

Szanowni Państwo,

Mamy przyjemność zaprosić Państwa na Drugą Ogólnopolską Konferencję, której celem jest stworzenie przestrzeni do dyskusji, wymiany doświadczeń i doskonalenia zawodowego psychoterapeutów dziecięcych, młodzieżowych i rodzinnych, pracujących w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Mamy również nadzieję, że ta Druga Konferencja, podobnie jak Pierwsza, która odbyła się w maju 2017, będzie dobrą okazją do integracji środowiska psychoterapeutów działających w systemie edukacji.

Psychoterapię rozumiemy jako specjalistyczną, intencjonalną metodę pomagającą w modyfikacji dysfunkcyjnych zachowań, procesów poznawczych, emocjonalnych dzieci, młodzieży i rodzin. Mieści się ona w zadaniach poradni, w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych w tym publicznych poradniach specjalistycznych (Dz.U. z dnia 13 lutego 2013 poz.199) opisana jest w paragrafie 8.1

„& 8.1 Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana dzieciom i młodzieży oraz rodzicom polega w szczególności na:

1/ prowadzeniu terapii dzieci i młodzieży oraz ich rodzin,

(.....)

2. Pomoc o której mowa w ust. 1 jest udzielana w szczególności w formie

1) indywidualnych lub grupowych zajęć terapeutycznych dla dzieci i młodzieży

2) terapii rodziny

3) grup wsparcia

4) interwencji kryzysowej”

Kierując się Państwa życzeniami wyrażonymi w ankiecie podsumowującej poprzednią konferencję (wyniki ankiety w materiałach tej konferencji) tym razem proponujemy koncentrację uwagi na zastosowaniu teorii systemowej terapii rodzin w diagnozie funkcjonalności/dysfunkcjonalności rodziny i wynikających z tej wstępnej diagnozy implikacji do kwalifikacji dziecka lub adolescenta do psychoterapii indywidualnej lub do terapii całej rodziny.

Korzystając z doświadczenia terapeutów prowadzących terapię indywidualną dzieci i młodzieży zamierzamy pokazać diagnostyczną użyteczność teorii psychoterapeutycznych: psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej czy ericksonowskiej oraz w jaki sposób

odniesienie pracy terapeutycznej do konkretnej teorii pomaga skuteczniej prowadzić indywidualny proces terapeutyczny.

Wyniki badania przeprowadzonego w roku 2015 i opisanego w artykule:

„Psychoterapia w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Możliwości i zakres stosowania” w Kwartalnik „Psychoterapia” nr 4 (175) 2015

http://www.psychoterapiaptp.pl/uploads/PT_4_2015/77Piasecka_Psychoterapia_4_2015.pdf

wskazują, że terapeuci pracujący w poradniach psychologiczno-pedagogicznych wobec braku jednoznacznie opisanych standardów skazani są na indywidualne poszukiwania skutecznego stylu pracy.

Do kontynuacji dyskursu rozpoczętego rok temu: w jaki sposób organizować działalność postdiagnostyczną w przypadku stwierdzonych problemów emocjonalnych u dzieci i młodzieży zaprosiliśmy w tym roku niezwykle doświadczone i uznane autorytety prof. Irenę Namysłowską, dr Barbarę Arską - Karyłowską, mgr Pawła Glitę,

W pierwszej części konferencji prelegenci przedstawia referaty opisujące podstawy teoretyczne pracy psychoterapeutycznej z rodzinami, dziećmi i młodzieżą. Referaty te dodatkowo przygotowują uczestników do dyskusji nad standardami pracy terapeutycznej w poradniach psychologiczno-pedagogicznych..

W drugiej części konferencji, Zarząd Sekcji Psychoterapii PTP realizując swoje zadanie statutowe i korzystając z doświadczenia zawodowego obecnych na konferencji psychologów/pedagogów - psychoterapeutów pracujących w systemie edukacji, dyrektorów poradni psychologiczno - pedagogicznych oraz aktywnego udziału w konferencji przedstawielek Ośrodka Rozwoju Edukacji i Ministerstwa Edukacji Narodowej, podejmie próbę sformułowania standardów postdiagnostycznej pracy terapeutycznej w poradniach psychologiczno-pedagogicznych.

Życzymy owocnej pracy i satysfakcji z udziału w konferencji!

Komitet Programowy i Organizacyjny

Iwona Kozłowska-Piwowarczyk

Bogusława Piasecka

Maria Marquardt

PROGRAM II KONFERENCJI

dla poradni psychologiczno-pedagogicznych

„Co? Komu? Kiedy?

Psychoterapia indywidualna dzieci i młodzieży? Terapia rodzin?”

18 kwietnia 2018 roku

09.00 – 10.00 - rejestracja uczestników

10.00 - 10.05 – otwarcie konferencji i przywitanie zaproszonych gości
przewodnicząca SP PTP mgr Iwona Kozłowska-Piwowarczyk

10.05- 10.45– radca generalny Departamentu Wychowania i Kształcenia Integracyjnego MEN Elżbieta Neroj i kierownik Wydziału Diagnostyki i Współpracy z Poradniami Psychologiczno-Pedagogicznymi Ośrodka Rozwoju Edukacji Izabella Lutze
Działalność postdiagnostyczna poradni psychologiczno-pedagogicznych w systemie pomocy psychologiczno-pedagogicznej – kierunki prac nad modelowymi rozwiązaniami.

10.45 – 11.30 – wykład prof. Irena Namysłowska
„Podstawy teoretyczne diagnozy sytuacji rodziny dziecka – działania postdiagnostyczne i wskazania do terapii rodzin lub indywidualnej dziecka ”

11.30 – 12.00 – przerwa na kawę

12.00 – 12.45 – wykład mgr Paweł Glita
„Rozwojowe i instytucjonalne czynniki wspierające i ograniczające psychoterapię młodzieży.”

12.45 – 13.30 – wykład dr Barbara Arska-Karyłowska
„Psychoterapia dzieci w poradni psychologiczno – pedagogicznej – teorie stosowane w pracy psychoterapeutycznej. Opis przypadku.”

13.30 – 14.15 – przerwa na lunch

14.15 – 16.15 – Dyskusja w podgrupach tematycznych:

I. Praktyka i standardy stosowania psychoterapii indywidualnej dzieci w PPP.
Moderator: dr Bogusława Piasecka

II. Praktyka i standardy stosowania psychoterapii indywidualnej młodzieży w PPP.
Moderator: mgr Maria Marquardt

III. Praktyka i standardy stosowania terapii rodzin w PPP.
Moderator: mgr Iwona Kozłowska-Piwowarczyk

16.15 – 16.30 - podsumowanie i zamknięcie konferencji

Informacje organizacyjne:

Prowadzenie sekretariatu: Mateusz Smoliński

Tel. 509 201 821

e-mail: sekretariat@poradnieppp-psychoterapia.pl

strona internetowa: www.poradnieppp-psychoterapia.pl

STRESZCZENIA WYKŁADÓW

Elżbieta Neroj – Radca Generalny Departamentu Wychowania i Kształcenia Integracyjnego MEN

Izabella Lutze – kierownik Wydziału Diagnostyki i Współpracy z Poradniami Psychologiczno-Pedagogicznymi Ośrodka Rozwoju Edukacji

Działalność postdiagnostyczna poradni psychologiczno-pedagogicznych w systemie pomocy psychologiczno-pedagogicznej – kierunki prac nad modelowymi rozwiązaniami.

Podczas wystąpienia zostaną omówione następujące kwestie:

- Działania ukierunkowane na wieloaspektowe rozpoznanie potrzeb dziecka – diagnoza uwzględniająca kontekst biopsychospołeczny, podmioty włączone w proces diagnozy: uczniowie, nauczyciele, rodzice, specjaliści poradni psychologiczno-pedagogicznych.
- Działania postdiagnostyczne poradni jako element strategii ukierunkowanej na poprawę funkcjonowania dzieci i uczniów.
- Wzmocnienie systemu pomocy psychologiczno-pedagogicznej - działania MEN i ORE.

prof. Irena Namysłowska

Warszawski Ośrodek Psychoterapii i Psychiatrii

Podstawy teoretyczne diagnozy sytuacji rodziny dziecka – wskazania do terapii rodziny lub indywidulanej dziecka.

Dom jest punktem wyjścia D.W. Winnicott

W kontekście teorii systemów, a zwłaszcza konstruktywizmu i konstrukcjonizmu społecznego diagnoza rodziny wydaje się być bardzo trudna, problematyczna lub nawet niepotrzebna. Nie mniej jednak podstawowe znaczenie terapii rodzin w programie pomocy dzieciom i młodzieży zmusza nas do oceny funkcjonowania rodziny, która poprzedza podjęcie terapii. Wprawdzie większość badaczy zgadza się z twierdzeniem, że każda rodzina dysfunkcyjna jest inna, ale wspólną ich cechą jest brak wewnętrznych zasobów, zwłaszcza tendencji do zmiany w miarę potrzeb zmieniającego się środowiska, zwłaszcza zmian w cyklu życia rodziny. Dlatego nieco szerzej omówione zostaną cechy funkcjonalnej i dysfunkcyjnej rodziny. Zastanowimy się także nad zmianami w polskich rodzinach i ich wpływem na zaburzenia emocjonalne dzieci i młodzieży na przykładzie dwu typów rodzin: rodziny „przemocowej” i rodziny „bezzadnej”. Omówione zostaną także trudności z tworzeniem programu terapeutycznego dla rodzin zarówno ze strony dziecka, jak i rodziny czy też instytucji pomocowych. Wskazania do terapii rodziny lub terapii

indywidualnej dziecka zależą od wielu czynników, wieku dziecka, i jego problematyki, fazy cyklu życia rodziny, przekazów transgeneracyjnych, oczekiwań rodziny i gotowości do podjęcia terapii a także preferencji terapeuty. Wydaje się jednak, że najczęściej, choć trudno mówić o niepodważalnej zasadzie, decyzja o dalszej terapii rodziny lub dziecka powinna być podjęta po rodzinnej sesji lub nawet kilku sesjach diagnostycznych.

mgr Paweł Glita

Rozwojowe i instytucjonalne czynniki wspierające i ograniczające psychoterapię młodzieży

Celem wystąpienia będzie pokazanie jak wiek pacjenta oraz określone warunki w których odbywa się psychoterapia młodzieży mogą pozytywnie lub negatywnie wpływać na jej wynik. Poprzez odwołanie się do psychoanalitycznych koncepcji Anny Freud, Donalda Winnicota, Wilfreda Biona i Otto Kernberga autor podejmie próbę pokazania interakcji charakterystycznej emocjonalności nastolatka z jego środowiskiem leczącym oraz to jak można myśleć o wywieraniu leczącego wpływu poprzez ustalanie określonych ram leczenia, w obrębie których odbywa się dialog terapeutyczny.

dr Barbara Arska-Karyłowska

Akademickie Centrum Psychoterapii i Rozwoju Uniwersytetu SWPS

Psychoterapia dzieci w poradni psychologiczno – pedagogicznej – teorie stosowane w pracy psychoterapeutycznej. Opis przypadku.

Uczniowie z poważnymi problemami emocjonalnymi stanowią około 7% populacji uczniowskiej. Biorąc pod uwagę negatywny wpływ problemów psychologicznych na funkcjonowanie i rozwój dziecka oraz na funkcjonowanie jego rodziny i jego otoczenia społecznego, konieczne jest, by dzieci te otrzymały pomoc. Pomoc tę powinny otrzymać jak najszybciej po diagnozie, a zastosowana interwencja powinna być przeprowadzona metodami, których skuteczność jest empirycznie sprawdzona i dowiedziona.

Obecnie w przypadku diagnozy specyficznych problemów uczenia lub problemów logopedycznych, poradnie oferują taką pomoc. Natomiast w przypadku zaburzeń emocjonalnych lub psychoneurologicznych rodzic musi szukać pomocy gdzie indziej i jeśli ją znajdzie, to najprawdopodobniej będzie musiał za nią zapłacić.

Poradnie psychologiczno-pedagogiczne, ze względu na ich rolę w systemie edukacji, są placówkami, w których taka interwencja byłaby zarówno dla dzieci i ich rodziców jak i dla nauczycieli najbardziej dostępna. Jednakże wydaje się, że zarówno z punktu widzenia kształcenia przyszłych i obecnych pracowników poradni jak i organizacji pracy w

większości poradni, wprowadzenie do nich psychoterapii stanowić może poważne wyzwanie.

W referacie omówię najważniejsze warunki, które powinny zostać spełnione, by poradnie mogły skutecznie prowadzić oddziaływania postdiagnostyczne, nie tylko w zakresie logopedii i specyficznych problemów uczenia, ale także w przypadku diagnozy zaburzeń emocjonalnych.

Omówione zostaną:

- A. Najważniejsze zagadnienia etyczne związane z prowadzeniem terapii dzieci
- B. Planowanie oddziaływań w oparciu o diagnozę
- C. Oparte na dowodach metody psychoterapii dzieci
- D. Rola psychoedukacji rodziców dla skuteczności psychoterapii dziecka

PRELEGENCI I MODERATORZY DYSKUSJI

dr Barbara Arska-Karyłowska - Kierownik Zakładu Psychologii Klinicznej Dziecka, Wydział Psychologii Uniwersytetu SWPS. Zajmuje się psychoterapią dziecięcą, poradnictwem oraz superwizją pracy psychoterapeutów dziecięcych. Naukowo interesuje się psychopatologią dzieci i młodzieży ze szczególnym uwzględnieniem ADHD i zaburzeń lękowych. Prowadzi terapię w Akademickim Centrum Psychoterapii i Rozwoju Uniwersytetu SWPS. Autorka publikacji naukowych poświęconych psychologii dziecięcej, w tym książki „Kształtowanie zachowań prospołecznych u dzieci za pomocą modelowania” (1982). Na Uniwersytecie SWPS prowadzi zajęcia z zakresu psychopatologii dziecka, metod pracy z dziećmi i młodzieżą, a także psychologicznej diagnozy klinicznej.

mgr Paweł Glita - psycholog, psychoterapeuta psychodynamiczny. Certfikowany superwizor Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej. W przeszłości pracownik Zespołu Terapii Młodzieży Krakowskiego Ośrodka Terapii- Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej; obecnie współpracownik Krakowskiego Centrum Psychodynamicznego i Dziennego Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży w NZOS „Kompas” w Będzinie.

mgr Iwona Kozłowska-Piowarczyk – psycholog, certyfikowany psychoterapeuta i superwizor Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, certyfikowany psychoterapeuta EAP. W latach 1991 roku do 2012 roku, psycholog-psychoterapeuta w Zespole Terapii Rodzin Krakowskiego Ośrodka Terapii – specjalistycznej poradni psychologiczno-pedagogicznej (1993-2003 dyrektor KOT); nauczyciel dyplomowany; od 2004 założycielka i dyrektor niepublicznej placówki doskonalenia zawodowego psychologów i pedagogów Ośrodek Psychoterapii Systemowej, kierownik merytoryczny i realizatorka programu szkoleniowego 4-letniego kursu psychoterapii rekomendowanego przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne; autorka publikacji (głównie w kwartalniku „Psychoterapia”) ilustrujących zastosowanie psychoterapii jako działalności postdiagnostycznej w poradniach psychologiczno-pedagogicznych; w latach 2006 – 2015 członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; od 2013 roku przewodnicząca Zarządu Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

mgr Izabela Lutze - pedagog – andragog, specjalista w Wydziale Rozwoju Szkół i Placówek Ośrodka Rozwoju Edukacji w Warszawie. Zajmuje się problematyką dotyczącą poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego oraz diagnozy. Trener i lider programów oraz projektów z zakresu rozwijania umiejętności psychospołecznych uczniów. Autor i redaktor merytoryczny materiałów edukacyjnych dla nauczycieli, specjalistów i rodziców. Koordynator i ekspert merytoryczny projektów oraz działań edukacyjnych. Prowadzi formy doskonalenia dla nauczycieli i specjalistów z zakresu specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów, planowania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Prelegentka na ogólnopolskich seminariach i konferencjach. Koordynator zespołu opracowującego projekty pozakonkursowe finansowane z EFS.

mgr Maria Marquardt - psycholog, certyfikowany psychoterapeuta, trener II stopnia i superwizor psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Założycielka Katowickiego Instytutu Psychoterapii. Przez wiele lat pracowała w oświacie (nauczyciel mianowany) prowadząc pomoc psychologiczną, psychoterapię, psychoprofilaktykę i psychoedukację.

prof. Irena Namysłowska – prof. dr hab., psychiatra, psychoterapeuta, superwizor Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, wieloletni kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Autorka wielu publikacji naukowych z dziedziny psychiatrii i psychoterapii, rozdziałów podręczników akademickich oraz podręcznika „Terapia rodzin”. Obecnie kieruje Warszawskim Ośrodkiem Psychoterapii i Psychiatrii.

Elżbieta Neroj - naczelnik Wydziału Specjalnych Potrzeb Edukacyjnych Departamentu Wychowania i Kształcenia Integracyjnego Ministerstwa Edukacji Narodowej.

dr n. hum. Bogusława Piasecka - adiunkt w Instytucie Psychologii Stosowanej UJ. Certyfikowana psychoterapeutka i aplikant-superwizorka Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Pracuje w Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej "Krakowski Ośrodek Terapii"; nauczyciel dyplomowany. Autorka publikacji z zakresu terapii rodzin, odporności psychicznej rodziny.

STANDARDY PRACY PSYCHOTERAPEUTYW PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ PROJEKT

Przy formułowaniu standardów pracy psychoterapeuty w PP-P należy wziąć pod uwagę specyficzne zadania i funkcję poradni w systemie oświaty oraz charakter pracy psychologów i pedagogów pracujących w PP-P. Podstawowymi zadaniami pracowników poradni to:

1/ **praca diagnostyczna** dzieci, młodzieży, rodzin, grup klasowych oraz problemów wychowawczych z którymi zgłaszają się pracownicy szkół

2/ **praca postdiagnostyczna:** pomoc psychologiczna, terapia pedagogiczna, logopedyczna, psychoedukacja, konsultacje, porady, superwizje dla pracowników oświaty oraz **psychoterapia indywidualna, grupowa dzieci, młodzieży i terapia rodzin**

Nasze starania nad opracowaniem standardów pracy psychoterapeutycznej adresowane są do grupy osób zajmujących się pracą psychoterapeutyczną oraz do dyrektorów PP-P.

Korzystając z istniejących już w Polsce regulacji prawnych w służbie zdrowia, oraz regulacji dotyczących procedur uzyskiwania certyfikatów psychoterapeuty sformułowanych przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne i Polskie Towarzystwa Psychiatryczne, oraz Kodeksu Etycznego Psychoterapeuty PTP proponujemy poniższe rozwiązania, które chcemy podać pod dyskusję:

I. Możliwe i zalecane jest wyodrębnienie w poradniach zespołu terapeutycznego, ponieważ łączenie funkcji diagnosty i psychoterapeuty często zaburza proces terapeutyczny.

II. Kodeks etyczny psychoterapeuty obliguje go do supewizowania swojej pracy i aktualizowania posiadanej wiedzy: czy psychoterapeuta/ zespół psychoterapeutów pracujący w PP-P powinien mieć możliwość superwizowania swojej pracy w ramach pensum?

III. W poradni, w której powołany zostanie zespół terapeutyczny niezbędne jest zapewnienie warunków spokoju, bezpieczeństwa psychicznego i intymności w trakcie prowadzenia sesji terapeutycznych indywidualnych, rodzinnych i grupowych – oddzielnych pokoi do prowadzenia psychoterapii ?

IV. Szczegółowe standardy prowadzenia działalności postdiagnostycznej w formie psychoterapii wyodrębnione ze względu na grupę i wiek:

A. Rodziny

1. Stosowanie terapii rodziny poprzedza postępowanie diagnostyczne

(diagnoza psychoterapeutyczna na podstawie której przeprowadza się kwalifikacje do rodzaju psychoterapii i innych działań postdiagnostycznych).

określające:

- stan psychiczny i somatyczny dziecka
- rodzaj zaburzeń
- kontekst rodzinny
- kontekst społeczny
- historia dotychczasowej pomocy
- wskazania do zastosowania odpowiedniej formy psychoterapii

2. Proces kwalifikacji do terapii rodziny odbywa się podczas wstępnych konsultacji z całą rodziną, w trakcie których terapeuta rodziny dokonuje pogłębionej diagnozy systemu rodzinnego i zawiera umowę (kontrakt) z rodziną, określając cel pracy terapeutycznej.

