

Rola relacji terapeutycznej w pomocy dzieciom krzywdzonym

Konrad Ambroziak

Prywatna praktyka psychoterapeutyczna

Często twierdzi się, że terapeuci poznawczo-behawioralni nie przykładają dostatecznej wagi do kwestii relacji terapeutycznej i osoby terapeuty. W artykule badam wpływ relacji terapeutycznej na pomoc dzieciom krzywdzonym. W szczególności rozważam wpływ przekonań terapeutów na jakość ich pracy.

Przedstawiam opis przypadku superwizji i na jego podstawie pokazuję wpływ przekonania terapeuty o własnej niekompetencji na proces diagnostyczny wykorzystania seksualnego dziecka. Przekonanie takie powoduje znaczny poziom lęku, który prowadzi do obniżenia empatii. Zachowania zabezpieczające (skupienie na celu lub narzędziach diagnostycznych) utrudniają nawiązanie poprawnej relacji. Na podstawie doświadczeń superwizyjnych i trenerskich prezentuję listę przekonań, które mogą utrudniać pomoc dzieciom krzywdzonym (dotyczą one przeważnie własnej kompetencji i szczególnej trudności pomocy dzieciom krzywdzonym).

Jeżeli przekonania terapeutów mają wpływ na przebieg leczenia, to trzeba mocno się na nich skupić w trakcie superwizji i szkolenia terapeutycznego. Należy sprawdzać i korygować nieprawdziwe przekonania dotyczące krzywdzenia dzieci, ale również zwracać uwagę na przekonania dotyczące własnej niekompetencji i lęków terapeutów. Superwizja powinna dostarczać nie tylko wiedzy merytorycznej, ale również emocjonalnego wsparcia.

SŁOWA KLUCZOWE:

TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA, PRACA Z DZIECKIEM KRZYWDZONYM, RELACJA TERAPEUTYCZNA, PRZEKONANIA KLUCZOWE TERAPEUTÓW

Traktuj ludzi tak, jakbyś chciał, żeby oni traktowali innych.

Nicholas Ladany, Myrna L. Friedlander, Mary Lee Nelson

Praca z dziećmi krzywdzonymi uchodzi za szczególnie trudną i obciążającą. Taka też często bywa. W jej trakcie spotykamy się z traumą młodych ludzi, co dla samych terapeutek i terapeutów może być traumą (Adams, Riggs, 2008; Figley, 1995). Wiemy, że oferując pomoc takim klientom, jesteśmy częściej narażeni na stres i wypalenie zawodowe. Ponadto musimy się mierzyć z poczuciem bezradności naszych pacjentów, a w trakcie pracy z mocno strauumatyzowanymi i źle funkcjonującymi ofiarami krzywdzenia sami odczuwamy bezsilność. Mogą aktywizować się w nas przekonania dotyczące niesprawiedliwości świata i niezgoda na nią. Często pojawiają się złość i chęć odwetu na sprawcach lub sprawczyniach przemocy. Najczęściej wszystkie opisane emocje i aktywizowane przekonania są adekwatną odpowiedzią na opowieść o krzywdzie dzieci. Mogą one jednak znacząco wpływać na relację terapeutyczną i efekty samej terapii. Uświadomienie sobie własnych reakcji poznawczych i emocjonalnych na krzywdę dzieci oraz sposobów, w jaki zachowujemy się w ich obecności, może znacząco poprawić jakość naszej pracy, a także pomóc naszym klientom i klientkom. Jednocześnie nieświadomość własnych mechanizmów uruchomionych w obliczu krzywdzenia może obniżać jakość prowadzonej terapii (czy – szerzej – pomocy psychologicznej), a w skrajnych przypadkach ją uniemożliwić.

W artykule analizuję wpływ przekonań własnych terapeutów i terapeutek pracujących z dziećmi krzywdzonymi oraz emocji, jakie budzi kontakt z krzywdą, na relację terapeutyczną. Odwołuję się do modelu deklaratywno-proceduralno-refleksyjnego umiejętności terapeutycznych (*declarative-procedural-reflective [DPR] model*) zaproponowanego przez Bennett-Levy'ego i Thwaitesa (2007). Następnie przedstawiam przykładową konceptualizację relacji terapeutycznej. Na tym przykładzie pokazuję trudności w tej relacji, które mogą wynikać z uruchomienia idiosynkratycznych przekonań terapeuty na temat pracy z dzieckiem krzywdzonym. Konceptualizacja relacji terapeutycznej wydaje się przydatna co najmniej z dwóch powodów. Po pierwsze, pozwala uświadomić sobie, w jakich błędnych kołach możemy obracać się wraz z naszymi pacjentami. Utknięcie w takim błędnym kole często zatrzymuje proces terapeutyczny, może wywoływać opór w naszych klientach i klientkach, a w skrajnych przypadkach prowadzić do wypadnięcia z terapii. Rozpoznanie tego, że w nim tkwimy, pozwala z niego wyjść. Poza tym – jak

twierdzą m.in. Safran, Muran, Stevens i Rothman (2007) – uświadomienie sobie trudności w relacji terapeutycznej i omówienie ich z pacjentem(-ką) może doprowadzić do wzmocnienia relacji terapeutycznej. Po drugie, konceptualizacja relacji terapeutycznej może pokazać sposób funkcjonowania pacjenta(-ki) w innych relacjach. Omówienie takiej konceptualizacji często ma więc aspekt terapeutyczny (Ladany, Friedlander, Nelson, 2005).

W kolejnej części artykułu przedstawię przykładowe przekonania dotyczące terapii dzieci krzywdzonych oraz nieprzyjemne emocje, jakie mogą się z nimi wiązać. Opiszę ich wpływ na terapię i zademonstruję sposoby podważania wiary w ich prawdziwość. Ta część tekstu ma charakter samopomocowy i jest skierowana do terapeutów oraz terapeutek, którym z powodu zawyżonych standardów, skłonności do samoobwiniania i samokarania, a także nierealistycznych i nieprawdziwych wyobrażeń na temat terapii dzieci krzywdzonych takie kontakty sprawiają trudność. Na sam koniec spróbuję wyciągnąć ogólniejsze wnioski dotyczące pomocy ludziom pracującym na co dzień z dziećmi krzywdzonymi, na poziomie pracy zarówno własnej, jak i superwizyjnej oraz wnioski dotyczące szkoleń osób mających w przyszłości pracować w tym obszarze.

W tekście używam zamiennie słów *klient(-ka)* i *pacjent(-ka)*. Postępuję tak, ponieważ każde z nich niesie za sobą pewne niewygody. Rozumienie relacji terapeutycznej jako jednej z wielu relacji, w których jedna osoba świadczy pewne usługi na rzecz drugiej (co sugeruje słowo klient/klientka), wydaje się zbyt spłyceniem tej relacji. „Usługa” terapeutyczna wydaje się czymś więcej niż prostym świadczeniem na rzecz innych osób, zbyt mocno angażuje emocjonalnie obie strony procesu, wywołuje znacznie więcej problemów etycznych niż inne relacje usługowe, kierowana jest też innymi wartościami niż prosta chęć zysku. Z kolei słowo *pacjent(-ka)* zbyt mocno wiąże psychoterapię z kontekstem medycznym. Z jednej strony, wiele procedur terapeutycznych jest traktowanych jako usługa medyczna i nakierowanych na leczenie konkretnych jednostek chorobowych (np. w podejściu nazywanym obecnie drugą falą terapii behawioralnych). Z drugiej – coraz więcej badaczy i badaczek zwraca uwagę na konieczność holistycznego rozumienia zaburzeń psychicznych, podkreśla rolę wartości, jakimi kierują się ludzie korzystający z psychoterapii, postuluje konieczność tworzenia modeli terapii opartych na założeniach transdiagnostycznych – próbując stworzyć takie modele dobrostanu psychologicznego i psychicznego cierpienia, które będą zarówno abstrahować od konkretnych zaburzeń psychicznych, jak i mogły je wytłumaczyć (Hayes, Strosahl, Wilson, 2013; Villatte, Villatte, Hayes, 2016). Wydaje się, że te aspekty psychoterapii łatwo pominąć, postępując się jedynie słowem *pacjent(-ka)*.

W dalszej części artykułu używam wymiennie męskich oraz żeńskich form osobowych rzeczowników i piszę „terapeuta” czy „terapeutka” lub „pacjent” czy „pacjentka”. Postępuję tak, aby podkreślić, że pomoc psychologiczną świadczą i korzystają z niej ludzie każdej płci.

MODEL DEKLARATYWNO-PROCEDURALNO-REFLEKSYJNY

Safran i in. (2007) definiują relację między ludźmi jako system negocjacji pomiędzy subiektywnościami osób uczestniczących w relacji (w kontekście relacji terapeutycznej jako negocjację między subiektywnością terapeuty a subiektywnością klientki). Odwołują się przy tym do ogólnej definicji, z jakiej korzystał m.in. Gordon, która głosi, że komunikacja między ludźmi prowadzi do uwspólnienia znaczeń i rozumienia – jedna osoba wie, co ma na myśli druga osoba, i *vice versa*. Oczywiście w procesie komunikacji może dochodzić do wielu potknięć czy nieporozumień. Po pierwsze, sam mogę nie dość dokładnie sformułować swoją myśl i dopiero w trakcie rozmowy to doprecyzować. Mój słuchacz może opacznie zrozumieć moje słowa, bo albo wypowiedziałem je nie dość wyraźnie, albo ich nie dosłyszał. Wreszcie, nawet jeżeli słowa, jakie wypowiadam, zostaną dobrze usłyszane, zawsze można je źle interpretować. Ktoś rozumie moje słowa za pomocą innych pojęć, źle rozumie mój stosunek do wypowiedzanych treści (chcę coś zakomunikować, mówię coś ironicznie, dzielę się swoimi przeżyciami, szukam pocieszenia...). Do tych wszystkich nieporozumień dochodzi też w relacji terapeutycznej, którą odróżnia od innych to, że z założenia ma zapewniać bezpieczne ramy, w których można analizować potknięcia w komunikacji (Miller, Rollnick, 2014).

Bennett-Levy i Thwaites (2007a) w swojej analizie relacji terapeutycznej skupili uwagę na osobie terapeuty(-ki) i zapytali, jakie jej cechy wpływają na relację terapeutyczną. Wyróżnili trzy generalne systemy, jakie oddziałują na relację terapeutyczną. Po pierwsze, jest to system wiedzy deklaratywnej. Tworzą go wszystkie informacje, które terapeuci posiadli w czasie szkolenia, ale też w trakcie swojego życia, i które są wykorzystywane w terapii. System wiedzy deklaratywnej tworzony jest przez wiadomości dotyczące relacji interpersonalnych, konceptualizacji przypadku (wiedza dotycząca diagnozy, funkcjonowania psychicznego, historii życia i tym podobne) oraz konkretnych interwencji terapeutycznych dostosowanych do opracowanej konceptualizacji.

Drugi system to system proceduralny. Od niego zależy wszystko to, co konkretnie dzieje się na sesji terapeutycznej, on steruje zachowaniami terapeuty. W jego skład wchodzi umiejętność obserwowania zachowań i reakcji klientów. Ćwiczymy

je od urodzenia, uczestnicząc w rozmaitych relacjach społecznych, a także w trakcie treningów terapeutycznych. W skład umiejętności obserwowania zachowań i reakcji klientów wchodzi umiejętności współodczuwania z pacjentem doświadczanych przez niego emocji, abstrahowania od własnego doświadczenia i zrozumienie tego, co klient przeżywa z jego perspektywy, odnosząc emocje do jego interpretacji i schematów poznawczych, oraz skupienia się na tu i teraz (umiejętności typu *mindfulness*), które pozwalają skoncentrować się na sesji oraz ułatwiają przyjęcie podwójnej perspektywy: z jednej strony wczucie się w wewnętrzny świat przeżyć klienta, a z drugiej – rozumienie tego, co się dzieje z perspektywy terapeuty.

