trwałe miejsce jako skuteczna forma pracy z osobami ujawniającymi zaburzenia popędu odżywiania się, a w szczególności cierpiących na jadłowstręt psychiczny (anoreksję) i żarłoczność psychiczną (bulimię). Dobre efekty przynosi także w terapii osób podatnych na uleganie stresom (tzw. dystresowi) i depresji, a także w pracy z psychotykami (głównie ze schizofrenikami) (Galińska, 1990).

Z uwagi na sposób wykorzystania muzykoterapii można wyróżnić:

- a) **muzykoterapię spontaniczną,** będącą wyrazem przeżywanych emocji;
- b) **muzykoterapię profilaktyczną,** stosowaną w celu zapobiegawczym, wykorzystującą materiał muzyczny w celu pobudzenia lub uspokojenia pacjenta;
- c) **muzykoterapię naturalną,** w której podstawowym materiałem muzycznym są odgłosy i dźwięki natury, jak np. śpiew ptaków, szum wiatru;
- d) **muzykoterapię adaptowaną,** wykorzystującą przypadkowy materiał muzyczny (np. muzykę emitowaną w radiu) w celu relaksu czy uspokojenia;

- e) **muzykoterapię kliniczno-diagnostyczną**, stosowaną w pracy z pacjentami hospitalizowanymi;
- f) **muzykoterapię socjoterapeutyczną**, która ma na celu eliminowanie nieprawidłowych wzorów zachowań i naukę (kształtowanie) zachowań społecznie akceptowanych i pożądanych;
- g) **meloterapię**, posługującej się terapeutycznymi walorami śpiewu (Dobson, 1999; Szulc, 2000).

Metodyka muzykoterapii dzieli ją na **bierną (receptywną)** i **czynną (aktywną)**. Muzykoterapia bierna polega na „wysłuchiwaniu celowo i odpowiednio dobranych utworów muzycznych w sposób swobodny lub zadaniowy, a następnie na przedyskutowaniu w grupie doznanych podczas wysłuchiwania utworów własnych przeżyć” (Kopacz, 1997, s. 47). Realizowana jest poprzez sukcesywne wprowadzanie muzyki, zaczynając od utworu spokojnego i ułatwiającego nawiązanie kontaktu z uczestnikami, potem zachęcającego czy wręcz prowokującego do przeżywania silnych emocji, a kończąc na utworze kompensującym (neutralizującym) poprzednie doznania (Galińska, 1988). W zależności od celu, w jakim terapia w formie receptywnej jest stosowana, można wyróżnić:

- a) **muzykoterapię reaktywną**, polegającą na wyzwoleniu silnych przeżyć emocjonalnych i reakcji katartycznych;
- b) **muzykoterapię komunikatywną**, pomocną w stymulowaniu procesów komunikacji (porozumiewania się);
- c) **muzykoterapię regulatywną**, ukierunkowaną na podtrzymanie lub przywrócenie psychosomatycznej równowagi (homeostazy) (Kwiatkowski, 1993).

Natomiast w muzykoterapii w formie aktywnej stosuje się techniki oparte na dowolnej **improwizacji**, polegające na wyrażaniu siebie i własnych emocji przy użyciu gry na różnych instrumentach muzycznych. Ponadto są realizowane tematyczne zajęcia instrumentalne, stwarzające możliwości manifestowania różnych stanów emocjonalnych – zarówno pozytywnych (radość, wesołość), jak i negatywnych (smutek, gniew, złość). Zwykle jednak sesje muzykoterapeutyczne są prowadzone przy zastosowaniu **metody intuicyjnej** i subiektywnej, co sprawia, że ani ich przebieg, ani końcowe efekty nie dają się uogólnić czy opracować statystycznie (Cylulko, 2002).

W praktyce terapeutycznej stosuje się zarówno **muzykoterapię bierną receptywną** jak i **czynną** (aktywną). W muzykoterapii biernej pacjenci są zachęcani do słuchania określonych rodzajów muzyki (zwykle klasycznej). Utwór lub jego fragment o możliwie jednoznacznym ładunku emocjonalnym i nastroju, spełnia rolę stymulatora – pobudzającego skojarzenia i fantazje. I właśnie to przeżywanie, wyzwolone w czasie słuchania, jest przedmiotem późniejszej analizy zmierzającej do zrozumienia przez pacjenta swoich często nieuświadomionych zachowań.

Z całą pewnością – rodzaj muzyki, jej dramaturgia, liryczność itp., pozwala w pewnym stopniu przewidywać, jaką formę reakcji emocjonalnej

ujawni pacjent. W praktyce wygląda to jednak nieco inaczej, niż to co zdają się sugerować muzykoterapeuci - teoretycy, osoby wykorzystujące w swej pracy terapeutycznej jedynie wiedzę z muzykologii. Większość pacjentów, by nie rzec wszyscy, nie jest przygotowana do odbioru **muzyki klasycznej**, a tym samym nie przypisują jej istotniejszych **znaczeń uczuciowych**. Ale z drugiej strony, właśnie ten **brak kultury muzycznej**, brak przyzwyczajenia do słuchania ambitniejszej muzyki jest warunkiem sprzyjającym skutecznemu praktykowaniu muzykoterapii. Okazuje się bowiem, że pacjenci obcy z muzyką, uczęszczający systematycznie na koncerty do filharmonii albo grający na jakichś instrumentach (aktywnie muzykujący), wykazują tendencję do bardziej wnikliwego słuchania, zwracania uwagi na drobnostki techniczne (warsztatowe), aranżację, skład orkiestry itp. Przypuszczać też należy, że stosowana wobec niektórych tego typu pacjentów muzykoterapia nie przyniesie spodziewanych rezultatów. Dbając o poprawność odbioru muzyki klasycznej niektórzy z nich mogą okazać się nieco mniej podatni na jej terapeutyczne oddziaływanie (Aleksandrowicz, 1996).

O wiele korzystniejsza dla tej grupy pacjentów może okazać się **muzykoterapia czynna**. Znamienne dla niej zespołowe granie na instrumentach czy śpiewanie chórem umożliwia obserwację wzajemnych kontaktów w grupie – między pacjentami lub między pacjentem a terapeutą. Niejednokrotnie stosowana jest procedura mająca charakter „**rozmowy dźwiękami**”, wydobywanymi z różnych instrumentów. Rodzaj wybranego przez pacjenta instrumentu oraz sposób, w jaki się nim komunikuje i z kim, może dostarczyć wielu informacji o nim samym. Zespołowe uprawianie muzyki czy śpiewu może wpływać na spójność grupy, jej aktywność i dostarczać satysfakcji ze wspólnego spędzania czasu oraz przekonywać do korzyści płynących ze współdziałania w kolektywie koleżeńskim. Z tych względów muzykoterapia jest szeroko stosowana jako procedura usprawniająca rozwój **dynamiki grupowej** (Konaszkiewicz, 1988).

Muzykoterapia może przybierać formę **terapii indywidualnej** lub **grupowej** i przybierać postać bierną albo czynną. W pracy z pacjentami bardziej opowiadałbym się za grupową i czynną, gdyż sprzyja to nie tylko osiągnięciu celów czysto terapeutycznych (w „leczeniu” stanów obniżonego nastroju, spowolnienia psychoruchowego, jak i w przypadkach nadaktywności psychicznej i ruchowej), lecz także pozwala, poprzez obcowanie z różnymi instrumentami, **poznawać i odkrywać samego siebie**. Tacy pacjenci stojąc przed wyborem instrumentu muszą odwoływać się do własnego instynktu i intuicji, zawierać cechom swojej osobowości i umiejętności wydobywania określonych dźwięków.

Nie oznacza to deprecjonowania muzykoterapii biernej, gdyż nie ulega wątpliwości, że jest ona znacznie powszechniej stosowana w psychoterapii. W niczym nie ustępuje skuteczności muzykoterapii czynnej. To z pozoru pasywne zajęcie jest efektywną terapią. Pacjenci-słuchacze, poddający się oddziaływaniu muzyki pod kompetentnym nadzorem terapeuty, dość zgodnie

twierdzą, że doświadczają muzyki w specyficzny, nieznanym im do tej pory, sposób, iż odnoszą wrażenie, jakby poruszali się w innym, nowym, lepszym jakościowo świecie. Słuchanie muzyki z późniejszym omawianiem reakcji, jakie wywołuje ona w „pacjencie” sprawia, że zdawałoby się pasywne zajęcie przybiera **formę kreatywną**, postać twórczego uzewnętrznienia.

W pracy z pacjentami dobre efekty może przynieść **integrowanie** treści utworu muzycznego z odczuciami, jakich ona dostarcza poprzez świadome słuchanie kilkakrotnie powtarzanego tego samego fragmentu muzyki. Końcowy jednak rezultat sesji muzykoterapeutycznej zależy od tego, w jakim stopniu udało się terapeutę zachęcić „słuchaczy” do wyrażenia za pomocą zarówno słów, jak i „niewerbalizmów” (mowy całego lub wybranych części ciała, np. gestykulacji), co dany utwór muzyczny w nich wzbudził, jakie wytworzył nastroje, obrazy i uczucia.

Niewątpliwą zaletą muzykoterapii biernej (receptywnej) jest duża przystępność. Ćwiczenia są na tyle proste, że w istocie każdy pacjent może w nich brać udział. Wymagane jest tylko lubienie muzyki i ochota do tego typu eksperymentowania; brak jakichś większych oporów do pracy nad sposobami komunikowania się z innymi, gotowość do głośnego komentowania doznawanych odczuć, konfrontowania się z samym sobą.

Niezależnie czy stosowana jest muzykoterapia bierna lub czynna, to skuteczność terapeutyczna zależy od tego, w jakiej mierze pacjenci potrafią zajmować się własnymi stanami emocjonalnymi, porządkować i uzewnętrzniać swoje przeżycia i problemy. W obu formach muzykoterapii terapeuta powinien wspomagać i potęgować ten proces, wskazywać możliwości wypracowania jeszcze bardziej wyrazistej ekspresji.

Warto jeszcze podkreślić, że muzykoterapia może okazać się niezmiernie przydatna w pracy z osobami **agresywnymi**. O wpływie muzykoterapii, obu jej form (czynnej i biernej), na obniżenie poziomu agresji pisze Z. Skorny: „Agresywnemu zachowaniu się wywołanemu doznaniem frustracji towarzyszą związane z nimi emocje gniewu, złości, zdenerwowania. Przeciwdziałanie im może dokonywać się za pośrednictwem muzykoterapii sprzyjającej **rozładowaniu stanów napięcia emocjonalnego**. Może to być **muzykoterapia bierna**, polegająca na recepcji utworów muzycznych odpowiednio dobranych przez muzykoterapeutę. Dla rozładowania stanu napięcia emocjonalnego stymulującego agresję bywa również wykorzystywana **muzykoterapia czynna**. Jest ona przeprowadzana np. przy użyciu instrumentów perkusyjnych (Skorny, 1990, s. 27).

Skuteczność muzykoterapii zależy w dużej mierze od przeprowadzania jej z przejawianiem dbałości o to, by sesja przebiegała z zachowaniem następujących faz:

**I. faza odreagowania** – polegająca na wykonywaniu krótkotrwałych i szybkich ćwiczeń ruchowych służących obniżeniu napięcia psychicznego i fizycznego;



**II. faza rytmizacji** – obejmująca ćwiczenia muzyczno-ruchowe z zastosowaniem instrumentów perkusyjnych (np. marakasy, grzechotki, talerze, bębenki, ksylofon), mające na celu zintensyfikowanie (pogłębienie) odreagowania i zintegrowanie grupy;

**III. faza uwrażliwienia** – przebiegająca z wykorzystywaniem ćwiczeń opartych na **pantomimie** i **psychodramie muzycznej**, służących zarówno rozwijaniu wyobraźni, jak i wzbogacaniu sfery uczuciowej. Mają one na celu poprawę i usprawnienie umiejętności komunikowania się poprzez tworzenie warunków do wypowiedzania się różnymi środkami przekazu. Zgodnie z nazwą tej fazy powinno w niej dochodzić do uwrażliwienia percepcji słuchowej u poszczególnych uczestników grupy muzykoterapeutycznej;

**IV. faza relaksacji z elementami wizualizacji** – polegająca na wywoływaniu określonych „obrazów wzrokowych”, tworzeniu mentalnych obrazów jakichś czynności, aktywizowaniu doświadczeń zmysłowych (percepcyjnych) i emocjonalnych. W fazie tej stosuje się także **ćwiczenia izometryczne** (napinanie mięśni) mające na celu podwyższenie sprawności fizycznej (motorycznej) i obniżenie napięcia nerwowego;

**V. faza aktywizacji** – polegająca na słuchaniu utworów muzycznych i analizowaniu, jak one oddziałują na własny nastrój. Recepcja danego materiału muzycznego i wynikające z niej pobudzenie procesów wyobrażeniowych ma skłonić uczestników do rozpoczęcia dyskusji (Dębicka, 1977).

W muzykoterapii, podobnie jak w każdej formie terapii, doniosłe znaczenie ma kontakt pacjenta z terapeutą, z tego też względu od muzykoterapeuty wymagane jest zarówno dobre rozeznanie w gatunkach muzycznych, jak i umiejętność prawidłowego, bezpośredniego, zabarwionego uczuciowo – kontaktowania się, nawiązywania odpowiednich relacji z członkami grupy muzykoterapeutycznej (Galińska, 1991). Muzykoterapeuta może być wychowawcą lub nauczycielem, potrafiący prowadzić rzeczowy dialog z wykorzystaniem „tworzywa muzycznego”, czujący się na siłach, by uczynić z muzyki ważny element w pracy z uczniami. Sugeruje się przy tym, że nie może on być muzykiem profesjonalnym, ponieważ takie osoby mogą mieć poważne problemy z adaptowaniem muzyki dla celów terapeutycznych; zwykle nie potrafią traktować muzyki jako środka „lecniczego”. Najlepiej gdyby był on jednocześnie terapeutą, muzykiem i pedagogiem umiejącym posługiwać się technikami psychoterapeutycznymi i muzykoterapeutycznymi oraz łączyć je z metodami pedagogicznymi i różnymi rodzajami arteterapii (Konaszkiewicz, 1988). Terapeuta w czasie sesji muzykoterapeutycznych powinien być równorzędnym partnerem, przejawiać **empatyczne zachowanie**, mieć dobrą prezencję, być odpowiedzialny, roztropny, gotowy do działania, konsekwentny i wypróbowany (doświadczony). Cechą dobrego muzykoterapeuty jest elastyczność, zdolność do wprowadzania w czasie sesji materiału muzycznego z uwzględnieniem **sprawności intelektualnej** (poziomu rozwoju umysłowego) i **fizycznej** członków grupy muzykoterapeutycznej (Lewandowska, 2001).

