

STOPEM PO TERAPII
KRÓTKOTERMINOWEJ

Brian Cade, William Hudson O'Hanlon

STOPEM PO TERAPII KRÓTKOTERMINOWEJ

Przekład
Beata Moderska, Tadeusz Zysk

Zysk i S-ka
Wydawnictwo

Tytuł oryginału
A Brief Guide to Brief Therapy

Copyright © 1993 by Brian Cade and William Hudson O'Hanlon
All rights reserved
Copyright © 1996 for the Polish translation by Zysk i S-ka Wydawnictwo s.c.,
Poznań

Redaktor
Maria Bosacka

Wydanie I

ISBN 83-7150-174-9

Zysk i S-ka Wydawnictwo
ul. Wielka 10, 61-774 Poznań
tel. (0-61) 853 27 51, 853 27 67, fax 852 63 26
Dział handlowy, tel./fax (0-61) 855 06 90
sklep@zysk.com.pl
www.zysk.com.pl

Skład
dtp Marek Barłóg

Druk i oprawa: ABEDIK Poznań

SPIS TREŚCI

Podziękowania	8
Wstęp	9
Wprowadzenie	11
1. Krótkoterminowe podejście do terapii: przegląd stanowisk	15
2. Co się dzieje w głowie?	31
3. Realność „rzeczywistości” (albo rzeczywistość tego, co realne): „Co się naprawdę dzieje?”	41
4. W jaki sposób rozumiemy emocje	52
5. Negocjowanie problemu	58
6. Neutralność i władza, sugestie, zadania i perswazja	71
7. Mniej tego, co zwykle	83
8. Wyjątki, rozwiązania i nastawienie na przyszłość	95
9. Konstruowanie interwencji albo zmiana sposobu widzenia problemu ..	109
10. Wzór interwencji: zmiana pracy nad problemem	119
11. Posługiwanie się analogiami	128
12. Interwencje paradoksalne	137
13. Nieodpowiedzialność i nadodpowiedzialność: różne strony medalu ...	147
Epilog	166

*Pragniemy zadedykować tę książkę naszym rodzinom. Żaden z nas
nie rozumie, dlaczego, z jakiegoś niewiadomego powodu, pogodziły
się z nami.*

PODZIĘKOWANIA

Dziękujemy za pomoc naszemu przyjacielowi i koledze Michaelowi Durrantowi, za jego cenne rady, wsparcie, regularne napominanie, że trzeba „pogodzić się z tym”, i za to, że tyle razy podsuwał krzepiącą szklankę wina (którą częstował Briana, a nie Billa, gdyż mieszkał zbyt daleko) i wreszcie za jego ekspertyzy komputerowe.

Chcielibyśmy również wyrazić nasze podziękowania redaktorom czasopism, którzy wyrazili zgodę na przedruk lub adaptację następujących artykułów (całych lub we fragmentach):

Cade, B. (1982) *Some uses of metaphor* (Niektóre sposoby wykorzystania metafory). „The Australian Journal of Family Therapy” (Australijskie Czasopismo Terapii Rodzinnej) nr 3, s.135-140.

Cade, B. (1984) *Paradoxical techniques in therapy* (Techniki paradoksalne stosowane w terapii). „Journal of Child Psychology and Psychiatry” (Czasopismo Psychologii Dziecięcej i Psychiatrii) nr 25, s. 509-516.

Cade, B. (1986) *The reality of „reality” (or the „reality” of reality)* (Realność „rzeczywistości” lub „rzeczywistość” realności). „The American Journal of Family Therapy” (Amerykańskie Czasopismo Terapii Rodzinnej) nr 14, s. 49-56.

Cade, B. (1987) *Brief/strategic approaches to therapy: A commentary* (Krótkoterminowe/strategiczne postawy wobec terapii. Komentarz). „The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy” (Australijskie i Nowozelandzkie Czasopismo Terapii Rodzinnej) nr 8, s. 37-44.

Cade, B. (1989) *Over-responsibility and under-responsibility: Opposite sides of the coin.* (Nadopiekuńczość i brak opiekuńczości). „A celebration of family therapy — 10th anniversary issue of The Journal of Family Therapy” (Celebrowanie terapii rodzinnej — 10. rocznica ukazania się Czasopisma Terapii Rodzinnej), wiosna, s.103-121.

Cade, B. (1992) *A response by any other...* (Odpowiedź kogokolwiek innego...). „Journal of Family Therapy” (Czasopismo Terapii Rodzinnej) nr 14, s. 163-169.

Cade, B. (1992) *I am unashamed expert* (Jestem ekspertem, który nie musi się wstydić). „Context: A News Magazine of Family Therapy” (Kontekst: Magazyn Nowości Terapii Rodzinnej), lato, s. 30-31.

Cade, B. i Seligman, P. (1981) *Nothing is good or bad but thinking makes it so* (Nic nie jest dobre czy złe, sprawia je takim nasze myślenie). „The Association for Child Psychology and Psychiatry: Newsletter” (Biuletyn Towarzystwa na rzecz Psychologii Dziecięcej i Psychiatrii) nr 6, wiosna, s. 4-7.

Pragniemy podziękować także Susan Barrows Munro of Norton za jej bezgraniczną cierpliwość i wyrozumiałość, i za jej zawsze dobry humor, którego jakoś musiała być niekiedy wymuszona. A jej nowej asystentce Margaret pragnęlibyśmy wyrazić swój podziw za szybki rozwój jej umiejętności krótkoterminowej redakcji.

WSTĘP

Autorzy spotkali się po raz pierwszy w Cardiff w Walii na początku lat osiemdziesiątych. Bill prowadził warsztaty sponsorowane przez Instytut Rodzinny, w którym był zatrudniony Brian. Odkryliśmy obaj, że mamy z sobą wiele wspólnego. Obaj graliśmy na gitarze i komponowaliśmy piosenki. Mieliśmy wtedy długie włosy (praktyczny Brian skrócił je obecnie) i nosiliśmy kwieciste koszule i koraliki. Odkryliśmy, że podobnie myślimy o terapii krótkoterminowej i praktykujemy ją w sposób, który chociaż podobny, różni się nieco. Obaj mieliśmy zdanie, że na rozwój naszego sposobu uprawiania zawodu i myślenia o terapii największy wpływ wywarł Milton Ericson, choć tylko Bill go spotkał.

Już na samym początku naszej przyjaźni zdecydowaliśmy się pracować nad książką, która zawierałaby w streszczeniu główne elementy, pojęcia, zasady, postawy i techniki związane z terapią krótkoterminową. Obaj praktykowaliśmy ją i uczyliśmy tego podejścia do terapii od połowy lat siedemdziesiątych, czuliśmy więc, że mamy coś znaczącego do powiedzenia. Planowana książka miała odzwierciedlić zarówno podobieństwa, jak i różnice między nami.

Jednak praca nad nią trwała dłużej, niż myśleliśmy. Po części wynikało to stąd, że w dziedzinie nas interesującej zmiany zachodziły szybciej, niż udawało nam się to na bieżąco śledzić, po części zaś dlatego, że jesteśmy obaj bardzo zajętymi ludźmi, po trosze też dlatego, że obaj pisaliśmy zbyt wiele innych prac, a wreszcie i z tego powodu, że Brian nagle wyemigrował do Australii, i jeszcze dlatego że... i tak dalej. Projekt w końcu ruszył z miejsca, kiedy, dzięki przypadkowi, odkryliśmy, że obaj kupiliśmy kompatybilne komputery i kompatybilne edytory tekstu, i że obaj mamy teraz faksy.

Pojawił się jednak problem, którego nie przewidywaliśmy wcześniej. Czym właściwie zajmowaliśmy się dotąd w terapii, w jaki sposób myśleliśmy o tym teraz? W tych porywających dniach późnych lat siedemdziesiątych i wczesnych osiemdziesiątych my sami wraz z większością naszych kolegów działających na polu terapii krótkoterminowej oparliśmy się na względnych pewnikach. Byliśmy dobrymi taktikami, pracującymi zgodnie z wyznawanymi przez nas zasadami, zogniskowanymi na samym procesie, nie zapominającymi o tym, skąd się biorą problemy i jak to się dzieje, że się utrwalają. Wypełniała nas bezgraniczna energia i entuzjazm i byliśmy w posiadaniu prawdziwego rogu obfitości pełnego mądrych idei.

Jesteśmy teraz mniej pewni, mniej zuchwali w naszej taktyce, nie tak całkowicie oddani nazbyt uproszczonym modelom i już nie pozostajemy pod tak wielkim wrażeniem naszej własnej mądrości. Skoncentrowaliśmy się natomiast na pomysłowości naszych klientów i unikaniu działań, które osłabiają, zarówno jawnie, jak i skrycie. Skoncentrowaliśmy się więc bardziej na próbach współpracy. Jednakże pozostajemy w jakiś sposób sceptyczni wobec usztywnienia naszych kolegów, którzy odmawiają słuszności profesjonalnej ekspertyzie i uważają, że uleganie wpływom nie jest ani pożądane, ani możliwe. Podczas gdy sami wierzymy, że jest niemożliwe nie ulec wpływowi „...istnieje sposób, by pozostać otwartym na to, że klient wpływa również na terapeutę. Możesz wsłuchać się w niego

zamiast w swoje teorie. Możesz uznać jego doświadczenie i przystać na to, by on ciebie nauczył, co na niego oddziałuje, a co nie ma żadnego wpływu" (O' Hanlon, 1991, s.109).

Mówiąc jasno, byłoby nam łatwiej, gdybyśmy napisali tę książkę, kiedy zaświtała ta idea, w czasach, gdy to, co myśleliśmy i robiliśmy, było wolne od jakichkolwiek wątpliwości. Ufajmy jednak, że to opóźnienie stało się dla naszej książki pożyteczne.

WPROWADZENIE

W ciągu trzech minionych dekad dzięki opublikowanemu w 1963 roku dziełu Jaya Haleya: *Strategie psychoterapii* i dzięki pracy Ośrodka Terapii Krótkoterminowej w Palo Alto (Watzlawick i inni, 1974; Weakland i inni, 1974) nastąpił gwałtowny wzrost zainteresowania rozwojem krótkoterminowego, strategicznego podejścia do terapii. W przeciwieństwie do większości modeli, które przeważały potem, bardziej aktywne, bezpośrednie podejście wypracowało tezę, że terapia powinna być nastawiona na zmianę raczej niż na rozwój, zrozumienie czy wgląd. Gdy tak pojmuje się rolę terapeuty, staje się on bardziej instrumentalny jako czynnik w procesie zakładanej zmiany.

Ten początkowy impet, poza samym rozwojem takiej postawy, przyniósł niewątpliwą korzyść w postaci wielu innowacji i odkrycia lepszych, skuteczniejszych technik, mających spowodować zmianę. W ciągu kolejnych lat stało się jasne, że pomyślna terapia mogła trwać o wiele krócej, niż oczekiwali tego psychoterapeuci, którzy mieli bardziej tradycyjne podejście. Rosnąca liczba psychoterapeutów i zespołów terapeutycznych na całym świecie uległa zafascynowaniu tą metodą i zaczęła z nią eksperymentować. Pociągał ich optymizm i pragmatyzm, kreatywność, jak również współudział w skutecznej terapii. Nastąpił wzrost profesjonalnych publikacji na jej temat, a książki i artykuły opisywały niezmiernie bogactwo idei i technik. Nie tak dawno możliwość krótkoterminowych lecz efektywnych form interwencji psychoterapeutycznych stała się popularna dzięki funduszom z różnych źródeł, towarzystw ubezpieczeniowych i wielu obleganych agencji pomocy walczących o to, by wyjść naprzeciw wzrastającej liczbie klientów w sytuacji, gdy środki na te cele zmniejszają się gwałtownie.

Jednak w ciągu ostatnich lat zaczął się krystalizować bardziej trzeźwy i krytyczny pogląd na krótkoterminowe podejście, przyczyniając się w rezultacie do powstania wielu technik, które rozwijały się szybko i doprowadziły w podstawowych założeniach do rozpowszechnienia terapii krótkoterminowej i jej praktycznego wykorzystania. Z drugiej strony oskarżano te nowe techniki o to, że powstały w wyniku ignorancji albo lekceważono je. Podejście to miało zawsze krytyków z zewnątrz, ale teraz w samej dziedzinie wypracowano bardziej ostrożny pogląd na kierunek, w którym zmierza.

Spośród głównych obszarów tej zewnętrznej krytyki wymieńmy:

- wykorzystanie technik niejawnych i manipulacyjnych (na przykład interwencji paradoksalnej), szczególnie tam, gdzie stosowanie ich burzy porządek dzienny terapeuty czy zespołu, i czasami wymaga posłuszenia się, w różnym stopniu, rozważnym podstępem;
- pośrednie lub wyraźne nadużycie ze strony terapeuty jego przewagi wynikającej z silniejszej pozycji w określaniu kierunku terapii i jej wyniku, szczególnie gdy klient nie jest świadomy metod;
- zawężone, bardzo pragmatyczne i behawioralne skupienie uwagi i widoczny w tej postawie brak zainteresowania zmianami zachodzącymi w psychice i w życiu klienta;
- pewna nonszalancja w podchodzeniu do tego, co jest pojmowane jako istnienie lub egzystencja określonej rzeczywistości lub prawdy w ludzkich sprawach;

- brak poważnego ukierunkowania na socjopolityczne zmiany oddziaływające na życie klienta, szczególnie na aspekty związane z płcią.

W toku tej książki dotkniliśmy wielu spośród tych tematów, chociaż niekoniecznie obiecujemy rozwiązać wszystkie dylematy. Nie chcielibyśmy zaprzeczać, że terapeuci krótkoterminowi zasługują niekiedy na miano ludzi o nieco zawężonych zainteresowaniach, szkodzących klientom i stosujących tanie sztuczki w swej pracy, niekiedy wręcz bezwstydnie. Jakkolwiek wierzymy, że dobrzy terapeuci krótkoterminowi zawsze w szerszym kontekście i z wielką uwagą (nie zapominając o poszanowaniu ludzkich uczuć) rozważają problem klienta i nie naruszają jego dóbr osobistych. Wierzymy także, że dziedzina ta rozwinęła się znacząco od tych porywających dni wczesnych lat siedemdziesiątych, gdy w publikowanych wówczas pracach nie zamieszczano żadnych wzmianek na te tematy.

Zgadza się ze Steve'em de Shazerem, który, kiedy zapytano go o złą reputację pozabawionych etyki manipulatorów, jakiej dorobili się terapeuci krótkoterminowi, odpowiedział:

Niepotrzebne było wynalezienie wielu z tych zwodniczych sztuczek, jakimi niektórzy z nas zwykli posługiwać się w przeszłości. Wszystkie nasze fantastyczne techniki są obecnie jawne i zawsze wykorzystujemy materiał przekazany nam przez rodzinę. W rzeczy samej, spoglądając w przeszłość, upewniam się, że wszystkie te techniki wyszły od rodzin, z którymi pracowaliśmy. Myślę, że jest zastanawiające, iż niektórzy ludzie wyrastają ze sposobu, który my, autorzy, opisaliśmy, wyjaśniając, co robiliśmy, a napisaliśmy to w taki sposób, że nie mogło to nie zostać odcyfrowane. Gdybyśmy opisali to w sposób odmienny, moglibyśmy powiedzieć: Popatrzcie, czyż nasi klienci nie są mądrzejsi!!! (Cade, 1985, s. 97)

Nie stosujemy już systemowego paradygmatu jako naszego głównego modelu. Wykorzystujemy go tylko w stosunku do kogoś, kto może działać i reagować w określonych warunkach. Wolimy termin „interakcyjny” od terminu „systemowy”, jako że ten ostatni prowadzi do uwzględnienia powtarzalnych i potencjalnie zauważalnych procesów, w których ludzie reagują w dający się przewidzieć sposób wobec każdego następnego wydarzenia. Ten drugi termin może być zbyt statyczny i także nazbyt ogólnikowy do sprecyzowania, jak również może prowadzić do reifikacji.

Kierujemy się również, zarówno z pragmatycznych, jak i estetycznych względów, słynną zasadą oszczędności Ockhama, zwaną „brzytwą ockhamowską”. Brat Ockham, angielski filozof z XIV wieku, utrzymywał, że wyjaśniając jakieś zjawisko, powinniśmy ograniczyć się do jak najmniejszej liczby założeń. Wychodząc od zasady, która mówi, że „bytów nie należy mnożyć bez konieczności”, oddzielał każdy zrab jakby brzytwą. Jak wyjaśnił dalej Bertrand Russell: „...jeśli można coś w nauce interpretować nie zakładając czegoś, nie ma podstaw, by to zakładać” (Russell, 1979, s. 462).

Zgadza się z tym historycznym poglądem, zamierzamy zaproponować czytelnikowi nie nazbyt długą podróż, w czasie której zaznajomi się z różnymi aspektami tego typu psychoterapii, tak jak widzimy ją dzisiaj. (Bill chciał pierwotnie zatytułować tę książkę: *A Hitchhiker's Guide to Brief Therapy* (Stopem po terapii krótkoterminowej), jednak w końcu wzięła górę brytyjska rezerwa Briana*. To z pewnością nie będzie podróż

wyczerpująca całkowicie temat ani też zbyt męcząca. Szczęśliwie udało się nam uniknąć napisania „książki kucharskiej”, chociaż czytelnik znajdzie kilka rozdziałów przypominających taką książkę. Udało się nam też uniknąć napisania podręcznika całkowicie teoretycznego, choć z pewnością rozsialiśmy w tekście trochę teorii.

Mamy nadzieję, że nasza książka odzwierciedli bieżące trendy psychoterapii, zmierzające w kierunku podejścia wyraźnie bardziej społecznego, opartego na współpracy i w pełni szanującego człowieka. Mamy również nadzieję, że nasze nieustające ożywienie związane z tym poletkiem psychoterapii i potencjalnymi możliwościami tkwiącymi w tym podejściu spotka się z całkowitym zrozumieniem, a równocześnie prosimy o wyrozumiałe potraktowanie naszej gorliwości fundamentalistycznych krzyżowców, która wówczas, gdy planowaliśmy tę książkę, mogła przeniknąć na jej stronicę.

Chcielibyśmy wyjaśnić na początku, że „terapia krótkoterminowa”, o której mówimy, wywodzi się z tradycji terapii rodzinnej i pracy Miltona Ericsona. Istnieje inna gałąź terapii krótkoterminowej, która ma genezę w dziele Freuda i tradycji psychoanalizy, lecz zwykle uważa się ją za trochę przydługą w porównaniu z terapią, którą tu opisujemy. Wspominamy o tym, by zapewnić, że sięgnąłeś po właściwą książkę, a zachowujemy się podobnie jak obsługa pasażerów, która przed zamknięciem drzwi samolotu oznajmia, jakie jest jego miejsce przeznaczenia. Jeśli uważasz, że wybór tego typu terapii krótkoterminowej nie jest dla ciebie wymarzony, masz jeszcze czas, żeby wysiąść z samolotu.

* Polskie tłumaczenie podtrzymało tę wersję tytułu.

KRÓTKOTERMINOWE PODEJŚCIE DO TERAPII: PRZEGLĄD STANOWISK

Gdybym miał wyjaśnić psychoterapię krótkoterminową w jednym zdaniu... powiedziałbym: Pacjenci usiłują rozwiązać swe problemy za pomocą strategii, która jest nieskuteczna, wobec czego terapeuta ją zmienia. Cała reszta to komentarz.

Rabkin (1977, s. 5)

Pierwszym terapeutą strategicznym był Milton H. Erickson, doktor medycyny. Można by go nawet nazwać pierwszym terapeutą, gdyż był pierwszym klinicystą, który skoncentrował się na tym, jak zmieniać ludzi.

Haley (1985)

POCZĄTKI: NIEKTÓRE SPOŚRÓD WAŻNYCH KAMIENI MIŁOWYCH

Nie sposób przecenić wpływu Milтона Ericksona na rozwój terapii krótkoterminowej. We wczesnym okresie rozwoju koncepcji komunikacyjnych, skoncentrowanych początkowo wokół prac badawczych Gregory Batesona, ogromne znaczenie miało podejście Ericksona i jego genialna pomysłowość. Bateson rozpoczął swą pracę w 1952; postawił sobie za cel analizę paradoksów w komunikacji, posługując się teorią typów logicznych (Whitehead i Russell, 1910-1913). W pracę Batesona włączyli się John Weakland, Jay Haley i William Fry junior. Ważki wpływ wywarły też prace Norberta Weinera dotyczące cybernetyki, rozwijająca się nauka o komunikacji i kontroli w systemach (Weiner, 1948) oraz prace Shannona i Weavera tworzące matematyczną teorię wymiany i przepływu informacji (1949).

W tym samym czasie psychiatra Don Jackson pracował nad swą koncepcją homeostazy rodzinnej (1975). Zaczął on ściśle współpracować z grupą badawczą Batesona i w efekcie stał się jej członkiem. W badaniach tych wykorzystywane były różnego typu zjawiska: hipnoza, bruchomówstwo, tresura zwierząt, popularne ruchome obrazki, natura zabawy, humor, schizofrenia, komunikacja neurotyczna, psychoterapia, systemy rodzinne i terapia rodzinna (Haley, 1963).

Badania te trwały dziesięć lat, podczas których członkowie grupy wielokrotnie odwiedzali Milтона Ericksona, by konsultować wyniki, dyskutować określone aspekty hipnozy i terapii, a także korzystać z superwizji. Skrypty wielu z tych konsultacji wydał w trzech tomach Jay Haley (1985).

W 1956 roku wydana została klasyczna już dzisiaj praca *Toward a Theory of Schizophrenia* (Ku teorii schizofrenii) dotycząca teorii podwójnego związania w etiologii schizofrenii (Bateson i inni, 1956).

W 1958 roku Don Jackson założył Mental Research Institute (MRI) w Palo Alto, w Kalifornii, a jego współpracownikami zostali John Weakland, Jay Haley, Jules Riskin, Virginia Satir i Paul Watzlawick. O ogromnym wpływie Dona Jacksona i jego koncepcji napisał George Greenberg (Greenberg, 1977).

W 1963 Haley wydał znakomitą książkę *Strategies of Psychotherapy* (Strategie psychoterapii), naświetlającą paradoksalną naturę wszelkiej terapii i demonstrującą wpływ Milтона Ericksona.

W 1966, w obrębie MRI, Richard Fisch rozpoczął program terapii krótkoterminowej, która miała wywrzeć ogromny wpływ na rozwój wszystkich koncepcji tego typu terapii.

W 1967 roku pojawiły się dwie ważne prace: Haleya *Toward a Theory of Pathological Systems* (Ku teorii systemów patologicznych), dotycząca wpływów koalicji międzypokoleniowych (perwersyjny trójkąt) na rozwój patologii (Haley, 1967a), oraz książka pt. *Pragmatics of Human Communications: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes* (Pragmatyka komunikacji ludzkiej: Studium wzorów interakcji, patologii i paradoksów) (Watzlawick, Beavin i Jackson, 1967).

W 1967 Haley przeniósł się do Philadelphia Child Guidance Clinic (Filadelfijska Klinika Poradnictwa Dziecięcego), rozpoczął współpracę z Salvadorem Minuchinem i Braulio Montalvo i zaczął zajmować się problemem struktury i hierarchii. W 1973 Haley wydał *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson* (Niezwykła terapia: techniki terapeutyczne Milтона H. Ericksona), w której wprowadza termin „terapia strategiczna” i omawia podejście Ericksona do problemów

ujawniających się w różnych fazach cyklu życia rodzinnego. Jak skomentowała Lynn Hoffman, książka ta stanowi uwieńczenie wcześniejszego zainteresowania Haleya procesem. Píše ona: „Pisząc o terapii strategicznej, Haley posługuje się głównie językiem procesu. Po podjęciu decyzji o współpracy z Minuchinem w Filadelfii... nie akcentował już tak mocno technik hipnotycznych i dyrektyw paradoksalnych (choć nie umniejszał ich znaczenia) i skoncentrował się bardziej na organizacyjnym modelu terapii”. (Hoffman, 1981, s. 280). Przesunięcie zainteresowań Haleya od procesu ku formie uwidacznia się wyraźnie w jego późniejszych pracach: *Problem Solving Therapy* (1976) i *Leaving Home: The Therapy of Disturbed Young People* (1980b) (Terapia rozwiązywania problemów, Opuszczenie domu i terapia zaburzeń młodych ludzi).

W 1971 roku Maria Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin i Guiliana Prata rozpoczęli wspólną pracę badawczą w Mediolanie, a w 1974 r. opublikowali jej wyniki w książce pod tytułem: *The Treatment of Children Through the Brief Therapy of Their Parents* (Leczenie dzieci poprzez krótkoterminową terapię ich rodziców). Mimo że niektórzy spośród tych badaczy uznają swe podejście za krótkoterminowe (Stanton, 1981), Hoffman zauważa, że „Grupa z Mediolanu, choć czerpiąca wiele z grupy Palo Alto, poszła w zupełnie innym kierunku, tworząc formę wystarczająco inną i specyficzną, by uznać ją za odrębną szkołę” (Hoffman, 1981 s. 285). Zgadza się z tą uwagą i nie włączamy grupy z Mediolanu do nurtu podejścia „krótkoterminowego”, jednocześnie zaś podkreślamy taktyczną doskonałość jej pracy oraz stworzony przez nią sposób myślenia. Zainteresowanie kontekstem, styl interwencji, posługiwanie się systemową, „paradoksalną” interwencją wywarły wielki wpływ na wielu terapeutów krótkoterminowych.

W roku 1974 członkowie grupy MRI opublikowali dwie ważne książki: *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution* (Zmiana zasady kształtowania i rozwiązywania problemów) (Watzlawick i inni, 1974) oraz *Brief Therapy: Focused Problem Resolution* (Terapia krótkoterminowa: rozwiązanie problemu) (Weakland i inni, 1974). Prace te wywarły natychmiastowy i spektakularny wpływ na dziedzinę terapii rodzinnej i ogromnie przyczyniły się do gwałtownego wzrostu zainteresowania koncepcjami terapii krótkoterminowej. Grupa ta kontynuowała pracę nad udoskonaleniem swego podejścia do terapii; późniejsze jej prace mniej akcentowały teorię, kładły za to większy nacisk na praktyczną stronę terapii krótkoterminowej i skupionej na problemie (Fisch i inni, 1982).

Inną ważną postacią tego wczesnego okresu jest Richard Rabkin, który swój niepowtarzalny styl zademonstrował w pracy *Strategic Psychotherapy: Brief and Symptomatic Treatment* (Psychoterapia strategiczna: krótkoterminowe oddziaływanie na symptomy) (1977). Porównał on terapię do partii szachów, wyodrębniając w terapii fazę otwarcia (*opening*), środka (*midgame*) i zakończenia (*endgame*).

DEFINICJE

Haley zdefiniował terapię strategiczną w następujący sposób:

Terapię możemy nazwać strategiczną, gdy terapeuta inicjuje to, co się dzieje w jej trakcie, i szczegółowo planuje podejście do każdego problemu. Terapeuta musi rozpoznać, które z problemów dadzą się rozwiązać, musi określić cele, zaplanować prowadzące do ich osiągnięcia interwencje, przeanalizować reakcje pacjenta, odpowiednio skorygować swe działania i wreszcie zbadać, czy terapia była skuteczna. Terapeuta musi być wyjątkowo wrażliwy, powinien rozumieć pacjenta i jego środowisko, ale o tym jak przystępuje do rozwiązania problemu, powinien decydować sam. (Haley, 1973) (tłum. M. Majchrzak i M. Przyłipiak)

Richard Rabkin oddzielił podejście strategiczne od terapii „poszukujących mądrości i oświecenia”, definiując je jako „zazwyczaj krótkoterminowe” i nastawione na „zmianę podejścia pacjenta do swych problemów i symptomów” (1977, s. 6-7).

Weakland opisując swe ujęcie terapii częściej używa terminu „terapia krótkoterminowa” niż „terapia strategiczna” (Weakland i inni, 1974), jak to uczyniła Peggy Papp (1983). Rabkin termin ten uznaje za „niewystarczająco specyficzny” (1977, s. 7).

Dla terapeutów krótkoterminowych/strategicznym charakterystyczne jest unikanie rozbudowanych teorii osobowości czy dysfunkcji, czy to na poziomie jednostki, rodziny, czy szerszego systemu. Sformułowania diagnostyczne stanowią najprostszy sposób myślenia o rozwoju i utrzymywaniu się problemu, umożliwiając interwencję. Terapeuci krótkoterminowi/strategiczni zainteresowani są sposobami interwencji, które są możliwie najkrótsze i najprostsze, oraz badaniem zachowań i postaw tych terapeutów, którzy w maksymalnym stopniu ułatwiają nagłe rozwiązanie problemu.

Termin „terapia strategiczna”, związany z nowszymi pracami Jaya Haleya i Cloé Madanesa, kojarzy się obecnie z ich zainteresowaniem

strukturą (hierarchią) władzy w terapii. Tak więc w następnych rozdziałach posługiwać się będziemy raczej terminem „krótkoterminowa” niż „strategiczna”, odnosząc się do tych ujęć, które w pierwszym rzędzie koncentrują się na procesie, i stanowią główny przedmiot niniejszej książki.

Terapia krótkoterminowa zasadniczo dotyczy zjawisk obserwowalnych, jest pragmatyczna i opiera się na przekonaniu, że problemy powstają i utrzymują się przez:

- 1 — konstrukty, poprzez które postrzegane są trudności (Kelly, 1955) oraz
- 2 — powtarzające się sekwencje zachowań (zarówno indywidualnych jak i interpersonalnych), które je otaczają. Mogą one, oczywiście, obejmować także konstrukty i treści pochodzące od terapeuty.

DWA GŁÓWNE PODEJŚCIA

Jakkolwiek wszyscy terapeuci krótkoterminowi/strategiczni zgodziliby się co do wagi intensyfikacji powtarzalnych sekwencji behawioralnych, to można by ich podzielić ze względu na to, w jaki sposób wykorzystują oni tę informację, na:

- a — tych, którzy są zainteresowani tym, jak powtarzające się sekwencje odzwierciedlają formę (określimy ich jako terapeutów strategicznych). Zakłada się zazwyczaj, że symptomy pełnią jakąś funkcję w rodzinie, i są nośnikiem metaforycznej informacji o hierarchicznej dysfunkcji (Haley, 1976; Madanes, 1981a, 1984; Papp, 1983). Sekwencje te podlegają obserwacji w celu określenia organizacji rodziny.
- b — tych (określimy ich jako terapeutów krótkoterminowych), dla których analiza i wypowiedzi powtarzalnych sekwencji zachowań towarzyszących symptomom stanowią wystarczający poziom wyjaśniania, a konkluzje dotyczące ich celu, funkcji czy struktury rodziny uznawane są za zbyt techniczne (Cade, 1985; de Shazer, 1982, 1985, 1988; Fisch i inni, 1982; O'Hanlon, 1982; O'Hanlon i Weiner-Davis, 1989; Weakland i inni, 1974). Sekwencje są obserwowane po to, by zidentyfikować samowzmocniające się schematy myślenia i zachowania.

Podjęcie Haleya, tak jak przedstawił je on w *Problem Solving Therapy* (1976), oparte jest na przekonaniu, że symptomy stanowią oznakę systemu, w którym organizacja hierarchiczna jest albo notorycznie ambiwalentna, albo też obejmuje powtarzające się koalicje międzypokoleniowe lub przekraczające organizacyjne normy rodziny. Tego rodzaju ambiwalencja lub dezorganizacja zostają wyłowione poprzez obserwację powtarzających się sposobów, w jaki członkowie rodziny odnoszą się do siebie, a szczególnie do zachowań stanowiących problem. Przykładowo, któreś z rodziców może denerwować się zachowaniem dziecka, a mimo to ustawicznie chronić je przed działaniami współmałżonka, próbującego wprowadzić dyscyplinę, choć jednocześnie wyraża bezradność i złość i żąda pomocy. Czasem któreś z dziadków permanentnie trzyma stronę dziecka przeciwko rodzicom, co udaremnia ich wysiłki wychowawcze. Zaburzone zachowanie dziecka kładzie wówczas na karb niekompetencji rodziców lub braku ich zaangażowania. Problemy przybierają na sile, gdy zaburzenia hierarchii są ukryte lub też nie przyjmowane do wiadomości. Terapia, przy takim ujęciu, obejmuje zmianę tych sekwencji i skorygowanie hierarchii, usunięcie ambiwalencji i niejasności.

Madanes pisze:

Oczekujemy od rodziców, że wezmą odpowiedzialność za dzieci na siebie, blokujemy więc koalicje międzypokoleniowe, takie jak branie strony dziecka przez jedno z rodziców przeciwko drugiemu. Wiele uwagi poświęca się także kwestii miejsca terapeuty w hierarchii, tak by nie wchodził on bezwiednie w koalicję z członkiem rodziny, znajdującym się niżej w hierarchii, przeciwko tym, których pozycja jest wyższa. (Madanes, 1981b, s. 22)

Symptomy traktowane są jako metaforyczne komunikaty dotyczące bardziej podstawowych problemów oraz jako dysfunkcjonalne rozwiązania problemu. Postrzegane są jako kontrakty pomiędzy osobami lub element taktyki w walce o władzę. Madanes daje następujący komentarz:

W przypadku mężczyzny w depresji, nie wykonującego swej pracy, założono by, że jest to sposób, w jaki komunikuje się on z żoną (matką, ojcem, dziećmi i innymi) na określony temat, dotyczący np. tego, czy żona docenia swego męża i jego pracę, czy powinien robić to, czego życzy sobie jego żona czy matka itp. Może się zdarzyć, że problem ten destabilizuje układ, a wówczas dziecko zaczyna objawiać symptomy, które zmuszają ojca do stałej aktywności, opieki nad dzieckiem i do rezygnacji z depresji i niekompetencji. (Madanes 1981b, s. 21)

Tak więc, w podjęciu tym zakłada się, że symptomy pełnią funkcję ochronną i stabilizującą. Papp podkreśla wagę pytań, które stawia sobie terapeuta: „Jaką funkcję pełni dany symptom w stabilizowaniu rodziny?” oraz „Jaki jest przewodni temat, wokół którego strukturyzuje się problem?” Mówi ona o zmianach w cyklu życia rodziny aktywizującej „konflikty drzemące w niej od dawna, które nie są rozwiązywane lecz wyrażane poprzez symptomy” (Papp, 1983, s.18-19). Cel symptomu zazwyczaj widzi się jako ochronę rodziny przed zmianami, bądź też wspomaganie zmiany przez zmuszenie rodziny do reorganizacji.

*Podjęcia skoncentrowane
na procesie i błędnym kole*

Model terapii krótkoterminowej grupy MRI opiera się na przekonaniu, że problemy wyłaniają się i utrzymują przez sposób, w jaki normalne trudności życiowe są postrzegane i rozwiązywane przez jednostkę lub inne związane z nią osoby. Podejmowane próby rozwiązania, wynikające z określonego systemu przekonań zastosowanego w danej trudnej sytuacji, mogą nie przynieść oczekiwanego efektu lub nawet pogłębić trudności. Problem rozwija się w miarę, jak te same rozwiązania lub typy rozwiązań są wciąż na nowo i coraz silniej stosowane, co wiedzie do pogłębienia problemu, który znów jest rozwiązywany w ten sam sposób itd. (Watzlawick i inni, 1974). A więc problemy są w tym ujęciu utrzymywane przez uporczywe trzymanie się złych lub nieefektywnych prób rozwiązania trudności, które same stają się problemem. Coś podobnego może oczywiście przydarzyć się w sytuacji terapeutycznej, gdy to samo podjęcie lub typ technik wywodzących się z określonego systemu przekonań czy modelu prowadzi do narastania określonego problemu itd. Brak reakcji lub zaprzeczenie istnienia trudności może także stwarzać „próbę rozwiązania”, która utrwała trudności, przekształcając je w problem. Uporczywe stosowanie „złego” lub nieefektywnego rozwiązania zamyka trudności w samowzmacniający się schemat, utrzymujący *status quo*. Członkowie Centrum Terapii Krótkoterminowej przytaczają przykład często spotykanego schematu, jaki tworzy się pomiędzy osobą w depresji a jej bliskimi:

Im bardziej starają się go pocieszyć i pokazać pozytywne strony życia, tym bardziej pacjent jest przygnębiony: „Nawet nie potrafią mnie zrozumieć”. Działanie mające na

celu złagodzenie wywołuje zaostrenie reakcji, „kuracja” jest gorsza od pierwotnej „choroby”. Niestety, zazwyczaj zaangażowane osoby nie dostrzegają tego i nie wierzą w to, gdy ktoś im to unaocznia. (Weakland i inni, 1974, s. 149)

Wysiłki rodziców zmierzające do kontrolowania nastolatka popychają go do następnych buntowniczych aktów, na które rodzice reagują zwiększoną kontrolą, i tak bez końca. Osoba cierpiąca na insomnię robi wszystko, żeby zasnąć, co może nastąpić jedynie spontanicznie, w związku z czym sam świadomy wysiłek staje się przyczyną bezsenności. Chroniczność traktuje się tutaj permanentnie nieprawidłowo jako rozwiązywanie trudności jakiegoś typu. Nie docieka się leżących u podstaw dysfunkcji jednostki czy rodziny. Symptomom nie przypisuje się celu ani funkcji. Pojęcia typu „homeostaza”, choroba psychiczna czy korzyści interpersonalne płynące z symptomów uznaje się za zbędne.

Fisch daje następujący komentarz:

...ludzie często trzymają się działań, które utrwalają problem, czyniąc tak w jak najlepszej wierze... Posługują się bardzo starannie mapami nie dość dobrymi, co jest zrozumiałe w przypadku osób otoczonych nagromadzonymi trudnościami. Wiara w mapy tego typu utrudnia dostrzeżenie faktu, że nie są efektywnymi przewodnikami... (1982, s. 16-18)

Terapia koncentruje się na owych nieefektywnych próbach rozwiązania, na przerwaniu lub nawet odwróceniu dotychczasowego działania, które pogarszało sytuację, jakkolwiek mogło wydawać się logiczne. Zakłada się, że jeśli przerwie się owo błędne koło utrzymujące problem, możliwe stanie się szersze spektrum zachowań.

Odwrotnie niż doradza potoczna mądrość: „Jeśli nie uda się za pierwszym razem, próbuj tak długo, aż odniesiesz sukces”, Fisch i jego współpracownicy zalecają: „Jeśli nie uda się za pierwszym razem, możesz spróbować po raz drugi, ale za trzecim razem spróbuj czegoś innego” (s. 18). Podsumowują oni swe podejście w sposób następujący:

Jeśli powstawanie i utrzymywanie się problemu uznamy za część procesu błędnego koła, w którym zachowania podejmowane w jak najlepszej wierze utrwalają problem, wówczas zmiana tych zachowań winna przerwać błędne koło i zainicjować rozwiązanie problemu — to znaczy zanik zachowań wywołujących problem, gdyż nie są one już prowokowane przez inne zachowania w systemie interakcji. (1982, s. 18)

Tak więc zmniejszenie liczby tych samych zachowań może prowadzić do zmniejszenia problemu.

INTERWENCJE TERAPEUTYCZNE

Jakkolwiek różne podejścia terapii krótkoterminowej/strategicznej mają nieco inne założenia, to pewne typy interwencji są wspólne wszystkim terapeutom krótkoterminowym. Jak już wspomniano wcześniej, terapeuci krótkoterminowi są identyfikowani bardziej poprzez to jak działają niż poprzez swą formację teoretyczną. Milton Erickson pracował bardziej na podstawie teorii interwencji przyjętej *implicite*, a nie odwoływał się do żadnej jasno wyartykułowanej teorii osobowości lub dysfunkcji. Lankton i Lankton ustalili listę założeń kryjących się u podstaw idiosynkratycznego podejścia Ericksona. Można je dostrzec w pracy większości terapeutów krótkoterminowych.

1. Ludzie działają na podstawie swych wewnętrznych map, a nie na podstawie doświadczenia sensorycznego.
2. W każdym momencie ludzie dokonują najlepszego dla siebie wyboru.
3. Wyjaśnienia, teorie, metafory, za pomocą których łączy się fakty dotyczące danej osoby, nie są tożsame z tą osobą.
4. Respektuj wszystkie informacje płynące od klienta.
5. Ucz wyborów, nigdy nie próbuj pozbawiać klienta wyboru.
6. Rozwiązania potrzebne klientowi znajdują się w obrębie historii jego życia.
7. Spotkaj się z klientem w jego własnym modelu świata.
8. Elementem kontrolującym system jest osoba o największej liczbie możliwych wyborów.
9. Nie ma ludzi, którzy by nie potrafili komunikować.
10. Jeśli coś jest ponad twoje siły, zredukuj to...
11. Efekty są zdeterminowane na poziomie psychologicznym (Lankton i Lankton 1983, s. 12).

Geniusz Ericksona w konstruowaniu niepowtarzalnych, często wspólnych interwencji jest już legendarny. Równie ważny, w naszej opinii, był niezwykle szacunek, jakim darzył swych pacjentów, szacunek dla ich poglądów, ich zdolności do zmiany nawet ostrych i długotrwałych stanów oraz jego zaangażowanie w ochronę ich wewnętrznej uczciwości.

Terapia ma na celu:

- a — modyfikację systemu przekonań lub konstruktyw klienta/rodziny związanych ze sposobem postrzegania, rozwiązywania i utrwalania trudności,
- b — modyfikację powtarzalnych sekwencji związanych z problemem, będących derywatami swych systemów przekonań,
- c — modyfikację pozycji i podejścia terapeuty, które stały się częścią samowzmacniającego się schematu relacji pomiędzy terapeutą a klientem/rodziną,
- d — modyfikację relacji pomiędzy klientem/rodziną (oraz być może terapeutą) a szerszymi kręgami rodzinnym/sąsiedzkim lub systemami profesjonalnymi.

Schematy jako nawyki

Podejście krótkoterminowe zakłada, że ludzie dają z siebie wszystko, by poradzić sobie z określoną sytuacją, działając w oparciu o posiadane konstrukty (Kelly, 1995), poprzez które postrzegają owe trudności (zob. rozdz. 2). Nie przyjmuje się żadnych założeń o kryjących się za symptomami nie rozwiązanych problemach. Podejście to nie jest oparte na żadnym modelu deficytu. Zdaniem autorów niniejszej książki, większość problemów ma swe źródła w nawykach reagowania, które nie muszą mieć charakteru bardziej złożonego niż na przykład nawyk palenia papierosów lub obgryzania paznokci, jakkolwiek ich konsekwencje mogą sięgać znacznie dalej. Podobnie jak w wypadku palenia, gdy dana osoba mogła zacząć dużo palić w odpowiedzi na jakiś szczególnie stresujący okres w jej życiu, a następnie, mimo że czas ten dawno minął, trudno jest jej zerwać z tym nawykiem, tak też i nawykowe emocjonalne i behawioralne reakcje wchodzące w kontekst problemu można traktować jako nawyki, które trwają, pomimo iż dawno zniknął pierwotnie wywołujący je bodziec. Nawyki zawsze trudno jest przełamać, ponieważ wchodzą one w samowzmacniające się cykle. Sądzymy zatem, że nie ma potrzeby zakładania jakichś głębszych warstw nie rozwiązanych problemów, nieświadomej motywacji, oporu itp.

Cykle życia

Dla terapeutów koncentrujących się na formie symptomy są wskaźnikiem trudności rodziny z przejściem z jednego cyklu życia rodzinnego do drugiego. Jest to szczególnie trudne wówczas, gdy w systemie pojawia się nowa osoba, bądź też ktoś z niego ubywa — dzieje się tak na przykład, gdy rodzi się dziecko, następuje rozwód, śmierć, kiedy dzieci dorastają i zaczynają opuszczać dom (Haley, 1973, 1980b).

Terapeuci koncentrujący się na procesie także uznają takie punkty zwrotne za ważne. Fisch i współpracownicy piszą:

Problem ma swój początek w jakichś zwyczajnych trudnościach życiowych, których nigdy nie brakuje. Trudność ta może mieć źródło w niezwykle lub przypadkowej sytuacji. Częściej jednak początkiem jest typowa trudność związana z jednym z okresów przejściowych cyklu życia. (1982, s. 13)

Proces, w którym określona sytuacja zaczyna być postrzegana i interpretowana oraz bezwiednie źle rozwiązywana poprzez powtarzanie trwania przy nieskutecznych strategiach, może prowadzić do takiej eskalacji trudności, że staje się ona problemem, „którego rozmiary i natura mają niewiele już wspólnego z pierwotną trudnością” (s. 14).

Zmiana czego?

Jak już wcześniej wspomniano, wszystkie podejścia krótkoterminowe/strategiczne, bez względu na to, czy akcentują proces czy formę, traktują zmianę jako wynik przełamania schematów bądź to myślowych, bądź zachowania, przerwania powtarzających się sekwencji.

Interesują się też bezpośrednio prezentowanym problemem, nawet jeśli mają bardzo różne opinie na temat tego, co dany problem reprezentuje lub odzwierciedla. Haley pisze:

Poprzez skupienie się na symptomach terapeuty uzyskuje maksymalny wpływ i tym samym możliwość wywołania zmiany. To właśnie prezentujący się problem najbardziej interesuje klienta: jeśli terapeuta nad nim właśnie pracuje, może liczyć na współpracę... Celem nie jest nauczanie rodziny tego, jak nieprawidłowo funkcjonuje jej system, lecz taka zmiana jej sekwencji, która spowoduje rozwiązanie istniejącego problemu. (1976, s. 129)

Terapeuci akcentujący proces koncentrują się na stosowanych rozwiązaniach, dążąc do ich zablokowania lub odwrócenia. Na przykład:

Pewien mężczyzna szukał pomocy, gdyż okazało się, że ma coraz większe kłopoty z utrzymaniem erekcji. Bardzo go to martwiło i powodowało napięcia pomiędzy nim a jego dziewczyną. Przyszli razem, a mężczyzna stwierdził, że chciałby nauczyć się lepszej kontroli nad swym penisem. Pierwszym krokiem w nauce takiej kontroli było poproszenie dziewczyny, by następnej nocy zrobiła wszystko, żeby go podniecić. Mężczyzna dostał instrukcję, jak spróbować powstrzymać się od erekcji. Nie udało mu się. (Cade, 1979, s. 82)

Weakland i inni zauważają:

Generalnie twierdzimy, że najłatwiej wywołać zmianę, jeśli cel jej jest stosunkowo niewielki i jasno określony. Kiedy pacjent raz już doświadczy małej lecz zdecydowanej zmiany w pozornie monolitycznej naturze problemu, prowadzi go to do następnych, samodzielnie przeprowadzanych zmian, często także i w innych dziedzinach życia. Oznacza to, że zainicjowano korzystne zachowanie, które nie jest błędnym kołem. (1974, s. 50)

Terapeuci akcentujący formę zazwyczaj planują terapię etapami i koncentrują się bezpośrednio na wadliwej organizacji rodziny. Często pierwszym krokiem jest przesunięcie rodziny w inną wadliwą organizację. Na przykład schemat, w którym jedno z rodziców jest zbyt zaangażowane, może być zmieniony na inny, w którym drugi rodzic musi podejmować wszystkie ważne decyzje odnośnie do dzieci, zanim nastąpi zaangażowanie obydwójga rodziców we wspólne i bardziej efektywne działanie. Zadania związane z tymi celami, które otrzymuje rodzina, są na kolejnych sesjach zazwyczaj chętnie wykonywane.

Terapeuci akcentujący proces, mimo iż sporo czasu poświęcają planowaniu interwencji, nie przyjmują postawy normatywnej odnośnie do tego, jaka powinna być organizacja rodziny, wobec czego są otwarci na to, co przyniesie kolejna sesja. Jeśli zadanie nie zostanie wykonane, traktuje się to jako błąd terapeuty, a nie opór ze strony klienta/rodziny.

Dyrektywy

Terapia krótkoterminowa/strategiczna często ma charakter dyrektywny. W tym sensie, że klient lub rodzina może dostać instrukcje dotyczące zachowania w określonych sytuacjach. Czasem dyrektywy takie wymagają specyficznych zmian w zachowaniu, czasem zaś wymóg dotyczy unikania

zmian lub odłożenia ich na później. Terapeuci zainteresowani procesem koncentrują się raczej na zadaniach, które należy wykonać pomiędzy sesjami, same zaś sesje służą głównie zbieraniu informacji oraz nawiązywaniu takiego kontaktu z pacjentem, który umożliwi zbudowanie z nim relacji opartej o szacunek i współpracę. Terapeuci zainteresowani formą także dają dyrektywy na okres między sesjami, lecz często w trakcie spotkań z rodziną dają jej do wykonania określone zadania. Na przykład: jedno z rodziców może mieć za zadanie kontrolę zachowań destruktywnych dziecka, gdy w tym czasie terapeuta blokuje wszelkie próby ingerencji dziadków lub przyjmującego rolę rodzica innego dziecka. Sesje wykorzystuje się w celu wypróbowania zmian, które rodzina ma następnie wcielić w życie. Czasem spotkania te mają bardzo dramatyczny przebieg.

Madanes pisze:

Podejście to zakłada, że wszelka terapia jest dyrektywna, i że terapeuta nie jest w stanie uniknąć dyrektywności, gdyż nawet sam wybór treści, które komentuje, jak i ton głosu mają charakter dyrektywny. (1981b, s. 23)

Terapeuta zatem musi nabyć umiejętność wpływania na ludzi i maksymalizowania prawdopodobieństwa akceptacji dyrektyw i ich wykonywania. Cade stwierdza:

Zazwyczaj terapeuta strategiczny nie traktuje motywacji jako czegoś, co po prostu istnieje w obrębie rodziny bądź nie istnieje. Motywacja uznana jest za funkcję relacji pomiędzy rodziną a terapeutą. Brak motywacji korzystniej jest analizować jako reakcję na reakcję terapeuty na rodzinę. (1980b, s. 95)

Ważne jest także, by rozważyć, jak reagować na sposób, w jaki ludzie radzą sobie z dyrektywami. Czy je wypełniają, modyfikują, przeciwstawiają się im, ignorują je, zapominają? Terapeuta musi korzystać z tego typu informacji zwrotnych, aby ustalić następny krok. Przykładowo: jeśli polecenia są w pełni realizowane, wówczas wskazane mogą być następne dyrektywy; jeśli klient przeciwstawia się im, wówczas wskazane może być zastosowanie dyrektyw „paradoksalnych”. Jeśli zaś polecenia są zapominane lub ignorowane, terapeuta powinien dobrze rozważyć swą pozycję. Często terapeuta ma silniejszą motywację do zmiany niż klient lub rodzina, i musi być przygotowany na przyjęcie ostrożniejszej i uważniejszej postawy.

Dla większości terapeutów krótkoterminowych/strategicznych typowe jest przekonanie, że w sensie znaczeń przypisywanych zdarzeniom nie istnieje rzeczywistość absolutna, a jedynie konstrukty (Kelly, 1955) lub

„mapy umysłowe”, poprzez które ludzie nadają sens swym doświadczeniom i które rządzą ich reakcjami i myśleniem odnośnie do tych doświadczeń. Zakładają, że jeśli sposób, w jaki odbierany jest świat, może być zakwestionowany i zmodyfikowany, to zmiana może podlegać znaczeniu, a zatem i sposób przeżywania i zachowania. Przekonanie to tłumaczy istotną rolę, jaką przypisuje się przeformułowaniu (*reframing*) i zmianie nazw (*relabeling*).

Terapeuci krótkoterminowi/strategiczni korzystają często ze sztuki komunikowania się poprzez analogię. W celu ułatwienia procesu terapii często posługują się anegdotami, przypowieściami, historyjkami i dowcipami. Aspekty te omówimy bardziej szczegółowo w następnych rozdziałach, podobnie jak i najnowsze trendy związane z ujęciami skoncentrowanymi na przyszłości i rozwiązaniach, które stawiają na to, co ludzie aktualnie robią, i robią to dobrze (Berg i Miller, 1992; de Shazer, 1985, 1988; de Shazer i inni, 1986; Dolan, 1991; Furman i Ahola, 1992; O'Hanlon i Martin, 1992; O'Hanlon i Weiner-Davis, 1989; Walter i Peller, 1992; White i Epston, 1990).

KSZTAŁCENIE

Podstawowe założenia teoretyczne terapii krótkoterminowej/strategicznej są łatwe do przyswojenia, podobnie jak podstawowe umiejętności interwencji. Jednakże efektywne, twórcze, nie naruszające godności klienta posługiwanie się tego typu podejściem do terapii jest niezwykle trudne (opanowanie tej sztuki zajmuje znaczną część życia terapeuty). Haley podaje wiele kryteriów wyboru terapeutów i typu treningu.

- 1 — Sugeruje on, że ponieważ podejście to „podkreśla problemy realnego świata, najlepiej jest kształcić osoby posiadające doświadczenie życiowe”. Preferuje dojrzałe osoby posiadające dzieci, a nie młodych ludzi.
- 2 — Adeptci powinni charakteryzować się zarówno inteligencją, jak i szeroką gamą różnorodnych zachowań — zdolnością bycia „czasem autorytarnym, czasem flirtującym, bawiącym się, a czasem poważnym i srogim, czasem znowu bezradnym itp”.
- 3 — Należy unikać jednoczesnej nauki kilku podejść.
- 4 — Idealnym rozwiązaniem jest nauka przez prowadzenie terapii od początku pod superwizją doświadczonego terapeuty, wykorzysta-

tującego techniki „żywej superwizji”. Odgrywanie konkretnych technik może być bardzo wskazane przed zastosowaniem ich w pracy z klientem/rodziną.

- 5 — Nauka w grupie maksymalizuje efektywność przyswajania poprzez zwiększenie ilości obserwowanych przypadków, pomysłów i wsparcie współuczestników.
- 6 — Główny nacisk należy kłaść na praktykę, a nie teorię; ważniejszą jest obserwacja i pokaz terapii niż dyskusja nad nią.
- 7 — Trening winien koncentrować się na kwestiach, które wylaniają się z aktualnej pracy studenta. Pozwala to na podtrzymanie jego wysokiej motywacji.
- 8 — Osoba prowadząca superwizję musi nauczyć studenta, jak być dyrektywnym i jak motywować ludzi. (Sądzimy też, że, paradoksalnie, ważne jest, by nauczyć się być dyrektywnym po to, by móc w określonych przypadkach wybrać zachowanie niedyrektywne.)
- 9 — Terapia powinna być nastawiona bardziej na problemy i rozwiązania niż na metody, a przypadki dobierane tak, by dać możliwości uczenia się na tych obszarach, które sprawiają poszczególnym studentom trudności.
- 10 — Od studentów należy wymagać sprawdzania efektów swej pracy i nauczania się procedur takiego sprawdzania.
- 11 — Trening powinien przebiegać w kontekście sprzyjającym określonemu podejściu i stylowi treningu, a także przy użyciu odpowiedniego wyposażenia technicznego, jak ekrany jednostronnie przeźryste, kamera wideo i/lub magnetofon (Haley, 1976, s. 179-194).