Poza umiejętnościami percepcyjnymi zachowania terapeutki sterowane są przez dwa schematy – siebie jako osoby i siebie jako terapeutki. Schemat siebie jako osoby jest zbudowany ze wszystkich przekonań, reakcji emocjonalnych i sposobów zachowania się, które powstały w trakcie naszego życia. Jest ściśle związany z naszą idiosynkratyczną historią. W przypadku osób pracujących z dziećmi krzywdzonymi szczególnie ważna jest własna historia doświadczanych traum i nadużyć. Wpływ doznanej przemocy na zachowania terapeutki może być wieloraki. Po pierwsze, doznane urazy mogą skłaniać ją do zachowań unikowych. Rozmawianie o traumie i przemocy może wywoływać własne bolesne wspomnienia, czego terapeutka będzie chciała unikać. Po drugie, własna historia krzywdzenia może prowadzić do odwrotnego mechanizmu. Terapeutka, która sama doznała krzywdy, może być szczególnie wyczulona na różnego rodzaju oznaki krzywdzenia. Wydaje się, że może to czasem pomagać w pracy (zwłaszcza biorąc pod uwagę diagnozę krzywdzenia). Może jednak również prowadzić do wyolbrzymienia niektórych symptomów krzywdzenia oraz do zbyt daleko idących interpretacji opisywanych zdarzeń. Nawet jeżeli interpretacje te nie będą wyolbrzymione, to własna historia może skłaniać terapeutkę do forsowania własnych interpretacji – może ona przypisywać swoją bezradność, złość na sprawcę czy inne uczucia pacjentom, którzy nie doświadczali podobnych emocji. Po trzecie, badania nad osobami uzależnionymi, które utrzymują abstynencję i jednocześnie są terapeutami uzależnień, pokazują, że są one skłonne do forsowania w trakcie terapii tych rozwiązań, które im samym pomogły radzić sobie z nałogiem (Miller, Rollnick, 2014). Wydaje się, że podobny mechanizm może zachodzić w trakcie terapii dzieci krzywdzonych, gdy terapeuta, który sam był ofiarą krzywdzenia, będzie zalecał swoim klientom takie sposoby radzenia sobie z traumą, które jemu samemu przyniosły ulgę. Ogólnie mówiąc, fuzja poznawcza z własnymi traumatycznymi wspomnieniami oraz schematami poznawczymi, które powstały na skutek doznanej przemocy, może prowadzić do mniejszej uważności na osobę, z którą pracujemy, i znacząco utrudniać – a w skrajnych przypadkach uniemożliwiać – prowadzenie terapii (Hayes, Strosahl, Wilson, 2013).

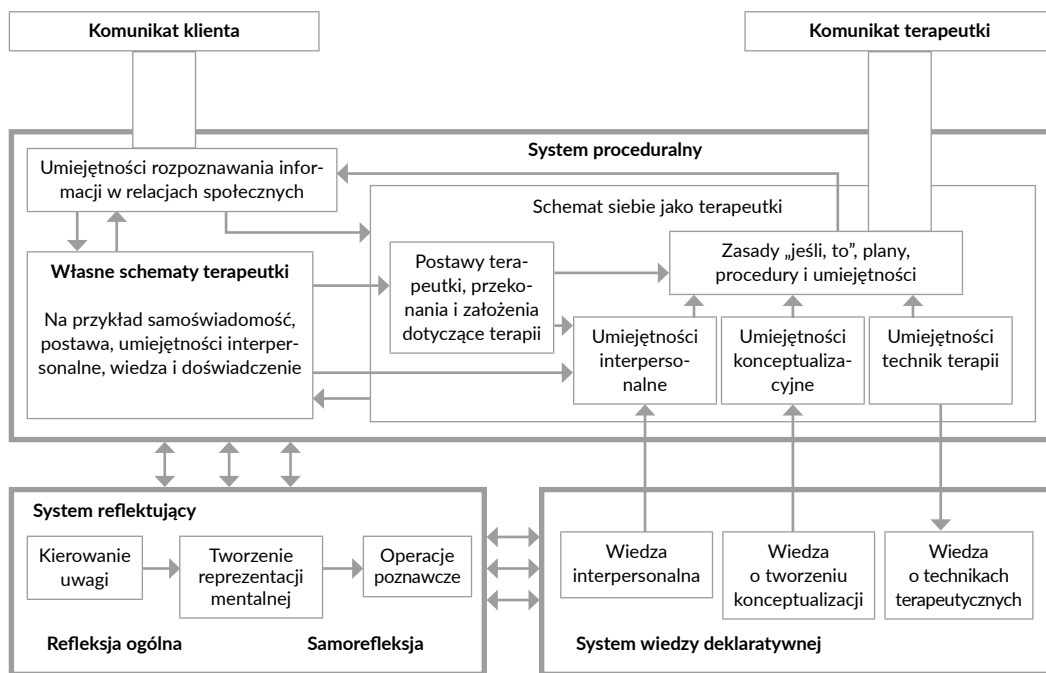
Dlatego też w przypadku osób, które doświadczyły przemocy i chcą pomagać osobom krzywdzonym, szczególnie ważna oraz konieczna jest terapia własna.

Schemat siebie jako terapeuty powstaje w trakcie treningu terapeutycznego i praktyki terapeutycznej. Obejmuje on wszystkie przekonania o sobie jako terapeutce oraz sposoby reagowania emocjonalnego i zachowania w różnych sytuacjach terapeutycznych. Jego ważnymi częściami są przekonania o własnej kompetencji/niekompetencji, założenia dotyczące terapii i pacjentek (np. założenia: „na terapii ma być miło”, „muszę być specjalistką we wszystkich dziedzinach pomocy psychologicznej”, „niektórzy pacjenci są szczególnie wrażliwi i jeżeli będą przeżywać silne emocje, to się rozpadną”), postawy własne i wartości (np. „muszę wszystkim pomóc”, „terapia to misja i nie muszę brać za nią wynagrodzenia”). Oczywiście, czasem trudno dokładnie oddzielić schemat siebie jako osoby od schematu siebie jako terapeutki. Część przekonań przenika między schematami – często wybieramy pracę w zawodach pomocowych ze względu na silną chęć pomocy innym wynikającą z osobistych schematów. Z innej strony, modyfikacja pewnych przekonań i założeń w trakcie pracy klinicznej może wpływać na obraz siebie jako osoby. Na przykład, jeżeli zaczynaliśmy pracę terapeutyczną z dysfunkcyjnym przekonaniem mówiącym, że gdy ktoś w kontakcie z nami odczuwa nieprzyjemne emocje, to znaczy, że go krzywdzimy, na skutek którego staraliśmy się być mili dla wszystkich ludzi i bardzo uważaliśmy na ich emocje, to praca terapeutyczna może dokonać przystosowawczej korekty tego przekonania (to, jak się inni czują w kontakcie z nami, nie zawsze zależy od nas i czasem w kontakcie z drugim człowiekiem od bycia miłym ważniejsze są inne wartości).

Ważną składową systemu proceduralnego są umiejętności interpersonalne, tworzenia konceptualizacji problemu oraz stosowania technik terapeutycznych. Są to zdolności do działania w określony sposób, które początkowo stosujemy świadomie i z pewnym wysiłkiem oraz które z upływającym czasem i wzrostem terapeutycznej biegłości stają się automatyczne. Umiejętności te są związane z wiedzą deklaracyjną na temat terapii i strategii interpersonalnych, jednak nie można ich do niej sprowadzić (podobnie jak nie można sprowadzić teorii jeżdżenia samochodem do umiejętności prowadzenia pojazdu). Umiejętności terapeutki, jej schematy siebie jako osoby i jako terapeutki oraz materiał ze spostrzeżonych zachowań pacjenta na sesji za pomocą zasad „jeżeli, to”, a także protokołów terapeutycznych, zostają przetworzone na jej zachowanie. Jeżeli klient opowiada np. o doznanej traumie i w pewnym momencie przestaje mówić, terapeutka może zauważyć przeżywaną trudność, odwołując się do swojej naturalnej ciekawości (schemat siebie jako osoby), wiary we własne umiejętności (schemat siebie jako terapeutki), wiedzy dotyczącej terapii traumy (rozmowa o traumie jest trudna i rodzi w klientach chęć ucieczki, ale

jednocześnie jest lecząca i zmniejsza poziom lęku) oraz posiadając wystarczające umiejętności techniczne do prowadzenia terapii, może zdecydować się nazwać trudność pacjenta („widzę, że ma pan trudność w mówieniu”), znormalizować ją („wielu ludzi nie lubi mówić o swojej trudnej przeszłości”) i zachęcić do dalszej rozmowy („będę panu towarzyszyła, gdy będzie pan wspominał trudne chwile”).

Trzeci system to system refleksyjny. W trakcie pracy terapeutycznej – zwłaszcza w momentach, gdy obserwujemy trudności w terapii – zaczynamy zastanawiać się, z czego mogą one wynikać i jak można im zaradzić. Jeżeli tak się dzieje, jest to oznaką, że włączył się system refleksyjny. Aby doszło do refleksji, musimy skierować swoją uwagę na sytuację problemową, stworzyć mentalną reprezentację problemu (a więc go opisać i skonceptualizować) oraz dokonać operacji poznawczych pozwalających na refleksję (np. wyjaśnić sytuację, wpisując ją w szerszy kontekst, zastosować techniki rozwiązywania problemów, zaakceptować ją). System refleksyjny stosuje się zarówno do systemu deklaratywnego (gdy zastanawiamy się nad przyswajaną wiedzą, podchodzimy do niej w sposób krytyczny), jak i do systemu proceduralnego (konkretnych wydarzeń zachodzących w trakcie pracy terapeutycznej, które stanowią dla nas wyzwanie i dają okazję do namysłu). Zależności między opisanymi systemami przedstawia rysunek 1.



Rysunek 1. System deklaratywno-proceduralno-refleksyjny.

Szczególnie ważne pytanie dotyczy związków między schematem siebie jako osoby a schematami siebie jako terapeuty. W trakcie prowadzenia terapii często zastanawiamy się, czy nasza reakcja jest podyktowana bardziej działaniem schematu siebie jako osoby (a więc jest uwarunkowana naszą historią oraz naszymi przekonaniami i postawami) czy jest związana ze schematem siebie jako terapeuty. W pierwszym przypadku trzeba rozważyć, czy przyniesie ona terapeutyczny skutek. Na przykład, w trakcie terapii pacjent opowiada o tym, że jego ojciec nadużywał alkoholu. Terapeuta, którego ojciec był alkoholikiem stosującym przemoc wobec syna i matki, może założyć, że ojciec pacjenta również stosował przemoc. Założenie to może działać tak silnie, że nie będzie go sprawdzał, tylko uzna, że u pacjenta występuje nasilony schemat skrzywdzenia. Tymczasem w rzeczywistości ojciec pacjenta, gdy był pijany, wycofywał się z kontaktów z rodziną i zamykał w swoim pokoju. Błędne założenie terapeuty prawdopodobnie uda się zweryfikować w trakcie terapii, ale może ono źle wpłynąć na relację terapeutyczną, ponieważ może prowadzić do nieporozumień czy wywoływać opór. Nasze uprzedzenia mogą się też bardziej dosłownie przekładać na prowadzoną terapię. Na przykład, terapeutka o silnie konserwatywnych przekonaniach może prowadzić terapię kobiety będącej w związku z mężczyzną stosującym przemoc w kierunku pracy nad wzmocnieniem małżeństwa. W przypadku silnego konfliktu wartości między naszymi postawami wynikającymi ze schematów siebie jako osób a postawami naszych klientów zawsze powinno decydować dobro naszych klientów, a nie chęć realizacji własnych postaw.