Słuchanie muzyki jako **medytacja**, jako świadome poddanie się jej działaniu, może być także stosowane jako procedura samodzielna lub wspomagająca **ćwiczenia relaksowo-koncentrujące**. Są to techniki wywodzące się ze wschodnich (indyjskich i chińskich) systemów **treningu psychofizycznego**, takich jak **Joga** i **Zen**, przywracające stan **psychoneurovegetatywnej** równowagi i przyczyniające się do rozwijania osobowości. Jako samodzielna technika relaksacyjna – analogicznie jak inne **techniki behawioralne** – ma na celu odreagowanie sytuacji lękowej. Następuje to najczęściej poprzez wyobrażenia spokoju i wywoływanie odpowiednich reakcji na przykład w wyniku aktywności fizycznej (Cenin, 1993).

### 3.6. Choreoterapia

Techniką w zupełnie inny sposób wykorzystującą muzykę niż muzykoterapia czy ćwiczenia relaksacyjne jest **choreoterapia**. Definiowana jest ona jako posługująca się ruchem technika psychoterapii, której celem jest osiągnięcie przez pacjenta integracji psychofizycznej. O choreoterapii zwykle się mówi, iż jest ona **terapią wielozakresową i wielowymiarową**, gdyż niejako równocześnie oddziałuje na **sferę emocjonalną, motoryczną, fizjologiczną, poznawczą, wolicjonalną, estetyczną, erotyczną** oraz **sferę kontaktów interpersonalnych** (Pleszko, 1989; Hora, 1989).

Choreoterapia znajduje dość szerokie zastosowanie, i w ślad za tym wyszczególnia się jej specyficzne rodzaje. Przykładowo w **kinezyterapii** (gimnastyce leczniczej, rehabilitacji ruchowej) wyróżnia się trzy rodzaje terapii tańcem, a mianowicie:

- a) **choreoterapię ogólnokondycyjną** – skierowaną do osób sprawnych ruchowo a jej celem jest poprawa ogólnej kondycji i sprawności fizycznej oraz oddziaływanie profilaktyczne;
- b) **choreoterapię sprawnościową** – stosowaną wobec osób z obniżoną sprawnością motoryczną i ogólnym brakiem koordynacji ruchowej;
- c) **choreoterapię specjalną** – przeznaczoną dla osób po urazach fizycznych, które przeszły ciężkie wypadki i doznały poważnych kontuzji (Hora, 1989).

Często też wymienia się **choreoterapię strukturalizowaną**, która polega głównie na nauce tańców towarzyskich, doskonaleniu rzemiosła tanecznego. W innych typologiach akcentuje się silne związki terapii tańcem z rytmiką i aerobikiem, z działaniami wykorzystującymi różnego typu ćwiczenia rytmiczne, wykonywanie prostych ruchów stanowiących pewną całość, szereg połączonych ze sobą układów. Najczęściej jednak mówi się o **choreoterapii psychologicznej**, która poprzez taniec umożliwia pacjentom wchodzenie w różne role życiowe, pokonywanie różnorodnych barier natury psychospołecznej (np. brak asertywności, nieśmiałość, skłonności do izolowania się, problemy z interakcyjnym dystansowaniem się). W tym kontekście podawane są konkretne rodzaje pracy choreoterapeutycznej: taniec, ćwiczenia muzyczno-ruchowe czy improwizacje ruchowe przy muzyce (Aleszko, 1989).

Głównym celem choreoterapii jest to, by pacjent odkrył swoją **tożsamość cielesną** i rozwinął **samoświadomość**. Ma to swoje uzasadnienie w tym, iż doświadczenia życiowe człowieka blokowane są w jego układzie mięśniowym i kostnym, a korzystne za sprawą aktywności ruchowej zmiany na **poziomie neuromięśniowym** prowadzą zarówno do zmian fizycznych, jak i psychicznych. Dochodzi tu jeszcze pojawianie się poprzez ruch specyficznych interakcji społecznych (komunikacji niewerbalnej) i odpowiednich warunków do **samodoświadczenia i samoeksploracji** (Kozieńko, 1997).

Choreoterapia będąca szczególnym rodzajem aktywności ruchowej, może w pracy z pacjentami pełnić zarówno **funkcję diagnostyczną**, jak i **terapeutyczną, korygującą i kompensacyjną**. **Diagnostyczną**, gdyż każdy z uczestników choreoterapii wykonuje charakterystyczne ruchy, różniące się czymś od aktywności ruchowej innych członków grupy choreoterapeutycznej, co w efekcie może umożliwić bliższe poznanie preferowanych sposobów zachowań. W określonych ruchach można doszukiwać się, mniej lub bardziej, otwarcie manifestowanych cech osobowości. **Funkcja terapeutyczna** zaś wiąże się z osiąganiem takich celów, jak pobudzanie (stymulowanie) i uwalnianie (rozładowanie) uczuć za pomocą odpowiednich ruchów ciała i przybierania właściwej pozy. Choreoterapia przyjmując postać **sterowanej aktywności ruchowej** tworzy sprzyjający klimat do dawania upustu tłumionym emocjom i sprzyja osiąganiu stanu **katharsis** („samooczyszczenia się”). Terapia tańcem stwarzając warunki dla spontanicznej ekspresji niewerbalnej, „wyszumienia się” poprzez ćwiczenia ruchowe o różnej intensywności, prowadzi do „**wentylacji emocjonalnej**” (redukcji negatywnych uczuć) (Aleszko, 1989). Praktyka dowodzi, iż terapia tańcem przyczynia się do zmniejszania niepokoju oraz doznawania uczucia zadowolenia i satysfakcji. Uzasadnia się to tym, iż sytuacje powstające w tańcu wyznaczają bezpieczny (optymalny) próg okazywania ujemnych emocji, co ułatwia **radzić sobie ze stresorami** (uczuciami stresogennymi), a nawet prowadzi do ich usuwania. Taniec może również przyczyniać się do doskonalenia umiejętności porozumiewania się bez użycia słów (komunikacji pozawerbalnej) i tworzenia oraz nadawania komunikatów „Ja”. Wynika to z faktu, że taniec sam w sobie jest wyjątkowym rodzajem komunikowania, w szczególny sposób zaspokajającym potrzebę właściwego łączenia treści przekazywanych słownie i przy użyciu niewerbalizmów. Ćwiczenia z wykorzystaniem układów tanecznych, zajęcia w parach, dają ogromne możliwości trenowania różnych **zachowań niewerbalnych**, w tym przede wszystkim takiej ich wysublimowanej postaci, jak **kontakt dotykowy**. Tak rozumiana terapeutyczność tańca umożliwia, z jednej strony, wzbogacanie „słownika ruchów” członków grupy choreoterapeutycznej, a z drugiej – wyrażanie indywidualnych stanów psychicznych, jak i odbiór (dekodowanie) reakcji ujawnianych przez współpacjentów. Temu drugiemu celowi, uczeniu się odczytywania komunikatów niewerbalnych, może służyć opracowany przez R. Labana – *Effort Shape-System* czyli zwarty **system analizy i obserwacji ruchu**.

Tworząc tę procedurę założył on, że ruch sprzyja osiągnięciu harmonii i z tego względu sam przez się staje się czynnikiem terapeutycznym. Jego zdaniem siła lecznicza ruchu (tańca) wynika z tego, iż jest on **multisensorycznym komunikatem zwrotnym** ułatwiającym rozwinąć stabilne poczucie pewności siebie oraz stanowi „medium”, przez które płyną wewnętrzne impulsy człowieka. Oznacza to również, że taniec może pełnić **funkcję adaptacyjną**, pomagać w dostosowywaniu się do wymogów świata zewnętrznego (Koziello, 1997). Ponadto podkreślany jest wpływ aktywności ruchowej na dostarczanie doznań **estetycznych**, przeżyć zwiększających wrażliwość na piękno i harmonijność. Natomiast grupowy charakter sesji choreoterapeutycznych daje możliwość uczestniczenia w **procesie twórczym**, w zespołowym wysiłku zmierzającym do pobudzania własnej inwencji i pomysłowości – skłonności do stawania się coraz bardziej kreatywną osobą. Zatem taniec może pełnić zarówno **funkcję estetyczną**, jak i **ludyczną** – uwrażliwiać na efektywność, aktywizować członków grupy do uczestnictwa w zajęciach, co w sumie może uczynić ich osobami potrafiącymi twórczo i konstruktywnie zmagać się z codziennością (Kran, 2001).

Za wprowadzeniem choreoterapii do praktyki terapeutycznej przemawia jej naturalność, duża skuteczność, łatwość posługiwania się jej technikami i, co najważniejsze, postrzeganymi przez pacjentów jako atrakcyjne, lubiane i chętnie przez nich wykonywane. Realizowana w formie grupowej zapewnia w miarę równy udział każdego z uczestników. Powstała w ten sposób mała społeczność „angażuje się w te same czynności, pomaga pojedynczym pacjentom wyzbyć się uczucia izolacji, ułatwia nawiązanie kontaktu psychicznego a nawet fizycznego (poprzez dotyk) z innym człowiekiem” (Hora, 1977, s. 27). Pacjenci niejako ulegając i podporządkowując się wspólnemu rytmowi zajęć i stając się członkami zespołu, mają możliwość zajmowania się nie tylko sobą, a przy tym jeszcze mogą na jakiś czas uwolnić umysł od indywidualnych problemów.

Spśród wielu szczegółowych procedur choreoterapii najczęściej w pracy z pacjentami są stosowane **techniki interwencyjne**, które łączą w sobie interpretację treści przekazywanych słownie z aktywnością ruchową, ujawnianymi w jej trakcie komunikatami niewerbalnymi oraz stwarzają warunki do okazywania rzeczywistych emocji i uwolnienia napięć. Korzystną techniką jest również **rozwijanie tematu ruchu**, polegające na wprowadzaniu własnych pomysłów do określonych układów tanecznych i to w taki sposób, by została zachowana ich istota. Aktywność ruchowa oparta w tej technice na improwizacji ma spowodować dotarcie do dawnych konotacji i skojarzeń ruchowych pacjentów. Przydatna też jest **technika lustra**, która – na podobieństwo z techniką psychodramy o takiej samej nazwie – ma na celu uchwycenie i zrekonstruowanie typowych ruchów pacjenta, charakterystycznych tylko dla niego wzorów poruszania się, wykonywania określonych gestów, przyjmowania różnych pozycji ciała itp. Osobą podejmującą się zadania „odzwierciedlenia” tego rodzaju ruchów jest terapeuta,

który tym samym ma możliwość nawiązania empatycznej więzi z danym członkiem grupy choreoterapeutycznej. Ponadto w zestawie technik terapii tańcem powinny znaleźć się procedury mogące przyczynić się do zwiększenia **świadomości ciała** („tożsamości cielesnej”), jak na przykład: rozgrzewka kompensująca napięcie emocjonalne i przygotowująca do relaksacji; ćwiczenia oddechowe i odprężające sprzyjające poznawaniu własnego ciała, uzmysławianiu sobie potrzeby pobudzania jego określonych okolic poprzez celową aktywność ruchową; ćwiczenia zwiększające elastyczność, harmonię i dynamikę ruchu, w tym również pozwalające na swoiście rozumiane kształcenie podstaw ruchu, a także bliższe poznawanie wybranych technik tanecznych (Aleszko, 1975).

Osiąganie powyższych celów jest możliwe pod warunkiem stosowania odpowiednich strategii. Godne polecenia są:

- a) **improvizacja i ruch planowany**, gdzie improvizacja przybiera zwykle formę tematyczną lub obrazującą przeżyte sytuacje czy doznane emocje, z kolei ruch planowany koncentruje się na rekonstruowaniu najistotniejszych fragmentów improvizacji w sposób zaplanowany, dający się wielokrotnie powtarzać;
- b) **intensyfikacja i personifikacja**, polegająca na przejaskrawianiu (wyołbrzymianiu) gestów i ruchów;
- c) **aktywna wyobraźnia**, polegająca na uwalnianiu poprzez aktywność ruchową skojarzeń pacjenta, by w ten sposób był on w stanie dotrzeć do świadomych i nieświadomych doświadczeń. Zatem tutaj ruch ciała ma prowadzić do uzyskania klasycznie rozumianego wglądu w ewentualne przyczyny zaburzeń czy jakiejś dysfunkcjonalności (Kozieńko, 1997).

Choreoterapia będąc rodzajem sterowanej aktywności ruchowej powinna być realizowana z zachowaniem określonego porządku. Dobrze, gdy przebiega ona z przejawianiem dbałości o podział na trzy charakterystyczne fazy:

### **I. Fazę początkową**

Rozpoczynając się w chwili, gdy członkowie grupy choreoterapeutycznej podejmują konkretne działania, zaczynają próbować pierwsze układy taneczne. Celem tej fazy jest ośmielenie uczestników do w miarę jak najswobodniejszego manifestowania swoich emocji, otwartego komunikowania się z pozostałymi. Praktykowane w tej fazie tańce przy muzyce mają uwolnić członków od ich wewnętrznych konfliktów i lęków związanych z okazywaniem uczuć. Na tym etapie ma następować również odkrywanie zachowań niewerbalnych, uzmysławianie sobie ich dużego znaczenia w sprawnym porozumiewaniu się ze współpacjentami, jak i w rzeczywistości pozaterapeutycznej (w środowisku rodzinnym, szkolnym, rówieśniczym itp.).