KONKLUZJA

Terapia krótkoterminowa/strategiczna rozwija się tak gwałtownie, powstaje tak wiele technik, że nie sposób omówić tu całego ich bogactwa i różnorodności. Niniejszy przegląd ma na celu jedynie ukazanie głównych nurtów.

Jak się wydaje, podejścia krótkoterminowe/strategiczne mają niezwykle szerokie zastosowanie. Madanes zauważa, że „ponieważ w terapii strategicznej dla każdego problemu konstruuje się konkretny plan terapeutyczny, nie ma przeciwwskazań w sensie odpowiedniego doboru pacjentów” (Madanes, 1981b, s. 27). Stanton przytacza długą listę problemów, które za pomocą tego typu terapii efektywnie leczono, takich jak: problemy

typowo behawioralne, przestępczość, problemy małżeńskie, a także poważniejsze nerwice i psychozy (1981, s. 368-369). Argumentuje on: „Terapeuci strategiczni mogą unikać sytuacji, które pozostawiają niewiele miejsca na działanie, znacznie zaś rzadziej odrzucają konkretne przypadki rodzin z problemami” (s. 369).

Stanton utrzymuje, że „badacze terapii strategicznej wykazali się znacznie większą aktywnością niż badacze innego typu terapii rodzinnych jeśli chodzi o kontrolowane i porównawcze badania efektywności terapii” (s. 396). Przytacza on pracę Parsonsa i Aleksandra, w której podejście strategiczne porównane zostało do trzech innych podejść w leczeniu przestępczości i okazało się, że było ono znacznie bardziej efektywne (Parsons i Aleksander, 1973).

Zakończymy ten rozdział ostrzeżeniem wielu młodych ludzi, którzy właśnie ukończyli trening terapeutyczny. Podejście krótkoterminowe/strategiczne jest niezwykle atrakcyjne i obiecujące ze względu na „...narodziej-skie” efekty demonstrowane na warsztatach i opisywane w literaturze. A także, jak wskazuje Greenberg, ze względu na „założenie, że ponieważ terapia jest krótka, to łatwo ją przeprowadzić”. Pisz dalej:

Terapeuci nowicjusze zapoznają się często z literaturą, a następnie pospiesznie przystępują do stosowania zasad terapii krótkoterminowej i jej technik, bez szczegółowych informacji potrzebnych do diagnozy i leczenia. Często podejmują interwencje na podstawie „przepisów” znalezionych w literaturze... (Greenberg, 1980, s. 320)

Osoby początkujące często zbyt koncentrują się na technikach, obmyślaniu „sprytnych” interwencji i nie poświęcają dość uwagi kwestiom rozumienia, wartości i szacunku. Być może jest to po części winą autorów piszących o podejściach krótkoterminowych/strategicznym, włączając w to i nas samych, którzy za bardzo koncentrują się na technikach i interwencjach i nie dość mocno akcentują wagę podstawowych postaw i wartości, mądrości i uczciwości, wstrzeźliwości, sądząc, że czytelnik uzna je za oczywiste. Terapeuci krótkoterminowi/strategiczni rzadko też naświetlają ciężką, cierpliwą i często wyczerpującą pracę, która poprzedza „wspaniałe” interwencje, jak również rzadko opisują przypadki, w których do zmiany prowadzi systematyczna, kompetentna praca, a nie dramatyczne fajerwerki. Mądrość nie pojawia się z dnia na dzień, nie można też nauczyć się jej podczas warsztatu, choćby najlepszego. Wymaga ona lat rygorystycznych prób i wyciągnięcia wniosków z błędów.

2

CO SIĘ DZIEJE W GŁOWIE?

System gwiazdny powstaje, gdy jakaś przestrzeń zostaje rozerwana lub oddzielona. Skóra żywego organizmu odcina to, co zewnętrzne, od tego, co wewnętrzne. Tak samo dzieje się w przypadku obwodu koła na płaszczyźnie. Śledząc sposób, w jaki prezentujemy tego typu rozerwanie, możemy zacząć rekonstrukcję z dokładnością opisu, która wydaje się wręcz niesamowita, podstawowych form leżących u podstaw nauk lingwistycznych, matematycznych, fizycznych i biologicznych, i możemy dostrzec, w jaki sposób prawa znane nam z własnego doświadczenia wynikają nieubłaganie z pierwotnego aktu rozdzielenia.

Spencer-Brown (1979, s. XXIX)

...żadne z naszych wyjaśnień nie może być prawdziwe... W pewnym sensie ostateczna prawda jest nam w ogóle niedostępna z tego prostego powodu, że musimy uczynić cięcie we wszechświecie, aby w ogóle zrobić eksperyment. Musimy zdecydować, co ma znaczenie, a co nie.

Bronowski (1978, s. 69)

Bez swych wynalazków, zarówno teoretycznych jak i instrumentalnych, człowiek byłby zarówno zdezorientowany, jak i ślepy. Nie wiedziałby, gdzie patrzeć, ani jak widzieć.

Kelly (1969, s. 94)

Najgłębszym ze wszystkich odczuć jest to, że powinno być więcej.

Harrison (1986, s. 2)

W ostatnich latach wyrażano coraz więcej niepokoju, że terapeuci krótkoterminowi wykazują mało zainteresowania tym, co dzieje się w głowie. Analogia „czarnej skrzynki” krytykowana była jako ignorowanie tego, jak klient przeżywa swe doświadczenia, co stanowi ważny czynnik motywacyjny w sposobie jego reagowania na swój świat, i zasadniczy element trwającego poczucia tożsamości (Duncan, 1992). To prawda, że terapeuci krótkoterminowi są zazwyczaj bardziej zainteresowani zjawis-

kami obserwowalnymi. Zgadza się całkowicie z wagą koncentracji na tym, co dostępne obserwacji i minimalizowania liczby założeń i konkluzji czynionych przy próbach zrozumienia zachowania ludzkiego. Mamy jednak mózgi, i zgadzamy się, że coś wewnątrz nich się dzieje. Przyjmując minimalną liczbę założeń, chcemy pokrótce przedstawić pewne związane z tą kwestią ramy teoretyczne (związane przynajmniej w naszych umysłach). Sądzimy, że będą one pomocne w rozważaniach na temat tego, jak ludzie nadają sens swemu światu i odróżniają na własny użytek niepowtarzalne „rzeczywistości”, w obrębie których każdy z nich żyje i reaguje, zarówno behawioralnie, jak i afektywnie.

PODSTAWOWE OPERACJE

Podstawowym budulcem wszelkiego życia, poza życiem na najbardziej prymitywnym poziomie (ameba, niektórzy politycy itp.), jest komórka nerwowa, działająca na zasadzie „wszystko albo nic”: odpala albo nie; oto podstawowe rozróżnienie: włączone, wyłączone. Decyzja każdej komórki, by przewodzić, będzie oparta na jej konkretnym i niezmiennym progowym poziomie możliwości, i nie może ona przekazać dodatkowych poziomów informacji w inny sposób (np. poprzez zmianę intensywności reakcji) niż częstotliwość odpalania. Proces ewolucji ku wyższym formom funkcjonowania oparty jest głównie na stopniowym rozwijaniu coraz bogatszych i różnorodnych sposobów połączeń synoptycznych pomiędzy wzrastającą liczbą podstawowych komórek nerwowych, z których każda nadal zdolna jest tylko do sygnalizowania jednego lub dwóch potencjalnych stanów.

Spencer-Brown zaproponował, by uznać za najbardziej podstawową czynność odróżnianie, które raz przeprowadzone, tworzy dwie przestrzenie lub stany, oddzielone granicą, a każda przestrzeń lub stan mogą zostać oznaczone (nazwane) (Spencer-Brown, 1979, s. 1). Przeprowadzenie tej operacji zakłada konieczność istnienia rozróżnienia pomiędzy obserwatorem a polem obserwacji. To, co w jakimkolwiek punkcie tworzy impuls do przeprowadzania rozróżnienia, jednocześnie określa, która część staje się bardziej znacząca, tak że ta druga część nie jest tożsama z pierwszą.

Jasne jest, że im prymitywniejsza forma życia, tym mniej jest jej potrzebnych rozróżnień w celu funkcjonowania w obrębie parametrów wyznaczonych przez jej formę: na przykład rozróżnienie pomiędzy „gorąco” i „nie-gorąco”, „mokro” i „nie-mokro”, „zimno” i „nie-zimno”,

„sucho” i „nie-sucho”, „jadalne” i „nie-jadalne”, „bezpieczne” i „nie-bezpieczne” etc. Im bardziej skomplikowana forma życia, tym większa liczba i różnorodność rozróżnień staje się możliwa. Im bardziej złożony aparat sensoryczny i system nerwowy, tym subtelniejsze i różnorodniejsze będą rozróżnienia, które forma ta zdolna jest przeprowadzić.

Można oczywiście przeprowadzać rozróżnienia w obrębie rozróżnień. Na przykład: reakcja organizmu na rozróżnienie pomiędzy jadalnym a nie-jadalnym będzie zależała od rozróżnienia pomiędzy tym, co bliskie i tym co nie-bliskie, zmęczeniem a nie-zmęczeniem, głodem a nie-głodem. Rozróżnienia, które określają stopień pilności i intensywności, z jaką postrzegane są inne rozróżnienia, może prowadzić do ich zorganizowania w różnorodne układy hierarchiczne. Przykładowo: intensywne uczucie głodu może skłonić zmęczone zwierzę do szukania czegoś, co jest nie-blisko, ale jest jadalne. I przeciwnie, silne zmęczenie może prowadzić do tego, że głodne zwierzę zignoruje coś jadalnego, ale nie-bliskiego. Coś bliskiego i jadalnego może nie wywołać żadnej reakcji u zwierzęcia, które nie jest zmęczone, ale też nie-głodne. Są to przykłady nieco uproszczone, ale ilustrujące fakt, że nawet przy minimalnej liczbie rozróżnień możliwy staje się dość złożony stopień doświadczeń organizmu w zakresie reakcji na środowisko.

Rozmiar i zdolności ludzkiego mózgu, złożoność naszego aparatu sensorycznego i systemu nerwowego oraz naszych zdolności do abstrakcyjnego myślenia oznacza, że zakres i złożoność hierarchii rozróżnień, których możemy dokonać, staje się nieskończony.

Pomimo wysiłków socjobiologów, by wyjaśnić jak największą część naszego zachowania determinacją genetyczną, uzasadnione jest, jak się wydaje, mówienie o stosunkowo niewielkiej liczbie podstawowych cech. Genetycznie zakodowana jest konieczność jedzenia, obrony, ucieczki, gdy to konieczne, łączenie się w grupy społeczne, reprodukcja, opieka nad potomstwem. Wydaje się, że posiadamy wrodzoną zdolność do śmiechu, często związanego z naszą nienasyconą ciekawością otoczenia, pełnego zagadek. Nie różnimy się pod tym względem od szympanów, które można by opisać w analogiczny sposób. Różnica polega na tym, że posiadając duże mózgi, mamy, zdaniem Chomsky’ego, połączenia umożliwiające rozwój języka symbolicznego, i poprzez język właśnie zdolni jesteśmy do stwierdzenia i artykułowania wielości światów od najbardziej podstawowych i praktycznych do najbardziej abstrakcyjnych i metafizycznych (Chomsky, 1972, 1975).

To dzięki bogactwu symbolicznego języka możemy przeprowadzone

rozdzielenia i nadawane znaczenia artykułować, interpretować i reinterpretować w trwającym wciąż ewolucyjnym procesie konstruowania naszych „rzeczywistości”. Czynimy to poprzez wewnętrzny i interpersonalny dialog. Goolishian i Anderson piszą:

W sensie hermeneutycznym ludzie konstruują takie a nie inne światy, ponieważ partycypują w języku, praktyce społecznej, w instytucjach i innych formach symbolicznego działania. Owe działania społeczne zakładają, wymagają i chronią takie konstrukcje świata i jaźni, jakie są powszechne w tej partycypacji. (1992, s. 11)

KONSTRUKTY PERSONALNE

Psycholog George Kelly zaproponował schemat wyjaśniający zachowania ludzkie, oparty głównie na zdolności jednostki do przeprowadzania rozróżnień (Kelly, 1955). Koncepcja ta, według nas, postuluje proces podobny do „najbardziej podstawowej” operacji Spencera-Browna, a także zasady brzytwy Ockhama, dotyczącej ograniczania liczby hipotez. Schultz, komentując wpływ Kelly’ego na różne teorie osobowości, pisze:

Teoria Kelly’ego ma niewiele wspólnego z innymi ujęciami. Ostrzega on, że nie znajdziemy w jego systemie wielu znanych terminów i pojęć powszechnie występujących w teoriach osobowości. Po tym ostrzeżeniu szokuje nas wykazując, jak wielu spośród tych terminów brak w jego ujęciu: nie ma nieświadomości potrzeb, popędu, bodźca, reakcji, wzmocnienia — i co najdziwniejsze — motywacji ani emocji. (1990, s. 380)

Głównym założeniem teorii Kelly’ego jest uznanie, że nadajemy sens sytuacjom poprzez stosowanie różnorodnych „konstruktów”, które tworzą specyficzny sposób, w jaki przeprowadzamy rozróżnienia i kategoryzujemy nasze doświadczenia, a także przewidujemy przyszłe wydarzenia. W miarę upływu czasu wszyscy wypracowujemy zestaw różnych wzorów lub zbiory kategorii, które mają szczególne znaczenie przy analizie świata i reagowaniu na niego. Odzwierciedlają one całe nasze różnorodne doświadczenie życiowe (jak je aktualnie pamiętamy i interpretujemy) i nasze aktualne zasadnicze problemy. Nie tylko wpływają one na naszą percepcję i reakcje na bieżące sytuacje, ale także naszą antycypację przyszłości, nasze przygotowanie na to, co prawdopodobnie nastąpi. Konstrukty istnieją jako twory teoretyczne i nie należy ich traktować jako realnych bytów. Stanowią raczej interpretację obiektywnej rzeczywistości niż refleksję nad nią. Podlegają nieustannym zmianom. W rozdziale 3 roz-

ważymy problemy, jakie pojawiają się, gdy zaczynamy traktować abstrakcje jako byty realne. Percepcja określonej osoby jest wysoce selektywna i zindywidualizowana (choć ludzie z tej samej rodziny lub o takim samym pochodzeniu etnicznym, wyznający tę samą wiarę, poglądy polityczne, posiadający tę samą płć itp. — mogą dzielić wiele konstruktów, utrwalając je poprzez istniejące sygnały i dialog).

Konstrukty można odtworzyć, prosząc na przykład badaną osobę o ułożenie listy dziesięciu do piętnastu osób w znaczący sposób, choć różnie z nią związanych (np. ojciec, matka, rodzeństwo, nauczyciel, ksiądz, przyjaciel, kochanek, obcy) albo też listę taką może przedstawić eksperymentator. Następnie, biorąc po trzy osoby jednocześnie, stawia się pytanie, pod jakimi względami dwie spośród tych trzech są podobne do siebie, i czym różni się ta trzecia. Po pewnym czasie, w miarę wybierania różnych kombinacji, można wyłonić listę preferowanych cech. Można stworzyć siatkę przedstawiającą wymiary, wokół których jednostka czyni rozróżnienia, oceniając ludzi. Argyle wskazuje, że „Różni ludzie korzystają z różnych cech... Ludzie stają się najdokładniejsi w ocenie cech, które są dla nich najważniejsze... (Argyle, 1983, s. 107).

Fransella i Bannister wyjaśniają konstrukt jako rozróżnienie, a nie etykietkę werbalną:

Kelly oferuje szereg definicji konstruktów. Na przykład: konstrukt jest „sposobem w jaki dwie lub więcej rzeczy są do siebie podobne i tym samym różnią się od trzeciej (lub więcej) rzeczy”.

We wszystkich swych definicjach Kelly zachowuje zasadnicze pojęcie bipolarności konstruktów. Uzasadnia to tym, że nigdy nie stwierdzamy czegoś bez jednoczesnego zaprzeczania czemuś innemu. Nie zawsze, lub nie często, określamy przeciwne bieguny, lecz Kelly sądzi, że nadajemy sens naszemu światu poprzez jednoczesne stwierdzanie podobieństw i różnic. Kontrast nadaje konstruktom ich użyteczność. (1977, s. 5)

Mimo iż uczeni nie mają pewności co do tego, jak gromadzimy i przekazujemy to, co pamiętamy, wydaje się jasne, że proces ten obejmuje gromadzenie schematów skojarzeń pomiędzy impulsami sensorycznymi. Jest to raczej gromadzenie schematów niż kolejnych, pojedynczych impulsów sensorycznych, co umożliwia nam działanie na ograniczonej liczbie informacji. Dostęp do części schematu pozwala na nieomal natychmiastowe zrozumienie sposobu dokończenia schematu opartego na uprzednio wyuczonych skojarzeniach, na grupowaniu napływających danych w schematy przechowywane w pamięci. (Łatwo dostrzec korzyści ewolucyjne wynikające ze zdolności do takiego reagowania.)

Peter Russell (1979) pisze, że każda „informacja jest zapisana w rozległych, wzajemnie powiązanych sieciach. Każda idea czy obraz posiada setki, a może i tysiące skojarzeń, i powiązana jest z innymi licznymi punktami naszej sieci umysłowej” (1979, s.105).

Drogi pomiędzy skojarzeniami, które są powtarzalne, zostają wzmocnione. Te, które używane są rzadziej, choć nie ulegają wymazaniu, stają się prawdopodobnie mniej ważne lub „zapomniane”, tak samo jak nie używana ścieżka w lesie zarośnie i zostanie zapomniana, aż do czasu, gdy zostanie na nowo przetarta przez użytkowników.

Gdy schematy skojarzeń ustabilizują się, zaczynają wpływać na selekcję i przepływ kolejnych informacji. Według de Bono: „Schematy wzięte są z otoczenia wyłącznie na podstawie tego, że są znane, a poprzez ten wybór stają się jeszcze bardziej znane” (1971, s.124). W ten sposób budujemy hierarchię schematów rozróżnień w obrębie rozróżnień, które następnie będą decydować o tym, jak widzimy siebie samych, świat, jak nadajemy sens swym doświadczeniom. Struktury, które tworzymy z tych abstrakcji, będziemy definiować jako „rzeczywistość”. Najważniejsze są oczywiście te rozróżnienia, które konieczne są dla zachowania życia i bezpieczeństwa. Przeprowadzanie rozróżnień może być oparte na konstrukcjach, które są relatywnie łatwe do wyartykułowania i dostępne introspekcji, poprzez te rozróżnienia, które odzwierciedlają głębsze pokłady pamięci doświadczeń i warunkowania, aż do poziomu najbardziej podstawowych i nietrudno artykułowanych instynktów. To, jak zostają one hierarchicznie zorganizowane w danym momencie, zależy od kontekstu. Widząc zagrożenie dziecka, określona osoba dorosła może, nie myśląc (lub bez względu na myślenie) uczynić coś, co w innym kontekście byłoby niemożliwe, gdyż wywołałoby irracjonalną fobię lub uzasadnione przerażenie.

Innymi ważnymi wielkościami, na których czyniny rozróżnienia, są te wielkości, poprzez które definiujemy rozmaite kategorie „tamtych” i „nas”, na przykład: rodzina, plemię, rasa, płeć, kolor skóry, wierzenia religijne, klasa społeczna, i tysiące innych, które mogą mieć głęboki, długotrwały, lub przejściowy wpływ na nasze życie.

Kiedy już zdarzenia zostaną przypisane ogólnej kategorii, dalsza ich obserwacja jest stronicza... przypisuje się ją zachowaniom nawet na podstawie niewielkiej liczby informacji... kiedy już ogólne etykiety zostaną umieszczone, trudno jest je zmienić lub odrzucić. Ponadto, jeśli te ogólne kategorie są w danej kulturze w powszechnym użytku, zaczynają być odbierane jako intuicyjnie adekwatne opisy zachowań, choć naprawdę niekoniecznie do nich pasują.

Często okazuje się, że gdy jednostka dokona kategoryzacji lub pogrupuje bodźce, usiłuje utrzymać tę kategorię, nawet gdy fakty przeczą jej zasadności, poświęcając znacznie mniej uwagi nowym informacjom, i koncentrując się na informacjach potwierdzających utworzoną kategorię. (Mischel, 1968, s. 58)

Czasem dominuje kilka podstawowych wielkości. Wiele innych potencjalnych wielkości może wówczas zostać objętych tymi kilkoma, które postrzegane są jako bardziej pojemne, a po krótszym lub dłuższym okresie czasu rozwinąć się może pewna sztywność postaw i reakcji. Na przykład wymiary takie, jak „bycie dobrym” lub „bycie złym”, status społeczny, inteligencja, atrakcyjność mogą ulec znacznej zmianie, kiedy interpretowane są przez pryzmat niezbędnego (dla nas) wymiaru takiego jak rodzina, plemię, kolor, religia, bycie „takim samym jak wujek Jack” etc. Na znacznie bardziej trywialnym poziomie, powszechnie czynione rozróżnienie pomiędzy rudymi a resztą nas, może wpłynąć na nasze postawy ku nim i tolerancję wybuchów gwałtownej złości. Kiedy znajdujemy się pod presją (a to, co uznajemy za presję, jest, w znacznym stopniu, zależne od nas samych), mamy tendencję do zawężania się do wielkości uznanych przez nas za najważniejsze dla przetrwania aktualnej sytuacji. Pewne ekstremalne polityczne lub religijne postawy mogą działać jak „czarne dziury”, w których całe układy wielkości mogą zniknąć bez śladu pod wpływem kilku dominujących imperatywów.

Jak zauważa de Bono:

Szczególnym niebezpieczeństwem wynikającym z tendencji do traktowania wszystkiego w kategoriach przeciwnych biegunów jest odsuwanie biegunów tych od siebie tak daleko, jak tylko jest to możliwe... Tak więc każda różnica zostaje wyolbrzymiona do rozmiarów absolutnych. Podobnie dzieje się w przypadku, gdy częściowy opis przejmuje funkcję opisu całkowitego. Polityk zostaje uznany za skorumpowanego, kobieta za źle prowadzącą się, mimo iż opinie tę usprawiedliwia jedynie wąski wycinek ich zachowań. Jeśli jednak zachowanie to jest jedynym wyróżnikiem, zostaje ono potraktowane jako reprezentacja całości. (1979, s. 201-202)

Schultz zwraca uwagę, że konstrukty mogą różnić się pod względem podatności na zmianę od konstruktów „możliwych do zrewidowania i rozszerzenia pod wpływem nowych doświadczeń” do zupełnie „nieprzepuszczalnych”, które „nie zmieniają się, ani nie mogą zostać zastąpione, bez względu na to, jakie nowe doświadczenia wchodzi w grę...

Określona osoba jest w stanie tolerować pewną liczbę pomniejszych sprzeczności, nie odrzucając ani nie modyfikując całego konstruktu” (Schultz, 1990, s. 390-391).

Tak więc złożoność poznawcza, którą można zdefiniować w kategoriach większej liczby niezależnych wielkości dostępnych procesów różnicowania w każdym określonym momencie, może być porównana z takimi cechami, jak: elastyczność, wrażliwość, tolerancja, zdolność rozumienia, twórczość etc. Można założyć też istnienie całego zespołu czynników osobowościowych, interpersonalnych, związanych z przynależnością do grup społecznych (włączając w to rasę i płeć), historycznych i socjopolitycznych, które będą wpływać na trwałość określonych, powiązanych ze sobą grup konstruktów.

FIGURA/TŁO: EFEKTY STRONNICZOŚCI OBSERWATORA

Tak więc, na cokolwiek byśmy zwrócili uwagę, pewne aspekty sytuacji będą tworzyć figurę na tle pozostałych aspektów. Jeden z naszych przyjaciół, wiele lat temu, kupił wiktoriański rysunek, na którym można było zobaczyć dwa motywy, w zależności od tego, które elementy uznano za figurę na tle, podobny do prac często wykorzystywanych w psychologii percepcji. Przedstawiał on młodą, nagą kobietę bądź ponure ludzkie czaszki. Przyjaciel ten dostrzegał tylko pierwszą postać i zupełnie nie mógł zobaczyć drugiego motywu. Bezmyślnie wpatrywał się w rysunek przez wiele dni, aż nagle nieoczekiwanie zobaczył czaszki po raz pierwszy.

Oczywiście, w tego rodzaju rysunkach wyłonienie się każdej z postaci zależy od całkowicie odmiennych interpretacji tego, które linie i obszary cienia utworzą postać, a które stanowić będą tło. Figury te nie mogą być widziane jednocześnie przez tego samego obserwatora (aczkolwiek mogą nagle naprzemiennie się wyłaniać, kiedy potrafimy je już dostrzegać). Omawiając zjawisko figury/tła w rozdziale poświęconym postrzeganiu, Adcock komentuje: „...detale postrzegane są wówczas, gdy stanowią figurę, natomiast będąc tłem, postrzegane są jako jednolite” (1964, s. 142).

Badania Roberta Rosenthala i jego współpracowników, dotyczące skutków nastawienia eksperymentatora, wykazały, że sens, jaki dostrzegamy, a więc co uznajemy za figurę, a co za tło oraz nasze przypuszczenia odnośnie do przyszłości, wpływają nie tylko na nasze własne zachowanie, ale mogą też istotnie wpływać na zachowanie innych (Rosenthal, 1966; Rosenthal i Jacobson 1968). W jednym z tych eksperymentów, grupa nauczycieli została poinformowana, że dzieci z ich klasy wypełniały test inteligencji. Podano im nazwiska dzieci, które najlepiej wypadły. Dzieci

te były w rzeczywistości dobrane losowo. Tak więc różnice pomiędzy tymi „specjalnymi uczniami” a resztą klasy istniały jedynie w umyśle nauczyciela. Po roku okazało się, że

nastąpiła znacząca korzyść płynąca z oczekiwań nauczycieli, co zaznaczyło się szczególnie wśród dzieci pierwszej i drugiej klasy. Efekty te uwidoczniły się w wynikach ogólnego Ja, werbalnego Ja i Ja logicznego wnioskowania. Grupa kontrolna dzieci z tych klas osiągnęła dobre wyniki w Ja, 19% spośród nich osiągnęło 20 lub więcej punktów w ogólnym Ja. Jednakże wśród owych „szczególnych” dzieci aż 47% uzyskało 20 lub więcej punktów. (Rosenthal i Jacobson, 1968, s. 175)

Inni badacze wykazali wpływ naszych oczekiwań nie tylko w sposobie postrzegania, ale także na przykładzie poważnych implikacji podejmowanych działań będących skutkiem takiego sposobu czynienia rozróżnień. Rosenhan zrelacjonował badania, które dobitnie demonstrowały niemożność zasadnego różnicowania pomiędzy ludźmi normalnymi i chorymi psychicznie w szpitalach psychiatrycznych, w których rzeczywistość jest w taki sposób skonstruowana, że każde zachowanie, nawet całkowicie normalne, może być postrzegane jako oznaka choroby umysłowej. Jeden z badaczy udający pacjenta, który zupełnie otwarcie robił notatki dotyczące swych przeżyć, został przez personel scharakteryzowany w dzienniku w następujący sposób: „Pacjent angażuje się w pisanie”. Nikt go nigdy nie zapytał, co pisze (Rosenhan, 1973).

Jeden z nas pisał:

Kiedy nasze schematy skojarzeń ustabilizują się w określony sposób, zaczynają wpływać na przetwarzanie kolejnych doświadczeń... W ten sposób tworzymy systemy przekonań lub umysłowe „zbiory”, które określają to, jak widzimy siebie samych i otaczający nas świat, i jak przypisujemy znaczenia, a przez to i reagujemy na te doświadczenia. Następnie, w związkach z innymi tworzymy schematy wspólnych zachowań, które odzwierciedlają zarówno nasze przekonania, jak i przekonania osób, które wchodzi z nami w interakcję, i poprzez powtarzalność są potwierdzane, jakkolwiek wzorce te rzadko rozwijają się w sposób świadomy. (Cade, 1991, s. 35)

Proces ten wyczerpująco opisał Zukav:

Rzeczywistość jest tym, co uznajemy za prawdziwe. Za prawdziwe uznajemy to, w co wierzymy. To, w co wierzymy, oparte jest na naszych postrzeżeniach. To, co postrzegamy, zależy od tego, czego szukamy. To, czego szukamy, zależy od tego, co myślimy. To, co myślimy, zależy od tego, co postrzegamy. To, co postrzegamy, określa to, w co wierzymy. To, w co wierzymy, determinuje to, co uznajemy za prawdziwe. To, co uznajemy za prawdziwe, stanowi naszą rzeczywistość. (1979, s. 328)

Nie chcemy przekonywać, że powyższe słowa opisują prawdę na temat tego, co zachodzi w głowie. Stanowią tylko najoszczędniejsze ramy teoretyczne umożliwiające rozumienie procesów umysłowych opartych na podstawowej operacji najprostszych elementów, koncepcję odwołującą się do możliwie najmniejszej liczby założeń.

3

REALNOŚĆ „RZECZYWISTOŚCI” (ALBO RZECZYWISTOŚĆ TEGO, CO REALNE): „CO SIĘ NAPRAWDĘ DZIEJE?”

„...fakt, że przyczyny tego samego rodzaju dają tego samego rodzaju skutki, jest twierdzeniem trudnym do udowodnienia. ...Jak mogę odkryć powszechną więź, która porządkuje rzeczy, skoro nie mogę poruszyć palcem nie tworząc nieskończonej ilości nowych bytów, albowiem przy tym ruchu zmieniają się wszystkie relacje położenia między moim palcem a wszelkimi innymi rzeczami? Relacja to sposób, przez który mój umysł postrzega związek między poszczególnymi bytami, lecz jaka jest pewność, że ten sposób jest powszechny i stabilny?”

Imię róży, Umberto Eco (1983)

(tłum. Adam Szymanowski)

Niedawno na polu psychologii rozpoczęto debatę na temat natury rzeczywistości. Watzlawick (1984) wydał książkę pt. *The Invented Reality* (Rzeczywistość wymyślona), w której szereg osób argumentuje na rzecz koncepcji rzeczywistości pojmowanej jako konstrukt, wytwór określonego spojrzenia indywidualnego obserwatora na świat. Speed, z kolei, stoi na stanowisku konstruktywizmu. Rzeczywistość istnieje, a nasze konstrukty są mniej lub bardziej adekwatnym odzwierciedleniem tej rzeczywistości, jej interpretacją (1984a, 1984b, 1991).

Obecnie spróbujemy naświetlić pewne problemy tej debaty, które, zdaniem naszym, mogą wynikać z braku jasnego rozróżnienia pomiędzy dwoma poziomami: (1) poziomem przedmiotów i zdarzeń i (2) nadawa-

nym im znaczeniom. Będziemy także argumentować na rzecz anarchizmu poznawczego, gdyż, z jednej strony, nawet jeśli rzeczywistość obiektywna istnieje, najlepiej w nią nie wierzyć, z drugiej zaś strony, każdy obraz rzeczywistości, nawet najbardziej absurdalny, może być w jakiejś sytuacji wart tego, by weń wierzyć. Innymi słowy, powinniśmy wierzyć we wszystko i w nic, i to jednocześnie. Każde inne stanowisko może prowadzić do absurdalnych postaw, jakich mnóstwo widzimy w naszym, jak się zdaje, samobójczym świecie.

RZECZY i ZDARZENIA ograniczają się do opartych na zmysłowych danych obserwacji i opisów tego, co postrzegamy poprzez różne zmysły lub postrzeżeń zapamiętanych tego, co się dzieje, i co się zdarzyło.

ZNACZENIA są interpretacjami, wnioskami, osądami i atrybucjami związanymi z postrzeganymi rzeczami i zdarzeniami.

Zacznijmy od poziomu rzeczywistości, który dotyczy rzeczy i zdarzeń. Wydaje nam się zasadne, że akceptujemy, w większości wypadków, taki poziom rzeczywistości. Ogólnie (choć być może sytuacja wygląda inaczej w odniesieniu do innych, nie odkrytych jeszcze form życia) wszyscy zgadzamy się co do istnienia i wymiarów określonych rzeczy, oraz co do tego, że w obrębie rzeczy i pomiędzy nimi zachodzą zmiany, które możemy na określonych skalach czasowych obserwować i mierzyć. Różnice, często daleko idące i dramatyczne, pojawiają się dopiero odnośnie do interpretacji i nadawania znaczenia owym rzeczom i zdarzeniom.

Dobrze kwestię tę naświetla praca Schefflen *Susan Smiled: On Explanation in Family Therapy* (1978) (Zuzanna uśmiechnęła się: O wyjaśnianiu w terapii rodzin). Bez wątplenia wszyscy obserwatorzy wspomnianego w tytule zdarzenia zgodziliby się, mając odpowiednio dużo czasu do analizy, że usta Susan poruszyły się w określonym momencie, w związku chronologicznym z zachowaniem innych osób obecnych w pokoju. Jednakże opinie obserwatorów różniły się co do wyboru rzeczy i zdarzeń mających znaczenie i nadawanego im znaczenia. Różnice interpretacji w grupie dyskusyjnej opisanej w artykule prowadziły jedynie do interesującej i przedłużającej się dyskusji nad możliwymi znaczeniami uśmiechu Susan. W innym kontekście, to samo zjawisko polegające na tym, że rzeczy i zdarzenia mogą być odbierane różnie, poprzez sposoby czasami stojące ze sobą w konflikcie, może prowadzić do powstania całej gamy ludzkich problemów, poczynając od stosunkowo niewielkich sprze-

czek, a skończywszy na prześladowaniach religijnych, wielkich wojnach i, kto wie, może i globalnym wyniszczeniu.

Trzeba w tym momencie jednak przyznać, że gdy tylko przesuniemy dyskusję na poziom subatomowy, natychmiast stajemy w obliczu problemów z definicją rzeczywistości. To, co naszym umysłem bezpośrednio wydaje się twardą skałą, przy badaniu na poziomie subatomowym staje się czymś nieuchwytnym. Zdaje się być utworzone przez relacje pomiędzy elementarnymi cząstkami istniejącymi doraźnie w świecie rachunku prawdopodobieństwa (i który zostaje przywołany do istnienia przez przebiegający proces obserwacji). Jak pisze Capra: „Pojęcie materii w fizyce molekularnej... jest całkowicie odmienne od tradycyjnej idei materialnej substancji w fizyce klasycznej. To samo dotyczy pojęcia przestrzeni, czasu, przyczyny i skutku” (1976, s. 15). Lub, jak proponuje fizyk Henryk Pierce Stapp w nie publikowanej pracy, cytowanej w fascynującej książce Zukava *The Dancing Wu-Li Masters (Tańczący mistrzowie Wu-Li)*:

Jeśli podejście mechaniki kwantowej jest słuszne, w tym silnym sensie, że pełniejszy opis substruktury leżącej u podstaw doświadczenia nie jest możliwy, to rzeczywisty świat fizyczny nie istnieje, w tradycyjnym sensie tego słowa. Wniosek ten nie oznacza, że być może nie istnieje fizyczny świat, lecz że z całą pewnością rzeczywisty świat fizyczny nie istnieje. (1979, s. 105)

Dla naszych celów jednakże zatrzymamy się na poziomie nieco wyższym od molekularnego, na poziomie, na którym rzeczy i zdarzenia, których doświadczamy wokół siebie, mogą być uznane za „zewnętrzne” wobec nas.

Watzlawick zdaje się chwilami stać na dość krańcowym stanowisku twierdząc, że nie ma rzeczywistości „zewnętrznej” lecz tylko taka, która jest „w najbardziej bezpośrednim i konkretnym sensie” (1984, s. 10) konstruowana przez obserwatora. Nie różnicuje on jasno poziomów rzeczy i zdarzeń oraz przypisywanych im znaczeń, przez co przyjmuje nieomal solipsystyczną postawę. Aż korci, by zaprosić go do rozwinięcia jej w obliczu rozeźlonego niedźwiedzia polarnego. Czy zwierzę to „realnie” się tu znajduje? Jednak już dyskusja pomiędzy handlarzem skór, Eskimosem, poszukującym trofeów myśliwym oraz ekologiem wykazałaby pewnie, że choć żaden z nich nie kwestionuje realności istnienia tych zwierząt, to sposób widzenia i traktowania ich różni ich radykalnie.

Oczywiście, jak to zademonstrował Rosenthal, przekonania i oczekiwania obserwatora mogą mieć bezpośredni i samospełniający się wpływ na zachowanie ludzi i zwierząt obserwowanych (podobnie rzecz się ma

z cząstkami molekularnymi) (Rosenthal, 1966). Dobór percepcji w zależności od nastawienia prowadzi do określonych reakcji obserwatora, które przenoszą informacje wpływające na obserwowanych i wzmacniające te ich zachowania, które zgodne są z oczekiwaniami obserwatora, a proces ten zazwyczaj przebiega poza świadomością obu stron. Dlatego też postawa obserwatora wobec niedźwiedzia polarnego może mieć wpływ na to, jak się to zwierzę wobec niego zachowa, i będzie zatem „konstruowała” pewien aspekt rzeczywistości. A jednak niedźwiedź polarny istnieje niezależnie od procesu obserwacji (a jeśli nawet nie istnieje w sensie absolutnym, to na poziomie rzeczywistości fizycznej, której wszyscy jesteśmy mieszkańcami, mądrze więc będzie, jeśli uwierzymy w jego istnienie).

Speed, ze swej strony, skłania się ku przeciwnemu rozwiązaniu. Znow, nie różnicując jasno odmiennych poziomów, traktuje ona jednakowo precyzyjnie definiowalną fizyczną strukturę góry z równie absolutną „rzeczywistością” lub „prawdą” o tym, co dzieje się w rodzinie, do czego obserwator może dojść poprzez coraz bardziej udoskonalone modele. Proponuje ona, by hipotezę o rodzinie traktować jako użyteczną, gdyż jest ona „prawdziwa” (lub raczej, jak sama siebie poprawia, ponieważ „jest relatywnie bardziej adekwatnym odzwierciedleniem lub modelem rzeczywistości”).

„Rzeczywistość” rodziny jest sprawą dość skomplikowaną. O ile wszyscy obserwatorzy zgodziliby się co do ilości członków, ich płci, rozmiarów i innych cech, a także co do określonych zdarzeń zachodzących pomiędzy nimi (np. matka odwraca się o 180°, podnosi głos o kilka decybeli. wypowiada pewną ilość słów, ojciec przy czwartym słowie odwraca się szybko o 170°, wychodzi przez drzwi, kiedy ojciec zbliża się do drzwi na odległość 2 metrów, w oczach córki pojawiają się łzy, matka podchodzi do niej i kładzie lewą rękę na jej ramieniu etc. Tego rodzaju analizę dokonywać można na mikroskopowym poziomie, biorąc pod uwagę kolejne sekundy, lub na poziomie mniej szczegółowym, uwzględniając dłuższe odcinki czasowe). Kiedy jednak przechodzimy do nadawania znaczeń, wszystko staje się znacznie bardziej skomplikowane.

W każdej określonej sytuacji istnieje potencjalnie nieskończona liczba aspektów całościowej postaci, zewnętrznych i wewnętrznych doświadczeń, które mają posłużyć do odtworzenia pierwotnych warunków, które ożywić mogą całą gamę wspomnień i skojarzeń. To, które z tych aspektów doświadczenia wysuną się w danej chwili na pierwszy plan na tle innych potencjalnych skojarzeń, zależy od stanu świadomości konkretnej jednostki lub jej mniej świadomych nastawień, dominujących w danej chwili.

...Innymi słowy, to co zaprzęta naszą uwagę, konkretne nastawienia wynikające z naszego systemu nadawania znaczeń, będzie poprzez intensyfikację wyróżniało określone cechy czy aspekty doświadczenia spośród potencjalnego bogactwa możliwych skojarzeń. W miarę, jak wzorce skojarzeń stabilizują się, zaczynają wpływać na przetwarzanie następnych doświadczeń. (Cade, 1991, s. 30)

Każde zdarzenie czy ciąg wydarzeń dotyczący wielu osób tworzy sytuację nieskończenie bardziej złożoną; misterną pajęczynę poczynionych rozróżnień, przywołanych wspomnień, skojarzeń i powiązań pomiędzy procesami wyboru i elementami nadawania im postaci zależnymi od jednostkowych, rodzinnych, kulturowych, religijnych, rasowych i narodowych mitów dotyczących tego, co jest i co było, co być powinno, co być mogło. Podlega ona obserwacji jedynie poprzez analogiczny proces przebiegający u obserwatora.

Oto przesadnie nawet uproszczony przykład: określony mężczyzna, może na skutek złożonego systemu uwarunkowań, doświadczeń, uprzedzeń, mitów etc., wykształcić w sobie przekonanie, że pewne kobiety (lub wszystkie) nie są godne zaufania i że zawsze usiłują podstępnie kontrolować mężczyzn. Będzie on miał tendencję do postrzegania (i reagowania na te postrzeżenia) zachowań kobiet, z którymi jest związany poprzez taki właśnie zestaw konstruktów. Założmy, że w poprzednim związku mężczyzna ten poprzez konstrukty mające swe źródło w osobistej historii oraz w uwarunkowaniach społecznych, zaczął postrzegać partnerkę jako „polującą na niego” i „usidlającą go”, i w końcu zareagował odpowiednio (ze swego punktu widzenia).

Z kolei kobieta, która żywi przekonanie, że pewni (lub wszyscy) mężczyźni nie są zdolni do emocjonalnego zaangażowania w związek i zawsze usiłują w nim dominować sądząc, że mają do tego prawo, będzie również miała tendencję do postrzegania zachowania partnera i reagowania na nie w takich kategoriach. Gdyby ta para weszła ze sobą w związek, wzorzec interakcji pomiędzy nimi oparty będzie o te reakcje i kontrreakcje (których geneza, w dużej mierze, wiązać się będzie z konstruktami poprzedniego pokolenia, jak również z obowiązującymi normami społecznymi). Poprzez te właśnie konstrukty (lub wewnętrzne dialogi) każdy z nas postrzega lub nadaje sens temu, co się dzieje w każdym związku lub zbiorze związków (bez względu na to, czy mamy rację, czy nie, i zakładając, że nigdy tego nie da się ustalić) i podejmuje decyzję o tym, jak należy działać.

Przez jakiś czas mężczyzna ten może odbierać tę kobietę inaczej niż swą poprzednią partnerkę i wobec tego inaczej reagować. Jednakże może

się także okazać, że jeśli związek ten potrwa dłużej, ogólne konstrukty dotyczące kobiet mogą wpływać na jego interpretację jej zachowań, zacznie więc odkrywać chęć „usidlenia” go, i w konsekwencji wycofywać się emocjonalnie, tym samym wyzwalając w niej dokładnie te same zachowania, których najbardziej się lęka. U niej zaś, choć początkowo może odbierać go jako „innego”, ogólny konstrukt, że „większość mężczyzn tworzy emocjonalny dystans” może spowodować antycypację i interpretację zachowania tego mężczyzny jako dowodów na próby wycofania się, co wywoła w niej lęk prowadzący do „usidlenia” go, a to z kolei wyzwoli w nim dokładnie te zachowania, których ona się boi.

Nasze działanie zależne jest od tego, jakie motywy i plany działania przypisujemy innym, i tym samym wyjaśniamy ich zachowanie (słusznie lub nie) oraz od naszych własnych motywów i planów (których możemy być w różnym stopniu świadomi w danym momencie). Ludzie nieintencjonalnie wciągają się wzajemnie w „gry” (których konsekwencje są czasem tragiczne). Usiłując zarówno forsować swe interesy, jak i bronić ich (równie dobrze mogą one obejmować interesy innych, nawet jeśli są nieprawidłowo postrzegane i reprezentowane).

Odnosi się to oczywiście także do tego, jak postrzegamy działanie partnerów dotyczące naszych dzieci (lub ich i naszych krewnych), oraz zachowania naszych dzieci w stosunku do nas i naszych małżonków (i wszystkich tych krewnych).

O tym, jak zachowania te będziemy interpretować, decyduje ogromna liczba czynników. Znajdą się pośród nich poglądy na temat własnej rodziny i małżeństwa, natury małżeństwa, oczekiwań, jakie można z nim wiązać, miejsca dzieci w rodzinie, roli przypisanej każdej z płci w życiu małżeńskim, a także nakazów społecznych i stereotypów wiążących się z rodziną. Następnie reagujemy zgodnie z tym, jakie motywy przypisaliśmy tym działaniom. Możemy np. przypisać małżonkom, dzieciom lub innym osobom „nieczyste” intencje (Palazzoli i inni, 1989) lub też swoje własne motywy i intencje. Wówczas działać zaczyna moc „efektu Pigmaliona” lub samosprawdzającej się przepowiedni.

Dzieci przejmują konstrukty ich dotyczące (ze środowiska rodzinnego, jak i społecznego), również i te, jak w przypadku rodzin z chronicznymi problemami, które mają charakter krytyczny. Pośród konstruktów tych (które „istnieją” w złożonych, wzajemnie powiązanych treściowych układach hierarchicznych) znajdują się poglądy dotyczące ról, które muszą podjąć wobec rodziców, rodzeństwa, szerszej rodziny i społeczeństwa, takich np. jak: „ratownik”, „anioł”, „sprzymierzeniec”, „ulubieniec”,

„drań”, „kat”, „ofiara”, „nieudacznik” etc. Im bardziej traktujemy kogoś, jak gdyby pełnił określoną rolę, tym bardziej prawdopodobne jest, że taki właśnie się stanie. Jeśli traktujemy siebie, jak byśmy byli osobą o określonych cechach, prawdopodobnie tacy się staniemy.

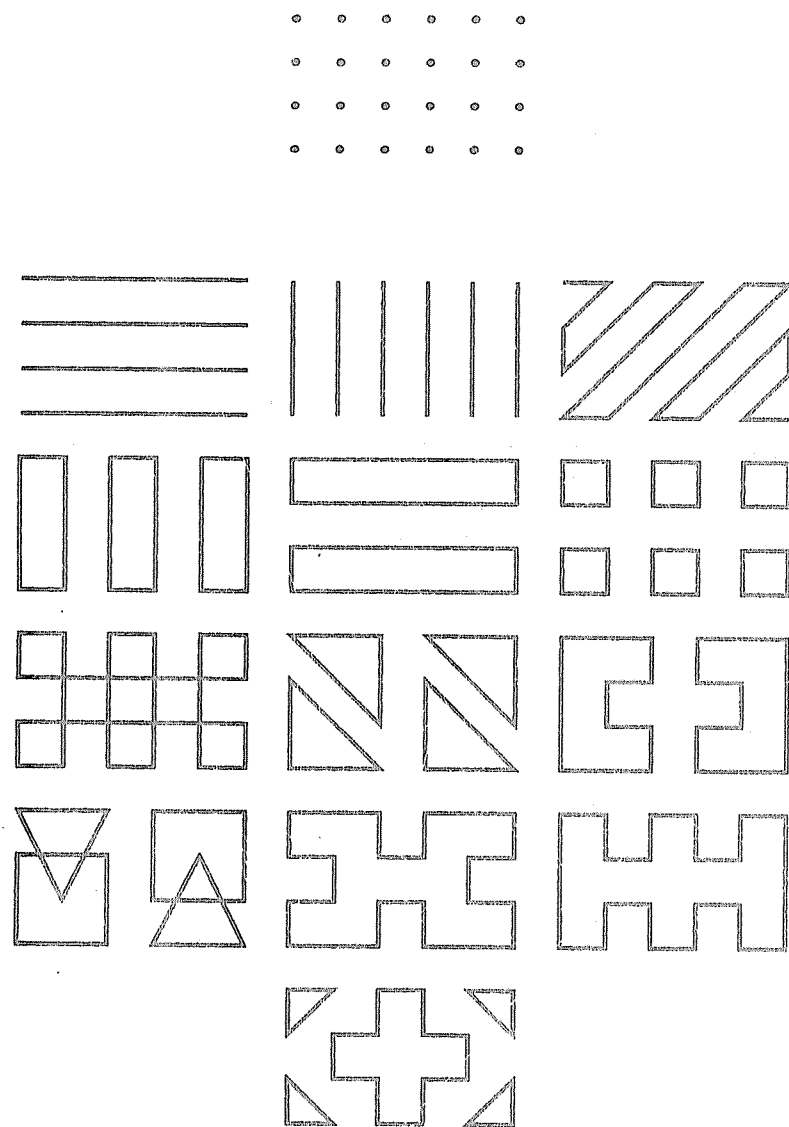
Ten sam wzorzec jest wciąż powtarzany, odgrywany i wzmacniany przez nieustanne stosowanie tych samych sposobów interpretacji wydarzeń, co prowadzi do przypisywania czynom innych uczestników gry wciąż tych samych motywów, i tak bez końca.

W koncepcji Speed zdaje się być zawarte *implicite* założenie o istnieniu konkretnych wzorców lub struktur funkcjonujących w rodzinie i jej wewnętrznych i zewnętrznych związkach, a także założenie o istnieniu ukrytych choć uchwytnych struktur jednostkowych i ponadjednostkowych, wspólnych procesów nieświadomych, za sprawą których następuje selekcja i interpretacja doświadczenia, co stanowi podstawę do formowania reakcji uczestników na siebie wzajemnie.

Welwood pisze:

...tradycyjny model nieświadomości w psychologii głębi sugeruje, że nieświadomość posiada określoną strukturę, że popędy, pragnienia, stłumienia czy też archetypy istnieją w formie jawnej, jak gdyby nieświadomość stanowiła rodzaj autonomicznego alterego... Tymczasem nieświadome są holistyczne wzorce, które wyrażać się mogą na wiele różnych sposobów, i na wielu poziomach relacji organizm-środowisko. (1982, s. 133)

W sferze przypisywania znaczeń fakt, że mapa, model lub system przekonań jest adekwatny, nie oznacza, że w jakimkolwiek sensie są one prawdziwe lub bliższe jakiejś prawdy absolutnej niż inne adekwatne modele. Można jedynie powiedzieć, że wzorce wybranych skojarzeń i przypisanie im znaczeń (lub nawet dokładniej mówiąc „narzucenia” ich), dokonywane poprzez określony system przekonań, są mniej lub bardziej użyteczne lub funkcjonalne w odniesieniu do celu (np. są użyteczne dla wyjaśnienia i przewidywania). Speed mówi o „rzeczywistości wzorców rodziny”; czyni ona podstawowy błąd myląc/mieszając poziomy rzeczywistości. Wzorce są powiązaniem elementów, rzeczy i wydarzeń, poczynionych przez obserwatora. Rzeczy i zdarzenia można oczywiście traktować, w większości wypadków, jako istniejące obiektywnie, jednakże wzorce należą już do innego poziomu i są narzucone przez obserwatora, wynikają z konkretnych schematów czynienia rozróżnień, pozwalają na rozwój rozumienia, w zależności od konkretnych celów.



Rys. 1

Rysunek 1 stanowi dobrą ilustrację tej kwestii. Na samej górze umieszczono 24 kropki (których istnienie czytelnik może, dla potrzeb niniejszego wywodu, uznać za istniejące obiektywnie). Pozostała część strony wypełniona jest kilkoma możliwymi wzorcami, które można „narzucić” na kropki, sposobami ustrukturyzowania ich, powiązania ze sobą, poczynając od widzenia kropek jako czterech poziomych rzędów po sześć kropek, następnie jako sześciu pionowych rzędów po cztery kropki itd.

Stanowisko Speed zakładałoby, że wszystkie te wzorce, łącznie z innymi niezliczonymi możliwościami (a przecież nie doszliśmy jeszcze do linii krzywych), istnieją realnie w owych kropkach, niezależnie od obserwatora. Autorka staje się ofiarą błędu, który A.N. Whitehead nazwał „błędem niewłaściwej konkretyzacji”. Waddington wyjaśnia:

Najbardziej konwencjonalne myślenie... rozpoznaje pewne oderwane, z istoty swej abstrakcyjne pojęcia, które zostały stworzone przez człowieka po to, by nadać sens sytuacjom, z którymi się on styka. Przykładem są atomy w fizyce, uczucia, jak np. złość lub społeczne pojęcie sprawiedliwości. Człowiek ma skłonność do traktowania tych pojęć jako konkretnych przedmiotów, które można przenieść w inny kontekst. Whitehead udowadnia, że pojęcia tego typu są zawsze derywatami określonych doświadczeń ludzkich. Doświadczenia te są czymś realnym; pojęcia mają charakter wtórny, pochodny. Zapominanie o tym i uznanie owych wtórnych przedmiotów za bardziej konkretne i realne niż w rzeczywistości jest bardzo niebezpieczne. (1977, s. 24)

Oczywiście w każdym systemie wyjaśniania musi istnieć pewien znaczący poziom odpowiedności owych dwóch poziomów („znaczący” czyli dający obserwatorowi możliwość wyjaśniania i przewidywania). Tak jak wzorce w diagramie muszą odpowiadać ilości i przestrzennemu rozmieszczeniu kropek, tak też i w przypadku rodziny pomysły terapeuty, dotyczące tego, co się dzieje, muszą „pasować”, brać pod uwagę osoby tworzące tę rodzinę oraz odpowiednio „znaczące” zdarzenia mające miejsce (a także i poglądy tych osób dotyczące tych kwestii). Nawet przy takim ograniczeniu, jak w przypadku kropek, istnieje ogromna różnorodność wzorców i wyjaśnień, które „narzucić” może obserwator (co najmniej tyle, ilu jest obserwatorów), choć oczywiście wpływ rodziny, płci, kultury, wykształcenia, profesji, teorii i wielu innych czynników spowoduje, że obserwatorzy będą wiele aspektów widzieć podobnie.

Sądzymy, że rzeczywistości, które konstruujemy, umożliwiające nam tworzenie korzystnych interakcji lub interwencji, pełnią swą rolę dlatego właśnie, że są wystarczająco zgodne, dopasowane do znaczących (dla rodziny) cech rzeczywistości konstruowanych przez członków, ich spo-

sobów myślenia o sobie. „Rzeczywistość” rodziny będzie jedną tylko wersją spośród wielu możliwych sposobów nadawania sensu doświadczonym rzeczom i zdarzeniom i reagowania na nie w sposób zarówno behawioralny, jak i emocjonalny. Terapeuta musi zatem znaleźć taką perspektywę widzenia rzeczywistości rodziny, która jest wystarczająco bliska jej członkom, by ich angażowała w ową „wspólnotę”, a jednocześnie na tyle inną, by pozwalala na zmianę znaczeń i tym samym doświadczenia i reagowania. Poznanie rzeczywistości rodziny nie oznacza, że terapeuta odkrył absolutną prawdę, tak jak zgadnięcie, którego wzorca używa rodzina strukturyzując 24 kropki w diagramie, nie oznacza, że wzorzec ten jest jedynym rozwiązaniem. Wszystkie inne mogą pasować równie dobrze.