W trakcie treningów terapeutycznych, terapii własnej czy superwizji terapeutki i terapeuty zwiększają umiejętność refleksji. Jest ona związana z rozwojem osobistym, refleksją dotyczącą relacji interpersonalnych i samoświadomości oraz umiejętności terapeutycznych. Różne szkoły terapeutyczne kładą różny nacisk na konieczność odbycia terapii czy pracy własnej w trakcie szkolenia terapeutycznego. W części podejść jest to wymagane, a pozostałe jedynie rekomendują pracę własną. Za odbyciem terapii własnej podaje się przeważnie następujące argumenty. Po pierwsze, uświadomienie sobie własnych schematów siebie jako osoby pozwala lepiej orientować się, czy to, co dzieje się w relacji terapeutycznej, związane jest z historią naszego życia i schematami, jakie porusza w nas zachowanie pacjentki, czy raczej jest wynikiem jej zachowania. Po drugie, badania pokazują, że doświadczenie technik terapeutycznych na sobie samym pomaga w nauce ich stosowania oraz ułatwia zapamiętywanie ich uzasadnienia teoretycznego. Po trzecie, terapeutki i terapeuci o większej umiejętności samorefleksji wykazują się większą empatią, lepiej dostosowują interwencje do etapów terapii, są bardziej wyrozumiali, mniej osądzający, a także więcej słuchają, niż mówią (stwierdzono to w badaniach porównawczych

między terapeutami, którzy odbyli własne treningi uważności, a tymi, którzy tego nie zrobili; Bennett-Levy, Finlay-Jones, 2018; Bennett-Levy, Lee, 2014; Kohrt i in., 2015)

Bennett-Levy i Thwaites (2007a) na podstawie modelu dotyczącego relacji między systemami deklaratywnym, proceduralnym oraz refleksyjnym sformułowali również koncepcję dotyczącą konceptualizacji empatii terapeuty i jej roli w relacji terapeutycznej. Zauważyli, że empatię tworzą cztery podstawowe umiejętności. Po pierwsze, umiejętność empatycznego wczucia się w przeżycia pacjenta (spostrzeżenie tego, co on przeżywa, oraz znalezienie podobnych emocji we własnych przeżyciach). Po drugie, empatyczna wiedza oraz rozumienie tego, z jakimi sytuacjami i jakimi interpretacjami tych sytuacji przez pacjenta są związane prezentowane emocje. Po trzecie, umiejętności empatycznej komunikacji, dzięki której terapeutki pokazują swoim pacjentom, że są słuchani i rozumiani. Po czwarte wreszcie, empatyczna postawa skierowana na dobro pacjentki. Podkreślając wagę empatycznej postawy, Bennett-Levy – za Gilbertem – rozważa paradoks empatycznego zbrodniarza. Zwykły zbrodniarz, starając się wydobyć informacje z ofiary, będzie straszyl ją pistoletem. Empatyczny zbrodniarz w tej samej sytuacji przystawi pistolet do głowy dziecka ofiary. Z podobnym podkreśleniem systemu wartości kryjącego się za prawdziwie empatycznymi reakcjami spotykamy się u Millera i Rollnicka (2014), którzy w trzecim wydaniu *Motivational Interviewing* do ducha dialogu motywującego (koncepcji wyjaśniającej podstawowe zasady i założenia tego stylu rozmowy terapeutycznej) wprowadzili pojęcie współczucia – postawy nakierowanej na aktywne wspieranie dobra drugiego człowieka – aby odróżnić to podejście terapeutyczne od technik manipulacji służących osiągnięciu prywatnych celów.

Badacze podkreślają, że silnie działające schematy własne terapeutów (lub – korzystając z innego pojęcia – fuzja poznawcza z własnymi schematami, czyli utożsamienia się i branie pod uwagę raczej własnych przekonań niż doświadczenia) mogą znaczenie utrudniać empatyczne rozumienie pacjentów. Na przykład terapeuta mający silne przekonania dotyczące przeżywania nieprzyjemnych emocji („nieprzyjemnych emocji nie powinno się przeżywać”, „nie powinno się smuć”, „trzeba działać”) w obliczu klientki pogrążonej w rozpacz, może zacząć stosować techniki radzenia sobie, odwracać jej uwagę od bolesnych przeżyć czy wspomnień. Tym samym może nieświadomie dawać do zrozumienia, że jej nie rozumie i umniejsza jej przeżycia. Takie zachowania mogą w klientce rodzić złość i opór, a więc przeszkadzać w prowadzonej terapii (Safran i in., 2007).

Empatyczna postawa terapeutek jest szczególnie ważna na etapie oceny i diagnozy osób po przeżytej traumie oraz ujawniania przez nie szczególnie zawstydzających faktów z własnej przeszłości lub dzielenia się zawstydzającymi myślami czy

zachowaniami. Poczucie bycia zrozumianym zwiększa poczucie bezpieczeństwa oraz ułatwia ujawnianie krępujących informacji (Bennett-Levy, Thwaites, 2007a). Empatyczna, ciepła postawa jest też dowartościowująca. Prezentując taką postawę wobec klientów, komunikujemy, że są dla nas ważni i że interesujemy się ich punktem widzenia. Miller i Rollnick (2014) wyróżnili cztery podstawowe procesy zachodzące w rozmowie psychologicznej. Pierwszy – warunkujący wszystkie pozostałe – to proces angażowania. W jego trakcie klientka sprawdza, jak swobodnie czuje się w rozmowie z terapeutką, decyduje o tym, czy może jej zaufać i czy chce z nią pracować. Kolejny proces to ukierunkowanie, czyli skierowanie rozmowy na pola, które stanowią dla klientki problem, i takie rejony, w których chciałaby dokonać zmian. Następnym procesem jest wydobywanie. W jego trakcie wspólnie zastanawiamy się nad korzyściami ze zmian i trudnościami w ich wprowadzaniu, co może pomóc je przezwyciężyć, a także wydobywamy wewnętrzną motywację do zmiany. Ostatni proces to planowanie, określanie konkretnych planów działania w związku z obszarami sprawiającymi trudność i cierpienie. Poczucie bycia zrozumianym i zaakceptowanym wpływa w sposób zasadniczy na proces angażowania się w kontakt terapeutyczny, a od zaangażowania w relację terapeutyczną zależą wszystkie pozostałe procesy przebiegające w terapii (Miller, Rollnick, 2014).

PRZYKŁADOWA ANALIZA RELACJI PSYCHOLOGICZNEJ: UNIKANIE I ODRUCH NAPRAWIANIA

Rozważania teoretyczne w tej części artykułu warto zobrazować przykładem. Przyjrzyjmy się zatem problemom zaobserwowanym przez terapeutę w relacji psychologicznej z sześcioletnią pacjentką, która została przyprowadzona przez matkę z powodu podwyższonego poziomu lęku. Dziewczynka poszła do zerówki i bardzo źle się w niej adaptowała. Nie chciała wychodzić do szkoły, zdarzało jej się reagować silnym płaczem na rozstanie z matką, nie mogła usiedzieć na lekcjach, wstawiała z ławki i krążyła po sali, czasami w szkole wybuchała złością. Wcześniej dziewczynka nie sprawiała żadnych problemów wychowawczych ani nie zdradzała problemów emocjonalnych.

Z wywiadu z matką terapeuta dowiedział się, że dziewczynka ma młodszą – roczną – siostrzyczkę. Matka powiedziała, że razem z mężem nie wiedzieli, jak powieścić dziewczynce, że pojawi się nowe dziecko. Obawiali się tego, jak zareaguje czy nie poczuje się zagrożona. W efekcie porozmawiali z nią, gdy matka była już w zaawansowanej, widocznej ciąży. Dziewczynka nie wydawała się poruszona. Obecnie

sprawia wrażenie zadowolonej z tego, że w rodzinie pojawiło się młodsze dziecko, stara się angażować, podchodzi do siostrzyczki, całuje ją. Matka pacjentki jest na urlopie wychowawczym, a ojciec utrzymuje rodzinę, co pogorszyło ich sytuację finansową. Poza tym pół roku wcześniej do domu, w którym mieszkają, wprowadził się brat matki pacjentki. Znajduje się on w sytuacji kryzysowej, zakończył długotrwały związek i musiał wyprowadzić się z mieszkania, które zajmował z partnerką w innym mieście. Obecnie jest bezrobotny i szuka pracy.

W trakcie pierwszego spotkania z terapeutą dziewczynka zachowywała się swobodnie, łatwo nawiązywała kontakt, była zaciekawiona sytuacją. Terapeuta poprosił ją o narysowanie rodziny. Dziewczynka na rysunku umieściła wszystkich członków rodziny. Pośrodku narysowała rodziców, obok mamy swoją siostrę, a obok taty siebie. Na pytanie terapeuty, czy chciałaby jeszcze kogoś dorysować, dziewczynka kiwnęła głową i z boku dorysowała ostatnią postać, której zaznaczyła genitalia. Na pytanie: „kim jest ten pan?”, odparła, że to wujek. Na dalsze pytania powiedziała, że narysowała „siusiaka”, ponieważ „chłopcy mają siusiaki”, oraz że widziała kiedyś „siusiaka” wujka. W trakcie rozmowy była swobodna, nie zdradzała podwyższonego poziomu lęku czy niepokoju. Ponieważ spotkanie zbliżało się do końca terapeuta podziękował dziewczynce za szczerość i powiedział, że pewnie wróćą do tej rozmowy na następnym spotkaniu.

Kolejne spotkanie terapeuta zaczął od pokazania dziewczynce rysunku rodziny i spytał, czy go pamięta. Dziewczynka przytaknęła. Terapeuta zapytał, czy mogliby porozmawiać o wujku. Pytał o to, czy wujek spędza z nią dużo czasu, jak się bawią, jak lubi bawić się z wujkiem, a jakich zabaw unika. Poprosił, żeby pokazała na pacynkach wspólne zabawy. Dziewczynka odmówiła. Następnie terapeuta poprosił ją, żeby narysowała, jakich zabaw z wujkiem nie lubi. Dziewczynka, już wcześniej wycofana z kontaktu, wzięła kartkę, czarną kredkę i zaczęła ją całą zamalowywać. Wydawała się przy tym rozżaloszona. Dopytywana przez terapeutę, jak się czuje, czy wszystko dobrze, powiedziała, że wszystko dobrze, po czym podała kartkę. Terapeuta starał się uspokoić dziewczynkę, dlatego na koniec spotkania zaproponował wspólną grę. Po spotkaniu powiedział matce pacjentki, że chce się z nią spotkać i porozmawiać o córce.

Po drugiej sesji z dziewczynką terapeuta przyszedł do mnie na superwizję z pytaniem, co ma robić. Podejrzewał, że dziewczynka mogła być molestowana, i nie widział, co dalej z tym podejrzeniem zrobić. Wspólnie wyróżniliśmy dwa zagadnienia problemowe. Po pierwsze, terapeuta chciał ustalić dalszy plan: jak przeprowadzić spotkanie z matką, jak poinformować ją o swoich podejrzeniach, nie oskarżając wujka dziewczynki, jakie pytania zadać matce pod kątem diagnozy wykorzystania

seksualnego i jak pracować diagnostycznie z samą dziewczynką¹. Po drugie, był zaniepokojony tym, co wydarzyło się na drugim spotkaniu. Chciał się dowiedzieć, dlaczego dziewczynka – początkowo otwarta i zainteresowana kontaktem – na drugim spotkaniu wydawała się zaniepokojona, zalekniona, a na koniec zareagowała otwartą złością, którą terapeuta starał się uspokoić. Drugie zagadnienie związane jest z relacją terapeutyczną, a właściwie trudnościami, jakie w niej wystąpiły.