### **II. Fazę środkową**

Wykorzystując to, co zostało osiągnięte w poprzedniej fazie, a co pozwala pacjentom zmierzyć się z nieświadomymi treściami (także konfliktami) intrapsychoicznymi (wewnętrznymi). Tutaj najczęściej są wprowadzane techniki oparte na improvizacji z wykorzystaniem wyobraźni i eksploracji

(samopoznawania) ruchów. W tym stadium terapii muszą zostać stworzone odpowiednie warunki, by mogło dojść do konfrontacji z konfliktami i wypartymi emocjami. Wyrażając to inaczej, członkowie grupy choreoterapeutycznej powinni doznać wglądu we własne uczucia.

### III. Fazę końcową

Stanowiącą pewnego rodzaju podsumowanie efektów dotychczasowych działań, co ma w sumie umożliwić zintegrowanie ich poprzez werbalne skojarzenia i interpretacje ze strony terapeuty i pacjentów. Osiągnięte jest to poprzez odzyskiwanie własnej „tożsamości cielesnej” za sprawą improwizacji ruchowej (zwykle tanecznej) oraz odczytywanie pojawiających się w jej trakcie emocji i specyficznych reakcji. Łącznie ma to prowadzić do odkrycia przez poszczególnych uczestników choreoterapii nowych sposobów widzenia rzeczywistości, wrażliwszego reagowania na różnego typu zjawiska i sytuacje mające miejsce w codziennej aktywności.

Praca choreoterapeuty polega na pełnieniu **funkcji mediatora** i osoby wspierającej, pomagającej poprzez tworzenie warunków do aktywności ruchowej poruszać się pacjentom w „świecie werbalnym i pozasłownym”, konfrontować ze sobą treści świadome z dotychczas nieuświadomianymi. Powinien posiadać odpowiednią wiedzę i umiejętności taneczne, gdyż terapia będzie o wiele skuteczniejsza, jeżeli będzie on na równi z pacjentami aktywny ruchowo. Tańcząc wraz z członkami grupy może znacznie łatwiej rekonstruować (odzwierciedlać) ich uczucia, dokonywać „wymiany ruchowej”, z większym wyczuciem reagować i odpowiadać na ich potrzeby ruchu i stawania się lepszymi komunikatorami, sprawniej posługującymi się „językiem ciała”. Choreoterapeuta powinien być także osobą potrafiącą **trafnie diagnozować** i lokalizować indywidualne problemy poszczególnych uczestników terapii tańcem, by potem w razie konieczności dostosowywać tematykę zajęć do pracy nad nimi. Interesując się **biografiami** swoich pacjentów może, z jednej strony, ściślej zaplanować przebieg terapii, właściwiej dobrać techniki choreoterapeutyczne, a z drugiej – przewidzieć zachowania członków grupy, a tym samym ustrzec się przed pojawieniem się u nich „**oporu**” czy decyzji o przedwczesnym zakończeniu terapii (*drop-out*). Dysponując odpowiednią wiedzą o swych pacjentach z większą łatwością może mu przyjść pomaganie im w uwalnianiu napięć psychicznych i przywracaniu czy podtrzymywaniu prawidłowej równowagi psychicznej (**homeostazy**) (Hora, 1989).

### 3.7. Biblioterapia

Biblioterapia jest określana jako szczególna technika psychotherapeutyczna, polegająca na leczniczym oddziaływaniu na psychikę poprzez odpowiednio dobraną literaturę. Można ją zaliczyć do **terapii werbalnej**, posługującej się w relacji z pacjentem słowem, a także do techniki **psychoterapii racjonalnej**. Celem biblioterapii jest bowiem rzeczowe zapoznanie pacjenta z ważniejszymi aspektami jego choroby i rozsądne

przybliżenie źródeł jego dolegliwości na podstawie literatury popularnonaukowej, zwykle z zakresu nauk medycznych i humanistycznych (psychologii, socjologii i pedagogiki). Tekst zawarty w odpowiednio wyselekcjonowanej literaturze ma pobudzić pacjenta do logicznego myślenia. Terapeuta dysponując określonym materiałem książkowym może z lepszym skutkiem wyjaśniać pacjentowi podłoże jego cierpienia, dokonywać rewizji jego poglądów i nastawień, być w jego oczach bardziej wiarygodnym. Perswazja i sugestie kierowane do pacjenta stają się nośniejsze, co w konsekwencji sprzyja osiągnięciu głównego celu tak rozumianej biblioterapii, jakim jest **kształtowanie osobowości** jednostki, która znalazła się w trudnej sytuacji życiowej (Ippoldt, 2000).

Biblioterapia jako dyscyplina naukowa jest stosunkowo młoda, w Polsce pojawiła się dopiero w latach trzydziestych XX wieku. Od początku jednak charakteryzował ją duży dynamizm rozwojowy, coraz szersze stosowanie jej wobec osób wymagających specjalistycznej pomocy. Duże zainteresowanie tą techniką terapii doprowadziło do powstania różnych jej odmian. Dokonując pewnej ich systematyzacji można ją podzielić na:

- a) **biblioterapię klasyczną**, przeznaczoną dla osób nie wykazujących zaburzeń psychosomatycznych;
- b) **biblioterapię kliniczną**, stosowaną w psychoterapii i mającą na celu zainspirowanie pacjenta do uzyskania wglądu w uczucia i doznania, pozwalającego dotrzeć do przyczyn zaburzeń;
- c) **biblioterapię instytucjonalną**, polegającą na wykorzystywaniu treści zawartych w książkach do informowania pacjenta o jego chorobie oraz do relaksacji. Najczęściej korzysta się wówczas z beletrystyki i literatury dydaktycznej, w przystępny sposób prezentującej daną problematykę.

Natomiast w odniesieniu wyłącznie do osób chorych wyróżnia się:

- a) **typową obsługę biblioteczną**, sprowadzającą się do wypożyczania książek hospitalizowanym pacjentom;
- b) **biblioterapię właściwą**, prowadzoną planowo i systematycznie i przez specjalistów (biblioterapeutów);
- c) **terapię zajęciową z książką**, polegającą na angażowaniu chorych do prac bibliotekarskich (Kruszewski, 2000).

Biblioterapia znajduje zastosowanie w procesie **rewalidacji, resocjalizacji**, w działaniach **profilaktycznych** osób z różnych grup wiekowych. W szkole traktowana jest jako proces edukacyjny, w którym pacjent (tu: uczeń) poznaje nowe sposoby radzenia sobie w **sytuacjach trudnych** (np. pojawienia się przeciążenia, deprywacji emocjonalnej). Oddziaływanie przez literaturę ma spowodować modyfikację czy zmianę w trzech obszarach – w **zachowaniach, wierzeniach** (przekonaniach) i **uczuciach**, a także ma przyczynić się do kształtowania postaw ocenianych jako społecznie pożądane. Biblioterapia ma ponadto przyczyniać się do pobudzania i nadawania właściwego kierunku zainteresowaniom, potrzebom,

aspiracjom oraz formułowaniu adekwatnych do możliwości pacjentów celów życiowych. Niezależnie, kim są osoby uczestniczące w biblioterapii, należy tak dobierać literaturę, by możliwe stało się zmienianie rzeczywistości, nabywanie umiejętności innego patrzenia na ogół zjawisk i nowego jakościowo ustosunkowywania się do nich. Istotne jest przy tym, by kontakt ze słowem pisanym i czytany sprzyjał **wychowaniu estetycznemu**, umożliwiał rozwijanie aktywności twórczej i samoekspresji pacjentów oraz wzbogacał i pogłębiał ich życie uczuciowe (Wojnar, Pielasińska, 1990). W kontekście oddziaływań psychoterapeutycznych, obcowanie z literaturą ma na celu zapewnienie „wsparcia psychologicznego i duchowego, poprawę samopoczucia, pomoc w odzyskaniu wiary w siebie (...), uzyskania wzorców postępowania oraz przełamania psychicznej izolacji czy kształtowania nowych potrzeb” (Tomasik, 1997, s. 81). Trzeba w tym miejscu wyjaśnić, iż biblioterapia nie ma na celu bezpośredniego eliminowania dolegliwości, ale pobudzając umysł, prowokując do zmiany sposobu myślenia i rozumienia określonych zdarzeń (w tym także stanowiących tło objawów chorobowych), pozwala pacjentowi lepiej radzić sobie z własnymi problemami. Terapeutyczność kontaktu z książką wyraża się w inspirowaniu pacjenta do stawania się aktywniejszym i bardziej skorym do dokonywania przewartościowań w postawach i zachowaniach, pomimo utrzymujących się dokuczliwych symptomów choroby, doznawania cierpień (Borecka, 1998).

Spośród wielu różnorodnych funkcji biblioterapii warto wyróżnić **funkcję kompensacyjną**, polegającą głównie na przywracaniu pacjentowi wiary w sens życia oraz **funkcję profilaktyczną**, spełniającą swoje zadanie poprzez wypełnianie czasu wolnego czytaniem książek z cennymi treściami. Inną ważną funkcją jest **wychowywanie**, zachęcanie do przyjmowania określonych postaw. Dalej można wyszczególnić funkcję utylitarną – pomagającą rozwiązywać niektóre praktyczne zadania życiowe, oraz **informacyjną** – mającą na celu dostarczenie wiedzy o zdrowiu pacjenta, także o tym, jaki należy prowadzić tryb życia, by ustrzec się chorób. Kolejna funkcja to kształcenie, **rozwijanie umiejętności werbalnych** (komunikowania się przy użyciu słów) i **estetycznych**, jak również **uwrażliwienie na doznania płynące z wnętrza, jak i otoczenia**. Duże znaczenie terapeutyczne posiada **funkcja ideologiczna** (uświadamiająca), pozwalająca na doświadczanie uczuć zwykle nieuświadamianych, tkwiących w niedostępnych pokładach podświadomości. Równie ważne jest spełnianie **funkcji ludycznej, rozrywkowej i relaksacyjnej**. W żaden sposób nie można pominąć jeszcze jednej, z pewnością najważniejszej funkcji biblioterapii, a mianowicie – **katartyczną**, pozwalającą w jakimś stopniu „oczyszczyć” wnętrze z emocjonalnych napięć, w pewnej mierze wyzwolić się od intrapsychicznych konfliktów (Ippoldt, 1999).

Sesje biblioterapeutyczne mogą być prowadzone w formie **spotkań indywidualnych** (dualnych), jak i posiedzeń **grupowych**. Biblioterapia grupowa polega na wspólnym czytaniu wybranego tekstu literackiego, na omawianiu i ocenianiu postępowania przedstawianych postaci (bohaterów



z książek), na prowadzeniu dyskusji nad postawionym w lekturze problemem. Do technik metody grupowej można zaliczyć zespołowe tworzenie książki przez uczestników zajęć. Warto polecić jest **łączenie biblioterapii z psychodramą**, wtedy sesje powinny polegać na analizowaniu, a potem na inscenizowaniu określonych utworów literackich oraz na końcowej rozmowie, mającej na celu głębszą interpretację sytuacji i zdarzeń zaistniałych w czasie „gry”. W grupie biblioterapeutycznej można realizować wiele specyficznych odmian „terapii książką”, jak na przykład **„poezjoterapię”** albo **„literaturoterapię”**.

Jak łatwo się domyślić przedmiotem analiz staje się wówczas poezja, i to zarówno tworzona przez samych pacjentów, jak i napisana przez profesjonalistów, zaś ich celem jest zachęcanie do rozwijania własnej twórczości (Kruszewski, 2000). Można też stosować technikę **bibiloterapii reminiscencyjnej** (wspomnieniowej) i, mimo że opracowano ją z myślą o terapii osób starszych (określa się ją „jako powrót do kraju z lat dzieciństwa”), to nic nie stoi na przeszkodzie, by posługiwać się nią w pracy z młodszymi wiekiem pacjentami. Przecież oni też mają wiele wspomnień i są zdolni do twórczego i radosnego przeżywania minionych zdarzeń, co właśnie jest głównym celem biblioterapii reminiscencyjnej. Za wprowadzaniem tej techniki – zwanej również **„terapią łagodzącą utratę zdolności do rozwoju czy braku możliwości czynnego wypoczynku”** – do pracy z dziećmi i młodzieżą przemawia także jej atrakcyjność, wynikająca ze stosowania **audiowizoterapii**, zastępującej słowo pisane filmem lub nagraniem na taśmie magnetofonowej czy płycie kompaktowej (Dudzikowska, Tomasiak, 1998). W ogóle dobrze jest, gdy biblioterapia grupowa odbywa się przy użyciu różnorodnych środków terapeutycznych. Ograniczanie się jedynie do czytania literatury może szybko znużyć pacjentów i zniechęcić do czynnego udziału w późniejszej dyskusji. Można temu zapobiec dysponując w czasie terapii: **książkami sensu stricte** (wszelkie opracowania zgromadzone przez biblioterapeutę lub pacjentów), **książkami sensu largo** (pozajęzykowymi środkami przekazu, np. grafika, fotografia) oraz **materiałami przejściowymi** (wspomniane płyty kompaktowe, kasety magnetofonowe, teksty terapeutyczne oraz twórczość własna pacjentów) (Borecka, 1998). Jeżeli jesteśmy przy materiałach do biblioterapii, to trzeba pamiętać, by w **„recepturze biblioterapeutycznej”** znalazły się książki o odpowiednich walorach. Tym bardziej, że „terapia książką” powinna przebiegać dwutorowo: wspólne w czasie sesji odczytywanie wybranych fragmentów oraz podawanie lektur do przeczytania w domu. Szczególnie w tym drugim wypadku ważne jest, by proponować wydawnictwa, które mogą okazać się przydatne z uwagi na rodzaj zaburzeń ujawnianych przez poszczególnych członków grupy biblioterapeutycznej. Wskazana tu jest daleko posunięta **indywidualizacja**, uwzględnianie racji i oczekiwań każdego z członków osobno, zachęcanie do czytania takich utworów i gatunków literackich, by dany pacjent odniósł wymierne korzyści. Niedopuszczalne jest tutaj proponowanie do przeczytania pozycji napisanych trudnym czy wręcz **ezoterycznym językiem**,

mogącym w jakikolwiek sposób zmęczyć czytającego, spowodować chaos w jego umyśle. Dotyczy to także samej treści, wątków rozwijanych w danym opracowaniu. Biblioterapeuta musi być świadomy tego, że podana przez niego lektura będzie czytana w domu, bez jego obecności, a zatem bez możliwości przekazywania pacjentowi jakichś objaśnień, rozwiewania pojawiających się wątpliwości, tłumaczenia niejasności.