3. W terapii rodzin stosuje się metody oddziaływań o potwierdzonej naukowo skuteczności

4. Sesja terapii rodziny jest:

- spotkaniem zespołu psychoterapeutów z członkami rodziny: od dwóch do kilku osób i trwa 120 minut łącznie z przygotowaniem do sesji rodzinnej (30 min)

5. Sesje odbywają się co 2 - 4 tygodnie, w zależności od potrzeb procesu psychoterapeutycznego

6. Psychoterapia może trwać od roku do kilku lat.

7. Do stosowania psychoterapii uprawnione są osoby, które są w trakcie lub ukończyły specjalistyczne kształcenie psychoterapeutyczne

8. Stosowanie psychoterapii połączone jest z korzystaniem przez psychoterapeutę z superwizji, która stanowi stały i regularny element pracy

9. Psychoterapeuta dba o swój rozwój zawodowy poprzez udział w konferencjach naukowych, seminariach i lekturę literatury fachowej

B. Dzieci (0-11):

1. Stosowanie psychoterapii poprzedza postępowanie diagnostyczne(diagnoza psychoterapeutyczna, na podstawie której przeprowadza się kwalifikacje do rodzaju psychoterapii i innych działań postdiagnostycznych).

określające:

- stan psychiczny i somatyczny dziecka
- rodzaj zaburzeń
- kontekst rodzinny
- kontekst społeczny
- historia dotychczasowej pomocy
- wskazania do zastosowania odpowiedniej formy psychoterapii

2. Psychoterapeuta, w razie potrzeby, konsultuje się ze specjalistami innych dziedzin, zawsze prosząc o zgodę rodziców dziecka

3. W psychoterapii stosuje się metody oddziaływań o potwierdzonej naukowo skuteczności

4. Sesja psychoterapeutyczna jest:

- spotkaniem psychoterapeuty z jedną osobą, w tym wypadku z dzieckiem i trwa od 30 do 60 minut
- spotkaniem 2 psychoterapeutów z grupą dzieci i trwa od 60 do 120 minut

5. Sesje odbywają się od jednej do kilku w tygodniu, w zależności od potrzeb

6. Psychoterapia może trwać od roku do kilku lat

7. Psychoterapeuci pracujący z dziećmi wyznaczają oddzielne spotkania dla ich rodziców, które mają charakter psychoedukacyjny i informacyjny

8. Do stosowania psychoterapii uprawnione są osoby, które są w trakcie lub ukończyły specjalistyczne kształcenie psychoterapeutyczne

9. Stosowanie psychoterapii połączone jest z korzystaniem przez psychoterapeutę z superwizji, która stanowi stały i regularny element pracy

10. Psychoterapeuta dba o swój rozwój zawodowy poprzez udział w konferencjach naukowych, seminariach i lekturę literatury fachowej

C. Młodzież (11 – do końca nauki w systemie oświaty)

1. Stosowanie psychoterapii poprzedza postępowanie diagnostyczne(diagnoza psychoterapeutyczna na podstawie której przeprowadza się kwalifikacje do rodzaju psychoterapii i innych działań postdiagnostycznych).

określające:

- stan psychiczny i somatyczny dziecka
- rodzaj zaburzeń
- kontekst rodzinny
- kontekst społeczny
- historia dotychczasowej pomocy
- wskazania do zastosowania odpowiedniej formy psychoterapii

2. Psychoterapeuta, w razie potrzeby, konsultuje się ze specjalistami innych dziedzin, zawsze prosząc o zgodę rodziców dziecka

3. W psychoterapii stosuje się metody oddziaływań o potwierdzonej naukowo skuteczności

4. Sesja psychoterapeutyczna jest:

- spotkaniem psychoterapeuty z jedną osobą, w tym wypadku z nastolatkiem i trwa od 30 do 60 minut
- spotkaniem 2 psychoterapeutów z grupą młodzieży i trwa od 60 do 120 minut

5. Sesje odbywają się od jednej do kilku w tygodniu, w zależności od potrzeb

6. Psychoterapia może trwać od roku do kilku lat

7. Psychoterapeuci pracujący z młodzieżą wyznaczają oddzielne spotkania dla ich rodziców, które mają charakter psychoedukacyjny i informacyjny

8. Do stosowania psychoterapii uprawnione są osoby, które są w trakcie lub ukończyły specjalistyczne kształcenie psychoterapeutyczne

9. Stosowanie psychoterapii połączone jest z korzystaniem przez psychoterapeutę z superwizji, która stanowi stały i regularny element pracy

10. Psychoterapeuta dba o swój rozwój zawodowy poprzez udział w konferencjach naukowych, seminariach i lekturę literatury fachowej

PORÓWNIANIE REGULACJI PRAWNYCH STOSOWANIA PSYCHOTERAPII W SŁUŻBIE ZDROWIA I W SYSTEMIE OŚWIATY

Psychoterapeuta w służbie zdrowia <i>opis kwalifikacji osoby, która może prowadzić psychoterapię</i>	Psychoterapeuta w poradni psychologiczno- pedagogicznej <i>brak opisu kwalifikacji osoby, która może prowadzić psychoterapię</i>
Rozporządzenie MZ jest regulacją, której celem jest określenie świadczeń zdrowotnych gwarantowanych przez polski system opieki zdrowotnej. Zgodnie z nią psychoterapię mogą prowadzić: 1/ osoby posiadające zaświadczenie – certyfikat psychoterapeuty, prowadzącym psychoterapię jest osoba, która spełnia łącznie następujące warunki: a) posiada dyplom lekarza lub magistra: psychologii, pielęgniarstwa, pedagogiki, resocjalizacji albo spełnia warunki określone w art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. Nr 73, poz. 763, z późn. zm.), b) ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, prowadzone metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo – behawioralnej lub systemowej, w wymiarze co najmniej 1200 godzin albo przed 2007 r. ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia w wymiarze czasu określonym w programie tego szkolenia, c) posiada zaświadczenie, zwane dalej „certyfikatem psychoterapeuty”, poświadczające odbycie szkolenia wymienionego w lit. b, zakończonego	Podstawowy poziom wykształcenia pracownika poradni p-p: najczęściej mgr psychologii, mgr pedagogiki reguluje to ROZPORZĄDZENIE MINISTRA EDUKACJI NARODOWEJ z dnia 12 marca 2009 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określenia szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli • § 2. 1. Kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela w zakładach kształcenia nauczycieli, placówkach doskonalenia nauczycieli, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w tym poradniach specjalistycznych, bibliotekach pedagogicznych, kolegiach pracowników służb społecznych, liceach ogólnokształcących, liceach profilowanych, technikach, uzupełniających liceach ogólnokształcących, technikach uzupełniających i szkołach policealnych, z zastrzeżeniem § 11 ust. 1 i 2, § 12–14, 16–22 i 24, posiada osoba, która ukończyła: • 1) studia magisterskie na kierunku (specjalności) zgodnym z nauczaniem przedmiotem lub prowadzonymi zajęciami oraz posiada przygotowanie pedagogiczne lub • 2) studia magisterskie na kierunku, którego zakres określony w standardzie kształcenia dla tego kierunku studiów w grupie treści podstawowych i kierunkowych

egzaminem przeprowadzonym przez komisję zewnętrzną wobec podmiotu kształcącego, w skład której nie wchodzi przedstawiciele podmiotu kształcącego, w szczególności powołaną przez stowarzyszenia wydające certyfikaty psychoterapeuty

2/ osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty 3, ust. 1 pkt. 2 rozporządzenia osobą ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty jest osoba, która spełnia łącznie następujące warunki: •

a) **posiada dyplom lekarza lub magistra: psychologii, pielęgniarstwa, pedagogiki, resocjalizacji** albo spełnia warunki określone w art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. Nr 73, poz. 763, z późn. zm.),

b) **posiadająca status osoby uczestniczącej co najmniej dwa lata w podyplomowym szkoleniu, w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych** mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, prowadzone metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo – behawioralnej lub systemowej, w wymiarze co najmniej 1200 godzin albo przed 2007 r. ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia w wymiarze czasu określonym w programie tego szkolenia, •

c) **posiadająca zaświadczenie wydane przez podmiot prowadzący kształcenie oraz pracująca pod nadzorem osoby posiadającej certyfikat psychoterapeuty.**

obejmuje treści nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne, lub

• 3) studia magisterskie na kierunku (specjalności) innym niż wymieniony w pkt 1 i 2 i studia podyplomowe w zakresie nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć oraz posiada przygotowanie pedagogiczne.

niezbędne jest sformułowanie wymagań co do umiejętności i przygotowania podyplomowych osób prowadzących pracę postdiagnostyczną w poradniach psychologiczno-pedagogicznych

I. Osoba prowadząca psychoterapię dzieci, młodzieży lub rodzin w poradni psychologiczno-pedagogicznej powinna spełniać następujące warunki łącznie:

1/ legitymuje się dyplomem mgr psychologii lub pedagogiki (czy jakimś jeszcze?)

2/ posiada zaświadczenie – certyfikat psychoterapeuty, prowadzącym psychoterapię jest osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:

a) ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, prowadzone metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo – behawioralnej lub systemowej, w wymiarze co najmniej 1250 godzin

b) posiada zaświadczenie, zwane dalej „certyfikatem psychoterapeuty”, poświadczające odbycie szkolenia wymienionego w lit. a, zakończonego egzaminem przeprowadzonym przez komisję zewnętrzną wobec podmiotu kształcącego, w skład której nie wchodzi przedstawiciele podmiotu kształcącego, w szczególności powołaną przez stowarzyszenia wydające certyfikaty psychoterapeuty lub

2/ ubiega się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty - osobą ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty jest osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:

a) posiada status osoby uczestniczącej co najmniej dwa lata w podyplomowym szkoleniu, w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, prowadzone metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo – behawioralnej lub systemowej, w wymiarze co najmniej 1250 godzin

b) posiada zaświadczenie wydane przez podmiot prowadzący kształcenie oraz pracująca pod kierunkiem osoby posiadającej certyfikat psychoterapeuty.

OPRACOWANIE WYNIKÓW ANKIETY

Opracowanie wyników ankiety przeprowadzonej w dniu 29 maja 2017 wśród uczestników I Ogólnopolskiej Konferencji Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego poświęconej Poradnikom Psychologiczno-Pedagogicznym

„Psychoterapia jako działalność postdiagnostyczna w poradniach psychologiczno-pedagogicznych”

Ankiety wypełniło 130 uczestników tej konferencji.

Na pytania 1- 4 udzieliło odpowiedzi 130 osób. Uzyskano przedstawione poniżej wyniki:

1. Czy uważa Pani/Pan, że w poradni psychologiczno-pedagogicznej potrzebne jest prowadzenie działalności postdiagnostycznej w formie psychoterapii?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
										9,76	
Niepotrzebne											Bardzo potrzebne

WYNIK OGÓLNY: 9,761538

2. Czy uważa Pani/Pan, że w poradni psychologiczno-pedagogicznej potrzebne jest zwiększenie liczby specjalistów zajmujących się psychoterapią?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niepotrzebne Bardzo potrzebne

WYNIK OGÓLNY: 9,515385

3. Czy uważa Pani/Pan, że w poradniach psychologiczno-pedagogicznych potrzebne jest utworzenie zespołów specjalistycznych zajmujących się wyłącznie psychoterapią jako działalnością postdiagnostyczną?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	8,62	9	10
Niepotrzebne										Bardzo potrzebne	

WYNIK OGÓLNY: 8,623077

4. Czy uważa Pani/Pan, że dla poradni psychologiczno-pedagogicznych potrzebne jest utworzenie i sformułowanie odrębnych standardów opisujących kwalifikacje osób zajmujących się psychoterapią jako działalnością postdiagnostyczną?

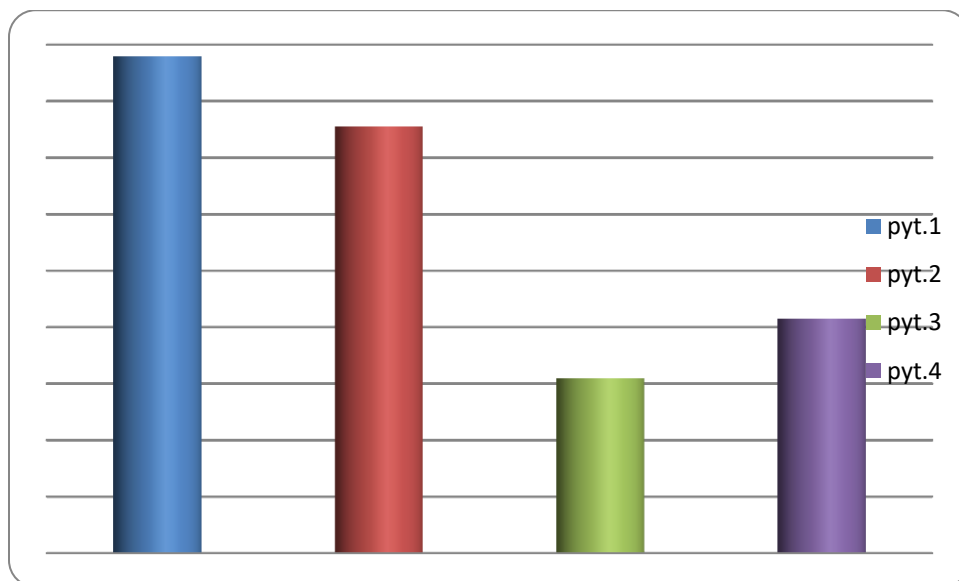
0	1	2	3	4	5	6	7	8	8,83	9	10
Niepotrzebne										Bardzo potrzebne	

WYNIK OGÓLNY: 8,830769

Uwagi do pkt 1- 4:

23 osoby umieściły swoje uwagi do pyt 1- 4, zwracano uwagę na znaczenie obecności psychoterapeuty szczególnie w niedużych miejscowościach, gdzie ppp często jest jednym miejscem , gdzie można otrzymać bezpłatną pomoc psychologiczną. Komentowany był brak standardów regulujących obowiązki psychologa diagnosty / psychoterapeuty, wysoki koszt szkoleń, trudności w dostępie do supervizji.

Tabela 1 Graficzne przedstawienie wyników odpowiedzi na pytania 1-4



5. Jaka jest aktualna praktyka pracy postdiagnostycznej w PPP, w której Pani/Pan pracuje?

Proszę zakreślić rodzaj poradni w której Pani/Pan pracuje:

* rejonowa - 100 osób

* specjalistyczna – 23 osoby

* inne – 7 osób w tym 4 z niepublicznych ppp

Na pytanie 5 ankiety odpowiedziało 72 uczestników konferencji. Z analizy wypowiedzi na to pytanie wynika, że działalność postdiagnostyczna prowadzona jest prowadzona z inwencji pracowników – w poradniach rejonowych czasem pracuje jeden psychoterapeuta, czasem kilkusobowy zespół 3 do 5 osób prowadząc różne formy terapii: indywidualną, rodzinną, grupową, socjoterapię, zajęcia warsztatowe i psychoedukacyjne dla rodziców, psychoterapię dzieci i młodzieży często krótkoterminową ze względu na presję na przyjmowanie dużej liczby osób, z powodu także dużej ilości zgłoszeń i zapotrzebowania na terapeutyczny kontakt postdiagnostyczny. Sygnalizowane jest poczucie dyskomfortu wynikające z braku standardów, podwójności ról diagnosty i terapeuty. Wypowiedzi osób pracujących w poradniach specjalistycznych także wskazują na negatywne konsekwencje braku standardów pracy psychoterapeuty w poradni dotyczące zakresu obowiązków, prawa do supervizji.

6. Zarząd Sekcji Psychoterapii PTP (kadencji 2016-19) planuje organizację konferencji tematycznych dla psychoterapeutów pracujących w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Jaka tematyka byłaby dla Pani/Pana interesująca?

94 uczestników konferencji udzieliło odpowiedzi na pytanie 6 ankiety. Analiza ilościowa odpowiedzi na to pytanie wyłoniła najczęściej powtarzające się tematy:

1. **Terapia rodzin** (diagnoza rodziny, konsultacje rodzinne, systemowa terapia rodzin, rodzina w trakcie rozvodu) została **wymieniona 27 razy** jako interesujący temat
2. **Zagadnienia psychoterapii młodzieży i dzieci** (zaburzenia i psychopatologia okresu dorastania, depresje, zaburzenia jedzenia, metody terapii w okresie rozwojowym, naddiagnozowanie określonych zespołów psychopatologicznych) zostały **wymienione 22 razy**
3. **Standardy pracy psychologa –psychoterapeuty** w poradni psychologiczno-pedagogicznej (godziny, pracy, częstotliwość spotkań, superwizja,) – **26 razy**
4. **Psychoterapia grupowa – 5 razy**
5. **Współpraca różnych instytucji zajmujących się dzieckiem w wieku szkolnym - 6 razy**

Opracowanie ankiety:

Iwona Kozłowska-Piwowarczyk

Bogusława Piasecka

Serdecznie dziękujemy kwartalnikowi „Psychoterapia” za wyrażenie zgody na przedruk w niniejszych materiałach konferencyjnych artykułu Pawła Glity „Pacjent młodzieżowy i jego terapeuta w kontekście rodzinnym a perspektywa psychodynamiczna” zamieszczonego w Psychoterapii, nr 4, rok 2016, str 71-86.

PSYCHOTERAPIA 4 (179) 2016

strony: 71–86

Paweł Glita

PACJENT MŁODZIEŻOWY I JEGO TERAPEUTA W KONTEKŚCIE RODZINNYM — PERSPEKTYWA PSYCHODYNAMICZNA

ADOLESCENT PATIENT AND HIS THERAPIST IN FAMILY CONTEXT — PSYCHODYNAMIC PERSPECTIVE

Praktyka prywatna

**psychodynamic adolescent psychotherapy
compliance with parents
transference and countertransference**

Autor przedstawia problemy w prowadzeniu terapii indywidualnej nastolatka związane z kontaktem z jego rodzicami lub jego brakiem. W analizie zjawisk zachodzących pomiędzy terapeutą, pacjentem młodzieżowym a jego rodzicami opiera się na psychoanalitycznej koncepcji psychiki oraz na koncepcji trójkąta przeniesieniowego i przeciwprzeniesieniowego Katarzyny Schier. Przedstawione są korzyści i ograniczenia płynące z równoległe prowadzonych dwóch procesów terapeutycznych: indywidualnej psychoterapii nastolatka w paradygmacie psychodynamicznym i systemowej terapii rodzinnej.

Summary: The goal of the author is to propose a psychodynamic model of understanding the transference and counter-transference phenomena, which take place in the triangle patient – individual therapist – patient’s parents. By analyzing examples of destructive patterns of interaction appearing in the context of the psychotherapy of adolescents, the author tries to show how those patterns are unconsciously activated by the participants of such situations, in what way they be the consequence of their psychopathology or problems and what influence they can have on the process of treatment. The main goal of the article is to help the therapists to efficiently deal with the intense counter-transference emotions and to use such responses to produce an even deeper diagnosis of the patient. The author discusses also the issues of the possibility and limitations of the formula of coexistence of the individual psychodynamic psychotherapy of the adolescent patient and a systemic family therapy. The issue of the influence of therapist definition of his own role on the ability to prevent destructive results of the processes taking place within the transference – counter-transference triangle.

I Wstęp

Kiedy pyta się terapeutów młodzieżowych, co jest w ich pracy najtrudniejsze, nierzadko słyszy się, że jest to współpraca z rodzicami. Ta odpowiedź skrywa w sobie wiele trudnych doświadczeń, takich jak brak przymierza, kiedy wydaje się ono

potrzebne dla dobra nieletniego pacjenta, nieadekwatność oczekiwań w stosunku do terapeuty, podważanie autorytetu terapeuty w oczach pacjenta poprzez jawną lub subtelną dewaluację, „wyciąganie” go z terapii w krytycznych momentach decydujących o jej powodzeniu, pasywne niszczenie korzystnych zmian i wiele innych. Tego typu problemy we współpracy z rodzicami wywołują wiele reakcji emocjonalnych u terapeuty — od bezradności począwszy, aż na agresji skierowanej do rodziców skończywszy. Bezradność wynika np. z faktu, że terapeuta indywidualny nie może się odnieść w sposób stricte terapeutyczny do rodziców — wszak to nastolatek jest naszym pacjentem, a nie oni. Agresja wyraża się m.in. tym, że terapeuta zaczyna bardziej „diagnozować” psychopatologię rodziców pacjenta niż jego samego. Nagromadzenie tego typu emocji czasami prowadzi do przeżywania rodziców jako wrogów terapii i wejścia w proces eskalacji wzajemnej niechęci, co wiedzie do zniszczenia terapii lub stawia pacjenta młodzieżowego w konflikcie lojalności pomiędzy rodzicami a terapeutą. Podstawowym zagrożeniem dla terapeuty jest tutaj utrata neutralności terapeutycznej, rozumianej jako pozostawanie w jednakowym emocjonalnym i poznawczym dystansie do różnych stron konfliktu, zarówno intrapsychicznego, jak i interpersonalnego.