Budda mówił poszukującym prawdy, że traktowanie świata materialnego, emocji, związków itd. jako rzeczywistości jest trwaniem w błędzie równie wielkim, jak traktowanie wszystkiego jako iluzji.

Przekonany jestem, że wszystkie ludzkie problemy, na wszystkich poziomach funkcjonowania, od jednostkowego aż do międzynarodowych, wynikają z reifikacji systemów przekonań lub poglądów na rzeczywistość, oraz z powtarzających się wzorców reakcji, których źródłem są te przekonania. (Stwierdzenie to dotyczy oczywiście także i nas samych, nie należy go więc traktować zbyt poważnie.) Aby być zatem efektywnym terapeutycznie, ważne jest, jak sądzę, abyśmy byli anarchistami wobec własnego podejścia, abyśmy nie wierzyli w nic i we wszystko jednocześnie. Ilekroć terapia zaczyna opierać się na diagnostycznej, terapeutycznej ortodoksji, na osobistych mocnych/trwałych przekonaniach, wówczas narzucamy i ograniczamy, propagujemy, a w niektórych przypadkach wymuszamy ortodoksję myślenia i działania (czasem w imię wręcz przeciwnych wartości). (Cade, 1985a, s. 10)

Jednakże aby móc rozważyć cokolwiek, musimy korzystać z jakichś myślowych schematów. Błąd nie wynika z tego, że takie schematy posiadamy, lecz z tego, że zapominamy, że są to tylko schematy, i że mylimy je z rzeczywistością. Kiedy ustalimy pogląd na jakiś temat, zaczynamy zamykać się na inne możliwości, a następnie dobieramy i interpretujemy fakty w taki sposób, by potwierdziły one nasze poglądy, natomiast nie dostrzegamy, ignorujemy lub odrzucamy to, co im przeczy. Jest to proces, który jeden z nas nazwał twardnieniem kategorii (O'Hanlon, 1990). Nie stanowi to problemu, tam gdzie nie ma problemów, kiedy jednak problemy pojawiają się, staje się to głównym problemem. Wówczas zjawisko opisane przez Rosenthala (Rosenthal, 1966; Rosenthal i Jacobson, 1968) i samosprawdzająca się przepowiednia omawiana bar-

wnie przez Watzlawicka (Watzlawick, 1984, s. 95-116) utrwalają i pogłębiają trudności.

Podsumowując stwierdzamy, że bardzo ważne jest, by we wszelkich dyskusjach na temat rzeczywistości, starannie i jasno różnicować owe dwa poziomy: poziom rzeczy i zdarzeń, które zasadnie traktować można jako rzeczywistość zewnętrzną, oraz poziom różnorodnych systemów, poprzez które poziom pierwszy jest postrzegany i interpretowany. Uważamy także, że nie należy nigdy wierzyć w to, w co wierzymy; wówczas dopiero możemy stawiać pytania. Jak stwierdza Feyerabend:

...dla każdego prawa, choćby najbardziej podstawowego czy potrzebnego w nauce, istnieją zawsze także okoliczności, w których lepiej jest nie tylko zignorować to prawo, ale nawet zastosować jego przeciwieństwo [...] teza moja brzmi: anarchizm pomaga uzyskać postęp w każdym sensie. Nawet najporządniejsza i najbardziej uporządkowana nauka będzie odnosić sukcesy tylko wówczas, gdy od czasu do czasu pozwoli na anarchistyczne posunięcia. (1978, s. 23-27)

W JAKI SPOSÓB ROZUMIEMY EMOCJE

Ponieważ czynniki poznawcze stanowią potężne determinanty stanów emocjonalnych, należy spodziewać się, że dokładnie tym samym stanom fizjologicznego pobudzenia można nadać etykiety „radość”, „furia” lub „zazdrość”, lub jakąkolwiek inną spośród ogromnej różnorodności nazw emocji zależnie od poznawczych aspektów sytuacji.

Schachter i Singer (1962, s. 381)

Emocja jest, z grubsza rzecz ujmując, znaczeniem, jakie nadajemy odczuwalnym przez nas stanom pobudzenia.

Harré i Secord (1972, s. 272)

Z samej definicji uczucia wynika, że pojawia się ono bez naszej woli, a często wbrew woli. Gdy tylko chcemy czuć... uczucie nie jest już uczuciem, a tylko imitacją uczucia, pokazem.

Kundera (1990, s. 195)

„Myślę, więc jestem” jest stwierdzeniem intelektualisty, który nie docenia bólu zęba. „Czuję, więc jestem” stanowi prawdę znacznie bardziej uniwersalną i stosuje się do wszystkiego, co żyje.

Kundera (1990, s. 200)

Innym obszarem doświadczenia ludzkiego, w powszechnej opinii ignorowanym przez terapeutów krótkoterminowych, są emocje. Zgadza się z Kleckner i jej kolegami, że „wyzuty z uczuć terapeuta strategiczny” jest swoistym mitem. Przyznajemy jej także rację, że to sami terapeuci krótkoterminowi strategiczni ponoszą odpowiedzialność za ukrywanie faktu, że jednak wierzą w to, iż uczucia klienta są rzeczą ważną. Wspomniani autorzy piszą: „Sprawa nie polega na tym, że terapeuci strategiczni

nie zajmują się uczuciami — ale na tym, że nie rozmawiają ze sobą o nich, nie piszą o nich w literaturze, nie wspominają o nich swym uczniom” (Kleckner i inni, 1992, s. 49).

Pracując jako trenerzy, od kilku lat silnie akcentujemy wagę nie tylko słuchania tego, co komunikuje klient, łącznie z wyrażanymi przez niego emocjami, ale także znalezienia sposobów pokazania mu, że jest uważnie słuchany. Samo słuchanie nie zawsze wystarcza. Jeśli brak jest informacji zwrotnej, klient nie wie, czy to, co mówi, zostało usłyszane.

Pracownica lokalnego ośrodka zdrowia prosiła o konsultację z terapeutą. Przypadek ten miał być obserwowany przez jednostronną szybę, a pracownica oczekiwała z pewnym niepokojem na to nowe doświadczenie.

„Zawsze przerażała mnie ta pacjentka. Nie mam pojęcia, dokąd zmierzamy”.

Opisała kobietę uwikłaną od jakiegoś czasu w problemy z dwójką nastolatków i mężem, dającym niewiele wsparcia, ciężko pracującym i skłonny do gwałtownych wybuchów. Problem pracownicy polegał na tym, że nie potrafiła zatrzymać tego, co sama nazwała falą gorzkich żalów wylewanych bez końca przez pacjentkę:

Nigdy nie słucha tego co mówię; nie przyjmuje żadnej rady. Wiele ośrodków już się jej pozbywało. Jestem teraz jedyną osobą, która jeszcze gotowa jest się nią zająć. Jednakże nie udało mi się jak dotąd niczego osiągnąć. Wiem, że potrzebuje pomocy, czuję się jednak bezsilna i mam poczucie winy, bo czuję, że zaczynam jej nie lubić.

Mimo że sądziła, iż słucha i rozumie przedstawiany jej problem, okazało się wkrótce, że klientka, opierając się na poprzednich doświadczeniach i z powodu braku jasnej informacji zwrotnej, uznała, że nikt jej tak naprawdę nie słucha uważnie i nie rozumie jej problemu. Czuła się więc zmuszona do ciągłego powtarzania swej historii, bez większej nadziei, że zostanie zrozumiana. Pracownicy ośrodka poradzono, by w trakcie następnej sesji odłożyła notes, usiadła tak, by wychylić się do przodu, w kierunku klientki (zdaniem kolegów, podczas sesji z tą kobietą odchyłała się do tyłu, jakby broniąc się przed naporem wiatru) i nie mówiła nic, niczego nie doradzała, a jedynie powtarzała zwroty typu:

„To straszne!”

„Jak pani to przez tyle lat znosiła?”

„Pewnie ma pani poczucie, że nikt nie rozumie, przez co pani przeszła. Musi się pani czuć bardzo osamotniona...”

„Jak pani daje sobie radę z tym wszystkim?”
„Wielu ludzi dawno już by się poddało”.

Kobieta zaczęła stopniowo mówić wolniej i mniej gwałtownie, wyglądać spokojniej, zaczęła też słuchać tego, co się do niej mówi. W końcu, zapytana raz jeszcze, jak udawało jej się to wszystko znosić przez tyle lat, uśmiechnęła się i powiedziała: „Nie wiem. Może jestem silniejsza, niż myślę”.

Przy końcu sesji była zdecydowanie spokojniejsza i bardziej optymistycznie nastawiona, gotowa do słuchania. Po sesji pracownica socjalna stwierdziła, że czuje sympatię i szacunek dla tej kobiety. Zdajemy sobie sprawę, że dana jej instrukcja może być potraktowana jako manewr taktyczny ze strony konsultanta służący przełamaniu impasu, a nie jako przykład docierania do uczuć. Dzieje się tak dlatego, że w opisie konsultacji konsultant mógł nie wspominać o ogarniającym go uczuciu smutku w trakcie słuchania relacji historii klientki.

Naszym zdaniem klienci zazwyczaj słuchają tylko wtedy, gdy czują, że i ich się słucha, że ich doświadczenia, a także i emocje zostały uznane za ważne. Sądzymy, że terapeuta, bez względu na to, jaką reprezentuje szkołę, jeśli ma być efektywny, musi temu aspektowi doświadczeń klienta poświęcić wystarczająco wiele uwagi. Poszczególne podejścia terapeutyczne różnią się sposobem, w jaki to czynią, lub definicją tego, co oznacza „wystarczająca” dawka uwagi. Ekspresja uczuć jest naturalną reakcją ludzką i często bardzo ważną, szczególnie w krytycznych momentach smutku, radości, strachu itp. Terapeuci często różnią się poglądami nie tylko na temat tego, w jakim zakresie powinno się ujawniać emocje, ale także na temat roli, jaką wyrażenie emocji odgrywa w procesie terapii i zmian. Naszym zdaniem jakkolwiek wyrażenie i badanie emocji może być pomocne i katartryczne, to głównym mechanizmem jest ostateczna modyfikacja konstruktów, poprzez które odbierana jest i przetwarzana rzeczywistość.

Terapeuci krótkoterminowi wiele czasu poświęcają temu, co jest bezpośrednio dostępne obserwacji. George Greenberg daje następujące objaśnienia takiej postawy, przy okazji omawiania wpływu Dona Jacksona na dziedzinę terapii rodzin:

Mimo że Jackson i jego współpracownicy tworząc model behawioralny odeszli od konstruktorów mentalnych, nie przeczą tym samym istnieniu mechanizmów wewnętrznych czy wewnątrzpsychicznych, które wpływają na ludzkie funkcjonowanie, zmieniają

je i ułatwiają. W gruncie rzeczy tworzą techniki, jak np. „przeformułowania”, które po części odwołują się do procesów poznawczych i „percepcji”. Zasadnicza różnica polega na tym, że uznali, iż nie jesteśmy w stanie poznać percepcji innych, a zatem z naukowego punktu widzenia możemy jedynie uzyskać opis działania i zachowania i oddziaływać na zjawiska obserwowalne. (1977, s. 403)

Arthur Bodin wyjaśnia zaś:

Uczucia i myśli traktuje się jako ważny czynnik, jednakże zachowanie stanowi podstawową linię w terapii rodzinnej MRI. Jedynie poprzez zachowanie manifestuje się doświadczenia afektywne i kognitywne. (1981, s. 292)

W mniejszym lub większym stopniu w każdej sferze naszego życia uczucia są zawsze obecne i stanowią potężną determinantę naszych reakcji (lub ich braku) na sytuację. Wspominaliśmy już, że nasze emocje są interpretacjami stanów fizjologicznego pobudzenia, sposobem, w jaki ciało nasze przygotowuje się do działania, że są w znacznym stopniu zależne od rozmaitych poziomów konstruktów, za pomocą których nadajemy sens bieżącym sytuacjom, a także od pamięci przeszłych doświadczeń, jak również od tego, jakich uczuć oczekujemy. Wpływ na nie wywierają także nakazy i zakazy społeczne, wymogi skojarzone z płcią (Crawford i inni, 1992). Bez względu na to, jakiego doświadczamy uczucia, fizjologiczne wskaźniki stanu pobudzenia, jak wydzielanie adrenaliny, ciśnienie krwi, bicie serca, napięcie mięśni są, ogólnie rzecz biorąc, takie same. Schachter i Singer w swej pracy na ten temat piszą:

Procesy poznawcze wywołane bezpośrednią sytuacją, interpretowaną przez pryzmat uprzednich doświadczeń, dostarczają układu odniesienia umożliwiającego zrozumienie, nazwanie uczuć. To procesy poznawcze decydują o tym, czy stan fizjologicznego pobudzenia opatrzone zostanie etykietą „złość” czy „radość”, „lęk” lub jeszcze inaczej. (1962, s. 380)

Jeśli istnieje więcej niż jeden system interpretacji doświadczeń i do dyspozycji jest kilka sposobów (czasem pozostających ze sobą w konflikcie) nadawania znaczeń doświadczeniom fizjologicznego pobudzenia — czyli szereg możliwości odczuwania ich. Weźmy następujący przykład: wielu z nas doświadczyło przed wyjściem na scenę, wygłoszeniem wykładu lub innego typu wystąpieniem, gwałtownych zmian uczuć — od ekscytacji i oczekiwania sukcesu, aż po silny lęk i pragnienie, by ziemia się pod nami zapadła. Możemy przewidywać jednocześnie całkowity sukces, jak i bać się klęski czy porażki. Każde z tych uczuć

może być właściwą interpretacją stanu silnego pobudzenia, który zazwyczaj wzmagają się przed tego typu sytuacjami. Ostatnie badania wykazały, że atrybucja emocji wiąże się ze sposobem, w jaki nadajemy sens obserwacji własnego zachowania (Bem, 1965, 1968; Nisbett i Schachter, 1966; Storms i Nisbett, 1970).

Pamiętam, jak kiedyś, poproszony o superwizję, obserwowałem przez jednostronny ekran rodzinę, która miała „wejść w kontakt” z uczuciem złości odczuwanej przez członków rodziny do siebie wzajemnie. Bez wątplenia czynili to z dużym zaangażowaniem, wigorem i wydawali się autentyczni. Czy jednak były to naprawdę uczucia członków tej rodziny, czy też reagowali zgodnie z jedynym dostępnym wyjaśnieniem wysokiego poziomu pobudzenia fizjologicznego, którego doświadczali, wyjaśnienie, które mogło być im nawet, wprost lub nie, narzucone przez terapeutę, głęboko przekonane, że tego rodzaju problemy rodzinne wynikają z nie ujawnionej złości? Zaniepokojony wzrastającym napięciem, które wydawało się tyleż niebezpieczne, co i bezproduktywne, interweniowałem i zaproponowałem inną interpretację wysokiego poziomu pobudzenia fizjologicznego: „Smutek z powodu aktualnego stanu rzeczy”. Nieomal natychmiast doprowadziło to do ekspresji smutku i wzrostu łagodnych i przyjaznych zachowań pomiędzy członkami rodziny. Które z tych uczuć było prawdziwe? Z pewnością obydwa stanowiły wystarczający układ odniesienia dla interpretacji pobudzenia członków rodziny. Jeden z tych układów odniesienia wydawał się korzystniejszy przynajmniej w zakresie kreowania konstruktywnej, bardziej optymistycznej atmosfery współpracy na czas sesji. (Cade, 1992a s. 167)

Bardzo możliwe, że inne wyjaśnienia, jak poczucie winy, zdrada, strach, pogarda etc., mogłyby być przyjęte przez członków tej rodziny za równie sensowne i prowadzić do innych, choć jednakowo właściwych i autentycznych wyrazów uczuciowych.

Nie oznacza to, że uważamy, że można klientom „wmówić” każde uczucie. W sytuacji, szczególnie gdy w grę wchodzi złożone interakcje, wzbudzające silne napięcia, konstrukty, jakie stosują wszyscy zaangażowani w tę sytuację, by ją wyjaśnić, zwykle stanowią jedynie szczyt góry lodowej zbudowanej z niezliczonych możliwych wspomnień i skojarzeń. Gendlin pisze: „Każdy moment charakteryzuje się niewysłowionym bogactwem... Najprostsze zachowanie obejmuje niezliczoną liczbę podobieństw, sytuacji uczucia się odczuć, poglądów na życie w ogóle, ludzi, jak i specyficznych cech aktualnej sytuacji...” (1973, str. 370).

Jesteśmy zdania, że jakkolwiek uznanie istnienia różnorodnych silnych emocji może być wysoce terapeutyczne w procesie rozumienia siebie, to zachęcenie do nieustannej ekspresji emocji, szczególnie tych, które zostały

nazwane w taki sposób, który przedłuża poczucie bezradności i odbiera nadzieję na zmianę, nie ma waloru terapeutycznego. Wyrażanie złości, na przykład, może być potencjalnie korzystne wówczas, gdy złość ta dotyczy czegoś, nad czym mamy jakąś kontrolę. W przeciwnym razie wiedzie jedynie do wzmagającego się poczucia bezradności i niemocy.

Musimy być ostrożni w reifikacji emocji, które mogą zamknąć ludzi w pułapkę negatywnych schematów myślenia i działania. Poprzedni przykład dotyczący pobudzenia przed publicznym wystąpieniem pokazuje, że zarówno interpretacja przez „lęk” jak i przez „ekscytację” doskonale wyjaśnia ten stan. Odwołanie się do strachu być może pozwoli nam na poczucie zrozumienia swych emocji, jednakże to ta druga interpretacja ułatwi wykonanie zadania. Klechner i inni dają następującą konkluzję:

Należy podkreślić... że terapeuci strategiczni nie tracą zbyt wiele czasu na samo mówienie o uczuciach, lub skłanianie klientów do rozpoznawania swych uczuć; koncentrują się za to na zachęcaniu klientów do wyrażania swych uczuć w taki sposób, by prowadziło to ich do bardziej satysfakcjonującego życia na co dzień. (1992, s. 49)

5

NEGOCJOWANIE PROBLEMU

Znaczenie miał pierwszy krok. Kiedy już coś zacząłeś, to coś bezlitośnie przejmuję nad tobą władzę.

Jules Romain (1973)

Początki są zawsze skromne.

Marcus Tullius Cicero

Proces określenia problemu ma decydujące znaczenie dla kierunku, w jakim pójdzie terapia, a często przesądza o jej efektach. Richard Rabkin porównał proces terapii do gry w szachy (1977). Podobnie jak w grze w szachy, tak i w terapii, o jej sukcesie lub porażce często decydują pierwsze ruchy, zadane pytania, odpowiedzi, które się uzyskało, a które stanowią wyraz planu gry lub założeń terapeuty.

Wszystkie teorie wyjaśniające są metaforami, choć metafory te mogą mieć bardzo realne konsekwencje. Sądzimy, że jest wiele różnych teorii, które mogą pomóc terapeutce w pracy. Jednakże, jak już wspominaliśmy, kiedy bierzemy teorie za rzeczywistość, uprzedmiotawiamy je. W ten sposób często pojawiają się problemy. Po pewnym czasie pacjenci zaczynają traktować swe problemy, samych siebie i prognozy w kategoriach przekonań terapeuty, nawet jeśli przekonania te komunikowane były nie wprost.

Pewna klientka, której przyczepiono etykietkę „borderline”^{*}, przyszła do nowej terapeutki, co wiązało się ze zmianami personalnymi w ośrodku. Relacjonowała później, że po każdej wizycie czuła się bardzo przygnębiona i bezsilna. Zapytana o różnice stylu terapii, odparła: „Ta druga terapeutka jest taka pesymistyczna. Gdy wchodzę, czuję się czasem dobrze. Ona jednak wita mnie mówiąc, że wyglądam na smutną. Wówczas

^{*} dosł. „linia graniczna”

zaczynam się zastanawiać, czy tak jest. Przy końcu sesji jestem już naprawdę przygnębiona, bez względu na to, jak było na początku”.

W tradycyjnym ujęciu proces oceny problemu czy diagnozy polega na obiektywnym badaniu problemu klienta lub rodziny, zidentyfikowaniu i opisie, zgodnie z którymi przebiegać będzie terapia.

Ponieważ uważamy, że rzeczywistość jest społecznie zapośredniczona, nie powinno czytelnika zdziwić, że również i zgłoszone problemy i ich definicje (jak i praktyczne efekty tych definicji) traktujemy jako w znacznym stopniu społecznie i interakcyjnie zapośredniczone, a więc jako proces, w którym terapeuta i klient razem kreują pewną rzeczywistość (bez względu na to, czy sobie to uświadamiają, czy też nie). Udział, jaki będzie miał klient w kreacji tej rzeczywistości, to, na ile terapeuta uzna go za kompetentnego, zależy od typu podejścia terapeuty.

Terapeuci behawioralni odkrywają problemy behawioralne; analitycy odkrywają problemy intrapsychiczne, których geneza sięga wczesnego dzieciństwa; psychiatrzy zorientowani biologicznie odkrywają dowody na istnienie problemów neurologicznych i deficytów chemicznych; terapeuci strukturalistyczni/strategiczni odkrywają niejasności hierarchiczne i koalicje; terapeuci kontekstualni odkrywają skutki niesprawiedliwości międzypokoleniowej i wykorzystywania; terapeuci krótkoterminowi odkrywają samowzmocniające się schematy myślenia i zachowania. Każdy z nich może działać z przekonaniem, że odkrył zasadniczą przyczynę problemu (a co smutniejsze, może pogardliwie odrzucać inne modele i wyjaśnienia. Jest to tendencja, która w naszej dziedzinie nie całkiem jeszcze zanikła...).

Wszystko, co myślimy, czynimy i robimy, można uznać za wynikające i uzależnione od pewnej hierarchii wpływów. Są to wpływy ogólne, społeczno-polityczne, jak również jednostkowe i genetyczne czy środowiskowe: począwszy od historycznego uwarunkowania poprzez różnorodne doświadczenia terażniejszości (dot. rodziny, grupy rówieśniczej, społeczności, płci, rasy itp.), aż do przyszłości, jakiej się aktualnie spodziewamy. Na przykład, analizując złożone zjawisko, które zwiemy schizofrenią, powinniśmy, zdaniem Schefflen, uwzględnić rozmaite wpływy na co najmniej ośmiu poziomach (1981). Poziomy te odpowiadają ściśle ośmiu poziomom wyjaśniania, które proponuje biolog Steven Rose, jako minimum konieczne do zrozumienia zachowania mózgu (1976, s. 30).

Schefflen

Rose

perspektywa społeczna

poziom socjologiczny

poziom instytucjonalny
poziom rodzinny
interakcje w diadach
stany ciała i emocjonalność
fizjologiczne podsystemy
organizacja systemu nerwowego
mikrostruktura neurologiczna

socjopsychologiczny
psychologiczny (mentalny)
fizjologiczny (systemowy)
fizjologiczny (jednostkowy)
anatomiczno-biochemiczny
chemiczny
fizyczny

Złożoność i bogactwo tego rodzaju egzystencjalnej tkaniny wątków oznacza, że każdy aspekt naszego bycia, łącznie z pojawieniem się i utrwaleniem problemów, może być rozważany jako odbicie zjawisk zachodzących na każdym z poziomów lub na wszystkich poziomach łącznie. Oznacza ono także, że możliwe jest znalezienie faktów potwierdzających szeroką gamę założeń diagnostycznych. Naszym zdaniem dowodzi to nawet, że jednoznaczne zidentyfikowanie prawdziwych przyczyn jakiegokolwiek problemu w ogóle nie jest możliwe.

Terapeuci krótkoterminowi koncentrują się głównie na tym, co podlega bezpośredniej obserwacji, co podlega jasnemu i konkretnemu opisowi w kategoriach przedmiotów i zdarzeń. O'Hanlon i Wilk mówią o „zdaniami opisowych opartych na obserwacji, nawet w założeniu nie zawierających informacji, które pochodziłyby skądinąd niż z dźwiękowego nagrania wideo” (1987, s. 20).

Nie oznacza to, że nie doceniamy złożoności doświadczenia ludzkiego. Sądzymy jednak, że im dalej odchodzi się od bezpośredniej obserwacji interakcji ludzkich, tym większe ryzyko, że złapiemy się w pułapkę własnych metafor i tym samym narzucimy je klientowi.

O ile więc nie występujemy w roli przedstawiciela opieki społecznej, problem zgłoszony przez klienta stanowi przedmiot terapii i jest mandatem do wykonywania naszej pracy. Czasem zdarza się, że pierwotnie zgłaszany problem jest pretekstem, a klient tak naprawdę bardziej zaniepokojony jest innym problemem, lecz aby go ujawnić, musi mieć czas i zaufanie do kompetentnego terapeuty. Jednakże – sądzymy, że jakkolwiek naszym zadaniem jest stworzenie odpowiedniego klimatu, to jednak klient sam musi zdefiniować przedmiot pracy terapeutycznej. Ludzie nie chcą pracować nad zmianami nie objętymi kontraktem, choćby były one według nas lub ich otoczenia konieczne, pożądane i korzystne.

Tradycyjne pojęcie oporu wydaje nam się w tym świetle zbędne. Choć wszyscy w obliczu istotnych zmian usiłujemy się bronić, sądzymy, że ludzie przechodzący poważne kłopoty chcą się zmienić, mimo że mogą

nie wiedzieć jak, albo nawet wiedząc jak, nie są w stanie z wielu powodów tego procesu zapoczątkować bez pomocy z zewnątrz.

Tę istotną kwestię kupowania usług terapeutycznych podniosła grupa z Palo Alto „The Brief Therapy Center” (Fisch i inni, 1982; Walzlawick i inni, 1974; Weakland i inni, 1974). Kto chce pomocy, w czym lub dla kogo? Czasami osoba zgłaszająca się do terapii chce być nabywcą usługi dotyczącej zmian innych osób: małżonka, dziecka i nie potrafi lub nie może dostrzec, że sama może i powinna zmienić swoje podejście do tych osób. Często osoba przychodząca na terapię zostaje przysłana przez kogoś innego (pedagoga szkolnego, urzędnika, sąd, rodzica, małżonka etc.) i bywa, że zupełnie brak jej motywacji, lub nawet jest wroga terapii. Niekoniecznie musi to oznaczać, że nic się w takim przypadku nie da zrobić, ale terapeuta musi zaczynać bardzo ostrożnie, z pełnym poszanowaniem jej postawy, nie czyniąc żadnych założeń wstępnych. To, co często definiuje się jako opór może być w wielu przypadkach bezpośrednim rezultatem tego, że terapeuta nie określa jasno, czy ktoś jest klientem czy nie i usiłuje sprzedać coś, czego kupnem dana osoba nie jest aktualnie zainteresowana. Zdarza się też, że ktoś jest zainteresowany kupnem, ale nie tego, co terapeuta usiłuje sprzedać, lub przynajmniej nie chce czuć się zmuszana do przyjęcia oferty i wołałaby sama dokonać wyboru.

Do terapeuty zgłosił się mężczyzna, zachęcony przez swego agenta ubezpieczeniowego, który powiedział mu, że może zostać zahipnotyzowany, co uwolni go od nałogu palenia. Został poinformowany, że jest to kłamstwo; terapeuta nie może uwolnić go od nałogu. Może jednak mu pomóc rzucić palenie, musi jednak wiedzieć, czy sam klient tego chce. Mężczyzna odpowiedział, że nie. Zapytany, czy ma trudności z oddychaniem związane z paleniem, powiedział, że tak naprawdę nie odczuwa żadnych niekorzystnych skutków nałogu. Kiedy odchodził czterdzieści lat temu ze służby w marynarce, lekarze nie dawali mu więcej niż trzy lata życia w związku z nadużywaniem alkoholu i papierosów. Obecnie był już na emeryturze, zastosował się do wskazań lekarzy i przestał pić, ograniczył tłuszcze w diecie wiele lat temu. Palenie stało się jedną z nielicznych przyjemności, jakie mu pozostały. Za parę tygodni miał się zobaczyć ze swym lekarzem.

Terapeuta powiedział mu, że jeśli lekarz zaleci mu rzucenie palenia, uczyni to bez żadnych problemów, podobnie jak przestał pić. Jeśli zaś lekarz nic takiego nie zaleci, nie powinien odmawiać sobie przyjemności palenia. „Dziękuję, młody człowieku. Myślę, że tak naprawdę nie chciałem przestać palić, a ta rozmowa pomogła mi to sobie uświadomić. To agent ubezpieczeniowy chciał, bym nie palił” — powiedział.

Terapeuta życzył mu wszystkiego dobrego i zaznaczył, że drzwi jego gabinetu są zawsze otwarte, gdyby chciał wrócić.

Przykład ten ukazuje ważny aspekt problemu „bycia klientem” przedstawiony początkowo przez grupę z Palo Alto, a później zaadaptowany przez Steve'a de Shazera i jego kolegów (de Shazer, 1988):

„Gość” (zdefiniowany także przez Fischę i innych, 1982, jako „klient wystaw okiennych”) nie ma motywacji, często jest zaangażowany w terapię pod jakiegoś typu przymusem, bezpośrednim lub pośrednim i zazwyczaj nakłaniany do tego przez innych. Nawet jeśli ci inni, lub my sami widzimy jasno, że osoba ta ma problemy, to ona sama w aktualnej sytuacji nie jest przygotowana na rozmowę o problemach i na przyjęcie pomocy. Każda próba interwencji narażona jest na nieskuteczność i to, co nazywamy oporem. Steve de Shazer zaleca w takich wypadkach uważne wysłuchanie, chwalenie, jeśli to tylko możliwe, ale powstrzymanie się od jakichkolwiek sugestii czy zadań.

„Narzekaacz” ma określony problem (lub listę problemów), konkretny lub nieco mglisty, dotyczący jego samego lub innych, o których gotów jest mówić, czasem bardzo wyczerpująco. Ponieważ jednak, mimo że postrzega on siebie jako względnie bezradnego, albo potencjalnie zdolnego do samodzielnego poradzenia sobie z problemem, nie jest całkiem jasne, czy do terapeuty skierowana jest prośba o radę lub pomoc (czasem narzekaacz uznaje, że to inne osoby muszą się zmienić, a nie on. W takim przypadku należy go potraktować jak „gościa”, ze współczuciem, lecz bez sugestii czy zadań). „Klient-nabywca” to ktoś, kto przychodzi z dotyczącym jego samego lub innej osoby (osób) problemem, może go względnie jasno opisać, chce z nim coś zrobić i dlatego szuka pomocy terapeuty.

Nie należy traktować tych definicji jako sztywnych i realnych charakterystyk klientów, lecz jako drogowskazy myślenia o relacjach terapeutycznych. Opisują one postawy, jakie przyjmują klienci w związku z postawami (lub ich antycypacjami) terapeutów, innych członków rodziny, lub profesjonalistów. Jest to podejście bardzo odmienne od tradycyjnego oporu, traktowanego jako cecha „wewnętrzna” klienta.

Członkowie rodziny przyjmują bardzo różne postawy wobec siebie wzajemnie, podobnie różnorodne zachowania prezentują podczas sesji wobec innych członków rodziny i terapeuty, a także z sesji na sesję. Na przykład, zdarza się, że kobieta przyprowadza męża na terapię. Ona zatem jest rzeczniczką jego zmiany. On, z kolei, nie wykazuje żadnego zainteresowania terapią i przychodzi tylko po to, by nie wchodzić z nią w konflikt i móc powiedzieć: „Próbowałem, ale nic to nie dało, jak zresztą przewidywałem”. Gdy okaże się, że terapeuta nie wytyka mu błędów życiowych i wykaże zrozumienie, mąż może stać się pod koniec sesji odbiorcą usług terapeutycznych. Ponieważ jednak żona może być z takiego obrotu rzeczy niezadowolona, może wycofać się na pozycję narzekania lub nawet gościa (przynajmniej w stosunku do tego terapeuty i w tym czasie). Czasami ludzie pozostają gośćmi tak długo, aż ich rodziny, przyjaciele, lekarze nie przestaną wywierać na nich nacisku, by poddali się terapii. Wówczas mogą pojawić się z własnymi celami, a terapeuta unika trudnej roli agenta innych. Możliwa jest także sytuacja pojawienia się wielu klientów jednocześnie, przy czym każdy prezentuje

inny problem. Zdarza się często w terapii rodzin lub małżeństw, kiedy na sesji pojawia się więcej niż jedna osoba, że każda z nich ma swe własne, czasem wzajemnie sprzeczne cele i problemy.

Rodzina może na przykład szukać pomocy u terapeuty z inicjatywy rodziców, narzekających na zachowanie i postawę piętnastoletniej córki. Łamie ona notorycznie ustalone reguły życia rodziny, ucieka ze szkoły, nie wraca na noc do domu, często kłóci się z rodzicami. Córka początkowo może niechętnie pojawiać się na terapii, aż do chwili, gdy terapeuta zapyta (przy rodzicach lub podczas ich nieobecności), czy chce, by rodzice zostawili ją w spokoju. Bardzo prawdopodobne, że ta propozycja bardzo ją zainteresuje i możliwe stanie się połączenie obydwu celów. Rodzice życzą sobie, by podporządkowała się pewnym regułom, a córka pragnie, by nie dochodziło do awantur i chce większej swobody. Mamy tu dwa problemy, dwa cele i dwóch różnych klientów.

Kiedy już upewnimy się, że mamy w terapii klienta, pojawia się następne pytanie: Jaki jest jego problem? Jakie to zachowanie czy przeżycie pojawia się w życiu tej osoby, które chciałaby ona zmniejszyć czy wyeliminować, lub przeciwnie — jakie to zachowanie lub przeżycie nie pojawia się, które chciałaby ona do swego życia wprowadzić? W niektórych ujęciach terapii decyzja co do problemu klienta oparta jest raczej na teorii patologii niż na tym, o co prosi klient. Nas interesuje jasne określenie w terminach zachowań. Nie akceptując wypowiedzi typu „on jest okropny” czy „jestem przygnębiona”, zadajemy pytania: „Co on takiego robi, co uważasz za okropne?” lub „W jaki sposób uczucie smutku wpływa na twoje zachowanie?”, co daje możliwość bardziej szczegółowej analizy. Często ważne jest także stwierdzenie, kiedy się problem pojawił, jak często, gdzie, w jakich okolicznościach, w związku z kim, z czym etc. Następnie również precyzyjnie należy określić rozwiązanie, do którego zmierzać będzie praca.

Ponieważ w terapii krótkoterminowej ocena problemu zorientowana jest na teraźniejszość i przyszłość (czego klient nie akceptuje w teraźniejszości i co by chciał zmienić w przyszłości), zazwyczaj nie szukamy przyczyn i antecedenencji problemu w przeszłości, choć zdajemy sobie sprawę, że niektórym osobom umieszczenie aktualnych problemów w kontekście przeszłych zdarzeń pomaga przy zmianie konstruktów. Przy tworzeniu opisu problemu staramy się raczej koncentrować na teraźniejszości lub niedalekiej przeszłości. Szukamy wewnętrznych, indywidualnych i interakcyjnych schematów skojarzeniowych z problemem. Chcemy także dobrze zrozumieć, co opisuje klient, tak, byśmy nie musieli zgadywać i ryzykować niedokładności.

Terapeuci krótkoterminowi są bowiem zainteresowani tym, co nie funkcjonuje, ponieważ chcą znaleźć sposób nakłonienia klientów, by spróbowali nowych zachowań, lub też tym, co funkcjonuje, ponieważ chcą zachęcić ich do zwiększenia liczby takich zachowań. Koncentrują się też oni na przyszłych rozwiązaniach, a mniej na etiologii i przeszłości, czasem nawet teraźniejszości (de Shazer, 1988, 1991; Furman i Ahola, 1992; O'Hanlon i Wesner-Davis, 1989).

Oto lista pytań, jakie zadawalibyśmy szukając jasnej definicji problemu oraz ważnych sekwencji z nim związanych; podejściom nastawionym na przeszłość przyjrzymy się później.

Kiedy pojawia się problem?

Staramy się scharakteryzować powtarzalne fakty, związane z czasem występowania problemu. Czy są takie okresy, gdy problem zawsze lub zazwyczaj się pojawia?, albo przeciwnie, gdy nie pojawia się wcale? Czy istnieją konkretne pory dnia, dni tygodnia, miesiąca, roku, w których problem pojawia się szczególnie często lub rzadko?

Gdzie pojawia się problem?

Czy istnieje takie miejsce, w którym problem pojawia się zawsze lub szczególnie często? Czy są takie miejsca, w których nie pojawia się nigdy? Często pytamy o ogólną lokalizację (np. szkołę, pracę, dom) oraz o szczególne lokalizacje, jak np. konkretny pokój mieszkania, w którym problem występuje częściej.

Jaki jest zewnętrzny przebieg problemu?

Co byśmy zobaczyli, gdybyśmy mieli nagranie wideo przedstawiające przebieg zachowań problemowych?

Jakie zobaczylibyśmy gesty, pozycje ciała, sekwencje zachowań, interakcji, jakie słyszelibyśmy dźwięki, rozmowy, etc.?

W czyjej obecności pojawia się problem?

Kto najczęściej znajduje się w pobliżu w czasie pojawienia się problemu? Co ci inni ludzie robią i mówią przed, podczas i po zachowaniach problemowych? Co mówią o osobie, która ma problem i o samym problemie?

Jakie są wyjątki od reguł związanych z pojawieniem się problemu?

Rzadko zdarza się, by problem trwał przez cały czas, tak więc często szukamy takich okoliczności, które nie dopuszczają do pojawienia się problemu, przerywają jego trwanie, lub zakłócają jego przebieg. Metodę tę opisał de Shazer (de Shazer, 1988, 1991). Polega ona na skłanianiu klienta do zauważania tych wyjątków, a następnie dążenia do coraz częstszego ich występowania, aż wyjątek stanie się regułą, substytutem problemu. White w podobny sposób szuka tego, co nazywa niepowtarzalnymi rezultatami (1988).

Co z powodu problemu klient musi robić inaczej, lub jakiego rodzaju aktywność zostaje uniemożliwiona?

W jaki sposób problem zakłóca typową aktywność klienta lub przeszkadza w tym, co chciałby robić? Czasem aby uzyskać tę informację, pytamy, jak wyglądałaby jego aktywność, gdyby problem został rozwiązany.

De Shazer określił te pytania mianem „cudotwórczych”, gdyż przynoszą sposób nie tylko na uzyskiwanie odpowiedzi, ale także dają ludziom możliwość mówienia o problemie w kategoriach rozwiązania, tak jak gdyby było ono nieuniknione, lub już miało swój początek (de Shazer, 1988, 1991).

Jakie z zachowań problemowych pojawiają się w trakcie sesji?

Czasami klienci ujawniają zachowania problemowe w gabinecie terapeutycznym. Dzieje się tak prawie zawsze podczas sesji terapii małżeńskich lub

rodzinnych, ale czasem i indywidualne sesje pozwalają terapeutę zobaczyć i usłyszeć te zachowania.

Pewien klient skarżył się, że nie akceptują go koledzy po fachu. Podczas pierwszej sesji mówił tak głośno, że jego słowa słyszeli terapeuci w innych pomieszczeniach. Klient rozglądał się cały czas wokół, omijając jednak wzrokiem osobę terapeuty. Na początku następnej sesji terapeuta poinformował go, że inni terapeuci narzekali na to, że tak głośno mówił i zaczął się też zastanawiać, czy fakt, że klient unika jego wzroku, może mieć coś wspólnego z jego problemem. Odparł, że szef mu kiedyś wspominał, że mówi za głośno, ale ponieważ nikt inny nigdy nie zwracał mu na to uwagi, puścił uwagę mimo uszu, bo szef lubił krytykować. Zdecydowaliśmy, że w najbliższym tygodniu spróbuje mówić ciszej i będzie uważnie obserwował reakcję kolegów. Odkrył, że dało to znakomite rezultaty. Przez kolejny tydzień pracował nad utrzymywaniem kontaktu wzrokowego, co również dało pozytywne efekty.

*Jak klient wyjaśnia problem
i w jakich czyni to kategoriach?*

Ludzie mają często rozmaite koncepcje na temat trudności lub na temat znaczenia, jakie one odgrywają w ich życiu. Jak już mówiliśmy wcześniej, wyjaśnienia te i ramy odniesienia mogą stanowić część problemu i być pomocne w dalszej pracy.

Korzystnie jest zatem je określić.

Co jest według klienta przyczyną problemu? Czy są i jakie są według niego głębsze trudności, których odbiciem jest problem? Jaki wpływ ma problem na jego poczucie tożsamości lub jego przyszłość? Po jakie metafory i analogie sięga klient mówiąc o swym problemie? Jakie wyjaśnienia problemu sugerowały znaczące w jego życiu osoby, członkowie rodziny, osoby profesjonalnie udzielające pomocy. Wyjaśnienia te mogły mieć wpływ na postawę i leczenie klienta, a także na jego sposób myślenia o problemie. Obecnie dobrze jest się zorientować, jakiego typu literaturę z zakresu samopomocy klient czytał.

*Jakie rozwiązania problemu formułuje klient
lub ważne dla niego osoby?*

Jak widzieliśmy, problem można traktować jako odbicie sposobu, w jaki klient trwał przy nieadekwatnych rozwiązaniach. Co zatem robił klient i inne ważne dla niego osoby (włączając w to terapeutów), by spróbować rozwiązać problem?

*Skąd będziemy wiedzieć,
czy osiągnęliśmy cel?*

Dla terapeutów krótkoterminowych najważniejsze jest, aby pomóc klientowi w jasnym ustaleniu celów. Mówiąc słowami tytułu pewnej książki, „Jeśli nie wiesz, dokąd idziesz, to najpewniej nie dojdiesz tam, gdzie byś chciał”.

Staramy się, by klienci nauczyli nas swych wyobrażeń i pomysłów na temat rozwiązania problemu. Co się będzie działo w innych dziedzinach ich życia, gdy problem przestanie ich dręczyć? Czasami zwykłe pytanie o przyszłość to zarazem określenie lepszej przyszłości i może pomóc klientowi dostrzec jasno sposób rozwiązania problemów. Czasem zaś pomaga nam to dokładniej pojąć, czego chce klient. De Shazer i jego grupa (de Shazer i inni, 1986) sugerują, że w niektórych przypadkach terapia może koncentrować się głównie na tym, jaki kształt mają przybrać rozwiązania problemu i pracy nad realizacją tych rozwiązań, przy czym może nawet nie dojść do szczegółowego opisu samego problemu. W każdym przypadku jest to dla nas ważna część procesu oceny. Ponieważ nie odwołujemy się do jakichś ogólnych modeli wyjaśniających lub normatywnych, cele i wizje przyszłości klientów pełnią rolę kompasów, wyznaczają drogę do stacji końcowej. Staramy się możliwie najszybciej skupić na jasno określonym celu, w który klient jest silnie zaangażowany. Jeśli uzyskujemy informację, wyrażoną werbalnie lub niewerbalnie, że klient jest rozdrażniony naszą koncentracją na celach, wówczas wyjaśniamy, po co to robimy, albo wycofujemy się i zmieniamy opcję, zajmując się tym, co według klienta jest tematem ważniejszym.

Przykład: „Może to trochę śmieszny początek, ale lubię wiedzieć, dokąd zmierzam, bo wtedy łatwiej mi jest dostrzec to, co może nam pomóc. Jeśli więc pan(i) może, proszę mi powiedzieć, co się w pańskim (pani) życiu zmieni, wydarzy, jeśli terapia przyniesie pozytywne rezultaty? Co będzie pan (pani) robić po zakończeniu terapii? Po czym inni poznają, że się pan(i) zmienił(a)? Po czym pan(i) to pozna?”

Zaleca się, by skłonić klienta do formułowania swych celów w kategoriach bezpośrednio sprawdzalnych. Dobrze sformułowane cele powinny dać się sprowadzić do działań klienta lub warunków, które może on dzięki własnej aktywności zrealizować. Często cele podawane są w kategoriach czasu: jak często (częstotliwość), kiedy (data, okres, ostateczny termin), gdzie i na jak długo (okres trwania).

Sądzimy, że aby można było pracować nad celem, musi on być zaakceptowany przez pacjenta i terapeutę. Obaj muszą uznać, że cel jest ważny i osiągalny. Jeśli mamy do czynienia z kilkoma klientami, lub ktoś występuje w imieniu klienta, lepiej jest, jeśli wszyscy zgadzają się co do tego, że cel jest ważny i osiągalny.

Aby upewnić się, czy wszystkie strony wiedzą, kiedy uznać cel za osiągnięty, pomagamy klientom przetłumaczyć mgliste słowa nie oparte na wskaźnikach zmysłowych na język oparty o działanie. Klient musi umieć wyobrazić sobie cel, tak jak gdyby był on widziany, słyszany na kasecie wideo. Oczywiście, klienci na początku często mówią o celach w sposób mglisty, lub odwołują się bardziej do uczuć czy stanów wewnętrznych. Jak wyjaśnialiśmy wcześniej, uważamy, że ważne jest, by z empatią wysłuchać opisów uczuć i stanów wewnętrznych. Nadal jednak zachęcamy delikatnie klienta do opisów zewnętrznych (obserwowalnych) elementów skorelowanych z tymi stanami.

Kogoś, kto narzeka, że jest nieśmiały, należy poprosić, by opisał typową interakcję (lub brak interakcji). Czy w obecności innych patrzy w ziemię? Czy na przyjęciu siedzi sama? Czy odrzuca zaproszenia na przyjęcie? Opisy te wykorzystalibyśmy do zmotywowania tej osoby do zmiany zachowań i interakcji, które wspólnie uznamy za najważniejsze i dające największe prawdopodobieństwo ogólniejszej zmiany.

...Młodej, anorektycznej kobiecie dużą trudność sprawiało dokładne określenie celu i wyjście poza enigmatyczne „będę się lepiej czuła”. W końcu poprzez „magiczne pytanie” zdołała ustalić, że pierwszy cel osiągnie, gdy będzie w stanie spojrzeć na swe odbicie w dużym lustrze łazienkowym i wybrać ubranie, które jej się podoba, a nie to, które ją najbardziej maskuje. Doradzono jej, by uczyniła to dopiero wtedy, gdy poczuje się gotowa. Na następnej sesji pojawiła się ubrana w suknię bez rękawów i powiedziała, że jest optymistycznie nastawiona do przyszłości.

Aby towarzyszyć klientom i prowadzić ich, gdy wykazują wahanie przy określaniu celów, lub trzymają się niejasno sformułowanych zwrotów, dajemy pytania z możliwością wyboru jednej z odpowiedzi. Na przykład:

Czy sądzisz, że pierwszymi oznakami poprawy może być to, że będziesz przeglądać się w lustrze i nie odwracać wzroku od swego odbicia, albo że ubierzesz się w coś ładnego, co ci się podoba, a nie w ubranie, które cię ukrywa? A może jeszcze coś innego?

Czasem trzeba poinformować klienta, że szukamy celów osiągalnych i uzasadnić to.

Ciągle powracam do tego, skąd będziemy wiedzieć, że odnieśliśmy sukces i że możemy przestać się spotykać, ponieważ chcę mieć pewność, do czego konkretnie dążymy.

Obawiam się, że to, co tutaj robimy, może stać się częścią problemu, a nie jego rozwiązaniem. Myślę, że zdefiniowanie celu pomoże nam tego uniknąć, bo będziemy mieli jasno określoną stację docelową.

Pytając o cele, staramy się jednocześnie wytworzyć oczekiwanie zmiany i jej pozytywnych rezultatów. Nasze słowa stanowią odbicie tych oczekiwań. Mówiąc o celach terapeutycznych (lub poterapeutycznych) używamy słów: będziesz, kiedy, jeszcze.

A więc jeszcze nie umówiłeś się z żadną kobietą, a chciałbyś się z kimś związać?

A więc, kiedy będziesz czuł się lepiej, przezwycięzysz przygnębienie, będziesz wstawał wcześniej i spędzał więcej czasu z przyjaciółmi.

Konstruowanie problemów dających się rozwiązać

Ważnym celem negocjacji związanych z problemem jest takie sformułowanie trudności w trakcie rozwijającego się dyskursu pomiędzy terapeutą a klientem, które maksymalizuje możliwość działania. Jak już powiedzieliśmy, łatwiej jest to osiągnąć, jeśli posługujemy się opisami konkretnych zachowań, a nie predykatami i abstrakcjami. Łatwiej dojść do ładu z dzieckiem, które nie chce sprzątać swego pokoju, niż z „nieznośnym dzieciakiem”; łatwiej pracować z osobą, która zaraz po powrocie z pracy nalewa sobie pierwszego drinka niż z alkoholikiem; łatwiej rozwiązać problem małżeństwa, które nie znalazło jeszcze sposobu na skłonienie lękowego dziecka do pójścia do szkoły niż problem „rodziny uwikłanej”; łatwiej działać, gdy ma się do czynienia z osobą bez doświadczenia współpracy z rówieśnikami niż z osobą o „niskiej samoocenie”; tendencje do unikania kontaktów z innymi i płaczu łatwiej jest skorygować niż depresję.

Rozwijając jeden z tych przykładów, osobie, która po powrocie z pracy natychmiast wypija drinka, można zaproponować pójście z psem na spacer.

Zachęcamy czytelników, aby spróbowali przełożyć każdą kategorię diagnostyczną, po jaką często sięgają, na sekwencje odrębnych zachowań personalnych i interpersonalnych, które powtarzają się w określonych okolicznościach i na elementy, nad którymi można z łatwością pracować. Proces ten ma znaczenie daleko wykraczające poza względy pragmatyczne. Implikacje, jakie pociąga za sobą odwoływanie się do niesprawdzalnych ostatecznie bytów typu „uzależnienie”, „osobowościowa podatność na nałogi”, „zaburzenia uwagi”, „zaburzenia psychiczne”, są bardzo rozległe i według nas dość przerażające (choć, potencjalnie przynajmniej, łatwiej na nich zarobić).

6

NEUTRALNOŚĆ I WŁADZA, SUGESTIE, ZADANIA I PERSWAZJA

Ludzie łatwiej przyjmują argumenty, które sami odkrywają, niż te, które przyszły do głowy innym.

Pascal

Żywny bardzo proste przekonanie, że jeśli ktoś nie chce wywierać wpływu, jeśli słowa, które mają wpływać na innych, więzną komuś w gardle, lub jeśli sądzi, że istoty ludzkie potrafią nie wpływać wzajemnie na siebie (emocjonalnie lub nie), powinien wycofać się ze społeczeństwa ludzkiego.

Brodes i Heath (1989, s. 320)

Terapeuci krótkoterminowi zazwyczaj często odwołują się do bezpośredniej sugestii i zdań, dlatego też muszą opanować trudną sztukę perswazji.

Sądźmy, że można przyjąć, że sztuka terapii, bez względu na to, jakie prezentuje ona podejście, ma wiele wspólnego ze sztuką perswazji. Dla wielu osób jest to fakt nieprzyjemny. Jednak czy nam się to podoba, czy nie, zawód nasz polega głównie na zachęcaniu ludzi, wprost lub w sposób ukryty, do zmiany postaw lub zachowań.

WPLYW I EKSPERTYZA

Istnieje przekonanie żywione obecnie przez wielu reprezentantów naszego zawodu, że możliwe jest uniknięcie wywierania wpływu, że samo

sluchanie wypowiedzi klienta lub rodziny wystarczy, by wywołać dyskurs, w którym terapeuta nie czyni nic, by „kierować, zmieniać, manipulować dialogiem rodziny w określonym kierunku” (Markowitz, 1992, s. 12, cytując Harlene Anderson). Sądzymy, że jest to niebezpieczne złudzenie. Niemożliwe jest uniknięcie zdradzenia własnych opinii i wpływanie na interakcje, choćby nieświadomie, poprzez cały szereg kanałów komunikacji, wokalnych i niewokalnych. Bez względu na to, jaki model terapii obraliśmy, na pewne stwierdzenia reagujemy, na inne nie, zadajemy takie a nie inne pytania, czynimy określone gesty, kiwamy głową, mówimy „uhm” w odpowiedzi na pewne zdania, a nie na inne. Za każdym razem wywieramy wpływ na proces i kierunek interakcji. Wiele treści przekazywanych jest na subtelny poziomie ekspresji twarzy, ruchów oczu, rozszerzania, zwężania źrenic, sposobu oddychania, pozycji ciała etc., a więc poprzez reakcje, których nie jesteśmy świadomi i których w związku z tym nie kontrolujemy. Obawiamy się, że takie subtelne poziomy wywierania wpływu są tym bardziej zdradzieckie, że funkcjonują poza zasięgiem świadomości uczestników interakcji. W pełni zgadzamy się ze wszelkimi dążeniami zwiększającymi poczucie autonomii klienta, jego samostanowienia, oparciu się na własnych możliwościach. Nie możemy się jednak zgodzić, że sugerowanie czegoś klientowi lub przekonywanie go do próby wprowadzenia jakichś zmian stanowi manipulację, wymuszenie lub niezdrowe wykorzystanie władzy.

Istnieje obecnie w dziedzinie psychoterapii nurt (który ośmielamy się nazwać nieco świętoszkowatym) odmawiający całkowicie racji bytu roli eksperta czy nawet istnienia samej ekspertyzy. Często następuje tu odwołanie się do tautologicznego twierdzenia Maturany o niemożliwości „interakcji instruktywnej”; „rozmowa” urasta do rangi sakramentu, o którym mówić można jedynie ścisłym, pełnym nabożeństwa głosem. Przyjęcie roli eksperta uznaje się za epistemologicznie niezdrowe (cokolwiek to oznacza), za nieuprawnione, elitarne promowanie zależności, wykorzystywanie władzy profesjonalnej, manipulowanie dostępem do wiedzy etc. Choć jesteśmy pewni, że istnieją terapeuci, którzy odpowiadają temu opisowi, sądzymy, że rola eksperta może być pełniona w taki sposób, który nie osłabia, nie pozbawia klienta kontroli, nie rozbraja go (w gruncie rzeczy niemożliwe jest uzbrojenie, a jedynie unikanie rozbrojenia).