Aby dokonać analizy trudności w relacji terapeutycznej, postępowaliśmy zgodnie ze schematem zaproponowanym przez Safrana i in. (2007), którzy w superwizji relacji terapeutycznej wyróżnili cztery stadia analizy:

1. zidentyfikowanie czynnika, który spowodował trudności w relacji;
2. opisanie, rozpoznanie i zdystansowanie się od wydarzeń w relacji terapeutycznej;
3. zbadanie możliwych założeń klientki;
4. wydobycie ukrytych pragnień czy potrzeb.

Dokonanie takiej analizy relacji terapeutycznej jest szczególnie ważne, gdyż potknięcia w relacji terapeutycznej zdarzają się wówczas, gdy klient zauważa w zachowaniu terapeuty jakieś aspekty, które potwierdzają jego dysfunkcyjne założenia dotyczące relacji z innymi ludźmi. Na taką interpretację zachowań terapeuty klienci reagują często otwartą złością i konfrontacją lub wycofują się z relacji (oba zachowania można rozumieć jako formę oporu). Takie działanie może powodować wrogą albo lękową reakcję terapeuty, co prowadzi do zamknięcia błędnego koła w relacji terapeutycznej. Rozpoznanie takiego błędnego koła umożliwi wyjście z niego. Czasem też można je zanalizować w trakcie sesji z klientem i spytać, czy podobne sytuacje zdarzają się w jego życiu.

Przyjrzyjmy się fragmentowi rozmowy superwizyjnej, w którym superwizor z terapeutą identyfikują trudności w relacji terapeutycznej:

Superwizor: Jak się poczułeś i co pomyślałeś, gdy dziewczynka na rysunku rodziny narysowała wujka i dorysowała mu genitalia?

Terapeuta: Na początku nie było tak źle. Zdziwiło mnie to, ale nie byłem zaniepokojony. Myślę, że w miarę spokojnie dopytywałem ją o to, co to jest i mogłem swobodnie

1 Pierwszego pola problemowego nie będę dokładniej analizował w tym artykule. Obecnie dostępnych jest wiele pozycji dotyczących diagnozy podejrzenia wykorzystania seksualnego i sposobów prowadzenia rozmów z dziećmi wykorzystywanymi (np. Sajkowska, M. [red.]. [2010]. *Dziecko wykorzystywane seksualnie. Diagnoza, interwencje, pomoc psychologiczna*. Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje).

z nią rozmawiać. Dziewczynka też nie wydawała się zaniepokojona. Gorzej zrobiło się, gdy wyszła z gabinetu. Uświadomiłem sobie, że pogorszenie jej funkcjonowania, lęki i wybuchy złości zbiegają się w czasie z zamieszkaniem wujka u nich w domu. Pomyślałem, że może to symptomy wykorzystania seksualnego. A ja przecież nie mam doświadczenia w pracy z takimi dziećmi.

Superwizor: I co wtedy zrobisz? Jak niepokój wpłynął na ciebie?

Terapeuta: Starałem się bardzo przygotować do sesji. Przejrzałem notatki ze szkolenia o pomocy dzieciom wykorzystywanym seksualnie. Przypomniałem sobie, jakie pytania zadawać w trakcie diagnozy. Nawet napisałem sobie ich listę oraz zrobiłem listę technik, które będę mógł wykorzystać w rozmowie z dziewczynką. Wciąż byłem zdenerwowany. Nie mogłem pozbyć się myśli, żeby nie zadać jej jakiegoś pytania, które mogłoby zaszkodzić, spowodować że przypomni sobie coś strasznego i nie będzie mogła się uspokoić.

W zaprezentowanej wymianie zdań zwracają uwagę sformułowane przez terapeutę hipotezy – o możliwym związku zachowań dziewczynki z pojawieniem się wujka i, ze względu na ujawnione na rysunku treści seksualne, o możliwym wykorzystaniu seksualnym. Świadczą one o otwartości terapeuty i jego umiejętnościach tworzenia konceptualizacji problemów pacjentów. Widać także, że terapeuta zaczyna odczuwać niepokój i jego myśli zaczynają krążyć wokół własnej niekompetencji. Silnie zostaje uruchomiony schemat siebie jako terapeuty. Faktycznie, z jednej strony jest to początkujący terapeuta, z drugiej – skończył specjalistyczne szkolenie z zakresu psychoterapii i kursy dotyczące pracy z dziećmi oraz dziećmi krzywdzonymi. Pod wpływem niepokoju zostają uruchomione założenia poznawcze „jeżeli odczuwam niepokój, muszę dobrze przygotować się do sesji”, pod których wpływem terapeuta zaangażował się w zachowania, które mogą być rozumiane jako zachowania zabezpieczające – czytanie notatek i przygotowanie dokładnego scenariusza spotkania. Oczywiście, takie zachowania są dobre – często w pracy napotykamy na sytuację, w których warto odwołać się do piśmiennictwa czy superwizji. Gorzej, gdy głównym celem takich zachowań jest całkowite pozbycie się lęku czy niepokoju. Wtedy – paradoksalnie – możemy wejść w silną fuzję poznawczą z przekonaniami o własnej niekompetencji i poziom naszego lęku zamiast się zmniejszać, będzie się pogłębiał. Fuzja poznawcza i zaangażowanie w zachowania zabezpieczające może upośledzać zdolność rozpoznawania informacji w relacjach społecznych. Nasza uwaga zostaje skupiona na własnych przeżyciach i chęci wykonania własnego planu, a nie na zachowaniach klientki (Hayes, Strosahl, Wilson,

2013). Ograniczona zostaje również nasza zdolność empatii – trudno nam rozpoznawać emocje klientów, z trudem przyjmujemy ich perspektywę, zostaje także upośledzona umiejętność empatycznej komunikacji. Często okazuje się, że scenariusz, który przygotowaliśmy, przestaje działać, a poziom naszego niepokoju wzrasta. Możemy wówczas zacząć naciskać na pacjentów, żeby dostosowali się do naszego scenariusza, zadawać im coraz więcej pytań, żeby wydobyć informacje, jakie są nam potrzebne, itp. Zaczynamy działać pod wpływem odruchu naprawiania: staramy się tak wpłynąć na osobę, z którą pracujemy, aby podążała w wybranym przez nas kierunku. Przyjmujemy wówczas dyrektywny styl rozmowy, co może wywoływać opór klienta (Miller, Rollnick, 2014).

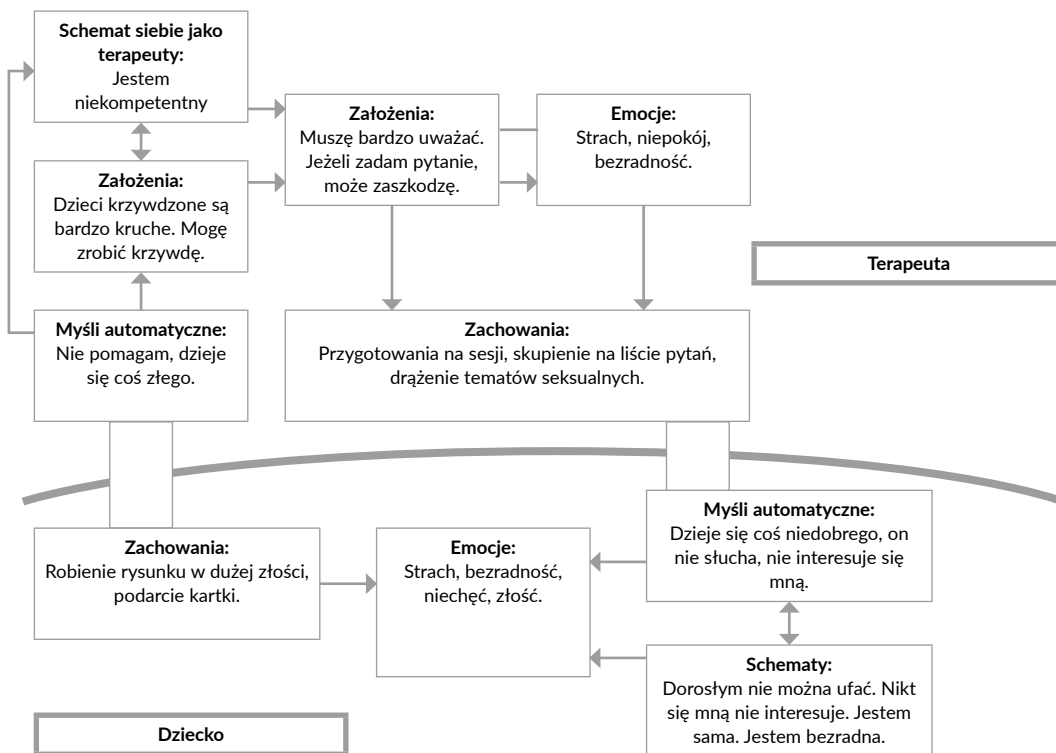
Po rozpoznaniu powyższych trudności superwizor zaproponował terapię odegranie scenki, w której wcieli się w terapeutę, a terapeuta w pacjentkę. Często takie scenki pozwalają lepiej zrozumieć perspektywę klientów oraz wyjść z własnych schematów i nawyków. W trakcie symulowanej rozmowy superwizor starał się być bardzo dyrektywny i naciskający. Całą rozmowę kierował na osobę wujka. Po odegranej scenie spytał terapeutę, jak się czuje po wykonanym ćwiczeniu i jakie wnioski dla siebie wyciąga.

Terapeuta: To było naprawdę nieprzyjemne uczucie. Miałem wrażenie, że w ogóle mnie nie słuchasz i się mną nie interesujesz. Zadawałeś pytania, na które naprawdę nie mogłem znaleźć odpowiedzi. I jeszcze zupełnie nie wiedziałem, po co mi je zadajesz. Byłem zdezorientowany, zagubiony. Złościłem się również. W trakcie rozmowy przypominałem sobie, że dziewczynka bardzo chciała opowiedzieć mi o swojej siostrzyczce, co całkowicie zignorowałem. Dopytywałem się jedynie o wujka.

Po tej wymianie zdań terapeuta z superwizorem starali się przeanalizować, jakie przekonania i założenia mogą tkwić za taką reakcją emocjonalną. Na podstawie informacji pochodzących z wywiadu przeprowadzonego z matką można postawić hipotezę, że rodzice pacjentki starają się unikać rozmów na trudniejsze czy nieprzyjemne tematy (zwlekali z powiedzeniem jej o tym, że będzie miała młodszą siostrę, żeby jej nadmiernie nie martwić). Jednocześnie dziewczynka mogła widzieć, że stosunki w rodzinie ulegają zmianie, widziała też zmiany w wyglądzie swojej matki. Mogło to powodować powstawanie przekonań mówiących, że dorośli mają swoje tajemnice i że nie można im ufać. Narodziny młodszego dziecka spowodowały, że uwaga matki w sposób naturalny skierowała się na zaspakajanie potrzeb noworodka. Jednocześnie drugie dziecko w rodzinie i rezygnacja żony z pracy spowodowały większe obciążenie ojca pacjentki i większe zaangażowanie w pracę. Dziewczynka mogła czuć się coraz

bardziej samotna i niezrozumiana. Może zaczęła myśleć, że jej potrzeby się nie liczą i nikt nie zwraca na nią uwagi? Sytuację pogorszył przyjazd wujka, który spowodował jeszcze większe zamieszanie w rodzinie. Na dodatek pacjentka miała rozpocząć naukę w zerówce, co mogło dodatkowo aktywizować przekonania o własnej bezradności. Na sesji, w kontakcie z terapeutą kierującym się odruchem naprawiania, te wszystkie przekonania zostały aktywizowane i wywołały duży opór w dziewczynce. Jeżeli dołożymy do tego możliwość molestowania seksualnego – doświadczenia, które prowadzi najczęściej do wykształcenia silnych schematów dotyczących braku zaufania wobec dorosłych, poczucia bezradności i nieprzewidywalności świata – opór dziewczynki w trakcie sesji wydaje się zrozumiały.