O ile jednak większość terapeutów doświadczyło trudnej współpracy z rodzicami, o tyle trzeba powiedzieć, że terapeuci w pewnym sensie nie pozostają im dłużni. Nie mam tu na myśli tylko zakulisowych odreagowań i kąśliwych uwag, ale także niechęć zawartą w rozważaniach teoretycznych. Nie jest ona nowa ani w obrębie różnych nurtów psychoterapii, ani w psychiatrii. Pojawiała się np. w pracy z pacjentami schizofrenicznymi. Jest obecna w koncepcji „schizofrenogennej matki” Friedy Fromm-Reichmann czy wczesnej wersji koncepcji „podwójnego wiązania” [1] poszukującej rodzinnych przyczyn schizofrenii. Znajdziemy ją również w koncepcjach psychogenii autyzmu dziecięcego jako konsekwencji wczesnego zaburzenia więzi [2]. Jawny lub utajony krytycyzm w stosunku do rodziców pacjentów (nie tylko młodzieżowych) był udziałem również tych lekarzy i psychoterapeutów, którzy przejawiali ponadprzeciętne oddanie dla swoich pacjentów (takich np., jak Bettelheim) i najczęściej objawiał się obarczaniem rodziców odpowiedzialnością za psychopatologię dzieci. Z dzisiejszego punktu widzenia można powiedzieć, że z jednej strony była to konsekwencja zachłystnięcia się różnymi koncepcjami psychoanalitycznymi, wskazującymi wagę wczesnej relacji dziecko–rodzic (a w gruncie rzeczy matka), przy niedocenieniu czynników biologicznych, konstytucjonalnych. Natomiast patrząc na zjawisko niechęci do rodziców pacjentów w kategoriach psychoanalitycznie rozumianego procesu terapeutycznego, jest ono najczęściej wynikiem nieświadomej, bezkrytycznej identyfikacji z tą częścią pacjenta, która cierpi, złości się lub dewaluuje rodziców i idealizuje terapeutę. Zachodzi ono zatem szczególnie u terapeutów tych pacjentów, u których częścią psychopatologii jest fiksacyjne lub regresywne posługiwanie się mechanizmem rozszczepienia. Zjawisko to wydaje mi się kluczowe i omówię je szerzej w dalszej części tekstu.

Celem niniejszego artykułu jest zaproponowanie takiego modelu rozumienia zjawisk zachodzących w relacji terapeuta–pacjent–rodzice, który pozwoliłby zmniejszyć ryzyko destrukcji procesu indywidualnej terapii nastolatka na skutek uwikłania się w niekorzystną, „trójkątną” interakcję emocjonalną oraz pomógłby terapeutce w utrzymaniu neutralnej pozycji. Zarówno zjawiska zachodzące we wspomnianych relacjach,

jak i ich rozumienie będzie opisane językiem psychoanalitycznym. W szczególności będę się odwoływał do psychoanalitycznej koncepcji psychiki oraz do koncepcji trójkąta przeniesieniowego i przeciwprzeniesieniowego autorstwa Katarzyny Schier [3], starając się je rozwinąć poprzez odwołanie się do pojęć zgodnej i komplementarnej reakcji przeciwprzeniesieniowej opracowanych przez Rackera [4], a później rozwinętych m.in. przez Kernberga [5].

Moje przekonanie, że dzięki zaproponowanemu modelowi wiele z tego, co wydaje się destrukcyjne, da się osłabić, a nawet konstruktywnie użyć w terapii nastolatka, nie oznacza oczywiście, że mam do zaproponowania jakiejkolwiek antidotum na trudności pojawiające się w relacji terapeuta–pacjent–rodzice. Jest dla mnie oczywiste, że istnieją takie sytuacje terapeutyczne w tych relacjach, w których „nie ma mądrych” i nikt w żadnym podejściu terapeutycznym nie wymyślił sposobu, jak sobie z nimi radzić. Chodzi tu np. o sytuację bardzo znaczących rozbieżności w rozumieniu, na czym powinna polegać korzystna zmiana, szczególnie jeśli chodzi o proces separacji. Innym przykładem jest takie zaniedbanie środowiskowe pacjenta, które jeszcze nie kwalifikuje się do interwencji służb państwowych, ale już znacząco ogranicza możliwości terapii.

Omawiając współpracę z rodziną pacjenta młodzieżowego z perspektywy psychodynamicznej psychoterapii indywidualnej, chciałbym się odnieść do szans i ograniczeń często spotykanej w praktyce klinicznej sytuacji, jaką jest równoległe prowadzenie dwóch procesów terapeutycznych w dwóch różnych orientacjach: indywidualnej, psychodynamicznej psychoterapii nastolatka i systemowej terapii rodzinnej. Chodzi mi tutaj o pokazanie potencjalnych korzyści, ograniczeń i zagrożeń związanych z taką sytuacją.

II Czy można wskazać, jaka jest optymalna (nie)obecność rodziców w procesie indywidualnej psychoterapii nastolatka?

Terapeuci pracujący z młodzieżą indywidualnie lub grupowo bardzo różnią się w swoich poglądach dotyczących optymalnej obecności rodziców w indywidualnym procesie terapeutycznym nastolatka, w zależności od preferowanego przez siebie sposobu myślenia. Postawy terapeutów rozciągają się tutaj od stanowiska, że rodzice, poza etapem wstępnym, w ogóle nie powinni w tym procesie uczestniczyć (niektóre nurty psychoanalityczne, począwszy od Freuda i Klein), aż do poglądu, że terapia adolescenta, o ile to możliwe, powinna zawsze uwzględniać regularną obecność rodziny [3].

Również terapeuci zorientowani psychoanalitycznie zgadzają się, że psychoterapia nastolatka zawsze odbywa się w kontekście rodzinnym. Podstawowym odniesieniem dla terapeuty psychodynamicznego i psychoanalitycznego będzie bowiem reprezentacja rodziny wyłaniająca się z materiału dostarczanego przez pacjenta oraz nieświadomie odtwarzana przez niego w relacji terapeutycznej. Z takiej perspektywy dylemat dotyczy kwestii, na ile, oprócz zajmowania się świadomą i nieświadomą reprezentacją rodziny w umyśle nastolatka, korzystna lub nie jest również obecność realnej rodziny.

Nurty, zawierające wskazówkę, że sposobem poradzenia sobie ze wspomnianymi problemami jest zawarcie takiego kontraktu, który ogranicza lub eliminuje obecność rodziców, nie są dla mnie do końca przekonujące. Łatwo zrozumieć źródła takiego podejścia: znacząca obecność rodziców często komplikuje procesy przeniesienia-wo-przeciwprzeniesieniowe, a ich nieobecność pozwala utrzymać „czystszy” ogląd psychopatologii pacjenta i procesów zachodzących w relacji terapeutycznej. Jednak terapeuta, nawet najbardziej ortodoksyjny w tym zakresie, musi się liczyć chociażby z uwarunkowaniami prawnymi, np. z uzyskaniem zgody na terapię. W innych, dopuszczających większy udział rodziców, kontekst rodzinny oznacza również konieczność, a przynajmniej korzystność, zawarcia przymierza terapeutycznego również z rodzicami, ustalenie wstępnych celów terapii, np. urealnienie oczekiwań rodziców lub ustalenie tego, co w ogóle jest uznawane za patologiczne, choć część terapeutów w ten etap rodziców już nie angażuje. Kulturowe i prawne uwarunkowania kontaktu z rodzicami obejmują również kwestie związane z ramami terapii, takie jak ustalenie tajemnicy terapeutycznej i wyjątków od niej (zagrożenie zdrowia i życia), kwestie płatności, odwołań sesji i inne. Mówiąc jeszcze szerzej — wiążą się one z koniecznością uwzględnienia realnych uwarunkowań pacjenta i wpływu realnych obiektów rodzicielskich, w stosunku do których pozostaje on we wciąż dziecięcej zależności, co nabiera znaczenia w szczególności w pracy z młodszymi adolescentami.

Podstawowym rozumieniem objawu psychogennego w kategoriach psychoanalitycznych jest ujmowanie go jako swoistej, nieadekwatnej adaptacji do presji sprzecznych czynników wewnętrznych (np. pochodnych popędów) i zewnętrznych, w tym rodzinnych. Objaw, którego pierwotną korzyścią jest unikanie większego cierpienia, zostaje czasem wzmocniony przez rodzinę, nieświadomie wspierającą jego wtórne korzyści. Często dochodzi do sytuacji, kiedy nastolatek zaczyna zmieniać swoje patologiczne mechanizmy i wzorce relacji z obiektem, ale alienuje go to lub konfliktuje ze środowiskiem rodzinnym, do którego był „zaadaptowany” (a ono do niego). Jeśli zamienia acting out (np. używanie ciała) na werbalizację afektu, to skutek tego może być taki, że rodzice usłyszą od nastolatka trudne dla siebie treści, które wcześniej były „rozgrywane”. Aktywna postawa terapeuty w takich momentach, polegająca na przekonującej psychoedukacji, może mieć zbawienny wpływ na trwałość zmiany terapeutycznej. Podobnie, ogólne rozumienie przez rodziców podłoża problemów u nastolatków, których psychopatologia przejawia się tworzeniem najtrudniejszych form oporu, może uczynić z nich sprzymierzeńców terapeuty. Dzieje się tak np. w przypadku fobii, lęku panicznego, w zaburzeniach jedzenia (opór libido) lub rzadkich w okresie adolescencji zaburzeniach charakteru (opór charakterologiczny). Jeszcze innego rodzaju pomoc rodziców może być potrzebna, kiedy mamy do czynienia z nastolatkiem z przewagą psychopatologii uwarunkowanej defektami lub rozwijającym się w skrajnie deficytowym środowisku.

Nawet jeśli z obecności rodziców wynikają trudności opisane przeze mnie we wstępie, to rozwiązanie polegające na zakazaniu im kontaktu z terapeutą i nieudzielanie żadnych informacji zwrotnych uważam za zbyt kosztowne. Wielu rodziców nie jest w stanie wytrzymać takich ram terapii, ponadto ich utrzymanie powoduje znaczącą selekcję pacjentów.

Trudno mi się jednak zgodzić z poglądem przeciwnym, który można czasem usłyszeć od jego przedstawicieli, że większość opisanych przeze mnie problemów może w ogóle nie powstać, jeśli od początku terapia nastolatka będzie uwzględniać konieczność jakiejś formy terapii członków rodziny. W moim przekonaniu sprawa nie jest tu oczywista, w szczególności kiedy rodzice „delegują” dziecko do terapii, sami nie chcąc podjąć żadnej pracy własnej. Stajemy wówczas przed dylematem, czy podejmować się terapii, kiedy rodzice nie chcą jej wspierać lub kiedy rodzice szkodzą nastoletniemu pacjentowi. Czy powinniśmy wówczas odmówić indywidualnej terapii dziecka? W wielu przypadkach, szczególnie jeśli rodzina znacząco nie podtrzymuje wtórnych korzyści z objawu, wydaje się to niepotrzebne.

Część terapeutów rozwiązuje dylemat uczestnictwa rodziców w terapii poprzez zawarcie jasnego kontraktu zobowiązującego ich do różnych form współuczestnictwa, np. stałych konsultacji na etapie nawiązywania kontaktu z nastolatkiem. Jeżeli rodzice nie zgadzają się na takie rozwiązanie, a nastolatek nie jest w stanie ostrym, wówczas terapia nie zostaje rozpoczęta [6]. Jest to dość klarowny sposób postępowania, jednak wątpliwości budzi to, na ile jest konieczny w przypadku łagodniejszych rozpoznań oraz czy nie stwarza ryzyka „wylania dziecka z kąpielą”. Niewątpliwie korzystny jest kontrakt z rodzicem odnoszący się do utrzymywania ram terapii. Ponadto konieczna jest psychoedukacja dotycząca przebiegu terapii, zjawisk oporu, możliwych odreagowań, czasu koniecznego do uzyskania poprawy itp. Współpraca wydaje się absolutnie niezbędna w przypadku zaburzeń antyspołecznych, trzeba bowiem, by terapeuta miał realistyczny obraz funkcjonowania pacjenta poza terapią i miał możliwość oszacowania głębokości tendencji antyspołecznych, aby nie uległ iluzji poprawy.

Nie ma chyba jednoznacznych odpowiedzi na pytanie, dlaczego poszczególni terapeuci traktują określoną formułę terapii jako podstawową dla siebie. Odpowiedzi zapewne trzeba szukać mniej w tzw. merytorycznych wskazaniach, a bardziej w ich osobowości, historii szkolenia terapeutycznego i relacji z ich autorytetami. Jako terapeuta psychodynamiczny uważam, że w większości zaburzeń terapia indywidualna stwarza niepowtarzalną okazję stworzenia terapeutycznej więzi, której nie oferują inne formy terapii, w tym również psychoterapia grupowa. Są to formy komplementarne i różne od siebie, jednak w przekonaniu wielu terapeutów psychoterapia indywidualna wciąż pozostaje formą podstawową, dającą szansę na intymną relację, przynoszącą najgłębsze zmiany. Ma ona szczególne znaczenie w psychoterapii pacjentów młodzieżowych z nieprawidłowo rozwijającą się osobowością lub z wcześniej ukształtowanymi zaburzeniami osobowości, a więc tam, gdzie do osiągnięcia trwałej zmiany konieczna jest zmiana wewnętrznych struktur intrapsychicznych [5].

Pogląd, który chciałbym tutaj zaprezentować i uzasadnić, sytuuje się pośrodku zarysowanych stanowisk. Doświadczając różnorodnych trudności we współpracy z rodzicami, a także obserwując ich powtarzalność poprzez superwizowanie innych terapeutów, poszukiwałem koncepcji, która pomogłaby mi nabrać dystansu do wspomnianych zjawisk. Szukając w literaturze informacji na ten temat znalazłem polską koncepcję, autorstwa Katarzyny Schier, według której zjawiska emocjonalne pojawiające się w relacji terapeuta–rodzice–pacjent ujmować można jako tzw. trójkąt przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowy. Określenie to oznacza, że korzystne wydaje się od początku

rozumienie relacji zarówno z pacjentem, jak i rodziną w kategoriach przeniesienia i przeciwprzeniesienia, przy czym relacje te w terapii młodzieży rozgrywają się nie w diadzie, a właśnie w trójkącie, a czasem, jeśli rodzice różnią się między sobą, w czworokącie. Uczucia terapeuty do rodziców mogą być wynikiem zarówno tego, co wnoszą oni w kontakt z terapeutą, jak i wyrazem — najczęściej nieświadomej — identyfikacji terapeuty z obrazem rodziców wniesionym przez dziecko w kontakcie indywidualnym. Emocje pacjenta wobec terapeuty są wynikiem zarówno jego przeniesienia, jak i tego, jaką relację z rodzicami utrzymuje terapeuta. Przeciwprzeniesieniowe emocje terapeuty w stosunku do pacjenta mogą być wynikiem zarówno reakcji na przeniesienie pacjenta, jak i nieświadomej identyfikacji z rodzicami. Zjawiska takie mogą działać w obrębie każdego ramienia trójkąta [3]. O ile wspomniana koncepcja wydała mi się bardzo wartościowa i klinicznie użyteczna, to jednak pozostawiła pewien niedosyt. Wynika on z przekonania, że można ją rozszerzyć, pokazując dlaczego i w jaki sposób (na bazie jakich mechanizmów) zjawiska te przejawiają się w konkretnych sytuacjach klinicznych oraz kiedy i dlaczego mają destrukcyjny wpływ na indywidualną terapię nastolatka. Nasuwa się pytanie, co może zrobić terapeuta w sytuacji, kiedy zauważy odtwarzanie się określonego scenariusza. Dalsza część moich rozważań będzie próbą rozszerzenia koncepcji Katarzyny Schier o wspomniane aspekty.

Przyjrzyjmy się kilku charakterystycznym zjawiskom, zachodzącym w obrębie poszczególnych ramion trójkąta. Celem tych opisów jest ułatwienie rozpoznania odtwarzających się, destrukcyjnych typów interakcji. Takie rozpoznanie zazwyczaj samoczynnie zmienia postawę terapeuty, co nie oznacza, że zmiana ta musi się przejawiać w jakimś konkretnym działaniu.

III Dynamika emocjonalna w obrębie trójkąta przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowego

Poszczególne typy interakcji zostaną pogrupowane, w zależności od którego uczestnika trójkąta wychodzi impuls przeniesieniowy.

1. Relacja pacjent–terapeuta:

a) Terapeuta identyfikuje się z poczuciem niesprawiedliwości i krzywdy ze strony wrogiego, opuszczającego lub zaniedbującego rodzica i zaczyna odpowiadać na regresywne pragnienia adolescenta, aby być „idealnym rodzicem”. Zaczyna przeciwprzeniesieniowo przeżywać siebie jako kogoś, kto byłby lepszym (idealnym i onnipotentnym) rodzicem niż rodzice realni i zaczyna nieświadomie rywalizować i być agresywny w stosunku do nich. Ci z kolei z czasem to wyczuwają i odpowiadają emocjonalnie, działając przeciwko terapii, np. poprzez niewerbalne i nie wyrażone wprost sygnały skierowane do dziecka („Dzisiaj deszcz, może nie pójdziesz do psychologa?”. „A ten psycholog to w ogóle coś ci daje?” itp.). W tego typu koluzji z pacjentem terapeuta zaspokaja swoje potrzeby narcystyczne, a pacjent uzyskuje poczucie kontaktu z idealnym obiektem, kimś, kto go „wreszcie rozumie”. Czasami dochodzi do sytuacji, w której relacja terapeuta–pacjent jest wypełniona bardzo pozytywnymi emocjami, zaś relacje zewnętrzne pacjenta się pogarszają. Wszelkie „zło” zostaje przypisane rodzicom, zarówno przez

pacjenta, jak i terapeutów. Czasem może to przyjąć radykalne formy przeciwprzeniesieniowego acting outu ze strony terapeuty w formie nieadekwatnego straszenia rodziców sądem rodzinnym lub nadinterpretacji konfliktów rodzinnych, w które jest zaangażowany pacjent, jako przemocy. Dzieje się tak bardzo często w relacji z tymi pacjentami, którzy bronią się przed depresyjnością młodzieńczą poprzez mechanizmy regresji do mechanizmów rozszczepienia i idealizacji. Wiara w istnienie obiektu idealnego pozwala im wówczas ukończyć rozwojowy smutek wynikający z rozczarowania rodzicami, niepowodzeniami w relacji z rówieśnikami i utratą wyobrażeń o bezpiecznym świecie. Inną, łagodniejszą wersją takiej relacji terapeuta–pacjent jest sytuacja, w której terapeuta i pacjent idealizują się wzajemnie, a rodzic jest pominięty i reaguje nie tyle agresywnie, co raczej z ulgą, że ktoś go przynajmniej trochę wyręcza w rodzicielstwie. Czasem, u rodziców z trudnościami w sprawowaniu opieki, może przybierać to wręcz formę pewnego porzucenia. Idealizacja nie jest wówczas interpretowana, terapia nie jest zakłócana przez rodziców i bywa oparta tylko na takiej pozytywnej (?) więzi. Podtrzymuje iluzję znalezienia (w osobie terapeuty) upragnionego obiektu, który wreszcie zaspokoilił potrzeby zależnościowe i idealizacyjne. Zazwyczaj nie jest wówczas ważne, co terapeuta mówi, lecz to, że mówi. Taka relacja wydaje się mieć charakter obronny wobec wątków związanych z rozwojową żalobą i z depresyjnością, zarówno po stronie pacjenta, jak i terapeuty, choć w niektórych sytuacjach można się zastanawiać, czy nie jest wszystkim, co możemy na jakiś czas zaoferować nastoletniemu pacjentowi. Jeśli rozpoznamy aktywizację tego typu relacji, wówczas stoimy przed dylematem, jak na nią zareagować. Dylemat ten był obecny w dyskusji na temat leczenia narcyzmu w podejściach Kohuta i Kernberga [7]. Koncepcje te zawierały sprzeczne (lub inne) rozumienia zjawiska idealizacji. W ujęciu tego pierwszego może być ona aktywizacją sfrustrowanych potrzeb rozwojowych posiadania rodzicielskiej postaci, którą się podziwia i z której jest się dumnym. W tym ujęciu świadome, zdystansowane przyjęcie idealizacji jest korzystne. W ujęciu Kernberga idealizacja jest przede wszystkim obroną przed agresywnymi aspektami self i/lub relacji z innymi ludźmi, której podtrzymywanie jest szkodliwe. Mechanizm ten bowiem tworzy relację sztuczną, niepełną, uniemożliwiając realistyczną integrację pozytywnych i negatywnych jej aspektów. Takie kwestie, jak na ile mamy tu do czynienia z dwoma rodzajami idealizacji, jak odróżnić jeden typ od drugiego i jaką strategię terapeutyczną przyjąć, są bardzo istotne dla terapii młodzieży, lecz przekraczają możliwości tego opracowania. Warto jednak zaznaczyć, że żadna ze wspomnianych koncepcji nie zakłada, że świadome lub nieświadome traktowanie idealizacji jako „prawdy” o terapii jest korzystne.