Niech nie umyka naszej uwagi fakt, że większość tych, którzy odrzucają ekspertyzę i techniki, są niezwykle doświadczonymi terapeutami, świetnymi ekspertami, doskonale władającymi technikami. Zgadzamy się z ten-

dencją do unikania postawy wyższości, ukrytej manipulacji i przyjmowania założeń, że terapia jest procesem, w którym my, posiadacze wiedzy, niesiemy dobro ludziom spoza naszego kręgu. Jednakże udawanie, że nie mamy żadnej wiedzy ani umiejętności, zaprzeczenie temu, że posiadamy doświadczenie i mądrość wnoszone przez nas do terapii, które zdobyliśmy w trakcie żmudnej i często niełatwej drogi, że zarówno nasza wiedza jak i umiejętności rozwijają się, byłoby nonsensem. Nacechowane wrażliwością i szacunkiem traktowanie szukającego pomocy klienta lub rodziny, zaoferowanie mu owoców wieloletnich doświadczeń terapeuty nie musi być synonimem manipulacji czy uznawania go za osobę niekompetentną (choć oczywiście i w taki sposób można to uczynić).

Przykładem może tu być postawa Briana, który często oświadcza klientom, że przez ostatnie dwadzieścia pięć lat stał się niezłym ekspertem odnośnie do tego, co w związkach interpersonalnych, międzyludzkich nie daje efektów, szczególnie, gdy dotyczy to określonych schematów, związków. Zazwyczaj dodaje on jeszcze, że w kwestii tego, co daje dobre rezultaty, efekty, ma znacznie mniej definitywnych odpowiedzi. Przyznaje jednak, że często miewa niezłe pomysły na temat tego, co mogłoby zadziałać, z których część zapożyczył od byłych klientów, część wymyślił sam i bardzo chętnie się nimi podzieli (Cade, 1992b).

NEUTRALNOŚĆ

Problem neutralności był w ostatnich latach wielokrotnie podnoszony, wywołując sporo kontrowersji. Neutralność terapeuty stanowi, naszym zdaniem, konieczność wynikającą z pragmatycznego wymogu bycia terapeutycznym w pracy nad związkami. Utrata neutralności stawia zazwyczaj terapeutę w bardzo niedogodnej pozycji, uniemożliwiającej pomoc.

Przyjęcie neutralnej postawy przez terapeutę oznacza porzucenie przez niego osobistych opinii i postaw wobec określonych osób, zachowań, systemów wartości, postaw i zdarzeń. Nasza wiedza o postawie neutralnej wyrosła z porażek, gdyż pozwoliliśmy sobie na stronniczość, wierząc np. w to, że jedna ze stron potrzebuje wsparcia, lub dając je bezwiednie, lub oszukując się, że dokonujemy terapeutycznej prowokacji w celu naruszenia starego układu równowagi systemu, a czasem piekąc własną pieczęć.

Niektórzy traktują neutralność w terapii jako postawę równoznaczną z pozbawioną emocji pozycją niezaangażowania. Widzieliśmy terapeutów

rozmawiających z rodzicami z wyrazem twarzy Bustera Keatona. Sądzi-
my, że można zachować neutralność przyjmując postawę pośrednią po-
między obojętnością i niezaangażowaniem, a afirmującym, nawet przy-
jacielskim ciepłem, obejmującym problemy obu stron. Ważne jest, aby
w terapii żadna ze stron nie była traktowana inaczej, by nie tworzyć
aliansów, jawnych bądź ukrytych, jednych przeciwko drugim. Neutralność
terapeutyczna może oznaczać niewiązanie się z żadną ze stron lub ze
wszystkimi stronami.

Neutralność wobec efektów jest także, naszym zdaniem, pragmatyczną
postawą, którą w niektórych sytuacjach należy przyjąć, choć niekoniecznie
musi ona wyrażać brak zainteresowania rozwiązaniem problemu lub brak
wrażliwości na szersze socjopolityczne kwestie. Często gdy terapeuta
zbyt identyfikuje się z argumentacją na rzecz zmiany, bez względu na
to, czy komunikuje to wprost, czy w sposób ukryty, staje się wówczas
sam niejako głównym klientem-nabywcą określonej zmiany rodziny lub
jej członka. Terapeuta zagarnia wówczas w pewien sposób wszystkie
argumenty za, pozostawiając członkom rodziny już tylko argumenty
przemawiające przeciw zmianie, łącznie z towarzyszącym im zabarwie-
niem emocjonalnym. Owe za i przeciw wizji terapeuty na temat tego, jak
powinno być, tracą w ogóle sens, jeśli dążenie do celu, najszlachetniej
umotywowane, rozbraja klientów, wzmaga ich opór lub umacnia stare
postawy. Kearney, Byrne i McCarthy, analizując terapię rodzin, w których
doszło do nadużyć, mówią o „kolonizacji potencjału” przez system profesjo-
nalnej pomocy społecznej zajmującej się rodzinami z problemami ze
środowisk zubożałych lub usuniętych poza nawias społeczeństwa.

Wykazują oni, że „rodziny takie stają się dziwnymi ofiarami niekoń-
czących się krucjat, inwazji i odwrotów, a pod sztandarami dobroczyn-
ności kryją się usiłowania kontroli bądź oferta leczenia... Skolonizowani,
obarczeni sankcjami kolonizatorów, trwają w ambiwalentnym partnerst-
wie oscylującym pomiędzy rewoltą a uległością” (Kearney i inni, 1989,
s. 17). Procesowi kolonizacji przyjrzymy się dokładniej przy okazji
omawiania technik paradoksalnych.

Wolimy trzymać się kategorii gość-narzekacz-klient opisywanych
w poprzednim rozdziale niż ogólnego pojęcia neutralności. Uważamy, że
mając ciągle na uwadze pytanie: „Kto jest aktualnie klientem i czego
chce?”, można uniknąć niekorzystnych sojuszów, zbyt entuzjizmu
lub dogmatyzmu na temat tego, jacy powinni być inni ludzie i, co
ważniejsze, forsowania własnych przekonań. W sytuacji, kiedy osoba
posiada ukierunkowaną motywację do zmiany jakichś aspektów swego

życia, z radością podejmujemy się roli klakierów, oklaskujących każdą
próbę innego niż zazwyczaj zachowania (choć przeważnie wstrzymujemy
się od zakładania smokingu i wymachiwania batutą).

W praktyce prywatnej rzadko musimy występować w roli społe-
cznego kontrolera. Z całą pewnością jednak, gdybyśmy musieli się
takiej roli podjąć, nie działalibyśmy już jako terapeuci (nawet jeśli
byłyby to osoby wymagające terapii i na krótką metę byłyby to pro-
blemy życiowo ważne, np. wobec dziecka czy matki, czy osoby, którą
można uchronić przed zrobieniem czegoś, czego by później żałowała).
Musimy bardzo starannie rozdzielać te dwie sprawy. Jeśli działamy
w imieniu kontroli społecznej, wówczas to terapeuta lub władza, którą
reprezentuje, są klientami. Z naszego doświadczenia wynika, że ludzie
zmieniają się tylko w taki sposób, na jaki mają zapotrzebowanie i gdy
występują w roli klienta. Kiedy jesteśmy zmuszeni wziąć na siebie
rolę klienta, szczególnie gdy mamy do dyspozycji jakieś sankcje, wów-
czas dążymy do wyegzekwowania posłuszeństwa. (W pewnych przy-
padkach może to być jedyna i prawidłowa opcja, nie wolno nam
jej jednak mylić z terapią.) Nie oznacza to, że nie jest możliwe peł-
nienie roli kontrolera społecznego w sposób możliwie najbardziej te-
rapeutyczny (Weakland i Jordan, 1990).

SUGESTIA, ZADANIA, PERSWAZJA

Podczas terapii krótkoterminowej często prosimy ludzi, by eksperymen-
towali z nowymi zachowaniami, lub bawili się nowymi sposobami myś-
lenia o swej sytuacji, co czasem oznacza dla nich radykalne odejście od
zachowań, do których nawykli, lub od prawd, które dawno już uznali za
oczywiste i reprezentujące zdrowy rozsądek. Siła postaw, przekonań,
wartości będzie stanowiła ważny czynnik gotowości do próbowania cze-
goś odmiennego. Rokeach opracował trzypoziomową huśtawkę przeko-
nań, od najprostszych, głęboko zakorzenionych, podstawowych (poziom
1), poprzez te przekonania, które wiążą się z autorytetami, których
słuchamy i szanujemy (poziom 2), aż do przekonań relatywnie peryferyj-
nych (poziom 3). Im bardziej dane zachowanie lub postawa zakorzenione
jest w poziomie 1, z tym większą siłą i intensywnością jest utrzymywane,
i tym trudniej jest na nie wpłynąć (Rokeach, 1968). Rozdział ten zamie-
rzamy poświęcić prezentacji poglądów wynikających z badań nad sztuką
perswazji, które uważamy za istotne w pracy terapeutycznej.

Z całą pewnością ludzie chętniej współpracują i podejmują próby nowych zachowań, jeśli są doceniane, i kiedy uznają, że ich przekonania, uczucia są rozumiane i respektowane. Ludzie zaś, którzy czują się niezrozumiani, szczególnie gdy przeżywają silne napięcia, lęki, są w znacznie mniejszym stopniu zdolni do koncentracji na przekazach perswazyjnych, bez względu na to, jak ważna wydaje się treść przekazu (dla nadawcy) lub sposób przekazu tych treści (Nunnally i Bobren, 1959).

Bardzo zmartwionej kobiecie, którą właśnie opuścił mąż, grupa przejętych pracowników doradzała natychmiastowy kontakt z urzędnikiem oddziału ubezpieczeń społecznych. Kobieta siedziała łkając w poczekalni, niezdolna do podjęcia jakiegokolwiek działania. Dopiero gdy jeden z pracowników okazał pełne zrozumienie jej stanu, uczuć lęku, złości, rozpacz i powiedział, by się nie spieszyła, kobieta nieomal natychmiast poprosiła o numer telefonu oddziału ubezpieczeń społecznych i książkę telefoniczną, by znaleźć numer prawnika. A więc powtórzmy jeszcze raz, jak ważne jest, byśmy nie tylko słuchali tego, co nam klient mówi, wprost, czy nie wprost, ale także, byśmy dawali mu odczuć, że słuchamy jego słów i staramy się zrozumieć historię przez niego opowiadaną, jak również jego uczucia.

Ludzie łatwiej zastosują się do prośby czy sugestii, które są zgodne z ich życzeniami, doświadczeniem i postawami. Im większa zgodność pomiędzy przekonaniem lub działaniem sugerowanym, a odczuwaną potrzebą, tym większe prawdopodobieństwo przyjęcia przekazu perswazyjnego (Brooks i Heath, 1989, s. 333). Pewna młoda kobieta zgłosiła się po pomoc, gdyż wpędzała się w chorobę nadmierną nauką do końcowych egzaminów i niepokojem o ich rezultaty. Niedługo przedtem trzeba ją było wynieść z egzaminu próbnego, podczas którego gwałtownie wymiotowała ze strachu i wyczerpania. Wiedziała, że włożyła wystarczającą ilość pracy, by zdać „śpiewając”, lecz nie była w stanie się odprężyć. Zasugerowano jej, by każdego dnia rzucała monetą. Jeśli wypadła reszka, nie wolno jej było się tego dnia uczyć. Miała iść na plażę lub w inne podobne miejsce i pod żadnym pozorem nie mogła wziąć ze sobą podręczników. Kiedy wypadł orzeł, mogła się uczyć, ile chciała. Zdołała zwolnić tempo. Zdała egzaminy z najlepszymi ocenami na roku. Sugestia ta dała rezultaty dlatego że, jak sądzimy, była całkowicie zgodna z pragnieniem tej młodej kobiety, by zmniejszyć intensywność nauki. Gdyby chciała pomocy w opanowaniu lęku, tak by móc pracować jeszcze więcej, sugestia ta nic by nie dała, mimo że była dla niej najlepszym rozwiązaniem.

Ludzie, którzy mają sztywne, dogmatyczne przekonania, wykazują tendencję do odrzucania idei, które nie są zgodne z poglądami autorytetów, stanowiących źródło ich przekonań i postaw.

Jeśli chcemy przekonać bardzo dogmatyczną osobę... musimy pamiętać, że odbiorca niekoniecznie potrzebuje perswazji logicznej, popartej faktami, lub nowych idei.

Na tego typu osoby można wpłynąć przez odwołanie się do postaci, które są dla niej autorytetami oraz do wartości tradycyjnych. Należy ciągle pamiętać, że ma ona sztywny system przekonań, cechujący się niską tolerancją na niespójność. (Bettinghaus i Cody, 1987, str. 48)

Pewien mężczyzna, były wojskowy, oświadczył, że jest osobą o krańcowo tradycyjnych przekonaniach, uważającą, że kobiety nie zasłużyły sobie jeszcze na prawo do głosowania. Sądził, że życie rodzinne winno opierać się na dyscyplinie, i że zachowania jego żony podważają jego autorytet, w związku z czym dzieci dziczeją. Jasne było, że zgłosił się do terapeuty tylko po to, by udowodnić żonie, że terapia na nic się nie zda. Zapytano go, czy widzi siebie jako generała pierwszej wojny światowej czy raczej drugiej wojny światowej. Poprosił o wyjaśnienie. Wy tłumaczono mu, że ta pierwsza postać niewiele nauczyła się z doświadczeń owych czterech lat, nie interesowało jej morale wojska ani też kwestia ratowania ludziom życia. Pod koniec wojny zachowywała się tak samo jak na początku, zupełnie nieefektywnie. Jednakże druga postać uczyła się szybko, poświęcała wiele uwagi problemom morale i możliwościom ograniczenia strat w ludziach, adaptowała się do nowych, zmieniających się okoliczności. Po rozważeniu pytania klient pokiwał głową, „Myślę, że stałem się podobny do generała pierwszej wojny światowej”.

Z pewnością, gdyby mężczyźnie temu uświadomiono błąd w myśleniu, nie pragnąłby zmiany. Kiedy jednak nakreślono dwa różne style rządzenia wojskiem, dało mu to możliwość zbadania, w obrębie własnych konstruktywów, implikacji zbliżenia się do stylu generała drugiej wojny światowej.

Miller zauważa: „Z punktu widzenia pragmatycznej dogodności, przekaz, który ma na celu ukształtowanie i uwarunkowanie reakcji może być bardziej skuteczny niż komunikacja nastawiona na przemianę ustalonych wzorów zachowania” (1980, s. 19).

Do terapeuty zgłosiło się małżeństwo prosząc o pomoc w niedopuszczeniu do tego, by ich dwudziestosześcioletni syn związał się z rozwódką. Mąż był zwolennikiem tradycyjnych zasad chrześcijańskich i był oburzony zachowaniem syna. Terapeuta przyznał, że Bóg dał im ciężkie zadanie i nawiązał do przypowieści o synu marnotrawnym. Podkreślił, że w przypowieści tej ojciec musiał być człowiekiem wielkiej wiary, pozwalając synowi

zmarnować wszystko, co odziedziczył i uczyć się na własnych błędach, a na koniec przyjąć go z powrotem i wybaczyć. Nie uczyniono żadnej próby wiązania znaczenia przypowieści z próbą nakłaniania go do zmiany postawy. Na następnej sesji okazało się, że głęboko poruszony poprzednią, przeczytał ponownie tę przypowieść i zabrał żonę na spotkanie z ową rozwódką, po którym oboje uznali ją za dobrą kobietę. (Cade, 1980b, s. 97)

W opisywanym powyżej przypadku dzięki przypowieści biblijnej mężczyzna spontanicznie odkrył nową postawę, która była zarówno zgodna z jego przekonaniem, jak i zakorzeniona w systemie jego wartości. Gdyby przekonywać go wprost do zmiany postawy, lub jasno wyklądać wnioski, które powinien wyciągnąć z przypowieści, to prawdopodobnie silniej jeszcze trzymałby się postawy dotychczasowej.

Argumenty, do których dochodzi się samodzielnie, mają znacznie silniejszy wpływ od argumentów, które podsuwają inni. Wydaje się, że im więcej jest samodzielnie wygenerowanych argumentów na rzecz jakiegoś stanowiska, tym większe prawdopodobieństwo jego trwałości. Wydaje się także, że w obliczu szeregu perswazyjnych przekazów ludzie pamiętają lepiej swe własne myśli i argumenty niż samą treść przekazów (bez względu na to czy były one za czy przeciw ich wcześniejszym poglądom). Perloff i Brock piszą:

„jednostki są aktywnymi uczestnikami procesu perswazyjnego, usiłującymi powiązać elementy przekazu z posiadanymi informacjami. Czyniąc tak, mogą włączyć treści nieobecne w samym przekazie perswazyjnym. Owe samodzielne akty poznawcze mogą służyć potwierdzeniu stanowiska, którego przekaz broni, lub które podważa. Jeśli komunikat wywołuje potwierdzające reakcje poznawcze, postawy ulegają zmianie w kierunku preferowanym przez źródło przekazu. Jeśli przekaz ewokuje negujące reakcje umysłowe, zmiany postaw w preferowanym kierunku zostają zahamowane”. (1980, s. 69)

Wniosek z powyższego, jak twierdzą Berloff i Brock, jest taki, że „kiedy już osoba komunikująca rozpoczęła proces zmiany przekonań na dany temat, to zmiana ta będzie trwalsza, jeśli słuchacz sam przemyśla dany przekaz, niż jeśli mówca przytoczy własne argumenty” (1980, s. 85).

Autokonfrontacje dają największe efekty w przypadku osób, których wartości były na początku zgodne z wartościami zawartymi *implicite* lub *explicite* w przekazie perswazyjnym, nawet jeśli osoby te zachowują się w sposób niezgodny z tym przekazem (Grube i inni, 1977). Jeśli wartości klienta nie są zgodne z przekazem, konfrontacja jest znacznie mniej efektywna. W gruncie rzeczy, w sytuacji, gdy przekaz wywołuje nieprzy-

jemne, niepożądane reakcje poprzez zakres niezgodności, zmiany postaw i zachowań w kierunku perswadowanym zostają zablokowane i następuje formułowanie przeciwargumentów (które mogą być wyrażone otwarcie lub nie).

Również antycypujące przeciwargumenty będą się pojawiać zawczasu, jeśli osoba spodziewa się przekazu perswazyjnego, który zagraża jej wartościom i postawom. Powoduje to znacznie mniejszą podatność na perswazję (Petty i Cacioppo, 1977).

Mężczyzna, emerytowany marynarz, został określony przez szereg profesjonalistów różnych dziedzin jako osoba surowa, o wiktoriańskich poglądach na temat dyscypliny, całkowicie oporna i bez motywacji. Swą czternastoletnią córkę uważał za nieposłuszną, niezdarną i wymykającą się spod kontroli. Specjaliści uznali córkę za całkiem normalną, choć buntującą się przeciwko surowości i sztywności postaw i zachowań ojca. Wysiłki matki, by utrzymać spokój w rodzinie i próby ochrony córki prowadziły jedynie do pogorszenia sytuacji. Istniały obawy, że może dojść do aktów przemocy wobec dziewczyny. Uznano, że ojciec nie potrafi dostrzec, że to jego postawy stanowią źródło problemu. Określił on psychiatrię i pomoc społeczną jako więcej niż bezużyteczne.

Zgłoszony do terapeuty krótkoterminowego dał do zrozumienia całym swym zachowaniem, że cała jego współpraca ograniczy się do obecności na sesjach. Terapeuta zaczął mówić o tym, jak ciężko jest wychowywać dzieci w obecnych czasach. Zagubiono szereg starych, tradycyjnych wartości. Rodzice mają prawo określić, jakie zachowanie obowiązuje dzieci w ich domu, a nastolatkom potrzebne jest doświadczenie rodziców, nawet jeśli wydaje im się, że jest ono staromodne. Terapeuta żałował utraty wielu starych wartości i zasad, bolał nad brakiem samodyscypliny, szacunku dla siebie objawiającymi się we współczesnym społeczeństwie.

„Ale oczywiście, dodał, dobrzy rodzice z pewnością staną się bardziej elastyczni i wynegocjują więcej, w miarę jak ich dzieci będą dorastać”.

Taka niespodziewana akceptacja poglądów spowodowała, że ojciec dziewczyny zaczął kiwać głową na znak zgody, łącznie z ostatnim zdaniem o potrzebie elastyczności. Zamyślił się, a po paru minutach nachylił się i rzekł: „Zastanawiam się, czy ja przypadkiem nie jestem zbyt staromodny. Może jestem dla niej zbyt surowy, może na tym polega problem”.

Terapeuta ostrożnie komentując tę wypowiedź powiedział, że w dzisiejszych czasach jest wielu rodziców, którzy zdają się nie zwracać uwagi na to, jak się ich dzieci zachowują. A dzieci muszą się nauczyć

dobrego zachowania poprzez złe. Ojciec znów kiwnął głową, a parę minut później z większym naciskiem stwierdził, że prawdopodobnie był nierozsądny.

„Ona ma w końcu dopiero czternaście lat, nie jest złym dzieckiem. Czasy się zmieniły i obawiam się, że muszę się do nich dostosować”.

Im usilniej terapeuta zalecał ostrożność, tym bardziej mężczyzna gotów był zmienić siebie samego. Zgodził się na następne spotkanie, a efektem terapii było nagle polepszenie się jego relacji z córką.

Na początku z pewnością oczekiwał ze strony terapeuty postawy łagodnej wyrozumiałości wobec córki, a wobec siebie po raz kolejny wytknięcia błędów wychowawczych. Miał zapewne doskonale przeciwiczone przeciwargumenty. Wielokrotnie spotkał się z próbami, czasami łagodnymi, a czasami bardziej zdecydowanymi, przekonywania go do przyjęcia postawy niezgodnej z jego życiowymi zasadami.

Kiedy jego przekonania zostały uznane i nie potrzebował ich bronić, szybko pozwolił na ekspansję stanowiska akceptującego pogląd, że dobrzy rodzice stają się bardziej elastyczni, kiedy dzieci ich dorastają. Ostrożność terapeuty i wstrzymywanie się od oskarżenia ojca zachęcało go do sformułowania własnych argumentów przemawiających za większą tolerancją argumentów, których nigdy by nie przyjął od innych, kiedy już zaczął modyfikować swoją postawę, łatwiej mu było tolerować i przyjmować rady nie tylko terapeuty, ale także żony i córki. Bardzo chciał czuć, że jest dobrym rodzicem, i by inni też tak go oceniali.

Jak pisze Miller, „sukces w kształtowaniu reakcji osoby, do której adresowana jest perswazja, zależy od powiązania owych reakcji z istotnymi wartościami...” (Miller, 1980, s. 18).

Powtórzenie przekazu perswazyjnego mogłoby, na krótką metę, doprowadzić do akceptacji i współpracy. Będą one jednak narażone w przypadku dalszego powtarzania przekazu na to, że gwałtownie przekształca się w narastający opór (Cacioppo i Petty, 1979). Badania wykazują także, że zbyt częste pozytywne wzmocnienie postaw i zachowań może mieć skutek negatywny i zahamować wpływ komunikatu perswazyjnego (Mc Guire, 1964).

Oto przykład: nauczycielka szkolna, uczestnicząca w seminarium dotyczącym koncepcji ujęć behawioralnych, zdała sobie sprawę, że za silnie reagowała na niegrzeczne zachowanie chłopca w klasie i w ten sposób mogła nieintencjonalnie wzmacniać zarówno jego złe zachowanie, jak i obraz samego siebie jako „nieznośnego”. Postanowiła dawać mu więcej wsparcia i częściej go nagradzać i, na ile to możliwe, nie reagować na

jego prowokacyjne zachowanie. Nagła poprawa chłopca mile ją zaskoczyła. Zmiana ta jednak okazała się krótkotrwała. Ostatecznie zwróciła się z prośbą o konsultację tego przypadku i doradzono jej, by nadal nie dawała się prowokować chłopcu złym zachowaniem, lecz ograniczała znacznie swe działania wspierające i nagradzające. Zachowanie chłopca znów uległo poprawie i tym razem była to zmiana trwała.

Osoba, która akceptuje przekaz perswazyjny zawierający sugestie niewielkiej zmiany, jest skłonna do przyjęcia sugestii większej zmiany. Jest to znane zjawisko.

Badania wykazały także, że w wielu przypadkach ludzie proszeni o przeprowadzenie jakiegoś większego działania nawet do tego stopnia absurdalnego, żeby spotkało się z odmową, często bezpośrednio potem akceptują prośby mniejsze, które wydają się bardziej sensowne. Bez pierwszej prośby druga zostałaby odrzucona. Być może ludzie czynią ustępstwa wobec tych, którzy wydają się także ustępować. Na przykład kobieta o silnym lęku przestrzeni jest przerażona propozycją terapeuty, by przejść wspólnie przez miasto do centrum handlowego. Z ulgą przyjęła jednak alternatywną sugestią pójścia na kawę do pobliskiej kawiarenki. Było to jej pierwsze wyjście z domu od wielu miesięcy.

Czasem korzystne jest posługiwanie się jasno uzasadnioną sugestią wstrzymania się od wykonania określonego zadania.

Zazwyczaj na tym etapie proponuję... (tutaj następuje jasno określona sugestia), jednak w obecnej sytuacji zależy mi na tym, by nie przeżył(a) pan(i) kolejnego fiaska.

Możliwe jest także stworzenie iluzji wyboru jednej z dwóch sugestii, z których każde osobno, zostałaby najprawdopodobniej odrzucona. Tworzymy sytuację w której odrzucenie jednej z nich wymaga przyjęcia drugiej. W przypadku omawianej kobiety z agorafobią można by sformułować następujące pytanie:

„Czy chciałaby pani przejść się ze mną do centrum handlowego i podzielić się swymi odczuciami, czy raczej zacząć od krótkiej wyprawy do kawiarenki za rogiem?”

Doskonałych analiz tego rodzaju przypadków dostarcza praca Milтона Ericksona (Rossi, 1980).

Ważnym elementem jest także kwestia sposobu, w jaki ludzie reagują na zadania czy sugestie. Czy realizują je, modyfikują, oponują przeciwko nim, ignorują je, zapominają?

Terapeuta musi brać pod uwagę tego rodzaju informacje zwrotne, by

zaplanować następny krok. Jeśli np. klient realizuje sugestie, wówczas wskazane są dalsze sugestie. Jeśli oponuje, ignoruje lub zapomina — wówczas terapeuta musi dokładnie przeanalizować swe stanowisko. Czy nie ocenił błędnie zakresu zmian, których potrzebuje dana osoba lub rodzina? Być może terapeuta jest bardziej umotywowany do określonej zmiany niż klient. Może klient czy rodzina miała lepszy pomysł, bardziej im odpowiadający? Sądźmy, że jeśli nie udaje się wykonać, przeprowadzić jakiegoś zadania lub doprowadzić do przyjęcia sugestii, jest to rezultat nieporozumienia lub błędnej kalkulacji ze strony terapeuty, a nie oporu i złej woli klienta.

7

MNIEJ TEGO, CO ZWYKLE

...Jeśli zmienimy jakiś aspekt systemu... pierwszym efektem będzie szereg innych zmian, których nie spodziewaliśmy się...

Waddington (1977, s. 103)

W prawdziwym życiu, choć niektóre problemy mogą trwać na ustabilizowanym poziomie przez dłuższy czas, większość trudności nawarstwia się, zaostrza i podlega eskalacji, jeśli się ich nie rozwiąże lub zastosuje złe rozwiązanie, szczególnie zaś jeśli stosujemy coraz usilniej owe złe rozwiązania.

Watzlawick i inni (1974, s. 34)

Po pierwsze, istnieje tylko jedno możliwe, dozwolone, sensowne i logicznie uzasadnione rozwiązanie, a jeśli nie przyniosło ono dotąd pożądaných rezultatów, zastosuj je z większą mocą. Po drugie, pod żadnym pozorem nie podważaj założenia, że istnieje tylko jedno rozwiązanie, doskonalić i kwestionować można jedynie sposób jego wcielania w czyn.

Watzlawick (1983, s. 33)

Centrum Terapii Krótkoterminowej w Palo Alto rozwinęło jedną z ważniejszych w terapii krótkoterminowej koncepcji, zgodnie z którą w pewnych okolicznościach problemy pojawiają się i utrzymują z powodu sposobu, w jaki określone życiowe trudności, często zupełnie normalne, są postrzegane i zgodnie z tym traktowane (Watzlawick i inni 1974; Weakland i inni, 1974). Stosujemy rozmaite rozwiązania (łącznie z brakiem reakcji lub zaprzeczeniem istnienia prób), kierując się rozumem, logiką, tradycją lub „zdrowym rozsądkiem”, które są nieefektywne, lub wręcz zaostrzają sytuację. Staramy się więc za pomocą tych samych rozwiązań albo typów rozwiązań zaradzić trudnościom, które jednak zaostrzamy tylko, w związku z czym jeszcze usilniej powracamy do tych samych rozwiązań. Powstaje błędne koło, a nieadekwatne rozwiązania

podtrzymują tylko istniejące trudności, zamykając je w samowzmacniającą się sekwencję, która zaczyna być postrzegana jako problem. Chroniczność traktowana jest jako trwanie trudności, która uporczywie chce się przezwyciężyć w niewłaściwy sposób. Weakland i inni dają następujący komentarz:

Zakładamy, że kiedy już trudności zaczynają być postrzegane jako „problem”, trwanie tego problemu i jego eskalacja jest wynikiem samowzmacniającego się błędnego koła, najczęściej skupionego wokół tych samych zachowań jednostek systemu, które w zamierzeniu miały stanowić rozwiązanie problemu. (1974, s. 149)

Podobna sytuacja zdarzyć się może w terapii, gdy coraz usilniej stosowane to samo podejście prowadzi do wzmagania się problemu, itd. Terapeuta może się czasem zbyt przywiązać do konkretnej diagnozy czy podejścia, szczególnie gdy zaangażował się emocjonalnie w obraz tego, jak sytuacja wygląda lub jak powinna wyglądać. Diagnoza może zatem ulec takiej reifikacji, że nawet gdy terapia nie przynosi żadnych zmian, to samo podejście jest nadal forsowane, co prowadzi do coraz większego impasu itd. Większość terapeutów, gdy terapia staje w martwym punkcie, zachowuje się zgodnie z tym, czego ich uczono, tzn. coraz dokładniej przygląda się klientowi i jego rodzinie. Nasze podejście sugeruje, że dokładnie przeciwna postawa jest równie ważna, jeśli nie ważniejsza. Gdy następuje impas, terapeuta powinien przyjrzeć się własnym kategoriom wyjaśniającym i swemu podejściu, które może być poprawne, ale w tym przypadku nie działa, a zatem może stać się częścią problemu.

Oczywiście, nie jest łatwo przekonać ludzi, by odrzucili stare sposoby lub zastosowali coś wręcz przeciwnego. Nie tylko dlatego, że stare rozwiązania podsuwa im rozum, logika, tradycja czy zdrowy rozsądek, ale także dlatego, że wiążą się one z silnymi emocjami wywołanymi przez problem i osoby weń zaangażowane. Są także i takie rozwiązania, które były właściwe w innym czasie i w innych okolicznościach („tak postępowali moi rodzice ze mną, gdy łamałem normy, i nigdy mi to nie zaszkodziło”). Im silniej angażujemy się emocjonalnie i intelektualnie w określone stanowisko, tym trudniej jest nam je odrzucić. Z naszych doświadczeń wynika jednak, że jeśli ludzie czują, że się ich uważnie słucha i respektuje ich poglądy, to często są skłonni, choć czasem z dużą ostrożnością, poddać się próbie odrzucenia działań, które nie przynoszą im korzyści. Często sami przyznają, że zaoszczędzi im to w najgorszym przypadku wiele czasu i wysiłku i że samo to odrzucenie może dać początek czemuś nowemu (co faktycznie często ma miejsce i staje się

dobrym rozwiązaniem). W końcu, któż może przewidzieć, co zapełni powstałą pustkę?

Pewna kobieta prosiła terapeutę o pomoc w skłonieniu męża, aby przestał pić. Był on prawnikiem, a jego praktyka zaczynała się kurczyć, gdyż od południa bywał pijany. Żona nieustannie zwracała mu uwagę, jakie ilości wypija, jak niebezpiecznie jest jeździć samochodem w tym stanie, że jego praktyka na tym cierpi, że rzadko wraca do domu, zanim dzieci usną. Każdego dnia wielokrotnie telefonowała sprawdzając go. Popołudniami i wieczorami odbierała telefony, aby ukryć przed klientami i kolegami jego pijaństwo. Do domu wracał zazwyczaj późno i wpadał w szal na jakąkolwiek wzmiankę o tym, która jest godzina lub ile wypił. Żona przestała przyjmować zaproszenia od znajomych, gdyż wstydziła się jego zachowania. Miała dosyć przepraszanego przyjaciół za zachowanie męża.

Zapytano tę kobietę, czy któreś z jej zachowań miało jakiś wpływ na jego picie. Okazało się, że nie, a sytuacja wręcz się pogorszyła.

Następnie dano jej ulotkę, którą Brian często oferuje klientom, by sami doszli do tego, które z ich działań okazały się bezowocne, mimo że były poprawne, słuszne, usprawiedliwione itp.

PODEJŚCIA, KTÓRE ZAZWYCZAJ SĄ NIESKUTECZNE

Poniżej wymienione działania, choć czasami bywają skuteczne (a przynajmniej nas angażują), to gdy stają się powtarzającym się schematem, nie tylko że są bezowocne, ale często pogarszają jeszcze problem.

Działania te czy postawy kończą się porażką nie dlatego, że są źle stosowane, nie dość subtelne, czy wynikają z niedobrych intencji. Są bezskuteczne, gdyż nie przynoszą skutku, żebyś nie wiem jak się starał postępować w zgodzie z logiką. Na tej samej zasadzie, na której upuszczona piłka zawsze opada w dół, a nie w górę, natura ludzka jest taka, że nie chcemy, nie możemy współpracować w obliczu ciągłego ataku następujących działań:

A. Spontaniczny wykład

- przemowy (szczególnie, gdy wygłasza się je „dla twego własnego dobra”)
- rady

- zrządzenie
- docinki
- zachęty: „Dlaczego po prostu nie spróbujesz...”
- błaganie/apel/próby usprawiedliwienia swej postawy
- odwoływanie się do logiki i zdrowego rozsądku
- broszury, artykuły z gazet strategicznie położone lub odczytywane
- milczące, pełne cierpienia spojrzenia: „patrz, jaki(a) jestem cierpliwy(a) i dzielny/a, że nic nie mówię i nic nie zauważam, lub wersja bardziej nasycona złością (i to są często najwymowniejsze „przemowy” ze wszystkich)
- wciąż powtarzające się i dotkliwe kary również nie przynoszą skutków, lub nawet wywołują pogorszenie.

B. Występowanie z pozycji wyższych wartości moralnych,

gdy działamy z poczuciem wyższości, „niezachwianej” logiki (zazwyczaj postawa męska) lub oburzenia moralnego czy urazy, np.:

„Gdybyś naprawdę mnie kochał...”
 „Z pewnością wiedziałeś, że jeśli...”
 „Dlaczego nie możesz zrozumieć, że...”
 „Każdy z odrobiną rozumu...”
 „Po tym, co dla ciebie zrobiłam...”
 „Patrz, jaka jestem chora / zdesperowana / przygnębiona przez to zmartwienie...”
 „Kocham cię i przestanę się złościć / wychodzić / milczeć, jeśli zrobisz to, o co proszę”.
 „Kocham cię za to, że robisz to, co ja chcę i będę cię kochać tak długo, jak długo będziesz tak postępował”.

W gruncie rzeczy każda wyżej omówiona wypowiedź zakłada, że mówca jest w posiadaniu prawdy na temat tego, jak powinno być i jacy powinni być inni, lub że ma lepszą wiedzę, zdolności lub wartości moralne, których tej drugiej osobie brak.

C. Samopoświęcenie

- nieustanne działanie na rzecz spokoju
- nieustanne chodzenie na paluszkach, aby nie urazić innych

- nieustanne przedkładanie dobra innych nad swoje
- ciągle usprawiedliwianie siebie
- chronienie innych przed konsekwencjami ich czynów
- uzależnienie swego życia od tego, jak inni się zmieniają
- ciągle usiłowanie zadowolenia kogoś/wszystkich

D. Zrób to sam z siebie

Gdy jedna osoba poprzez któreś z wymienionych działań i postaw usiłuje skłonić drugą osobę do zmiany zachowań, ale wymaga, by uczyniła to sama z siebie.

„Powinieneś chcieć mnie zadowolić...”

„Chciałabym, byś okazał mi więcej uczucia, ale przyjmę je tylko wtedy, gdy uczynisz to z własnej woli”.

„Nie wystarczy mi, że pomagasz mi w zmywaniu, chcę, byś to zrobił z przyjemnością i chętnie”.

Jeśli próbujemy wpływać na określoną osobę tak, by stała się bardziej odpowiedzialna, miała żywszą ekspresję, była rozsądniejsza i rozważniejsza, asertywna i seksowna, to bez względu na nasze aktualne intencje wymagamy, by podporządkowała się naszej wizji tego, jaka być powinna. Udaje się to rzadko, jeśli w ogóle. W najlepszym przypadku uzyskamy posłuszeństwo; najczęściej jednak będzie to rosnąca niezdolność do wykazania się oczekiwanymi cechami, złość, bunt, wycofanie się z kontaktu, resentment, porażka. Wygląda na to, że większość ludzi nie chce być posłuszna.

Wnioski płynące z treści powyższej broszurki zostały szczegółowo omówione z klientką. Przyznała, że trwanie przy starych sposobach najprawdopodobniej nic nie da i oświadczyła, że jest gotowa spróbować jakichś nowych zachowań. Postanowiła skończyć z telefonami do pracy męża, jak również z chronieniem go poprzez odbieranie telefonów do niego po południu. Zdecydowała, że nie będzie nawiązywać do kwestii picia, mówić o ryzyku jazdy samochodem w stanie nietrzeźwym lub o porze powrotów do domu. Miała też ignorować napady złości męża i nie uspokajać go. Postanowiła odwiedzić znajomych i pozwolić, by mąż sam sobie radził z konsekwencjami nadmiernego picia w towarzystwie. Miała zmienić zachowanie, nie uprzedzając o tym (z naszego doświadc-

czenia wynika, że zazwyczaj lepiej jest nie ogłaszać, że oto wprowadzamy nowe zasady w naszym związku, lecz po prostu zacząć się zachowywać tak, jakby zasady te już obowiązywały). Klientka zdała sobie jednocześnie sprawę z tego, że będzie tak postępowała nie dlatego, by dać mężowi większy komfort lub by efektywnie nim manipulować, lecz dlatego, że powinna wreszcie zająć się sobą i mężowi pozostawić odpowiedzialność za jego stan zdrowia. Wiedziała, że może być jej trudno przełamać stare nawyki nadodpowiedzialności.

Na następnej sesji zrelacjonowała, że ku jej zdziwieniu mąż zaczął zupełnie dobrowolnie wcześniej wracać z pracy. Był teraz znacznie miłszy dla niej i sam dzwonił do domu uprzedzając, że się spóźni. Po jednym z wybuchów złości, który zignorowała, jakby chodziło o dziecko, mąż po raz pierwszy przeprosił ją. Tendencja do wpadania w furie wyraźnie zmalała. Kilka tygodni później zwierzył się jej, że chyba za dużo pije i że ma to zły wpływ na jego praktykę prawniczą. Klientce skutecznie udało się oprzeć pokusie nawiązania do wyższych wartości moralnych (np. „To właśnie usiłowałam ci powiedzieć...”) i odpowiedziała: „Widzę, że się tym martwisz, na pewno znajdziesz sposób, żeby sobie z tym poradzić. Jeśli chcesz, abym ci w czymś pomogła, to powiedz...”

Była świadoma, że gdyby zareagowała ofertą nadmiernej pomocy, zachęcałaby go do wizyty u terapeuty, umówiła go z nim, mąż prawdopodobnie zacząłby walczyć z nią, a nie ze swoim problemem picia. Jakiś czas później znalazł sobie sam odpowiedniego terapeutę.

Oczywiście, wymienione w broszurce działania stosujemy wszyscy, w terapii i w życiu prywatnym. Wciąż łapiemy się na tym, że klientom i ich rodzinom fundujemy niezaprzeczalnie logiczne i spójne przemowy o nieskuteczności logicznych i spójnych pouczeń. Trudno jest tego uniknąć, a w niektórych przypadkach (np. tam, gdzie przyjmujemy na siebie odpowiedzialność, szczególnie gdy spotykamy się z przemocą w rodzinie, gwałtem lub nadużyciami seksualnymi wobec dzieci) jest to wręcz niemożliwe.

Niemniej jednak nadal sądzymy, że nasze działania są zazwyczaj nieskuteczne.

Gdy potraktujemy problem jako wynik stosowania nieadekwatnych rozwiązań, ważną kwestią stanie się wina i odpowiedzialność. W omawianym powyżej przypadku terapeuta był jak najdalej od sugerowania klientce, że jej nieskuteczne wysiłki były powodem alkoholizmu męża. Należy zawsze bardzo uważać, by tego rodzaju wniosków nie sugerować (pamiętając o tym, że informacja, którą chcemy przekazać, nie zawsze pokrywa się z tą, którą odbiera klient).

Istnieje pogląd, że interakcyjne wyjaśnienie problemu zakłada, że np. żona, ponieważ stanowi element relacji, musi dzielić odpowiedzialność za gwałt, którego mąż się wobec niej dopuścił. McGregor daje następujący komentarz:

Jeśli zakładamy w pracy pojęcie komplementarności i koncentrujemy się na psychologicznym doświadczeniu mężczyzny i kobiety, to przemoc staje się *implicit* kwestią relacji. Obydwie strony proszone są o opis tego, co dzieje się „pomiędzy nimi i wokół nich”, kiedy dochodzi do przemocy; ofiara staje się częścią aktu przemocy. Koncentrując się na „gderaniu” kobiety... ryzykujemy, że *implicit* zredukujemy przemoc do poziomu denerwującego zachowania i zrównamy kobiecą prowokację (lub gderliwość) z przemocą mężczyzny. (1990, s. 69)

Fakt, że gdyby w określonej sytuacji kobieta nie gderiała, to mąż by jej nie uderzył, nie oznacza naszym zdaniem, że jest ona wobec tego odpowiedzialna za to, że jej mąż w pewnych sytuacjach sięga do przemocy. Uznalibyśmy jednak za słuszne udzielenie pomocy kobiecie w zrozumieniu, że jej gderanie jest metodą nieskuteczną i nie pomaga jej w uzyskaniu tego, czego chce (bez względu na to, jak poważne ma powody, by się na niego złościć) i skłonieniu jej do odrzucenia tych działań i wypróbowania innych.

Fakt, że dzięki temu może być rzadziej bita, jest dla nas wynikiem pozytywnym, choć bez wątplenia nie stanowi rozwiązania szerszego problemu, jakim jest trwanie w związku z mężczyzną, który daje sobie prawo do przemocy.

Jeśli ktoś z nas powie dowcip, który rozbieszy inną osobę, z całą pewnością mamy udział w wywołaniu tego śmiechu, ale w żaden sposób nie jesteśmy odpowiedzialni za to, czy ta druga osoba ma poczucie humoru, czy też nie.

Poniżej przytaczamy szczegółowy przykład zachęcania do ograniczenia starych zachowań, jako sposób rozwiązania potencjalnie poważnych nieporozumień pomiędzy dorastającą dziewczyną a jej rodzicami. Podejście takie nie zakłada, że rodzice ponoszą winę za zachowanie córki.

WOLNOŚĆ DLA KOGO?

Melissa została przyprowadzona przez rodziców za radą szkolnego pedagoga.

Podczas gdy ta ładna czternastolatka siedziała z ponurą miną, rodzice

opisywali jej złe zachowanie w domu i w szkole w ciągu minionego roku. Ostatnia awantura wybuchła, gdy nie wróciła do domu na noc. Okazało się, że nie po raz pierwszy. Często wracała bardzo późno, bywała w nocnych klubach, piła alkohol i rodzice podejrzewali, że paliła także marihuanę. W ciągu ostatnich miesięcy jej stopnie w szkole bardzo się pogorszyły.

Podczas gdy matka, Leanne, opisywała niechęć i prowokacje Melissy, ojciec Ron sprawiał wrażenie osoby zagubionej i zgnębionej. Od czasu do czasu próbował rozmawiać z Melissą, pytał ją, o co jej chodzi. Odpowiadała wówczas, „Chcę wolności”. Ron twierdził, że ma przecież wiele swobody, a to, czego chce, oznacza prawo do robienia wszystkiego, na co przyjdzie jej ochota, bez liczenia się z innymi.

Melissa: Wcale nie.

Ron: A właśnie że tak.

M.: Nie.

R.: A co powiesz o tych twoich przyjaciółkach? Przez pół nocy włóczą się po ulicach i robią, co im przyjdzie do głowy.

M.: Nieprawda.

R.: Prawda. Wiem, że tak.

M.: Nieprawda.

R.: A ty chcesz, żebyśmy ci pozwolili na to samo.

M.: Nie.

R.: No więc czego chcesz?

M.: Chcę mieć więcej wolności.

W tym momencie Ron uznał swą klęskę, odwrócił się do terapeuty i powiedział: „Widzi pan, tak to właśnie jest: Ona po prostu nie chce już należeć do naszej rodziny”.

Na to Melissa powiedziała: „Chcę”.

Leanne opowiadała o tym, jak trudno jest skłonić Melissę do odrabiania lekcji, oraz że przestała pomagać w domu, że jest bardzo nieмила dla swych młodszych sióstr i, co gorsza, dla rodziców, że po szkole nie wraca prosto do domu („Chyba taką prośbę można spełnić, prawda?”)

Włóczyła się z grupą przyjaciół, wałęsała po dworcu autobusowym lub po plaży przez wiele godzin.

Najpoważniejsze okazało się ostatnie wykroczenie, które polegało na tym, że zatelefonowała o 8 wieczorem do domu, do którego nie wróciła po szkole, a matka, zła na nią, powiedziała: „Albo wracasz do 8.30, albo nie wracaj wcale”. Dziewczyna wróciła następnego dnia o 12 w południe.

Kiedy mamy do czynienia z tego typu symetryczną eskalacją, dobrze jest na początek przeprowadzić krótki wywiad rodzinny, podczas którego można zazwyczaj wyrobić sobie pewien pogląd odnośnie do tego, jak współpracują ze sobą członkowie rodziny, a następnie rozdzielić strony i porozmawiać najpierw z nastolatkiem, a później z rodzicami. Obydwie strony zostają poinformowane, że tego rodzaju sesje mają charakter poufny i że terapeuta nie przekazuje żadnych informacji, jakkolwiek członkowie rodziny mogą, o ile chcą, dzielić się ze sobą swymi doświadczeniami. Pozwala to terapeutcie wejść w pewną koalicję z obydwojema stronami, aby pomóc im efektywniej przezwyciężyć (rozwiązywać) trudności we wzajemnych relacjach. Od tego momentu wspólne sesje są rzadkie. Rodzeństwo, o ile nie jest bezpośrednio zaangażowane w problem, zazwyczaj nie bierze już udziału w sesjach. Rodzice i rodzeństwo nie uczestniczą już razem w sesjach z wykluczeniem dziecka, które stwarza problemy, szczególnie jeśli rodzeństwo trzyma stronę rodziców w konflikcie z bratem lub siostrą.

W ten sposób znacznie łatwiej jest przejść do stosowanych sposobów rozwiązywania konfliktu, do których każda ze stron bezskutecznie się ucieka. Im usilniej rodzice starają się kontrolować, chronić, pomagać, kierować nastolatkiem, tym on gwałtowniej buntuje się lub umyka. Im bardziej nastolatek stara się o własną przestrzeń życiową, unikając nachalności rodziców (bo tak ich odbierają), klóćąc się z nimi lub wypowiadając posłuszeństwo, tym bardziej pogłębiają wątpliwości i lęki rodziców i tym więcej skupiają na sobie uwagi.

Melissa bez rodziny stała się osobą znacznie bardziej komunikatywną. Narzekała, że rodzice traktują ją, jakby miała jedenaście lat. Matka wciąż jej przypominała, kiedy ma się przebrać, kiedy wziąć prysznic, kiedy odrabiać lekcje, napominała, że ma wracać do domu po szkole, wtrącała się w to, jak dziewczyna urządziła swój pokój. Ojciec traktował ją, jakby nie była w stanie sama się o siebie zatroszczyć. „Mówią, że chcą mi ufać, ale nie dają mi wolnego wyboru, bym mogła im udowodnić, że można mi ufać”.

Kiedy terapeuta zadał jej pytanie: „Gdybyś była mną, co doradziłabyś swym rodzicom?” (większość nastolatków ma idealnie trafne i rozsądne pomysły na ten temat), odparła, że poradziłaby im, by obdarzyli ją większym zaufaniem, że da sobie radę i dokona właściwych wyborów. Przyznała, że gdyby przestali nieustannie wtrącać się w jej życie, byłaby bardziej skłonna do współpracy z nimi.

Terapeuta powiedział, że zrobi co w jego mocy, ale że niczego nie

może obiecać. Dodał także, że z powodu szerzącej się w okolicy narkomanii i prostytucji ciężko mu będzie przekonać rodziców, by przestali się zamartwiać. Zgodziła się, że niebezpieczeństwo jest realne i że kiedy bywała wieczorami poza domem, często sama bardzo się bała, że zostanie pobita lub zgwałcona. Jednak pewność, że rodzice są wściekli i czekają na jej powrót, zagłuszała jej strach.

Rodziców poproszono, by jak najdokładniej opisali sposoby, w jaki usiłowali przezwyciężyć trudności, które sprawiała im Melissa. Sięgali po większość sposobów dostępnych rodzicom i karcili ją (czasem w obecności przyjaciół), karali utratą przywilejów, nie wypuszczali jej z domu, dyskutowali, apelowali, straszili itd. Niedawno Leanne siedziała dwie godziny przy łóżku Melissy błagając ją, by powiedziała, o co jej chodzi, i dlaczego tak się zachowuje. Żaden z tych sposobów niczego nie zmienił.

Terapeuta stwierdził, że Melissa zna zapewne na pamięć argumenty rodziców i prawdopodobnie doskonale wie, co zamierzają powiedzieć. Wyjaśnił im, że nastolatki zdają się mieć szczególną zdolność zamykania oczu i uszu na wszelkie argumenty, które potrafią przewidzieć. Przyznał jednak, że jej późne powroty do domu są bardzo niepokojące, wziąwszy pod uwagę miejsca, w których bywała, oraz że z pewnością musi nauczyć się większej odpowiedzialności. Na razie stare sposoby zawiodły. „Tak, wiemy o tym, powiedział Ron. Ale nie możemy tak po prostu pozwolić jej na wszystko, czego chce”.

Terapeuta wyraził zrozumienie dla ich trudności, ale dodał, że pomimo wszelkich ich wysiłków, by zmienić dziewczynę, i tak robiła to, co chciała. Zapytał, czy mają nadzieję, że w końcu przemówią jej tymi metodami do rozsądku. Obydwoje rodzice uznali, że jest to mało prawdopodobne.

„A więc w zasadzie nie macie państwo gwarancji, cokolwiek byście czynili, poza przykuciem jej łańcuchem, co zresztą odsunęłoby tylko problem, że za tydzień znów nie spędzi nocy poza domem?”

Znów przyznali, że brak im takiej gwarancji. Na tym etapie spotkania wydawało się, że rodzice czują się zrozumiani w swych obawach, a jednocześnie zdali sobie sprawę, że kontynuacja dotychczasowych działań raczej nie przyniesie pozytywnego skutku, mimo że były one logicznie uzasadnione. Dopiero teraz można było zaproponować im radykalny eksperyment. Zgodzili się podjąć taką próbę, o ile propozycja wyda im się rozsądna.

Zasugerowano, by w następnym tygodniu całkowicie odmienili swe zachowanie wobec córki. Ponieważ dotąd wszystko obracało się wokół

niej, terapeuta uznał, że nie powinno tak być dalej. Nic się jej nie stanie, jeśli się ją zaskoczy, by nie potrafiła przewidzieć ich następnego kroku. W ten sposób rodzice będą mogli sprawdzić, jak zachowa się w sytuacji całkowitej odpowiedzialności za siebie. Mieli w ogóle nie komentować czasu jej powrotu do domu, tego gdzie była, nie mówić nic o potrzebie przebrania się, sprzątania pokoju, kąpieli, odrabianiu lekcji, siadania z rodziną do posiłków etc. Mieli całkowicie zignorować wszystko, o co do tej pory z nią walczyli.

Mieli to ignorowanie objawiać spokojnie, nie hałaśliwie (po prostu nie reagować na jej zachowanie, zamiast wysyłać pełen wyrzutu, bolesny komunikat: „Patrz, jak ciebie ignorujemy”, co oznaczałoby, że jej zachowanie nadal pozostaje w centrum ich uwagi). Mieli być, na ile to możliwe, ciepło akceptujący i mili. Należy pamiętać, że mieli ignorować jej zachowanie, a nie ją. Gdyby przyszła do domu o świcie, rodzice winni zapytać ją nonszalancko, czy miło spędziła czas i zaproponować filiżankę kawy. Terapeuta przyznał, że nie może gwarantować, jak dziewczynka zareaguje na tę zmianę, ani tego, że nic jej się podczas takiej wyprawy nie stanie. Wyraził jednak pewność, że kontynuacja dawnych zachowań doprowadzi do zaostrzenia problemu. Rodzice zgodzili się z nim i stwierdzili, że chcą zrealizować jego sugestię.

Następnego tygodnia terapeuta widział się naprzód z Melissą. Stwierdziła, że w domu wszystko idzie teraz znacznie lepiej. Rodzice traktują ją z dużo większym szacunkiem, wreszcie „zeszli z niej”. Powiedziała, że nie doszło do żadnych incydentów w ostatnim tygodniu, częściowo dlatego, że rodzice stali się bardziej elastyczni co do godziny jej powrotu do domu. Nigdy nie spóźniła się więcej niż pół godziny w stosunku do ustalonej pory. (Przedtem byłaby awantura o 10 minut.) Stwierdziła, co ciekawe, że nie starała się zmieniać swego zachowania czy postawy, po prostu wszystko przebiegało w domu znacznie spokojniej.

Leannie uznała zmianę w zachowaniu Melissy za „dramatyczną”, Ron określił tę zmianę jako „znaczną”.

„...Czasem musieliśmy zagryzać wargi, by nic nie mówić, szczególnie gdy spóźniła się po raz pierwszy”.

Terapeuta złożył im gratulacje, gdyż aby zaszły tak znaczne zmiany, musieli się spisać wyjątkowo dobrze. („Wiedziałem, że zadanie nie było łatwe”).

Ron wyraził zaniepokojenie, czy zmiany te będą trwałe. Zostali ostrzeżeni, że nastolatki zawsze znajdują sposoby, by wpłatać rodziców w nierozwiązywalne problemy, a samym czuć się ofiarą niezrozumienia. Położono

nacisk na współpracę przy unikaniu tego rodzaju pułapek. („Nadszedł czas, byćście dla odmiany zajęli się nieco sobą”.)