Biblioterapia zdaje się być z pozoru procedurą bardzo prostą do stosowania. Laik może sądzić, iż nie wymaga ona specjalistycznych kwalifikacji, wystarczy wspólnie poczytać a następnie podyskutować. Tymczasem biblioterapeuta powinien, oprócz rozeznania w literaturze, legitymować się wiedzą i praktycznym przygotowaniem z zakresu **psychoterapii**. Musi on być osobą o odpowiedniej wrażliwości i posiadać pewną eksperymentalną wiedzę i podstawowe rozumienie procesów grupowych. Trudno sobie wyobrazić pracę z grupą biblioterapeutyczną nie dysponując zdolnością do organizowania grup terapeutycznych, dobierania składu i ustalania struktury, przewidywania spodziewanych interakcji i sposobów komunikowania się przyszłych członków zespołu terapeutycznego. Jedynie posiadanie wiedzy **medycznej, psychologicznej** (głównie z psychologii klinicznej), z szeroko rozumianej **psychiatrii i psychopatologii**, a do tego jeszcze z literatury – może uczynić z biblioterapeuty osobę potrafiącą pomagać pacjentom w pokonywaniu barier psychicznych, uwzględniać ich potrzeby, problemy i preferencje, dobierać środki terapeutyczne do możliwości odbioru uczestników, dostosowywać zajęcia (czas i częstotliwość spotkań, ich rodzaje) do ich **poziomu intelektualnego i fizycznego**. Znajomość lektur odniesiona do cech osobowości poszczególnych członków grupy, jak i do charakteru ich dolegliwości i zaburzeń, może ustrzec terapeutę przed niewłaściwym, ujemnym w skutkach, prowadzeniem posiedzeń. Wiedząc na przykład, że dany pacjent ma przerost wyobraźni oraz skłonność do gubienia granicy między światem fantazji a rzeczywistością, oprze z nim pracę nie na literaturze pięknej – zbyt idealizującej wizję świata, a na zawierającej bardziej realne treści.

Uczynienie określonego opracowania przedmiotem działań biblioterapeutycznych musi być poprzedzone wnikliwą oceną jego faktycznej przydatności. Pamiętać też trzeba, iż ograniczanie psychoterapii jedynie do pracy z książką może okazać się niewystarczające. Biblioterapia może być z pewnością doskonałą procedurą wspomagającą i wzmacniającą **relację terapeutyczną** – spotkanie pacjenta lub pacjentów (tu: w terapii grupowej) z klinicystą. Trafnie ujmuje to W. Krzemińska (1973, s. 100) twierdząc, że: „(...) oddziaływanie przez literaturę piękną jest tylko jedną z wielu form **terapii pomocniczej**. Nie należy jej przeceniać, gdyż sama książka niewiele może zdziałać: przez długi czas konieczny jest tu ścisły kontakt chorego z drugim, świadomym swoich celów w stosunku do niego człowiekiem”. W żaden sposób nie czyni to z biblioterapii techniki o podrzędnym znaczeniu, gdyż wieloletnie jej stosowanie i osiągnięte za jej sprawą efekty w terapii różnych zaburzeń, wystawiają jej jak najlepsze rekomendacje. I chociaż jest często krytykowana

za brak właściwej metodologii, profesjonalnie przygotowanej kadry oraz za małą ilość przeprowadzonych badań nad jej **terapeutyczną efektywnością**, to nie ulega wątpliwości, że z uwagi na swoją „lecniczą” moc jest techniką, po którą dość często sięgają **psycholodzy, pedagodzy i terapeuci**, jak również **lekarze** czy **pielęgniarki**, stosując ją na przykład wobec przewlekle chorych.

### **Pytania kontrolne:**

1. Jakie dwie równorzędne funkcje w psychoterapii może spełniać rysunek terapeutyczny?
2. Podaj etapy rozwoju twórczości rysunkowej wyszczególnione przez G.H. Luqueta oraz C. Burta.
3. Omów przebieg terapii z użyciem rysunku terapeutycznego oraz zakres jego zastosowania.
4. W jakich siedmiu fazach przebiega terapia z użyciem „teatru playbacku”?
5. Wymień cele i funkcje oraz rodzaje dramaterapii.
6. Jakie środki teatralne są stosowane w psychodramie?
7. W ilu fazach są realizowane sesje psychodramatyczne?
8. Scharakteryzuj główne techniki psychodramy.
9. Wskaż podobieństwa i różnice między teatrem playbacku, dramaterapią i psychodramą.
10. Jakie wyróżnia się rodzaje i metody muzykoterapii?
11. Omów poszczególne fazy muzykoterapii.
12. Podaj obszary zastosowań, rodzaje i funkcje choreoterapii?
13. W ilu i jakich fazach są realizowane klasyczne sesje choreoterapii?
14. Omów zakres oddziaływań, funkcje biblioterapii grupowej.
15. Jakimi cechami osobowościowymi powinien legitymować się psychoterapeuta, który posiłkuje się technikami arteterapii?

## Rozdział czwarty

### TECHNIKI TRENINGOWE

#### 4.1. Trening relaksacyjny

Trening relaksacyjny jest stosowany w **terapii zaburzeń nerwicowych** oraz **schorzeń psychosomatycznych**, określanych mianem chorób współczesnej cywilizacji, gdyż wysokimi czynnikami ryzyka ich powstawania jest pogoń na pieniądzem, nadmierne zajmowanie się robieniem kariery zawodowej, ciągły pośpiech, życie w nieustannym poczuciu niedoczasu, popadanie w konflikty interpersonalne, w sytuacje frustrujące itp. Ćwiczenia relaksowo - koncentrujące mogą być pomocne w zapobieganiu porażkom szkolnym, intensyfikowaniu skuteczności uczenia się, zmniejszaniu lub przeciwdziałaniu stanom nadpobudliwości psychoruchowej i nadwrażliwości emocjonalnej. Stosowane w pracy z pacjentami mogą przyczynić się, z jednej strony do wzmożenia funkcji życiowych, a z drugiej, do pozbycia się wad i ułomności. Realizowane w odpowiednich warunkach mogą sprzyjać wypoczynkowi, uspokojeniu, wzmożeniu sprawności funkcji psychicznych (czynności myślenia, rozumowania, zapamiętywania), wzrostowi samokontroli i podejmowaniu trafnych decyzji i postanowień. Umiejętność rozluźniania się podczas wykonywanej pracy, zajęć lekcyjnych, słuchania wykładu lub przygotowywania się do zdawania egzaminu, może przyczynić się do skuteczniejszego, mniej męczącego, uczenia się (Szyszko-Bohusz, 1993).

Pod względem fizjologicznym trening relaksacyjny może usprawnić **samoregulację czynności narządowych**, a tym samym pozwolić na uzyskanie większej kontroli nad ujemnym wpływem nadmiernie angażujących emocjonalnie (stresujących) różnych sytuacji życiowych. W sumie takie ich somatyczne konsekwencje, jak na przykład bóle głowy, kołatanie serca, suchość w gardle, czerwienie się lub bladnięcie, dolegliwości jelitowe (kurczenie się), skoki ciśnienia tętniczego, mogą okazać się mniej dokuczliwe i zostać zminimalizowane (Strojnowski, 1998). Mówiąc inaczej, trening relaksacyjny umożliwia zapobieganiu tego rodzaju dolegliwościom, gdyż w jakiejś mierze pozwala regulować i dostosowywać te funkcje i reakcje narządowe do aktualnej sytuacji.

Relaksacja oparta na wyobrażeniu stanu wyciszenia, spokoju i bezpieczeństwa w momencie, gdy pacjent przeżywa napięcie i lęk, wymaga stworzenia odpowiedniej atmosfery. Na czas wykonywania ćwiczeń należy mieć do dyspozycji odosobnione pomieszczenie. Należy ograniczyć dostęp

bodźców zewnętrznych (hałas, światło), a także umożliwić pacjentowi przyjęcie pozycji rozluźniającej mięśnie, zapewniającej komfort i poczucie bezpieczeństwa. Relaksacja poprzez rozładowanie napięcia mięśniowego może być przeprowadzona poleceniami świadomego, celowego wywoływania maksymalnego napięcia poszczególnych grup mięśni, a następnie powolnego ich rozluźniania (**trening Jacobsona**, zwany też **relaksacją progresywną**), ćwiczeniami gimnastycznymi, zabawami ruchowymi itp. Tę samą funkcję może pełnić masaż regulujący napięcie mięśniowe.

Spośród wielu technik relaksacyjnych wartą polecenia do stosowania w pracy z pacjentami jest **trening autogenny Schultza**, gdyż jest to metoda, którą jest w stanie opanować i posługiwać się nią każdy człowiek. Systematycznie uprawiany trening autogenny może stać się bardzo skuteczną formą zmagania się z **sytuacjami trudnymi**, stresorodnymi. Wynika to z tego, iż prowadzi on do przestrojenia reakcji organizmu, przybierając postać odruchu może chronić przed skutkami napięć lub wyraźnie je łagodzić i kompensować. Wieloletnia praktyka przekonuje, że jest on metodą niezawodną i niezmiernie korzystnie wpływającą na umiejętność radzenia sobie ze stresorami, minimalizowania ich ujemnych skutków, co w konsekwencji zapobiega ich uaktywnieniu, postawieniu organizmu w stan alarmu. Jest również sprawdzoną metodą łagodzenia i eliminowania stanu napięcia w sytuacji zaistniałej już reakcji stresowej, nie dopuszcza, zatem do narastania napięcia i jego skutków. Nie mniejszy może być jego udział w szybkim regenerowaniu sił, przywracaniu równowagi, po wyczerpującej nauce, ponieważ znane są jego możliwości zapewniania odprężenia i racjonalnego wyczerpania po stanach napięcia i w zmęczeniu (Grochmal, 1986).

Niewątpliwą zaletą treningu autogennego jest to, że można (i należy) ćwiczyć samemu, gdyż jego istotą jest wykorzystywanie **autosugestii**, a nie udział w treningu. W czasie przygotowywania pacjenta do w pełni samodzielnego „trenowania” musi on zrozumieć, iż sens tej metody polega nie na słuchaniu tekstu, lecz na wpływaniu drogą sugestii na ogół **procesów fizjologicznych** zachodzących w jego organizmie.

Różne formy treningu relaksacyjnego mogą być przydatne podczas różnorodnych rodzajów pracy z dziećmi i młodzieżą. Jak wskazuje A. Szyszko-Bohusz: „(...) racjonalna i naukowa metoda relaksacji, będąca swoistym połączeniem umiejętności pełnego odprężenia psychofizycznego oraz w miarę możliwości zupełnej, doskonałej koncentracji uwagi, skupienia intelektualnego, stanowi dla współczesnego pedagoga umiejętność węzłową, warunkującą pełną efektywność nowoczesnego procesu kształcenia i wychowania” (Szyszko-Bohusz, 1979, s. 5).

#### **4.2. Trening interpersonalny**

Dość często w tym skrypcie podkreślałem potrzebę kształtowania umiejętności skutecznego porozumiewania się, zdolności sprawnego komunikowania się z innymi. Wiadomo przecież, że niepowodzenia w pracy

czy w szkole, popadanie w konflikty, mają często swoje źródło w braku umiejętności nawiązywania **kontaktów interpersonalnych** (Matusewicz, 1993).

Techniką nastawioną na rozwijanie umiejętności kontaktowania się z innymi osobami jest **trening interpersonalny**. W jego ramach jest realizowane uczenie się nowych wzorów zachowań społecznych, ćwiczenie możliwych interakcji w kilkuosobowych grupach. Uczestnicy treningu są konfrontowani z różnymi sytuacjami **inscenizowanymi** przez trenera. W czasie swoiście rozumianego grania ról mają okazję pod fachowym nadzorem terapeuty stopniowo opanowywać optymalne sposoby komunikowania się. Wykonując kolejne zadania i wcielając się w różne role, np. osób roszczeniowych lub uległych, pacjenci stają się aktywnymi uczestnikami treningu, osobami podglądającymi i śledzącymi zarówno poczynania innych, jak i własne. Uczestnicy treningu nabywają w ten sposób umiejętności bardziej otwartego wyrażania swoich postaw, oczekiwań, a także rozumienia wypowiedzi innych osób (partnerów dialogu) oraz interweniowania, zajmowania właściwego stanowiska w czasie rozmowy.

Ćwiczenia mogą być oparte na proponowaniu określonych scenek, epizodów do wykonania (odegrania) albo na bardziej drobiazgowo **opracowanym scenariuszu**. W pierwszym przypadku trener podaje jedynie temat do gry a w drugim stawia pewne żądania dotyczące przebiegu akcji. Gdy uczestnikami takiego treningu są dzieci to wówczas mogą być na przykład zachęcane do wspólnego opracowania takiego scenariusza na podstawie powszechnie znanej bajki lub komiksu. Młodzież zaś może pokusić się o rekonstruowanie jakiejś sytuacji z codziennego życia lub znanego ogółowi tematu, fabuły filmowej.

Odradzałbym nadawaniu treningowi interpersonalnemu postaci **gry psychodramatycznej**, wykorzystującej rzeczywiste doświadczenia i przeżycia uczestników treningu, gdyż może to sprawić, że utracą swobodę w prezentowaniu samych siebie. Chociaż dopuszczalne jest odgrywanie scenek z realnego życia, lecz mogą być to jedynie sceny niekojarzące się z jakimś urazowym zdarzeniem.

Udział w treningu interpersonalnym powinien ułatwić rozwijanie umiejętności porozumiewania się w różnych warunkach. Stąd konieczność symulowania różnych sytuacji, stawiania bardzo różnych zadań, wprowadzania ciągłych i nieoczekiwanych zmian. Ćwiczenia powinny być tak dobierane, by uczestnicy mieli możliwość doskonalszego poznawania samych siebie i innych osób, nabywania umiejętności odpowiedniego reagowania, przyjmowania bez obiekcji, z dużą dozą akceptacji **informacji zwrotnych** dotyczących ich niewłaściwego zachowania. By potrafili stać się **krytycznymi słuchaczami**, zdolnymi do przyjmowania z twarzą „krytyki” na własny temat.