b) Pacjent młodzieżowy rzutuje swoje nieświadome pragnienia dziecięcej zależności, idealizuje terapeuta, a ten odpowiada nadmierną opieką, wyręczaniem go w podejmowaniu zadań rozwojowych (np. zbyt często kontaktuje się z rodzicami, przeprowadza z nimi te rozmowy, które z racji wieku powinien przeprowadzić sam pacjent, o ile ma to być jego osiągnięcie rozwojowe). Jest to zjawisko podobne do poprzedniego, jednak o łagodniejszym charakterze, typowe dla leczenia zaburzeń rozwojowych w adolescencji.

c) W odpowiedzi na przekraczające granice, antyspołeczne, aroganckie i dewaluacyjne zachowania adolescenta terapeuta zaczyna bardziej rozumieć kłopot rodziców

niż ma ochotę rozumieć pacjenta (np. jego zachowania jako obrony przed depresją). Zjawisko to jest oparte na procesie przeciwnym do opisanego w punkcie b. W tym przypadku terapeuta pozostaje w przeciwprzeniesieniu komplementarnym w stosunku do pacjenta i w przeciwprzeniesieniu zgodnym z rodzicami. Zazwyczaj konsekwencją takiego stanu rzeczy jest to, że terapeuta traci empatyczny kontakt z cierpiącą częścią self pacjenta i zaczyna go nadmiarowo traktować jako tzw. młodego psychopatę lub narcyza, opierając zaostrzoną diagnozę na bazie własnych nieświadomych reakcji emocjonalnych. Jeśli taki stan rzeczy staje się chroniczny, prowadzi do porozumienia z rodzicami pacjenta, którzy czują się rozumiani przez terapeuta. Mogą wówczas przytaczać jego słowa w domu i skłaniać go do swoistego przymierza wychowawczego przeciwko dziecku. Pacjent to wyczuwa i zaczyna przeżywać terapeuta jako reprezentanta krytycznego aspektu rodziców, co zazwyczaj pogłębia nieufność i agresywne nastawienie do niego. Na tego typu identyfikację bardziej narażeni są terapeuci, którzy sami są rodzicami i przeżywają problemy wychowawcze ze swoimi dziećmi.

2. Relacja terapeuta–rodzice:

a) Kolejny przykład odnosi się do tych wszystkich sytuacji, w których terapeuta, z powodu niewystarczającego rozwiązania własnych dylematów adolescentycznych, nadmiernie identyfikuje się z pacjentem młodzieżowym i zaczyna nieświadomie traktować rodziców pacjenta przeniesieniowo, przypisując im określone intencje, nastawienia itd. Jeżeli np. prowadzi ukryty dialog z normami społecznymi, wówczas traktuje ich jako nadmiernie krytycznych, ograniczających naturalne tendencje separacyjne pacjenta, nie dostrzegając np. ich mściwego, agresywnego charakteru. Na tego typu identyfikację narażeni są raczej terapeuci młodzi, tuż po studiach, stanowiący równocześnie znaczną część osób zajmujących się psychoterapią młodzieży. Jeśli spojrzeć na nich w kategoriach eriksonowsko rozumianego kryzysu i zadania rozwojowego, znajdują się niemal na tym samym etapie życia co ich pacjenci. Nie mają własnych doświadczeń rodzicielskich, co przejawia się zmniejszoną empatią w stosunku do niepokoju rodziców. Terapeuci tacy są wówczas przeżywani przez rodziców pacjenta jako niedojrzali i nastawieni do nich negatywnie, co często skutkuje atakiem na relację z pacjentem.

b) Innym przykładem takich sytuacji jest posiadanie przez terapeutę wspólnego z pacjentem obszaru trudnych doświadczeń, co sprawia, że terapeucie wydaje się — najczęściej nieadekwatnie — że szczególnie dobrze rozumie on dylematy nastolatka. Mogą to być zarówno wyraziste doświadczenia, typu rozwód rodziców, jak i subtelne — odrzucanie przez chłodną, narcystyczną matkę lub wycofanego, pasywnego ojca. Wspólnota doświadczeń tworzy sytuację silnej identyfikacji z adolescentem. Jeżeli jest to identyfikacja świadoma, to najczęściej nie ma niekorzystnego wpływu na proces terapeutyczny. Procesy empatyczno-identyfikacyjne, wzmacniane przez wspólnotę doświadczeń ludzi żyjących w tej samej kulturze, są podstawą każdej, również terapeutycznej, więzi. Niekorzystne stają się wówczas, kiedy są nieświadome oraz dotyczą obszarów patologicznych. Nieświadoma identyfikacja terapeuty z pacjentem młodzieżowym może prowadzić do tego, że terapeuta bezwiednie sugeruje pacjentowi takie radzenie sobie z trudnymi sytuacjami, które w jego przekonaniu i przypadku spraw-

dziły się. Głębsza analiza takich relacji często prowadzi do zaskakujących wniosków. Doświadczenia czasami nie okazują się aż takie podobne, jak się wydają terapeutę. Jego odczucie może być oparte na procesach idealizacji pacjenta i przypisywaniu mu (projekcji) własnych przeżyć z przeszłości. Również proponowane rozwiązania nie zawsze okazują się konstruktywne. Wynika to z faktu, że w takich sytuacjach mamy skłonność do odrzucania teorii psychoterapeutycznych w imię emocjonalnej bliskości z pacjentem, co najczęściej oznacza pracę w obrębie „teorii” prywatnej.

c) Niekorzystny dla terapii jest również lęk przed rozeznaniem (przeciwopór) patologii rodziców, ich agresji, oraz własnej agresji i złości na nich, a co za tym idzie — błędne rozpoznanie sytuacji dziecka i błędna terapia. Dzieje się tak czasami w konfiguracji młody, niepewny siebie terapeuta — pewni siebie rodzice, którzy są przeżywani przez niego jako bardziej kompetentni życiowo lub mu/jej imponują. Jest to więc sytuacja, kiedy rodzice pacjenta są obiektem nieświadomego przeniesienia idealizującego ze strony terapeuty, czemu najczęściej towarzyszy ukryta autodewaluacja. Jeżeli terapeuta w taki sposób przeżywa rodziców, to wówczas, po spotkaniach, podczas których zgłaszają mu oni krytyczne uwagi na temat funkcjonowania pacjenta, braku poprawy itp., może on mieć tendencję do wywierania presji na nastolatka, aby się szybciej zmieniał, a nawet do emocjonalnego karania go. W oczywisty sposób komplikuje to relację z pacjentem.

3. Relacja rodzice–terapeuta:

a) Dla większości rodziców samo przyjście do psychoterapeuty jest sytuacją przeżywaną narcystycznie. Jest dowodem na to, że nie dali sobie rady z wychowaniem dziecka, są niekompetentni wychowawczo, mało wartościowi jako rodzice itp. Mogą oni wykazywać tendencję do całkowitego brania odpowiedzialności za problemy dziecka na siebie, nieświadomego prowokowania terapeuty do oceniania ich, regresowania się i zachęcania do traktowania ich jako pacjentów potrzebujących pomocy. W odpowiedzi terapeuta wchodzi w niepotrzebną, quasi-terapeutyczną relację z rodzicami i kieruje do nich interwencje psychoterapeutyczne, na które się z nimi nie umawiał. Może to prowadzić zwrotnie do różnych reakcji przeniesieniowych ze strony rodziców, od zwiększenia zależności, rozwinięcia idealistycznych oczekiwań i presji, po odczucie nadużycia i agresywne zerwanie takiej zależności. Pacjent pozostaje wówczas z boku, lub jego rozumienie przez terapeutę jest mocno zaburzone przez procesy przeciwprzeniesieniowe w relacji z rodzicami. Należy przy tym zaznaczyć, że pewna stanowczość i stawianie rodzicom warunków umożliwiających rozwój dziecka i terapię (np. warunek, żeby 13-letni pacjent nie spał w jednym łóżku z matką) są korzystne dla pacjentów. W szczególnych wypadkach można rozważać zaproponowanie rodzicom/rodzicowi podjęcie terapii własnej jako warunku przyjęcia dziecka do terapii. Podobnie niekorzystne jest unikanie (z lęku) każdej interwencji wobec rodziców, np. prostej klaryfikacji, nawet jeśli ułatwiałaby ona relację terapeutyczną z pacjentem. Najsensowniejsze wydaje się tu jednak przyjęcie postawy polegającej na rozumieniu (diagnozowaniu) problemów rodziców, utrzymywanie wobec nich pozycji autorytetu, ale pracy głównie poprzez

psychoedukację, wyjaśnianie i uzasadnianie swoich propozycji terapeutycznych. Aby terapeuta czuł się swobodnie w swoich interwencjach w stosunku do rodziców, istotne wydaje się wskazanie ogólnego kryterium różnicującego terapię od psychoedukacji. Wydaje się, że terapeuta przekracza granicę psychoedukacji, kiedy zaczyna adresować swoje interwencje do nieświadomych afektów i mechanizmów rodziców, nie poprzestając na ogólnym wyjaśnianiu zależności psychologicznych zachodzących w rodzinie pacjenta, istotnych z punktu widzenia jego dobra. Jeżeli rodzice „prowokują” do interwencji terapeutycznych lub w przekonaniu terapeuty potrzebują terapii własnej (indywidualnej, rodzinnej, małżeńskiej), to powinien im ją zaproponować. Zazwyczaj dobrze przyjmowany jest komentarz w stylu: „Zadają mi państwo dużo pytań, na które odpowiedź byłaby możliwa tylko wtedy, gdybym odniósł się do państwa własnej problematyki i państwa osobistych przeżyć. Gdybym to zrobił, byłoby to z mojej strony nadużycie, bo nie umawialiśmy się na to. Utrudniłoby mi to również bycie terapeutą dla państwa córki/syna. Ale generalnie jest korzystne, jeśli rodzice równoległe do terapii dziecka utrzymują kontakt terapeutyczny lub psychoedukacyjny z innym terapeutą. To pragnąłbym zasugerować”. Dylemat, który czasem musi rozstrzygnąć terapeuta jest taki, czy ma to być tylko „sugestia”, czy też warunek kontynuacji terapii z dzieckiem. W moim przekonaniu nie istnieje tutaj sensowna „trzecia” formuła pracy, tak jakby to chciała Schier [3], czyli coś pomiędzy psychoedukacją a psychoterapią rodziców. Uważnie prowadzona psychoedukacja nie jest quasi-wykładem dla rodziców, lecz propozycją opisu tego, co się dzieje w rodzinie, a więc najczęściej przekazem emocjonalnie ich poruszającym i zmieniającym stosunek do dziecka i terapii. Terapeuta klaryfikuje ich zachowanie i emocje, ale powstrzymuje się od interpretacji nieświadomych przyczyn ich zachowania w domu i destrukcyjnego przeniesienia. Jeśli nie zatrzymuje się na tej granicy, to najczęściej zamiast uspokajać sytuację, dodatkowo intensyfikuje procesy przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowe, wikłając w nie również siebie samego. Uważam, że istnieje tutaj granica emocjonalnych możliwości terapeuty, po przekroczeniu której (np. przy bardzo częstym spotykaniu się z rodzicami) zachowanie neutralności staje się fikcją.

b) Przeciwne reakcje rodziców, najczęściej również motywowane narcystycznie, obejmują takie postawy, jak: milcząco-wrogie wycofanie, zaprzeczanie jakimukolwiek własnemu wpływowi na dziecko, odmowa współpracy (np. w przypadku skierowania na terapię przez instytucje państwowe), a w dalszej kolejności przyjmowanie postawy roszczeniowej, dewaluacja terapii i terapeutów w ogóle. Przeciwprzeniesieniowa odpowiedź terapeuty może być również bardzo różna. Największym zagrożeniem jest tu wejście w jawną lub ukrytą relację sadomasochistyczną (kto kogo zdominuje). Może się ono przejawiać wspomnianą poprzednio quasi-terapią, będącą przejawem złości terapeuty i próbą zdominowania rodziców, wymuszenia na nich podporządkowania. Inną reakcją może być rezygnacja z używania kategorii terapeutycznych i wejście w konflikt z rodzicami lub wygłaszanie agresywnych komunikatów pod ich adresem („To państwo są winni, że ma objawy”), co najczęściej jest próbą obrony przed dewaluacją z ich strony. Wpływ takiej relacji na przeżywanie pacjenta może być również różny. Przede wszystkim może wzmacniać identyfikację terapeuty z tą częścią pacjenta, która buntuje się przeciwko rodzicom. Pominięte zostaje wówczas całkowicie rozpoznanie

jego problematyki agresywnej. Może również nastąpić emocjonalne zaprzeczenie prawom rodzicielskim, co w niektórych przypadkach skłania terapeutę do podjęcia nadmiarowych działań w świecie zewnętrznym, np. skierowania do sądu rodzinnego i do różnych interwencji środowiskowych. (Nie mam tu oczywiście na myśli sytuacji takich jak aktualna przemoc lub nadużycie, które taką interwencję rzeczywiście uzasadniają). Grupa reakcji opisywanych w tym punkcie należy do najtrudniejszych, a prowadzenie terapii w takich emocjach często nie jest możliwe. Najważniejszą kwestią jest tutaj rozpoznanie źródła i nasilenia antyspołecznych tendencji rodziców. Silne przeciwprzeniesienie terapeuty może powodować, że będzie on traktował agresję rodziców jako wyraz ich psychopatii, a nie jako np. obrony przed lękiem czy zagrożeniem narcystycznym. Czasami prosty gest, pokazujący rodzicom, że nie zamierzamy podawać w wątpliwość ich kompetencji rodzicielskich, uspokaja sytuację.

c) Rodzice, wraz z rozwojem relacji terapeutycznej, mogą ją różnie przeżywać, np. być nieświadomie zazdrośni o bliskość własnego dziecka z terapeutą, postrzegać efekty terapii jako szkodliwe itp. Np. matka o tendencjach symbiotycznych będzie spostrzegać samodzielność zahamowanego dotychczas syna i takie jego zachowania, jak uczestniczenie w bójkach szkolnych, jako „pogarszanie się” jego stanu. W skrajnych przypadkach terapeuta zaczyna być przeżywany jako ktoś, przed kim należy „ratować” dziecko. Terapeuta może to przeżywać jako niszczenie jego pracy, atak na więź i zwrotnie dewaluować rodziców.

d) Na koniec można ogólnie wymienić wszystkie nieobronne, „pierwotne” agresywne wobec terapeutów reakcje rodziców, którzy wykazują różnorakie, jawne zaburzenia z poziomu borderline i którzy zgłaszają dziecko do terapii z innych, niż chęć jego wyleczenia, powodów. Zazwyczaj wiąże się to z niemożnością prowadzenia terapii. Są to sytuacje najtrudniejsze, ponieważ generują najsilniejsze przeciwprzeniesienie, w tym również wywołują największą bezradność. Większość możliwych reakcji przeciwprzeniesieniowych została już opisana powyżej. Są to np. silna identyfikacja z dzieckiem, impulsy sadomasochistyczne, lęk przed odreagowaniem swojej agresji na rodzicach itp. W przypadku silnych emocji i braku wystarczającego wyszkolenia terapeuty zwiększa się możliwość odreagowywania przez niego przeciwprzeniesienia. Zdaję sobie sprawę, że ten ogólny opis takich sytuacji może frustrować terapeutów, pragnących uzyskać konkretne propozycje radzenia sobie z agresywnymi rodzicami. Jednak — po pierwsze — zazwyczaj niewiele da się zrobić, po drugie — wymagałoby to szczegółowego omówienia zagadnień związanych z ustalaniem ram terapii u pacjentów mających agresywnych rodziców [8], a po trzecie — każda taka sytuacja musi być szczegółowo omówiona superwizyjnie w zespole terapeutycznym.

Można powiedzieć ogólnie, że swoboda w przeżywaniu różnych uczuć przeciwprzeniesieniowych w relacji z rodzicami i rozeznanie ich potencjalnej patologii może mieć bardzo korzystny wpływ na terapię dziecka. Dzieje się tak dlatego, ponieważ przeciwprzeniesienie w stosunku do rodziców jest nieocenionym źródłem informacji na temat tego, co może czuć pacjent, a czemu sam zaprzecza (np. co jest źródłem jego — świadomej bądź nie — agresji i na ile jest ona adekwatna). Jest to ogólna, bardzo

ważna informacja diagnostyczna o tym, w jakich warunkach emocjonalnych przebywa pacjent i jaki mogą one mieć wpływ na jego sposób przeżywania.

Wspomniałem, że użycie tej koncepcji może pomóc w uniknięciu destrukcji w relacji terapeuta–pacjent–rodzice. Czy możemy jednak wskazać, do jakiej relacji z rodzicami dążymy i jaka relacja z nimi jest korzystna dla terapii nastolatka? Ogólnie można powiedzieć, że chodzi nam o taką relację z rodzicami, w której są oni naszymi sprzymierzeńcami, z którymi, pomimo częstych różnic w rozumieniu sytuacji, łączy nas wspólna troska o dobro ich dziecka. Przymierze pomiędzy osobami dorosłymi musi być więc silniejsze niż wątki rywalizacyjno-narcystyczne.

Korzystanie z zaproponowanego modelu może wydawać się niezwykle trudne, a ilość potencjalnych komplikacji w takiej trójkątnej relacji olbrzymia. Jeśli jednak uważnie przyjrzymy się podanym przykładom, to okaże się, że wszystkie one ilustrują zgodne i komplementarne reakcje przeciwprzeniesieniowe opisane przez Rackera [4]. Dodatkowy wkład Kernberga [5] polegał tu na szczegółowym wykazaniu, że identyfikacje te nie muszą zachodzić w stosunku do innych osób w ogóle, lecz mogą dotyczyć pewnych aspektów, „części” ich osobowości, szczególnie jeśli ich psychopatologia jest oparta na używaniu mechanizmów dysocjacyjnych i rozszczepiennych. Specyfika psychodynamicznej psychoterapii młodzieży polega natomiast na tym, że terapeuta może rozpoznawać takie reakcje zarówno w relacji z pacjentem młodzieżowym, jak i z rodzicem. W relacji z tym pierwszym może z nich czynić użytek terapeutyczny, w relacji z tym drugim swoje wewnętrzne spostrzeżenia może wykorzystać poprzez psychoedukację, ale też poprzez powstrzymanie się od działania wikłającego go w destrukcyjne rozegrania. Może również zainicjować określone działania w świecie zewnętrznym. Terapeuta młodzieżowy podlega znacznie większej presji uwikłania się w zewnętrzny świat pacjenta niż terapeuta pacjentów dorosłych, szczególnie wtedy, gdy ma do czynienia z zaburzeniami, określanymi czasem jako eksternalizacyjne, a realna obecność rodziców przekracza granice pozwalające utrzymać neutralną pozycję terapeutyczną.

Powyższe uwagi wskazują również na to, co powinno być dodatkowym elementem wykształcenia psychodynamicznego terapeuty młodzieżowego. Nieocenione są tutaj np. warsztaty szkoleniowe, polegające na przeprowadzaniu przez szkolącego się terapeutę wstępnej konsultacji z pacjentem przejawiającym problemy podobne do tych, które miał sam terapeuta w jego wieku.