Również i inne osoby zauważyły zmianę w postawie Melissy, to, że wygląda na znacznie bardziej zadowoloną i jest mniej agresywna. Babcia stwierdziła, że dziewczyna znów stała się członkiem rodziny. Zachęcono rodziców, by trzymali się metod, które przynoszą efekty.

Następne spotkanie miało nastąpić za trzy tygodnie, lecz zostało odwołane, gdyż Leannie źle się czuła.

Ponieważ wszystko szło dobrze, mieli się kontaktować jedynie w wypadku, gdy sami uznają to za potrzebne.

Po dwóch latach telefon sprawdzający potwierdził, że choć wydarzyło się wiele rzeczy, które Leannie określiła jako typowe wybryki nastolatków, sytuacja była nadal dobra, a wcześniejsze trudności już nie powróciły.

„Nauczyliśmy się teraz, kiedy obstawać przy swoim, a kiedy unikać bezowocnej walki o kwestie, nad którymi tak naprawdę i tak nie mamy żadnej kontroli, a za które Melissa musi sama wziąć odpowiedzialność.

Jest teraz znacznie bardziej odpowiedzialna.

Kiedy przestaliśmy się tak bardzo o nią martwić i klócić na jej temat, stosunki między nami bardzo się poprawiły”.

8

WYJĄTKI, ROZWIĄZANIA I NASTAWIENIE NA PRZYSZŁOŚĆ

Pamięć nie obejmuje jaźni, lecz tylko historyjkę o sobie, w którą wierzymy. Można ją zmienić. Ciągłe ją zmieniamy. Dostrzegamy to, co zrobiliśmy i tworzymy historyjkę, która do tego pasuje, i wierzymy w nią, sądząc, że rozumiemy samych siebie.

Orson Scott Card (1987, s. 179)

Przewartościowanie dawnych czynów i zaskoczenie towarzyszące czynom aktualnym dają człowiekowi przyszłość nie zdeteminowaną.

Strauss (1977, s. 33)

Ostatnimi laty na gruncie psychoterapii pojawiła się nowa filozofia traktowania problemów ludzkich. Stawia ona na otwartość i współpracę skoncentrowaną na tym, co pozytywne — siłę, postępie, rozwiązaniom (konstruktywnym). Zastosowanie filozofii tej nie ogranicza się do psychoterapii, wydaje się ona równie wartościowa we wszystkich dziedzinach dotyczących niesienia pomocy.

Furman i Ahola (1992, s. 162)

Terapeuci orientacji krótkoterminowej wychodzą z założenia, że ludzie mają zawsze do dyspozycji takie obszary własnej kompetencji, do których mogą sięgać, by przezwyciężyć trudności.

Zakłada się, że nawet na obszarze, który aktualnie określany jest jako problemowy, są okresy mniejszej presji problemu lub efektywniejszego radzenia sobie z nim oraz jego rozmaitymi przejawami. Często jednak nie bierze się pod uwagę owej zmienności w zdolnościach do dawania sobie rady, zapomina się o niej w obliczu poczucia klęski, bezradności,

niezdolności do uwierzenia, że problem w ogóle może być rozwiązany, zmodyfikowany lub choćby nieco mniej uciążliwy.

W niniejszym rozdziale omówimy niektóre z kierunków i technik objętych wspólną nazwą „salution-focused” (de Shazer, 1985, 1988, 1991; de Shazer i inni, 1986; Furman i Ahola, 1992, Walter i Peller, 1992) lub „salution oriented” — „zorientowanych na rozwiązanie” (O’Hanlon i Weiner-Davis, 1989).

Sądźmy, że jednym z najciekawszych nurtów terapii krótkoterminowej ostatniej dekady są prace Steve’a de Shazera i jego grupy z Brief Family Therapy Center w Milwaukee. Podczas gdy wielu teoretyków usilnie pracowało nad budowaniem kunsztownych teoretycznych twierdzeń, często opartych na pracach rozmaitych antropologów, fizyków i biologów, de Shazer i jego grupa kontynuowali pracę nad jasnym i precyzyjnym opisem i definicją istoty terapii efektywnej.

W 1984 roku de Shazer i Molnar opisali cztery typy interwencji, które systematycznie wykorzystywali w terapii. Wprowadzili też, obecnie już rutynowo stosowane, tzw. zadanie pierwszej sesji (first-session-task), które daje się klientowi, parom, rodzinom, bez względu na problem, z którym przychodzą.

Chcę, byś do czasu następnego spotkania określił, co w twoim życiu (małżeństwie, rodzinie, związku) jest na tyle dobre, że chciałbyś to utrzymać”. (1984, s. 298)

Stwierdzili oni, że w wielu przypadkach samo wykonanie tego zadania wywołało wiele ważnych, konkretnych zmian.

Zadziwiająco często (w 50 na 56 badań uzupełniających) klienci dostrzegali pozytyw, które chcieli utrzymać, a wielu (45 z 50) uznało je za coś nowego i innego. Tak więc ukierunkowują się na znalezienie rozwiązania; następują konkretne, dające się zaobserwować zmiany. (De Shazer i inni, 1986, s. 217)

Skuteczność interwencji takiej formuły badań zespół Adamsa; stwierdzili oni, że zadanie pierwszej sesji „stanowiło w początkowym stadium terapii efektywną interwencję ułatwiającą współdziałanie rodziny, nadającą wyrazistość celom terapii i inicjującą konstruktywne zmiany” (1991, s. 288).

Mimo że badacze ci deklarują, iż badania te nie mają na celu oceny ogólnej efektywności modelu „skoncentrowanego na rozwiązaniu”, wyrażają jednak pewne wątpliwości co do zadania pierwszej sesji jako zabiegu silnie wzmagającego oczekiwania rodziny odnośnie do efektów terapii.

W pracy *Keys to Salution in Brief Therapy* de Shazer (1985) przedstawia koncepcję, w myśl której rozwiązania niekoniecznie muszą się bezpośrednio łączyć ze źródłowym problemem. Opracowano cały szereg formuł interwencji, za pomocą których można rozpocząć proces znajdowania rozwiązań. Autor sugeruje nawet, że można to zrobić nawet, nie wiedząc zbyt wiele o samej naturze problemu, który się rozwiązuje.

Posługuje się on analogią do wytrychu. Można za jego pomocą otworzyć wiele drzwi bez konieczności odnalezienia tego jednego, jedyne go klucza pasującego do danego zamka.

Weiner-Davis (i inni) pokazują, do jakiego stopnia znaczące zmiany dość często pojawiają się jeszcze przed pierwszym spotkaniem z terapeutą. Zaczęli więc stawiać następujące pytanie:

Często w okresie pomiędzy decyzją o podjęciu terapii a pierwszą sesją ludzie zaczynają nieco inaczej postrzegać swoje problemy. Czy zauważyłeś coś podobnego odnośnie do swojej sytuacji? (1987, s. 306)

Molnar i de Shazer opracowali całą listę formuł interwencji początkowych stosowanych jako dodatek do „zadania pierwszej sesji”:

1. Prosi on klienta, by postarał się zwiększyć ilość zachowań dla niego satysfakcjonujących i odmiennych od zachowań problemowych.
2. Klient otrzymuje następnie zadanie: „Zwróć uwagę na to, co robisz, gdy udaje ci się przezwyciężyć pokusę czy impuls do... (demonstracja symptomu lub zachowań związanych z symptomem)”.
3. Klient przewiduje, ile razy w okresie pomiędzy sesjami zachowa się inaczej niż dotychczas wobec swoich problemów.
4. Klient otrzymuje polecenie: „Chciałbym, byś do czasu następnego spotkania zrobił coś innego, niż robisz zazwyczaj, i opowiedział mi później, co się w związku z tym stało”.
5. Klient otrzymuje określone zadanie (np. zapisywanie określonych wydarzeń) związane z okresami, w których zachowania problemowe zanikają lub się nie pojawiają.
6. Terapeuta stwierdza: „Sytuacja jest bardzo skomplikowana, nieuchwytna etc. Do czasu następnej sesji postaraj się znaleźć przyczyny tego, że nie jest gorzej, niż było”. (Molnar i de Shazer, 1987, s. 335)

Wspólnym elementem wszystkich tych interwencji jest koncentracja na tym, co jest efektywne lub zaczyna być efektywne, a nie na badaniu, wyjaśnianiu i szufladkowaniu obszaru patologii.

W następnej swej książce: *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy* de Shazer rozważa podstawowe zasady podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniu, naświetlając znaczenie wyjątków, a także przedstawia technikę „cudownego pytania”, w której prosi się zainteresowanych o opisanie konkretnych różnic, które widziałby klient i inni ludzie, gdyby problem nagle w cudowny sposób zniknął (1988).

WYJĄTKI

Zasadnicze znaczenie w terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu ma założenie, że zawsze istnieją zachowania, myśli, uczucia, interakcje, które wiążą się z problemem, ale odbiegają od tego, co pacjent zazwyczaj prezentuje. Zdarzają się sytuacje, w których trudny nastolatek jest posłuszny, osoba depresyjna czuje się trochę mniej przygnębiona, a osoba nieśmiała jest w stanie nawiązać kontakt towarzyski, kiedy ktoś nękaną obsesją rozluźnia się, a skłócona para rozwiązuje jakiś konflikt zamiast go rozszerzać, kiedy bulimik potrafi się oprzeć pokusie jedzenia, dziecko nie dostaje ataku wściekłości, kiedy ma iść do łóżka, osoba nadodpowiedzialna mówi „nie”, a alkoholik wypija rozsądną ilość alkoholu etc. Tego rodzaju wyjątki od reguły wiążą się zazwyczaj z innymi różnicami w zachowaniu, myśleniu, uczuciach i interakcjach, które wydarzają się w tym samym czasie. De Shazer daje następujący komentarz:

Problemy te stanowią całości samotrwałące się i postrzegane są jako coś, co wydarza się zawsze, wobec czego sytuacje, w których się nie pojawiają, są przez klienta negowane jako blahe, lub też nie dostrzega on ich i nie analizuje. W gruncie rzeczy nie jest tak naprawdę ukryte, ale nawet jeśli klient dostrzega owe wyjątki, nie traktuje ich jako czegoś zasadniczo odmiennego. (1991, s. 58)

Oto przypadek mężczyzny, który, co sam przyznał, był ekstremalnie nadopiekuńczy wobec swego dwudziestojednoletniego syna. Wielokrotnie w ciągu dnia telefonował do niego, by upewnić się, że wszystko jest w porządku. Podjął on decyzję, że wyjedzie z żoną na dwutygodniowe wakacje nie zostawiając adresu ani numeru telefonicznego żadnemu z trojga dorosłych już dzieci. Postanowił, zachęcony przez terapeutę, wstrzymać się przez cały ten okres od telefonowania do domu, choć wiedział, że będzie to trudne. Trzy tygodnie później, podczas następnej sesji, oświadczył, że próba ta się nie powiodła. Przyznał, że siódmego dnia nie wytrzymał i zatelefonował, „by sprawdzić, czy wszystko jest

w porządku”. Rozmawiał ze swym synem, który ku jego zdziwieniu oświadczył, że daje sobie radę (co było prawdą, jak się później okazało) i że ojciec niepotrzebnie go sprawdza. Mężczyzna był bardzo przygnębiony swą „porażką”.

Terapeuta zadał mu pytanie: „Jak oceniasz te trzynaście dni, kiedy nie telefonowałeś do niego? Zapewne było to bardzo trudne, a jednak udało ci się”.

Kiedy rozważył to, coś w jego zachowaniu zaczęło się zmieniać. W końcu przyznał: „Kiepsko mi idzie dostrzeganie i uznawanie własnych sukcesów. Nieczęsto to robiłem. A te wakacje były osiągnięciem”.

Podejście to zachęca klientów, by dostrzegali i doceniali to, co aktualnie robią, i co można określić jako sukces na drodze efektywnego szukania rozwiązania problemu. Oczywiście, po to by dać się nakłonić do uznania tego rodzaju „sukcesów”, konieczne jest przeświadczenie, że terapeuta w pełni rozumie i szanuje doświadczenie klęski, złości, przygnębienia etc., stanowiące zwykłą reakcję na problem.

To, do jakiego stopnia rozpoznawanie istnienia wyjątków będzie stanowiło źródło dalszych zmian, jest bezpośrednio związane ze znaczeniem, jakiego owe wyjątki nabiorą dla klienta i jego rodziny. Często bardzo łatwo byłoby przedstawić wyjątki w taki sposób, że klient lub rodzina miałaby poczucie, że są traktowani protekcyjnie, lub że podważona zostaje powaga ich problemu i cierpienia. W związku z tym ważne jest, by terapeuta nie przywiązywał zbyt wielkiej wagi do tego, by klient (rodzina) uznali jakiś konkretny wyjątek, jak również, by wdawał się w dyskusję na temat jego znaczenia. Jak to wyraził John Weakland (komunikacja personalna), „Nigdy nie kłóć się z klientem”. Często znacznie lepiej jest zachować postawę zdziwionego sceptyka niż wojowniczego nadgorliwca.

„Wciąż jeszcze jestem zdumiony, jak się panu (pani) udało uniknąć złości, tej pułapki, w jaką zazwyczaj pan wpadał? Musiało to być niezwykle trudne. Większość ludzi straciłaby panowanie nad sobą w ciągu kilku sekund”.

„Tak, wiem, że to się wydaje czymś niewielkim, ale pani córka wystawiłaby na ciężką próbę nawet cierpliwość świętego. Nie ma pani aureoli, więc pewnie nie jest pani święta. Jak udało się pani wczoraj powstrzymać od tego, by jej nie przyłożyć?”

„Z tego, co mi pan mówił, sędzę, że ja byłbym przygnębiony. Jak się panu udało to wszystko przetrzymać?”

Często bardzo pomocne są pytania typu: „Jak się to panu (pani) udało?” Pytania takie nie tylko podkreślają sukces, ale także pomagają wyłonić

takie treści, które można zinterpretować jako wiążące się z efektywniejszym funkcjonowaniem.

„Udało się, bo wiedziałam, że mąż w tym czasie bardzo mnie wspierał”.

Jak już wspomnieliśmy w rozdziale 4, klienci czują ogromne wsparcie ze strony terapeuty, jeśli ich trudności zostaną uznane w postaci stwierdzenia typu: „Z tego, co pan mówi o swojej sytuacji, wynika, że nie jest panu łatwo. Jestem zaskoczony, że sobie pan mimo wszystko tak dobrze radzi. Jak pan daje radę?”

Miller daje następujący komentarz: „Pytając klienta, jak zdołał tyle osiągnąć, przetrwać, nie dopuścić do pogorszenia sytuacji, terapeuta i klient mają możliwość rozpatrzyć ponownie sytuację traktowaną jako porażkę w kategoriach konstruktywnych rozwiązań, które umknęły uwagi” (Miller, 1992, s. 7).

Podczas gdy klienci opowiadają o tym, jak postrzegają swoje problemy, terapeuta może bardzo korzystnie wpłynąć na proces rekonstrukcji negatywnych poglądów, nie spiesząc się z pełnym zrozumieniem wypowiedzi klienta.

Klient: Wiem, że mam problemy. Jestem nadwrażliwy. Zasadniczo jestem dość chłodny. Z trudem znajduję przyjaciół.

Terapeuta: Z czego pan wnioskuje, że jest pan chłodny?

Klient: No, tak mi się wydaje... Trzeba mnie dobrze wyczuć. Wiem o tym...

Terapeuta: Mówił pan, że się pan martwi o żonę? Nie brzmiało to chłodno. Trochę mi to nie pasuje.

Klient: No tak — jak mogę być chłodny i nadwrażliwy jednocześnie...

Terapeuta: No właśnie.

De Shazer pisze:

...terapeuta może wykazać twórcze niezrozumienie, tak by klient musiał wybrać lepsze, pożyteczniejsze znaczenie słów. Tak więc twórcze niezrozumienie pozwala terapeutę i klientowi wykreować wspólnie rzeczywistość korzystniejszą dla klienta. (1991, s. 69)

W swojej ostatniej książce *Putting Difference to Work* de Shazer podaje znakomitą ilustrację, posługując się przypadkiem Insoo Kima Berga (de Shazer, 1991, s. 63-67). Zgłosiła się do niego kobieta określająca siebie

samą jako nimfomankę. Nie potrafiła zasnąć, jeśli nie miała stosunku z mężem przynajmniej raz dziennie. Zupełnie nie potrafiła zaakceptować wyjątków od reguły jako znaczących ani też nie widziała możliwości nauczenia się powstrzymywania od seksu jako rozwiązania pozytywnego. Oznaczałoby to dla niej, że małżeństwo było nieudane. Mąż, który powoli zaczynał czuć się bardziej jak ogier niż kochanek, podsunął na pewnym etapie następującą interpretację:

Mąż: Dla mnie jest to po pierwsze problem bezsenności.

Terapeuta: Ciekawe. Być może rozważamy ten problem z niewłaściwej strony.

Żona: Czy można leczyć bezsenność?

Terapeuta: Nie wiem. Dotychczas uznawaliśmy to za zaburzenie seksualne, ale wygląda na to, że jest to zaburzenie snu (de Shazer 1991, s. 69-65).

Kiedy problem został opisany jako bezsenność, związane z nim trudności zostały w szybkim tempie rozwiązane. Kwestii nimfomanii więcej nie podniesiono. Pacjentka stwierdziła, że problemy związane zarówno ze snem, jak i z seksem zniknęły i wszystko „wróciło do normy”.

Sukces terapii zależał tu oczywiście od tego, na ile nowa, alternatywna definicja miała dla pacjentki sens. Przy omawianym podejściu pytanie jaka była „prawdziwa” natura problemu nie ma znaczenia.

W trakcie procesu negocjowania czego ma dotyczyć terapia dociekliwość i wahanie terapeuty doprowadziłyby do potencjalnie kłopotliwego problemu nimfomanii (kobieta sądziła, że miał on swe korzenie w dzieciństwie i że będzie potrzebowała głębokiej terapii), a następnie do przeformułowania go na znacznie łatwiejszy problem bezsenności. Każdy z tych nakładających się na siebie problemów posiadał wystarczająco emocjonalny i behawioralny komponent, by stać się prawomocnym obszarem interwencji (prawomocność taka jest konieczna i decyduje o niej zupełnie subiektywnie pacjent, a nie terapeuta).

MAGICZNE PYTANIE

Magiczne pytanie stanowi nieocenioną metodę pomagającą klientom przesunąć punkt ciężkości z problemów na potencjalne możliwości ich rozwiązania.

„Załóżmy, że pewnej nocy zdarza się cud i w trakcie snu problem, który kazał ci szukać pomocy u terapeuty, zostaje nagle rozwiązany: Po czym byś poznał, że tak się stało? Co by się zmieniło? Jakie różnice następnego dnia rano przekonałby cię, że cud się wydarzył? Co dostrzegłby twój mążnek?” (de Shazer 1991, s. 113)

Jak kontynuuje de Shazer, „Klienci często potrafią udzielić odpowiedzi na to magiczne pytanie w bardzo precyzyjny i konkretny sposób” (str. 113). W ten sposób można szybko ustalić, jak problem będzie rozwiązany i tym samym pominąć związane z tym wątpliwości klienta. Pomysł ten przypisuje on Miltonowi Ericksonowi, który stosował hipnotyczną technikę pseudoorientacji w czasie.

Koncepcję tę wykorzystuje się po to, by wykreować sytuację terapeutyczną, w której pacjent reagowałby w sposób psychologicznie efektywny na cele terapeutyczne, tak jak gdyby właśnie je osiągnął. Przeprowadzano to poprzez hipnozę za pomocą techniki przeciwnej wobec regresji do okresu dzieciństwa — techniki zorientowanej na przyszłość. Pacjent mógł w ten sposób osiągnąć oderwany, niezintegrowany, obiektywny ale jednocześnie subiektywny wgląd w to, czego w danym momencie dokonał, nie uświadamiając sobie, że osiągnięcia te stanowią wyraz jego nadziei i pragnień. (Erickson 1954, s. 261)

Klientów (pary małżeńskie, rodziny) nakłania się, by wyobrażali sobie, tak szczegółowo, jak to jest możliwe, różnice, jakie się pojawiają. Często prosimy, by wyobrazili sobie, co konkretnie można by było zobaczyć i usłyszeć, gdyby ktoś nakręcił film wideo z nimi w roli głównej. Bardzo ważne jest, by terapeuta cierpliwie nalegał na jasne i szczegółowe opisy zachowań.

Nie potrzeba nam mglistych wizji przyszłości, utopijnych marzeń. Jak podkreśla ją O'Hanlon i Weiner-Davis: „Wydaje się, że sam akt skonstruowania wizji rozwiązania działa jak katalizator wyzwalaający to rozwiązanie” (1989, s. 106).

Proces zbierania informacji może zabrać sporo czasu i nie należy go przyspieszać.

Zazwyczaj znacznie łatwiej jest opisać innych ludzi i to, jak powinni się oni zachowywać (szczególnie w odniesieniu do małżonka czy dziecka, jeśli sprawiają kłopoty). W ten sposób utrzymane zostają wyższe racje moralne: „Dlaczego nie zwrócisz uwagi na to, co robisz niewłaściwie?” Postawa taka nie będzie się w wystarczającym stopniu różniła od nawykowych interakcji związanych z ich problemem. Znacznie korzystniej jest zachęcać ich do opisu różnic w ich własnym zachowaniu i postawach, różnic, jakie dostrzegą u samych siebie. Ostatecznie ludzie mogą zmieniać jedynie samych siebie. Szczególnie dużo daje rozważenie różnic, jakie

w nich dostrzegają inni: mążnek, dzieci, przyjaciele, współpracownicy czy osoby całkiem obce.

„W jaki sposób będziesz się zachowywał i mówił, żeby ludzie zauważyli, że jesteś mniej przygnębiony?”

„Gdybyś była w restauracji, a ludzie widzieliby was dwoje jedzących kolację, po czym by poznali, że między wami jest dobrze?”

Jak to pięknie wyraził szkocki poeta Robert Burns w wierszu *Do wszy*:

O namotaj jakiejś siły, której dar sprawi,
Iż ujrzymy siebie, jak widzą inni nas!
Niech uwolni nas od wielu błędów naszych
I głupiej fantazji.

(tłum. Jan Wykusz)

Kiedy klienci opisują różnice w kategoriach braku pewnych zachowań lub stanów emocjonalnych, należy zapytać, co będą wobec tego robić lub czuć w zamian. Łatwiej jest zaangażować się w jasno określone, alternatywne zachowanie niż tylko we wstrzymywanie się od jakichś czynności, nie wiedząc, czym je zastąpić, szczególnie w wypadku utrwalonych nawyków. Opis zmian w uczuciach najlepiej jest przełożyć na opis konkretnych zachowań wskazujących jasno na zmianę nastroju.

Klient: Nie będę siedział użalając się przez cały czas nad sobą.

Terapeuta: A co będzie pan robił?

Klient: Będę szczęśliwszy.

Terapeuta: Co takiego będzie pan robił, z czego inni wyciągną wniosek, że jest pan szczęśliwszy?

Klient: Będę się częściej uśmiechał.

Terapeuta: Co jeszcze?

Klient: Znow zaczę się kontaktować ze swymi przyjaciółmi. Z większością z nich straciłem kontakt.

Terapeuta: Jakie zmiany w pana zachowaniu rzucą im się w oczy?

Klient: Po pierwsze zauważą, że się z nimi kontaktuję (śmieje się).

Terapeuta: Co jeszcze zauważą?

Klient: Że znow chce mi się wychodzić z domu. Kiedyś wychodziłem bardzo często. Z całą naszą paczką. Oni pewnie nadal wychodzą. Często bywałem na koncertach.

Terapeuta: A więc chce pan do tego wrócić?

Klient: Tak.

Terapeuta: Co te zmiany panu dadzą?

Klient: Będę znów miał poczucie, że moje życie będzie w jakiś sposób ukierunkowane.

Innym sposobem skupienia uwagi klienta na przyszłości jest takie pytanie: „Gdyby za tydzień przyszedł pan do mnie, by poinformować mnie, że nastąpiła bardzo istotna zmiana na lepsze, to co by to oznaczało?” lub też w pracy z parą małżeńską: „Jakie to będą zmiany w panu, o których poinformuje mnie pańska partnerka?” Jeszcze innym sposobem jest pytanie: „Gdybym wyciągnął teraz czarodziejską różdżkę i za jej pomocą zlikwidował pański problem, co by się stało, jakie zaszłyby zmiany?” (O’Hanlon i Werner-Davis, 1989, s. 106).

Ważnym czynnikiem badania tego, co się zmieni w przyszłości, jest bardzo staranny dobór słów przez terapeuta, słów, które zakładają nieuchronność zmian. Lepiej jest powiedzieć: „Kiedy nastąpią zmiany” niż: „Gdyby nastąpiły zmiany”. Zwrot: „Co jeszcze się zmieni” jest korzystniejszy niż: „Co by się jeszcze mogło zmienić”. Pytamy: „Kiedy sytuacja ulegnie już poprawie...” zamiast: „Gdyby sytuacja uległa poprawie...” „Kiedy będzie pan już mniej zablokowany...” a nie: „Gdyby był pan mniej zablokowany...”, podobnie: „Kiedy nie będzie pan już słyszał głosów...” zamiast: „Gdyby tak się zdarzyło, że przestałby pan słyszeć głosy...”

Kiedy zdołamy już uzyskać jasny obraz zmian, możliwe staje się znalezienie sposobów zachęcających ludzi do nowych zachowań czy umożliwiających im eksperymentowanie z nimi.

De Shazer opisuje metodę polegającą na tym, że małżonkowie, nie informując się wzajemnie o tym, wybierają dwa dni w ciągu najbliższego tygodnia, podczas których udają, że cud, który uprzednio omawiali, właśnie się zdarzył. Ich zadaniem jest obserwacja reakcji małżonka. Muszą też odgadnąć, które dni wybrał współmałżonek, ale nie zdradzać się z tym aż do najbliższej sesji (de Shazer, 1991, str. 144).

W tej sytuacji nie uszczegółowiono zachowań. Kiedy partnerzy czy rodzina mają różne cele, albo terapeuta nie jest ich pewien, lepiej nie pracować na konkretach i mówić ogólnie „o problemach, które państwa do mnie sprowadziły”.

Jeśli natomiast klienci mają zgodne cele, można zalecać, by podczas swego „dnia cudów” przećwiczyli konkretne zachowania.

Młoda kobieta zdołała określić całą długą listę konkretnych zachowań,

które miałyby miejsce po „cudownej” interwencji. Poproszono ją, by codziennie rzucała monetę:

„Ileć wypadnie reszka, proszę, by pani zrobiła co najmniej dwie rzeczy ze swej listy. Może ich być więcej, ale mnie zależy na dwóch. Kiedy wypadnie orzeł, nie musi pani tego robić. Tego dnia może pani swobodnie decydować o tym, jak się pani chce zachowywać”.

Należy pamiętać, że ludzie są skłonni realizować tego rodzaju sugestie tylko wtedy, gdy zachowania, które mają wypróbować, odpowiadają ich własnej wizji tego, jakimi chcą być, a nie wizji terapeuty lub innych osób. Pamiętajmy o tym, że jeśli ludzie angażują się aktywnie w jakieś działanie, to związek pomiędzy tym działaniem a stojącymi za nim postawami i przekonaniem zachodzi znacznie szybciej i jest głębszy niż wówczas, gdy tylko o zachowaniach tych się mówi. Kwestie te omawia Kiesler (1971).

SKALE POMIAROWE

Inną efektywną metodą ukierunkowywania klienta na osiągnięcia i znajdowanie rozwiązań są skale pomiarowe, które można wykorzystywać na wiele różnych sposobów.

„Posługując się skalą od zera do dziesięć, gdzie zero oznacza najgorszy z możliwych stan rzeczy, a dziesięć stan, w którym obecne problemy zostają rozwiązane, zaznacz, gdzie się obecnie znajdujesz”.

Jak to wykazują Kowalski i Kral:

Skala opiera się na założeniu zmiany w pożądanym kierunku. Ponieważ skala progresywnie rośnie, cyfra 7 zakłada cyfrę 10 tak samo jak 5, 3 lub 1. Zakłada ruch (zmianę) w którymś z kierunków, a nie stagnację. Tym samym oczekiwanie zmiany wbudowane jest w sam proces zadawania tego typu pytania... ponieważ posłuszenie się skalą uwydatnia sugestie zmiany w pożądanym lub niepożądanym kierunku, zakłada ono także pewien stopień kontroli ze strony klienta będącego nawigatorem zmian — zadanie, jakim jest stawianie sobie celów, zostaje wykonane. Bieguny i przestrzeń pomiędzy problemem a celem zostają zobiektywizowane i poddają się pomiarowi”. (1989, s. 61)

Skale tego typu mogą być wykorzystywane do pracy z wieloma aspektami życia klienta. W gruncie rzeczy nie ma takiego doświadczenia,

którego by w jakiś sposób nie można było rozważyć przez pryzmat tego rodzaju pytania.

Skale można wykorzystywać do ustalania samooceny klienta, jego pewności siebie, zaangażowania w zmiany, gotowości do pracy nad pożądanymi zmianami, hierarchii ważności problemów do rozwiązania, nadziei, oceny własnego postępu i wielu innych czynników uznawanych za zbyt abstrakcyjne, by je konkretyzować. (Berg, 1991 s. 88)

Gdybyśmy chcieli podać wszystkie sposoby wykorzystania tej techniki, musielibyśmy poświęcić temu zagadnieniu cały rozdział. Ograniczymy się więc do kilku przykładów, na podstawie których czytelnik powinien wyciągnąć wnioski lub stworzyć wiele innych ich zastosowań. Będziemy w przykładach naszych posługiwać się skalą od zera do dziesięć. Można jednak zastosować jakąkolwiek inną skalę. Jeśli na przykład przewidujemy, że potrzebna będzie możliwość dokładniejszego różnicowania (np. kiedy omawiane są niewielkie, ciągle jednak postępujące zmiany), można zastosować skalę od zera do stu.

W pracy z małżeństwami, szczególnie gdy wchodzi w grę kwestia motywacji jednego z małżonków lub obojga, stosowaliśmy następujące pytanie, które stanowiło wstęp do dalszych rozmów i często było pomocne w bardziej konstruktywnym spojrzeniu na własny związek.

„Jeśli zero oznacza: «Nic mnie to nie obchodzi», a dziesięć: «Jestem pełen entuzjazmu», to gdzie każde z was oznaczyłoby swoje miejsce w odniesieniu do pracy nad waszym związkiem?

Jeśli obydwie oceniają swą motywację jednakowo nisko, można zapytać, co by się stało, gdyby na następnym spotkaniu oświadczyli zgodnie, że nastąpiło przesunięcie w górę o jeden lub dwa stopnie. Podobnie można postąpić, kiedy pomiędzy motywacją małżonków istnieje spory rozdzźwięk — wówczas analogiczne pytanie można zadać partnerowi podającemu niższy numer.

Istnieje także możliwość określenia, do jakiego stopnia ludzie dopuszczają możliwość zmian.

„Jeśli zero oznacza, że do końca życia będziesz trwał w tym stanie, a dziesięć — że istnieją wszelkie szanse, że w jakimś momencie w przyszłości przezwycięzysz swe trudności, gdzie na tej skali umieściłbyś siebie dzisiaj? Co musiałbyś uczynić, by przesunąć się w górę o pół punktu lub nawet o cały punkt na tej skali?”

Istotne jest, by terapeuta, analizując ruchy w górę na skali, był realistą i był raczej zbyt konserwatywny niż nadmiernie optymistyczny. Jeśli klient jest większym optymistą niż terapeuta, należy go raczej skłonić do

tego, by przekonał terapeutę do swego stanowiska. Jeśli terapeuta zbyt mocno naciska na zmiany, tak że klient czuje jego presję, bardzo często przyjmuje postawę „tak, ale”. Jak to już sugerowaliśmy, w niektórych sytuacjach skala od jeden do stu jest mniej zagrażająca i daje możliwość pomiaru mniejszych zmian. Często użycie skali jako środka oceny swych postępów daje klientowi zupełnie nową perspektywę. Młoda kobieta podczas czwartej sesji terapeutycznej wyrażała szereg negatywnych uwag odnośnie do progresywnych zmian w swoim życiu, pomimo wielu „wyjątków”, na które wskazywał terapeuta (i które najwyraźniej były bardziej znaczące dla niego niż dla niej). W połowie sesji zapytano ją:

„Jeśli zero reprezentowałoby pani samopoczucie podczas naszego pierwszego spotkania, a dziesięć oznaczałoby stan osiągnięty po zakończeniu terapii, gdzie znajduje się pani teraz?”

Po chwili namysłu umieściła się pomiędzy cztery a pięć.

Terapeuta: Tak więc dociera pani do półmetka?

Klientka: Tak.

Pozostały czas sesji poświęcono omówieniu konkretnych wydarzeń i zachowań świadczącym o postępie (terapeuta musiał pohamować wcześniejszy optymizm i towarzyszyć klientce w sposób ostrożny i opanowany). Kobieta zaczęła inaczej, bardziej pozytywnie oceniać swą sytuację.

„Gdyby pan przed następną sesją nagle znalazł się na pozycji piętej, to o jakich konkretnych zmianach by mi pan opowiedział?”

Młody mężczyzna, który przeproszającym tonem stwierdził, że zaszedł ledwie do pozycji trzeciej, był zdziwiony i bardzo zadowolony, gdy terapeuta uzmysłowił mu, że prawie jedną trzecią drogi już pokonał.

Skale mogą być z powodzeniem wykorzystywane w pracy z dziećmi. Oczywiście, możemy wykorzystywać poza słowami jeszcze inne środki. Można rysować wykresy albo prosić dzieci, by same je wykonały. Istnieje wiele sposobów na twórcze przedstawienie ich odczuć.

„Jeśli ten klocek oznaczałby sytuację, w której jesteś strasznie hulaśliwy i zachowujesz się w klasie jak pięcioletnie dziecko, a ta wysoka wieża z klocków oznacza, że zachowujesz się jak przystało na dziesięciolatek, to ilu klocków byś użył, by pokazać mi, jak się zachowywałeś podczas ostatnich kilku dni?”

„To małe kółko na tablicy mówi, jaki byłeś kiedyś nieśmiały, a to duże pokazuje, jaki

będziesz odważny. Narysuj mi teraz kółko, które pokaże, jaki potrafiłeś być dzielny w tym tygodniu”.

NASTAWIENIE NA PRZYSZŁOŚĆ

Ponieważ świat cały jest tylko zmyśleniem, byłoby lepiej dla ciebie, byś uwierzył w trwałe zmyślenie niż ulotne.

św. Columba, misjonarz irlandzki w Szkocji

Wszyscy zamieszkujemy swą przeszłość, teraźniejszość i przyszłość. Jak sugerowaliśmy wcześniej, nasza percepcja jest wysoce selektywna. Przyszłość istnieje w antycypacji tego, jaka ona będzie. Tradycyjnie terapeuci zapoznawali się z przeszłością i teraźniejszością, usiłując dokonać pewnych zmian na tych obszarach poprzez proces ponownej ich eksploracji. Nowy i fascynujący element obecnego podejścia polega na tym, że przyszłość również wydaje się być otwarta na reeksplorację. Furman i Ahola tak określili owo skierowanie na przyszłość:

Ponieważ przyszłość wiąże się z przeszłością, ludzie z przeszłością trudną często bez nadziei spoglądają w przyszłość. Negatywna wizja przyszłości pogarsza z kolei problemy teraźniejszości, rzucając cień pesymizmu zarówno na przeszłość, jak i teraźniejszość. Na szczęście działa to w obydwie strony; pozytywna wizja przyszłości zaprasza nadzieję, a nadzieja z kolei pomaga walczyć z bieżącymi trudnościami, dostrzec oznaki możliwych zmian, widzieć przeszłość raczej jako doświadczenie niż nieszczęście i stanowi źródło inspiracji do znajdowania rozwiązań. (1992, s. 91)

9

KONSTRUOWANIE INTERWENCJI ALBO ZMIANA SPOSOBU WIDZENIA PROBLEMU

*Nic nie jest samo przez się dobre lub złe,
to nasze myślenie takim je czyni.*

Hamlet, William Szekspir

To Batesonowi przypisujemy wprowadzenie terminu „ramy odniesienia” dla pokazania takiej organizacji interakcji, która ujawnia, że w każdym momencie pewne wydarzenia mają większe prawdopodobieństwo pojawienia się, podobnie jak określone interpretacje tego, co się dzieje.

Coyne (1985, s. 338)

To, jak nam się rzeczy jawią, zależy od tego, jak na nie patrzymy.

Tybetańska Księga Umarłych

Proces symbolicznego myślenia narzuca nam kategorie „albo — albo”. Konfrontuje nas zawsze z tym albo tamtym lub z mieszaniną tego i tamtego... Rzeczywistość doświadczania nie zna tego albo tamtego. Zawsze istnieje co najmniej jedna jeszcze możliwość, a często nieskończona ich liczba.

Zukav (1979, s. 284)

Przeformułowanie oznacza zatem zmianę konceptualnego i/lub emocjonalnego kontekstu lub punktu widzenia danej konkretnie i doświadczanej sytuacji oraz umieszczenie jej w innych „ramach”, które pasują do istniejących „faktów” równie dobrze lub nawet lepiej, i przez to całkowicie zmieniają jej znaczenie.

Watzlawick i inni (1974, s. 95)

W rozdziale 3 przy okazji omawiania natury rzeczywistości wprowadziliśmy ważne rozróżnienie pomiędzy faktami i znaczeniami.

RZECZY lub wydarzenia są ograniczone do obserwacji i opisu opartych na zmysłach; co aktualnie jest, co się dzieje, lub co się wydarzyło — a co może być postrzegane zmysłowo.

ZNACZENIA są interpretacją, konkluzją, atrybucją dotyczącą faktów materialnych.

Zachowania i emocje, które stanowią powód szukania pomocy u terapeuty, nie są odbiciem „rzeczy i faktów” lecz znaczeń im przypisanych.

Ludzie nieustannie przeprowadzają rozróżnienia, nadając sens swemu światu oraz budując struktury hierarchiczne będące różnymi ramami odniesienia konstruktów, które generalnie decydują o tym, jaki sens zostanie nadany ich doświadczeniom, a zatem i o tym, jak na doświadczenia te zareagują.

Owe ramy odniesienia, według nas, stanowią główny przedmiot terapii, ponieważ zmiany mogą nastąpić tylko wtedy, gdy dostępne staną się odmienne znaczenia, tak by kolejne doświadczenia wywoływały odmienne reakcje.

Jak twierdzi de Bono:

Ramy odniesienia są kontekstem stworzonym przez aktualną organizację informacji. Organizacja ta zakłada kierunek rozwoju. Będąc przedmiotem ram odniesienia, jednostka nie może ich przekroczyć. Czasem jednak konieczny jest skok na zewnątrz i jeśli się to uda, wówczas ramy odniesienia ulegają zmianie. (de Bono, 1971, s. 240)

Zasadniczo istnieją dwa ujęcia pomocy w dokonaniu takiego „skoku” poza własne ramy odniesienia, które z jakichś względów ograniczają perspektywy jednostki i tym samym blokują rozwiązanie problemowych sytuacji.

Jeśli terapeuta dostarcza lub proponuje nowy alternatywny układ odniesienia lub znaczenia sytuacji (wprost lub nie wprost) — mamy do czynienia z przeformułowaniem (*reframing*).

Przykład: siedemnastoletnia Lorraine została zgłoszona na terapię przez matkę. Była niebrzydką młodą kobietą, o lekkiej nadwadze; przez całe spotkanie pochylała głowę, zerkając na terapeutę spod gęstych włosów. W ciągu ostatnich kilku miesięcy stała się depresyjna i zamknięta w sobie, obecnie zaś coraz bardziej obawiała się początku nowego semestru w szkole, który miał się rozpocząć w następnym tygodniu. Lorraine sama

chciała porozmawiać z kimś na temat swych problemów. Zapytana, zgadzała się w pełni z tym, co mówiła matka.

Terapeuta: Co przesądziło o tym, że właśnie teraz zdecydowałaś się ze mną zobaczyć?

Matka: No więc, ona mówi... Powiesz... Lorraine?

Lorraine: Nie, ty to wytłumacz.

Matka: Ona twierdzi, że czuje się całkiem inna niż pozostałe dziewczęta. Nie czuje z nimi żadnej więzi. Straciła kontakt ze wszystkimi przyjaciółkami.

Terapeuta: Inna? W jakim sensie?

Matka: Czy mogę panu powiedzieć, co się stało, Lorraine?

Lorraine: Tak, w porządku.

Matka: Lorraine była wykorzystywana seksualnie przez swego ojca. Zdarzało się to wielokrotnie aż do zeszłego roku. Konsultowałyśmy się nawet ze specjalistami, którzy trochę pomogli. Sądzę jednak, że nadal doświadczenia te ciążyą jej. Ma bardzo niską samoocenę.

Lorraine: Kiedy patrzę na inne dziewczęta w klasie, wiem, że jestem od nich inna. Jestem nienormalna.

Zebrawszy dalsze informacje o tym, co Lorraine sądzi o swym doświadczeniu seksualnego wykorzystania, terapeuta stwierdził: „Lorraine, wydaje mi się, że jesteś całkiem normalna. To, co ci się przydarzyło, jest nienormalne, a nie ty. Jesteś normalną osobą usiłującą poradzić sobie z nienormalnym przeżyciem”.

Od tego momentu zachowanie Lorraine uległo zasadniczej zmianie. Informacje zwrotne uzyskane zarówno od Lorraine, jak i jej matki dowodziły, że przeprowadzenie tego rozróżnienia stanowiło dla niej punkt zwrotny. Stworzyło nowy układ odniesienia, dzięki któremu nieomal natychmiast potrafiła pozytywnie spojrzeć na siebie. Zdołała powrócić do szkoły i bez większych problemów zintegrowała się z koleżankami.

Jeśli terapeuta w jakiś sposób (bezpośrednio lub pośrednio) podważy znaczenie, jakie klient nadaje sytuacji, nie podając jednak nowego układu odniesienia — zabieg ten nazywamy deformułowaniem (*deframing*). Klient może więc sam stworzyć lub odkryć alternatywne znaczenie sytuacji, albo też być pozostawiony bez żadnego konkretnego znaczenia.

Oto następujący wyjątek z sesji terapeutycznej:

Klient: Wiem, jakie robię błędy, w porządku, ale robię je od 46 lat.

Terapeuta: I sądzi pan, że już się pan od nich nie uwolni?

Klient: No właśnie. Nie ma na to sposobu.

Terapeuta: Wielu ludzi tak uważa.

Klient: No dobrze, może mi się uda.

Przeformułowanie i deformułowanie nie są technikami wykluczającymi się. Jak to pokazuje powyższy przykład, przeformułowanie wymaga uprzedniego zdeformułowania, natomiast deformułowanie oznacza potencjalnie przynajmniej przeformułowanie.

Przeformułowanie dotyczące normalności deformułuje pogląd młodej kobiety na nienormalność; deformułacja przeświadczenia dotyczącego niezdolności do zmiany wieloletnich nawyków przeformułowuje zapatrywania klienta na możliwości terapii. Różnica pomiędzy nimi jest kwestią przesunięcia akcentów.

Uważamy, że przeformułowanie stanowi niezbędny i najbardziej podstawowy składnik procesu zmiany. Wszystkie pozostałe elementy są mu podporządkowane i albo wspomagają, bądź też przeciwnie, utrudniają ten proces; mogą być też traktowane jako rodzaj ozdóbników odzwierciedlających konkretne przekonanie terapeuty, jego poglądy na terapię i naturę zmiany jako takiej (mogą być one pomocne w samej terapii, ale często zaciemniają rozwój teoretycznej przejrzystości).

Jedna z niedawno opublikowanych prac analizuje zakres, w jakim terapeuci, posługując się technikami przeformułowania, ignorują „prawdę subiektywną” klienta czy jego rodziny. Stawia także pytanie dotyczące stopnia, w jakim nowe odniesienia są narzucane ludziom, a nie rozwijane w procesie współpracy (Flaskas, 1992).

Rzekomo lekceważące, manipulacyjne podejście, o które posądza się terapeutów krótkoterminowych dobierających „prawdy” *ad hoc* w trakcie przeformułowania, jest, według nas, poglądem niesłusznym, podobnie jak twierdzenie o braku interakcji podczas formułowania odniesień. Każdy dobry terapeuta krótkoterminowy wie, że żadne odniesienie nie poskutkuje, jeśli nie będzie miało dla pacjenta czy jego rodziny intelektualnego sensu i że odniesień tych nie bierze się z powietrza (przynajmniej w przypadku dobrych terapeutów), lecz że tworzy się je na podstawie informacji, uzyskanych często z ogromnym trudem w trakcie wywiadu, który jak najbardziej angażuje sferę „subiektywnych prawd” klienta i jego rodziny. Nie jest tak, że terapeutom krótkoterminowym brak jest poczucia szacunku dla osobowego doświadczenia „prawdy”, sądzimy, że interakcje

człowieka obejmują wiele potencjalnych „prawd”, z których część hamuje zmianę, podczas gdy inne ją promują.

Coyne omawia ostatnie badania dotyczące czynników

...determinujących poziom, na którym czynności zostaje nadany sens, oraz sposoby jego zmiany... Wyniki wstępnych eksperymentów sugerują, że jeśli czynności nadawany jest sens na dwóch poziomach, wyższym (np. „życie jest nudne”) i niższym (np. „spędzanie całych dni przed telewizorem”), pojawia się tendencja do utrwalania się owego wyższego poziomu i ignorowania poziomu niższego. (1985, s. 339)

Jednakże, kontynuuje on, cytując psychologa społecznego Wegnera:

Gdy ludzie zaczynają rozważać swe działania szczegółowo, stają się bardzo wyczuleni na ogólne znaczenie tego, co robią. Może się wówczas pojawić nowy sposób rozumienia jakichś czynności, prowadzący często do zupełnie nowych działań (Wegner i inni, u Coyne’a, 1985, s. 340).

Ogromna, uzdrawiająca siła reformułowania (*reframing*) wydaje się wynikać z faktu, że często nie jesteśmy w stanie jasno uświadamiać sobie tego, co leży u podstaw naszych tendencji do notorycznego angażowania się w konkretne działania, lub odgrywania tej samej roli w interakcji z innymi. Sądzimy, że w procesie interakcji terapeuta jest wyczulony nie tylko na zjawiska behawioralne (nawet jeśli to one są w centrum zainteresowania), ale także na wyjaśnienia problemu podane przez członków rodziny oraz sposób, w jaki przeżywają oni ów problem, jak i proces terapii. Jednakże sugestie terapeuty dotyczące różnych możliwości budowania ram odniesienia określonych sytuacji mają znaczenie zasadnicze, ponieważ pochodzą z zewnątrz. Klienci, jak zresztą i my wszyscy, widzą swą sytuację przez pryzmat odniesienia, do którego przywykli, w ramach, które niejako zaciemniają obraz innych, alternatywnych możliwości. Im usilniej wpatrujemy się w rzeczywistość poprzez niebieskie szkło okularów, tym bardziej wydaje się nam ona niebieska. Czasem, szczególnie jeśli zapomnimy, że mamy na nosie okulary, i tym samym przestajemy kwestionować informacje zmysłowe, które do nas docierają, potrzebny jest ktoś, kto by pożyczył nam okulary o innej barwie szkieł. Wszyscy znamy takie sytuacje, kiedy rozważając własne problemy, pogrążyliśmy się w czarnej rozpacz, i w miarę zajmowania się tym problemem pogłęбилиśmy go tylko. Fakt, że terapeuta sugeruje nowy sposób patrzenia na problemy (lub oferuje okulary o innej barwie szkieł), nie oznacza wcale, że czyni z klienta i jego rodziny bezbronny obiekt manipulacji.

Zgadza się z poglądem Flaskasa (1992), że klienci (jak i my wszyscy) wykazują znaczne przywiązanie do swego indywidualnego przeżywania i rozumienia prawdy. Sądzymy, że ignorowanie tego faktu może mieć miejsce w terapii każdego typu, zarówno w terapii krótkoterminowej, jak i każdej innej. Jednakże założenie, że nie istnieje jakaś jedna „absolutna” prawda, nie oznacza pomijania „subiektywnej prawdy” innych. Użyteczność „prawdy”, jaką daje inny układ odniesienia, proponowany klientowi lub rodzinie, zależy w głównej mierze od tego, jak ją widzi ze swej subiektywnej perspektywy sam klient (będący pod wielkim wpływem swych własnych przekonań i emocjonalnych reakcji zarówno na układ odniesienia, jak i na terapeutę). Aby dokonać tego i być skutecznym, trzeba z pełną uwagą i szacunkiem słuchać tego, co mówią członkowie rodziny.

Młoda matka, samotna, opuszczona przez mężczyznę, którego kochała jeszcze w okresie ciąży, przyprowadziła swego dwunastoletniego syna do terapeuty. Skarżyła się, że ilekroć zapraszała do domu jakiegoś znajomego mężczyznę, jej syn zaczynał zachowywać się wulgarnie: kłął, był agresywny wobec gościa i nie chciał zostawić ich samych. Kobieta zaczęła obawiać się wszelkich odwiedzin. Syn był, według matki, bardzo związany z dziadkiem, który zachowywał się nadal opiekuńczo wobec córki, wyrażając dezaprobatę wobec wszystkich jej przyjaciół-mężczyzn. Pod koniec pierwszej sesji terapeuta scharakteryzował chłopca jako niezwykle wrażliwe dziecko, świadome lęku matki przed emocjonalnym związkiem z mężczyzną i przed kolejną krzywdą. Dziecko uświadamiało sobie także obawy dziadka, tak więc po części w jego imieniu, ale głównie na własny rachunek postanowiło chronić matkę przed jej własną emocjonalną nieporadnością. Zatem jego „złe” zachowanie stanowiło próbę udzielenia matce pomocy dwojakiego rodzaju: przez chronienie jej przed nadmiernym zaangażowaniem się oraz przez danie jej możliwości wyładowania lęku i napięcia poprzez agresję skierowaną na syna. Tylko mężczyzna naprawdę kochający mógłby tolerować zachowanie chłopca. Terapeuta serdecznie pogratulował chłopcu troski o matkę i polecił ją jego opiece.

Już na następnej sesji matka poinformowała o wielkiej poprawie w zachowaniu syna. Wiele miesięcy później, podczas spotkania „sprawdzającego”, matka ponownie potwierdziła poprawę. Obecnie czuła się znacznie swobodniej i nie obawiała się zapraszać swych znajomych do domu. Jej syn zaprzyjaźnił się nawet z jej ostatnim przyjacielem.

Jak już omawialiśmy to wcześniej, ważne jest, by nowy układ odniesienia był w wystarczającym stopniu spójny z doświadczeniami rodzi-

ny, pary lub jednostki, pomimo, że doświadczenia te ujmowane są w inny sposób. Jeśli stopień spójności jest niewystarczający, nowy układ odniesienia zostanie odrzucony. Należy także pamiętać o tym, przed czym przestrzega Coyne. „Przeformułowanie działa czasem tylko w sztucznej sytuacji sesji terapeutycznej i zawodzi przy pierwszym kontakcie z codziennością. Przydatne jest założenie, że przeformułowanie nie wywarło skutku, dopóki pacjent nie zaczął zgodnie z nim skutecznie działać poza sytuacją terapeutyczną” (1985, s. 352). Trafne przeformułowanie często porusza uczucia i myśli, które dotąd pozostawały ukryte, i być może, to one właśnie udzielają „mocy” „nowym” układom odniesienia.

W powyższym przykładzie zasadniczym elementem mogły być słowa terapeuty uznające trudną sytuację życiową matki, tak bardzo zranionej niegdyś i lękającej się emocjonalnego zaangażowania. Przeformułowanie wnosi pozytywne konotacje zachowań, które zazwyczaj odbierane były przez klienta czy rodzinę (a często i przez terapeuta/obserwatora) w sposób znacznie bardziej negatywny. W omawianym przykładzie oprócz pozytywnej konotacji mamy jeszcze do czynienia z ukrytym wyzwaniem skierowanym zarówno do syna, jak i do matki, przekazanym przez terapeuta, który przyjął postawę zatroskanej życzliwości.

Wdowa, która wychowała dwie córki, obecnie już zamężne, nie mogła dać sobie rady z piętnastoletnim synem, który popadł w złe towarzystwo i zaczął wachać klej. Wydawało się, że matka była nadopiekuńcza i nie dawała chłopcu zbyt wielu okazji, by dojrzał i usamodzielniał się. Pod koniec pierwszej sesji terapeuta wyraził następującą opinię, skierowaną do obojga, ale głównie pod adresem matki:

Była pani świetną matką dla swych córek, ale teraz bez pomocy męża jest pani trudno zrozumieć w pełni swego syna. Zapewne bardzo to panią martwi. James ma już piętnaście lat. W życiu każdego młodzieńca przychodzi taki moment, kiedy zaczyna nagle dojrzywać, zaprzestaje dziecinady i zaczyna zachowywać się jak młody mężczyzna. Moment taki przychodzi czasem wcześniej, a czasem nieco później. Ale zazwyczaj pojawia się mniej więcej w tym właśnie wieku. Jestem pewien, że James bardzo panią kocha i martwi się, co się stanie, kiedy on już opuści dom, ale nie wie, co zrobić, by nie czuła się pani opuszczona. Będzie mu łatwiej dać sobie z tym radę, kiedy już przestanie być dziecinny i zacznie zachowywać się bardziej po męsku. Większość «wachaczy» to chłopcy, którzy boją się stać mężczyznami, obawiają się dojrzałych zachowań związanych z nauką i kobietami. Jestem też przekonany, że nie należy pani do matek, które chcą mieć maminsynka uczonego spódnicy. Bardzo wiele samotnych matek usiłuje zrobić ze swych synów sybystytów męża.

Proponuje, by przez najbliższe dwa tygodnie obserwowała pani Jamesa bardzo uważnie i sprawdziła, jakie to dziecinne jeszcze zachowania są ciągle obecne, proszę się jednak

także przygotować na dostrzeżenie pewnych oznak, nawet tych najmniejszych, zbliżającej się dojrzałości.

Chciałbym jednak, by James nie oszukiwał i nie starał się udawać bardziej dorosłego, niż jest naprawdę, choć, jak już powiedziałem, większość chłopców zaczyna dorastać w tym właśnie wieku. Ważne jest, by, kiedy już stanie się mężczyzną, był nim naprawdę, a nie chłopczykiem, który udaje groźnego albo wchodzi w kolizję z prawem tylko po to, by ukryć swój strach.