Zasadniczym celem treningu interpersonalnego jest uruchomienie procesu zmian wewnętrznych (**intrapsychicznych**), prowadzących do lepszego rozumienia swoich reakcji, **antycypowania** zachowań niepożądanych,

wzbogacenia wiedzy o sobie samym, a wszystko po to, by stać się skutecznym i pragmatycznym nadawcą i odbiorcą komunikatów.

Z. Zaborowski (1997) tłumaczy istotę treningu interpersonalnego powołując się na opracowaną przez siebie koncepcję **równowagi interpersonalnej**. Jest to konstrukt wieloczynnikowy, sugerujący, że w relacjach między ludźmi doniosłe znaczenie ma **osobowość** osób kontaktujących się, pełnione przez nich **role** i posiadane **statusy społeczne**, a także stan rozwoju psychicznych **procesów pobudzeniowych** (głównie sfery emocjonalno-uczuciowej), sposób widzenia osobowości, zachowania partnera i samego siebie. Dotyczy to przede wszystkim takich spolaryzowanych kategorii zachowań jak: **dominacja - uległość** oraz **życzliwość - wrogość**.

Trening interpersonalny w pracy z dziećmi i młodzieżą polega zazwyczaj na tym, że uczniowie o **wysokich kompetencjach społecznych**, obcujący często z uczniami ujawniającymi trudności w kontaktach rówieśniczych, zachęcają ich do współuczestniczenia w różnych działaniach. W tym wariacie rówieśnicy stają się **naturalnymi „terapeutami”**, niećwiczonymi w specjalny sposób, a jedynie obdarowujący na prośbę trenera swoimi kompetencjami dysfunkcyjnych współuczestników. Wyrażając to lakoniczniej, przyjmuje się, że w trakcie interakcji dojdzie do **naturalnego** przekazywania umiejętności społecznych.

Możliwy jest też wariant, w którym „uczniowie-terapeuci” są uczeni zachowywania się w specyficzny sposób, mający pomóc uczniom dysfunkcyjnym (niepopularnym, wykazującym problemy w komunikowaniu się) w nabyciu **umiejętności społecznych**. Zachowania te polegałyby na namawianiu, nakłanianiu uczniów do zajęcia się czymś, podjęcia się wykonania jakiejś czynności (np. *Zróbmy wspólnie labędzia techniką origami*), a także na wzmocnieniu oczekiwanego zachowania (np. *Masz bardzo sprawne palce*).

W trzecim wariacie mogłoby mieć miejsce uczenie „uczniów-terapeutów” (kompetentnych społecznie) ogólnych **strategii nawiązywania kontaktów**, które mogą spowodować pojawienie się różnych reakcji i postaw społecznych u dysfunkcyjnych rówieśników. W praktyce mogłoby to polegać na dzieleniu się drugim śniadaniem, różnymi przedmiotami (kredkami, zabawkami), zachęcaniu do naśladowania określonych czynności, sposobów bawienia się czy na proponowaniu udziału w zabawach wymagających coraz większej aktywności i pomysłowości oraz samodzielności.

Każdy z tych trzech wariantów oparty jest na **modelowaniu pożądanych społecznie umiejętności**, sposobów reagowania w sytuacji zadaniowej wymagającej wchodzenia w interakcje. Wstępna weryfikacja tych trzech podejść, dokonana przez S.L. Odoma i P.S. Straina – wskazuje, że każde z nich może przyczynić się do doskonalenia umiejętności społecznych, przy czym efektywniejsze okazały się **metody bezpośrednie** (wariant drugi i trzeci) niż ograniczenie się tylko do bliskości „uczestnika-terapeuty” z dysfunkcyjnym współuczestnikiem (wariant pierwszy). Rówieśnicy jako „terapeuci” sprawdzili się także w grupach złożonych z dzieci **upośledzonych umysłowo**

i **autystycznych** (Vasta, Haith, Miller, 1995). Mimo tych korzystnych efektów, nie wiadomo na ile są one trwałe, gdyż brak w tym względzie odpowiednich danych. Trzeba jeszcze nieco poczekać na wyniki badań, które jednoznacznie wskazywałyby na występowanie długotrwałych rezultatów aktywności „uczniów-terapeutów”. Kwestia, w jakim stopniu rówieśnicy mogą stać się siłą sprawczą procesu zmian umiejętności społecznych u swych gorzej funkcjonujących koleżanek i kolegów, pozostaje wciąż nierozwiązana. Trudno wyrokować, czy programy oparte na **bliskości** (wariant pierwszy), **nakłanianiu i wzmacnianiu** (wariant drugi) oraz **mediacji rówieśnika** (wariant trzeci) są w stanie ustrzec dzieci (poddane tym programom) przed późniejszymi problemami w kontaktach społecznych. Samą ideę należy uznać za wartościową i wartą propagowania, a to choćby z uwagi na to, że wprowadza nową jakość do powszechnie przyjętego modelu, w którym miejsce nauczania dzieci jest zarezerwowane tylko dla dorosłych. Tymczasem trudności uczniów w komunikowaniu się i wynikająca z nich niepopularność dotyczą w dużej mierze kontaktów międzyrówieśniczych i w związku z tym powinny być ćwiczone w grupie rówieśniczej, w jak najbardziej naturalnych warunkach.

#### 4.3. Trening asertywności

Techniką psychoterapii w wielu aspektach zbliżoną do treningu interpersonalnego jest **trening asertywności**. Łączy je podobieństwo celów i stosowanych metod osiągania zmian w społecznym funkcjonowaniu. Trening asertywności rozumiany jest jako uczenie zachowań asertywnych, a ściślej szeregu „umiejętności o charakterze kompetencji osobistych wyznaczających zachowania w sytuacjach interpersonalnych, których celem jest realizacja cenionych wartości osobistych i pozasobistych, rozwój i obrona pozytywnego obrazu własnej osoby i samoakceptacja” (Sęk, 1988, s. 83). Jego zasady zostały opracowane przez A. Saltera z myślą o pacjentach o **zahamowanej osobowości, z silnym lękiem społecznym, niedoceniających swoich możliwości, nieśmiałych, tłumiących spontaniczność i skłonnych do ulegania innym ludziom** (Sęk, 2001). Prekursorem prac nad założeniami treningu asertywności jest również J. Wolpe, który posługiwał się nim do „przezwycięzania **dezaptacyjnego lęku**, powstającego w trakcie relacji interpersonalnej” (Waszkiewicz-Stefańska, 2001, s. 60). Na początku był on stosowany jako jedna z technik w **terapii behawioralnej**, ponieważ zwolennicy tego podejścia uważali, że sposób zachowania warunkowany jest **procesem uczenia się**. A zatem w czasie treningu asertywności, niewłaściwe reakcje zostają „oduczone” na rzecz zachowań konstruktywnych (twórczych), które mogą wyposażyć osoby nim objęte umiejętnością obrony swoich potrzeb i opinii, szanując i nie narażając dobra i godności innych ludzi (Zaborowski, 1997). Jednakże S. Colter twierdzi, że trening asertywności „jest czymś więcej niż zbiorem behawiorystycznych procedur, mających na celu redukcję lęku; jest też **filozofią życia**, której celem jest osiągnięcie przez człowieka większego szacunku do samego siebie i poczucia własnej godności” (Waszkiewicz-



Stefańska, 2001, s. 60). Umożliwia on ciągle doskonalenie i rozwijanie umiejętności społecznych, podobnie, jak w treningu sportowym, w którym ma miejsce nieustanna praca nad kondycją i formą. Z tego też względu trening asertywności traktowany jest jako samodzielna **technika psychoterapii** (behawioralnej), forma **oddziaływania psychologicznego** oraz jako procedura wykorzystywana w **systemie edukacji** (Sikorski, 2002).

Codziennie uczniowie stykają się z różnymi sytuacjami interpersonalnymi wymagającymi asertywności. Nie wiedzą jak zareagować w chwili, gdy są niesprawiedliwie oceniani przez nauczyciela. Nie potrafią odpowiedzieć sobie na pytanie, czy więcej mogą zyskać dzięki uległości, czy może wysuwając kategorycznie brzmiące żądania? Doznają **ambiwalencji** (sprzecznych postaw) w momentach, gdy należałoby skarcić rówieśnika na przykład za wulgarnie odzywianie się do koleżanek albo podchodzenie bez kolejki po obiad w szkolnej jadalni. Podobnych trudności może nastęrczać to, w jaki sposób poprosić dziewczynę do tańca czy zaprosić ją do kina, na spacer, studniówkę itp. Znaczący problematyki asertywności, teoretycy i trenerzy, zgodnie twierdzą, że tego rodzaju dylematom i trudnościom można zaradzić uczestnicząc w profesjonalnie prowadzonym treningu asertywności. Ich zdaniem tego typu zachowania są konsekwencją braku społecznych umiejętności, które można usunąć lub zmniejszyć ich negatywny wpływ, poprzez ćwiczenia w ramach treningu asertywności. Podkreślają jego efektywność w podnoszeniu zdolności obrony własnych praw i zwalczaniu lęku w sytuacjach społecznych, w uczeniu ekspresji adekwatnych emocji - wyrażania zarówno gniewu i złości, jak i uczuć pozytywnych (Oleś, 1998).

Zasadniczymi celami treningu asertywności są:

- a) uczenie się swobodnego i szczerego **wyrażania uczuć i postaw**;
- b) uczenie się **przeciwstawiania się** komuś, nawet autorytetowi, z kim człowiek się nie zgadza, głośnego **wyrażania odmienności** swojego stanowiska;
- c) pokonywanie **dezadaptacyjnego lęku**, pojawiającego się w czasie kontaktów interpersonalnych czy w określonych sytuacjach społecznych;
- d) nabycie umiejętności **korzystania z własnych praw** bez naruszania praw innych osób;
- e) zdobycie zdolności do **podejmowania samodzielnych decyzji**, do działania opartego na zaufaniu do własnych sądów, przejmowania inicjatywy przy rozpoczynaniu rozmowy, proszenia innych o wsparcie i pomoc;
- f) stanie się osobą potrafiącą **bronić własnego stanowiska**, umiejącą odmawiać, mówić „nie”, odpowiednio reagować na krytykę, poniżanie lub agresywność i natarczywość (Alberti, Emmons, 2002).

Aby trening był najefektywniejszy to jego cele powinny być realizowane na poziomie sfery **werbalnej, pozasłownej i umiejętności społecznych**. Bardziej szczegółowo prezentuje to poniższe zestawienie:

<b>Sfery oddziaływań treningu asertywności</b>	<b>Cele szczegółowe treningu asertywności</b>
Sfera werbalna	Ćwiczenie wypowiadania krytycznych uwag, częste używanie zdań zaczynających się od „Ja...”, mówienie pełnym głosem, wypowiadanie formuł grzecznościowych, opowiadanie dowcipów; wypowiadanie pewnych zwrotów służących rozpoczynaniu, podtrzymywaniu i kończeniu rozmowy; wypowiadanie formuł, które zwykle stosuje się przy przedstawianiu lub poznawaniu się; trenowanie różnych form eksponowania siebie przed jakimś audytorium: zadawanie pytań, poruszanie nowych tematów w rozmowie, przerywanie kłopotliwego milczenia, wydawanie poleceń i stawianie żądań innym osobom.
Sfera pozasłowna	Ćwiczenie określonych zachowań niewerbalnych, mających wzmacniać wypowiedziane słowa, jak i polepszyć autoprezentację oraz umiejętności nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi. Zwykle polega to na ćwiczeniu określonych gestów pomocnych przy rozmowie (np. dostosowywanie gestów do przekazywanych treści, dopasowywanie ich do swojego nastroju, panowanie nad ruchami dłoni), nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu wzrokowego, przejawianie dbałości o używanie wymownej mimiki, uśmiechanie się; doskonalenie umiejętności płynnego skracania lub wydłużania przestrzeni interpersonalnej, zaznaczanie i obrona swojego terytorium; uświadamianie korzyści wynikających z odpowiedniego ubioru, miejsca prowadzenia rozmowy (np. rodzaj stołu – okrągły czy prostokątny – i sposoby zajmowania przy nim miejsca).
Sfera umiejętności społecznych	Ćwiczenie zdolności samokontroli, odporności na stres, obrony przed negatywnym wpływem społecznym i społeczną manipulacją; kształtowanie umiejętności skutecznego i konstruktywnego funkcjonowania interpersonalnego; modyfikowanie postaw służących lepszemu przygotowaniu człowieka do życia i radzenia sobie z jego wyzwaniami, stawanie się bardziej spontanicznym, potrafiącym realizować własne zainteresowania, umiejącym dysponować samym sobą według własnej woli.

Zespół tych celów może stać się przedmiotem pracy z pacjentami w różnym wieku. Biorąc udział w treningu asertywności mogą znacznie poszerzyć możliwości swoich zachowań i aktywności, w drodze nabywania nowych zdolności, jak i **kompensując** czy **eliminując** zachowania nieprzystosowane.

Kształcenie asertywności odbywa się poprzez wyobrażanie sobie różnych trudnych i zawiłych sytuacji, w tym głównie **lękotwórczych**, a następnie przy użyciu odpowiednich technik wpływanie na ich zmianę, a tym samym na usunięcie lęku (przede wszystkim społecznego). Ważnym czynnikiem pozwalającym nauczyć uczestników treningu bardziej efektywnych i akceptowanych społecznie zachowań interpersonalnych jest **społeczne naśladowanie** lub **modelowanie**; obserwowanie i imitowanie poprawnych zachowań innych pacjentów, a także trenera. Może to okazać się niezmiernie skuteczną procedurą w pracy z osobami nieśmiałymi, skłonny do izolowania się, mizantropii.