IV Współpraca z terapeutami rodzinnymi

Chciałbym podzielić się kilkoma refleksjami na temat często spotykanej formuły równolegle prowadzonych systemowej terapii rodzinnej i indywidualnej psychoterapii psychodynamicznej dziecka oraz pokazać jej szanse i ograniczenia.

Perspektywa psychoanalityczna za priorytet uznaje zwrócenie się do tzw. wewnętrznego świata pacjenta poprzez klaryfikację, konfrontację, interpretację oraz utrzymywanie takiej relacji, która sprzyja uwewnętrznieniu dobrych aspektów obiektu. Z tej perspektywy psychoterapia rodziny jawi się, obok farmakoterapii i różnych interwencji środowiskowych, jako jedna z form oddziaływania na tzw. zewnętrzną

rzeczywistość pacjenta, to znaczy jako próba zmiany świata wewnętrznego poprzez dodatkową modyfikację jakiegoś elementu jego zewnętrznego świata lub tylko zmianę elementu zewnętrznego (np. w celu ochrony pacjenta).

Z tego punktu widzenia terapia rodzinna, małżeńska czy terapia własna rodzica może w wielu sytuacjach być pomocna dla procesu indywidualnej terapii pacjenta. Przedstawiony tu pogląd jest negowany przez część środowisk psychoanalitycznych i psychodynamicznych, a nawet uważany za pewien rodzaj nielojalności i niepełnej identyfikacji z własnym paradygmatem. Jak nietrudno się domyślić, nie zgadzam się z tym poglądem. Wbrew tym głosom należy przypomnieć, że myślenie w kategoriach połączenia oddziaływań nakierowanych zarówno na zewnątrz, jak i wewnątrz pacjenta, w tym zaangażowania rodziny, choć mniejszościowe, istniało przez cały czas rozwoju myśli psychoanalitycznej. Początkiem była terapia małego Hansa, później model terapii dzieci i młodzieży opracowany przez Annę Freud [8], prace Winnicotta, a współcześnie terapia młodzieży i dorosłych pacjentów z zaburzeniami osobowości w ujęciu Otto Kernberga i współpracowników [8]. Wymienieni tu terapeuci, pomimo angażowania się w różne formy współpracy z rodziną, pozostali wybitnymi psychoanalitykami, dla których priorytetem jest w dalszym ciągu koncentracja na wewnętrznym świecie pacjenta.

Sięganie po różne interwencje nakierowane na zewnętrzną rzeczywistość pacjenta wynika w moim przekonaniu ze świadomości ograniczeń własnej metody w odniesieniu do poszczególnych rodzajów zaburzeń i chorób psychicznych. Głęboka terapia indywidualna czasami skutkuje poczuciem przez terapeutę olbrzymiego wpływu na wewnętrzny świat pacjenta i zapomnieniem o innych, niż psychogenne, czynnikach etiologicznych. Ubocznym skutkiem może być wówczas ukryte poczucie omnipotencji i absolutyzacja własnej metody. Tymczasem nie ma żadnych świadectw empirycznych wskazujących, że możliwe jest wyleczenie np. zaburzeń schizofrenicznych lub chorób afektywnych samą tylko psychoterapią, bez udziału farmakoterapii. Istnieje natomiast wiele świadectw dowodzących, że najlepsze efekty w tych przypadkach daje połączenie oddziaływań skupiających się zarówno na świecie przeżyć pacjenta, jak i jego rzeczywistości zewnętrznej [np. 11]. Skierowanie do terapii rodzinnej z perspektywy psychodynamicznego psychoterapeuty indywidualnego może być odreagowaniem bezradności, ale może się także opierać na rozpoznaniu ograniczeń własnej metody, niezależnie od tego, jaki subiektywny poziom bliskości z pacjentem został osiągnięty. Oprócz ograniczeń wynikających z podłoża biologicznego, chodzi tu o pewne formy oporu charakteru (co jest rzadkie w terapii młodzieży), w których współpraca rodziny może być przydatna. Innym rodzajem ograniczenia jest tzw. opór libido, czyli utrwalenie pewnych destrukcyjnych form uzyskiwania ulgi w realizacji popędów seksualnych i agresywnych, co ma miejsce w uzależnieniach, perwersjach oraz zaburzeniach jedzenia. Jednak najczęstszym powodem skierowania na terapię rodzinną przez indywidualnych terapeutów młodzieżowych jest świadomość różnych deficytów, bądź u pacjenta, bądź w jego środowisku. Z jednej strony chodzi tu o występowanie np. choroby psychicznej. Korzystna wtedy jest psychoedukacja lub terapia rodziny, tak aby mogła spełniać ona funkcję tzw. ego pomocniczego w obliczu załamania się różnych funkcji u pacjenta (badanie rzeczywistości, racjonalne myślenie,

dbanie o siebie w aspekcie społecznym, finansowym i innym). Drugą taką sytuacją jest brak zdolności środowiska rodzinnego pacjenta młodzieżowego do opieki nad nim. Zazwyczaj niewydolni rodzice nie przyjmują takiego skierowania, skoro bowiem nie troszczyli się o dziecko dotychczas, to nie zrobią tego także w sytuacji terapii. Jednakże jeśli dochodzi do terapii rodzinnej, to wizje terapeuty młodzieżowego i rodzinnego czasami się tutaj różnią. Czasami terapeuta młodzieżowy, nie zawsze wprost i nie zawsze adekwatnie, oczekuje, że ktoś, np. terapeuta rodzinny, przyjmie swoistą funkcję „nadrodzica” w stosunku do rodziców pacjenta, po to, aby wzmocnić ich albo nauczyć pełnienia funkcji opiekuńczej w stosunku do dziecka. Jest więc, świadomie bądź nie, zwolennikiem przyjęcia przez terapeuta rodzinnego roli charakterystycznej dla podejścia strukturalnego w terapii rodzin. Tymczasem dzisiaj jest to podejście rzadko reprezentowane, budzące wiele kontrowersji wśród terapeutów rodzinnych, np. ze względu na „skośność” relacji terapeutycznej, która jest pojmowana jako subtelna forma niedopuszczalnego autorytaryzmu.

Współpraca z terapeutami rodzinnymi jest z perspektywy terapeuty indywidualnego korzystna również wtedy, kiedy obydwie wspomniane formy uzupełniają się w obszarze przepracowywania pierwotnej i wtórnej korzyści z objawu. (Jest to jednocześnie obszar największej różnicy pomiędzy tymi podejściami). O ile dobrze rozumiem, w ujęciu teorii systemów, objaw u pacjenta identyfikowanego powstaje w związku z jego ukrytą przydatnością dla systemu. Np. wytworzenie zaburzeń depresyjnych u 18-latka lub anoreksji u 17-latki może służyć poradeniu sobie z lękami separacyjnymi zarówno rodziców, jak i adolescenta, koncentrując ich wspólnie na sobie i utrwalając wzajemne zaangażowane w swoje życie. Z perspektywy psychoanalitycznej takie ujęcie problemu jest dobrym opisem tzw. wtórnej korzyści z objawu. Wytworzony symptom jest wzmacniany przez różnego rodzaju korzyści dostarczane przez otoczenie. Klasyczna koncepcja psychoanalityczna jednak inaczej ujmuje funkcję objawu. Najistotniejsza dla jego powstania jest tzw. korzyść pierwotna¹. Chociaż objaw sam jest cierpieniem, to jednak chroni przed jeszcze większym, polegającym na uświadomieniu sobie tych afektów, obron lub reprezentacji, które tworzą nieakceptowane, nieświadome aspekty self (poprzez superego lub z powodu lęku przed realnymi konsekwencjami). Jednocześnie objaw jest tworem kompromisowym, tzn. zabezpiecza przed uświadomieniem zakazanych treści, a jednocześnie częściowo je wyraża i realizuje [10]. To, jaką postać przyjmie, zależy od rodzaju użytych obron, np. w wypadku nerwicy będą to obrony związane z wyparciem, a w przypadku zaburzeń borderline związane z rozszczepieniem [7]. Wspomniane objawy depresyjne u 18-latka mogą być np. rozumiane jako kompromisowe rozwiązanie nieświadomego konfliktu pomiędzy wypartymi, rozwojowymi tendencjami separacyjnymi i złością na rodziców (np. za kontrolę) a chęcią uniknięcia ryzyka utraty ich miłości (lęk separacyjny), obawą, że będzie to oznaczać koniec relacji z nimi w ogóle (lęk depresyjny) lub przeżywanie przytłaczającego poczucia winy (lęk superego). Jednocześnie depresyjność może być częściowym, pasywnym sposobem wyrażania agresji do nich. I dopiero wówczas tak wytworzone objawy mogą być wtórnie wzmocnione lub utrwalone przez korzyści płynące ze środowiska. M.in.

¹Jest to odkrycie Freuda, stanowiące jedno z jego najwybitniejszych, wciąż aktualnych osiągnięć.

z tego powodu terapeuci psychodynamiczni sceptycznie podchodzą do możliwości leczenia utrwalonych zaburzeń osobowości bez intensywnej analizy nieświadomych wzorców przeżywania w relacji z obiektem, obron, przeniesienia itd. Natomiast z tej perspektywy terapia systemowa jawi się jako adekwatna odpowiedź terapeutyczna dla różnego rodzaju kryzysów rodzinnych, rozwojowych, zaburzeń reaktywnych oraz jako forma wspierająca terapię indywidualną w zakresie likwidacji wtórnych korzyści z objawu². Wydaje się, że w terapii adolescenta właśnie na tym może polegać współpraca: na komplementarnym przepracowywaniu pierwotnej i wtórnej korzyści z objawu.

Pojawia się tu jednak również pewne zagrożenie. Bazując na różnych założeniach teoretycznych oraz budując obraz na podstawie różnych doświadczeń klinicznych, terapeuci mogą sformułować sprzeczne ze sobą wyjaśnienia psychopatologii pacjenta młodzieżowego, a co za tym idzie — zostanie on poddany działaniu sprzecznych ze sobą interwencji terapeutycznych. Sytuacja ta nie zdarza się wyjątkowo często, ale jednak się zdarza, szczególnie gdy terapeuci tkwią w odmiennych, nieświadomych identyfikacjach z różnymi stronami konfliktu rodzinnego, a więc kiedy nie zdają sobie sprawy, że tracą neutralność terapeutyczną. Granicą porozumienia pomiędzy terapeutami będzie tutaj odmiennosc identyfikacji terapeutycznych, aczkolwiek mogą oni w imię współpracy wytworzyć pewną iluzję porozumienia. W moim przekonaniu korzystniejsze jest w tej sytuacji wzajemne uszanowanie tych różnic i uznanie niemożności współpracy. Z perspektywy psychodynamicznego terapeuty indywidualnego problemy w definiowaniu przyczyn zaburzeń i rozumieniu procesu terapeutycznego znacznie się zmniejszają, kiedy terapia rodzinna jest prowadzona w ujęciu psychoanalitycznym.

Piśmiennictwo

1. Barbaro B, red. Schizofrenia w rodzinie. Kraków: Wydawnictwo UJ; 1999.
2. Bettelheim B. Uciekinierzy z życia. Leczenie dzieci zaburzonych emocjonalnie. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Dialog; 2004.
3. Schier K. Terapia psychoanalityczna dzieci i młodzieży: przeniesienie. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2000.
4. Racker H. Transference and counter transference. London: Karnac Books; 1988.
5. Kernberg OF. Object relations theory and clinical psychoanalysis. New York: Jason Aronson; 1976.
6. Harris M, Bick E. The child psychotherapist and the patient's family. W: Williams MH, red. The Tavistock model: Papers on child development and psychoanalytic training by Martha Harris and Esther Bick. London: Karnac; 2011, s. 251–272.
7. Kernberg OF. Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Jason Aronson; 1975.
8. Yeomans F, Clarkin JF, Kernberg OF. Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu w leczeniu zaburzeń osobowości borderline. Podręcznik kliniczny. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej; 2015.
9. Edgcomb R. Anna Freud. Gdańsk: GWP; 2007.

²Nie wiem, czy terapeuci systemowi zgodziliby się z takim ujęciem. Powyższa analiza jest dość ryzykowną interpretacją też jednego paradygmatu terapeutycznego (systemowego) w kategoriach drugiego (psychoanalitycznego). Jest więc metodologicznie kontrowersyjna.

10. Freud Z. „Ja” i „To”. W: Freud Z. Psychologia nieświadomości. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2009.
11. Alanen Y. Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.

adres: glita@poczta.onet.pl

Serdecznie dziękujemy kwartalnikowi „Psychoterapia” za wyrażenie zgody na przedruk w niniejszych materiałach konferencyjnych artykułu Iwony Kozłowskiej-Piwowarczyk „Psychoterapia indywidualna 14-letniej dziewczynki prowadzona w warunkach poradni psychologiczno- pedagogicznej” zamieszczonego w Psychoterapii, nr 4, rok 2006, str 67-77.

PSYCHOTERAPIA 4 (139) 2006

strony: 67–77

Iwona Kozłowska-Piwowarczyk

PSYCHOTERAPIA INDYWIDUALNA 14-LETNIEJ DZIEWCZYNKI PROWADZONA W WARUNKACH PORADNI PSYCHOLOGICZNO- -PEDAGOGICZNEJ

INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY OF A 14-YEAR OLD GIRL CONDUCTED IN AN OUT-PATIENT PSYCHOLOGICAL-PEDAGOGICAL CENTRE

Krakowski Ośrodek Terapii
Dyrektor: mgr Barbara Woszczyna

**individual psychotherapy
not finished mourning**

W artykule prezentowany jest opis przypadku dorastającej dziewczyny, u której zahamowanie rozwoju poznawczego było związane z nieukończoną żałobą po śmierci matki. Autorka opisuje przebieg psychoterapii indywidualnej, trwającej 5 lat, do momentu ukończenia przez pacjentkę szkoły średniej. Celem psychoterapii było przeprowadzenie Ani przez kolejne fazy żałoby, aby mogła pogodzić się z utratą bliskiej osoby oraz pomoc w podjęciu zadań rozwojowych związanych z okresem adolescencji.

Summary. The author of the article describes individual psychotherapy process of a 14-year old girl whose intellectual and emotional development was inhibited following her mother's sudden decease.

The author makes a thesis that this developmental crisis could be resolved mainly because the girl received psychotherapeutic treatment in psychological-pedagogical service, where she had been referred due to increasing difficulties at school.

Wstęp

Krakowski Ośrodek Terapii jest specjalistyczną poradnią psychologiczno-pedagogiczną, która zajmuje się psychoterapią dzieci, młodzieży i rodzin. Przedstawiony poniżej opis prowadzonej psychoterapii indywidualnej jest być może w swojej wymowie dość krańcowy w wymiarze psychologicznym i socjologicznym, niemniej obrazuje w wyrazisty sposób zakres problematyki i formy jej przejawiania się w warunkach pracy poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Do poradni psychologiczno-pedagogicznych dzieci i młodzież trafiają najczęściej z powodu trudności w nauce. Prezentowany opis przypadku ilustruje użyteczność teorii i praktyki systemowej terapii rodzin, podejścia psychodynamicznego oraz umiejętności klasycznej diagnozy rozwojowej w pracy psychologa w poradni. Umiejętność wielokontekstowego przeanalizowania sytuacji „problemów w nauce” pozwoliła na adekwatne wsparcie procesu rozwoju 14-letniej dziewczynki.

Opis przypadku

Zgłaszany problem

W kwietniu 1998 roku do ośrodka, na spotkanie zgłoszeniowe, przyszła pani Maria (73 lata) w sprawie swojej 14-letniej wnuczki Ani, uczennicy VII klasy. Z relacji p. Marii wynikało, że Ania ma bardzo duże kłopoty w nauce, dostaje w szkole negatywne oceny z kilku przedmiotów, mimo że często siedzi przy książkach do 24, a rano wstaje o 4–5, żeby się uczyć. W szkole nie jest w stanie udzielić odpowiedzi na proste pytania, źle pisze sprawdziany. W domu dziewczynka też mówi niewiele, jest bardzo zamknięta w sobie, trudno nawiązać z nią kontakt.

Odpowiedź babci na pytanie terapeuty o sytuację rodzinną dziewczynki dostarczyła kolejnych znaczących informacji. Dwa lata temu, w sierpniu 1996 r., zmarła nagle na wylew matka Ani, z którą Ania była bardzo związana. Spała z nią w pokoju, spędzała bardzo dużo czasu w ciągu dnia. Po śmierci mamy Ania rozpacziała w widoczny sposób, bała się zostawać sama, przeniosła się do pokoju babci, w nocy spała z nią. Od pół roku śpi sama w swoim pokoju, ale stała się cichsza, bardziej wycofana. Ojciec Ani zmarł, kiedy była 3-miesięcznym niemowlęciem. Wychowaniem Ani zajmuje się sama babcia, pomagają trochę brat mamy i jego żona, ale mieszkają poza Krakowem, więc zajmują się dziewczynką raczej w czasie wolnym.

W spotkaniu zgłoszeniowym uczestniczyła również Ania, słuchając uważnie tego, co mówi babcia. Zapytana przeze mnie w końcowej części spotkania, czy wie, czym zajmuje się psycholog, odpowiedziała, że problemami i że ona sama chciała tu przyjść, ponieważ ma duże kłopoty z nauką.

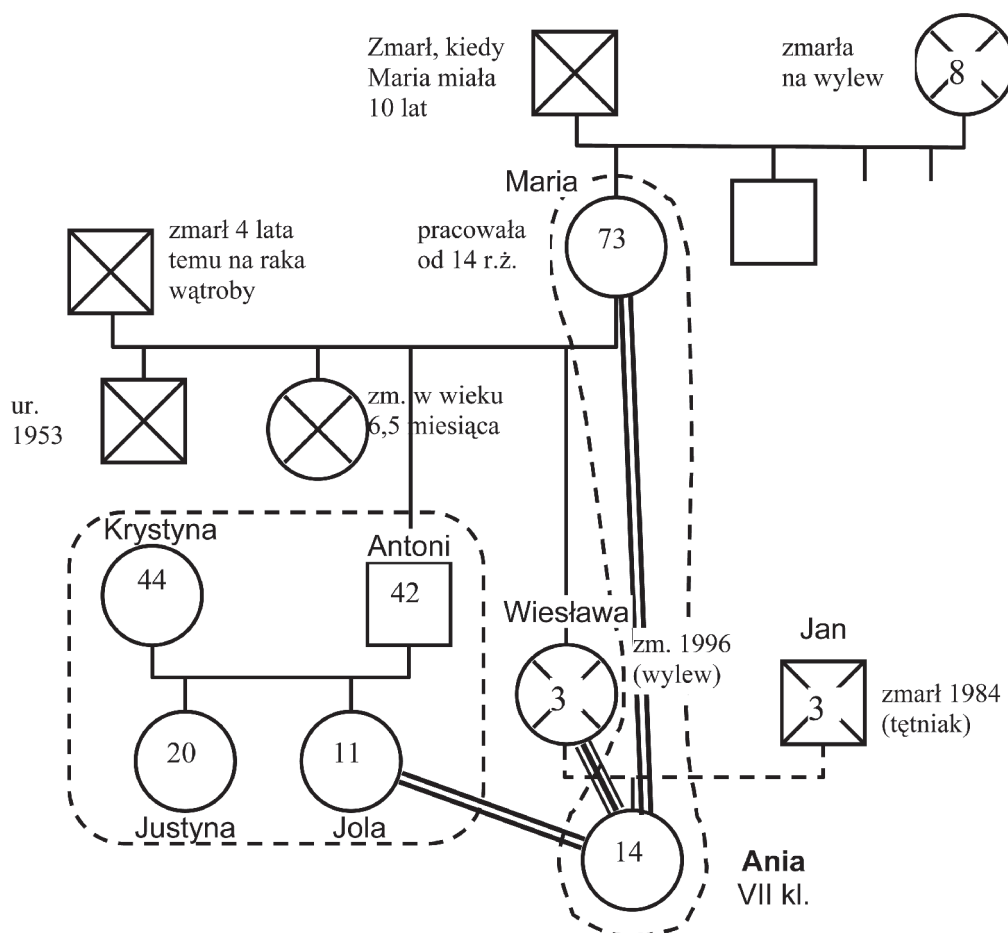
Do podjęcia adekwatnych decyzji terapeutycznych niezbędne jest zebranie na spotkaniu zgłoszeniowym danych dotyczących również szerszego kontekstu rodzinnego i przeprowadzenie ich analizy na podstawie teorii systemowej terapii rodzin. Informacje te pozwalają na postawienie hipotez dotyczących zasobów rodzinnych, funkcjonalności rodziny, możliwości i zasadności zaangażowania rodziny w proces terapeutyczny. Obraz rodziny, poniżej zapisany w symbolice genogramowej, dostarczył znaczących informacji na temat p. Marii. W swoim 73-letnim życiu doświadczyła wielu znaczących utrat. Zmarło troje z jej czworga dzieci (w tym mama Ani). Kiedy miała 10 lat, zmarł jej ojciec i w wieku 14 lat poszła na służbę „za jedzenie”. Obecnie żyje jeden syn, który jest z nią w kontakcie, ma swoją rodzinę. Pani Maria nadal pracuje, co drugi dzień 12 godzin, aby utrzymać Anię i siebie.