Podczas tej przemowy twarz chłopca wyrażała wielkie skupienie, co samo w sobie stanowiło istotną zmianę w stosunku do zwyczajowego grymasu pogardy, jaki przybierał zazwyczaj wobec wszystkiego, co się do niego mówiło. Od tego momentu zachowanie chłopca poprawiło się. Matka też zaczęła go postrzegać w inny sposób, stała się mniej wymagająca i narzucająca. Na czwartą sesję przyszła bez chłopca, nie podając żadnego wyjaśnienia. Czas wykorzystała na rozważenie z terapeutą swych własnych problemów: samotności i niepewności.

Pewne małżeństwo wiodło nie kończące się spory na temat nieodpowiedniego zachowania się ich dzieci, w szczególności zaś odnośnie do tego, jak należy wprowadzić dyscyplinę. Terapeuta stwierdził, że ich klótnie wydatnie świadczą o tym, jak głęboko są obydwójce zaangażowani, by znaleźć właściwe rozwiązanie, że oczywiście jest, że nie spoczną, nim nie znajdą takiego rozwiązania, które usatysfakcjonuje obydwójce. Następnie zaproponował, by, pomimo że nie będzie to dla nich łatwe, nadal dyskutowali nad tym problemem, a nawet zdwoili wysiłki, by dojść do satysfakcjonujących ich wniosków. Rodzice spojrzeli po sobie z pewną dozą ciepła i szacunku i zgodzili się z terapeutą. Przez następne kilka tygodni klócili się znacznie mniej i stali się znacznie bardziej zgodni w kwestiach dotyczących postępowania z dziećmi (które, jak łatwo zgadnąć, zaczęły zachowywać się znacznie lepiej).

Istnieje wiele sposobów całkowicie „prawidłowego” zaszufładowania zachowania rodziców niezdolnych do współpracy. Można by potraktować je jako przejaw problemów małżeńskich albo jako dowód na istnienie patologii jednego lub obydwójga rodziców, w sposób jeden z wielu, w jaki patologię taką można stwierdzić. Potraktowanie ich klótni jako dowodu na istnienie dobrych intencji spowodowało przejście na wyższy poziom uogólnienia („łączy nas pragnienie bycia dobrymi rodzicami”), które być może umożliwiło zmianę interpretacji zachowań („klócimy się w zasadzie dlatego, że się zgadzamy”), a przez to i zmianę samych zachowań.

Pewna kobieta na ważnym stanowisku szukała pomocy terapeuty, gdyż straciła głos (który stał się chrypliwy i łamliwy). Początkowo stwierdziła,

że wiąże się to z „niską samooceną”. Kiedy jednak zadano jej pytanie, dlaczego sądzi, że niska samoocena wiąże się z kłopotami z mówieniem, była nieco zaskoczona i przyznała, że szukała pomocy u hipnoterapeuty, który stwierdził, że powinna pracować nad samooceną. Terapeuta po zebraniu bardziej szczegółowych informacji orzekł, że według niego jej samoocena nie ma nic wspólnego z problemami z głosem. Co więcej, na podstawie tego, co mu opowiedziała o sobie, oraz tego, jak wyglądała, jak się zachowywała (była osobą znakomicie ubraną, wypowiadającą się w jasny, precyzyjny i pewny siebie sposób), nie widział oznak zaniżonej samooceny. Przeciwnie, wydało mu się, że prezentuje wysoki poziom samooceny. Zapytał, czy ma poczucie, że ocenia się nisko. Odparła, że nie, ale że uwierzyła hipnoterapeucie (który jej nie pomógł) oraz rozmaitym popularnym książkom. Terapeuta zaproponował zajęcie się bieżącymi problemami, wiążącymi się z jej obawami dotyczącymi efektywnego przemawiania podczas zebrań. Chętnie na to przystała. Jest to dobry przykład na przeformułowanie. Zupełnie nieuzasadnione powiązanie problemu klientki z hipotetycznym stanem „niskiej samooceny” zostało skutecznie, choć ostrożnie rozerwane. Została ona tym samym uwolniona od patologii, co znacznie wzmogło szanse na szybkie przezwycięzenie jej dolegliwości.

Stwierdziliśmy, że czasami przeformułowanie może być znacznie bardziej efektywne, jeśli jego autorem jest ktoś inny niż terapeuta. Tak stało się w niżej cytowanym przypadku (pochodzącym z okresu, gdy Brian eksperymentował z przeformułowaniami w stylu grupy z Mediolanu).

Pewnego wizytującego terapeutę poproszono o konsultację dotyczącą zespołu, który nie mógł wyjść z impasu w pracy z pewną rodziną. Rodzice mieli problem z trzynastoletnią córką, najstarszą z trojga dzieci z pierwszego małżeństwa matki, w domu której obecnie cała rodzina mieszkała. Dziewczynka sprawiała kłopoty zarówno w domu, jak i w szkole, zadawała się z gangiem nastolatków, który często wpadał w rozmaite tarapaty, określono ją jako kompulsywnie kłamiącą.

Konsultant obserwujący sytuację zza ekranu odnosił nieodparte wrażenie, że matka i babcia, mimo że blisko ze sobą związane, bardzo silnie współzawodniczyły o to, która jest „lepszą mamą” dla dziewczynki.

Rodzinę poinformowano, że zaproszono konsultanta, by pomógł ruszyć z miejsca z terapią. Pod koniec sesji powiedziano rodzinie, że terapeuta otrzyma relację z sesji i że termin następnego spotkania zostanie ustalony później.

Po kilku dniach mąż otrzymał kopię relacji konsultanta z prośbą, by

odczytał ją całej rodzinie. Terapeutka w liście do rodziny oświadczyła, że relacja konsultanta w gruncie rzeczy przeznaczona była dla niej, ale ponieważ sądzi, iż rodzina ma bardzo poważny stosunek do swoich problemów — posyła im jej kopię.

Oto treść relacji:

Jest dla mnie jasne, że jest to rodzina bardzo ze sobą związana i chcąca, by związki te trwały. Mam wrażenie, że Jane jest niezwykle wrażliwą dziewczynką i bardzo kocha zarówno swą matkę, jak i babcię (które ją również bardzo kochają, nawet jeśli działają sobie czasem na nerwy). Jednakże z powodów nie całkiem dla mnie jeszcze zrozumiałych, Jane wydaje się przeżywać coś w rodzaju konfliktu lojalności, i być może dlatego zachowuje się w nie najlepszy sposób. Wydaje się, że martwi się ona jednak przede wszystkim matką i babcią, choć może trudno im będzie w to uwierzyć, gdyż zachowanie zmartwionego dziecka często wygląda po prostu na brak grzeczności. Być może Jane (choć sobie tego nie uświadamia, a może nawet temu zaprzecza) zbyt głęboko przejęła się pewnymi niezgodnościami pomiędzy babcią a mamą i martwi się, że jedna z nich może czuć się bardzo przygnębiona i zraniona, jeśli ta druga „wygra” w emocjonalnej walce, którą, według Jane, prowadzą (Jane czuje, że obydwie walczą o tytuł najlepszej matki). Chciałbym dodać jeszcze coś, co wydaje mi się ważne: jest to rodzina bardzo silnie ze sobą związana, choć być może trudno jest komuś z zewnątrz się do niej zbliżyć, niemniej jednak wyraźnie czuje się, że wszystkim członkom rodziny zależy na tym, by takie mocne więzi utrzymać, nawet jeśli zachowują się w sposób sugerujący coś innego. Tak więc rodzinie tej nie zawsze będzie łatwo rozpoznać pod powierzchnią rozmaitych zachowań głęboką miłość i troskę Jane.

Trzy tygodnie później, na następnej sesji, okazało się, że zachowanie Jane bardzo się poprawiło, tak że właściwie od poprzedniego spotkania nie dała powodów do narzekania.

Metoda ta, jak i wszystkie inne metody, nie stanowi panaceum. Przytoczyliśmy kilka przykładów przeformułowania, deformułowania, które okazały się szczególnie efektywne i wystarczające do wywołania zasadniczych zmian.

Jednakże, mimo że efektywne interwencje, szczególnie jeśli się je analizuje post factum, wydają się oczywiste i stosunkowo proste, to znalezienie „właściwego” układu odniesienia jest często zadaniem bardzo złożonym i wymagającym znacznej wrażliwości, empatii, kreatywności, a czasem i odwagi. Mamy na swym koncie wiele nieudanych przeformułowań, które okazały się nieskuteczne i z tego względu nie pisaliśmy o nich. Jak jednak wynika z naszego doświadczenia związanego z nieudanymi interwencjami, najgorsze, co może się przydarzyć, to odrzucenie przez klienta lub rodzinę proponowanych ram odniesienia, wobec czego terapeuta musi zaczynać konstruowanie interwencji od początku.

10

WZÓR INTERWENCJI: ZMIANA PRACY NAD PROBLEMEM

Terapia jest często pchnięciem pierwszego klocka domina

Milton Erickson Rossi, 1980, tom 4, s. 454

Jeśli masz pacjenta z bezsensowną fobią, okaż pełne zrozumienie, co potem w jakiś sposób nakłoni go, by się jej przeciwstawił.

Milton Erickson Zeig, 1980, s. 253

...wszelkie dolegliwości, bez względu na to, czy ich źródła są natury psychicznej czy organicznej, układają się w pewien określony schemat, szczególnie w przypadku zaburzeń psychogennych; zakłócenie tego schematu może być najskuteczniejszą terapią; jeśli uczyni się to odpowiednio wcześnie, to nawet najmniejsze zakłócenie tego typu będzie skuteczne.

Rossi, 1980, tom 4, s. 254

Terapeuci krótkoterminowi często starają się rozwiązywać problemy będące przedmiotem terapii poprzez zmianę schematu działania lub interakcji wiążących się z tymi problemami. Usiłują oni zintegrować podejście indywidualne z interakcyjnym poprzez wspólne pojęcie zmiany kontekstu, w jakim pojawia się problem. Problemy te mogą być czasem bardzo efektywnie rozwiązane poprzez zmianę samego schematu ich pojawiania się, bez odwoływania się do przyczynowych, funkcjonalnych czy jeszcze innych hipotez wyjaśniających owe schematy. Podejścia indywidualne i interpersonalne często traktowane są jako wzajemnie się wykluczające. Jest się terapeutą „systemowym” albo „indywidualnym, linearnym”. Nam jednak wydaje się, że taka sprzeczność nie istnieje. Obydwa podejścia

łączy wspólna koncepcja schematu. Obydwie szkoły uznają istnienie schematów i zmianę powtarzalnych wzorców myślenia i działań towarzyszących problemowi. Jeśli zrezygnujemy z hipotez (przyczynowych, funkcjonalnych lub innych) wyjaśniających, nie istnieje zarzewie konfliktu. Pytania o to, jak schematy te powstały, jaką pełnią funkcję i jakie mają znaczenie, oraz inne podobne spekulacje są nieistotne z punktu widzenia naszego głównego zadania: rozpoznania schematów myślenia, działania i interakcji związanych ze zgłaszanym problemem, a także wyraźnie go utrwalających, oraz udzielenie klientowi pomocy w ich zmianie.

Niniejszy rozdział poświęcony będzie kwestii sposobów interwencji wobec tego rodzaju schematów.

Pewne zautomatyzowane schematy zachowań czy interakcji stanowią niezbędny i pożądaný element codziennego życia. Pomagają one organizować doświadczenia, postrzeganie oraz zachowanie, a także pozwalają na zwiększenie efektywności działania. W wielu sytuacjach codziennego życia schematy czy powtarzalne sekwencje czynności umożliwiają nam funkcjonowanie bez konieczności negocjowania za każdym razem związków i znaczeń.

Dla celów terapii konieczna jest jedynie zmiana zautomatyzowanych schematów towarzyszących doświadczeniom i zachowaniom (sympptomom) niepożądanym. Interwencja wobec schematu oznacza zastąpienie danego elementu elementem innym, zewnętrznym wobec nawyku, lub usunięcie go, a czasem dodanie określonych elementów.

Na przykład przy schemacie nałogowego objadania się określona osoba może szczególnie lubić tort, ciastka lub chleb albo lody czy czekoladę (ale nigdy: rzodkiewki, seler, twarożek, jajka na twardo) i objadać się nimi (tzn. owymi zabronionymi, „tlustymi” „niedietetycznymi” pokarmami). Następnym etapem są wymuszone wymioty w toalecie, do umywalki albo wanny (ale nigdy do wiadra na śmieci lub na dywan). W kategoriach zachowań towarzyszących tej części sekwencji pierwszy impuls apetytu pojawiać się może np., kiedy osoba ta stoi, albo chodzi (ale nigdy kiedy siedzi lub leży), samo jedzenie może mieć miejsce w kuchni, jadalni (ale nigdy w sypialni lub w ogródku), w środku nocy albo wczesnym popołudniem (ale nigdy wczesnie rano lub tuż przed pójściem spać), zawsze w samotności (nigdy gdy wokół są jacyś ludzie), zazwyczaj gdy nie ma nic konkretnego do roboty, często w czasie oglądania telewizji (ale nigdy w czasie rozmów telefonicznych lub w trakcie karmienia kota czy psa). Schemat ten będzie miał różny zakres — odmienne elementy dla różnych osób, tak że nie sposób stworzyć sztywnego katalogu zachowań czy interwencji. I tak na przykład wielu nałogowych obżartuchów uczuje wyłącznie w samotności, niektórzy jednak czynią to czasem

w towarzystwie. Trzeba więc odkryć granice klasy elementów, które służą dobrze utrzymaniu schematu jako charakterystycznego dla danej konkretnej osoby. (O'Hanlon, 1987, s. 34-35)

Niektórzy po takim obżarstwie unikają wychodzenia z domu lub spotykania się z przyjaciółmi. Czasem nawet nie ubierają się tego dnia. Zmiana tych towarzyszących, powtarzających się wzorców, mimo że nie związanych bezpośrednio z objadaniem się, może na tyle zmienić kontekst dolegliwości, że stworzy drogę do jej przezwyciężenia. Może istnieć szeroki wachlarz zachowań podtrzymujących schemat nałogowego objadania się. Tak jak w muzyce istnieje nieskończona ilość wariacji na dany temat, który nie ulega zmianie. Istnieje więc konieczność pewnych wariacji z zewnątrz, wariacji, które mogłyby wprowadzić nowy temat. W obrębie nowego, nieznanego schematu może zdarzyć się wiele nieoczekiwanych rzeczy.

Zadając pytania na temat schematu dolegliwości, nie poprzestaniemy na pytaniach „Kiedy się ona zawsze pojawia, a kiedy nie pojawia się wcale?” lub „Czy zawsze jest to X, czy bywa to czasem Y?”, ale idziemy dalej, formułując hipotetyczne pytania typu: „W jakich okolicznościach dolegliwość pojawiałaby się zawsze, a w jakich nie pojawiałaby się nigdy?” Co więcej, często pomagamy klientowi, sami sugerując możliwe alternatywy.

Ponieważ klienci są często nieświadomi swego schematu, mówią: „Nie, nie ma żadnego konkretnego schematu” lub „mogłoby się to wydarzyć w każdych okolicznościach”, ale dokładny wywiad zawsze odsłania pewien wzór o wyraźnych granicach.

Trzeba pamiętać, że schemat nie jest „przedmiotem”. Jednakże jest czymś stosunkowo zbliżonym do „przedmiotów”. Jest mianowicie abstrakcją deskryptywną. Poprzez obserwację pewnych czynności obserwator może wyabstrahować schemat czynności. Nie obejmuje to teoretycznego wyjaśniania jego istnienia, spekulacji na temat funkcji, jaką pełni, czy innych form „psychologizowania”. Jest to zabieg zbliżony raczej do klasyfikowania organizmów żywych na gatunki lub organizowanie przedmiotów martwych w zbiory. (O'Hanlon, 1987, str. 52)

Ponieważ schematy wyabstrahowane są przez obserwatora, uważamy, że oparte są na dających się obserwować faktach i z tego powodu są czymś innym od „bytów” wynalezionych przez psychologię, jak np. „deficyt ego”, „niska samoocena” albo „potrzeba karania siebie”.

INTERWENCJE WOBEC SCHEMATU

Kiedy już terapeuta zebrał konkretne informacje dotyczące schematu i jego zasięgu, rozpoczyna (wspólnie z klientem) szukać sposobów, które pomogą klientowi schemat ten zmienić. Milton Erickson bardzo podkreślał wagę wykorzystywania elementów zachowania i przekonań klienta.

Na przykład:

- a — języka
- b — zainteresowań i motywacji
- c — przekonań i układów odniesienia
- d — zachowań
- e — symptomów
- f — oporu (O'Hanlon, 1987, s. 24)

Często najłatwiejszym i najbardziej bezpośrednim sposobem interwencji wobec kontekstu dolegliwości jest zachęcanie klienta do niewielkiej zmiany obrazu pojawiania się dolegliwości. Praca Milтона Ericksona obfituje w znakomite przykłady tego typu interwencji wobec kontekstu. Erickson radził np. osobie z przymusem mycia rąk, by zmieniła rodzaj mydła. Czasem prosił nałogowego palacza, by trzymał papierosy na strychu, a zapalki w piwnicy. Pewnego razu poinstruował dziewczynkę ssącą kciuk, byssała go przez określony czas każdego dnia. Pewnej parze małżeńskiej wiodącej spór o to, kto ma prowadzić samochód do domu po przyjęciu (na którym obydwójce trochę pili), zalecił, by jedno z nich prowadziło aż do miejsca odległego o dwie ulice od domu. Mieli potem zatrzymać samochód, zamienić się miejscami, a przez resztę drogi prowadzić miało drugie z małżonków.

Zmiana w obrazie przebiegu dolegliwości zmienia schemat ją otaczający i często wówczas sama dolegliwość znika (nagle lub stopniowo). Terapeuta może pomóc tej zmianie się dokonać w sposób bezpośredni lub pośredni; z pozycji autorytetu lub we współpracy z klientem. Różne strategie odpowiadają stylowi różnych terapeutów.

O'Hanlon wymienia następującą listę głównych sposobów interwencji wobec schematu:

- 1 — Zmiana częstotliwości pojawiania się symptomu/symptomu-schematu
- 2 — Zmiana czasu trwania symptomu/symptomu-schematu
- 3 — Zmiana czasu (dnia, tygodnia, miesiąca, roku) symptomu/symptomu-schematu
- 4 — Zmiana lokalizacji (w ciele, w świecie) symptomu/symptomu-schematu
- 5 — Zmiana intensywności symptomu/symptomu-schematu

- 6 — Zmiana wybranych innych jakości lub okoliczności symptomu
- 7 — Zmiana sekwencji (porządku) zdarzeń towarzyszących symptomowi
- 8 — Stworzenie skróconego obwodu w obrębie sekwencji (np. przeskoczenie z pierwszej fazy sekwencji do ostatniej)
- 9 — Przerwanie lub powstrzymanie całej sekwencji lub jej części
- 10 — Dodanie lub ujęcie (co najmniej) jednego elementu sekwencji
- 11 — Podzielenie jakiegokolwiek elementu na mniejsze części
- 12 — Doprowadzenie do pojawienia się symptomu bez schematu-symptomu
- 13 — Doprowadzenie do pojawienia się schematu-symptomu bez symptomu
- 14 — Odwrócenie schematu
- 15 — Powiązanie pojawienia się symptomu-schematu z innym schematem — zazwyczaj niepożądanego doświadczenia, unikanej czynności lub pożądanego, lecz trudno osiągalnego celu („zadanie uzależnione od symptomu”) (O'Hanlon, 1987, s. 36-37)

Przykłady interwencji zakłócającej schematy

Milton Erickson opowiadał następujące zdarzenie:

Pewien przebywający na rencie policjant zgłosił się do mnie z następującymi dolegliwościami: „Mam wysokie ciśnienie, i jak pan widzi, ogromną nadwagę. Za dużo piję, za dużo jem. Chciałbym pracować, ale nadwaga i wysokie ciśnienie uniemożliwiają to. Chciałbym ograniczyć palenie. Chciałbym rzucić palenie. Chciałbym przestać tyle pić i nie przejadać się”.

Zapytałem: „Jest pan żonaty?”

Odpowiedział: „Nie. Jestem kawalerem. Sam zazwyczaj sobie gotuję, ale tuż za rogiem jest restauracyjka, w której często bywam”.

„A więc za rogiem ma pan miłą knajpkę, w której może się pan posilić. A gdzie pan kupuje papierosy?”

Kupował od razu po dwa kartony. Powiedziałem:

„Innymi słowy, kupuje pan papierosy nie na dzisiaj, ale na przyszłość. No dobrze, ponieważ sam pan gotuje — gdzie robi pan zakupy?”

„Na szczęście w pobliżu jest mały sklepik, gdzie kupuję żywność i papierosy”.

„A gdzie pan kupuje alkohol?”

„Tak się szczęśliwie składa, że tuż obok sklepu z żywnością jest sklepik z alkoholem”.

„A więc ma pan pod ręką restauracyjkę i sklepik z żywnością tuż obok sklepu z alkoholem. A chciałby pan biegać, ale pan wie, że pan nie może. No tak, pański problem jest bardzo prosty. Chce pan biegać, ale pan nie może. Może pan jednak chodzić. Proszę zatem kupować po jednej paczce papierosów, i to na drugim końcu miasta. Proszę chodzić tam pieszo. Pomoże to panu nabrać kondycji. Co do żywności, proszę nie kupować jej w pobliskim sklepie. Proszę udać się do sklepu oddalonego o dwa kilometry od pańskiego domu i proszę kupić to, co jest potrzebne do przygotowania tylko jednego posiłku. To już oznacza trzy mile spacerki dziennie. Co do alkoholu — może pan pić, ile pan chce. Pierwszy kieliszek proszę wypić w barze odległym o co najmniej 1,5 kilometra. Jeśli będzie mieć pan ochotę na następny kieliszek,

proszę udać się do innego baru, odległego co najmniej o 3 kilometry. Przy trzecim — proszę znaleźć następny bar odległy o 3 kilometry”.

Patrzył na mnie z ogromną złością. Skłął mnie. Wyszedł wściekły.

Mniej więcej miesiąc później przyszedł do mnie nowy pacjent: „Pewien policjant na rencie polecił mi pana. Powiedział, że jest pan jedynym psychiatrą, który wie, co robi”. Policjant nie mógł już kupić kartonu papierosów po tym, co usłyszał. I wiedział, że spacer do sklepu jest świadomą czynnością. Mógł się więc kontrolować. Nie pozbawiłem go jedzenia ani papierosów, ani alkoholu. Dalem mu tylko możliwość spaceru. (Rosen, 1982, s. 149-150)

Pewna trzynastoletnia dziewczynka była nieustannie sprawdzana przez swych starszych już rodziców. Uznawali ją oni za niegodną zaufania, agresywną, leniwą i wymigującą się od współpracy i pomocy. Dziewczynka nie wykazywała żadnego zainteresowania terapią, jednakże gdy terapeuta zapytał, czy chciałaby nabrać swych rodziców, wyraziła się ożywiła, i wyraziła zgodę. Miała w okresie najbliższych kilku tygodni zrobić określone rzeczy, które, jak wiedziała, sprawiłyby rodzicom przyjemność. Miała jednak dokonać tego w taki sposób, by nie wiedzieli oni, co konkretnie robiła. Dziewczynce nie wolno było tego powiedzieć, nawet gdyby ją o to pytano. Miała stanowczo zaprzeczać, że cokolwiek robiła, nawet gdyby rodzice prawidłowo to odgadli. Rodzice z kolei mieli z całych sił starać się odkryć wszystko, co dziewczynka robiła i zapisywać to na specjalnej liście. Mogli rozmawiać o tym ze sobą, ale nie wolno im było pytać o to córki.

Na następnej sesji dziewczynka spotkała się z terapeutką osobno. Przyznała, że co prawda za bardzo się nie wysilała, ale stosunki pomiędzy nią a rodzicami bardzo się poprawiły. Rodzice podczas spotkania pokazali długą listę rozmaitych uczynków córki na ich rzecz.

Wydaje się, że bez względu na to, czy dziewczynka zaangażowała się w tę grę czy nie, jej zwykłe zachowanie obejmowało wystarczającą ilość czynności i postaw nastawionych na współpracę, być może dotąd nie dostrzeganych, by usatysfakcjonować rodziców oczekujących zmiany. Z punktu widzenia córki, nieustanna kontrola rodziców, przeciwko której zazwyczaj się buntowała, nabrała nowego znaczenia i stała się wysiłkiem skierowanym na odkrycie tego, co w niej dobre, a nie karygodne.

Inny przykład: Siedemnastoletni upośledzony chłopiec, umieszczony od niedawna w odległej od domu szkole, miał zwyczaj nagłego wyrzucania w przód prawego ramienia, z częstotliwością do 135 razy na minutę. Milton Erickson nakłonił chłopca, by zwiększył tę częstotliwość do 145 razy na minutę. Po pewnym okresie częstotliwość ta uległa

zmniejszeniu znów do 135 razy, potem znów zwiększona do 145 razy, następnie zmniejszona i zwiększona na przemian o 5 razy w górę i 10 razy w dół, aż do całkowitego wyeliminowania tego nawyku (Rossi, 1980, vol. 4, s. 158-160).

Kobieta z bulimią zrelacjonowała, że najdłuższy okres epizodów żarłoczności wynosił u niej jedną godzinę; zalecono jej czas ten wydłużyć (tzn. przed wymiotami) do dwóch godzin. Mogła to uczynić w dowolny sposób.

Innej kobiecie, walczącej z nałogiem picia, doradzono, by na razie piła, ile chce. Stwierdzono, że wciąż jeszcze wychodzi z trudnego okresu w życiu. Zgodziła się jednak, że przed nalanem każdego drinka będzie przed dużym lustrem zdejmować ubranie, a następnie nakładać je tyłem do przodu (z wyjątkiem butów, oczywiście). Następnie miała powrócić do luźra, znów zdjąć ubranie, nałożyć je we właściwy sposób, usiąść i wypić spokojnie drinka. Jeśli uzna, że chce wypić jeszcze, musi całą tę procedurę powtórzyć. To samo przy trzecim kieliszku. Bawiła się tą czynnością i w ciągu tygodnia zaczęła kontrolować picie.

Małżeństwo, które nieustannie się kłóciło i nie potrafiło tego uniknąć, nawet jeśli obydwoje mieli jak najlepsze intencje, dostało zalecenie (od jednego z naszych uczniów), by, kiedy tylko zaczną się kłócić, udawali się do łazienki, gdzie mąż miał się rozebrać i położyć do wanny, a żona miała (ubrana) siąść na toalecie. Wówczas mogli kontynuować kłótnię.

Sześcioletni chłopczyk, ssący nałogowo kciuk, ale tylko lewy, został przyprowadzony do Milтона Ericksona. Erickson stwierdził, że chłopiec niesprawiedliwie traktuje swoje palce. Zalecił mu ssanie także i prawego kciuka, a potem wszystkich pozostałych palców. Okazało się, że kiedy tylko dziecko zaczęło ssać obydwa kciuki, już nastąpiła redukcja nawyku o 50% (Rossi i inni, 1983, s. 117).

Inne małżeństwo szukało u Milтона Ericksona pomocy w rozwiązywaniu trudności małżeńskich. Mieli małą restaurację i ciągle sprzeczali się o to, jaki jest najlepszy sposób jej prowadzenia. Żona sądziła, że to mąż powinien wziąć na siebie ten obowiązek, podczas gdy ona wolałaby dbać o dom. Bała się jednak, że bez jej nieustannego nadzoru mąż doprowadzi restaurację do bankructwa, wobec czego nie mogła przestać mu towarzyszyć.

Erickson podał im następujące rozwiązanie:

Każdego ranka żona miała dopilnować, by jej mąż wyszedł pół godziny przed nią do restauracji. Ponieważ mieszkali niedaleko i mieli tylko jeden samochód, żona miała przyjść pieszo. Do czasu jej przyjścia mąż zdołał

zrobić już kilka rzeczy, w których ona była dotychczas niezastąpiona. Stopniowo żona zaczynała przychodzić coraz później i wychodzić coraz wcześniej, aż w końcu zaczęła się pokazywać w restauracji rzadko, i tylko gdy trzeba było zastąpić kogoś z pracowników. Zatargi pomiędzy małżonkami ustały (Haley, 1973, s. 225-226).

Pewien pracownik, chcący rzucić palenie, przystał na propozycję, że po każdym papierosie spędzi 15 minut nad papierami, które zawsze odkładał na później.

Małżeństwo, które zgłosiło się z powodu swoich kłopotów, jako główny problem wymieniło „pracholizm” męża (obydwoje byli co do tego zgodni). Mąż nieustannie przychodził do domu później, niż obiecywał, co prowadziło wieczorami do gorzkich wyrzutów.

Mąż skarżył się, że żona zmuszała go, by swój jedyny wolny dzień poświęcał na wizyty u jej rodziców. Ustalono, że zamiast kłótni żona będzie dokładnie zapisywać spóźnienia męża, a on taki sam czas poświęci na wizyty u swoich bądź jej rodziców, bez narzekania.

Kobieta, wiele razy hospitalizowana z powodu depresji, opisywała, w jaki sposób spędza większość czasu — spędzała go bezproduktywnie, martwiąc się o wszystko. W związku z tym niewiele robiła. Mąż czynił wszystko, by ją zaktywizować. W ciągu tygodnia przed kolejną sesją miała przemyśleć, czy wyrazić zgodę na propozycję terapeuty, nie wiedząc jeszcze, jaka ona będzie. Terapeuta zapewnił ją tylko, że nie będzie to dla niej nic bolesnego ani przekraczającego jej możliwości.

Na następnej sesji wyraziła zgodę, choć nie bez lęku, na przyjęcie tego wyzwania. Terapeuta podał jej następującą instrukcję: Ilekroć uzna, że spędziła zbyt wiele czasu na nieefektywnym zamartwianiu się (tylko ona sama, nie mąż, miała prawo do tej oceny), miała iść spać o normalnej porze, ale musiała nastawić budzik na godzinę drugą w nocy. Miała wtedy wstać i starannie wyszorować kamienną podłogę w kuchni (zamieszkiwali stary dom w Walii), po czym przez pół godziny ćwiczyć pisanie na maszynie (bezsukcesnie usiłowała się tego nauczyć). Następnie mogła wrócić do łóżka. Kiedy jednak uznała, że spędziła dzień wystarczająco produktywnie i nie marnowała czasu na bezowocne zamartwienia, mogła się spokojnie wyspać. Następną sesję ustalono za dwa tygodnie.

Po tym czasie pojawiła się z informacją, że tylko jeden raz musiała szorować podłogę (a uczyniła to tak dokładnie, że była z siebie dumna!) Pozostałe dni oceniła jako najlepsze od dłuższego czasu.

Pewien urzędnik więzienny zgłosił całą rodzinę do terapii z powodu piętnastoletniej córki, która nieustannie walczyła z rodzicami. Scharak-

teryzowano ją jako upartą, kłamliwą, poza tym rodzice obawiali się, że staje się „zbyt swobodna obyczajowo”. Były jeszcze trzy inne córki, czternastolatka (określana jako „skarb”) i dwunastoletnie bliźniaczki.

Ojciec wyznawał bardzo sztywne zasady związane z tym, jak powinno wyglądać życie rodzinne. Jeśli pojawiały się jakieś problemy, zwoływano rodzinne narady, mające bardzo burzliwy przebieg; obfitowały w oskarżenia, usprawiedliwienia, spisywanie list „wykroczeń” i dowodów na nie. Podczas tych spotkań piętnastolatka nieodmiennie była „oskarżoną”. Młodsza siostra usilnie starała się nie opowiadać się po żadnej ze stron. Podczas gdy rodzina bardzo emocjonalnie opisywała owe problemy, terapeuta czuł się jak sędzia na rozprawie.

Terapeuta zaproponował, by w przyszłości bliźniaczki miały prawo przerywać spory pomiędzy rodzicami i starszą siostrą, gdy stawały się one zbyt gorące. Miały też niezwłocznie zwoływać rodzinę na „przesłuchanie”. Następnie czternastolatka miała grać rolę adwokata zdenerwowanego rodzica, a drugi rodzic musiał być adwokatem dziewczynki. Sami protagoniści nie mogli przedstawiać swoich racji, choć mogli je naświetlić adwokatom, ale prywatnie. Adwokaci mieli być odpowiedzialni za przesłuchania świadków i przedstawienie dowodów. Sędziami były bliźniaczki, one to miały rozpatrzyć dowody i przygotować werdykt, który jednak musiał być zachowany w tajemnicy aż do najbliższej sesji.

Rodzina wydawała się bardzo rozbawiona tą propozycją i zgodziła się tak postępować. Dwa tygodnie później zrelacjonowali jedyną rozprawę, jaka miała miejsce, i która odbyła się przy salwach śmiechu. Jednakże nie wypłynął żaden poważniejszy problem. Spędzili dwa pełne harmonii tygodnie. Rozprawa, którą zwołali, dotyczyła czegoś drobnego, a oni chcieli zobaczyć, „jak to będzie”.

Sukces tego typu interwencji zależy w dużej mierze od relacji pomiędzy terapeutą a rodziną czy klientem. Równie ważny jest cel, z jakim pojawia się klient. Czy interwencja trafia w jakiś aspekt życia klienta lub rodziny, w który są oni emocjonalnie zaangażowani, i czy zależy im na znalezieniu rozwiązania w tej właśnie sferze? Jeśli nie, klienci niechętnie podporządkowują się propozycjom terapeuty, a zatem schematy pozostają nietknięte.

POSŁUGIWANIE SIĘ ANALOGIAMI

Marzymy za pomocą metafor, posługujemy się nimi w naglebszych dialogach i poprzez nie osiągamy zasadnicze rozumienie.

Wallas (1985, s. 3)

Młode małżeństwo przechodzące terapię nie potrafiło otwarcie dyskutować o swoich problemach seksualnych i szybko przechodziło do innego spornego tematu, jakim było urządzenie mieszkania.

Opisując trudności, jakie napotykali, żona z lekkim grymasem niesmaku malującym się na twarzy powiedziała: „Ja wszystko przygotowuję, on wchodzi i robi swoje, potem ja sprzątam bałagan po nim”.

Można by tę zmianę tematu interpretować jako opór i próbować powrócić na obszar seksu. Można jednak także potraktować stwierdzenie żony jako metaforyczny wyraz tego, jak odbiera ona seks w swym małżeństwie i pomóc małżonkom metaforę tę odczytać, i tym samym powrócić do tematu seksu. Jeszcze inne podejście polegałoby na tym, by zaakceptować tę metaforę i pracować nad możliwymi rozwiązaniami problemów związanych z urządzeniem domu. Jeśli się powiedzie, można powrócić do prób rozwiązywania problemów seksualnych bez konieczności bezpośredniego dyskusowania o nich (choć być może, co nawet bardziej prawdopodobne, będą oni świadomi tego, że omawiają problem seksu, wolą jednak czynić to na przykładzie urządzania domu). To właśnie podejście będzie tematem tego rozdziału.

O ANALOGII

Erickson i Rossi są zdania, że „Analogia i metafora, podobnie jak dowcipy, mogą wywierać ogromny wpływ poprzez aktywizację nieświad-

omych schematów skojarzeniowych i reakcji, które w sposób nagły podsuwają świadomości »nowe« fakty lub reakcje behawioralne” (Erickson i inni, 1976, s. 226).

Koestler sądzi, że „satysfakcja estetyczna czerpana z metafory, wyobraźni i związanych z nimi technik... zależy od potencjału emotywnego matryc, które zostają uruchomione” (1975, s. 321). Innymi słowy, im więcej skojarzeń wywołuje to, co analogia konotuje i denotuje, tym większy jest jej potencjał twórczy.

Ilekoć jedna rzecz jest wiązana z inną lub mówi się o niej, jak gdyby była czymś innym — tylekoć mamy do czynienia z analogią. „Wydaje się, że zabrnęliśmy w ślepą uliczkę” w dyskusji. „Twój uśmiech jest taki słoneczny”. Tego rodzaju zwrotów używamy na co dzień, i to tak często, że przestajemy je traktować jak analogie. Stanowią one środki umożliwiające spojrzenie na przedmiot z innej perspektywy. Doskonale wiemy, że ślepa uliczka to uliczka, która nie łączy się z innymi ulicami, a więc potrafimy zrozumieć tę analogię, gdy użyta jest do scharakteryzowania dyskusji. Znamy z doświadczenia słońce, możemy więc wyobrazić sobie, że uśmiech „słoneczny” będzie ciepły. Analogie pomagają nam zastosować doświadczenia sfery, którą znamy i rozumiemy, do znalezienia sensu innych sfer naszego doświadczenia. Milton Erickson, na przykład, pracując z chłopcem, który moczył się w nocy, wykorzystał analogię, by dotrzeć do umiejętności nabytych przez chłopca w innych sytuacjach, by pomóc mu w przezwyciężeniu problemu moczenia nocnego. Ponieważ wiedział, że chłopiec grał w baseball, przeprowadził z nim długą dyskusję o kontroli mięśni, koniecznej, by dobrze grać. Gracz na zewnętrznym polu musi rozewrzeć rękawicę we właściwym momencie. By rzucić piłkę do pola wewnętrznego, musi ją wypuścić w określonym momencie, jeśli zrobi to zbyt wcześnie lub zbyt późno, piłka nie polecą zgodnie z jego zamiarem. Następnie opowiedział chłopcu o przewodzie trawiennym, o tym, jak żywność przechodzi do komory, w której mięśnie w obydwu końcach zwierają się na określony czas, po czym rozluźniają się, by pożywienie przesunęło się do innej komory. Mówił mu o łucznictwie, o koordynacji wielu mięśni oka, koniecznej, by strzała trafiła do celu. Wszystkie te analogie miały wspólny motyw: była nim automatyczna kontrola mięśni, dokładnie to, czego potrzebował chłopiec, by przestać się moczyć.

Najprostsze i najbardziej podstawowe analogie to te, które wiążą jedne zmysły z drugimi, technika często wykorzystywana przez poetów, np.: „ciepły uśmiech”, „ciężkie serce”, „kamienna cisza”, „czarny humor”. Kostler zauważa, że „...potencjał emotywny modalności zmysłowych

wzrokowych, słuchowych, zapachowych i dotykowych — różni się bardzo u różnych osób” (1975, s. 32).

Grinder i Bandler (1981) omawiają korzyści terapeutyczne płynące z początkowego zaadaptowania preferowanej przez klienta modalności. Jeśli poświęci się nieco uwagi temu, jakim rodzajem wyobraźni posługują się ludzie, można ustalić, jaki system reprezentacji jest przez nich preferowany. Na przykład, mężczyzna może powiedzieć: „Przez całe lata budowałem swoje życie, teraz wszystko się zawaliło, roztrzaskało na kawałki, straciłem nadzieję”. Jeśli zareagujemy na to w następujący sposób: „Czuje się pan pusty, wszystko wydaje się niezmiernie ciężkie” lub „Jak słyszę, nic już dla pana nie brzmi pozytywnie”, to wprowadzamy odmienny system reprezentacji; zastosowane obrazy nie współbrzmiały ze sposobem, w jaki artykułuje swój świat ów mężczyzna, jak to wynika z doboru słów.

Tak więc reakcją znacznie bardziej odpowiednią byłyby słowa: „Chce pan odbudować swój świat, widzi pan jego fragmenty wokół siebie, ale jakby zgubił pan instrukcję, a fragmenty do siebie nie pasują”.

Grinder i Bandler twierdzą, że ludzie zgłaszający się na terapię często grzęzną w tym czy innym systemie reprezentacji. Sądzą, że czasem proste wprowadzenie innej modalności, poprzez stopniowe odchodzenie od modalności preferowanej, może zapoczątkować zasadnicze wewnętrzne zmiany.

Wracając do naszego przykładu, pracę z owym mężczyzną można by kontynuować w taki sposób: „Wygląda na to, że siedzi pan otoczony kawałkami swego rozbitego życia. Złożenie ich na nowo będzie ciężką pracą; zapewne czuje pan, że takie zadanie przekracza pańskie siły”.

Terapeuta przeszedł od reprezentacji wizualnej do kinestetycznej, a nasz pacjent może teraz spróbować ogarnąć swój problem poprzez inne konstrukty myślowe, poszerzając tym samym ilość dostępnych sobie wewnętrznych skojarzeń i związków.

ANECDOTY, PRZYPowieści, OPOWIASTKI

Z dawien dawna anegdoty, przypowieści i opowiadania służyły nauczaniu, wyjaśnianiu, wzbogacaniu, stymulowaniu twórczego myślenia, czasem zadziwieniu. Ważne wątki opowieści i cechy relacji pomiędzy postaciami czy elementami danej historii winny poprzez analogię odpowiadać ważnym zdarzeniom i relacjom z życia słuchacza.

Analogia może być bezpośrednio wykorzystana do unaocznienia cze-

goś, co według terapeuty jest istotne. Na przykład: kobieta zgłasza się na terapię małżeńską bez męża, skarżąc się, że jego nieustanne zmiany nastroju bardzo utrudniają jej życie. Nie wierzy w możliwość zmiany jego osobowości, a czasem też przestaje wierzyć, że jej małżeństwo może być lepsze. Z dalszej rozmowy wynika, że zajmuje się trenowaniem koni, i że znana jest z umiejętności pracy z najtrudniejszymi końmi. Zasugerowano jej potraktowanie męża jak „trudnego konia” (stwierdziła, że byłby to muł) i zapytano, jak wówczas poradziłaby sobie z tą sytuacją. Szybko odpowiedziała całą listą podstawowych zasad, których przestrzegała w pracy z końmi, jak np. konsekwencja, spokój, nastawienie na drobne zmiany. Przy niewielkiej pomocy potrafiła przenieść te zasady na swoją sytuację z „trudnym” mężem.

Można też posłużyć się analogią w sposób bardziej pośredni. Dzięki analogiom i opowiastkom udaje się ominąć umysłowe bariery.

I znów posłużymy się przykładem: kobieta opuszczona wiele lat temu przez męża zdołała ogromnym nakładem wychować dwoje upośledzonych umysłowo dzieci, chłopca i dziewczynkę, obecnie kończących już szkołę. Było jej bardzo trudno znieść jakiegokolwiek objawy ich niezależności, choć bez końca żaliła się wszystkim terapeutom, że dzieci nie dojrzejają i nie staną się odpowiedzialne za siebie. Wyglądało na to, że bardzo się bała, że po latach poświęconych wychowaniu dzieci znów zostanie porzucona, kiedy one staną się już niezależne. Rodzina ta bardzo lubiła zwierzęta. Terapeuta pod koniec sesji zwrócił się do nich z prośbą o radę. Powiedział, że ma kotkę, która urodziła dwa słabiutkie kociątka. Odchowala je, i kiedy stały się one już wystarczająco silne, by je komuś oddać, kotka była niepocieszona. Całymi dniami miauczała, szukała ich po całym domu. Co robić? Córka natychmiast powiedziała: „Nie pozbywać się jej”. Matka dodała: „Potrzebuje wiele miłości i pociechy”. Kiedy zasugerowano, że być może ich problem ma coś wspólnego z kotką, która musiała dać z siebie znacznie więcej niż inne, bo kocięta były słabe, matka dała następujący komentarz: „My matki czasami nie chcemy puścić swoich dzieci”.

Przy końcu następnej sesji terapeuta powiedział rodzinie, że ku swemu zdziwieniu stwierdził, że nic już nie musi robić. Młode koty, oddane mieszkającym w pobliżu rodzinom, przychodziły kolejno odwiedzać matkę. Kocica zadowolona, że nadal ją kochają, uspokoiła się całkowicie, a nawet przeganiała je z powrotem do ich nowych domów, jeśli zostawały z nią zbyt długo. Syn zauważył: „A więc znalazły własne rozwiązanie”. Terapeuta pokazał zdjęcie swej kotki, by silniej zaangażować rodzinę w tę historię.

Dzięki tej i innym metaforom terapeuta zdołał poznać obawy matki, strach przed porzuceniem, lęki których nigdy nie zdecydowałaby się omawiać otwarcie. Zastosowana analogia sugerowała pozytywne rozwiązanie w sposób, który byłby trudny do zastosowania wprost. W tym przypadku terapeuta w żadnym punkcie nie wiązał sytuacji kobiety z anegdotą.

Dwudziestopięcioletnia samotna kobieta z trójką dzieci od trzech różnych ojców prosiła telefonicznie o szybkie spotkanie z terapeutą. Jednakże w trakcie sesji, mimo że wspomniała o bardzo traumatycznym i trudnym dzieciństwie, nie dawała żadnego wyjaśnienia, dlaczego chciała tak pilnie spotkać się z terapeutą. Im usilniej starał się on tę odpowiedź uzyskać, tym ona stawiała się bardziej niewzruszona. Trójka jej dzieci spokojnie bawiła się na podłodze.

Nagle terapeuta zadał dzieciom pytanie, czy znają bajkę o brzydkim kaczątku. Słyszały ją w szkole. Terapeuta wdał się z nimi w rozmowę dotyczącą niedoli kaczątka, jak mała kaczuszka sądziła, że nie ma już dla niej nigdzie miejsca, jak chciała nawet umrzeć. Stopniowo kobieta stawiała się coraz bardziej napięta i wreszcie rozplakała się ze słowami: „I tak bardzo się starałam, by ten ostatni związek był trwały!” Sesja potoczyła się dalej tak, jak gdyby przez cały ten czas rozmowa dotyczyła jej własnych przeżyć, zagrożenia i odrzucenia, a nie brzydkiego kaczątka. Bajka była wystarczająco podobna do jej własnych traumatycznych doświadczeń, by wyzwolić reakcję afektywną.

WYKORZYSTANIE NATURALNYCH ZDOLNOŚCI CIAŁA

Na terapię zgłosiła się kobieta w związku z problemami dermatologicznymi — brodawkami zlokalizowanymi głównie na rękach. Przez osiemnaście miesięcy leczyła się u dermatologa, który usuwał brodawki metodą wymrażania. Jednakże, pomijając ból z tym związany, dolegliwości powracały. Słyszała, że brodawki można leczyć przez hipnozę, i wiązała z nią swoje nadzieje na wyzdrowienie. Po wprowadzeniu w trans terapeuta opowiedział jej o kanałach irygacyjnych w Arizonie, wykorzystywanych do nawadniania roślin, i o rurach nawadniających każdy rząd roślin. Kiedy usunięto rury, gorące pustynne słońce wypalało chwasty, które były słabsze niż rośliny uprawne. Całkiem podobnie i jej ciało wiedziało, jak regulować krążenie krwi i wycofać życiodajne płyny z brodawek, aby utrzymać przy życiu skórę. Dał jej zadanie do wykonania: miała moczyć

stopy przez piętnaście minut w najgorętszej wodzie, jaką mogła wytrzymać, a następnie również przez piętnaście minut w maksymalnie zimnej wodzie. Przytoczono cały szereg innych analogii, jak „bezwiedne oblewanie się rumieńcem” lub koncentracja krwi w obszarze układu trawiennoego po zjedzeniu posiłku etc. Wszystko to miało pomóc jej w uzyskaniu zdolności wpływania na cyrkulację krwi i eliminację brodawek. Wystarczyły trzy sesje tego rodzaju, by wyeliminować kurczaki, a regularna kontrola przez kilka lat wykazała, że dolegliwość nie powróciła.

Do Milтона Ericksona zgłosił się mężczyzna cierpiący na silne bóle fantomowe amputowanej nogi. Jego żona skarżyła się na dzwonienie w uszach. Erickson rozpoczął sesję, opowiadając małżeństwu historię swego kolegi, który spędził noc w bardzo głośnej hali fabrycznej, śpiąc na podłodze. Przez tę noc podczas snu nauczył się wygłaszać odgłosy maszyn i nad ranem mógł usłyszeć robotników rozmawiających ze sobą, co było niemożliwe poprzedniego wieczoru. Sami robotnicy byli tym zdumieni, gdyż opanowanie tej umiejętności zajęło im znacznie więcej czasu. Erickson stwierdził, że ciało uczy się bardzo szybko. Opowiedział też o plemieniu nomadów w Iranie, którego członkowie ubierali się w wiele warstw ubrań, żyjąc na gorącej pustyni, i doskonale się w tym czuli. Przytoczył jeszcze sporo przykładów ilustrujących zdolność ludzi do eliminowania wszelkich stałych bodźców, do których się przyzwyczaili. „Ludzie często nie wiedzą, że mogą pozbyć się bólu lub dzwonięcia w uszach... Wszyscy dorastamy w głębokiej wierze, że jeśli pojawia się ból, trzeba zwracać na to uwagę. I wierząc, że jeśli coś dzwoni w uszach, to trzeba tego słuchać” (Erickson i Rossi, 1979, s. 105).

Kobieta została zgłoszona na leczenie z powodu fobii związanej z ciążą. Okazało się, że gdy była poprzednio w ciąży, nieomal umierała z powodu ataków astmy i bronchitu. Ponieważ nastąpiło opóźnienie menstruacji, była pełna lęku i miała znów kłopoty z oddychaniem. Terapeuta powiedział jej, że nie sądzi, by cierpiała z powodu fobii, lecz że jej lęki są całkowicie uzasadnione, i zaproponował hipnozę, by „ułatwić oddychanie”. Po wprowadzeniu jej w trans, terapeuta przypomniał jej stan rozluźnienia mięśni podczas gorącej kąpieli. Zasugerował całkowitą dysocjację ciała i lewitację ręki (co w obu przypadkach zakłada automatyczną kontrolę mięśni). Nawiązał do dobrze znanej reklamy telewizyjnej dotyczącej leku ułatwiającego oddychanie, ukazując, jak zablokowane oskrzela rozwierają się w miarę, jak następuje rozluźnienie otaczających je mięśni. Powiedział, że jej ciało już wcześniej potrafiło wyzwolić się od ataków

bronchitu i astmy i dlatego zna dzięki tamtym doświadczeniom sposób, w jaki należy rozluźnić mięśnie oskrzelowe. Pacjentka odbyła szereg sesji, które bardzo jej pomogły. Okazało się też, że nie jest w ciąży. Poprawa w jej stanie zdrowia skłoniła ją i męża do podjęcia decyzji dotyczącej urodzenia drugiego dziecka. W trakcie ciąży pojawiała się dość nieregularnie (po „zastrzyki doładowujące”), a żadna z poprzednich dolegliwości oddechowych już się nie pojawiła.

DZIAŁANIE JAKO METAMORFOZA

Minuchin i Fishman opisują, jak podczas terapii rodziny czternastoletniej dziewczynki z anoreksją dr Minuchin doszedł do wniosku, że członkowie rodziny głosem dziewczynki komunikują to, czego obawiają się lub nie chcą powiedzieć sobie nawzajem. Minuchin powiedział do dziewczynki:

„Gina, wpadłaś w pułapkę, ponieważ mówisz ojcu to, co myślisz, że mama chce mu powiedzieć, a więc robisz to za nią. Sama z kolei mówisz to, co wiesz, że mówią babcia i tata. Jesteś więc głosem całej rodziny. Nie masz swojego głosu. Jesteś kukielką brzuchomówcy. Widziałaś kiedyś brzuchomówcę? Usiądź na kolanach babci albo mamy. Na chwilę usiądź jej na kolanach. (Gina posłusznie siada.) Powiedz teraz mamie, myśląc jak babcia, co powinna w sobie zmienić”. (Minuchin i Fishman, 1981, s. 132-138)

Prosząc dziewczynkę, by siedząc na kolanach babci odegrała brzuchomówcę, Minuchin stworzył doskonałą metaforę. Wybierając kolana babci unaoczniał strukturę rodziny i rolę, jaką odgrywała w niej babcia. Mimo iż książka nie ujawnia rezultatów tej interwencji, trudno sobie wyobrazić, by tak dramatyczne doświadczenie nie wywołało w rodzinie zmian.

Bodin i Farber opisują wizytę domową u małżeństwa poddanego terapii. Obydwoje byli „zadziwiająco pozbawieni ekspresji i seksualnie zahamowani”. Terapeuta dostrzegł w rogu pokoju organy, okazało się, że grywa na nich, choć w dość ponury i nieśmiały sposób, pani domu. Terapeuta

wyraził zdziwienie, że kobieta tak bardzo skoncentrowana na właściwym wykonywaniu wszelkich czynności, nie zbadala jeszcze wszystkich możliwości klawiszy i wszystkich kombinacji... Poprosił ją, by zagrała, wykorzystując wszystkie dodatkowe elementy po kolei, ale za każdym razem dopiero wtedy, gdy poczuje przyjemność płynącą z dotykania palcami organów w trakcie »smakowania« ich dźwięku... (1972, s. 297-298)

Autorzy opisują, jak „błady uśmiech na twarzy małżonków wskazywał na to, że potrafią odczytać nie wypowiedziany wprost sens tego zadania”.

ZADANIA METAFORYCZNE

De Shazer opisuje rodzinę, w której matka z córką bezustannie sobie dogryzały, a ojciec usiłował być sprawiedliwy wobec obu stron. Rodzina otrzymała zadanie, by udać się w odosobnione miejsce, w zupełnym milczeniu. Matka i córka miały odbyć walkę na pistolety wodne. Ojciec miał nieść zapas wody i obiektywnie rozstrzygać, kto wygrał kolejne rundy. Drogę do domu znów mieli odbyć w milczeniu. Ponieważ zadanie to wywołało w rodzinie eksplozję śmiechu, kłótnie zelżały, aż w końcu w ogóle przestały stanowić rodzinny problem (de Shazer, 1980).

De Shazer przestrzega jednak:

Rodzina zaakceptuje tego rodzaju absurdalne zadanie tylko wtedy, gdy jest ono metaforą realnie istniejącego schematu dolegliwości i jest starannie przemyślane, tak że pasuje do unikalnego sposobu, w jaki rodzina ta ze sobą współpracuje. Jakikolwiek oznaki odrzucenia zadania przez rodzinę wskazują na to, że terapeuta nie trafił na ten unikalny sposób współpracy, i że powinien zrezygnować z interwencji... (de Shazer, 1980, s. 475)

„ZNAŁEM KIEDYŚ RODZINĘ, KTÓRA...”

Odwołanie się do doświadczeń innej rodziny, szczególnie takiej, która poradziła sobie z podobnym problemem, może zarówno unaocznić fakt, że nie są jedyną rodziną borykającą się z trudnościami, jak i wzbudzić nadzieję w sytuacji, gdy inne formy wsparcia zawodzą. Czasem, odślawiając pewne aspekty własnego życia rodzinnego, terapeuta może umożliwić rodzinie nowe spojrzenie na możliwości działania, choć trzeba być ostrożnym, by nie przedstawić siebie w tak dobrym świetle, że będzie ono jedynie zwiększać u klienta poczucie własnej porażki. Czasami relacja o strukturze innej rodziny czy jej niepowodzeniach może wyzwolić chęć działania, by pokazać terapeutę, że wbrew jego przypuszczeniom rodzinie aktualnych pacjentów pójdzie znacznie lepiej.