Oprócz różnych form modelowania można także stosować **technikę grania ról** w sytuacjach symulowanych (podobnie, jak w treningu interpersonalnych), jak również praktykować udzielanie **informacji zwrotnych**. Technika bardzo zbliżoną do grania roli, ale powszechniej od niej stosowaną jest tzw. „**próba zachowania**”. Polega ona na zaaranżowaniu jakiejś sytuacji interpersonalnej, w której dany pacjent ma grać siebie, a trener gra rolę jakiejś osoby znaczącej (np. któregoś z rodziców, kolegę czy przyjaciela). „Próbowanie zachowania” w trakcie „odgrywania roli” stwarza warunki ustalenia, jakie reakcje i zachowania wymagają zmiany, w jakim kierunku powinna zmierzać ich modyfikacja, by stały się one pożądanymi społecznie, wywołującymi oczekiwane reakcje ze strony otoczenia. Dopełniać się może to poprzez imitowanie i wzmacnianie zachowań wzorcowych (modelowych) ujawnianych przez asertywnego trenera, wcielającego się w rolę osób postrzeganych jako ważne. Natomiast dokonywanie – na wzór psychodramatycznej techniki – swoistej **zamiany ról**, zachęcanie pacjenta do odgrywania roli osoby znaczącej, może nauczyć, jak przewidywać zachowania tej osoby na jego reakcje (Oleś, 1998).

Znane są liczne opinie podważające sens stawiania się asertywnym. Same zaś treningi asertywności są traktowane jako działania nastawione na kształtowanie i promowanie zachowań bliskich bezczelności i zuchwałości. Twórcy i teoretycy tego podejścia są posądzani o stworzenie procedury prowadzącej do rozwoju zachowań agresywnych, opartych na ignorowaniu racji drugiego człowieka, nieliczenia się z jego uczuciami, sprzyjaniu własnej próżności stanowiącej „pożywkę” do stawiania się coraz bardziej egoistycznym i egocentrycznym (Mirski, 1995).

W jakim stopniu może to mieć odniesienie do asertywności dzieci i młodzieży? Czy objęcie ich treningiem asertywności może być dla nich szkodliwe?

Nie można w pełni wykluczyć, że któryś z uczniów uczestniczących w treningu asertywności może na tyle nagle stać się otwartym, iż bez większego skrępowania zacznie systematycznie i skutecznie zawierać transakcje ze szkolnymi handlarzami narkotyków. Ukształtowane w trakcie treningu umiejętności łatwego nawiązywania kontaktów, sprawnego wchodzenia w interakcje, mogą w tym przypadku zostać wykorzystane w niecnym celu.

Negatywny wpływ treningu asertywności na zachowania dzieci i młodzieży potwierdzono empirycznie. Odnotowano nawet pewne zależności między spowolnieniem czy **zahamowaniem rozwoju osobowości** a wzrostem asertywności. Wielu młodych ludzi po przejściu podstawowych ćwiczeń w ramach treningu asertywności przeistoczyło się z osób spokojnych w zbyt pewnych siebie, nadmiernie roszczeniowych, **wrogo i agresywnie usposobionych**. Niektórzy z nich zaczęli w ten sposób zachowywać się także wobec dorosłych - rodziców, nauczycieli, sąsiadów (Gaś, 1984).

Innego rodzaju złych stron asertywności dotyczy odbiór społeczny na strukturę nowo ukształtowanych cech. Uczeń, który wcześniej był uległy, nie wdawał się w dyskusje z nauczycielami, gdy nagle zacznie „targować się” o ocenę, podkreślać przysługujące mu prawa, może zacząć być widziany jako zarozumiały i arogancki. Nauczyciel, przyzwyczajony do tamtego, **submisyjnego**, do przesady taktownego ucznia, może nie przejawiać chęci zaakceptowania jego należycie, całkowicie pozytywnie, uformowanych i utrwalonych sposobów komunikowania się (Oleś, 1998).

Można mnożyć tego typu przykłady, co i tak nie zmienia faktu, iż trening asertywności prowadzony przez fachowo przygotowanego trenera, z bezwarunkowym zachowaniem zasady **akcentującej działanie bez naruszania praw innych osób**, wolne od nieuczciwej krytyki poczynań innych bez względu na wiek, płeć, status społeczny itd., a także pozbawione zachowań mogących przysparzać cierpień i ból oraz nieprowadzące do poniżania, manipulowania, wyzywania i kontrolowania partnerów interakcji, może być bardzo skuteczną formą **pozytywnego afirmowania samego siebie**; dowartościowania własnej osoby, stania się bardziej ekspresyjnym i spontanicznym, osiągającym pożądane cele, nie przez ranienie innych osób, ale poprzez współdziałanie z nimi (Król-Fijewska, 1991).

Trener podejmujący się pracy z pacjentami czy dziećmi i młodzieżą musi im uświadomić, że asertywność jest tożsama z wolnym wyborem człowieka, niepodlegająca żadnym nakazom. Musi im jednocześnie stworzyć możliwości ćwiczenia takiej mnogości i wariantów zachowań, by mieli z czego wybierać i odpowiednio dostosowywać zachowania asertywne do konkretnych okoliczności, adekwatnie do kontekstu sytuacyjnego oraz do jego znaczenia w odniesieniu do przyjętych norm i warunków społecznych.

**Pytania kontrolne:**

1. Jakie procedury szczegółowe są stosowane w ramach treningu relaksacyjnego?
2. Omów zakres wpływu treningu relaksacyjnego na fizjologię.
3. Na czym polega trening autogenny Schultza?
4. Czy uczestnikami treningu relaksacyjnego mogą być dzieci i młodzież?
5. Podaj cel i istotę treningu interpersonalnego.
6. Jakie są możliwe trzy warianty treningu interpersonalnego?
7. Co to jest asertywność?
8. Jakie konsekwencje mogą wynikać z braku asertywności?
9. Podaj cele szczegółowe treningu asertywności.
10. Wskaż podobieństwa i różnice między treningiem interpersonalnym a treningiem asertywności.

## ZAKOŃCZENIE

Treści zawarte w tym skrypcie zdają się wyraźnie wskazywać, że psychoterapeuta grupowy i rodzinny powinien posiadać dość szerokie i wielostronne przygotowanie. Podejmując się pracy z grupą terapeutyczną lub rodziną musi znać zasady projektowania i prowadzenia zarówno **psychoterapii grupowej**, jak i **psychoterapii indywidualnej**, **terapii rodziny** oraz **terapii kompleksowej**. Dysponując odpowiednią wiedzą o tych formach terapii i umiejętnościami praktycznymi posługiwania się wypracowanymi w ich ramach technikami, może ustrzec się błędów w czasie organizowania grupy terapeutycznej i pracy z jej członkami. Klinicysta potrafiący wprowadzać do terapii grupowej elementy z innych form terapii, może znacznie usprawnić, z jednej strony, **postępowanie diagnostyczne**, z drugiej – **„warsztat terapeutyczny”**. W pierwszym wypadku może mu to ułatwić wykonywanie zabiegów przygotowawczych – ustalenie składu grupy, utworzenie jej struktury, w drugim zaś dostosowywać różne procedury do ciągle zmieniających się w toku terapii warunków. Grupa terapeutyczna, z uwagi na znamienne dla niej **dynamikę i rozwój procesów grupowych**, jest organizmem wymagającym żywego reagowania, posilkowania się różnymi metodami. Terapeuta ograniczający się do stosowania przez dłuższy czas jednej techniki może spowodować, iż wkradnie się nużąca członków grupy monotonia i nuda. Mam głównie na myśli pracę z pacjentami dziecięcymi, oni bowiem dość szybko tracą zainteresowanie terapią, gdy co jakiś czas nie nastąpi zmiana aktywności. Chociaż z własnej praktyki klinicznej wiem, że dotyczy to również pacjentów dorosłych. Dostrzegłem przy tym, że taką funkcję „uatrakcyjniania” terapii grupowej doskonale pełnią zaprezentowane w tym skrypcie **techniki arteterapeutyczne**.

Między innymi z tego względu dużo miejsca w tym skrypcie poświęciłem różnym formom „terapii przez sztukę”. Trawestując znane powiedzenie, obcowanie ze sztuką „bawiąc – leczy, lecząc – bawi”. Traktowana jako procedura terapeutyczna, przybierając postać techniki arteterapeutycznej – **choreoterapii**, **muzykoterapii** czy **teatroterapii** – wzbogaca psychoterapię, a przy tym zbliża ją do innych dyscyplin nauki. Realizując cele terapeutyczne może zarazem czynić z psychoterapii **naukę interdyscyplinarną**, bo na przykład równoległe z oddziaływaniem „leczniczym” może pełnić **funkcję pedagogiczną**, a ściślej wspierać szeroko rozumiane wychowanie „do sztuki” i „przez sztukę”. **„Do sztuki”**, czyli z myślą o kształtowaniu **estetycznej kultury** ludzi (tu: członków grupy terapeutycznej), na którą składają się:

umiejętność korzystania ze sztuki, rozpoznawanie jej struktury, rodzajów, formułowanie trafnych osądów, jak również zdolności w dostrzeganiu walorów estetycznych w otaczającej rzeczywistości, w naturze, w kontekście życia własnego człowieka (tu: pacjenta) oraz życia w zbiorowości. Natomiast „**przez sztukę**” – oznacza możliwość kontaktu ze sztuką, z jej bogactwem, a przez to rozwój postaw moralnych, inspirowanie nowych sposobów myślenia, systematycznego poszerzania obszaru zainteresowań, wiedzy o świecie i człowieku (Wojnar, 1993).

**Taniec, muzyka, rysunek, formy parateatralne** stając się technikami terapii grupowej mogą stanowić nie tylko doskonałe uzupełnienie klasycznych metod pracy z grupami (np. **grup spotkaniowych, treningu interpersonalnego**), ale mogą też pełnić funkcję procedur autonomicznych. Przemawia za tym wiele walorów: **dwupoziomowa komunikacja** polegająca na porozumiewaniu się w sferze werbalnej i bezsłownej; posługiwanie się specyficznymi, silnie aktywizującymi i zachęcającymi do działania, **środkami wyrazu** (ekspresji) jak: śpiewem, tańcem, grą na instrumencie, rysowaniem czy graniem różnych ról; duża **dobrowolność uczestnictwa** w zajęciach i decydowanie uczestnika o swojej aktywności w proponowanych ćwiczeniach; silne akcentowanie i hołdowanie zasadzie „**tu i teraz**”, podkreślającej wagę doznań doświadczanych podczas „twórczej aktywności”. Elementy arteterapii wprowadzane do psychoterapii grupowej, pełniąc w niej **funkcję ekspresyjną**, ośmielającą do manifestowania uczuć, mogą prowadzić zarówno do szybszego ujawniania tłumionych emocji, jak i doznawania **katharsis**; rozładowania i przekształcania niekorzystnych stanów napięć i frustracji. Jeżeli do tego dodamy jeszcze takie ich funkcje jak: **pragmatyczna** (służąca zapewnieniu członkom grupy podstawowych potrzeb), **kompensacyjna** (mająca na celu zaspokajanie nie realizowanych zamierzeń), **poznawcza** (ucząca nazywania, wyrażania i rozpoznawania uczuć), **relaksacyjna i odprężająca** oraz **stymulująca** (uruchamiająca korzystne emocje i pozytywnie wpływająca na samopoczucie) oraz **regulacyjna** (umożliwiająca zaspokajanie potrzeb samorealizacji i kompensowanie braków oraz niepowodzeń doznawanych w jakiejś dziedzinie życia) (Klajs, Krzak, Woźniak, 1998) – to uzasadnione zdaje się być to, że właśnie arteterapia powinna szerszym frontem wejść i na trwałe zadomowić się w psychoterapii grupowej.

Psychoterapeuta grupowy podejmując olbrzymi wysiłek stania się kompetentnym arteterapeutą może bardzo wiele zyskać. Optymistycznie musi nastrajać fakt, że zarówno w naszym kraju, jak i w świecie, notuje się rosnące zainteresowanie arteterapią nie tylko wśród **psychoterapeutów**, lecz i **psychologów, pedagogów, reprezentantów nauk medycznych**. Niezależnie od posiadanych kwalifikacji i wykształcenia osoba pragnąca praktykować arteterapię powinna legitymować się odpowiednią wiedzą z **psychologii i psychopatologii** oraz **psychoterapii**. W tym ostatnim wypadku chodzi w szczególności o umiejętności planowania, organizowania, tworzenia i prowadzenia grup terapeutycznych. Arteterapeuta, podobnie jak

psychoterapeuta grupowy, musi umieć orientować się w problemach życiowych swoich pacjentów, inspirować i wspierać oraz być świadomym intensywności przeżyć towarzyszących procesom grupowym i twórczym (Kulczycki, 1990). Rola terapeuty polega tu dodatkowo na odkrywaniu wartości komunikatywnych i analizowaniu oraz odczytywaniu treści ukrytych w pracach (wytworach) wykonanych przez członków grupy arteterapeutycznej, a także na tworzeniu właściwego klimatu do „twórczej aktywności” (rysowania, grania na instrumentach, wchodzenia w role psychodramatyczne). Właściwie bezzasadne jest doszukiwanie się jakichś różnic między arteterapeutą a psychoterapeutą grupowym, gdyż obie te profesje wymagają **empatii** i **wrażliwości**, w dużym stopniu rozwiniętej świadomości zawodowej, przejawiającej się w umiejętnym ustalaniu granic oddziaływań leczniczych, w pełnym koncentrowaniu się na realizacji celów terapii. Zarówno jeden, jak i drugi, muszą znać **psychologię małej grupy**, dysponować głęboką wiedzą o procesach zachodzących w grupie terapeutycznej, o możliwościach oddziaływania terapeutycznego, jakie daje grupa i jej dynamika.