Diagnoza psychologiczna i podjęte decyzje terapeutyczne

W informacjach przekazanych przez babcię Ani kluczowa dla rozumienia kłopotów dziewczynki była ta o nagłej śmierci mamy, ważna także była historia życia babci.

Stawiając diagnozę psychologiczną odwołałam się do teorii psychodynamicznej.

1. Ania, mając 14 lat, znajdowała się w początkowej fazie adolescencji, który to okres sam w sobie jest procesem zmiany, a przez to kryzysem dla młodej osoby i jej rodziny (Reyner E. [1]), ponadto doświadczyła głębokiej dezorganizującej życie utraty. Dla dalszego procesu diagnozy niezbędne było odwołanie się do opisanych przez J. Gaucher [w: 2, s. 191–193] faz żałoby psychologicznej:



Rys.1. Sytuacja rodzinna Ani zapisana w symbolice genogramowej

1. Faza szoku — na wiadomość o śmierci kogoś bliskiego u pacjenta można stwierdzić istotne zaburzenia psychiczne, od zmieszania świadomości do jej przyćmienia. Pacjent rzadko się odzywa, a jeśli — to krótkimi zdaniami, czasem stereotypami. Może krzyczeć. Jest nieruchomy, może poruszać się jak automat, twarz jakby skamieniała; możliwe silne objawy ze strony układu wegetatywnego, bicie serca, ściśnięty żołądek, możliwa też nagła śmierć. Charakterystyczna reakcja zaprzeczania — „to niemożliwe”

2. Faza uświadamiania — w tym konkretnym momencie realność byłej więzi uczuciowej jawi się pacjentowi z całą wyrazistością; kilka chwil później jest przytłumiona przez nową realność, tak ciężką do zaakceptowania. Te dwie realności, tak okrutne, zachodzą na siebie i towarzyszy temu ogromny wysiłek psychiczny, wyczerpujący i bezowocny. Pacjent może się załamać, ukryć twarz w dłoniach i błagać o cud: zdolność myślenia i działania zniknęły.

3. Faza depresyjno-agresywna — stan depresji wraz z poczuciem winy z jednoczesną agresją wobec „utraconego obiektu” łatwo może się pogłębić. Ważne, aby w tej fazie pacjent nie pozostawał sam ze swoimi myślami, mógł opowiadać o tym, co przeżywa, innym, aby w umyśle pojawiła się nowa więź z utraconym obiektem: uproszczona, czystsza, nabierająca kształtów „obrazowo-wspomnieniowych”. Powinny pojawić się w tym okresie rytuały żałobne. Umysł powoli uspokaja się i wtedy powinna rozpocząć się praca nad reorganizacją emocjonalną.

4. Faza poszukiwania nowego sposobu bycia — pacjent ma szansę na ponowne zaangażowanie się w nowe, dynamiczne i pozytywne dla siebie związki, próbuje znaleźć nowe miejsce w świecie. Ważne jest poszanowanie i zachowanie wspomnień, więzów przeszłości (daty, rocznice).

5. Faza zablizniania — to ostatni etap. Blizna ciągle istnieje i czasami daje o sobie znać, dlatego też powinna być w stały sposób obserwowana i brana pod uwagę.

Opis objawów obserwowanych w zachowaniu Ani umożliwiał postawienie hipotezy, że proces żałoby po stracie mamy uległ zatrzymaniu. Ania pozostaje najprawdopodobniej w drugiej fazie, w której „zdolność myślenia i działania zniknęły”, stąd nieefektywność automatycznie powtarzanych czynności związanych z uczeniem się.

To, co jawiło się jako cel procesu psychoterapeutycznego, to przeprowadzenie Ani przez kolejne fazy żałoby, aby podjęła swoje zadania rozwojowe związane z okresem adolescencji, odzyskała możliwość działania i myślenia, i była zdolna wchodzić w nowe związki. W związku ze zgłaszanymi kłopotami w nauce niezbędne było również przeprowadzenie psychologicznych badań diagnostycznych określających poziom rozwoju intelektualnego i sprawność funkcji poznawczych.

W opisanej sytuacji zaproponowałam spotkania indywidualne, nie bardzo widząc możliwość prowadzenia pracy z rodziną, nawet gdyby uznać, że babcia i Ania tworzyły dwuosobową rodzinę. Babcia wyraźnie chciała Anię „powierzyć”, choć chyba nie do wierzała, że coś z tego wyniknie, wydawała się bezradna i zagubiona, bardzo obciążona codziennymi obowiązkami i pracą. Ponadto, spotkania rodzinne odbywają się zwykle raz w miesiącu, a Ania potrzebowała znacznie intensywniejszego kontaktu, żeby poradzić sobie z indywidualnymi problemami.

Przebieg procesu psychoterapeutycznego

Psychoterapia Ani trwała od 8 kwietnia 1998 roku do czerwca 2003; wyraźne są dwa okresy:

I faza – kwiecień 1998 do czerwca 1999 (koniec VII klasy i cała VIII klasa szkoły podstawowej) — w tym czasie odbyło się 41 godzinnych spotkań terapeutycznych, których tematem było przepracowanie żałoby po stracie matki,

II faza – wrzesień 1999 do czerwca 2003 (cały okres liceum), kiedy to prowadzona była psychoterapia podtrzymująca, 1-godzinne spotkania odbywały się średnio 1 raz w miesiącu — razem było ich 30.

Opis I fazy psychoterapii

Ania podjęła psychoterapię w sytuacji zagrożenia nieotrzymaniem promocji do następnej klasy z powodu negatywnych ocen, które uzyskiwała, mimo że wiele czasu spędzała nad książkami i miała korepetycje z języka polskiego i matematyki. Ponieważ zgłaszany problem dotyczył trudności w nauce, chociaż diagnoza psychologiczna wskazywała na jego głębsze emocjonalne podłoże, niezbędne było rozpoczęcie pracy terapeutycznej od rozmów na temat objawu. Temat ten był emocjonalnie bardziej obojętny niż śmierć mamy i pozwalał na nawiązanie kontaktu, wzajemne poznanie się. Od kwietnia do czerwca 1998 r. odbyło się 9 spotkań, na których rozmawialiśmy z Anią o jej sprawach codziennych związanych

ze szkołą, uczeniem się. Ponieważ Ania była dość małowówna, ja byłam aktywniejsza w rozmowie — nazywałam emocje, które Ania zaznaczała lakonicznie, dopytywałam, dawałam rady co do sposobu uczenia się. Na 8. spotkaniu Ania zapytała, czy na kolejne może przynieść zdjęcie swojego kota. Moja zgoda była oczywista.

Na 9. spotkanie Ania weszła z fotografią przytuloną do piersi. Na moje pytanie, czy to właśnie fotografia kota, odpowiedziała, że tak, i pokazała mi ją. Moje zaskoczenie było ogromne, ponieważ na fotografii kot był marginalną postacią — na fotografii najważniejsza była postać uśmiechniętej kobiety i oczywiste było, że tą kobietą była mama Ani, która od tej pory już stale była obecna w naszych rozmowach. Ania zaczęła mówić, jak bardzo jej mamy brakuje, jaka jest pustka po niej, jak bardzo nie może pogodzić się z jej brakiem, jak mama podarowała jej kota, i że teraz tylko on został. Ożywione w ten sposób wyparte wspomnienia i emocje mogły ujrzeć światło dzienne — uruchomił się zablokowany proces żałoby. Psychoterapeuta stawał się odbiorcą i kontenerem dla emocji, które inaczej byłyby zalewające i dezorganizujące. Słuchając Ani z trudem powstrzymywałam łzy, podziękowałam jej za obdarzenie mnie zaufaniem.

Kolejne spotkanie Ania odwołała, zadzwoniła jednak, żeby powiedzieć, że otrzymała promocję do VIII klasy z dwoma ocenami dopuszczającymi z fizyki i matematyki. Nie chciała umawiać się w czasie wakacji — miała wyjechać z rodziną koleżanki na miesiąc nad morze, a potem do wujka. Uzgodniłyśmy, że zadzwoni pod koniec sierpnia.

Po wakacjach pierwsze spotkanie odbyło się już 2 września. Ania pełna wspomnień z wyjazdów chętnie opowiadała o tym, co przyjemne, choć znacznie ważniejsze było to, że mogła podzielić się przykrymi przeżyciami. Nad morzem była świadkiem utonięcia matki trojga dzieci. Opowiadanie o tym zdarzeniu było okazją do skontaktowania się z własnymi uczuciami bezradności, złości, żalu. Mówiła też, że zazdrościła swojej przyjaciółce mamy, która opiekowała się nimi dwiema w czasie wakacji. Sposób wprowadzenia tematu śmierci mamy sygnalizował, że Ania wchodzi w trzecią fazę żałoby: depresyjno-agresywną. Drugim tematem był początek VIII klasy i wybór dalszej drogi kształcenia.

Kolejne 32 spotkania była to praca psychoterapeutyczna poświęcona towarzyszeniu w przebiegu procesu żałoby oraz pomoc w podejmowaniu decyzji związanych z wyborem dalszej drogi rozwoju społecznego. Dla rozwiązania spraw szkolnych niezbędne były badania psychologiczne, których wyniki pomogłyby w decyzji co do wyboru szkoły.

Przeprowadzanie Ani przez kolejne fazy żałoby wymagało czuwania nad poczuciem bezpieczeństwa dziewczynki w relacji, ważny był również element werbalizacji przeżyć, odczuć i praca nad wzbogacaniem słownika Ani, stwarzanie możliwości do spontanicznych wypowiedzi, budowanie zaufania w tej nowej relacji społecznej, jaką była relacja z psychoterapeutą.

Założone cele w ciągu tego roku udawało się osiągać. Ania nabierała coraz więcej zaufania, spontanicznie wprowadzała tematy związane ze śmiercią, lękiem przed śmiercią (film „Szczęki”, zabijanie wigilijnego karpia, „Dziady”, które oglądała w teatrze), pytała o duchy, mówiła o swoim lęku przed duchami, oglądała w telewizji dużo horrorów, o których potem ze mną rozmawiała. Równocześnie relacjonowała, że oceny w szkole ma na poziomie 3 — 4 i zadowolona jest z tej poprawy, nie boi się już odpowiadać, śpi lepiej, nie uczy się w nocy, choć popołudniami dużo.

W połowie roku zdecydowałam się włączyć do naszych spotkań bajki braci Grimm jako adresowany do nieświadomych dziecięcych struktur psychicznych materiał pozwalający poradzić sobie z poczuciem osierocenia i wprowadzający możliwości alternatywnych rozwiązań. Na kilku kolejnych spotkaniach czytałam Ani bajki o Kopciuszkę, o Wieloskórce. Omawiałyśmy tematykę bajek, przy czym zakres poruszającej ją tematyki wybierała Ania. Opowiadając mi, co usłyszała i wzięła dla siebie, jednocześnie uczyła się werbalizowania swoich poglądów, wypowiadania ich niezależnie od oczekiwań, formułowania myśli. Identyfikowała się z osieroconymi bohaterkami bajek, które w konsekwencji radziły sobie z życiem, choć był to długi i czasem bolesny proces. Czytając bajki wchodziłam też zastępczo w rolę mamy. Otworzyło to pozytywne wspomnienia Ani z dzieciństwa — w naszych spotkaniach pojawiła się dobra, wesoła, uśmiechnięta, kochająca mama, zawsze obecna przy Ani. Ożywione wspomnienia i tęsknota prawdopodobnie wpłynęły na osłabienie odporności organizmu. Ania sporo chorowała (katary, grypa, ból gardła), ale chodziła do szkoły, kiedy mogła, bo bardzo trudno jej było samej w domu — pojawiały się wtedy wspomnienia o mamie, a poza tym nie chciała opuszczać lekcji. Swoje choroby starała się ukrywać przed babcią, żeby jej nie martwić. Rozumiałam, że są to kierowane do mnie sygnały z prośbą o opiekę. Omawiałyśmy ograniczenia naszej relacji — to, że mogę zapytać, czy poszła do lekarza, ale niestety nie pójdę z nią do niego, jak prawdziwa mama, i w takiej formie, w jakiej się spotykamy, zastępuję ją tylko w pewnym zakresie. Ważne wydawało mi się urealnianie tej relacji, choć jednocześnie sygnały o wiązaniu się ze mną były informacją, że przechodzimy do czwartej fazy przeżywania żałoby — poszukiwania nowego sposobu bycia. Sprzyjała temu realna sytuacja, ponieważ Ania kończyła VIII klasę i stała wobec istotnych decyzji życiowych. Kolejnym sygnałem dokonywania się trzeciej fazy żałoby było jej poczucie winy za śmierć mamy, o którym mi opowiedziała. Podzieliła się swoim niepokojem przywołując sen sprzed śmierci mamy — śniła, że mama umarła. W swoim dziecięcym poczuciu winy była przekonana, że tym snem sprowokowała jej śmierć. Bała się teraz śnić cokolwiek, niepokojąc się sprawcą mocą swoich snów; był to też jeden z powodów, dla których dużo się uczyła dystansując się w ten sposób od swoich myśli. Rozmawiałyśmy na temat przewidywalności i nieprzewidywalności zdarzeń. W procesie terapeutycznym ważne było ujawnienie lęków umożliwiające uzyskanie dystansu do nich.

W marcu 1999 r., kiedy więc między nami była dobra i bliska, Ania zaczęła informować mnie o wątpliwościach babci, czy czasem te spotkania nie zabierają jej czasu na naukę. Zrozumiałam to jako niepokój babci o więź z wnuczką. Zaprosiłam ją na spotkanie, na które chętnie przyszła. Spotkanie odbyło się w obecności Ani. Uspokoiłam p. Marię, że nasza relacja nie zagraża ich związkowi i że jestem tu osobą pomocniczą. Pani Maria w czasie tego spotkania opowiedziała o swoim pracowitym życiu i wielu utratkach, których doświadczyła (co widoczne w zapisie genogramowym); słuchając jej miałam wrażenie, że żyje w świecie duchów. Lepiej rozumiałam temat duchów, który przez jakiś czas pojawiał się w terapii Ani.

Wiosną 1999 r. realne problemy związane z wyborem szkoły zmieniły trochę tematykę naszych spotkań. Przeprowadzone zostały badania psychologiczne przez p. Bożennę Stykę, psychologa pracującego w KOT. Zastosowane: WISC-R, skala inteligencji Wechsler-Bellevue, test 15 słów Reya, test Bentona, test Ravena, przeprowadzone badanie lateralizacji

Zazzo, prób słuchowych — dały niezbyt korzystny obraz możliwości intelektualno-poznawczych Ani.

Opinia psychologa brzmiała następująco:

„Rozwój dziewczynki ogólnie w granicach inteligencji niższej niż przeciętna, bardzo nieharmonijny. Wyraźny deficyt w obszarze funkcji słowno-pojęciowych (poziom pogranicza upośledzenia umysłowego). Bardzo słabo wykształcona zdolność abstrakcyjnego myślenia logicznego, słaby poziom wiadomości ogólnych, ubogi słownik, duże trudności w operacjach logicznych na materiale matematycznym.

Deficyty w zakresie niektórych aspektów percepcji wzrokowej i słuchowej, obniżenie pamięci wzrokowej i słuchowej. Nieukończona lateralizacja przebiegająca niekorzystnie w kierunku skrzyżowanej dominacji, stąd możliwe problemy w pisaniu.

Przy ww. trudnościach wysokie możliwości zapamiętywania i uczenia się bezpośredniego, bardzo dobre tempo uczenia się wzrokowo-ruchowego. Prawidłowy (dolna granica przeciętnej) poziom myślenia logicznego w oparciu o materiał konkretny. W sytuacji zadaniowej bardzo się stara, dobrze zmotywowana.

W badaniach w poradni rejonowej mających pomóc w wyborze odpowiedniego profilu szkoły ponadpodstawowej we wszystkich testach, prócz jednego (szybkość i dokładność spostrzegania), uzyskała słabe wyniki (poniżej normy).

Dobra pamięć i dobra motywacja do pracy to wyraźne atuty dziewczynki, bardzo cenione w szkole”.

Niezależnie od tego, jaką przyszłość widzieli dla Ani psychologowie i nauczyciele, Ania bardzo chciała iść do liceum. Ponieważ nie wiadomo było, jak poradzi sobie w teście kompetencji i jakie uzyska świadectwo końcowe w VIII klasie, psycholog z rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej — na podstawie własnego badania, badania przeprowadzonego w KOT i mojej opinii, diagnozującej raczej zatrzymanie procesów rozwojowych z powodu żałoby i ciężaru emocjonalnego, jakim została obciążona dziewczynka w V kl. szkoły podstawowej — złożył wniosek do komisji kuratoryjnej o zwolnienie jej z egzaminu wstępnego do liceum. Wniosek został odrzucony, Ania została skierowana do zasadniczej szkoły obuwniczej.

Kontynuacja nauki w szkole zawodowej to był temat, o którym Ania nie chciała słyszeć. Próbowalam oswajać ją z taką ewentualnością, szanując jej wybór, ale jednocześnie biorąc pod uwagę fakty społeczne. Ważne było też to, że mama Ani skończyła liceum. Ania chciała być taka jak ona.

Szczerze mówiąc, uwzględnienie sytuacji Ani przez urzędników komisji kuratoryjnej nie okazało się potrzebne. Z testów kompetencji Ania uzyskała 45 pkt, za świadectwo 6 punktów, a 51 pkt razem dawało jej wstęp do „słabego” liceum. Najważniejszy z punktu widzenia rozwoju Ani był fakt, że poradziła sobie o własnych siłach. Cieszyłam się z nią z tego sukcesu bardzo.

Na ostatnim spotkaniu w czerwcu 1999 roku Ania była spokojna, wesoła, cieszyła się nadchodzącymi wakacjami. Zapytałam, jak często myśli o mamie — odpowiedziała, że zawsze będzie o niej pamiętała. ale kiedyś myślała o niej cały czas, a teraz 80% to myśli o mamie, 20% to myśli o innych sprawach. To była ważna odpowiedź pokazująca, że powoli robi się w umyśle i emocjach Ani przestrzeń na nowe sprawy pozwalające podejmować zadania rozwojowe. Umówiliśmy się na telefon we wrześniu.

Opis II fazy terapii

Po wakacjach Ania odnowiła kontakt. Na pierwsze spotkanie przyszła ze zdjęciami z wesela kuzynki, na którym była druhną. Była zadowolona z tego przeżycia i wakacji, które w dużej części spędziła z kuzynkami. Z jej sposobu opowiadania wynikało, że jest w stanie korzystać z więzi z rodziną brata mamy, w której znajduje serdeczność i opiekę.

Po intensywnych spotkaniach raz w tygodniu w pierwszej fazie terapii, w ciągu kolejnych czterech lat Ania spotykała się ze mną znacznie rzadziej. W pierwszym semestrze I kl. spotkania odbywały się raz na dwa tygodnie, potem udawało nam się spotkać raz w miesiącu. Kiedy po pierwszym semestrze okazało się, że wzięwszy się z zapałem do pracy radzi sobie w szkole dobrze, otrzymując trójki i czwórki, uznała, że jej kłopoty z nauką już właściwie minęły. Przeformułowaliśmy kontrakt na spotkania podtrzymujące, wspierające. Ania widziała to tak: przychodzi do mnie, bo chce mi opowiadać, co u niej, ale pomocy nie potrzebuje z powodu problemów. Szkolna sytuacja była bardzo sprzyjająca. Znalazła się w klasie ze swoją przyjaciółką z podstawówki — Ewą. Wychowawczyni, która uczyła geografii, polubiła Anię. Już w pierwszej klasie Ania znalazła się wśród dziesięciorga najlepiej radzących sobie dzieci, co z punktu widzenia budowania jej poczucia własnej wartości było bardzo istotne. Języka polskiego uczyła młoda ambitna nauczycielka, która często zadawała wypracowania i bardzo skrupulatnie je sprawdzała, co sprawiało, że zaniedbana do tej pory edukacja Ani w obszarze werbalnym miała szansę być dopilnowana. Znaczącym wydarzeniem był wyjazd do Włoch z klasą pod koniec I kl. Ania nawiązała bardzo dobre relacje z kolegami i koleżankami, polubiła jeszcze bardziej wychowawczynię i księdza katechetę, który był z nimi na wycieczce. Wróciła pełna wrażeń i radości.