Terapeuta, świadomie lub nie, i tak jest źródłem wielu przekazów metaforycznych. Najbardziej podstawowym przykładem może być sposób ubierania się, urządzenia gabinetu, ozdabiające ściany zdjęcia, certyfikaty, obrazy, sposób zwracania się do klienta, przedstawianie się. Wszystko to niesie ze sobą potencjalne informacje, które mogą mieć wpływ na to, w jaki sposób doświadczany będzie kontakt z terapeutą.

Metafora pozwala terapeutę odwoływać się do różnorodnych wymiarów systemu.

zwiększając przez to szanse na powiązanie skojarzeń, aspiracji i trudności, które pozostają poza zasięgiem świadomości klienta... Dzięki metaforze proces uczenia się staje się ciekawszy i pełen uroku. Pozostawia ona możliwość wyboru reakcji dla jednostki najodpowiedniejszej, łącznie z modyfikacją lub odrzuceniem sugerowanego schematu. Terapeuta posługujący się metaforą w pracy nad schematami ma możliwość zaadaptowania całego swego doświadczenia, tak by precyzyjnie odpowiedzieć na potrzeby klienta. (Combs i Freedman, 1990, s. 85)

12

INTERWENCJE PARADOKSALNE

— Sądzę, że powinnam ruszyć na jej spotkanie — powiedziała Alicja, bo choć kwiaty były dość interesujące, czuła jednak, że rozmowa z prawdziwą Królową jest czymś o wiele donioślejszym.

— Nie uda ci się to w żaden sposób — powiedziała Róża. — Radzę ci pójść w przeciwnym kierunku.

Wydawało się to Alicji tak nonsensowne, że bez słowa ruszyła natychmiast w kierunku Czerwonej Królowej. Ku swemu zdumieniu od razu straciła ją z oczu i znalazła się przed drzwiami domu. Wzburzona nieco, zawróciła i zaczęła rozglądać się w poszukiwaniu Królowej (którą dostrzegła wreszcie w oddaleniu); dopiero wtedy przyszło jej do głowy, że trzeba spróbować marszu w przeciwnym kierunku.

Poskutkowało to wspaniale. Po niecałej minucie spaceru znalazła się twarzą w twarz z Czerwoną Królową i tuż obok wzgóрка, na który od tak dawna chciała wejść.

Lewis Carroll, *O tym, co Alicja odkryła po drugiej stronie lustra*

(tłum. Maciej Słomczyński)

Interwencje paradoksalne są obiektem fascynacji wielu terapeutów, dla części stanowią źródło moralnych dylematów, dla niektórych kamień obrazy. W rozdziale tym zajmiemy się pokrótce historią ich stosowania, przyjrzymy się kilku sposobom ich conceptualizacji, a także przedstawimy nasz własny aktualny sposób widzenia tej intrygującej metody interweniowania.

Wiele różnych kierunków w terapii (np. terapia egzystencjalna, behawioralna, psychoanalityczna, interakcyjna i strategiczna) posługuje się techniką, którą zdefiniowaliśmy jako interwencję paradoksalną, dysponując często własną teorią na temat jej funkcjonowania i na temat okoliczności, w jakich powinno się z niej korzystać.

Watzlawick (1967, s. 188) zdefiniował paradoks jako sprzeczność wynikającą z prawidłowego wnioskowania ze zbioru spójnych przesłanek. Nie jest naszym celem formalna analiza natury paradoksu. Jednakże, na poziomie pragmatycznym, odnoszącym się do terapii, obejmuje on kla-

rowny komunikat przekazany klientowi *explicite* lub *implicite*, osadzony w obrębie innego, wyrażanego wprost lub nie wprost, sprzecznego i ramowego komunikatu, tak że efektem jest dylemat. Zastosowanie się do jednego z tych komunikatów wiąże się z koniecznością odrzucenia drugiego. I tak Watzlawick (i inni) podaje przykład najczęściej spotykanego paradoksu komunikacji pomiędzy ludźmi, który jest żądaniem od innych (lub od siebie) konkretnych emocji, reakcji wyrażonej postawą lub zachowaniem — zostaną one jednak zaakceptowane o tyle, o ile pojawią się spontanicznie. Przykładowo: „Chciałbym, abyś pragnął większej niezależności”.

Czytelny komunikat „bądź spontaniczny” zawarty jest w równie czytelnym, ramowym komunikacie żądającym posłuszeństwa (s. 199). Komunikaty te, jeśli przekazane są jednocześnie, pogłębiają tylko zmieszanie adresata lub powodują całkowite sparaliżowanie reakcji, chyba że znajdzie on sposób na wykazanie wewnętrznej sprzeczności zawartej w tej sytuacji (zazwyczaj im trudniejsze działanie, tym bardziej zależna, niepewna lub zagrożona czuje się dana osoba w takim związku), lub też znajdzie sposób na opuszczenie pola (co czasem jest bardzo trudne lub w ogóle niemożliwe). Często techniki paradoksalne myli się lub uznaje za ekwiwalentne z konfrontacją lub wyzwaniem.

Konfrontacja lub wyzwanie polega na tym, że klient zostaje zmotywany do reakcji wprost, która ma na celu udowodnienie jemu, terapeutcie lub innemu osobom, że pewne trudności można przezwyciężyć, że to inna osoba jest w błędzie, lub że sam będzie decydować o sobie. Każda z tych technik zakłada bezpośredni choć prowokacyjny komunikat ze strony terapeuty, nie będący jednak komunikatem paradoksalnym.

Techniki paradoksalne w terapii można zdefiniować jako takie interwencje, w których terapeuta, niosąc pomoc, wydaje się jednocześnie wzmacniać lub nawet wzmacniać istniejące problemy, zamiast je usuwać. Wyrażne polecenie utrzymania, pogłębienia problemu lub powstrzymania poprawy osadzone jest w równie wyraźnym ramowym komunikacie, definiującym kontekst jako mający służyć rozwiązaniu problemu. Podejście to okazało się skuteczne przy symptomach takich jak fobie, obsesje (Frankl, 1970), tiki (Yates, 1958), zazdrość małżeńska (Teismann, 1979), migrenowe bóle głowy (Gentry 1973), ataki złości (Breunlin i inni, 1980), anoreksja i encopresis (Palazzoli i inni, 1974), a także w pracy z rodzinami schizofreników i anorektyków (Palazzoli i inni, 1975, 1978).

Można by zasadnie dopatrywać się początków technik paradoksalnych w początkach XX wieku (choć prawdopodobnie historia ich jest znacznie

dłuższa). Mozdierz, Maccitelli i Lisiecki ukazali, jak wiele spośród technik Alfreda Adlera zawierało intencję paradoksalną (Mozdierz i inni, 1976).

W roku 1920 Dunlap rozwinął technikę zwaną „praktyką negatywną”, polegającą na intencjonalnym praktykowaniu symptomów, takich jak obgryzanie paznokci, jękanie, moczenie w określonych sytuacjach. Dunlap zakładał, że symptomy te wówczas zanikną (Dunlap, 1928, 1930).

W latach trzydziestych Frankl opracował technikę „intencji paradoksalnej”, polegającą na tym, że pacjenci z fobiami lub obsesjami zachęceni byli do wywoływania objawów zamiast unikania ich.

W początkach lat pięćdziesiątych Rosen pracując z przypadkami ostrych psychoz nakłaniał pacjentów, by odgrywali swe najbardziej obrazowe stany psychotyczne, a później kiedy następowała poprawa, zalecał powracanie do tych stanów (1953).

Weeks i L'Abate w bibliografii metod paradoksalnych stwierdzili ogromny wzrost liczby prac i rozdziałów poświęconych paradoksowi, liczba ta jak dotąd nie ulegał zmniejszeniu (1978).

W okresie ostatnich dziesięcioleci postaciami mającymi szczególnie duży wpływ w tej dziedzinie byli: Haley (1963, 1973), zespół Brief Therapy Center w Mental Research Institute w Palo Alto, Kalifornia (Fish i inni, 1982; Watzlawick, 1978, Watzlawick i inni 1967, 1974; Waekland i inni, 1974), Palazzoli i jego zespół z Centro per lo Studio della Famiglia w Mediolanie (Palazzoli i inni, 1978) oraz Milton Erickson (Erickson i Rossi, 1979; Haley, 1967b, 1973, Rossi, 1980).

Jedną z najczęściej stosowanych i najlepiej znanych technik paradoksalnych jest zalecenie wywołania symptomu. Pacjentowi lub rodzinie zaleca się lub podaje instrukcję utrzymania symptomu i zachowań z nim związanych lub nawet wzmożenie ich. Zazwyczaj towarzyszy temu wyjaśnienie, że ostatecznym efektem będzie szybsze rozwiązanie problemu. Watzlawick i inni opisują tę metodę jako zmuszenie pacjenta do czynienia w sposób świadomy tego, co dotychczas uznawał za niezależne od swej woli, „Zachowanie stanowiące symptom przestaje być spontaniczne... Zachowanie, które jest »czymś, na co nie mogę nic poradzić« i zachowanie będące »czymś, co zalecił mi mój terapeuta« mają zupełnie odmienne znaczenia” (Watzlawick, i inni 1967, s. 237). Zalecenie wywołania symptomu może być również wyjaśnione koniecznością uniknięcia groźby pojawienia się u pacjenta lub jego bliskich w miejsce istniejącego problemu nowych, nawet gorszych symptomów.

Michael Rohrbach i jego współpracownicy przeprowadzili rozróż-

nienie pomiędzy zaleceniami opartymi na uległości, gdzie wymaga się utrzymania lub wzmożenia objawów, oczekując, że pacjent będzie współpracował z terapeutą, oraz zaleceniami opartymi na oporze pacjenta, kiedy to oczekuje się, że pacjent w sposób jawny lub ukryty będzie polecenia terapeuty bojkotował (Rohrbaugh i inni, 1977, 1981). Efektywność pierwszego upatruje się w tym, że pacjent usiłuje wykonać zalecenie i stwierdza, że nie potrafił tego zrobić lub też jest to doświadczenie budzące jego awersję. W przypadku drugim efektywność jest wynikiem oporu pacjenta lub nawet jego buntu przeciwko zaleceniu, co powoduje zredukowanie lub zniesienie objawów.

Ustaleniu, którą z tych dwóch klas zaleceń należy zastosować, służyła teoria Brehma. Brał pod uwagę dwa parametry: po pierwsze stopień opozycji jaka charakteryzowała postawę pacjenta wobec terapii, i po drugie, czy postrzegał swoje symptomy jako znajdujące się zasadniczo w obrębie jego kontroli, czy poza nią. Rohrbaugh i inni sądzą, że zalecenia oparte na uległości winny być stosowane tam, gdzie poziom opozycji jest stosunkowo niski, a symptomy postrzegane jako mieszczące się zasadniczo poza kontrolą pacjenta. Wysoki poziom opozycji i traktowanie symptomów jako potencjalnie kontrolowanych sugeruje zalecenia oparte na oporze. Jeśli poziom opozycji jest niski, a symptomy postrzegane jako kontrolowane, nie ma potrzeby sięgania do technik paradoksalnych. Wysoki poziom opozycji i symptomy postrzegane jako nie podlegające kontroli stanowią, według nich, najtrudniejszą kombinację, chyba że uda się w jakimś stopniu przynajmniej skłonić pacjenta do współpracy (Rohrbaugh i inni, 1977, 1981).

Tennen podzielił paradoksy na trzy grupy: zalecenie, ograniczenie, gruntowanie (1977). Ograniczenie polega na tym, że terapeuta odwołuje pacjenta od zmian lub zaprzecza możliwości pojawienia się zmiany. Tennen wyjaśnia: „Na przykład może on nakłaniać pacjenta, by nie spieszył się z przeprowadzaniem zmian, albo podkreślał niebezpieczeństwa za nimi się kryjące”.

W wybranych przypadkach może on nawet sugerować, że sytuacja jest beznadziejna. Dotyczy to jednak tylko pacjentów charakteryzujących się wysokim oporem. Ugruntowanie określane jest jako próba „zlikwidowania problematycznej postawy — zazwyczaj przekonanie pacjenta o sobie lub samym problemie, poprzez akceptację lub doprowadzenie *ad absurdum* owych postaw”.

Oto przykład: Watzlawick i inni przytaczają przypadek młodego studenta, świeżo zwolnionego ze szpitala psychiatrycznego, w którym znalazł

się w następstwie psychotycznego epizodu. Student ten żywił utopijną nadzieję wywarcia wpływu na cały świat zachodni poprzez swą muzykę.

Chciał on studiować rolnictwo po to, by wykorzystując chińskie metody, nakarmić głodującą ludzkość. Kiedy terapeuta zaakceptował jego ogólne cele, lecz uznał je za niewystarczająco ambitne, pacjent zareagował opowieścią o innym znacznie skromniejszym przedsięwzięciu... Poprzez konsekwentne stosowanie tej techniki terapeuta zdołał sprowadzić rozmowę do znacznie bardziej praktycznego poziomu. (Watzlawick i inni 1974, s. 133-154)

Cade i Southgate opisali przypadek skutecznej terapii otyłej, „nieadekwatnej” samotnej matki w stanie depresji. Terapeuta w duchu troski o pacjentkę nieustannie podkreślał negatywne, krytyczne wypowiedzi pacjentki dotyczące jej samej. Czynił tak poprzez podkreślanie, że ma powody do rozpacz, sugerując, że prawdopodobnie sytuacja jest jeszcze gorsza, niż to się wydaje, a także przestrzegając przed zbyt radykalnymi zmianami (Cade i Southgate, 1979). (Co ciekawe, podczas wizyty sprawdzającej kobieta ta uznała „uczciwość” terapeuty jako najważniejszy i najbardziej pomocny element terapii.)

Fisher, Anderson i Jones wyróżnili trzy klasy strategii paradoksalnych:

- a — redefiniowanie: jest to próba zmiany znaczenia lub interpretacji symptomów. Jest ono najskuteczniejsze w pracy z rodzicami posiadającymi pewną zdolność refleksji i wglądu. Przykładowo: młoda, samotna matka skarży się, że ilekroć przyprowadza do domu znajomego mężczyznę, jej syn staje się niegrzeczny, wulgarny, agresywny wobec gościa i nie chce zostawić ich samych. Pod koniec pierwszej sesji terapeuta określił chłopca jako niezmiernie wrażliwą osobę, świadomą tego, że matka lęka się bardzo, że może znów zostać zraniona w taki sposób, w jaki zranił ją jego ojciec. „Złe” zachowania chłopca zostały zatem odczytane jako próba chronienia matki przed mężczyznami. Tylko mężczyzna, który „naprawdę ją kocha”, mógłby wytrzymać tego rodzaju prowokację. Podczas następnej sesji matka zrehabilitowała ogromną poprawę w zachowaniu syna.
- b — eskalacja — polega na próbie doprowadzenia do kryzysu lub zwiększenia częstotliwości pojawiania się symptomów. Jako przykład niech posłuży przypadek rodziny, w której hipochondria ojca postrzegana była jako utrzymująca dość skomplikowany układ w rodzinie. Mężczyznę poinstruowano, aby notował wszystkie swe prob-

lemy zarówno fizyczne, jak i psychiczne, mierzył ciśnienie co piętnaście minut i kontaktował się ze swym lekarzem dwa razy dziennie. Pozostała część rodziny otrzymała szczegółowe instrukcje, jak mu pomóc. W krótkim czasie mąż miał „dosyć” tej procedury i powrócił do normalnego życia rodzinnego. Eskalacja jest najskuteczniejsza w rodzinach o dość sztywnych zasadach i wysokim poziomie oporu.

- c — zmiana kierunku. Jest to zmiana jednego aspektu symptomu, na przykład poprzez zalecenie ujawnienia symptomów w konkretnych okolicznościach. Kobieta z „fobią sklepową” wzięto na szczegółowo opracowaną wycieczkę po sklepach. Miała dokładne instrukcje, w którym miejscu należało odczuwać nudności, a gdzie zemdleć, by uniknąć tłumy. Po półgodzinnej wyprawie nie pojawiło się uczucie paniki; pacjentka samodzielnie poszła kupić prezent dla córki. Rok później okazało się, że nie nastąpił nawrót uprzednich symptomów. Strategia ta lepiej służy pacjentom i rodzinom współpracującym, gdzie opór jest niski. (Fisher i inni, 1981)

Wczesne prace Palazzoliego i jego zespołu dotyczące rodzin anorektyków i schizofreników miały ogromny wpływ na rozwój terapii rodzin (Palazzoli, 1974, Palazzoli i inni 1975, 1978, 1980a). Zespół ten stworzył koherentną koncepcję dotyczącą kwestii sposobu, w jaki symptomy odzwierciedlają „reguły” systemu rodzinnego (albo „rodzinnej gry”). Naświetlili wagę pozytywnej konotacji przypisywanej określonemu „rolom w rodzinie”, jak również zachowaniu wszystkich członków rodziny łącznie z tą osobą, której symptomy są przedmiotem terapii, bez względu na to, jakkolwiek byłyby dziwaczne, a jeśli to możliwe, również w odniesieniu do tych członków rodziny, którzy wmanipulowują innych w rolę ofiar. Wszystkim postawom i zachowaniom przypisuje się motywy w istocie swej pozytywne — utrzymanie jedności i stabilności rodziny jako grupy. Zakłada to aprobatę motywów leżących u podstaw tych zachowań, a tym samym jednoczy wszystkich członków, tak że „stają się oni komplementarni wobec systemu, a rezygnacja z odniesień moralnych pozwala na uniknięcie podziałów wewnątrz grupy” (Palazzoli i inni, 1978, s. 61). Tylko poprzez pozytywne zdefiniowanie roli każdego z członków rodziny w „rodzinnej grze” terapeuta może przystąpić do logicznie konsekwentnego zalecenia tej „gry”, by w efekcie paradoksalnym umożliwić zmianę. Interwencje opierały się więc na całkowitym poparciu dla „homeostatycznych” tendencji rodziny. Zalecano, w sposób jawny lub im-

plicite, by „na razie” nie wprowadzać żadnych zmian. Łatwo dostrzec, że przeformułowanie odgrywa tu istotną rolę: dokonuje się nadania nowego znaczenia roli każdego z członków rodziny (ujmowanej jako służącej dobru rodziny jako całości). Sporo uwagi poświęcono także roli innych specjalistów, obecnie lub wcześniej zaangażowanych w istnienie i rozwój problemu (Palazzoli i inni, 1980b).

Papp również opisuje techniki paradoksalne, wykorzystujące potencjał zawarty w relacjach trójkowych, jakie niesie ze sobą praca w zespole, umożliwiającą rolę obserwatorów funkcjonujących jak „chór grecki”, komentujący proces terapii, podsuwający pewne rozwiązania, powstrzymujący od innych (Papp, 1980). Breunlin i Cade opisali sposoby wykorzystywania informacji przekazywanych przez obserwatorów na użytek interwencji w system rodzinny (1981), natomiast Cornwell i Pearson skoncentrowali się na poziomie kooperacji i koordynacji koniecznej przy formułowaniu tego rodzaju informacji (1981). Cade przedstawił opracowanie dotyczące wykorzystania wywołanych konfliktów zespołu odzwierciedlających pozawerbalne starcia wewnątrz rodziny, która otrzymywałaby zalecenie powstrzymania się od wszelkich zmian do czasu, gdy zespół upora się ze swym konfliktem, odkrywając leżący u jego podstaw dylemat traktowany jako impas w terapii (Cade, 1980a). Tworzenie takich zespołów, płynące stąd korzyści i trudności, opracowane zostały przez członków Family Institute w Cardiff w Walii (Cade i inni 1986, Speed i inni, 1982).

Nie istnieje jakieś jednolite ujęcie teoretyczne psychoterapii paradoksalnej. Watzlawick i jego zespół posługiwali się teorią typów logicznych Whiteheada i Russella (Whitehead i Russell, 1910-1913) proponując dwa poziomy przemian: porządek pierwszy i porządek drugi. Ten pierwszy opisuje zmiany nie pociągające za sobą reorganizacji całego systemu, drugi zaś odnosi się do zmian w samym systemie i jego „regułach” (Watzlawick i inni, 1974). Techniki paradoksalne traktowane są jako wychodzące na zewnątrz pierwszego porządku „zamierzonych rozwiązań” i prowadzące do możliwości zmian w obrębie porządku drugiego.

Weeks i L’Abate proponują dialektyczne podejście do zrozumienia istoty terapii paradoksalnej poprzez wykorzystanie modelu patologii opartej na trójkacie dramaturgicznym Karpmana (Weeks, 1977, Weeks i L’Abate, 1982). Członkowie rodziny oscylują pomiędzy trzema rolami: kata, ofiary i ratownika. Techniki paradoksalne służą ukazaniu iluzji bezsilności w roli ofiary i mocy w roli kata i ratownika poprzez zalecenie grania tych ról. Inni autorzy akcentowali wagę „nieoczekiwanych” pun-

któw widzenia terapeuty w burzeniu ustalonych sztywnych sądów i zachowań (Cade, 1991, Palazzoli, 1981). Jak zauważył Dell, „terapia paradoksalna, podobnie jak dramaty Pirandella, pozostaje „zbiorem technik poszukiwania teorii” (Dell, 1981, s. 41).

Niektórzy spośród autorów próbowali ustalić przeciwwskazania do stosowanych technik paradoksalnych: — Fisher, Anderson i Jones podają cztery: a — chaotyczne rodziny o luźnej i zmiennej strukturze; b — „dziecinne” rodziny, w których wszyscy członkowie, również i dorośli, są bardzo niedojrzali i szukają w terapii rodzica; c — rodziny impulsywne, których członkowie demonstrowają jawną wrogość, oraz d — rodziny nie uchylające się od odpowiedzialności, o minimalnym poziomie oporu (Fisher i inni, 1981). Weeks i L'Abate włączają klientów, którzy nie są zainteresowani terapią, socjopatów, osobowości paranoidalne, które mogą „zwietrzyć” podstęp, oraz te wszystkie przypadki, w których istnieje potencjalne zagrożenie destrukcyjnymi czynami (zabójstwami lub samobójstwami) (1982). Rohrbach i inni sądzą, że przeciwwskazaniem są sytuacje żałoby i bolesnej utraty statusu (1977). Stosowanie technik paradoksalnych wywołało wiele problemów dotyczących etyki zawodowej. Niektórzy uznali je za podejście jawnie „manipulacyjne”, „ubezpieczające” czy nawet nieuczciwe i niebezpieczne wówczas, gdy ludzie zachęca się do eskalacji symptomów. Kwestię takiej krytyki podejmowało wielu autorów. Watzlawick i inni (1974) oraz Haley wykazywali, że wszelka terapia, jak i komunikacja w ogóle, zawiera w mniejszym lub większym stopniu element manipulacji. Jeśli więc manipulacji uniknąć się nie da, moralnym zadaniem terapeuty jest wykorzystanie jej dla dobra pacjenta. Haley zauważa, że „udawanie, iż animiczny terapeuta, który reaguje monosylabami, nie wpływa na życiowe decyzje pacjenta, jest tylko udawaniem” (Haley 1976, s. 200). Z tej perspektywy kwestią nie jest problem „manipulować” czy nie, ale to, w jaki sposób w danym przypadku wykorzystać tę manipulację dla dobra pacjenta. Argumentem skierowanym przeciwko temu stanowisku jest odróżnienie wpływów nieświadomych, obecnych we wszystkich relacjach, od świadomego manipulowania, za pomocą którego terapeuta chce uzyskać określone rezultaty, lub apeluje do treści, które znajdują się poza zasięgiem świadomości pacjenta. Jednakże musimy uznać, że czasami terapeuci nieco wykraczali poza swe uprawnienia w stosowaniu technik paradoksalnych.

Weeks i L'Abate uznali za wymóg etyki zawodu terapeuty, by nie stosował on technik paradoksalnych bez głębszego uzasadnienia, jako popisu sztuki terapeutycznej lub jako wyrazu własnej frustracji, gdy brak

postępów w terapii albo pacjent nie wykazuje chęci do współpracy (1982). Podkreślają oni znaczenie tego, by terapeuta podejmował odpowiedzialne decyzje opierając je nie tylko na intuicji, ale także na szczegółowej analizie intelektualnej. Twierdzą oni jednak, że nie są im znane przypadki, by techniki paradoksalne spowodowały pogorszenie stanu jakiegokolwiek pacjenta; najgorsze wyniki polegały na braku jakichkolwiek zmian. Zarzut „kontrolowania” pacjenta odpierają przytaczając fakt, że pacjenci często przypisują zmiany własnym wysiłkom, widząc siebie zatem w potencjalnie znacznie lepszym świetle; zjawisko to potwierdziły dane przytoczone przez Frude'a i Dowlinga (1980). Weeks i L'Abate zalecają jednak ostrożność: „...pomimo iż dysponujemy opracowaniami setek przypadków wskazujących na niezwykłą efektywność tego typu technik, to bardzo niewiele przeprowadzono na ten temat badań empirycznych” (1982, s. 219).

PARADOKS ZREWALORYZOWANY: EMPATIA, NIE OSZUSTWO

Nie sądzimy, by interwencje paradoksalne działały poprzez potęgę taktyki, oszustwa lub tworzenie terapeutycznych podwójnych wiązań otwierających wrota do niedostępnych wcześniej obszarów. W obliczu istotnego wyzwania, konieczności zmiany ustalonych schematów myślenia lub działania wszyscy doświadczamy ambiwalentnych uczuć. Dzieje się tak szczególnie w wypadkach, gdy schematy te odnoszą się do ważnych dla nas wymiarów, poprzez które nadajemy sens swym doświadczeniom.

Ambiwalencję można rozpatrywać jako współistnienie przeciwnych, sprzecznych racji i konstruktów, jakie pojawiają się, gdy rozważamy istotne zmiany, i które wywołują różnorodne reakcje emocjonalne. Niektóre z nich dają się z łatwością nazwać, inne natomiast pozostają nie całkiem uświadomione na poziomie instynktownym. Jeśli terapeuta zbyt mocno identyfikuje się z argumentami na rzecz zmiany, bez względu na to, czy wyraża to wprost, czy nie, zawłaszcza, kolonizuje w pewien sposób owe argumenty, pozostawiając pacjentowi lub rodzinie do dyspozycji jedynie argumenty skierowane przeciw zmianie (lub ich wersję „tak, ale...”) oraz emocje z nimi związane.

I przeciwnie, kiedy terapeuta identyfikuje się z argumentami pacjenta lub rodziny na rzecz ostrożności i przemawiającymi przeciwko zmianie, w analogiczny sposób zostają oni z argumentami przeciwnymi („tak,

ale...”), tym razem przemawiającymi na korzyść zmian. Jak już wspominaliśmy wcześniej, badania nad perswazją wykazały, że znacznie bardziej przekonują nas argumenty za i przeciw, które sami znaleźliśmy, niż te, które podali inni.

Sądźmy zatem, że strategie paradoksalne dają klientowi, poprzez pełne uznanie jego wątpliwości, obaw i lęków, argumenty na rzecz zmiany. Jeśli mniej lub bardziej świadome argumenty na rzecz zmiany zostaną „zawłaszczone” przez terapeuta, pacjenci wykazują tendencję do reakcji „tak, ale...”, odzwierciedlających ich obawy. Kiedy jednak argumenty przeciw zmianie zostaną uznane za prawomocne i „zawłaszczone”, ujawnia się tendencja do reakcji „tak, ale...” na rzecz zmiany. Celowo korzystamy tu z terminu „kolonizacja”, gdyż bez względu na to, jak dobre by były intencje kolonizatora, sam proces kolonizacji zawsze obniża zdolność do samodzielnego dokonywania wyborów.

Ludzie zgłaszający się do terapii często skarżą się, że jakieś doświadczenia lub zachowania zdarzają się w ich życiu zbyt często i umykają im spod kontroli; albo też pewne doświadczenia czy stany zdają im się nieosiągalne, mimo że chcieliby, by zdarzały się częściej.

Jeśli terapeuta stwierdza, że im usilniej klient stara się coś wyeliminować, tym uporczywiej się to pojawia, lub im bardziej dąży do osiągnięcia określonego upragnionego rezultatu, tym bardziej mu on umyka, wówczas pomocna może się okazać któraś z technik paradoksalnych. Chcielibyśmy jednak podkreślić, że nie ma sensu kurczowo trzymać się paradoksu (lub jak to kiedyś usłyszeliśmy, „przygważdżać klienta paradoksem”), ponieważ techniki te są dobre, jeśli korzysta się z nich z umiarem. Przyznajemy, że „intencja paradoksalna” oparta na szacunku dla osoby klienta i postawie współpracy, podana wprost, często z humorem — trochę w stylu Victora Frankla — pomaga przełamać impas (Frankl, 1969, 1970).

Obecnie rzadko, jeśli w ogóle, uciekamy się do ukrytych interwencji. Nie chcemy jednak udawać świętoszków, byliśmy w swoim czasie w szeregu terapeutów posługujących się paradoksem. Z biegiem czasu poglądy nasze uległy zmianie. Podobnie jak większość naszych kolegów, nie postrzegamy już terapii w kategoriach antagonizmu, jak uprzednio. Jednakże wówczas, gdy tak właśnie terapię widzieliśmy, terapeuci krótkoterminowi przyczynili się do istotnego poszerzenia naszej wiedzy o zdolności ludzkiej do wprowadzania w życie zmian, a także o procesie terapii, wiedzy, na której nowe pokolenie terapeutów może wiele zbudować.

13

NIEODPOWIEDZIALNOŚĆ I NADODPOWIEDZIALNOŚĆ: RÓŻNE STRONY MEDALU*

Wdzięczność jest przebraniem nienawiści.

Fryderyk Nietzsche

Miłość, która nie chce nikogo ranić, wciąż jednak jest układem pomiędzy egotyzmem i egoizmem...

Julian Fane (1988)

Osoba, która zbyt prędko rewanżuje się prezentem, jest niewdzięcznym dłużnikiem.
przysłowie indiańskie

W każdym wieku dziecko może być nagle postawione w obliczu konieczności wzięcia na siebie odpowiedzialności, na skutek śmierci jednego z rodziców albo rozpadu rodziny. Dziecko takie musi stać się przedwcześnie dojrzałe i straci spontaniczność, bez troskę i twórczy impuls.

D. Winnicott

Parę lat temu, podczas jakichś warsztatów, pokazałem nagranie wideo dotyczące rodziny siedemnastoletniej dziewczyny cierpiącej na bulimie i jej czternastoletniej siostry, u której pojawiły się poważniejsze zaburzenia. Wywiad obejmował trzy generacje: dwukrotnie rozwiedzioną matkę dziewcząt, ciężko pracującą i zgorzkniałą, oraz babcię, która wydawała się zbyt natrętnie pomocna i nadmiernie zaangażowana w życie rodziny.

* Niniejszy rozdział jest oddzielną pracą autorstwa Briana Cade’a, którą drukujemy tu w całości, z niewielkimi zmianami. Po raz pierwszy ukazała się w druku w „The Journal of Family Therapy” w 1989 r., s. 103-121. Przedruk za zgodą wydawców.

W komentarzu, który przedstawiłem grupie, zawarłem stwierdzenie, że rodzice bezgranicznie poświęcający siebie, dający z siebie wszystko, ale niechętnie biorący cokolwiek w zamian, mimo ewidentnych potrzeb, mogą wywołać u dziecka poczucie nieustającego zobowiązania, winy, braku własnej wartości i przekonanie, że nie zasługuje ono na takie poświęcenie i nie jest w stanie spłacić długu wdzięczności. Fakt, iż rodzic nie żąda tej „zapłaty”, tylko pogarsza problem. Postawiłem hipotezę, że tego typu dzieci mogą mieć poważne problemy z opuszczeniem domu, oraz że można by wymienić cztery typy patologii, które stanowią efekt obciążenia wymienionymi uczuciami. Trzy z nich wyraźnie manifestowały się na omawianej kasecie.

Przedstawiłem je w następującej kolejności, odpowiadającej wzrastającemu ciężarowi zaburzeń.

1. Osoby takie mogą szukać usprawiedliwienia swego życia i „spłacać swój dług” poprzez podjęcie analogicznej roli w interakcji z innymi — poświęcając się dla innych i nie biorąc nic w zamian, szczególnie od własnych dzieci, tak że uczucie braku własnej wartości i zobowiązania zostaje przerzucone na następne pokolenie. Ludzie ci często odnoszą porażki w relacjach ze światem zewnętrznym, pozostają blisko związani z domem rodziców, a czasem w ogóle go nie opuszczają.
2. Próbuja zrzucić z siebie jarzmo poprzez negowanie owych „zobowiązań”. Często wówczas sięga się do ekstremalnych zachowań lub postaw nie akceptowanych w rodzinie i społeczeństwie, które służą osiągnięciu odpowiedniej „prędkości ucieczkowej”. Ludzie ci jednak pozostają często w izolacji, są pełni żalu, poczucia winy, desperacko szukają akceptacji, często kończą w związkach „oprawca-ratownik”, albo ponoszą klęskę i powracają do domu.
3. Wycofują się z pola walki poprzez rozwinięcie objawów psychiatrycznych.
4. Mogą stać się bardzo odpowiedzialnymi reprezentantami rozmaitych zawodów zorientowanych na niesienie pomocy innym. Zadziwiło mnie, że pomimo iż punkt czwarty wprowadziłem na zasadzie żartu, reakcja słuchaczy była bardzo silna. Część poczuła się bardzo przygnębiona, wielu z nich podchodziło później do mnie mówiąc, że bardzo dobrze scharakteryzowałem pewne aspekty ich życia rodzinnego i ich dawne i obecne dylematy. Praca niniejsza jest odpowiedzią dla wielu osób związanym profesjonalnie z tymi zawodami, które prosimy o szersze opracowanie tego zjawiska.

TRZY POZIOMY ODPOWIEDZIALNOŚCI

Jak mówi jeden z bohaterów książki Dorothy Sayer, lord Peter Wimsey: „Życie to tylko jedna cholerna rzecz po drugiej”. Sądzę, że członkowie rodziny najlepiej mogą sobie z tym wymiarem życia poradzić, kiedy w równym stopniu uruchamiają trzy poziomy odpowiedzialności (oczywiście poza okresami kryzysu lub szczególnych okoliczności):

1. Odpowiedzialność rodzica za rozwój i dobrobyt dziecka, rozwijanie jego autonomii, a dziecka, gdy dorośnie — za dobrobyt chorych lub podeszłych wiekiem krewnych.
2. Odpowiedzialność małżeńska za trwałość i rozwój małżeństwa, włączając w to troskę o potrzeby i zainteresowania współmałżonka.
3. Odpowiedzialność za własne potrzeby i rozwój siebie jako odrębnej indywidualności.

Nadmierna odpowiedzialność na którymkolwiek z tych obszarów i w konsekwencji zaniedbania na innych prowadzi do coraz to mniejszej elastyczności i zwiększają prawdopodobieństwo pojawienia się problemów wokół życiowych trudności, których nigdy w życiu nie braknie.

Pewien klient w średnim wieku powiedział mi, opiszawszy wieloletni wysiłek dotyczący wychowania dzieci, a szczególnie najmłodszego syna, i opieki nad bardzo wymagającą, starzejącą się matką:

Zdaliśmy sobie sprawę, że staliśmy się ograniczonym zbiorem formalnych ról, że nie jesteśmy kobietą i mężczyzną, mającymi własne potrzeby, którzy także są rodzicami, małżonkami, dziećmi itp. Teraz wydaje nam się, że niczego nie zrobiliśmy dobrze, nie osiągnęliśmy niczego, co by na dłuższą metę służyło nam pomocą. Jesteśmy oboje całkowicie wyczerpani. Obawiamy się, że utraciliśmy syna, ja obawiam się, że utraciłem rodziców, a oboje lękamy się, że utraciliśmy siebie.

Ivan Boszormenyi-Nagy (Boszormenyi-Nagy i Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy i Spark, 1984) jest twórcą terapii opartej na analizie międzypokoleniowych, transakcyjnych schematów, dokonywanej w kategoriach bilansu odpowiedzialności i uprawnień, sprawiedliwości i uczciwości, lojalności i zaufania, oraz analizie konsekwencji, jakie są wynikiem związków nastawionych na wykorzystanie partnera, szczególnie konsekwencji, jakie ponoszą dzieci. Prace te, być może ze względu na zawity styl, pewne tendencje do dogmatycznego moralizowania, a pewnie także i z powodu ataków na terapię strukturalną, strategiczną, systemową

i behawioralną, które to ujęcia z istoty swej koncentrują się na tym, co się dzieje tu i teraz, miały znacznie mniejszy wpływ na dziedzinę terapii rodzin, niż na to zasługują. Uważam to za wielką stratę, gdyż oferują one niezwykle głębokie spojrzenie na międzypokoleniowe schematy i wzory myślenia, mimo że żadne z tych prac nie podejmuje problemu sposobu, w jaki konkretne schematy myślowe i behawioralne powstają, utrwalają się i zostają przekazane dalej.

Rozważając kwestię konsekwencji nadmiernej odpowiedzialności, Boszormenyi-Nagy i Spark twierdzą:

We wszystkich znaczących bliskich relacjach międzyludzkich niezbywalna jest obecność elementów: dawania i przyjmowania, bycia traktowanym uczciwie bądź też niesprawiedliwie, brania bez oddawania lub otrzymywania bez możliwości odwzajemnienia się. Cierpiętnictwo lub nadmierne dawanie, permissywność, czynienie z kogoś kozła ofiarnego, matkowanie stanowią ilustrację braku równowagi i wzajemności w obrębie związku. Związki te stymulują poczucie winy i emocjonalnej niewyplacalności, mogą wywoływać rozpacz — z powodu poczucia niezdolności do wyrównania rodzinnych rachunków — ani poprzez inwestycje emocjonalne, ani konkretne czyny.

Ponieważ przyjmujemy jako podstawowe założenie, że dziecko otrzymuje od rodziców i — *implicitie* — ma wobec nich dług do spłacenia, zatem niechęć rodzica do przyjmowania uznajemy za równie szkodliwą, jak jego niezdolność do dawania. (1984, s. 353)

DOŚWIADCZENIA FORMATYWNE

Tendencja przyjmowania roli „nadodpowiedzialnego” (lub przeciwnie — unikającego odpowiedzialności) członka jakiejkolwiek relacji lub zbioru związków może wywodzić się z szeregu różnorodnych sytuacji formatywnych, z których najczęściej w mej praktyce spotykałem następujące:

1. Środowisko chaotyczne i konfliktowe, nieszczęśliwe i odrzucające, w którym odpowiedzialność (często przytłaczająca) za panowanie nad tym chaosem i opiekę nad innymi rodzice lub inni dorośli zrzucają na dziecko. Choć wymóg ten jest stawiany mniej lub bardziej wprost, dziecko rzadko jest nagradzane za swe wysiłki, które traktuje się jako oczywiste, natomiast często pojawia się ośmieszanie i krytyka. Zawsze w efekcie dziecko cierpi z powodu poczucia małej wartości, a problemy rodzinne postrzega jako dowód na własną porażkę.
2. Chaotyczne, konfliktowe i odrzucające środowisko, w którym dziecko

samo bierze na siebie nadmierną odpowiedzialność, usiłując w ten sposób opanować chaos i zatroszczyć się o innych członków rodziny (dzieci lub dorosłych). Tak jak w przypadku poprzedniej grupy, rzadko spotyka ich wdzięczność, to, co robi, uznawane jest za rzecz naturalną, często rani się jego uczucia. Dziecko cierpi z powodu klęski, małej wartości, oskarżeń.

3. Środowisko chaotyczne lub nadmiernie kontrolowane, sztywne, nieszczęśliwe, w którym dziecku narzuca się rolę rodzica i wmanipulowuje w koalicję z dorosłym, za którego staje się odpowiedzialne.
4. Środowisko chaotyczne lub nie, w którym dziecko czuje się biorcą niegodnym, co jest powodem nieustających aktów samopoświęcenia. Szczególnie dotyczy to sytuacji, w których ów dorosły nie potrafi lub nie chce przyjąć niczego w zamian od dziecka.
5. Doświadczenia bycia niechcianym, odrzuconym, wykorzystywanym, wmanipulowanym w rolę kozła ofiarnego, które prowadzą do poczucia „bycia złym” (w przeciwnym razie by to mnie nie spotkało), a w konsekwencji do ciągle ponawianych prób zyskania akceptacji (przez „bycie dobrym”) lub zgody na rolę „złego”.

Istotną rolę odgrywają oczywiście pewne kulturowe mity dotyczące znaczenia relacji i odpowiedzialności w ich obrębie. W większości kultur od kobiet oczekuje się wzięcia odpowiedzialności za wychowanie dzieci i emocjonalny klimat rodziny. Nadal panuje wiele mitów dotyczących „naturalnych” różnic postaw i zachowań między kobietami i mężczyznami; często następuje ich instytucjonalizacja i utrwalenie na drodze samosprawdzających się przepowiedni. Weźmy dla przykładu twierdzenie, że kobiety są bardziej emocjonalne, cierpliwe i kochające niż mężczyźni, że z kolei mężczyźni są dzielniejsi, silniejsi, bardziej racjonalni, agresywni i seksualni, lepsi w myśleniu abstrakcyjnym i w pracach manualnych; cechy te są nadal uświęcone przez tradycję i zalecane jako cnoty. Sądzę także, że religijność podkreślająca grzeszność, winę, pokorę, posłuszeństwo, powinność oraz zaparcie się siebie, lansująca zbyt silnie twierdzenie, że większym błogosławieństwem jest dawać niż brać, często stanowi charakterystyczny rys środowiska formatywnego, w którym jeden (lub więcej) dorosłych poświęca siebie dla innych. Niniejsze opracowanie zajmuje się głównie tymi sytuacjami, w których nadodpowiedzialność lub jej brak stały się znaczącymi cechami, jednakże problem ten dotyczy w mniejszym lub większym stopniu wszystkich rodzin, jak i innych grup.

KONTINUUM ODPOWIEDZIALNOŚĆ — NIEODPOWIEDZIALNOŚĆ

Zdecydowanie negatywne konstrukty — ja — oraz konstrukty dotyczące związków z innymi (Kelly 1955) będące wynikiem doświadczeń nabytych w środowiskach tego typu jak wyżej omawiane, mogą prowadzić do tego, że z całego wachlarza „zamierzonych rozwiązań” określonych problemów wybierane będą te, które zbliżają się do jednego z dwóch końców następującego kontinuum:

Nadodpowiedzialny	Nieodpowiedzialny
rozmaite próby kontrolowania związków poprzez przyjęcie całkowitej odpowiedzialności i poprzez narzucanie swego pojęcia o tym, „jak być powinno”	rozmaite próby uniknięcia bycia kontrolowanym poprzez wyłamywanie się, buntowanie lub „nieadekwatne” zachowania

Są to przeciwieństwa dialektycznej jedności w obrębie systemu konstruktywów osobistych. Każde z ekstremów jest równie możliwe do osiągnięcia i oba mogą być stosowane zamiennie, jakkolwiek kiedy pewien schemat się utrwali w jakiegokolwiek relacji lub zbiorze relacji, moc samospełniających się określeń i oczekiwania innych zazwyczaj wiodą jednostkę do zakorzenienia się na jednym z końców.

Praca Stephens dotyczyła doświadczeń pięćdziesięciu nastolatków mających za sobą próby samobójcze. Okazało się, że miały one ze sobą wiele wspólnego: wszystkie pochodziły z rodzin, które obarczały je tendencją do depresji, poczuciem winy, złości, niską samooceną (1987). Z zaskoczeniem odkryła jednak istnienie dwóch przeciwnych schematów adaptacji, które nazwała: „Humble Pie” i „Cheap Thrills”.

„Humble Pie” (pokorne ciele) cechuje się:	„Cheap Thrills” (tanie ekscesy) cechuje się:
– nadmiernym konformizmem, usiłowaniami osiągnięcia satysfakcji	– buntowaniem się na znak protestu, umyślnym kierowaniem się na „złą dziewczynę”, złością na śro-

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – byciem „doskonałym”, usprawiedliwianiem siebie poprzez rekordowe osiągnięcia – odpowiedzialnością podszytą winą, poczuciem klęski – utożsamianiem się z problemami rodziny, które stają się własnymi problemami – próbami kontrolowania elementów swego życia przez kompulsywne, nawet paranoidalne przywiązanie do sztywnych reguł i standardów (często przejętych od innych, ale też często własnych) – umniejszaniem własnych praw i potrzeb – samopoświęcaniem, stawianiem innych przed sobą – cierpiętnictwem | <ul style="list-style-type: none"> dowisko rodzinne, które ją wykorzystano – wagarowaniem, złymi ocenami, – używaniem narkotyków, alkoholu i bezładnym życiem seksualnym – silnymi reakcjami, czasem ekstremalnymi, przeciwko kontroli innych – wzrastaniem w poczuciu, że jest się nienawidzonym i pełnym nienawiści – częstymi, gwałtownymi, fizycznymi konfrontacjami zarówno z członkami rodziny, jak i chłopakami; wiele płytkich związków poza rodziną |
|--|--|

W grupie „Humble Pie” więcej było pochodzących z rodzin z klasy średniej, gdzie złość i wybryki nie są akceptowane, a zatem uczucia resentymentu łatwiej ulegają internalizacji i uznawane są za dowód własnej „nikczemności”.

W grupie „Cheap Thrills” przeważały dziewczęta pochodzenia robotniczego, gdzie agresja jest prawdopodobnie bardziej akceptowana i przez to łatwiej ekstremalizowana. W poprzedniej grupie istniało większe prawdopodobieństwo podejmowania wielokrotnych prób samobójczych i w bardziej gwałtowny sposób. Stephens konkluduje, że „Implikacje kliniczne schematu »Humble Pie« są bardzo istotne, ponieważ sugerują one istnienie dużej grupy ryzyka nie identyfikowanej jak dotąd ani przez badaczy, ani pracowników służb prewencji samobójstw. Grupa »Cheap Thrill« zwraca uwagę na siebie i swe problemy, podczas gdy »Humble Pie« pozostają niewidzialne (s. 117). Żadne z ekstremów nie stanowi rozwiązania problemów wygenerowanych przez ich doświadczenie. Jak zauważają Boszormenyi-Nagy i Spark, „Źle traktowane dziecko często zmienia się w symbiotycznie dominującego rodzica” (1984, s. 28). „Akty buntu i ucieczka poprzez separację nigdy nie rozwiążą problemów dziecka. Wciągają je

tylko głębiej jeszcze w poczucie winy wywołane powinnością. Wiele dzieci staje się pełnymi złości, ambiwalentnymi więźniami długów nie do spłacenia” (s. 353). Lub też, jak pisze Stephens: „Obydwa schematy zachowań »Cheap Thrills« i »Humble Pie« — okazały się na dłuższą metę dysfunkcyjne dla tych kobiet... Żaden z nich nie oddawał pogłębiającego się poczucia bezradności i bezwartościowości, które podważało wszelkie inne uczucia wobec siebie i świata (1987, s. 117). Reprezentantki każdego z końców kontinuum będą miały tendencję do wyboru partnera borykającego się z tymi samymi problemami. Schematy, które rozwijają się wówczas, będą prawdopodobnie należały do jednej z następujących trzech grup:

- 1) Oboje mogą stworzyć nadodpowiedzialną koalicję, by w ten sposób zająć się wychowaniem dzieci (które z dużym prawdopodobieństwem będą miały problemy związane z zaufaniem i odpowiedzialnością) lub radzić sobie z innymi członkami rodziny, światem zewnętrznym (włączając w to osoby z grupy 2), czy też wykonywać zawód związany z pomaganiem innym, byciem członkiem grupy nacisku etc. Tworzą oni grupy ukryte, jak w przypadku „Humble Pie”, i często uchodzą za wzorcowych obywateli.
- 2) Oboje mogą wejść w chaotyczną i nieodpowiedzialną koalicję, zależną, choć wrogo i opornie do siebie ustawioną, od wysiłków dziecka obciążonego rolą rodzica, wysiłków innych członków rodziny lub świata zewnętrznego — pomocy społecznej, sąsiadów, policji etc. (oraz ludzi z grupy 1).
- 3) Mogą stworzyć komplementarny typ związku, w którym jedno staje się odpowiedzialne i adekwatne w stopniu odwrotnie proporcjonalnym do drugiego partnera — nieodpowiedzialnego i nieadekwatnego (i *vice versa*). Jak twierdzi Boszormenyi-Nagy i Spark „Zbyttno nastawieni na adekwatność członkowie rodziny mogą być całkowicie zależni od porażek nieadekwatnych członków rodziny” (1984, s. 24). Chciałbym także dodać, że nie dość adekwatni członkowie rodziny mogą być całkowicie uzależnieni od porażki nadadekwatnych członków rodziny.

Sharon była dzieckiem najmłodszym z czwórki. W wieku dwudziestu jeden lat już drugi raz wyszła za mąż, tym razem mężem jej był młody mężczyzna o gwałtownym usposobieniu, z przeszłością kryminalną, który bił ją i jej dwójkę dzieci (obecnie znajdują się pod kuratelą opieki społecznej). Sharon w tym czasie brała narkotyki, trwała w nieustannych

zatargach z rodziną, uznano ją także za nie dość odpowiedzialną, by zapewnić dzieciom opiekę. Rodzice jej twierdzili, że od czasu, gdy skończyła czternaście lat, stanowi dla nich nieustające źródło problemów.

Matka Sharon opisała siebie jako osobę ukształtowaną przez bardzo trudne dzieciństwo, kiedy to ojciec opuścił „nieadekwatną” matkę, a ona zmuszona była przedwcześnie przyjąć na siebie brzemię odpowiedzialności, co nauczyło ją surowego oceniania siebie. Wzrastała z silnym postanowieniem, że jej własne dzieci będą traktowane inaczej i nigdy nie doświadczą surowości i samotności, jakie były jej udziałem. Swoje potrzeby odsuwała więc zawsze na dalszy plan, niczego dla siebie nie żądając. Była bardzo ostrożna wobec mężczyzn. Oceniała siebie według bardzo wysokich, narzuconych sobie standardów odpowiedzialności za innych i zdolności dawania. Żyła w ciągłej gotowości do zaspokajania potrzeb i żądań rodziny. Kiedy jednak wydawało się jej, że nie daje sobie rady, czuła się winna. I teraz poniosła klęskę: Przeżywała rozpad jednego małżeństwa, najstarsza córka z dzieckiem wróciła do domu (a w znacznej mierze odpowiedzialnością za wnuka obarczono babcię, jedyny syn był niepełnosprawny z powodu wrodzonej wady oczu, trzecie dziecko, córka, walczyła bez większych rezultatów o utrzymanie małżeństwa, a do tego wszystkiego najmłodsza Sharon weszła w poważny konflikt z władzą. Uważała jednak za swój obowiązek bronić Sharon przed władzą, jak też i przed wynikającą z rozczarowania złością męża (Sharon była jego ulubienicą).

Ojciec Sharon był dzieckiem „przypadkowo poczętym w rozbitej rodzinie”, które większość swego dzieciństwa spędziło w domach dziecka. Matka „robiła, co mogła, ale nie dawała sobie rady z taką ilością dzieci. Nie mogę mieć do niej pretensji. Była naprawdę święta”. Był to ciężko pracujący we własnym zakładzie mężczyzna, bardzo ostrożny i opanowany w stosunkach z innymi. Martwił się, że jego miłość do dzieci została zepchnięta na dalszy plan przez nieustanne zaangażowanie jego żony. Przyznał, że jego rola w rodzinie była peryferyjna, nie miał łatwości wyrażania uczuć, mówił z oporami, ale wzruszająco o tym, że tak trudno mu było nakłonić żonę, by zajęła się sobą. Wszystkie pieniądze, jakie jej dawał, wydawała na dzieci. Kiedy kupował jej suknie, narzekała, że to niepotrzebne i często odnosiła je do sklepu, wymieniając na coś dla dzieci lub wnuków. Swoją rolę w rodzinie widział jako zarabiającego na życie, z czego wywiązywał się sumiennie. Wydawało się jednak, że w pewien sposób traktowany był przez żonę jak kolejne dziecko, czasem łaskawie i z oddaniem, czasem z irytacją. Z powodu oszczędnego wyrażania emocji, dystansu, zarówno w roli ojca, jak i męża, nastawienia na pracę poza

rodziną żona miała poczucie, że jest zostawiona samej sobie, że nie ma wsparcia, jest niedoceniana, co potwierdzało jej niską samoocenę i przekonanie, że cała odpowiedzialność za rodzinę spoczywa na niej. Ojciec przyznał, że czuje się dotknięty i rozczarowany tym, co się stało z Sharon, ale twierdził stanowczo, że powinna ona, nim wróci do domu, udowodnić, że godna jest zaufania.

W trakcie spotkania ze mną Sharon przyznała, że nie lubi siebie. Oświadczyła, że obecnie nie interesuje jej seks ani mężczyźni. Jak się zdaje, wpadła w pułapkę, którą wyraził żartem Groucho Marx w następujący sposób: „Nigdy nie zostałem członkiem klubu, który by mnie przyjął”. Ponieważ tak nisko oceniała siebie, nie mogła zaufać nikomu, kto by ją uznał za potencjalną partnerkę. Zaczynała jednak stabilizować swoje życie i miała nadzieję odzyskać dzieci. Odrzucenie przez ojca bardzo ją bolało, obwiniła jednak całkowicie siebie i chciała dowieść mu, że się zmieniła. Idealizowała rodziców i chciała być taka jak jej matka, choć nie potrafiła sobie wyobrazić siebie zawsze „tak bardzo dobrej”. Swoje macierzyństwo traktowała jako ciągle stawianie potrzeb dzieci przed swoje własne. Podobnie jak jej matka, zaczynała postrzegać siebie w kategoriach tego, co dała innym, co dla innych zrobiła, przy czym akcent padał raczej na wymierne, materialne aspekty tak rozumianego macierzyństwa. Stawiała sobie nieosiągalne cele, aby „nadrobić to, czemu nie potrafiłam zapobiec”, przy czym jednocześnie była nieomal pewna, że się to nie uda.