## BIBLIOGRAFIA

- [1] Aichinger A., Holl W.: *Psychodrama – terapia grupowa z dziećmi*, Wydawnictwo Jedność, Kielce 1999.
- [2] Alberti R., Emmons M.: *Asertywność. Sięgaj po to, czego chcesz, nie raniąc innych*, GWP, Gdańsk 2002.
- [3] Aleksandrowicz J.: *Zaburzenia nerwicowe*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
- [4] Aleksandrowicz J.: *Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996.
- [5] Aleszko Z.: *Choreoterapia jako jedna z form aktywności psychoruchowej w terapii kompleksowej nerwic*, „Psychoterapia” 1975, nr 3.
- [6] Aleszko Z.: *Choreoterapia w psychiatrii*, Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu, zeszyt 48, Wrocław 1989.
- [7] Bateson G., Jackson D.D., Haley J., Weakland J.: *Wstęp do teorii schizofrenii*, [w:] *Przełom w psychologii*, red. K. Jankowski, Czytelnik, Warszawa 1978.
- [8] Bielańska A.: *Teatr, który leczy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
- [9] Birch A., Malim T.: *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęctwa do dorosłości*, PWN, Warszawa 1998.
- [10] Birkenbihl V.F.: *Komunikacja niewerbalna. Sygnały ciała*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 1998.
- [11] Borecka I.: *Biblioterapia a inne rodzaje terapii*, „Biblioterapeuta” 1998, nr 3.
- [12] Bragieli J.: *Zrozumieć dziecko skrzywdzone*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1998.

- [13] Budzyna-Dawidowski P.: *Komunikacja w rodzinie*, [w:] *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, red. B. de Barbaro, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
- [14] Cenin M.: *Trening Psychologiczny. Analiza efektywności w trudnych sytuacjach zadaniowych*, „Acta Universitatis Wratislaviensis”, Prace Psychologiczne XXXIII, Wrocław 1993.
- [15] Cylulko P.: *Terapeutyczna funkcja muzyki w życiu niepełnosprawnego dziecka*, „Terazniejszość-Człowiek-Edukacja” 2002, nr 2.
- [16] Czabała Cz.: *Czynniki leczące w psychoterapii*, PWN, Warszawa 1997.
- [17] Czapów G., Czapów Cz.: *Psychodrama. Geneza i historia, teoria i praktyka, próba oceny*, PWN, Warszawa 1969.
- [18] de Barbaro B.: *Struktura rodziny*, [w:] *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, red. B. de Barbaro, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
- [19] Dębicka I.: *Muzykoterapia w przedszkolu*, „Wychowanie Muzyczne w Szkole” 1997, nr 3.
- [20] Dies R.R.: *Rola terapeuty grupowego*, [w:] *Podstawy terapii grupowej*, red. H.S. Bernard, K.R. MacKenzie, GWP, Gdańsk 2000.
- [21] Dobson M.: *Tajemnice i możliwości muzykoterapii*, „Wspólne Tematy” 1999, nr 2.
- [22] Domachowski W.: *Interakcyjny model funkcjonowania społecznego*, [w:] *Spoleczna psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, PWN, Warszawa 1993.
- [23] Domachowski W., Sęk H.: *Psychoterapia w ujęciu interakcyjnym i systemowym*, [w:] *Spoleczna psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, PWN, Warszawa 1993.
- [24] Dudzikowska M., Tomasik E.: *O biblioterapii reminiscencyjnej*, „Szkola Specjalna” 1998, nr 4.

- [25] Egan G.: *Uczestnictwo w grupowym treningu psychologicznym i rozwój interpersonalny*, PTP/Studium Pomocy Psychologicznej, Warszawa 1985.
- [26] Flakowicz M.: *Wokół poglądów Alvina Pama na teorię systemów rodzinnych*, „Gestalt” 1995, nr 17.
- [27] Galińska E.: *Podstawy teoretyczne muzykoterapii*, Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu, zeszyt 17, Wrocław 1978.
- [28] Galińska E.: *Kierunki rozwojowe w polskiej muzykoterapii*, Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu, zeszyt 45, Wrocław 1988.
- [29] Galińska E.: *Muzykoterapia w schizofrenii*, Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu, zeszyt 48, Wrocław 1990.
- [30] Galińska E.: *Muzykoterapia w kompleksowym leczeniu schizofrenii w warunkach oddziału dziennego*, „Psychoterapia” 1991, nr 3.
- [31] Gaś Z.B.: *Trening asertywności i agresywności*, „Psychologia Wychowawcza” 1984, nr 27.
- [32] Górniak L.: *Alvina Pama – krytyka teorii systemów rodzinnych*, „Gestalt” 1995, nr 17.
- [33] Grochmal S.: *Ćwiczenia relaksowe w medycynie pracy i rehabilitacji*, [w:] *Teoria i metodyka ćwiczeń relaksowo-koncentrujących*, red. S. Grochmal, PZWL, Warszawa 1986.
- [34] Grochulska J.: *Reedukacja dzieci agresywnych*, WSiP, Warszawa 1981.
- [35] Grzesiuk L.: *Strukturalna terapia rodzin w ujęciu Minuchina*, „Nowiny Psychologiczne” 1987, nr 1.
- [36] Haley J.: *Niezwykła terapia. Techniki terapeutyczne Miltona H. Ericsona. Strategiczna terapia krótkoterminowa*, GWP, Gdańsk 1995.
- [37] Hausbrandt A.: *Teatr w społeczeństwie*, WSiP, Warszawa 1983.
- [38] Hora Z.: *Krótki rys historii tańca*, Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu, zeszyt 16, Wrocław 1977.

- [39] Hora Z.: *Cybernetyczna koncepcja choreoterapii*, Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu, zeszyt 52, Wrocław 1989.
- [40] Ippoldt L.: *Wprowadzenie do zagadnień biblioterapii*, [w:] *Kurs z zakresu terapii przez sztukę. Praca zbiorowa*, Wydział Zdrowia Urzędu Miejskiego we Wrocławiu, Wrocław 1999.
- [41] Ippoldt L.: *Biblioterapia w związkach z innymi naukami*, „Biblioterapeuta” 2000, nr 4.
- [42] Jałoch M.: *Psychodrama*, „Remedium” 1997, nr 7-8.
- [43] Józefik B.: *Strategie rodzinne*, [w:] *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, red. B. de Barbaro, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
- [44] Józefik B., Pilecki M.: *Zasady sporządzania oraz interpretacja genogramu*, „Psychoterapia” 1995, nr 3.
- [45] Kaduson H., Schaefer Ch.: *Zabawa w psychoterapii*, GWP, Gdańsk 2001.
- [46] Klajs K., Krzak K., Woźniak I.: *Samotny wędrowiec spotyka karawanę – czyli czym jest arteterapia*, „Carpe Diem” 1998, nr 6.
- [47] Kołbik I.: *Procesy emocjonalne w rodzinie*, [w:] *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, red. B. de Barbaro, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
- [48] Konaszek Z.: *Muzykoterapia w pedagogice terapeutycznej*, Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu, zeszyt 5, Wrocław 1988.
- [49] Konieczna E., *Arteterapia w teorii i praktyce*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2003.
- [50] Kopacz M.: *Wpływ muzykoterapii na obniżenie poziomu agresji młodzieży*, „Psychoterapia” 1997, nr 4.
- [51] Koziełło D.: *Terapia tańcem*, „Kultura Fizyczna” 1997, nr 1.
- [52] Kran M.: *Taniec jako forma terapii*, „Arka” 2001, nr 36.
- [53] Kratochvil S.: *Podstawy psychoterapii*, Zysk i S-ka, Poznań 2003.

- [54] Kratochvil S.: *Zagadnienia grupowej psychoterapii nerwic*, PWN, Warszawa 1981.
- [55] Kratochvil S.: *Spoleczność terapeutyczna i psychoterapia grupowa w leczeniu nerwic*, PWN, Warszawa 1988.
- [56] Król-Fijewska M.: *Trening asertywności*, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości PTP, Warszawa 1991.
- [57] Kruszewski T.: *Terapeutyczny charakter materiałów czytelniczych*, „Opieka-Wychowanie-Terapia” 2000, nr 1.
- [58] Kruszewski T.: *Biblioterapia – idee i praktyka*, „Bibliotekarz” 2000, nr 3.
- [59] Krzemińska W.: *Literatura piękna a zdrowie psychiczne*, PZWL, Warszawa 1973.
- [60] Kulczycki M.: *Arteterapia i psychologia kliniczna*, Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu, zeszyt 57, Wrocław 1990.
- [61] Kwiatkowski P.: *Trening autogenny i regulatywna muzykoterapia w eliminowaniu zaburzeń nerwicowych u młodzieży – niektóre aspekty teoretyczne i metodyczne*, „Acta Universitatis Wratislaviensis”, Prace Pedagogiczne XCII, Wrocław 1993.
- [62] Leder S., Karwasarski B.D.: *Psychoterapia grupowa*, PZWL, Warszawa 1983.
- [63] Lewandowska K.: *Muzykoterapia dziecięca*, Optima, Gdańsk 2001.
- [64] Lowenfeld V., Brittain W.L.: *Twórczość a rozwój umysłowy dziecka*, PWN, Warszawa 1977.
- [65] Machulska H.: *Środki teatralne w procesie nauczania i wychowania*, „Drama” 1992, nr 4.
- [66] MacKenzie K.R.: *Rozwojowa struktura systemu terapii grupowej*, [w:] *Podstawy terapii grupowej*, red H.S. Bernard, K.R. MacKenzie, GWP, Gdańsk 2000.
- [67] Maclay D.T.: *Psychoterapia dzieci*, PZWL, Warszawa 1973.

- [68] Matuszewicz Cz.: *Konflikty w zespołach uczniowskich*, [w:] *Encyklopedia Pedagogiczna*, red W. Pomykało, Fundacja Innowacja, Warszawa 1993.
- [69] Milczarek-Pankowska K.: *Funkcje dramy na gruncie psychiatrii, psychologii, pedagogiki*, „Kwartalnik Pedagogiczny” 1984, nr 3.
- [70] Mirski A.: *Trening asertywności – trening wolności i autentyczności czy psychopatii?* „Gestalt” 1995, nr 17.
- [71] Namysłowska I.: *Proces terapii rodzinnej*, [w:] *Rodzina w terapii*, red. A. Pohorecka, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1992.
- [72] Namysłowska I.: *Terapia rodzin*, Springer PWN, Warszawa 1997.
- [73] Oleszkowicz A.: *Kryzys młodzieńczy – istota i przebieg*, „Acta Universitatis Wratislaviensis”, Prace Psychologiczne XLI, Wrocław 1995.
- [74] Oleś M.: *Asertywność u dzieci w okresie wczesnej adolescencji*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1998.
- [75] Oster G.D., Gould P.: *Rysunek w psychoterapii*, GWP, Gdańsk 1999.
- [76] Piper P.E., McCallum M.: *Dobór pacjentów do grup terapeutycznych*, [w:] *Podstawy terapii grupowej*, red. H.S. Bernard, K.R. MacKenzie, GWP, Gdańsk 2000.
- [77] Pohorecka A.: *Rodzina w terapii*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1992.
- [78] Popek S.: *Analiza psychologiczna twórczości plastycznej dzieci i młodzieży*, WSiP, Warszawa 1978.
- [79] Porębska M.: *Osobowość i jej kształtowanie się w dzieciństwie i młodości*, WSiP, Warszawa 1991.
- [80] Poznaniak W.: *Wybrane zagadnienia terapii behawioralnej*, [w:] *Spoleczna psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993.
- [81] Praszki R., Różycki A.: *Bliskie spotkania. Rzecz o treningu grupowym*, Nasza Księgarnia, Warszawa 1983.

- [81] Rakowska J.M.: *Terapia krótkoterminowa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- [82] Rembowski J.: *Rodzina w świetle psychologii*, WSiP, Warszawa 1986.
- [83] Rogers C.R.: *Zasady podejścia skoncentrowanego na osobie*, „Colloquia Communia” 1987, nr 1-2.
- [84] Rogers C.R.: *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe*, „Thesaurus-Press”, Wrocław 1991.
- [85] Roine E.: *Psychodrama. O tym, jak grać główną rolę w swoim życiu*, Wydawnictwo „Kontakt”, Opole 1994.
- [86] Rosenhan D.L., Seligman M.E.P.: *Psychopatologia*, t. 1, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1994.
- [87] Russel Crane D.: *Podstawy terapii małżeństw*, GWP, Gdańsk 2002.
- [88] Satir V.: *Terapia rodziny*, GWP, Gdańsk 2000.
- [89] Schifan Y., Stadnicki A.: *Musica Media – Musica Lingua*, „Szkoła Specjalna” 1999, nr 1.
- [90] Sęk H.: *Rola asertywności w kształtowaniu zdrowia psychicznego. Ustalenia teoretyczne i metodologiczne*, „Przegląd Psychologiczny” 1988, nr 1.
- [91] Sęk H.: *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa 2001.
- [92] Sikorski W.: *W kierunku teatralizacji psychodramy*, „Psychoterapia” 1997, nr 4.
- [93] Sikorski W.: *Psychodrama – teatr terapeutyczny*, „Gestalt” 1999, nr 1.
- [94] Sikorski W.: *Psychoterapia grupowa różnych pokoleń*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2002.
- [95] Sikorski W.: *Bezsłowne komunikowanie się w psychoterapii*, „Impuls”, Kraków 2004.

- [96] Sikorski W.: *Aspiracje. Studium psychologiczne i socjo-pedagogiczne*, Oficyna Wydawnicza PWSZ w Nysie, Nysa 2005.
- [97] Skorny Z.: *Psychospołeczne mechanizmy agresywnego zachowania się a arteterapia*, Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu, zeszyt 57, Wrocław 1990.
- [98] Stierlin H., Rucker-Embden I., Wetzel N., Wirsching M.: *Pierwszy wywiad z rodziną*, GWP, Gdańsk 1999.
- [99] Strojnowski J.: *Psychoterapia. Poradnik dla osób, które chcą się odnaleźć oraz dla ich terapeutów*, Wydawnictwo Arboretum, Wrocław 1998.
- [100] Szulc W.: *Meloterapia – teoretyczne walory śpiewu*, Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu, zeszyt 77, Wrocław 2000.
- [101] Szyszko-Bohusz A.: *Funkcja ćwiczeń odprężających w nowoczesnym systemie kształcenia*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1979.
- [102] Szyszko-Bohusz A.: *Relaksacja w procesie kształcenia i wychowania*, [w:] *Terapia pedagogiczna*, red. J. Włodek-Chronowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1993.
- [103] Tatarowicz J.: *Drama pomocą w odkrywaniu „ja autentycznego”*, cz. II: *Samopoznanie*, „Drama” 1997, nr 14.
- [104] Tomasik E.: *Biblioterapia jako jedna z metod pedagogiki specjalnej*, [w:] *Wybrane zagadnienia z pedagogiki specjalnej*, red. E. Tomasik, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej, Warszawa 1997.
- [105] Tryjarska B.: *Psychoterapia grupowa*, [w:] *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, red. L. Grzesiuk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- [106] Tryjarska B.: *Terapia rodzinna*, [w:] *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, red. L. Grzesiuk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.