W ciągu tego roku sprawy bieżące były dominujące w naszych rozmowach, czasem pojawiał się temat mamy. Więcej rozmawialiśmy na temat jej przeżywania braku ojca, którego nie знаła. Pojawiał się też temat relacji męsko-damskich. Ania miała dość sprecyzowane oczekiwania co do chłopców, na razie jednak twierdziła, że razem z trzema koleżankami przyrzekły sobie skupić się na nauce, aż do matury. To, co wiedziała o ojcu i relacji mamy z tatą, to to, że bardzo się kochali. Również babcia i dziadek byli dobrym małżeństwem.

Po koniec I kl. Ania relacjonowała, że 50% jej myśli to myśli o mamie, 50% poświęca innym sprawom. Świadectwo ukończenia I klasy uzyskała bez trudu, ze średnią ok. 4. Na wakacje wybierała się z księdzem z grupą „Oazy”.

To, co działo się w okresie opisanego roku, utwierdzało mnie w przekonaniu, że proces żałoby dokonuje się. Ania znalazła się w piątej fazie, kiedy to rana po utracie zbliznia się, ale trzeba było pamiętać, że rana była ogromna i obserwować bliznę.

Kolejny rok i druga klasa były bardzo ważne ze względu na relacje towarzyskie. Ania ciągle bardzo dużo się uczyła, co przynosiło efekty w postaci dobrych ocen, zaczęła dostawać piątki i nie sposób było umówić się z nią na spotkanie w ciągu tygodnia. Trochę mnie to niepokoiło, kiedy jednak po powrocie z wakacji z „Oazą” zaczęła chodzić w każdy piątek na spotkania młodzieżowe, gdzie było dużo śmiechu, żartów — ucieszyłam się. Oprócz nauki, pojawiały się też inne ważne aktywności. Na naszych spotkaniach omawialiśmy bieżące sprawy, sporo było rozmów o agresji, złości, sposobach wyrażania ich, o konflikcie z księdzem, pojawiły się pytania światopoglądowe i o istnienie Boga, o sens

życia, zasadniczo pytania rozwojowe, które zadaje każdy nastolatek. Wszystko to były wskaźniki prawidłowego rozwoju osobowego i intelektualnego Ani.

Pod koniec drugiej klasy Ania „obrazila się” na księdza, ponieważ zaczął ją i Ewę rozliczać z przychodzenia w piątki na spotkania. Powiedziała, że nie chce mieć jeszcze jednego obowiązku. Nasze spotkania też zdarzało jej się w ciągu tego roku odwoływać, zrozumiałam, że życiowe sprawy stają się ważniejsze niż terapia.

Po wakacjach Ania znowu „zameldowała się”. Wakacje nie były zbyt ciekawe, spędziła je z kuzynkami pod Krakowem. Wujek zabrał je do Wiednia na kilka dni, kiedy pojechał w interesach. Cieszyła się, że wraca do szkoły, będzie się przynajmniej coś działo. Trzecia klasa, to już poważna sprawa, trzeba było wybierać fakultet, zaczynała myśleć o maturze. W ciągu tego roku często narzekała na znudzenie, przepracowanie i znużenie, wychodziła czasem z koleżankami do kina. Zaczęła mówić, że po szkole pójdzie chyba do klasztoru. Temat relacji z chłopakami kwitowała: są głupi. Na którymś spotkaniu w połowie roku poruszyliśmy temat jej kobiecości, stosunku do seksualności, konsekwencji wyboru życia klasztornego. Wydawała się tym zaciekawiona i zażenowana, przestała jednak wspominać o życiu zakonnym. Kolejne miesiące przyniosły 18. urodziny, a więc pełnoletność. Pociągnęło to za sobą decyzje rodziny o wykupieniu mieszkania, w którym Ania mieszkała z babcią. Ania była zaangażowana w formalności z tym związane, była też przewodnikiem babci po urzędach. Miała poczucie, że radzi sobie dobrze, czuła też, że teraz ona przejmuje opiekę nad babcią. Pojawiał się czasem niepokój o życie babci. Przyznawała, że czasem myśli, że gdyby babcia teraz umarła, to możliwe, że i ona targnęłaby się na swoje życie, nie miałyby siły wytrzymać utraty bliskiej osoby jeszcze raz. Jednocześnie cieszyła się z tego, że ma własne mieszkanie, z którego nikt jej nie wyrzuci.

Tematyka naszych spotkań dotyczyła też wyboru studiów. Ania chciała studiować coś związanego z możliwością podróżowania — turystykę, geografię, chociaż odsuwała decyzję do przyszłego roku. Rok szkolny III klasy liceum zakończył się pomyślnie — Ania znalazła się w pierwszej piątce najlepiej radzących sobie osób w klasie, dostała nagrodę na zakończenie roku szkolnego. Fakty te bardzo były ważne z punktu widzenia budowania poczucia własnej wartości. Ania coraz bardziej wierzyła we własne możliwości i w to, że poradzi sobie w życiu. Ceniła swoją pracowitość, zdawała sobie sprawę z tego, że na ogół budzi w ludziach sympatię, bo umie być miłą; uważała też siebie za osobę upartą i zdecydowaną. Zmieniała się też fizycznie, spoważniały jej rysy twarzy, akceptowała swoją powierzchowność, rodzina i znajomi mówili, że jest podobna do mamy. Podobały jej się te opinie i zgadzała się z nimi.

Charakterystyczny dla okresu adolescencji proces budowania poczucia własnej tożsamości przebiegał pomyślnie. Brakowało może trochę elementów buntu i konfrontacji.

Z początkiem nowego roku szkolnego Ania odnowiła kontakt. Przejęta zbliżającą się maturą potrzebowała wsparcia i rozmów, bała się, że nie zda matury, pojawił się lęk przed przyszłością, wyborem dalszego kształcenia. Wakacje były nudne. Zainteresowania Ani nie wzbudził żaden chłopiec.

W połowie roku bardzo dużo ożywienia wniosła studniówka. Ania przeżyła ją jak wielkie wydarzenie. Ubrana w balową suknię miała wrażenie, że uczestniczy nagle w takim życiu, jakie oglądała tylko w telewizji. Chłopcy z klasy okazali się bardzo miłymi ludźmi, również relacje z nauczycielami nabrały innego wymiaru. Studniówka spełniła swoje

rytualne zadanie symbolicznego wprowadzenia w dorosły świat. Relacje w klasie bardzo się poprawiły, Ania żałowała, że dopiero teraz. Nawiązała również dobrą relację z 30-letnią sąsiadką mieszkającą w jej kamienicy, często do niej zaglądała, pomagała opiekować się 5-letnim dzieckiem. Był to kolejny sygnał o zdolności do budowania dobrych relacji z ludźmi. W ramach przygotowań do matury z języka polskiego napisała 12-stronicowe wypracowanie na temat cierpienia, z odwoływaniem się do literatury i własnych przeżyć. Mówiła, że temat ten bardzo ją zaangażował; polonistka oceniła pracę na dobrze. Miałam wrażenie, że po czterech latach Ania uzyskuje zdrowy dystans do bardzo trudnych wydarzeń życiowych, które ją dotknęły.

Próbna matura zakończyła się połowicznym sukcesem — z geografii otrzymała ocenę dopuszczającą, jednak w kontekście pozostałych 70% ocen niedostatecznych była jedną z niewielu, którzy uzyskali oceny pozytywne. Wiadomość tę przekazała mi telefonicznie, odwołując spotkanie, ponieważ miała w szkole dodatkowe zajęcia. Zdecydowała się składać dokumenty na swój wymarzony kierunek — na uczelnię pedagogiczną.

W kwietniu i maju 2003 roku spotkania z psychoterapeutą okazały się niepotrzebne, umawialiśmy się trzykrotnie i trzykrotnie Ania odwoływała telefonicznie spotkania, informując mnie jednocześnie o kolejnych pomyślnie zdanych egzaminach maturalnych. Na egzaminach pisemnych — z geografii uzyskała ocenę bardzo dobrą, z polskiego dostateczny, egzaminy ustne zakończyły się wynikiem bardzo dobrym z języka niemieckiego i dostatecznym z języka polskiego. Z powodu ocen z polskiego Ania była trochę zawiedziona. Na ostatnie spotkanie w czerwcu przyszła w nostalgicznym nastroju, zadowolona ze zdanej matury, bardzo zmęczona, zasmucona rozstaniem z kolegami z klasy. Uaktywniło się też poczucie braku rodziców, których przy niej nie było w tak bardzo ważnej chwili — skomentowała to: „tak widocznie musiało być, czuję, że czuwają nade mną z daleka”. Omawialiśmy też perspektywę naszego dalszego kontaktu. Ania mówiła, że teraz nic jej już nie jest, nie chce zajmować miejsca innym potrzebującym pomocy. Przed nią jeszcze egzamin na studia. Umówiliśmy się na telefon. Zadzwoiła we wrześniu informując, że dostała się, po złożeniu odwołania, na wybrany przez siebie kierunek. W pierwszym podejściu zabrakło jej 1,5 punktu, ale odwołanie poskutkowało i miała być od 1 października studentką.

Epilog

Po zakończeniu terapii Ania dzwoniła do mnie jeszcze trzykrotnie — po pierwszej i drugiej sesji na I roku i po I sesji na II roku. Znalazła na studiach grono przyjaciół, wśród których czuła się bardzo dobrze. Potem kontakt urwał się. Terapeutka wypełniła już swoją rolę.

Podsumowanie

Przedstawiony powyżej skrótowy opis procesu psychoterapii Ani wskazuje na bardzo istotną rolę wpływu stanu emocjonalnego człowieka na rozwój intelektualny i poznawczy. Próba poradzenia sobie z zalewającymi i dezorganizującymi emocjami po śmierci mamy, polegająca na odcięciu i wyparciu przeżywanych uczuć, zaowocowała również odcięciem się od kontaktu ze światem zewnętrznym, pozostawiając zdolność do automatycznego,

kompulsywnego powtarzania czynności, bez możliwości wewnętrznego zaangażowania w efektywny proces uczenia się. Dziewczynka funkcjonowała w ten sposób dwa lata. Rozwój emocjonalny i intelektualny został zatrzymany na poziomie 11. roku życia (w lipcu 1996 r. zmarła jej mama, do psychoterapeuty trafiła w kwietniu 1998 roku). Kolejne półtora roku trwał proces przepracowywania żałoby i uruchamiania możliwości rozwojowych. Cały okres liceum był czasem rozwoju, ale także nadrabiania zaległości z poprzednich czterech lat. Stan emocjonalny i intelektualny, w jakim Ania zakończyła psychoterapię, wydawał się adekwatny do jej potencjału rozwojowego. Chcąc potwierdzić swoje obserwacje, zapytałam Anię, czy zgodziłaby się na powtórzenie badań psychologicznych. Zdecydowanie odmówiła, twierdząc, że nie lubi takich badań i teraz nie są jej potrzebne. Nie nalegałam, ceniąc bardziej fakt, że jest w stanie odmówić i ochronić się przed niewygodną dla siebie sytuacją. Życie było adekwatnym testem — Ania odnalazła swoje miejsce wśród studentów, zaczęła nowy etap budowania swojej tożsamości, dorosłości, już poza poradnią psychologiczno-pedagogiczną.

Piśmiennictwo

1. Reyner E. Human development. cytat z tłumaczony do wewnętrznych materiałów szkoleniowych.
2. Walewska K, Pawlik J. Depresja. Ujęcie analityczne. Warszawa: PWN; 1992.

Adres: Krakowski Ośrodek Terapii
ul. Miodowa 12, 31-055 Kraków

KODEKS ETYCZNY PSYCHOTERAPEUTY

POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHOLOGICZNEGO

Ogólne zasady etyki, jakimi winien się kierować psychoterapeuta, określają aktualne kodeksy etyczno-deontologiczne, zwłaszcza Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa i kodeksy zasad etycznych towarzystw i stowarzyszeń.

Poniższe zasady etycznego postępowania psychoterapeuty, będącego członkiem Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, zostały sformułowane na podstawie wieloletniego doświadczenia psychoterapeutów oraz wpisanej w nie tradycji dbania o etykę zawodową psychoterapeuty. Uwzględniono w nich także sugestie European Association of Psychotherapy.

Proces psychoterapii, bazujący na szczególnego rodzaju relacji między klientem a psychoterapeutą, jest integralnie związany z problematyką etyczną. Kontakt z klientem powinien być źródłem zmian pozytywnych, ale może być także źródłem niepowodzeń i polem do nadużyć. Konieczne jest zatem określenie etycznej odpowiedzialności psychoterapeuty wobec osób uczestniczących w procesie psychoterapii.

Niniejszy Kodeks Zasad Etycznych nie jest regulacją prawną w ścisłym tego słowa znaczeniu; określa on standardy odpowiedniego zachowania i postępowania terapeuty, nie zwalniając go wszakże z osobistej odpowiedzialności za przebieg terapii. Ma on pomagać w rozwijaniu wrażliwości etycznej, uzmysławiać wagę tych procedur, które chronią etyczny charakter procesu terapii, a także ułatwiać podejmowanie konkretnych decyzji.

DEKLARACJA ZASAD ETYKI PSYCHOTERAPEUTY

PREAMBUŁA:

- Psychoterapeuta szanuje autonomię, godność i system wartości klienta oraz dąży do zachowania i ochrony fundamentalnych praw człowieka.
- Podstawowym celem działań psychoterapeuty jest realizowanie dobra klienta określonego w kontrakcie.
- Psychoterapeuta jest zobowiązany do poszerzania wiedzy dotyczącej zachowania człowieka, pogłębiania rozumienia siebie i innych, a także do wykorzystania tej wiedzy dla dobra klienta.
- Psychoterapeuta korzysta ze swoich umiejętności tylko dla dobra klienta. Nie powinien zezwalać na niewłaściwe wykorzystanie swoich umiejętności przez inne osoby czy instytucje.
- W swoim działaniu psychoterapeuta przestrzega zasad etyki dotyczących kontaktów z klientami, to jest zasady odpowiedzialności, kompetencji, standardów moralnych i prawnych, poufności, dobra klienta, oraz zasad, które dotyczą

stosunków pomiędzy profesjonalistami, wystąpień publicznych, technik diagnostycznych, badań.

ZASADA 1. ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Zasada generalna:

Podczas świadczenia usług psychoterapeuta dba o utrzymanie najwyższych standardów zawodowych. Jest świadomy odpowiedzialności za konsekwencje swojego postępowania.

Zasada 1.a: Jako praktyk psychoterapeuta zdaje sobie sprawę z ciążącej na nim odpowiedzialności i ze swojego potencjalnego wpływu na życie innych ludzi. W sytuacjach nacisku, związanych z kontaktami osobistymi, towarzyskimi, instytucjonalnymi, środowiskowymi, lub presją polityczną i finansową, które mogłyby prowadzić do nadużycia jego wpływu, zachowuje szczególną ostrożność. Unika takiego rodzaju relacji, które mogłyby ograniczyć jego bezstronność i sprowokować konflikt interesów.

Zasada 1.b: Psychoterapeuta z góry wyjaśnia klientom wszystkie kwestie dotyczące ich wspólnej pracy w ramach zawieranego z nimi kontraktu, określającego cele i metody pracy oraz zasady jej finansowania.

Zasada 1.c: Psychoterapeuta zapobiega zafałszowaniu, wypaczeniu lub niewłaściwemu wykorzystywaniu uzyskanych przez niego informacji przez instytucje, w których jest zatrudniony.

Zasada 1.d: Jako członek organizacji zawodowych i stowarzyszeń psychoterapeuta przestrzega standardów zawodowych i etycznych sformułowanych przez te organizacje i stowarzyszenia.

Zasada 1.e: Jako badacz psychoterapeuta w odpowiedzialny sposób podchodzi do wyboru tematu badań, wykorzystywanych podczas ich prowadzenia metod, sposobów analizy i przedstawienia wyników. Prowadząc badania uwzględnia zasadę dobra uczestniczących w nich osób.

ZASADA 2: KOMPETENCJA

Zasada generalna:

Psychoterapeuta jest zobowiązany do utrzymywania wysokich standardów w zakresie kompetencji zawodowych. Uznaje granice własnych umiejętności i ograniczenia stosowanych metod. Świadczy jedynie te usługi i używa tych technik, które są zgodne z jego kwalifikacjami, wynikają z odbytego szkolenia i doświadczenia. W dziedzinach, w których nie istnieją jeszcze jasno określone standardy, psychoterapeuta przestrzega koniecznych środków ostrożności, kierując się dobrem swoich klientów.

Psychoterapeuta stale uzupełnia swoją wiedzę, szczególnie związaną z wykonywanymi usługami.

Zasada 2.a: Psychoterapeuta uznaje, iż kwalifikacje pozwalające na stosowanie psychoterapii muszą spełniać standardy opracowane przez Polską Radę Psychoterapii.

Zasada 2.b: Psychoterapeuta jest zobowiązany do korzystania z superwizji, kontynuowania własnego szkolenia i troszczenia się o osobisty rozwój.

Zasada 2.c: Jako nauczyciel, trener, superwizor psychoterapeuta utrzymuje najwyższy poziom przekazywania wiedzy zawodowej.

Zasada 2.d: Psychoterapeuta, uznając i szanując różnice wynikające z wieku, płci, pozycji socjoekonomicznej, orientacji seksualnej, pochodzenia etnicznego lub ograniczeń fizycznych i umysłowych, stosuje swoje postępowanie terapeutyczne tak, aby uwzględnić kontekst i potrzeby wynikające z tych różnic.

Zasada 2.e: Psychoterapeuta ma świadomość, że osobiste problemy i konflikty mogą przeszkadzać w jego efektywnej pracy. W związku z tym powstrzymuje się od podejmowania jakiegokolwiek działania w tych sytuacjach, w których jego osobiste problemy prowadziłyby do nieadekwatnych zachowań bądź szkody. W momencie uświadomienia sobie osobistych problemów, szuka kompetentnego profesjonalnego wsparcia, aby określić, czy powinien zawiesić, zakończyć lub ograniczyć zakres działalności zawodowej.

ZASADA 3: STANDARDY MORALNE I PRAWNE

Zasada generalna:

Moralne i etyczne standardy, których psychoterapeuta przestrzega w prywatnym życiu, nie są wyłącznie jego sprawą osobistą, ponieważ mogą wpływać na wypełnianie zawodowych obowiązków oraz umniejszać publiczne zaufanie do psychoterapii i psychoterapeutów. Standardy te winny być przedmiotem refleksji psychoterapeuty.

Powinien on być wrażliwy na obowiązujące normy społeczne oraz na możliwy wpływ, jaki jego zachowanie może wywierać na innych psychoterapeutów oraz ich klientów, w przypadku gdy odbiega ono od przyjętych zasad. Psychoterapeuta obowiązany jest również być świadomym potencjalnego wpływu swoich zachowań na forum publicznym.

Zasada 3.a: Jako profesjonalista psychoterapeuta zachowuje się zgodnie z zasadami i wytycznymi sformułowanymi przez statuty i kodeksy etyczne obowiązujące w danym zawodzie i w danym podejściu psychoterapeutycznym.

Zasada 3.b: Jako pracownik i pracodawca psychoterapeuta nie angażuje się w żadne praktyki, które są niehumanitarne lub które prowadzą do zachowań nielegalnych, dyskryminacji ze względu na rasę, niepełnosprawność, wiek, płeć, orientację seksualną, religię lub pochodzenie.

Zasada 3.c: W swoich rolach zawodowych psychoterapeuta unika wszelkich zachowań, które mogłyby umniejszyć lub naruszyć prawa człowieka, prawa obywatelskie i inne zagwarantowane ustawowo prawa klienta oraz innych osób, których to może dotyczyć.

Zasada 3.d: Jako praktyk, nauczyciel, trener, superwizor i badacz, psychoterapeuta jest świadomy faktu, że jego system wartości może wpływać na sposób komunikowania się, dobór stosowanych technik, wybór i perspektywę prezentacji materiałów oraz sposób realizacji prac badawczych. Jest szczególnie ostrożny przy podejmowaniu problematyki trudnej, mogącej kogoś zranić.