Opór dziewczynki (zarysowywanie w złości kartki, podarcie jej) terapeuta interpretował za pomocą negatywnych myśli automatycznych – „dzieje się coś niedobrego”, „nie pomagam”. Myśli te wzmacniały jego lęk i niepokój. Z jednej strony, interpretował te zachowania jako potwierdzające hipotezę doznania wykorzystania seksualnego (uruchomiona została zasada „jeżeli dziecko zachowuje się w tak emocjonalny sposób, bardzo możliwe, że spotkało je coś złego”). Z drugiej strony, aktywizowało to schemat siebie jako terapeuty mówiący o własnej niekompetencji terapeutycznej. Połączone to było z założeniami mówiącymi, że klienci nie powinni przeżywać na sesji nieprzyjemnych czy trudnych emocji oraz że jeżeli takie emocje się pojawią, terapeuta powinien od razu interweniować i pomóc pacjentom przestać je przeżywać (być może założenia te związane są ze schematem siebie jako osoby, w którym zawarte może być przekonanie, że trzeba być miłym i pomocnym). Pod wpływem tych przekonań terapeuta zaproponował dziewczynce grę w Memo. Oczywiście w tej propozycji nie ma niczego złego. Często w trakcie terapii dzieci i wczesnych nastolatków część sesji przeznaczamy na wspólną, angażującą zabawę czy inne aktywności niezwiązane bezpośrednio z terapią. Często też takie zachowanie ma pomóc klientom w rozładowaniu dystresu. W przypadku pracy z opisywaną pacjentką należy jednak wziąć pod uwagę hipotezę, że jej rodzice radzą sobie z trudnymi emocjami przez unikanie sytuacji, w jakich mogą się one pojawić, czy przez unikanie rozmów na tematy trudne lub bolesne. Taka strategia może wzmacniać przekonania, że nieprzyjemne emocje są niebezpieczne oraz że lepiej ich unikać i nie wyrażać. Jeżeli ta hipoteza jest prawdziwa, to dalsza terapia powinna być raczej nakierowana na naukę przeżywania emocji, ich uprawomocnienia i wypowiedziania, co w efekcie zwiększy akceptację nieprzyjemnych emocji i przeżyć. Podtrzymywanie strategii unikania może doprowadzić jedynie do wzrostu zachowań problemowych (np. wybuchów niekontrolowanego gniewu). Opisane błędne koła w relacji terapeutycznej w wersji uproszczonej przedstawia rysunek 2.



Rysunek 2. Przykład błędnego koła w relacji terapeutycznej.

Terapeuta na skutek negatywnych myśli automatycznych i uaktywnionego schematu o własnej niekompetencji myślał o odesłaniu dziewczynki na diagnozę do bardziej doświadczonej osoby. W trakcie supervizji mógł rozważyć, czy takie zachowanie będzie pożyteczne czy szkodliwe dla jego klientki. Po stronie plusów zanotował możliwość skorzystania z bardziej profesjonalnej pomocy. Prawdopodobnie jednak odesłanie dziewczynki wiązałoby się z długim czasem oczekiwania na diagnozę (brak specjalistów) oraz z koniecznością dojazdów do innego miasta (w mieście, w którym pracuje terapeuta, nie ma ani wyspecjalizowanych ośrodków pomocy dzieciom wykorzystywanym seksualnie, ani osób mających bardzo duże doświadczenie w pracy z takimi dziećmi). Po stronie minusów zanotował to, że dziewczynka zaczęła budować z nim relację, w trakcie pierwszego spotkania była bardzo otwarta i chętna do rozmowy. Odesłanie jej mogłoby być doświadczeniem wzmacniającym schemat mówiący o tym, że dorosłym nie można ufać, być może trzeba ich chronić i nie można z nimi rozmawiać na trudne tematy (prawdopodobnie z takim zachowaniami spotyka się dziewczynka ze strony rodziców).

Strategicznie biorąc pod uwagę powyższe, decyzja o odesłaniu dziewczynki na diagnozę wydawała się błędna. Jednocześnie aktywne schematy dotyczące własnej niekompetencji mogłyby łatwo sabotować efekty pracy terapeutycznej i diagnozy. W trakcie superwizji trzeba było je omówić na poziomie poznawczym. Terapeuta był proszony, żeby zastanowił się, czy odbycie specjalistycznego szkolenia terapeutycznego oraz szkoleń związanych z pomocą dzieci krzywdzonych świadczy o jego niekompetencji? Czy to, że jest świadomy i uważny na rozpoznawanie oznak krzywdzenia dzieci, świadczy o jego niekompetencji? Wreszcie trzeba było porozmawiać o zagrożeniach wynikających z przekonań dotyczących szczególnej wrażliwości dzieci krzywdzonych oraz szczególnej wagi tematu krzywdzenia – prawdopodobnie są one częścią systemu deklaratywnego wiedzy terapeuty utworzonego na podstawie potocznych sądów na temat krzywdzenia dzieci. Mogą one z jednej strony prowadzić do unikania tematu krzywdzenia (naturalna reakcja unikania nieprzyjemnych sytuacji czy przeżyć). Unikanie takie przejawia się w niechęci do rozmowy na tematy seksualne lub związane z traumą i często upośledza samą umiejętność rozpoznawania niepokojących sygnałów. Z drugiej strony, mogą prowadzić do nadmiernej czujności czy motywować do nadrozponawania wykorzystania seksualnego. Terapeuta zastanawiał się nad tym, jak powiedzieć matce dziewczynki, że być może doszło do wykorzystania seksualnego. Oczywiście taka interpretacja była bardziej związana z wyczuleniem terapeuty na problem krzywdzenia, a nie z realnymi danymi. Z obserwacji i wywiadu faktycznie wynika, po pierwsze, że dziewczynka cierpi na pewne kłopoty emocjonalne, a po drugie, że pojawienie się treści seksualnych na rysunku rodziny może motywować do myśli o wykluczeniu (lub potwierdzeniu) nadużycia seksualnego. Prawdopodobnie warto porozmawiać z matką o tym rysunku i ocenić jej reakcję, a także porozmawiać o zwyczajach seksualnych rodziny (jaki stosunek do seksu mają jej członkowie, czy jest różnica w podejściu do spraw seksu między ojcem, matką i jej bratem, jak zachowują się w domu – np. czy ktoś chodzi nago), zebrać wywiad dotyczący rozkładu dnia i czynników ryzyka wykorzystania seksualnego. Na tym etapie pracy psychologicznej przesądzenie o tym, że do wykorzystania seksualnego doszło jest jednak mocno przedwczesne. Zaprezentowane trudności w relacji terapeutycznej były związane z określonymi przekonaniami terapeuty – budującymi jego schemat siebie jako terapeuty, być może też schemat siebie jako osoby oraz składającymi się na system wiedzy deklaratywnej. Przekonania budujące schematy siebie jako osoby i siebie jako terapeuty upośledzają działanie systemu proceduralnego i prowadzą do trudności w relacji terapeutycznej.

WYBRANE UPRZEDZENIA, DEZADAPTACYJNE PRZEKONANIA I SCHEMATY MOGĄCE WPŁYWAĆ NA PROCES TERAPII DZIECI KRZYWDZONYCH

Badacze podkreślają, że na pracę terapeutyczną mogą wpłynąć przekonania z trzech głównych obszarów. Pierwszy z nich dotyczy pewności siebie (należy głównie do schematu siebie jako terapeuty). Drugi obszar związany jest z wyczerpaniem emocjonalnym i różnymi traumatyzacjami. Ten obszar może być związany zarówno ze schematem siebie (zmęczenie emocjonalne wynikające z trudów życia terapeutki, czy traumy doświadczone w życiu prywatnym) jak i ze schematem siebie jako terapeuty (zmęczenie wynikające z pracy z trudnymi pacjentami, wtórna traumatyzacja na skutek słuchania opowieści o traumie). Wreszcie trzeci obszar związany jest z większymi deficytami charakterologicznymi terapeuty (Ladany, Friedlander, Nelson, 2005). Pierwszy z obszarów może być omawiany w trakcie superwizji lub specjalistycznych szkoleń, drugi często bywa badany podczas terapii własnej i może być również omawiany w trakcie superwizji pracy klinicznej, a trzeci jest obszarem do pracy w terapii własnej. Sugestiami dotyczącymi pracy superwizyjnej i szkoleniowej skierowanej do osób pomagających dzieciom krzywdzonym zajmę się w dalszej części artykułu. Teraz chciałbym omówić główne przekonania terapeutów związane przede wszystkim z schematem własnej niekompetencji, pewnymi przekonaniami dotyczącymi pracy z osobami, które doświadczyły przemocy, oraz uprzedzeniami dotyczącymi przeżywania emocji.

Opisywane schematy dezadaptacyjne często są częścią schematu siebie jako terapeuty lub siebie jako osoby, stanowią część wiedzy deklaratywnej, lub stanowią część reguł sterujących zachowaniem terapeutek. Niezależnie od tego, gdzie konkretnie umieścimy je w konceptualizacji zaproponowanej przez Bennett-Levy'ego, to silna fuzja poznawcza z nimi może prowadzić do takich trudności, jakie opisałem analizując wcześniej przykładowe błędne koło w relacji terapeutycznej. Generalnie upośledza ona zdolności percepcyjne terapeuty, wpływa na obniżenie jego empatii oraz dyktuje zachowania, które mogą negatywnie wpływać na relację terapeutyczną. Poddanie refleksji tych przekonań (uświadomienie ich sobie i próba dyskusji z nimi) może ułatwić defuzję poznawczą i polepszyć jakość pracy terapeutycznej. Przekonania poniższe wyróżniam, kierując się swoją pracą kliniczną, trenerską i superwizyjną.

Pierwsze przekonanie mówi, że z dzieckiem krzywdzonym mogą pracować osoby wysoce wykwalifikowane, o bardzo dużym doświadczeniu życiowym i zawodowym. Widzieliśmy, jak przekonanie to może utrudniać pracę przytoczonym

wcześniej przykładzie. Jeżeli terapeuta skupiony jest głównie na przeżywaniu poczucia własnej niekompetencji, jego zdolność empatycznego rozumienia i podążania za swoimi klientami, budowania trafnych konceptualizacji problemu – a czasem nawet adekwatnej diagnozy problemów – może być mocno ograniczona. Często angażuje się on w zachowania zabezpieczające, takie jak nadmierne przygotowywanie do sesji, ściśle trzymanie się wyznaczonych celów terapii lub opracowanych wcześniej scenariuszy spotkania, czy poddaje się nadmiernemu odruchowi naprawiania. Takie zachowania mogą wpływać na osłabienie zaangażowania klientów i wywoływać ich opór. Rozpatrując to przekonanie od strony poznawczej, warto zauważyć, że część badań pokazuje, iż terapeuci i terapeutki o większym doświadczeniu, którzy przeszli terapię własną, osiągają lepsze rezultaty w zakresie budowania relacji terapeutycznej i mają większe umiejętności empatycznego reagowania na potrzeby klientów (Branson, Shafran, Myles, 2015). Jednocześnie, zbudowanie kompetencji stosowania np. technik terapii poznawczo-behawioralnej odbywa się w trakcie cztero-pięcioletniego szkolenia składającego się z 450 godzin zajęć². Uważa się, że terapeuci i terapeutki, którzy przeszli takie szkolenia lub skończyli drugi rok szkolenia i poddają swoją pracę stałej superwizji, mogą udzielać pomocy psychologicznej. Na pewno nie warto doradzać pracy klinicznej z dziećmi krzywdzonymi terapeutkom i terapeutom bez żadnego doświadczenia oraz bez żadnych dodatkowych treningów pracy z takimi osobami. Z innej strony, warto pamiętać, że nawet najbardziej doświadczone terapeutki kiedyś musiały swoje doświadczenie zdobyć. Każda z osób pracujących w zawodzie przyjmowała kiedyś swoich pierwszych pacjentów. Generalnie wydaje się, że należy zachęcać młodych terapeutów, którzy przeszli specjalistyczne szkolenia lub są w ich trakcie, do pomagania dzieciom krzywdzonym. Dobrym pomysłem, zwłaszcza na początku pracy, jest korzystanie z częstej superwizji, odwoływanie się do pomocy zespołu czy superwizji koleżeńskiej.