- [107] Tyszkiewicz M.: *Psychopatologia ekspresji. Twórczość artystyczna chorych psychicznie*, PWN, Warszawa 1987.
- [108] Vasta R., Haith M.M., Miller S.A.: *Psychologia dziecka*, WSiP, Warszawa 1995.
- [109] Wallon P., Cambier A., Engelhart D.: *Rysunek dziecka*, WSiP, Warszawa 1993.
- [110] Walker W.: *Przygoda z komunikacją*, GWP, Gdańsk 2001.
- [111] Waszkiewicz-Stefańska M.: *Po co nam asertywność? „Edukacja Ustawiczna Dorosłych”* 2001, nr 1.
- [112] Way B.: *Drama w wychowaniu dzieci i młodzieży*, WSiP, Warszawa 1995.
- [113] Weeks G.R., L'Abate L.: *Paradoks w psychoterapii*, GWP, Gdańsk 2000.
- [114] Wojnar I., Pielasińska W.: *Wychowanie estetyczne młodego pokolenia*, WSiP, Warszawa 1990.
- [115] Wojnar I.: *Sztuka i wychowanie*, [w:] *Encyklopedia Pedagogiczna*, red. W. Pomykało, Fundacja Innowacja, Warszawa 1993.
- [116] Yalom I.D.: *The theory and practice of group psychotherapy*, wyd. 3, Basic Books, New York 1985.
- [117] Zaborowski Z.: *Trening interpersonalny. Podstawy teoretyczne – procesy – techniki*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa 1997.

## SŁOWNICZEK

**Analiza transakcyjna**, metoda psychoterapii opracowana pierwotnie przez E. Berne'a. Praktykuje się ją w grupie bezpośredniego uczestnictwa, której zasadniczym celem jest przygotowanie pacjenta do osiągnięcia przystosowawczej, dojrzałej i realistycznej postawy wobec świata.

**Arteterapia**, procedura terapeutyczna wykorzystująca sztukę w leczeniu; układ poglądów i czynności nastawionych na utrzymanie i/lub podnoszenie poziomu jakości życia ludzi przy pomocy szeroko rozumianych dzieł sztuki i uprawiania sztuki.

**Asertywność**, umiejętność wyrażania wobec innych osób własnych uczuć, opinii, pragnień w sposób adekwatny, otwarty i pozbawiony lęku, a zarazem respektujący uczucia, postawy, pragnienia innych; obecnie są prowadzone treningi asertywności przede wszystkim w szkoleniu kadr i w terapii rodzin.

**Behawioralna terapia**, terapia oparta na poglądzie, że cierpienie psychologiczne jest skutkiem wyuczonego zachowania, a więc tym samym, może być oduczone; terapia stara się zastąpić zachowanie przynoszące cierpienie przez bardziej konstruktywne sposoby radzenia sobie i adaptacji.

**Biblioterapia**, technika psychoterapii polegająca na wykorzystywaniu książek i czasopism do regeneracji systemu nerwowego i psychiki pacjenta; obiektem działania biblioterapii są pacjenci szpitali, sanatoriów oraz chorzy indywidualni, przebywający stale w domu.

**Certyfikat psychoterapeuty**; dokument potwierdzający przebyte specjalistyczne staże i szkolenia z zakresu psychoterapii oraz umiejętności posługiwania się ogólnie przyjętymi metodami.

**Choreoterapia**, terapia tańcem, technika terapeutyczna wykorzystująca fizyczne i estetyczne aspekty tańca; możliwa do stosowania w terapii wielu zaburzeń, często stosowana w pracy z dziećmi i młodzieżą.

**Depresja**, zaburzenie afektywne charakteryzujące się smutkiem i utratą zainteresowania satysfakcjonującymi dotychczas działaniami, negatywnym obrazem samego siebie i bezradnością, biernością, nieumiejętnością podejmowania decyzji i myślami samobójczymi oraz utratą apetytu, spadkiem wagi, zaburzeniami snu i innymi objawami fizycznymi.

**Diagnoza psychologiczna**, różne aspekty rozpoznawania zaburzeń psychicznych, takie jak: opinia psychologa klinicznego, wnioski z wyników testów psychologicznych czy hipotezy o psychicznym (funkcjonalnym) podłożu zaburzeń.

**Drop-out**, niezapowiedziane, przedwczesne przerwanie i porzucenie terapii.

**Dynamika grupy**, badanie wpływu procesów grupowych na funkcjonowanie jednostek.

**Emocjonalne zaburzenia**, grupa zaburzeń, w których dominują objawy lęku, strachu, zahamowania, nieśmiałości i nadmiernego przywiązania.

**Empatia**, poznawcza świadomość i rozumienie emocji oraz uczuć innej osoby.

**Etiologia**, przyczynowy opis rozwoju zaburzenia.

**Frustracja**, stan, który istnieje wtedy, gdy aktywność ukierunkowana na osiągnięcie konkretnego celu zostaje w jakiś sposób zablokowana.

**Genogram**, sposób rysowania drzewa genealogicznego rodziny, istniejące w niej interakcje i ważne wydarzenia (np. separacje, adopcje itp.) z bliższej i dalszej przeszłości. Ujęte w formie znaków graficznych są jednocześnie dostarczycielem wartościowego materiału projekcyjnego, ujawniającego bezpośredni stosunek autorów genogramu do osób (członków rodziny) czy zdarzeń negatywnie oddziałujących na strukturę rodziny.

**Grupa spotkaniowa**, mała grupa skupiająca się na intensywnych interakcjach interpersonalnych („spotkaniach”). Grupa zazwyczaj stawia sobie jako cel usunięcie barier psychologicznych i mechanizmów obronnych, osiągnięcie otwartości, uczciwości i woli zajmowania się trudnościami związanymi z ekspresją emocjonalną.

**Identyfikacja**, w rozumieniu teorii psychoanalitycznej, proces internalizacji cech innych ludzi, ich poglądów, wartości, manier, statusu i władzy.

**Katamneza**, ogół danych dotyczących pacjenta, obejmujących okres po zakończeniu terapii.

**Katharsis**, proces oczyszczający i dobroczynny, skutek wyrażenia silnie doznawanych, lecz zwykle tłumionych emocji.

**Koluzja**, rodzaj gry prowadzonej między dwojgiem lub więcej osób, które wzajemnie oszukując się, oszukują siebie samych

**Modelowanie**, technika terapii behawioralnej polegająca na tym, że terapeuta demonstruje pożądane zachowanie i pomaga pacjentowi naśladować to zachowanie zachęcając go i podtrzymując na duchu.

**Muzykoterapia**, technika psychoterapii, polegająca na słuchaniu muzyki (tzw. muzykoterapia bierna) i graniu na instrumentach lub śpiewaniu (tzw. muzykoterapia czynna), wykorzystywana jako procedura pobudzająca emocje oraz związane z różnymi stanami emocjonalnymi skojarzenia, a także w diagnozie i przyuczaniu stylu interakcji.

**Niespecyficzne czynniki terapeutyczne**, oddziaływania o charakterze psychospołecznym, określane niejednokrotnie jako „efekt placebo”, a także prowadzone do sugestii. Są obecne we wszystkich procedurach terapeutycznych i zazwyczaj warunkują ich efektywność. Ich terapeutyczna moc tkwi w oczekiwaniach i nadziei, z jakimi pacjent podejmuje leczenie.

**Opór**, niezdolność lub niechęć pacjenta poddawanego psychoterapii do omawiania określonych myśli, pragnień czy minionych przeżyć.

**Podwójne wiązanie**, sytuacja, w której dziecko otrzymuje od rodzica wielorakie, wzajemnie sprzeczne przekazy; hipotetycznie, czynnik sprzyjający reakcjom schizofrenicznym.

**Przeniesienie**, proces zachodzący podczas terapii psychoanalitycznej, w którym pacjent kieruje na terapeutę uczucia, jakie uprzednio żywił wobec osoby odgrywającej ważną rolę w jakimś dawnym konflikcie emocjonalnym.

**Psychoanaliza**, teoria psychologiczna głosząca, że zaburzenia są wynikiem konfliktów intrapsychicznych, zwykle o charakterze seksualnym lub agresywnym, wynikających z fiksacji (stagnacji rozwoju psychologicznego) okresu dzieciństwa. Psychoanaliza jest także metodą psychoterapii, w której terapeuta (psychoanalityk) pomaga pacjentowi w uzyskaniu wglądu w konflikty intrapsychiczne leżące u podstaw objawów.

**Psychodrama**, technika psychoterapii wprowadzona przez J.L. Moreno, polegająca na odgrywaniu przez wybranego pacjenta (tzw. protagonistę) pewnych ról lub zdarzeń w obecności terapeuty (tzw. głównego psychodramatysty) i innych osób (tzw. antagonistów i widzów) należących do grupy terapeutycznej. Technika ta opiera się na założeniu, że odgrywanie ról pozwala protagoniście wyrazić przykre emocje lub ujawnić głęboko zakorzenione konflikty w stosunkowo bezpiecznym otoczeniu grupy terapeutycznej.

**Psychoterapia**, grupa terapii, stosowanych do leczenia zaburzeń psychicznych i koncentrujących się na zmienianiu nieprawidłowych zachowań, myśli, spostrzeżeń i emocji, które mogą być związane ze specyficznymi zaburzeniami.

**Psychoterapia pośrednia**, oddziaływanie na środowisko pacjenta poprzez zmniejszanie dopływu negatywnych bodźców lub minimalizowanie konsekwencji szkodliwych stresów i stworzenie odpowiednich warunków do przeżywania pozytywnych emocji.

**Psychoterapia poznawczo-behawioralna**, nurt ten łączy behawiorystyczne teorie uczenia się z koncepcją poznawczą (kognitywną), kładącą nacisk na zmianę zachowania pacjenta przez oddziaływanie na nieproduktywne, negatywne lub irracjonalne sposoby myślenia o sobie samym i relacjach społecznych

**Samocena**, część systemu Ja, obejmująca opinię o sobie i własnych zdolnościach.

**Socjalizacja**, proces nabywania przez jednostkę wiedzy, systemu wartości społecznych i społecznej wrażliwości, który pozwala jej zintegrować się ze społeczeństwem i zachowywać się z nim przystosowawczo.

**Stres**, zespół specyficznych i niespecyficznych reakcji organizmu na zdarzenia bodźcowe, które zakłócają jego równowagę i wystawiają na próbę bądź przekraczają jego zdolności zaradcze.

**Systematyczna desensytyzacja**, technika terapii behawioralnej, stosowana głównie w leczeniu fobii i specyficznych lęków. Osoba cierpiąca na fobię rozpoczyna od treningu głębokiej relaksacji mięśniowej a następnie stopniowo prezentuje się jej sytuacje wywołujące coraz większy lęk (sytuacje prawdziwe lub wyobrażone). Z uwagi na to, że relaksacja i lęk wzajemnie się wykluczają, bodźce, które pierwotnie wywoływały niepokój są obecnie przyjmowane ze spokojem.

**Terapia implozyjna**, behawioralna technika terapeutyczna, w której wystawia się pacjenta na działanie bodźców ocenianych poprzednio przez niego jako najbardziej przerażające w celu wygaszenia lęku związanego z tymi bodźcami.

**Trening asertywności**, ogólna nazwa na oznaczenie różnorodnych technik, powszechnie używanych w terapii różnych zaburzeń charakteryzujących się brakiem asertywności, takich jak osobowość zależna czy schizoidalne zaburzenie osobowości, oraz tych programów treningowych, które mają nauczyć pewności siebie w tym raczej nieprzyjaznym świecie.

**Trening autogenny Schultza**, technika wywodząca się z nurtu psychoanalitycznego, polegająca na uczeniu spostrzegania bodźców płynących „z wewnątrz” ciała i na treningu wyobrażania sobie określonych, możliwie neutralnych stanów tych narządów.

**Trening interpersonalny**, trening umiejętności społecznych, grupowa metoda rozwijania osobowości poprzez wchodzenie w interakcje z innymi osobami z udziałem terapeuty; celem jest uwrażliwienie na innych ludzi potrzebne w życiu codziennym (lepsze rozumienie, zwiększenie kompetencji dotyczących zachowania w różnych sytuacjach).

**Trening Jacobsona** (relaksacja progresywna), technika polegająca na uczeniu się, jak na zmianę naprężyć i rozluźnić swoje mięśnie, aby zapoznać się z doświadczeniem relaksacji (odprężenia) i odkryć, jak objąć nią każdy specyficzny mięsień.

**Terapia rogeriańska**, terapia zorientowana na pacjenta, rodzaj terapii stworzony przez C. Rogersa. Terapeuta jest niedyrektywny i nie interpretuje ani nie radzi, zachęcając jedynie do jaśniejszego formułowania myśli. Głównym założeniem jest, że pacjent poradzi sobie najlepiej z własnymi problemami, a terapeuta może najwyżej stworzyć sprzyjającą, akceptującą atmosferę, w której można je zbadać i wyjaśnić.

**Terapia rodziny**, ogólny termin określający podejścia terapeutyczne, traktujące rodzinę raczej jako całość, bez wydzielenia z niej poszczególnych jednostek w celu terapii indywidualnej. Można ją praktykować w ramach różnych szkół terapii: psychoanalizy, terapii behawioralnej, terapii systemowej (komunikacyjnej, strukturalnej, strategicznej), terapii bazującej na doświadczeniu.

**Wspólne mianowniki**, sprowadzanie tematu spotkania członków grupy terapeutycznej do problemu stanowiącego tło zaburzeń ogółu członków.

**Zaburzenie osobowości**, chroniczny, sztywny, nieprzystosowawczy wzorec spostrzegania, myślenia i zachowania, który poważnie zaburza zdolność jednostki do funkcjonowania w otoczeniu społecznym i w innych kontekstach.