Matka Sharon obarczona została bardzo wcześnie nadmierną odpowiedzialnością, za dźwiganie której nie zyskała wdzięczności ani uznania. Ojciec był „odrzuconym” dzieckiem, niezdolnym do agresji, gdyż matka była „święta” i robiła, co mogła. Dorastał w zakładach wychowawczych, w których nagradzano uległość, a nie asertywną indywidualność. Tych dwoje pobrało się i stworzyło komplementarny związek, w którym ona była „nadodpowiedzialna”, a on „niezbyt adekwatnym”, raczej biernym członkiem rodziny. Ich dzieci były adresatami altruistycznego oddania, poświęcającej się matki i ciężko pracującego, choć oddalonego ojca. Wszyscy zaczęli obecnie przegrywać w świecie zewnętrznym. Najstarsza córka wróciła do domu, uzależniając się w dużej mierze od matki, zaniedbując obowiązki wobec własnego dziecka. Sharon próbowała odrzucić „zobowiązania”, tworząc pośpiesznie chaotyczną koalicję z wybuchowym małżonkiem. Obecnie jednak chciała wrócić do domu, podjąć rywalizację z matką i odzyskać miłość ojca poprzez rezygnację z prawa do własnego życia, by w ten sposób kontynuować tradycję rodzinną w zakresie poświęcania się dla dzieci.

Przypadek tej rodziny został mi przekazany wraz z wyraźnie postawionym celem (sformułowany został na zebraniu poświęconym analizie przypadku i towarzyszył mu bardzo sceptyczny pogląd na to, czy w ogóle coś da się tu uczynić), zgodnie z którym powinienem spróbować pomóc Sharon rozwiązać problem niskiej samooceny i zachęcić ją do stopniowego brania na siebie odpowiedzialności. Cele te udało się osiągnąć, tak że wkrótce zwrócono jej dzieci, z którymi zamieszkała oddzielnie. Cel ten jednak udało się osiągnąć nie dzięki pracy z Sharon, z którą ograniczyłem się do krótkiego przedyskutowania mogących się pojawić problemów, ani też dzięki pracy z całą rodziną, lecz głównie poprzez spotkania z matką, podczas których nakłaniałem ją do tego, by stała się bardziej egoistyczna, mniej pomagała dzieciom, zobojętniała nieco na potrzeby ich i wnuków. Udało się to początkowo osiągnąć poprzez określenie jej nowego zachowania jako trudnego, ale koniecznego poświęcenia z jej strony, mającego pomóc córce w odzyskaniu dzieci. Co ciekawe, bardzo szybko ścieżka „egoizmu” spodobała się jej, nie z poczucia odpowiedzialności, ale dlatego, że przynosiła jej wiele zadowolenia, podobało jej się doświadczenie posiadania prawa do czegoś, a także dlatego, że bardzo polepszyło to jej relacje z mężem. Po raz pierwszy kupiła sobie nową ładną i dość drogą suknię, zamiast rozsądnej taniej i wielofunkcyjnej sukienki na wszystkie okazje. Zaczęła mówić „nie” wymaganiom dzieci, co początkowo było dla niej bardzo obcym doświadczeniem. Sharon i jej rodzeństwo, jakby uwolnione od swych „zobowiązań” przez nowo odkrytą wolność matki i lepsze stosunki między rodzicami, zaczęło brać większą odpowiedzialność za siebie.

Centralne znaczenie w uzyskaniu pozytywnych wyników terapii miało po pierwsze staranne odtworzenie międzypokoleniowego schematu dotyczącego matki i ojca, takiego, aby obydwójce mogli zidentyfikować u samych siebie skutki poczucia „powinności” i „bezwartościowości”, które przejęli w dzieciństwie (odpowiedzialność za to nakładane na „schemat” i „konstrukty osobiste”, a nie konkretne osoby); po drugie zaś mierzenie w konkretne zachowania utrzymujące schemat i wyszukiwanie sposobu zastąpienia ich innymi zachowaniami, bądź ominięcia zachowań to blokujących. Przykładowo, sugerowano matce, by podejmowała się pilnowania dziecka tylko raz w tygodniu, zamiast zapewnienia mu permanentnej opieki, by gotowała jednodaniowe obiady o ściśle ustalonej porze. Zamiast robienia wyrzutów i odgrzewania posiłku tym, którzy się spóźnili, miała spokojnie oświadczyć, że niestety jest już po obiedzie, ale że można sobie wziąć coś do jedzenia z lodówki, a przy okazji ona sama chętnie napiłaby się herbaty.

SYSTEMY KONSTRUKTÓW PERSONALNYCH

Bez względu na to, jakie są doświadczenia przekazywane przez kolejne pokolenia, powtarzalność specyficznych interakcji będących wynikiem ograniczeń aktualnych systemów konstruktów utrzymuje trwanie schematu. Oto kilka przykładów najbardziej rozpowszechnionych, ograniczających konstruktów personalnych:

- „Jeśli będę cierpliwy, kochający i lojalny bez względu na to, jak ona/on mnie traktuje, wtedy w końcu...”
- „Moje osiągnięcia są moim obowiązkiem, stanowią minimum tego, co mogę robić. Nie mam prawa być z nich dumny”.
- „Zrobię wszystko, by moje dzieci nie przechodziły przez to, co ja/my”.
- „Jestem bezwartościowym nieudacznikiem, chyba że uda mi się osiągnąć...”
- „Jestem tyle warta, ile uda mi się uczynić dla innych, a i tak będzie to nic w porównaniu z tym, co powinnam robić”.
- „Cokolwiek robię, robię źle lub nie dość dobrze, wobec tego równie dobrze mogę...”
- „Nigdy nie spłacę mego długu wdzięczności za to, co dla mnie zrobiono, ani na to nie zasługuję. Powinnam poczuwać się do większej wdzięczności”.
- „Nie cenię zbyt wysoko swych rodziców za to, jak mnie traktowali. Jestem wściekła, że nigdy nie mogłam im zaufać. Od ciebie jednak oczekuję całkowitej i dobrowolnej lojalności (choć podejrzewam, że w końcu i tak okażesz się niegodnym pokładanego w tobie zaufania)”.
- „Moje szczęście to szczęście innych”. Lub: „Szczęście innych przedkładam nad swoje, bez względu na to, ile to mnie kosztuje emocjonalnie i fizycznie”.

Tego rodzaju konstrukty zostają wpisane w życiowe skrypty. Jak powiedział Sartre: „Człowiek zawsze snuje opowieści, żyje otoczony historiami o sobie i o innych, wszystko, co mu się przytrafia, widzi przez ich pryzmat i próbuje przeżyć swe życie tak, jak gdyby je opowiadał” (1965). Kiedy pytam pacjentów o wpływy międzypokoleniowe, leżące u podstaw ich konstruktów, nie usiłuję pokazać im czegoś, co jest, istnieje, lecz proponuję spojrzenie „to jest tak, jak gdyby...” Na tym polega różnica pomiędzy mną a psychoanalitycznie zorientowanym podejściem Boszormenyi-Nagy’ego. George Wald, amerykański naukowiec, sądził, że „Jesteśmy raczej produktem procesu edycyjnego niż autorskiego”. Proces

psychoterapii widzę jako zbliżony w pewnym sensie do reedycji; przegląd historii danej osoby i pomoc w ponownym napisaniu pewnych jej partii. Podobnie jak Sartre, „nie lubię słowa — psychologiczny. Nie istnieje nic psychologicznego. Powiedzmy raczej, że ktoś może ulepszyć nieco biografię jakiejś osoby” (cytowane za Laingiem 1965, s. 120).

„NIE TRZYMA SIĘ PSA, BY SAMEMU SZCZEKAĆ”

Keith i Whitaker (1985, s. 10) stwierdzili, że „rodzice mogą ponieść porażkę wychowawczą, ilekroć stają się nadmiernie:

- | | |
|------------------|----------------|
| • dyscyplinujący | • sztywni |
| • ambiwalentni | • rozumiejący |
| • zdecydowani | • zachęcający |
| • chroniący | • zwariowani |
| • odrzucający | • niecierpliwi |
| • kochający | • wyrozumiali |

Wydaje się, że jeżeli jedna z osób w związku zaczyna, bez względu na kierujące nią motywy, robić czegoś zbyt dużo, to pozostałe osoby lub partner, o ile nie przystępują do otwartego współzawodnictwa, będą wykazywać tendencję odwrotną — demonstrować coraz więcej zachowań przeciwnych. Na przykład często spotykaną sekwencją jest rodzic postrzegany jako zbyt restryktywny wobec dzieci, i kompensujący to drugi rodzic, który staje się stopniowo coraz bardziej wyrozumiały. W odpowiedzi na to pierwszy rodzic zaczyna jeszcze większą wagę przywiązywać do dyscypliny, co wywołuje jeszcze bardziej przyzwalający stosunek drugiego i tak dalej, aż rodzice staną się całkowicie spolaryzowani, jakby jednemu można było przypisać wyłącznie surowość, drugiemu zaś wyłącznie łagodność. Mimo iż nie istnieje skończona wielkość surowości lub wyrozumiałości w związku, ani też nie jest to gra o sumie zerowej (von Neuman i Morgenstern, 1944), to jednak wygląda to w taki właśnie sposób. Inny powszechny schemat pojawia się tam, gdzie jeden partner usiłuje nieustannie przekonać lub zmusić drugiego, by wyrażał swe uczucia z większą ekspresją. Problem ten w bardzo szybkim czasie ich polaryzuje, a sposób polaryzacji bardzo niewiele ma wspólnego z autentycznymi ich możliwościami.

Pewnego razu zgłosiło się małżeństwo na granicy rozpadu, a terapia miała stanowić „ostatnią próbę pojednania”. Ona była osobą wrażliwą, otwartą emocjonalnie, pełną ekspresji. On utrzymywał dystans, był racjonalny, emocjonalnie chłodny. Ona bezustannie starała się go skłonić, by się otworzył. On postrzegał ją jako osobę całkowicie irracjonalną i zawsze z niego niezadowoloną. Ostatecznie postanowili się rozstać, a ja starałem się, by uczynili to bez utraty szacunku dla siebie i własnej godności. Parę miesięcy później zgłosiła się inna kobieta. Określiła się jako wrażliwa, otwarta i pełna ekspresji. Męża charakteryzowała jako osobę zimną, nieczułą i bez emocji. Zapytałem, w jakim celu zgłosiła się do mnie. Uzyskałem odpowiedź, że właśnie spotkała mężczyznę, który jest przeciwieństwem męża: ciepły, rozumiejący, ekspresyjny, bardzo dobrze wyrażający swoje emocje i wrażliwy na jej emocje. Po następnych kilku pytaniach wyszło na jaw, że był to mężczyzna z poprzedniej pary.

Podobnie dzieje się z odpowiedzialnością. Jeśli jedna osoba zaczyna być nadodpowiedzialna, to tak jakby przywłaszczała sobie część odpowiedzialności, którą mieli dzielić, aż w końcu ta druga osoba bierze na siebie mniej lub odpowiada czymś wprost przeciwnym — niekompetencją, nieodpowiedzialnością. Jeśli ktoś kupuje psa, a następnie sam szczeka, ilekroć usłyszy pukanie do drzwi, czemu pies miałby budzić się z drzemki na kanapie? Widząc jednak brak kompetencji i odpowiedzialności u partnera, mamy bezpośredni powód, by stać się jeszcze bardziej odpowiedzialnymi, i tak dalej, i tak dalej.

Jeśli tego rodzaju schemat nałoży się na konstrukty personalne typu omawianych wcześniej, polaryzacja i jej utrwalenie następują błyskawicznie.

Jako że osoba nadodpowiedzialna pracuje stopniowo coraz ciężiej, istnieje prawdopodobieństwo, że jej partner doświadczając coraz wyższego poziomu złości, dyskwalifikacji i poczucia winy będzie coraz bardziej niekompetentny, nieodpowiedzialny, zrzucając w ten sposób kolejne porcje odpowiedzialności na osobę pierwszą etc. Jeśli osoba pierwsza posiada konstrukt uniemożliwiający jej rezygnację ze swej pozycji, niemożliwa też staje się pozytywna reakcja na jej żądanie kierowane pod adresem innych, by stali się bardziej odpowiedzialni. Będzie ona zawsze pierwsza, czekając i osądzając, zawsze narzucając swoją własną definicję tego, co konstytuuje właściwy poziom odpowiedzialności. Nawet jeśli zgodzi się na chwilowe wycofanie, jasno komunikuje, że wycofuje się tylko do czasu, gdy druga osoba dopasuje się do jej pojęcia o tym, jak być powinno. Wszelkie wysiłki, by sprostać sztywnym i bardzo wysokim, czasem paranoidalnym wymogom innej

osoby, której oczekiwania zdają się być jak horyzont (zawsze tak samo odległy, bez względu na to, jak szybko się biegnie), zdają się tylko pogłębiać problemy. Im bardziej spłatenie długów wydaje się niemożliwe, tym silniejsze jest poczucie „zobowiązania” i wdzięczność staje się „zamaskowaną nienawiścią”. Nie zakładałem jednak po żadnej stronie złych intencji. Każda z osób zazwyczaj robi to, co się jej wydaje najlepsze w danej chwili i sytuacji, zgodnie ze swymi konstruktami. Próby rozwiązania problemów, na które napotykają w swoim związku, postrzegane i doświadczane przez każdą ze stron odmiennie, stają się elementami błędnego koła. Ważne jest zatem, aby brać pod uwagę nie tylko długie, międzypokoleniowe schematy, ale rozważyć także determinanty interakcyjne tu i teraz. Jak zapewniają Fisch i jego współpracownicy, „jeśli narastanie i utrzymywanie problemu uznajemy za części błędnego koła, w którym u podstaw zachowań utrzymujących problem leżą dobre intencje, wówczas zmiana tych zachowań powinna przerwać błędne koło i dać początek rozwiązaniu problemu” (1982, s. 18). Innymi słowy „mniej zachowań określonego typu” może prowadzić do zmniejszenia ilości zachowań innego typu. Na podstawie własnej praktyki jednak sądzę, że zajęcie się wyłącznie komponentami interakcyjnymi problemu bez dokładnego rozpracowania międzypokoleniowej „biografii” i pracy nad jej „reedycją” będzie mało efektywne w odniesieniu do sytuacji, w których dany problem wrośnięty jest w wielopokoleniowy schemat nadodpowiedzialność/nieodpowiedzialność.

Skontaktowała się ze mną kobieta cierpiąca z powodu ostrych napadów lęku. Odeszła niedawno od męża i dorosłych już dzieci, usiłując rozpocząć nowe, samodzielne życie. Przeprowadziła się z małego miasteczka do Sydney. Jej mąż był „chłopcem z sąsiedztwa”, jej pierwszym mężczyzną. Wyszła za mąż w wieku osiemnastu lat, gdyż, jak to widziała dzisiaj, obydwie rodziny i całe miasteczko oczekiwały tego. Przeżyła dwadzieścia dwa lata nudy. Mąż był miłym, ciężko pracującym mężczyzną, a ona bardzo cierpiała nad tym, że sprawiła mu tyle bólu. Była jednak pewna, że podjęła słuszną decyzję.

Bezpośrednim jednak problemem była matka, która każdej niedzieli rano telefonowała do niej i przez godzinę poddawała ostrej krytyce, i żądała powrotu do „biednego, nieszczęśliwego męża, który tak cię kocha i niczym sobie nie zasłużył na ból, który mu sprawiłaś. Nie można nawet marzyć o lepszym mężu”. Po godzinie próżnych wysiłków przekonania matki, błaganiach, by zechciała jej wysłuchać i zrozumieć, pacjentka przemieniała się w „ocean poczucia winy, bezsilnej złości”. Każdej niedzieli wypijała prawie butelkę sherry, ale przez następne dwa czy trzy

dni z ulgą przystępowała do pracy. Pod koniec tygodnia zaczynała myśleć o nadchodzącej rozmowie i wówczas pojawiały się lęki.

Opisała swą matkę jako osobę bardzo konserwatywną, tradycyjną, małomiasteczkową gospodynię domową, dominującą nad rodziną cierpiennicę, która zawsze rządziła domownikami poprzez ataki migreny i nie kończącą się ciężką pracę. Po przepracowaniu kwestii zakorzenienia aktualnych problemów w kontekście międzypokoleniowym zasugerowałem sposób, w jaki mogłaby spróbować stawić czoło następnemu telefonowi od matki. Miała, na samym początku rozmowy, spokojnie, nie podnosząc głosu, powiedzieć: „Wiem, że jesteś zmartwiona i jest mi przykro, nie chciałam sprawić ci przykrości, ale muszę sama sobie z tym wszystkim poradzić i nie chcę o tym teraz rozmawiać”. Nic więcej ponad to. Nawet gdyby miała tę kwestię powtórzyć wielokrotnie. Pod żadnym pozorem nie wolno jej było usprawiedliwiać się, błagać matkę lub w jakikolwiek inny sposób wyjaśniać powody swego postępowania. Kiedy matka zatelefonowała, moja klientka zareagowała na próby nacisku zgodnie z tym, co ustaliliśmy. Po drugiej stronie zapanowała chwila milczenia, po czym matka zdecydowała się zignorować to, co usłyszała, i ponowiła żądanie, by córka wzięła się w garść i skończyła z „tymi głupstwami”. Kobieta powtórzyła swą kwestię. Ogółem powtórzyła ją około piętnaście razy, było to jednak znacznie mniej, niż przypuszczała. Matka nagle stała się łatwiejsza w kontakcie i po raz pierwszy wyraziła zainteresowanie tym, jak sobie córka radzi, jak jej idzie w nowej pracy itp. Przy końcu rozmowy zamiast jak zwykle żądać, by córka otrząsnęła się i wróciła do swych obowiązków, życzyła jej powodzenia, kazała dbać o siebie i powiedziała „niech cię Bóg błogosławi, kochanie”. Podczas następnych rozmów, mimo że córka nadal musiała powtarzać swoje przygotowane zdanie, stopniowo stawało się ono coraz bardziej zbyteczne, jako że matka wykazywała coraz więcej zrozumienia dla niej, w końcu przyznała się, że były takie momenty, że i ona „miała ochotę rzucić to wszystko”. Klientka przypomniała sobie wówczas, co mówiłem o tym, jak trudno może być matce, która tyle zainwestowała w tradycyjny model rodziny, przyznać się przed sobą, że mogły istnieć inne drogi. To, co zrobiła córka, mogło rzucić światło na jej własne, stracone już możliwości.

Istotne było, by nie wejść w otwartą lub ukrytą koalicję przeciwko matce, bo jeśli by nawet przyniosło to pewne rezultaty na krótką metę, w ciągu dłuższego czasu z pewnością pogłębiłoby jej poczucie winy. Jak piszą Boszornemyi-Nagy i Spark: „Separacja może wywołać poczucie winy, a poczucie winy jest największą przeszkodą na drodze do autentycz-

nego autonomicznego wyzwolenia” (1984, s. 32). Przepracowanie historii rodziny w taki sposób, by wadliwy schemat, a nie rodzic, stanowił problem do rozwiązania, oznacza, że technika terapeutyczna staje się sposobem ograniczenia wpływu schematu, a nie drogą do efektywniejszego radzenia sobie z matką.

Małżonkowie, o których wspominałem wcześniej, obawiający się, że ponieśli klęskę wychowawczą wobec syna, nie dość dobrze opiekowali się rodzicami męża i że utracili wzajemny kontakt, w czasie gdy zgłosili się do mnie, byli totalnie zgnębieni. Najmłodszy syn zdiagnozowany w dzieciństwie jako nadpobudliwy, obecnie dwudziestojednoletni, zawsze był trudny, jednakże w czasie ostatniego roku stawał się coraz bardziej skomplikowany, a niedawno usiłował się otruć. Jasne było, że przez ostatnie dwadzieścia lat zupełnie zaniedbywali zarówno swe małżeństwo i własny rozwój na rzecz dzieci, a później matki męża, która, jak przyznawał, „miała nad nim niezdrową władzę” w okresie jego małżeństwa. Tęsknie rozprawiali o wakacjach, o których marzyli od lat: podróży wokół Tasmanii. Zamierzali marzenie to zrealizować, jak tylko dzieci się ustatkują. Po przedyskutowaniu z nimi tego, jak ich zaniedbywanie siebie stanowi część schematu wchłaniającego co najmniej trzy generacje, zasugerowałem, by poważnie rozważyli wyjazd na wakacje w ciągu najbliższych trzech tygodni (mąż wykładał na uniwersytecie i miał przed sobą wiele tygodni urlopu), oraz by o swej decyzji powiadomili rodzinę, ale jej z nimi nie rozpatrywali, nie prosili o pozwolenie ani dzieci, ani matki. Był to ważny element — by nie usprawiedliwiali się, nie przekonywali, gdyby któryś z członków rodziny zgłaszał swój sprzeciw. Mieli tylko poinformować, że zamierzają wyjechać, ponieważ chcieli (nie „potrzebowali”) spędzić wspólnie wakacje. Śmiali się, gdy powiedziałem, by jechali, jeśli naprawdę tego chcą, a nie dlatego, by okazać posłuszeństwo terapeutom. Parę dni później zatelefonowali, by przełożyć następną wizytę z powodu wyjazdu. Ku ich zdziwieniu, rodzina nie miała nic przeciwko temu, a najmłodszy syn postanowił nawet przeprowadzić się na ten czas do kolegi.

KONKLUZJA

Spolaryzowany i chroniczny schemat nadodpowiedzialności i nieodpowiedzialności jest zakorzeniony w rodzinie zarówno w układzie pionowym, poprzez wielopokoleniową tradycję, jak również w układzie horyzontalnym,

poprzez powtarzające się sekwencje zachowań odzwierciedlające ograniczające konstrukty personalne. Terapia tego typu problemów rodzinnych musi brać pod uwagę zarówno motywy międzypokoleniowe prowadzące do poczucia małej wartości, powinności, winy etc., jak również schematy interakcyjne tu i teraz, które problem utrwalają i intensyfikują, a także konstrukty, przez pryzmat których widziana jest sytuacja. W trakcie procesu analizy i reedycji, przedmiotem „oskarżenia” stają się transakcyjny międzypokoleniowy schemat oraz konstrukty personalne, które są zarówno powodem, jak i ich efektem, a nie aktorzy grający swe role. Łatwiej wówczas nakłonić klientów, by atakowali schemat zachowań w odniesieniu do konkretnych problemów pojawiających się w aktualnych związkach. Przypadki, które tu przytoczono, zostały tak dobrane, by lepiej naświetlić omawianą kwestię, nie mają natomiast na celu sugerowania, że problemy te mogą być zasadniczo rozwiązane poprzez proste behawioralne zalecenia (choć i to się czasem zdarza) ani też, że łatwo jest przekonać klientów, by przyjęli opcję całkowicie sprzeczną z tym, w co przez wiele lat wierzyli.

OPOWIEŚĆ KOŃCOWA

Jest to przypadek trzydziestopięcioletniej kobiety zgłoszonej z powodu przedłużającej się depresji. Była ciężko pracującą kobietą i matką, gospodynią obsesyjnie czystego domu, jedynym dzieckiem „surowych, modelowych katolików irlandzkich”, zawsze była „dobrą dziewczynką”, nie pamięta, by choć raz w życiu się zbuntowała. Wciąż zmagала się z poczuciem braku własnej wartości i niedoskonałości. „Jestem taka samolubna. Mam dwoje wspaniałych dzieci, choć często mi trudno, i męża, który ciężko pracuje, by zapewnić nam komfortowe życie”. Podzieliłem się z nią refleksją, że większość osób, które siedziały w moim gabinecie i oświadczały, że są samolubne, nie miały w istocie żadnego pojęcia o tym, co znaczy być samolubnym. Zgodziła się jednak, że jak sięga pamięcią, nie znajduje niczego, co by zrobiła dla siebie i nawet przyznała, przynajmniej intelektualnie, że samolubność jest czasem potrzebna, i że jest czymś złym tylko wtedy, gdy jest nadmierna. Zaakceptowała, choć trudno jej było uchwycić tę ideę, że pewien wzrost poziomu samolubności w jej przypadku bardzo dobrze posłuży jej dzieciom. Pod koniec sesji zgodziła się rozważyć moją sugestię, by przez następne parę tygodni pozwoliła sobie na jakiś spontaniczny samolubny czyn, nawet trochę przewrotny.

Na następne spotkanie przyszła z chytrym uśmieszkiem na twarzy. Parę dni po ostatniej sesji wyprawiła dzieci do szkoły, wróciła do kuchni, by pozmywać (staranne sprzątanie całego domu stanowiło jej codzienne zajęcie). Spojrzała na górę naczyń i ku swemu zdumieniu powiedziała: „Do diabła z wami, możecie zaczekać”. Nie myśląc wiele, zdecydowała się pójść na plażę. Nigdy jeszcze nie była tam bez rodziny. Poszła do szafy po kostium kąpielowy, ale ponieważ był już niemodny, pojechała na plażę, weszła do sklepu i kupiła nowy. Rozważała kupno jednoczęściowego kostiumu, ale zauważyła, że większość kobiet, z których część była w jej wieku, kupowała bikini. Po chwili zebrała się na odwagę i także kupiła bikini. Była strasznie spięta, ale zdała sobie sprawę, że nikt w zatłoczonym sklepie nie zwracał na nią uwagi.

Po jakimś czasie spędzonym na plaży zauważyła, że wiele kobiet miało na sobie tylko dolną część stroju.

„...I wtedy przyszła mi do głowy taka przewrotna myśl!” Do dziś jej rodzina nie wie, że opalała się w stroju topless („Moi rodzice byliby śmiertelnie przerażeni tym faktem”). Nie cierpi już na depresję i czuje się ogólnie bardziej pewna siebie. Ma wrażenie, że łatwiej daje sobie radę z dziećmi, a i mąż stał się czulszy. „Nie zrobiłam tego powtórnie, i pewnie nie zrobię. Bikini upchnęłam w kąt szafy. Ważne jest to, że wiem, że ono tam jest, i że jeśli będę miała ochotę, będę mogła to zrobić jeszcze raz”.

EPILOG

Chcielibyśmy zakończyć ostrzeżeniem terapeutów krótkoterminowych lub innych przed nieco niebezpiecznym terapeutą Moshe Talmonem. Jest autorem książki *Single Session Therapy* (Terapia jednej sesji). Sam tytuł wystarcza, by dreszcz przerażenia przebiegł po plecach nas wszystkich, którzy praktykujemy prywatnie (Talmon 1990). Zaintrygowany liczbą klientów/pacjentów, którzy pojawiali się na jednej tylko sesji, i którzy w wielu systemach terapii określani bywali jako ci, którzy „wypadli”, Talmon postanowił zbadać tę kwestię, zaczynając od własnych klientów tego typu.

Obawiałem się nieco tego, co się może okazać, jednakże rezultat moich wywiadów sprawdzających był nieomal zbyt dobry, by mógł być prawdziwy: 78% z dwustu pacjentów, z którymi się skontaktowałem, oświadczyło, że uzyskało to, czego chcieli w trakcie jednej sesji i lepiej lub znacznie lepiej radziło sobie z problemem, który przywiódł ich na terapię. (Talmon, 1990, s. 9)

Ustalił on także, analizując praktykę ponad trzydziestu psychiatrów, psychologów i pracowników socjalnych pracujących w centrum medycznym, że terapia jednosesyjna nie była czymś niezwykłym. „...orientacja terapeutyczna terapeuty nie miała żadnego wpływu na procent TJS-ów” (s. 7). Badania te zostały następnie rozszerzone. Wraz z dwoma kolegami Michaeliem Hoytem i Robertem Rosenbaumem, Talmon rozpoczął bardziej formalny program badań. Spośród osób, z którymi się skontaktowano, a które obecnie były na jednej tylko sesji, 88% stwierdziło poprawę lub „znaczną poprawę”; 79% sądziło, że jedna sesja całkowicie wystarczy, a 65% doświadczyło także zmian na innych obszarach życia niż problem pierwotny.

Na prośbę Talmona, Mordeca i Kaffman, dyrektor medyczny Kibbutz Child and Family Clinic w Izraelu, przeprowadził badania. Rezultaty były podobne.

W swej książce Talmon daje jasne i wyczerpujące wskazówki na temat efektywnego prowadzenia terapii jednosesyjnej. Przytoczone przypadki dowodzą, że pomoc w znaczący sposób można zarówno osobom o dość

określonych trudnościach, jak i osobom cierpiącym z powodu depresji, lęków, otyłości, następstw rozwodowych, przemocy w rodzinie.

Oczywiste są zatem powody, by uznać badania te za wyjątkowo złowieszcze. Większość z nas ma się dzięki prywatnej praktyce w miarę dobrze, kiedy pacjenci zjawiają się na pięć lub sześć sesji, która to cyfra stanowi według badań przeciętną liczbę spotkań, na jaką gotowi są klienci. Jeśli rozejdzie się informacja, że jedna sesja może być aż tak pomocna, możemy pójść z torbami lub szukać jakiegoś dodatkowego zajęcia, by zarobić na życie.

OSTRZEŻENIE KOŃCOWE

Jako terapeuci krótkoterminowi, często, szczególnie podczas rozmaitych warsztatów, spotykaliśmy się z pytaniami typu: „Tak, ale gdyby...” zadawanymi przez kolegów po fachu. Na przykład:

„Dobrze, ale co by było, gdyby jej depresja miała charakter kliniczny, a tendencje samobójcze były prawdziwe?”

„Tak, ale gdyby rodzice odmówili wsparcia, ponieważ problemy ich nastoletniego dziecka maskowałyby ich problemy małżeńskie, to...?”

„Dobrze, ale co by było, gdyby on był skłonny do używania przemocy?”

Pytania takie często stanowią rzetelną próbę zrozumienia zasad i wartości terapii krótkoterminowej. Zdarza się jednak, że pytający raczej przyjmuje określone stanowisko wobec tego, jak według niego należałoby dany przypadek zdiagnozować i prowadzić, niż oczekuje odpowiedzi. Jeden z kolegów pozwolił nam na wykorzystanie opowiadania, które wymyślił, w celu radzenia sobie z pytaniami tego drugiego rodzaju:

Pewien klient odrzucony przez rodziców w wieku dwóch lat wychowany został przez grupę goryli zamieszkujących slumsy wokół doków San Francisco. Po tym, jak zdołał nauczyć się angielskiego ze strzępów gazet wygrzebanych ze śmietników wokół doków, zmagał się z dylematem lojalności w wojnie toczącej się pomiędzy hiszpańskojęzycznymi ulicznymi gangami a stadami goryli; odczuwał jednocześnie wynarodowienie hiszpańskojęzycznych gangów, jak i kulturowe zagrożenie goryli. Kiedy zdołał już stać się osobą, a nie tylko przedstawicielem naczelnych, wśliznął się do kościoła, gdzie był systematycznie wykorzystywany seksualnie przez wielu ludzi, aż w końcu stał się członkiem wspólnoty i zajął się pomocą dla młodych, bezdomnych goryli. W trakcie terapii zmagaliśmy się z natrętnymi myślami dotyczącymi wyskakiwania spod rampy na autostradę, postanowiliśmy też nie informować władz na temat jego nader aktywnej i całkiem poważnej klasyfikacji naczelnych w odniesieniu do autorytetów. Zdecydowaliśmy

my się natomiast podzielić z nimi naszymi własnymi doświadczeniami z czasów, w których mieliśmy ochotę na banany. Nie potrafimy oczywiście udzielić odpowiedzi na pytanie „co by było, gdyby on/ona był wychowywany przez stado żyraf?” (Michael Durrant, 1992, rozmowa prywatna)

Bibliografia

- Adams, J. F., Piercy, F. P., Jurich, J. A. (1991). *Effects of solution focused therapy's „formula first session task” on compliance and outcome in family therapy*. „Journal of Marital and Family Therapy, 17: 277-290.
- Adcock, C. J. (1964). *Fundamentals of psychology*. Harmondsworth, Middlesex, England: Penguin Books.
- Argyle, M. (1983). *The psychology of interpersonal behaviour*. Harmondsworth, Middlesex, England: Penguin Books.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., Weakland, J. H. (1956). *Toward a theory of schizophrenia*. „Behavioral Science”, 1: 251-264.
- Bem, D. J. (1965). *An experimental analysis of self persuasion*. „Journal of Experimental Social Psychology”, 1: 199-218.
- Bem, D. J. (1968). *Attitudes and self-descriptions: Another look at the behavior-attitude link*. W: A. G. Greenwald, T. C. Brock, T. M. Ostrom (red.), *Psychological foundations of attitudes*. New York: Academic Press.
- Berg, I. K. (1991). *Family preservation: A brief therapy workbook*. London: B T Press.
- Berg, I. K., Miller, S. D. (1992). *Working with the problem drinker: A solution-focused approach*. New York: W. W. Norton.
- Bettinghaus, E. P., Cody, M. J. (1987). *Persuasive communication*. New York: Holt, Rinehart Winston.
- Bodin, A., Ferber, A. (1972). *How to go beyond the use of language*. W: A. Ferber, M. Mendelsohn, A. Napier (red.), *The book of family therapy* (s. 272-317). Boston: Houghton Mifflin.
- Bodin, A. M. (1981). *The interactional view: Family therapy approaches of the Mental Research Institute*. W: A. Gurman D, Kniskern (red.), *Handbook of family therapy* (s. 267-309). New York: Brunner/Mazel.
- Boszormenyi-Nagy, L., Krasner, B. (1986). *Between give and take: A clinical guide to contextual therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Boszormenyi-Nagy, L., Spark, G. M. (1984). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Brehm, J. W. (1966). *A theory of psychological reactance*. New York: Academic Press.
- Breunlin, D., Cade, B. (1981). *Intervening in family systems with observer messages*. „Journal of Marital and Family Therapy”, 7: 453-460.
- Breunlin, D., Jones, H., Packer, A. (1980). *Therapist style in family therapy: Two contrasting case studies*. „Barnardo's Social Work Papers”, 9: 7-46.
- Bronowski, J. (1978). *The origins of knowledge and imagination*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Brooks, W. D., Heath, R. W. (1989). *Speech communication*. Dubuque, IA: W. M. C. Brown Publishers.
- Cacioppo, J. T., Petty, R. E. (1979). *Effects of message repetition and position on cognitive*

- responses, recall and persuasion. „Journal of Personality and Social Psychology”, 37: 97-109.
- Cade, B. (1979). *The use of paradox in therapy*. W: S. W. Skinner (red.), *Family and marital psychotherapy: A critical approach* (s. 91-105). London: Routledge Kegan Paul.
- Cade, B. (1980a). *Resolving therapeutic deadlocks using a contrived team conflict*. „International Journal of Family Therapy”, 2: 253-262.
- Cade, B. (1980b). *Strategic therapy*. „Journal of Family Therapy”, 2: 89-99.
- Cade, B. (1985a). *Stuckness, unpredictability and change*. „The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy”, 6: 9-15.
- Cade, B. (1985b). *The Wizard of Oz approach to brief family therapy: An interview with Steve de Shazer*. „The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy”, 6: 95-97.
- Cade, B. (1991). *Unpredictability and change: A holographic metaphor*. W: G. Weeks (red.), *Promoting change through paradoxical therapy* (s. 28-59). New York: Brunner/Mazel.
- Cade, B. (1992a). *A response by any other...* „Journal of Family Therapy”, 14: 163-169.
- Cade, B. (1992b). *I am an unashamed expert*. „Context: A News Magazine of Family Therapy”, 11: 30-31.
- Cade, B., Southgate, P. (1979). *Honesty is the best policy*. „Journal of Family Therapy”, 1: 23-31.
- Cade, B. W., Speed, B., Seligman, P. (1986). *Working in teams: The pros and cons*. W: F. W. Kaslow (red.), *Supervision and training: Models, dilemmas, and challenges* (s. 105-117). New York: Haworth.
- Capra, F. (1976). *The Tao of physics*. London: Fontana/Collins. (Wyd. pol.: *Tao fizyki: W poszukiwaniu podobieństw między fizyką współczesną a mistycyzmem Wschodu*, przeł. Paweł Măcura, Nomos, Kraków 1994)
- Card, O. S. (1987). *Wyrms*. London: Arrow Books.
- Chomsky, N. (1972). *Language and mind*. New York: Harcourt, Brace, Jovanovich.
- Chomsky, N. (1975). *Reflections on language*. New York: Pantheon.
- Combs, G., Freedman, J. (1990). *Symbol, story and ceremony: Using metaphor in individual and family therapy*. New York: W. W. Norton.
- Cornwell, M., Pearson, R. (1981). *Cotherapy teams and one-way screen in family therapy training and practice*. „Family Process”, 20: 199-209.
- Coyne, J. C. (1985). *Toward a theory of frames and reframing: The social nature of frames*. „Journal of Marital and Family Therapy”, 11: 337-344.
- Crawford, J., Kippax, S., Onyx, J., Gault, U., Benton, P. (1992). *Emotion and gender: Constructing meaning from memory*. London: Sage.
- de Bono, E. (1971). *The mechanism of mind*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books.
- de Shazer, S. (1980). *Brief family therapy: A metaphorical task*. „Journal of Marital and Family Therapy”, 6: 471-476.
- de Shazer, S. (1982). *Patterns of brief family therapy: An ecosystemic approach*. New York: Guilford.
- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: W. W. Norton.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: W. W. Norton.
- de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: W. W. Norton.
- de Shazer, S., Molnar, A. (1984). *Four useful interventions in brief family therapy*. „Journal of Marital and Family Therapy”, 10: 297-304.
- de Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., Weiner-Davis, M. (1986). *Brief therapy: Focused solution development*. „Family Process”, 25: 207-222.
- Dell, P. F. (1981). *Some irreverent thoughts on paradox*. „Family Process”, 20: 37-51.
- Dolan, Y. M. (1991). *Resolving sexual abuse: Solution-focused therapy and Ericksonian hypnosis for adult survivors*. New York: W. W. Norton.
- Duncan, B. L. (1992). *Strategic therapy, eclecticism, and the therapeutic relationship*. „Journal of Marital and Family Therapy”, 18: 17-24.
- Dunlap, K. (1928). *A revision of the fundamental law of habit formation*. „Science”, 57: 360-362.
- Dunlap, K. (1930). *Repetition in the breaking of habits*. „Science Monthly”, 30: 66-70.
- Eco, U. (1983). *The name of the rose*. London: Picador. (Wyd. pol.: *Imię róży*, przeł. Adam Szymanowski, PIW, Warszawa 1987.)
- Erickson, M. H. (1954). *Pseudo-orientation in time as a hypnotherapeutic procedure*. „Journal of Clinical and Experimental Hypnosis”, 2: 261-283.
- Erickson, M. H., Rossi, E. L. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. New York: Irvington.
- Erickson, M. H., Rossi, E. L., Rossi, S. I. (1976). *Hypnotic realities: The induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion*. New York: Irvington.
- Fane, J. (1988). *Cautionary tales for women*. England: Hamish Hamilton St. Georges Press.
- Feyerabend, P. (1978). *Against method: Outline of an anarchistic theory of knowledge*. London: Verso.
- Fisch, R., Weakland, J. H., Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Fisher, L., Anderson, A., Jones, J. E. (1981). *Types of paradoxical intervention and indications/contraindications for use in clinical practice*. „Family Process”, 20: 25-35.
- Flaskas, C. (1992). *A reframe by any other name: On the process of reframing in strategic, Milan and analytic therapy*. „Journal of Family Therapy”, 14: 145-161.
- Frankl, V. (1969). *The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy*. London: Souvenir Press.
- Frankl, V. (1970). *Psychotherapy and existentialism: Selected papers on logotherapy*. London: Souvenir Press.
- Fransella, F., Bannister, D. (1977). *A manual for repertory grid technique*. London: Academic Press.
- Frude, N., Dowling, E. (1980). *A follow-up analysis of family therapy clients*. „Journal of Family Therapy”, 2: 149-161.
- Furman, B., Ahola, T. (1992). *Solution talk: Hosting therapeutic conversations*. New York: W. W. Norton.
- Gendlin, E. T. (1973). *A phenomenology of emotions: Anger*. W: D. Carr E. Casey (red.), *Explorations in phenomenology*. The Hague, Netherlands: Matus Nijhoff.
- Gentry, D. (1973). *Directive therapy techniques in the treatment of migraine headaches: A case study*. „Psychotherapy: Theory, Research, Practice”, 10: 308-311.
- Goolishian, H. A., Anderson, H. (1992). *Strategy and intervention versus nonintervention: A matter of theory?* „Journal of Marital and Family Therapy”, 18: 5-15.
- Greenberg, G. S. (1977). *The family interactional perspective: A study and examination of the work of Don D. Jackson*. „Family Process”, 16: 385-412.

- Greenberg, G. S. (1980). *Problem focused brief family interactional psychotherapy*. W: L. R. Wolberg M. L. Aronson (red.), „Group and family therapy” (s. 307-322). New York: Brunner/Mazel.
- Grinder, J., Bandler, ft. (1981). *Trance formations*. Moab, UT: Real People Press.
- Grube, J., Greenstein, T., Rankin, W., Kearney, K. (1977). *Behavior change following self-confrontation: A test of the value-mediation hypothesis*. „Journal of Personality and Social Psychology”, 35: 212-216.
- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune Stratton.
- Haley, J. (1967a). *Toward a theory of pathological systems*. W: G. H. Zuk, I. Boszormenyi-Nagy (red.), *Family therapy and disturbed families* (s. 11-27). Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*. New York: W. W. Norton. (Wyd. pol.: *Niezwykła terapia: techniki terapeutyczne Milтона H. Erica*) Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1995)
- Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Haley, J. (1980a). *How to be a marriage therapist without knowing practically anything*. „Journal of Marital and Family Therapy”, 6: 385-391.
- Haley, J. (1980b). *Leaving home*. New York: McGraw-Hill.
- Haley, J. (red.) (1967b). *Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of Milton H. Erickson*. New York: Grune Stratton.
- Haley, J. (red.) (1985). *Conversations with Milton H. Erickson, M.D.* New York: Triangle Press.
- Harré, R., Secord, P. F. (1972). *The explanation of social behavior*. Oxford: Basil Blackwell.
- Harrison, J. (1986). *Sundog*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York: Basic.
- Jackson, D. D. (1975). *The question of family homeostasis*. „Psychiatric Quarterly Supplement”, 31: 79-90.
- Kearney, P., O'Reilly-Byrne, N., Colgan-McCarthy, I. (1989). *Just metaphors: Marginal illuminations in a colonial retreat*. „Family Therapy Case Studies”, 4: 17-31.
- Keith, D. V., Whitaker, C. A. (1985). *Failure: Our bold companion*. W: S. B. Coleman (red.), *Failures in family therapy* (s. 8-23). New York: Guilford.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: W. W. Norton.
- Kelly, G. (1969). *The autobiography of a theory*. W: B. Maher (red.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly*. New York: Wiley.
- Kiesler, C. A. (1971). *The psychology of commitment: Experiments linking behavior to belief*. New York: Academic Press.
- Kleckner, T., Frank, L., Bland, C., Amendt, J. H., duRee Bryant, R. (1992). *The myth of the unfeeling strategic therapist*. „Journal of Marital and Family Therapy”, 18: 41-51.
- Koestler, A. (1975). *The act of creation*. London: Picador.
- Kowalski, K., Kral, R. (1989). *The geometry of solution: Using the scaling technique*. „Family Therapy Case Studies”, 4(1): 59-66.
- Kundera, M. (1990). *Immortality*. New York: Grove Weidenfeld. (Wyd. pol.: *Nieśmiertelność*, przeł. M. Bieńczyk, PIW, Warszawa 1995.)
- Laing, R. D. (1965). *The divided self*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books. (Wyd. pol.: *Podzielone „ja”: egzystencjalistyczne studium zdrowia i choroby psychicznej*, przeł. M. Karpiński, Rebis, Poznań 1995.)
- Lankton, S., Lankton, C. (1983). *The answer within: A clinical framework of Ericksonian hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Madanes, C. (1981a). *Family therapy in the treatment of psychosomatic illness in childhood and adolescence*. W: L. R. Wolberg M. L. Aronson (red.), *Group and family therapy* (s. 219-234). New York: Brunner/Mazel.
- Madanes, C. (1981b). *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Madanes, C. (1984). *Behind the one-way mirror. Advances in the practice of strategic therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Markowitz, L. M. (1992). *Around the network*. „Family Therapy Networker”, 16: 12-14.
- McGregor, H. (1990). *Conceptualising male violence against female partners*. „The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy”, 11: 65-70.
- McGuire, W. J. (1964). *Inducing resistance to persuasion: Some contemporary approaches*. W: L. Berkowitz (red.), *Advances in experimental social psychology* (t.1). New York: Academic Press.
- Miller, G. R. (1980). *On being persuaded: Some basic distinctions*. W: M. E. Roloff G. R. Miller (red.), *Persuasion: New directions in theory and research* (s. 11-28). Beverly Hills, CA: Sage.
- Miller, S. D. (1992). *The symptoms of solution*. „Journal of Strategic and Systemic Therapies”, 11: 1-11.
- Minuchin, S., Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mischel, W. (1968). *Personality and assessment*. New York: Wiley.
- Molnar, A., de Shazer, S. (1987). *Solution-focused therapy: Toward the identification of therapeutic tasks*. „Journal of Marital and Family Therapy”, 13: 349-358.
- Mozdzierz, G., Maccitelli, F., Lisiecki, J. (1976). *The paradox in psychotherapy: An Adlerian perspective*. „Journal of Individual Psychology”, 32: 169-184.
- Nisbett, R. E., Schachter, S. (1966). *Cognitive manipulation of pain*. „Journal of Experimental Social Psychology”, 2: 227-236.
- Nunnally, J. C., Bobren, H. M. (1959). *Variables governing the willingness to receive communications on mental health*. „Journal of Personality”, 27: 275-290.
- O'Hanlon, W. H. (1982). *Strategic pattern intervention*. „Journal of Strategic and Systemic Therapies”, 1: 26-33.
- O'Hanlon, W. H. (1987). *Taproots: Underlying principles of Milton H. Erickson's therapy and hypnosis*. New York: W. W. Norton.
- O'Hanlon, W. H. (1990). *A grand unified theory for brief therapy: Putting problems in context*. W: J. K. Zeig S., G. Gilligan (red.), *Brief therapy: Myths, methods and metaphors* (s. 78-89). New York: Brunner/Mazel.
- O'Hanlon, W. H. (1991). *Not strategic, not systemic: Still clueless after all these years*. „Journal of Strategic and Systemic Therapies”, 10: 105-109.
- O'Hanlon, W. H., Martin, M. (1992). *Solution-oriented hypnosis: An Ericksonian approach*. New York: W. W. Norton.
- O'Hanlon, W. H., Weiner-Davis, M. (1989). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. New York: W. W. Norton.

O'Hanlon, W. H., Wilk, J. (1987). *Shifting contexts: The generation of effective psychotherapy*. New York: Guilford.

Palazzoli, M. S. (1974). *Self starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. London: Chaucer Publishing.

Palazzoli, M. S. (1981). Comments on „Some irreverent thoughts on paradox”. „Family Process”, 20: 37-51.

Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1974). *The treatment of children through brief therapy of their parents*. „Family Process”, 13: 429-442.

Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1975, Aug.). *Paradox and counterparadox: A new model for the therapy of the family in schizophrenic transition*. Paper presented at the Fifth International Symposium on the Psychotherapy of Schizophrenia, Oslo, Norway.

Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1978). *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson.

Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980a). *Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conduct of the session*. „Family Process”, 19: 3-12.

Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980b). *The problem of the referring person*. „Journal of Marital and Family Therapy”, 6: 3-9.

Palazzoli, M. S.; Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M. (1989). *Family games: General models of psychotic processes in the family*. New York: W. W. Norton.

Papp, P. (1980). *The Greek chorus and other techniques of family therapy*. „Family Process”, 19: 45-58.

Papp, P. (1983). *The process of change*. New York: Guilford.

Parsons, B. Y., Alexander, J. F. (1973). *Short term family intervention: A therapy outcome study*. „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 41: 195-201.

Perloff, R. M., Brock, T. C. (1980). „And thinking makes it so”: *Cognitive responses to persuasion*. W: M. E. Roloff G. R. Miller (red.), „Persuasion: New directions in theory and research” (s. 67-99). Beverly Hills, CA: Sage.

Petty, R. E., Cacioppo, J. T. (1977). *Forewarning, cognitive responding, and resistance to persuasion*. „Journal of Personality and Social Psychology”, 35: 645-655.

Rabkin, R. (1977). *Strategic psychotherapy: Brief and symptomatic treatment*. New York: Basic.

Rohrbaugh, M., Tennen, H., Press, S., White, L. (1981). *Compliance, defiance and therapeutic paradox*. „American Journal of Orthopsychiatry”, 51: 454-467.

Rohrbaugh, M., Tennen, H., Press, S., White, L., Raskin, P., Pickering, M. (1977, Aug.). *Paradoxical strategies in psychotherapy*. Paper presented at the annual meeting of American Psychological Association, San Francisco, California.

Rokeach, M. (1968). *Beliefs, attitudes and values*. San Francisco: Jossey-Bass.

Romain, J. (1973). *Verdun*. St. Albans, England: Mayflower Books.

Rose, S. (1976). *The conscious brain*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books.

Rosen, J. (1953). *Direct psychoanalysis*. New York: Irvington.

Rosen, S. (1982). *My voice will go with you: The teaching tales of Milton H. Erickson, M.D.* New York: W. W. Norton. (Wyd. pol.: *Mój głos podąży za tobą*, przeł. B. K. Peczeko, Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań 1997.)

Rosenhan, D. L. (1973). *On being sane in insane places*. „Science”, 179: 250-258.

Rosenthal, R. (1966). *Experimenter effects in behavioral research*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Rosenthal, R., Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom*. New York: Holt, Rinehart Winston.

Rossi, E. L. (red.) (1980). *The collected papers of Milton Erickson*. New York: Irvington.

Rossi, E. L., Ryan, M. O., Sharp, F. A. (1983). *Healing in hypnosis: The seminars, workshops and lectures of Milton H. Erickson, Volume 1*. New York: Irvington.

Russell, P. (1979). *The brain book*. London: Routledge Kegan Paul.

Sartre, J. P. (1965). *Nausea*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books. (Wyd. pol.: *Mrłności*, przeł. J. Trznadel, PIW, Warszawa 1974.)

Schachter, S., Singer, J. E. (1962). *Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state*. „Psychological Review”, 69: 379-399.

Schefflen, A. E. (1978). *Susan smiled: On explanation in family therapy*. „Family Process”, 17: 59-68.

Schefflen, A. E. (1981). *Levels of schizophrenia*. New York: Brunner/Mazel.

Schultz, D. (1990). *Theories of personality*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Shannon, C. E., Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. Urbana: University of Illinois Press.

Speed, B. (1984a). *Family therapy: An update*. „Association for Child Psychology and Psychiatry Newsletter”, 6: 2-14.

Speed, B. (1984b). *How really real is real?* „Family Process”, 23: 511-520.

Speed, B. (1991). *Reality exists O.K.? An argument against constructivism and social constructionism*. „Journal of Family Therapy”, 13: 395-409.

Speed, B., Seligman, P., Kingston, P., Cade, B. (1982). *A team approach to therapy*. „Journal of Family Therapy”, 4: 271-284.

Spencer-Brown, G. (1979). *Laws of form*. New York: E. P. Dutton.

Stanton, M. D. (1981). *Strategic approaches to family therapy*. W: A. Gurman, D. Kniskern (red.), *Handbook of family therapy* (s. 361-402). New York: Brunner/Mazel.

Stephens, B. J. (1987). *Cheap thrills and humble pie: The adolescence of female suicide attempters*. „Suicide and Life Threatening Behavior”, 17: 107-118.

Storms, M. D., Nisbett, R. E. (1970). *Insomnia and the attribution process*. „Journal of Personality and Social Psychology”, 16: 319-328.

Strauss, A. L. (1977). *Mirrors and masks: The search for identity*. London: Martin Robertson Co.

Talmon, M. (1990). *Single-session therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Teismann, M. W. (1979). *Jealousy: Systemic, problem-solving therapy with couples*. „Family Process”, 18: 151-160.

Tennen, H. (1977, Aug.). *Perspectives on paradox: Applications and explanations*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, San Francisco, California.

Von Neuman, J., Morgenstern, O. (1944). *The theory of games and economic behavior*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Waddington, C. H. (1977). *Tools for thought*. St. Albans, England: Paladin.

Wallas, L. (1985). *Stories for the third ear. Using hypnotic fables in psychotherapy*. New York: W. W. Norton.

- Walter, J. L., Peller, J. E. (1992). *Becoming solution-focused in brief therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Watzlawick, P. (1976). *How real is real?* New York: Random House.
- Watzlawick, P. (1978). *The language of change: Elements of therapeutic communication*. New York: Basic.
- Watzlawick, P. (1983). *The situation is hopeless, but not serious*. New York: W. W. Norton.
- Watzlawick, P. (red.) (1984). *The invented reality*. New York: W. W. Norton.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: W. W. Norton.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: W. W. Norton.
- Weakland, J., Jordan, L. (1990). *Working briefly with reluctant clients: Child protective services as an example*. „Family Therapy Case Studies”, 5: 61-68.
- Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P., Bodin, A. (1974). *Brief therapy: Focused problem resolution*. „Family Process”, 13: 141-168.
- Weeks, G. (1977). *Toward a dialectical approach to intervention*. „Human Development”, 20: 277-292.
- Weeks, G., L'Abate, L. (1978). *A bibliography of paradoxical methods in psychotherapy of family systems*. „Family Process”, 17: 95-98.
- Weeks, G., L'Abate, L. (1982). *Paradoxical psychotherapy: Theory and practice with individuals, couples and families*. New York: Brunner/Mazel.
- Wegner, D. M., Vallacher, R. R., Macomber, G., Wood, R., Arps, K. (1984). *The emergence of action*. „Journal of Personality and Social Psychology”, 46: 269-279.
- Weiner, N. (1948). *Cybernetics or control and communication in the animal and the machines*. New York: Wiley.
- Weiner-Davies, M., de Shazer, S., Gingerich, W. J. (1987). *Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution: An exploratory study*. „Journal of Marital and Family Therapy”, 13: 359-363.
- Welwood, J. (1982). *The holographic paradigm and the structure of experience*. W: K. Wilber (red.), *The holographic paradigm and other paradoxes* (s. 127-135). Boulder, CO: Shambhala.
- White, M. (1988). *The externalizing of the problem and the reauthoring of lives and relationships*. „Dulwich Centre Newsletter”, Summer: 3-21.
- White, M., Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W. W. Norton.
- Whitehead, A. N., Russell, B. (1910-1913). *Principia mathematica*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Yates, J. (1958). *The application of learning theory to the treatment of tics*. „Journal of Abnormal and Social Psychology”, 56: 175-182.
- Zeig, J. (1980). *A teaching seminar with Milton H. Erickson, M.D.* New York: Brunner/Mazel.
- Zukav, G. (1979). *The dancing Wu-Li masters*. London: Fontana Paperbacks. (Wyd. pol.: *Tańczący mistrzowie Wu Li: spojrzenie na nową fizykę*, przeł T. Hornowski, Rebis, Poznań 1995.)