Drugie przekonanie mówi, że praca z dzieckiem krzywdzonym jest szczególnie obciążająca psychicznie i wymaga niesamowitej odporności psychicznej. Faktycznie, zjawisko wtórnej traumatyzacji osób spotykających się z traumą jedynie pośrednio, na skutek kontaktu z osobami strauumatyzowanymi i ich opowieściami, jest dobrze opisane i rozpoznane (Adams, Riggs, 2008; Figley, 1995). Ponadto osoby, które same doznały przemocy w dzieciństwie i nie uporały się z własnymi traumami, mogą źle reagować na pracę z osobami krzywdzonymi. Prawdopodobnie różnimy się indywidualną odpornością na opowieść o ludzkim nieszczęściu i cierpieniu. Zakładanie jednak,

2 Wytyczne Europejskiego Stowarzyszenia Terapii Poznawczo-Behawioralnej – <https://eabct.eu/wp-content/uploads/2014/02/Thomas-Kalpakoglou-Training-and-Accreditation-2002-2013.pdf>.

że do pracy z dziećmi krzywdzonymi potrzebne są jakieś szczególne predyspozycje czy odporność wydaje się mocno przesadzone. Udzielając pomocy psychologicznej, spotykamy się z różnymi objawami cierpienia: pracujemy z osobami w żałobie, przeżywającymi straty, towarzyszymy osobom chorym, często śmiertelnie, spotykamy się z osobami, które na skutek klęsk żywiołowych i kataklizmów straciły cały swój dobytek, a często także swych bliskich, pracujemy z ofiarami wojennych traum i innymi. Generalnie, pracując z ludźmi, wystawiamy nasze wrażliwe części na wielokrotne zranienia. Taka jest charakterystyka pracy psychologicznej. Dobrze jest rozpoznawać te zagrożenia, żeby móc się przed nimi zabezpieczać czy lepiej nimi zarządzać. Należy zwracać uwagę na własne ograniczenia i wartości (części z nas łatwiej przychodzi towarzyszenie chorym onkologicznie, części z nas – dzieciom krzywdzonym). Dobrze jest również w trakcie tej pracy dbać o własny dobrostan psychiczny. Wielu osobom pomagają praktyki duchowe (często zetknięcie z cierpieniem i nędzą jest motywem do religijnego nawrócenia). Nasza odporność psychiczna zmienia się również z czasem i doświadczeniem życiowym. Niektórym terapeutkom szczególnie trudno pracować z dziećmi krzywdzonymi, gdy same mają małe dzieci. Trzeba to wszystko brać pod uwagę. Nie należy jednak wyolbrzymiać trudów tej pracy. Krzywda dzieci jest jedną z wielu niesprawiedliwości tego świata. Jest szczególnie trudna do zniesienia, gdyż dotyczy osób najczęściej zupełnie bezbronnych. Jednocześnie wciąż zdarza się na świecie i są dzieci, które potrzebują pomocy dorosłych. Jeżeli zdecydowaliśmy się pracować w zawodzie pomocowym, nie warto przed nią uciekać (i często nie będziemy mogli uciec).

Przekonanie, że przemoc wobec dzieci jest zjawiskiem marginalnym, dziejącym się tylko w patologicznych środowiskach oraz że mnie i środowiska, w którym pracuję, nie dotyczy, może skutecznie utrudnić dostrzeżenie problemu przemocy i krzywdzenia, prowadzić do racjonalizacji obserwowanych faktów, w kontakcie z dzieckiem krzywdzonym wzmacniać chęć unikania rozmowy na temat przemocy, a tym samym utrudniać lub nawet uniemożliwiać jej ujawnienie. Żeby pozbyć się tego przekonania, wystarczy odwołać się do zwykłych statystyk dotyczących zjawiska krzywdzenia dzieci (np. Krzywdzenie dziecka. Analiza zjawiska, 2012) Często do jego zmiany przyczynia się odbycie szkolenia dotyczącego rozpoznawania problemów krzywdzenia dzieci.

Ostatnia grupa przekonań z obszaru schematów siebie jako terapeuty może utrudniać szczególnie pracę z rodzicami dzieci krzywdzonych, a – w szczególnych sytuacjach – uniemożliwić podjęcie interwencji prawnej w przypadku ujawnienia krzywdzenia dzieci. Przekonania te grupują się wokół zasad – „muszę pomóc wszystkim”, „muszę zaspokoić potrzeby wszystkich”. Terapeucie, który kieruje się

takimi sztywnymi przekonaniem, może być szczególnie trudno udzielać np. informacji korygujących postawy rodziców wobec ich dzieci czy informować opiekunów o krzywdzie dziecka. Często przekonania takie mogą negatywnie wpływać na terapię. Wyobraźmy sobie, że młoda terapeutka, kierując się tym przekonaniem, będzie się starała z jednej strony wysłuchać skargi matki na niewłaściwe zachowanie dziecka, z drugiej – uprawomocnić i zrozumieć emocje dziecka wywołane tym, że matka nie rozumie zupełnie jego cierpienia i zachowań, do jakich to cierpienie prowadzi. W przypadku takich konfliktów warto uświadomić sobie, kto jest naszym głównym klientem i czyje interesy oraz dobra mamy w pierwszej kolejności wspierać. Czasem wspieranie dobra dziecka może być w krótkotrwałym konflikcie z dobrami rodzica i odwrotnie. Na przykład, wiemy, że praca nad narracją o traumie może prowadzić do chwilowego pogorszenia nastroju i funkcjonowania klientki. Powrót do trudnej przeszłości może boleć. Jest jednak w interesie klientki. Jednocześnie w interesie rodzica może być dobre funkcjonowanie dziecka w szkole. Mamy wówczas konflikt interesów, który należy rozwiązywać, pracując tylko z jedną osobą.

Z przekonaniem „muszę wszystkim pomagać” może być związane przekonanie mówiące, że interwencja prawna w przypadku krzywdzenia dziecka może skrzywdzić potencjalnego sprawcę albo że do podjęcia interwencji prawnej potrzebna jest stuprocentowa pewność, iż do krzywdzenia dziecka doszło. Dyskutując z takim przekonaniem, warto zdać sobie sprawę z następujących kwestii. Po pierwsze, żaden psycholog czy ktoś inny wspierający dzieci krzywdzone nigdy nie będzie miał dostatecznej wiedzy, żeby ze stuprocentową pewnością rozstrzygnąć, czy do krzywdzenia doszło czy nie. Nie ma on instrumentów ułatwiających ustalenie stanu faktycznego (nie robi wizji lokalnej, nie może wysłać dziecka na badania medyczne, jeżeli rodzice nie wyrażają zgody, często nie ma możliwości przesłuchać potencjalnego sprawcy czy świadków krzywdzenia). Takie instrumenty umocowane są w prawie i dysponują nimi prokuratura i sądy. Zadaniem sądu jest ustalenie stanu faktycznego (tzn. czy doszło do złamania prawa czy nie). Poza tym – jak w każdej dziedzinie życia – i tu musimy liczyć się z pewnym marginesem niepewności i ryzyka. Zadaniem psycholożki, pedagoga czy nauczyciela nie jest ustalanie faktów, ale dbanie o ochronę praw dzieci. Dlatego, gdy nabierają oni podejrzania, że mogło dojść do krzywdzenia, powinni podejmować interwencję prawną. Wytyczne polskie (Podlewska, Trocha, 2010) i międzynarodowe (np. amerykańskie – Miller, Dove, Miller, 2007) do pracy z dziećmi krzywdzonymi wyraźnie o tym mówią. Po drugie, jeżeli rozpoznamy w sobie to przekonanie, warto uświadomić sobie, że zgłoszenie podejrzenia popełnienia przestępstwa nie jest wydaniem wyroku na podejrzanego i jako takie nie może go skrzywdzić. Sąd może uznać podejrzanego za niewinnego lub prokuratura na etapie postępowania

przygotowawczego może umorzyć sprawę. Jeżeli tak się nie stanie, warto odpowiedzieć sobie na pytanie, jakie dobro jest warte większej opieki: bezpieczeństwo, ochrona dziecka, sprawiedliwość czy wolność sprawcy lub sprawczyni krzywdzenia?

Kolejna grupa przekonań dotyczy samych dzieci krzywdzonych i pracy z nimi. Generalnie można je sprowadzić do przekonania: dzieci krzywdzone są szczególnie wrażliwe i można im łatwo zaszkodzić. Faktycznie, doświadczenie traumy często prowadzi do trudności emocjonalnych i jest źródłem dużego cierpienia. U ofiar krzywdzenia mogą występować zespół stresu pourazowego, inne zaburzenia lękowe, depresja, zaburzenia zachowania czy odżywiania. Trzeba jednak pamiętać, że dzieci te zostały już naprawdę skrzywdzone, szkoda już je spotkała. Żadna rozmowa, której celem jest pomoc, nie może im bardziej zaszkodzić. Paradoksalnie, to właśnie brak rozmowy może być szkodliwy. Jeżeli przemoc spotyka się z milczeniem, ofiary mogą łatwo dojść do wniosku, że lepiej o niej nie mówić, bo i tak nie znajdą pomocy. Mogą poczuć się jeszcze bardziej bezsilne. Często milczenie może powodować samo obwinianie się (skoro inni o tym nie mówią, to może nie jest to problem i w rzeczywistości zasłużyłem na to, co mnie spotkało). Brak rozmowy na temat przemocy uniemożliwia jej ujawnienie. Ponadto po ujawnieniu tylko rozmowa o krzywdzie ze wspierającym dorosłym pozwala sobie z nią poradzić, uporać się z przykrymi emocjami, jakie wywołują wspomnienia, zrozumieć, co się tak naprawdę stało. Pamiętajmy, że dzieci krzywdzone doświadczyły już rzeczy strasznych. Prawdopodobnie nawet nie do końca udana interwencja psychologiczna nie będzie od nich gorsza. Oczywiście, możemy sobie wyobrazić słowa, które naprawdę mogą tym dzieciom zaszkodzić (np. obwinianie ich za doznaną przemoc, wybielanie sprawcy przemocy, bagatelizowanie czy unieważnianie przeżytej krzywdy i inne). Wydaje się, że trzeba mieć wiele złej woli i bardzo mało wiedzy, żeby takie słowa chcieć wypowiadać.

Szczególną odmianą przekonania o dużej wrażliwości dzieci krzywdzonych jest przekonanie, że lepiej nie rozmawiać o przeżytej traumie, bo może to doprowadzić do powrotu nieprzyjemnych wspomnień i być za bardzo bolesne. Przeciwnie, większość podejść terapeutycznych jest zgodnych w tym, że jedynie powrót do bolesnej przeszłości może zmniejszyć ból i docelowo doprowadzić do jej akceptacji. Próba ucieczki od wspomnień jedynie nasila ich moc. Sama w sobie może być też problemem, ponieważ angażuje nas w działanie, które nie może się udać. Przekonanie to często jest związane z całym kompleksem przekonań dotyczących przeżywania emocji. Oczywiście, wszyscy ludzie pracujący w zawodach polegających na udzielaniu pomocy psychologicznej są zaznajomieni z tym, że nie ma dobrych ani złych emocji (pierwszy z mitów dotyczących emocji). Często podział ten jest zastępowany przez podział na emocje łatwe i trudne. Taki język jednak również zamazuje istotę rzeczy.