ZASADA 4. POUFNOŚĆ

Zasada generalna:

Psychoterapeuta jest zobowiązany w pierwszym rzędzie szanować poufność informacji otrzymanych od klientów w trakcie pracy psychoterapeutycznej. Ujawnia takie informacje wyłącznie za zgodą klienta (lub jego upoważnionego reprezentanta). Wyjątek stanowią takie nadzwyczajne sytuacje, w których nieujawnienie informacji wiązałoby się z wyraźnym niebezpieczeństwem dla klienta lub dla innych, bądź takie, które regulują inne zasady, np. normy prawne. Zgody na ujawnienie informacji w normalnym trybie osoba zainteresowana powinna udzielić na piśmie.

Zasada 4.a: Informacje otrzymane w sytuacji relacji klinicznej lub konsultacji oraz w przypadku analizy danych dotyczących dzieci, studentów, pracowników lub innych osób są omawiane tylko w celach zawodowych i wyłącznie z osobami upoważnionymi do zajmowania się daną sprawą. Pisemne i ustne sprawozdania powinny zawierać wyłącznie dane niezbędne dla ustalenia diagnozy lub skierowania osoby, której dotyczą, do specjalisty bądź odpowiedniej placówki, aby, na ile to możliwe, uniknąć naruszania prywatności.

Zasada 4.b: Psychoterapeuta, który prezentuje osobiste informacje uzyskane w trakcie pracy z klientem, w sprawozdaniach, artykułach, w trakcie wykładów lub w inny sposób na forum publicznym, jest zobowiązany uzyskać uprzednio odpowiednią zgodę lub zmodyfikować wszelkie informacje tak, aby uniemożliwić identyfikację osoby, której dotyczą.

Zasada 4.c: Psychoterapeuta jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji dotyczącej procesu diagnozy i psychoterapii i odpowiada za właściwe jej zabezpieczenie.

Zasada 4.d: W przypadku pracy z osobami niepełnoletnimi psychoterapeuta jest zobowiązany do uzyskania zgody rodziców dziecka lub opiekuna prawnego na stosowanie oddziaływań terapeutycznych. Wobec osób, które nie są w stanie wyrazić dobrowolnej, świadomej zgody (np. pacjentów z rozpoznaniem psychozy), psychoterapeuta dodatkowo troszczy się o ochronę ich interesów, a w razie potrzeby konsultuje się z osobami im bliskimi.

ZASADA 5: DOBRO KLIENTA

Zasada generalna:

Psychoterapeuta szanuje integralność oraz chroni dobro jednostek i grup, z którymi pracuje. W sytuacji konfliktu interesów pomiędzy klientami a instytucjami zatrudniającymi psychoterapeutę, wyjaśnia charakter swoich zobowiązań w stosunku do wszystkich zaangażowanych stron, oraz o wszystkim je powiadamia. Psychoterapeuta dokładnie informuje klientów o celu oraz charakterze wszelkich procedur diagnostycznych i pozostawia klientom swobodę decyzji co do udziału w nich.

Zasada 5.a: Psychoterapeuta powinien być stale świadomy własnych potrzeb i swego potencjalnego wpływu na klientów, studentów, osoby szkolące się oraz podwładnych. Nie może wykorzystywać zaufania i zależności tych osób. Powinien unikać takich relacji, które mogłyby zmniejszyć jego zdolność do profesjonalnego osądu oraz przyczynić się do wzrostu ryzyka wykorzystania tych osób. W procesie terapii psychoterapeuta przestrzega reguł stosowanego podejścia i nie angażuje się w inną relację niż terapeutyczna. Nieetyczne jest utrzymywanie relacji seksualnych z klientami, studentami, osobami szkolonymi, a także z uczestnikami badań.

Zasada 5.b: Kiedy psychoterapeuta zgadza się przyjmować klienta na prośbę osób trzecich (np. rodzica, wychowawcy, lekarza, pracownika socjalnego), jest zobowiązany wyjaśnić charakter tej relacji wszystkim zainteresowanym.

Zasada 5.c: Kiedy wymagania ze strony instytucji wiążą się z naruszeniem przez psychoterapeutę wymienionych lub innych zasad etycznych, stara się on wyjaśnić naturę konfliktu pomiędzy tymi wymaganiami a zasadami. Informuje zainteresowanych o swoich etycznych normach i obowiązkach oraz podejmuje stosowne działania.

Zasada 5.d: Psychoterapeuta z góry ustala z klientami, studentami, osobami szkolącymi się lub uczestnikami badania jasne warunki kontraktu, które obejmują cele, oczekiwania klienta, częstość sesji, czas trwania terapii, warunki finansowe i nie zmienia ich w trakcie trwania relacji. Rzetelnie informuje klientów o specyfice stosowanego przez siebie podejścia terapeutycznego. Nie oferuje ani nie otrzymuje honorariów za skierowanie klienta do innego specjalisty lub ośrodka. Jest zobowiązany do udzielenia informacji o innych, bądź alternatywnych do proponowanej terapii, formach leczenia.

Zasada 5.e: Psychoterapeuta kończy relację terapeutyczną, kiedy (1) został osiągnięty cel terapii, nastąpiła satysfakcjonująca poprawa stanu klienta, (2) klient nie korzysta z relacji terapeutycznej lub kontynuowanie terapii mogłoby przynieść mu szkodę, (3) klient prosi o to.

Ograniczenie możliwości finansowych klienta zobowiązuje psychoterapeutę do zmiany warunków kontraktu, wskazania bezpłatnych form uzyskania pomocy psychoterapeutycznej w przypadku, gdy klient wymaga kontynuacji psychoterapii.

Zasada 5 f: W przypadku konieczności przerwania lub zawieszenia terapii z powodów organizacyjnych lub losowych (np. wyjazd, choroba terapeuty), psychoterapeuta zapewnia kontynuację terapii tym klientom, dla których ciągłość terapii jest niezbędna.

ZASADA 6: STOSUNKI MIĘDZY PROFESJONALISTAMI

Zasada generalna:

Psychoterapeuci współpracują z innymi profesjonalistami w interesie klienta. Uwzględniają i szanują specyficzne kompetencje oraz zobowiązania swoich kolegów psychoterapeutów, psychologów, lekarzy i innych profesjonalistów. Szanują prawa i obowiązki instytucji lub organizacji, z którymi są związani.

Zasada 6.a: Psychoterapeuci uznają obszary kompetencji zawodów pokrewnych. W najlepiej pojętym interesie klientów w pełni wykorzystują możliwości dostępu do innych usług profesjonalnych, technicznych oraz administracyjnych. Brak formalnych relacji z innymi profesjonalistami nie zwalnia ich z obowiązku zapewnienia klientom możliwie najlepszych usług profesjonalnych.

Zasada 6.b: Psychoterapeuci znają i uwzględniają tradycje i sposób pracy grup zawodowych, z którymi kooperują. Jeśli klient korzysta z podobnego rodzaju usług innego profesjonalisty, psychoterapeuta traktuje to jako relację profesjonalną i rzetelnie ocenia ją pod względem technik terapeutycznych i dobra klienta. Psychoterapeuta omawia kwestie terapeutyczne z klientem w sposób minimalizujący ryzyko dezorganizacji i konfliktu oraz stara się, jeśli to możliwe, utrzymać jasną i niekonfliktową relację z innymi zaangażowanymi profesjonalistami.

Zasada 6.c: Psychoterapeuci, którzy zatrudniają lub superwizują innych profesjonalistów oraz osoby szkolące się są zobowiązani ułatwić dalszy profesjonalny rozwój tych osób i przyczyniać się do wzrostu ich kompetencji. Powinni zagwarantować im odpowiednie warunki pracy, możliwość zdobywania doświadczenia oraz okresowo przeprowadzać oceny ich pracy. Nie podejmują się szkolenia w zakresie psychoterapii osób, które nie mają odpowiednich kwalifikacji.

Zasada 6.d: Psychoterapeuci nie wykorzystują profesjonalnej relacji z klientem, osobami superwizowanymi, studentami, pracownikami lub uczestnikami badania w celach seksualnych, nie czerpią z niej korzyści osobistych, wykorzystując zależność wyżej wymienionych osób od siebie.

Zasada 6.e: Kiedy psychoterapeuta dowie się o naruszeniu zasad etycznych przez innego psychoterapeutę, zobowiązany jest, stając w obronie klienta oraz reputacji zawodu, zwrócić uwagę danego psychoterapeuty na niestosowność jego zachowania, a w przypadku, kiedy uchybienie ma poważną naturę, podzielić się tą wiedzą z przewodniczącym komisji etyki (*Kwestia do regulacji w przepisach wykonawczych*). Jeżeli oprócz norm etycznych zostało naruszone prawo, psychoterapeuta ma obowiązek powiadomić o tym odpowiednie instytucje. Źródło wiedzy o naruszeniu prawa objęte jest bezwzględną dyskrecją.

Zasada 6.f: W sytuacji prowadzenia badań na terenie instytucji czy organizacji psychoterapeuci starają się o uzyskanie stosownej zgody. Są świadomi zobowiązań względem przyszłych pracowników badawczych i gwarantują instytucji, w której prowadzone są badania, zapewnienie informacji o ich charakterze, a także uznanie jej wkładu.

ZASADA 7: WYSTĄPIENIA PUBLICZNE

Zasada generalna:

Wystąpienia publiczne, ogłoszenia dotyczące usług, reklamy oraz działalność promocyjna psychoterapeutów mają na celu umożliwienie innym dokonania oceny i wyboru opartego o rzetelną informację. Psychoterapeuci prezentują dokładnie i obiektywnie własne kwalifikacje zawodowe, rodzaj prowadzonej działalności, przynależność organizacyjną, a zarazem instytucje lub organizacje, z którymi oni lub ich wystąpienia mogą być kojarzone. W wystąpieniach publicznych przekazujących informacje dotyczące psychoterapii bądź prezentujących możliwości korzystania z technik, produktów, publikacji lub usług psychoterapeutycznych psychoterapeuci opierają swoje wypowiedzi na rzetelnej wiedzy na temat zarówno ich zalet, jak i ograniczeń.

Zasada 7.a: Ogłaszając i reklamując świadczone przez siebie usługi profesjonalne, psychoterapeuci mogą podawać następujące informacje: nazwisko, najwyższy stopień akademicki lub certyfikat uzyskany od akredytowanej instytucji, jego data i rodzaj, przynależność do organizacji psychoterapeutycznych lub innych istotnych z punktu widzenia zawodowego, adres, numer telefonu, godziny pracy, krótki spis proponowanych usług psychologicznych, aktualną informację o cenach usług, znajomość języków obcych oraz warunki ubezpieczenia. Dodatkowe informacje istotne dla klienta mogą być załączone, jeśli nie zakazuje tego inny paragraf Zasad Etyki. Informacja nie może wprowadzać klienta w błąd.

Zasada 7.b: Psychoterapeuci w żaden sposób nie wynagradzają przedstawicieli prasy, radia, telewizji lub innych mediów ani nie przekazują im wartościowych prezentów, uprzedzając lub rewanżując się za propagowanie odpowiednich informacji. Płatne ogłoszenie musi być oznaczone jako płatne, z wyjątkiem przypadków, gdy jest to wyraźnie widoczne z kontekstu.

Zasada 7.c: Ogłoszenia lub reklamy kursów, szkoleń i wszelkich usług proponujących rozwój osobisty powinny zawierać jasny opis przekazywanej wiedzy i umiejętności. Przed rozpoczęciem pracy przedstawione powinno być wykształcenie, doświadczenie członków zespołu szkolącego, ceny usług, kryteria naboru, cele edukacyjne oraz konsekwencje wynikające z umowy.

Zasada 7.d: Psychoterapeuci nie występują w celu uzyskania osobistych korzyści w reklamach lub ogłoszeniach komercyjnych doradzających dokonanie zakupu lub zastosowanie produktu czy usługi własnej lub pochodzącej z konkretnego źródła, jeżeli ich

udział jako psychoterapeutów ma uwiarygodnić informacje o zaletach oferowanego produktu czy usługi.

Zasada 7.e: Psychoterapeuci prezentują naukę i sztukę psychoterapii oraz oferują swoje usługi, produkty, a także publikacje uczciwie i dokładnie, unikając niewłaściwej prezentacji, odwołującej się do sensacji. W działaniach reklamowych i promocyjnych kierują się podstawową zasadą, jaką jest umożliwienie społeczeństwu wyrabianie sobie własnych, opartych na informacjach sądów, opinii oraz wyborów.

Zasada 7.f: Psychoterapeuci są zobowiązani do prostowania wypowiedzi osób posiadających profesjonalne kwalifikacje psychoterapeutyczne lub kojarzonych z tego typu usługami, jeżeli w jakiś sposób naruszają one wyżej wymienione zasady.

Zasada 7.g: Indywidualne usługi diagnostyczne lub terapeutyczne świadczone są wyłącznie w kontekście profesjonalnej relacji psychoterapeutycznej. W przypadku, kiedy porada osobista jest udzielona za pomocą prelekcji lub pokazów, artykułów w gazetach lub czasopismach, programów radiowych lub telewizyjnych, poczty i innych środków komunikacji, psychoterapeuta korzysta z najbardziej aktualnej wiedzy i stara się w swoim wystąpieniu prezentować najwyższy poziom profesjonalizmu.

ZASADA 8: TECHNIKI DIAGNOSTYCZNE

Zasada ogólna:

W trakcie tworzenia, publikacji i stosowania psychoterapeutycznych lub psychologicznych technik diagnostycznych psychoterapeuci działają w najlepszym pojętym interesie klienta. Chronią wyniki diagnozy przed niewłaściwym ich użyciem. Szanują prawo klienta do znajomości rezultatów, interpretacji oraz podstaw sformułowanych wniosków i zaleceń. Psychoterapeuci dążą do zapewnienia właściwego użycia technik i testów diagnostycznych przez innych, dbają o nierozpowszechnianie ich w celach, do których nie są przeznaczone.

Zasada 8a: Psychoterapeuci szanują prawa klientów do otrzymania pełnych wyjaśnień dotyczących celu zastosowania i charakteru danej techniki diagnostycznej, w języku zrozumiałym dla klienta. W przypadku, kiedy wyjaśnień ma udzielać ktoś inny, np. sekretarka, psychoterapeuta ustala procedurę zapewniającą ich adekwatność.

Zasada 8b: Psychoterapeuci, będąc odpowiedzialni za tworzenie i standaryzację testów psychologicznych i innych technik diagnostycznych, stosują przyjęte procedury naukowe i przestrzegają odpowiednich standardów (EAP, PTP).

Zasada 8c: Przedstawiając wyniki diagnozy, psychoterapeuci formułują zastrzeżenia, uwzględniając zmienność trafności i rzetelności w zależności od sytuacji, w jakiej przeprowadzane było postępowanie diagnostyczne i ewentualnie niewłaściwość norm w stosunku do badanej osoby. Psychoterapeuci starają się zagwarantować, aby diagnoza i interpretacja wyników nie zostały niewłaściwie wykorzystane przez inne osoby i instytucje.

Zasada 8d: Psychoterapeuci zdają sobie sprawę z tego, że wyniki diagnozy mogą się zdezaktualizować ze względu na upływ czasu i niepełne dane. Starają się zapobiegać niewłaściwemu wykorzystaniu nieaktualnych i niekompletnych technik.

Zasada 8e: Psychoterapeuci, oferując usługi obliczania i interpretacji wyników, potrafią przedstawić argumenty na rzecz zastosowania danej procedury dla uzyskania określonych interpretacji. Publiczna oferta tego typu usług jest skierowana wyłącznie do innych profesjonalistów.

Zasada 8f: Psychoterapeuci nie promują stosowania psychoterapeutycznych lub psychologicznych technik diagnostycznych przez osoby bez odpowiedniego przeszkolenia i właściwych kwalifikacji.

Zasada 8g: Psychoterapeuci nie stosują metod i technik terapeutycznych poza kontekstem terapeutycznym.

ZASADA 9: BADANIA

Zasada ogólna:

Decyzja dotycząca przeprowadzenia badań powinna być przemyślana i opierać się na ocenie indywidualnego psychoterapeuty, uwzględniającej sposób, w jaki badania te najlepiej przyczynić się mogą do rozwoju nauk społecznych i przyrodniczych oraz dobra człowieka. Psychoterapeuta rozważa alternatywne kierunki, w które mogłaby być zaangażowana energia i środki badacza. Troszczy się równocześnie o dobro ludzi, którzy biorą udział w badaniu. Zna przepisy i standardy zawodowe regulujące przeprowadzanie badań z udziałem ludzi.

Zasada 9a: Psychoterapeuta planując badanie jest odpowiedzialny za staranną jego ocenę pod względem moralnym. W przypadku możliwości naruszenia jakiegokolwiek zasady, badacz jest zobowiązany do znalezienia etycznego rozwiązania. Powinien on zachować surowe środki ostrożności w celu zabezpieczenia praw jednostki.

Zasada 9b: Badacz zawsze jest odpowiedzialny za zagwarantowanie przestrzegania standardów etycznych w trakcie badania. Jest również odpowiedzialny za zachowania zgodne ze standardami etycznymi swoich współpracowników (asystentów, studentów, pracowników laboratorium) w stosunku do osoby badanej. Oni również zaciągają podobne zobowiązania.

Zasada 9c: Godność osoby badanej ma być chroniona. Badacz przed rozpoczęciem badania ustala z badanym jasne reguły współpracy. Mają one określać rodzaj zobowiązań i zakres odpowiedzialności obu stron. Badacz jest zobowiązany dotrzymać obietnic i ustaleń wynikających z umowy. Informuje on badanego o takich aspektach badania, które mogą wpłynąć na chęć uczestnictwa w nim. Dodatkowo wyjaśnia te aspekty, które mogą interesować osobę badaną. Badania z udziałem dzieci oraz osób, których rozumienie i porozumiewanie się jest w jakiś sposób ograniczone, wymaga zastosowania specjalnych procedur ochronnych.

Zasada 9d: Wymagania metodologiczne badania mogą wiązać się z koniecznością ukrycia lub zafałszowania części danych. Przed rozpoczęciem takiego badania badacz jest szczególnie zobowiązany, aby (1) określić, czy zastosowanie takiej metody jest uzasadnione spodziewaną wartością naukową, edukacyjną wyników; (2) ocenić, czy możliwe są inne metody badania niewymagające ukrywania lub fałszowania części informacji; (3) zagwarantować dostarczenie badanym wyjaśnień tak szybko, jak to jest możliwe.

Zasada 9e: Badacz w pełni respektuje prawo badanego do wycofania się z badania w każdym momencie. Jest zobowiązany do szczególnej dbałości w tej kwestii, jeżeli jest autorytetem dla badanych. Dotyczy to sytuacji, kiedy badanymi są pacjenci, studenci, podwładni badacza. Prawa jednostki są nadrzędne w stosunku do zobowiązań wynikających z prowadzenia badań.

Zasada 9f: Badacz chroni uczestnika badania przed fizycznymi i psychicznymi niedogodnościami, szkodą i niebezpieczeństwem, które mogą wynikać z sytuacji badania. Jeżeli istnieje możliwość negatywnych konsekwencji, badacz informuje o tym. Procedury, które wiążą się z możliwością poważnej lub trwałej szkody uczestnika, nie mogą być stosowane, chyba że niezastosowanie ich naraża uczestnika na większą szkodę. Uczestnik badania powinien być poinformowany o możliwości kontaktu z badaczem w przypadku pojawienia się napięcia, potencjalnej szkody lub pytań dotyczących badania.

Zasada 9g: Po zebraniu danych badacz przekazuje informacje dotyczące natury badania. Badacz ponosi szczególną odpowiedzialność za sprawdzenie, czy nie występują jakiegokolwiek szkodliwe konsekwencje dla uczestników badania.

Zasada 9h: W przypadku, kiedy wynik badania wiąże się z niepożądanymi konsekwencjami dla osoby badanej, badacz jest odpowiedzialny za dostrzeżenie, usunięcie lub skorygowanie tych konsekwencji dla uczestnika, w tym długofalowych.

Zasada 9i: Informacje dotyczące uczestnika uzyskane w toku badania są poufne, jeżeli wcześniej nie zostało ustalone inaczej. Kiedy inne osoby mogą mieć dostęp do informacji, ta możliwość jest przedstawiana osobie badanej jako część procedury (wraz z planem ochrony poufności) i wymaga jej świadomej zgody.

Dębe k/Warszawy, 19 października 2007 r.

Notatki

Notatki

Notatki

Notatki