Emocje na pewno nie są tak trudne, jak zadania matematyczne czy górskie podejście. W tych ostatnich przypadkach słowo trudne znaczy m.in., że są to zadania, z którymi możemy sobie nie poradzić i które wymagają szczególnej biegłości. Trudne zadanie matematyczne to takie, które niewielu umie rozwiązać i potrzebne są do tego szczególne umiejętności. Trudne podejście pod górę to takie, pod które nie uda się podejść osobie nieprzygotowanej fizycznie i bez specjalistycznego sprzętu, a sama próba może doprowadzić do poważnego wypadku. W tym sensie nie można mówić o „trudnych emocjach” – nie można bowiem nie umieć przeżyć emocji lub potrzebować specjalnych umiejętności, żeby sobie z nią poradzić. Emocje to pewne wydarzenia, które się rozpoczynają i kończą. Jediną sztuką jest umieć je znieść. Czasem problemem jest to, co robimy pod ich wpływem (wybuchamy złością, okaleczamy się, sięgamy po używki itp.). Ale to nie emocje, ale zachowania mające na celu najczęściej ich szybkie ukojenie sprawiają problemy. Z tych przyczyn sugeruję zastąpienie mówienia o trudnych emocjach mówieniem o emocjach przyjemnych i nieprzyjemnych (z całą pewnością przeżywanie niektórych emocji przyjemne nie jest).

Jednym z częstych przekonań początkujących terapeutów dotyczącym nieprzyjemnych emocji jest przekonanie, że terapia powinna być miła. Oczywiście przez takie przekonanie możemy unikać rozmowy na bolesne, wywołujące lęk czy złość tematy. Żadna z tych emocji nie jest przecież miła. Przekonania takie sabotują samą istotę pomocy psychologicznej, która polega na rozmowie na tematy, które sprawiają trudności naszym pacjentom. Jeżeli te tematy sprawiają trudności, możemy założyć, że rozmowa na ich temat nie będzie „miła”. Niektórzy badacze i praktycy wskazują wręcz, że rozmowa terapeutyczna wywołująca nieprzyjemne emocje pozwala klientom uspokoić się oraz nauczyć się tolerowania napięcia i skutecznego regulowania reakcji emocjonalnych (Leahy, Tirsch, Napolitano, 2014). Część terapeutek przez przekonanie, że terapia powinna być miła, bardzo przeżywa sytuacje, w których klientka wychodzi z terapii, wciąż przeżywając silne emocje. Żeby do tego nie dopuścić, dokładają starań, by ostatnie minuty sesji poświęcić na wygaszenie emocji. Jest to słuszna strategia (zwłaszcza planując sesję poświęconą rozmowie o przeżytej traumie, warto przeznaczyć czas na uspokojenie nieprzyjemnych emocji). Trzeba jednak pamiętać, żeby takie zachowanie nie wzmocniło w pacjentce własnych przekonań dotyczących nietolerowania emocji (np. „nie można przeżywać silnych emocji”, „przeżywanie emocji jest oznaką słabości” itp.). Podstawową zasadą rządzącą pracą z emocjami powinna być ich akceptacja i uprawomocnienie tego, że każda osoba doświadczająca trudnych zdarzeń czy o nich opowiadająca może przeżywać nieprzyjemne emocje. W tych emocjach nie ma nic złego, a każda emocja jest w trakcie terapii mile widziana.

JAK POMAGAĆ OSOBOM PRACUJĄCYM Z DZIEĆMI KRZYWDZONYMI? – PROWADZENIE WARSZTATÓW, SZKOLEŃ I SUPERWIZJI

Wiedzy na ten temat problemu krzywdzenia dzieci w pierwszej kolejności dostarczają warsztaty i szkolenia. Widzieliśmy wyżej, że wiele błędnych przekonań dotyczących pracy z dziećmi krzywdzonymi może wynikać z braku wiedzy na temat zjawiska. Dostarczanie wiedzy o faktach często zwiększa również świadomość specjalistów dotyczącą krzywdzenia dzieci i uwrażliwia ich na problem. Czasem po szkoleniu z diagnozy krzywdzenia uczestnicy stwierdzają, że wcześniej wiedzieli, iż „takie rzeczy mają miejsce”, ale byli przekonani, że ich bezpośrednio ten problem nie dotyczy. Po szkoleniu zmieniają zdanie i zaczynają dostrzegać, że z dzieckiem krzywdzonym ma szansę spotkać się każdy specjalista pracujący z dziećmi.

Sposób prowadzenia szkoleń, warsztatów i superwizji w dużej mierze wynika z poziomu doświadczenia uczestników. Na początku szkolenia najważniejsze wydaje się przekazywanie konkretnej wiedzy. Szkolenia skierowane do osób nieposiadających żadnej wiedzy w danej dziedzinie siłą rzeczy prowadzone są metodą bardziej dydaktyczną³. W trakcie szkolenia terapeutycznego często przekazuje się wiedzę dotyczącą konkretnych protokołów terapeutycznych i scenariuszy postępowania z określonymi problemami. W szczególności w odniesieniu do pracy z dziećmi krzywdzonymi przekazuje się wiedzę dotyczącą pracy z traumą i zaburzeniami pourazowymi. Wraz ze wzrostem poziomu wiedzy oraz zaangażowania szkolenie zmienia swoją formę z mocno dydaktycznej i kierowanej przez trenerów na szkolenie prowadzone metodą warsztatową (czy sokratejską). Wówczas trenerki raczej wydobywają wiedzę od uczestników szkolenia, niż dzielą się swoją wiedzą, więcej jest także pracy w podgrupach, wymiany własnych doświadczeń, rozmowy na temat własnych przekonań, wątpliwości czy uprzedzeń. Jeżeli jest to szkolenie terapeutyczne, uwaga zostaje przeniesiona z nauki konkretnych sposobów postępowania na modyfikację protokołów, tworzenie głębszej konceptualizacji problemów pacjentów, prace nad rozumieniem relacji terapeutycznej, jej wpływu na terapię i tego, jak można ją wykorzystywać do samej terapii. Punkt ciężkości zostaje przesunięty z pytania „co robić?” na pytanie „jak to robić?” (Törnquist, Rakovshik, Carlsson, Norberg, 2017).

3 Terminu *metoda dydaktyczna* używam w sensie przekazywania i podawania wiedzy wprost oraz kontrastuję go z *metodą sokratejską*, która polega na wydobywaniu wiedzy od uczestników szkolenia. Termin ten przez dydaktyków rozumiany jest jako metoda podająca (np. wykład, prezentacja).

Podkreśla się wagę nauki przez doświadczenie. Bennett-Levy mówi w tym kontekście o modelu nauki opartej na praktyce własnej i samorefleksji. W trakcie szkolenia zachęca się uczestniczki i uczestników do tego, żeby doświadczyli na sobie konkretnych sposobów rozmowy, narzędzi diagnostycznych czy technik terapeutycznych, a następnie wyciągnęli wnioski, jakie płyną z tego doświadczenia dla ich praktyki pracy pomocowej. Kluczowe pytania w tym kontekście dotyczą tego, czego doświadczyli (praktyka własna) oraz jak to doświadczenie wpływa na ich pracę i rozumienie problemu (samorefleksja; Bennett-Levy, Lee, 2014). W kontekście szkoleń dotyczących pracy z dzieckiem krzywdzonym (zarówno diagnozy, jak i terapii) w zakresie praktyki własnej ważne jest również uświadamianie sobie własnych przekonań i postaw związanych z problematyką krzywdzenia dzieci oraz tego, jak te przekonania mogą wpływać na pracę terapeutyczną. Praca z dzieckiem krzywdzonym, zwłaszcza na początku, może wzbudzać w osobach ją wykonujących wiele lęku i niepokoju. Jedną z funkcji szkolenia jest umożliwienie przeżycia własnego lęku i opowiedzenia o własnych obawach. Wiemy, że ludzie przyzwyczajają się do sytuacji, które wzbudzają w nich niepokój: im częściej robimy to, czego się boimy, tym bardziej zmniejsza się nasz niepokój (proces ten przez terapeutów behawioralnych nazwany jest habituacją). Jedną z funkcji szkolenia dotyczącego pracy z dziećmi krzywdzonymi jest habituacja do lęku wywołanego tym tematem.

Istotną funkcją szkolenia jest również wzrost umiejętności empatycznego rozumienia sytuacji osób, którym pomagamy. W szczególności ważne jest rozumienie perspektywy dziecka krzywdzonego „od środka”. Aby osiągnąć taką umiejętność, musimy odwołać się do własnych przeżyć (a więc do siebie jako osoby, nie tylko siebie jako terapeuty), wzbogacić swoją wiedzę deklaratywną dotyczącą krzywdzenia dzieci oraz wzmacniać swoje umiejętności postępowania. (Bennett-Levy, Thwaites, 2007a) Prawdopodobnie każdy z nas doświadczył w pewnym momencie swojego życia krzywdzenia (oczywiście najczęściej nie na takim poziomie, jak młodzi ludzie, z którymi nierzadko musimy pracować). Dzięki odwołaniu się do własnych doświadczeń będziemy mogli obserwować zarówno powszechność zjawiska krzywdzenia, jak i idiosynkratyczność doświadczeń naszych klientów i klientek. (Bennett-Levy, Lee, 2014) Odwołanie się do własnego doświadczenia pomoże również monitorować i uświadamiać sobie, jakie własne przeżycia oraz ukształtowane na ich podstawie przekonania oraz emocje mogą wpływać na pracę pomocową.

Badania pokazują, że myśląc o dłuższych formach szkolenia specjalistów i specjalistek w zakresie udzielania pomocy dzieciom krzywdzonym, dobrze w ich trakcie wprowadzać elementy *mindfulness* (uwaga) czy *self-compassion* (techniki terapii nakierowanej na współczucie). Z jednej strony, pomagają one klientkom

znosić nieprzyjemne emocje związane ze wspomnieniami doznanych krzywd i warto uwzględnić je w pracy terapeutycznej, a z drugiej – doświadczenie technik uważności na sobie przez samych terapeutów zwiększa świadomość psychologiczną i umiejętności rozpoznawania stanów psychicznych klienta oraz uważnego słuchania i bycia z pacjentkami. W trakcie trenowania technik uważności wzrastają:

- empatia do klientów i gotowość do rozmowy o trudnych przeżyciach;
- umiejętność wyboru odpowiednich technik terapeutycznych w zależności od momentu terapii;
- zdolność powstrzymania się od udzielania rad i dopytywania oraz wytrzymywania ciszy;
- umiejętność rozmowy na temat dziecięcych wspomnień;
- świadomość własnych schematów i zachowań kompensujących, które wpływają na przebieg terapii.

Trenowanie technik uważności pozwala również terapeutom i terapeutką lepiej radzić sobie ze stresem i jako takie jest skuteczną metodą zapobiegania wypaleniu zawodowemu czy wtórnej traumatyzacji. (Bennett-Levy, Finlay-Jones, 2018).

Z łatwością dostrzegamy, że szkolenie oparte na metodach praktyki własnej i samorefleksji z jednej strony bardziej angażuje uczestników i uczestniczki, a z drugiej – jest dla nich bardziej wyczerpujące i obciążające. W jego trakcie może uruchomić się wiele lęków, obaw i niepokojów. Przeważnie są one związane z obawami przed utratą kontroli na skutek przeżywanych emocji i ekspozycją na ocenę przez innych uczestników. Warto omówić z uczestniczkami oraz uczestnikami te obawy i je znormalizować. Często dobrze jest wprowadzić elementy psychoedukacji dotyczącej emocji (nawet przeżycie silnych emocji nie doprowadzi do utraty zmysłów czy szaleństwa) oraz pokazywać podobieństwo obaw doświadczanych przez osoby na szkoleniu z obawami doświadczanymi przez dzieci krzywdzone w trakcie kontaktu ze specjalistami. W tym kontekście ważne jest również stworzenie bezpiecznej przestrzeni dla uczestników i uczestniczek oraz dokładne omówienie kontraktu i zasad obowiązujących w trakcie szkolenia (poufność, nieosądzanie, mówienie z perspektywy ja i inne). W trakcie omawiania pracy własnej dobrze dokonać rozróżnienia między refleksją nad własnymi poruszonymi emocjami czy schematami (którą uczestniczki i uczestnicy mogą zachować dla siebie) a refleksją nad procesem szkolenia i wnioskami, jakie w jego trakcie mogą wyciągnąć dla własnej pracy klinicznej (zачęcamy do dzielenia się nimi; Bennett-Levy, Lee, 2014).

Dotychczasowe uwagi dotyczące technik szkoleniowych można odnieść również do prowadzenia superwizji osób pomagającym dzieciom krzywdzonym. Superwizje

początkujących terapeutów są przeważnie bardziej dyrektywne, w ich trakcie udziela się konkretnych wskazówek do pracy i informacji zwrotnych. W przypadku bardziej doświadczonych terapeutek superwizje są natomiast prowadzone metodą sokratejską oraz nakierowane na refleksję dotyczącą własnej pracy i samorefleksję. Częściej także omawia się w ich trakcie dostosowanie protokołów terapeutycznych do pracy z konkretnymi pacjentami czy zagadnienia związane z relacją terapeutyczną (Branson i in., 2015).

Superwizje osób pracujących z przemocą powinny zawierać również elementy przeciwdziałające wypaleniu zawodowemu. Dobrze omawiać na nich emocje, jakie w terapeutkach i terapeutach budzi praca z dziećmi krzywdzonymi, oraz je normalizować. W trakcie superwizji można stosować ćwiczenia uważnościowe lub z terapii nakierowanej na współczucie, żeby ułatwić superwizantom spojrzenie na własną pracę i własne emocje z pewnego dystansu oraz ich zaakceptowanie. W trakcie superwizji warto badać przekonania superwizantek dotyczące ich kompetencji i niekompetencji. Widzieliśmy, że silna fuzja poznawcza z przekonaniem o własnej niekompetencji może doprowadzić do mniejszej reaktywności na potrzeby klientów, a w skrajnych przypadkach wzmacniać zachowania unikowe. Pod ich wpływem terapeuci mogą chcieć unikać pracy z dziećmi krzywdzonymi czy odsyłać takich klientów do bardziej doświadczonych kolegów lub koleżanek. Problem ten opisywałem wcześniej. Superwizując osoby pracujące z dziećmi krzywdzonymi, należy położyć duży nacisk na dowartościowywanie mocnych stron superwizantek i superwizantów. Po pierwsze, dowartościowania wzmacniają relację superwizyjną – wolimy przebywać z osobami, które są dla nas wspierające i nas szanują. Po drugie, zachowania superwizorów modelują zachowania superwizantów, a praca nad niską samooceną jest ważnym elementem terapii dzieci krzywdzonych. Po trzecie, silne przekonania o własnej niekompetencji mogą prowadzić do wyolbrzymiania potknięć w terapii i pomijania jej osiągnięć. Może to prowadzić do błędnych ocen klinicznych. Dowartościowania wzmacniają też poczucie pewności siebie. Praca z dziećmi krzywdzonymi często łączy się z podejmowaniem interwencji prawnych, jest pracą z osobami ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa, a niekiedy wymaga podejmowania szybkich decyzji, do czego potrzebna jest wiara we własne siły i poczucia własnej kompetencji (Törnquist i in., 2017). Terapeuci i terapeutki w trakcie pracy z dziećmi krzywdzonymi oraz ich opiekunami własną postawą powinni dawać do zrozumienia, że problem można rozwiązać, a terapia często bywa skuteczna. Aby robić to szczerze i autentycznie, dobrze samemu wierzyć we własne siły.

Niektóre badania nad skutecznością superwizji pokazują, że umożliwianie w jej trakcie wyboru terapeutom dalszego postępowania klinicznego i stosowania

konkretnych technik terapeutycznych wzmacnia ich wiarę we własne możliwości oraz zwiększa szansę skutecznej interwencji. Dyrektywne narzucanie własnych rozwiązań przez superwizora często okazuje się nieskuteczne i zmniejsza szanse na zastosowanie takiej interwencji przez terapeutę (Törnquist i in., 2017). Kierowanie, dyrygowanie czy wymuszanie rozwiązań zwiększa opór. Jeżeli czujemy, że nasza autonomia może być zagrożona, podejmujemy znaczne wysiłki, by ją chronić (Miller, Rollnick, 2014). Taki mechanizm może być uruchomiony również w trakcie superwizji prowadzonej w sposób dyrektywny. Należy brać pod uwagę, że kształtowanie własnej autonomii jest również ważnym elementem terapii dzieci krzywdzonych. Dobrze więc, żeby terapeutki i terapeuci pracujący z takimi dziećmi mieli możliwość uczestniczenia w superwizjach, w których ich autonomia będzie szanowana. Takie zachowania superwizorów często modelują zachowania terapeutów i terapeutek.

Safran i in. (2007) podkreślają wagę umiejętności akceptowania własnej osoby przez terapeutów. Pozwala to na głębszą refleksję nad własnymi reakcjami, emocjami i myślami, które pojawiają się w relacji terapeutycznej. Taka umiejętność pomaga zaangażować się w autentyczny dialog z klientem. Samoakceptacja jest szczególnie istotna w przypadku pracy z osobami, które doznały potężnych krzywd w swoim życiu. W oczywisty sposób takie osoby poruszają w nas silne emocje. Żeby móc je zaakceptować (i znieść), musimy się nauczyć akceptowania samych siebie, a zwłaszcza naszej wrażliwej i podatnej na zranienia części. Superwizja powinna pomagać terapeutom i terapeutkom w rozwoju tej umiejętności (Safran i in., 2007).

PODSUMOWANIE

Praca psychologiczna z dziećmi ofiarami krzywdzenia jest często bardzo angażująca i obciążająca. Wielokrotnie w jej trakcie zostają poruszone schematy osób pomagających oraz uruchomione silne przekonania i emocje. Schematy te wpływają na proces terapii. Dzieci krzywdzone często są bardzo wrażliwe na sygnały interpersonalne, wyszukują komunikatów mogących świadczyć o zagrożeniu, często je nadinterpretują. Kontekst pracy z takim klientem powinien szczególnie uczułać terapeutów i terapeutki na monitorowanie własnych reakcji w trakcie terapii. Zadawanie sobie pytania, czy moja reakcja emocjonalna jest adekwatna do sytuacji i czy pokazanie jej klientce będzie miało walor terapeutyczny jest ważnym elementem samo refleksji. Z tego względu szczególnie wskazane podczas szkoleń dotyczących krzywdzenia dzieci, jak również superwizji osób pomagającym takim dzieciom jest zwracanie uwagi na aspekt relacyjny tej pracy. Dobrze jest również zatroszczyć się o osoby pracujące z takim typem klientek i klientów, jak również uczyć je umiejętności, które

pozwolą na skuteczne zatroszczenie się o samych siebie. Artykuł rozpocząłem od cytatu „Traktuj ludzi tak, jakbyś chciał, żeby oni traktowali innych” (Ladany i in., 2005). Ponieważ często uznajemy, że dzieci krzywdzone są szczególnie wrażliwym typem klientów, którym należy się troska i opieka, z taką samą troską i opieką powinniśmy odnosić się do ludzi, którzy im pomagają.

E-mail autora: konrad.ambroziak@wp.pl.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, S., Riggs, S. (2008). An exploratory study of vicarious trauma among therapist trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, 2, 26–34.
- Bennett-Levy, J., Finlay-Jones, A. (2018). The role of personal practice in therapist skill development: a model to guide therapists, educators, supervisors and researchers. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47, 185–205.
- Bennett-Levy, J., Lee, N. K. (2014). Self-practice and self-reflection in cognitive behaviour therapy training: what factors influence trainees' engagement and experience of benefit? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(1), 48–64.
- Bennett-Levy, J., Thwaites, R. (2007a). Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 591–612.
- Bennett-Levy, J. Thwaites, R. (2007b). Self and self-reflection in the therapeutic relationship. A conceptual map and practical strategies for the training, supervision and self-supervision of interpersonal skills. W: P. Gilbert, R. L. Leahy (red.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (s. 255–281). Nowy Jork, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Branson, A., Shafran, R., Myles, P. (2015). Investigating the relationship between competence and patient outcome with CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 19–26.
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Nowy Jork, NY: Brunner/Mazel.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. Wilson, K. G. (2013). *Terapia akceptacji i zaangażowania. Proces i praktyka uważnej zmiany*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kohrt, B. A., Jordans, M. J. D., Rai, S., Shrestha, P., Luitel, N. P., Ramaiya, M. K., Singla, D. R., Patel, V. (2015). Therapist competence in global mental health: Development

- of the Enhancing Assessment of Common Therapeutic factors (ENACT) rating scale. *Behaviour Research and Therapy*, 69,11–21.
- Krzywdzenie dziecka. Analiza zjawiska. (2012). *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 11(2).
- Leahy, R. L., Tirch, D. Napolitano, L. A. (2014). *Regulacja emocji w psychoterapii. Podręcznik praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Ladany, N., Friedlander, M. L., Nelson, M. L. (2005). *Critical events in psychotherapy supervision*. Waszyngton, DC: American Psychological Association.
- Miller, K. L., Dove, M. K., Miller, S. M. (2007). *A counselor's guide to child sexual abuse: Prevention, reporting and treatment strategies*. Paper based on a program presented at the Association for Counselor Education and Supervision Conference, Columbus, OH.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2014). *Dialog Motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie?* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Safran, J. D., Muran, C., Stevens, C. Rothman, M. (2007). A relational approach to supervision: addressing ruptures in the alliance. W: C. A. Falender, E. P. Shafranske (red.), *Casebook for clinical supervision: A competency-based approach* (s. 137–157). Waszyngton, DC: American Psychological Association.
- Sajkowska, M. (red.). (2010). *Dziecko wykorzystywane seksualnie. Diagnoza, interwencje, pomoc psychologiczna*. Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje.
- Törnquist, A., Rakovshik, S., Carlsson, J., Norberg, J. (2017). How Supervisees on a Foundation Course in CBT Perceive a Supervision Session and what they Bring Forward to the Next Therapy Session. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(3), 302–317. DOI: 10.1017/S1352465817000558.
- Villatte, M., Villatte, J. L. Hayes, S. C. (2016). *Mastering the Clinical Conversation. Language as Intervention*. Londyn – Nowy Jork, NY: The Guilford Press.

IMPACT OF A THERAPEUTIC RELATIONSHIP ON HELPING ABUSED CHILDREN

It is said that cognitive-behavioral therapists do not pay sufficient attention to the issue of the therapeutic relationship and the person of therapist. The article examines the impact of a therapeutic relationship on helping abused children. In particular, I consider the influence of therapists' beliefs on the quality of their work. I present the case of supervision and on its basis I show the influence of the belief about therapist's incompetence on the diagnostic process of child sexual abuse. The conviction of their own incompetence results in a significant level of anxiety that leads

to lowering empathy. Security behaviors (focus on purpose, using the diagnostic tools) make it difficult to establish a correct relationship. On the basis of supervisory and coaching experiences, I present a list of beliefs that may make it difficult to help abused children (they mostly concern one's own competence and a particular difficulty of helping abused children).

If the therapists' beliefs have an impact on the course of treatment, then you need to focus strongly on them during supervision and therapeutic training. You should check and correct false beliefs about child abuse, but also pay attention to beliefs about your own incompetence and fears therapists. Supervision should provide not only substantive knowledge but also emotional support.

KEYWORDS:

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY, WORK WITH ABUSED CHILD, THERAPEUTIC RELATIONSHIP, KEY THERAPISTS' BELIEFS

Cytowanie:

Ambroziak, K. (2018). Rola relacji terapeutycznej w pomocy dzieciom krzywdzonym. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(4), 51–81.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.