

PSYCHOTERAPIA 4 (159) 2011

strony: 31–39

Urszula Marzec

WYKORZYSTANIE WIELOPOZIOMOWEGO MODELU INTEGRACYJNEGO L. FELDMANA W PSYCHOTERAPII IDENTYFIKOWANEJ PACJENTKI Z ROZPOZNANIEM ZABURZEŃ OBSESYJNO-KOMPULSYJNYCH

L. FELDMAN'S MULTI-LEVEL INTEGRATIVE CONCEPT APPLIED
IN OBSESSIVE-COMPULSIVE IP PSYCHOTHERAPY

Polski Instytut Ericksonowski

Dyrektor: Krzysztof Klajs

Autorka zwraca uwagę czytelnika na znaczenie podejścia integracyjnego zarówno w procesie diagnozy, jak i psychoterapii. Wskazuje, jak ważne jest uwzględnienie przenikania się perspektywy intrapsychoicznej i interpersonalnej oraz wieloprzyczynowości objawów na przykładzie opisu procesu terapii pacjentki z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym.

obsessive-compulsive disorder
L. Feldman concept

Summary: The paper describes the case of a female patient suffering from obsessive-compulsive disorder (OCD). This disorder is characterised by obsessions, recurrent troublesome thoughts and compulsions, ritualised behaviours performed repetitively in response to an irresistible urge. This article presents the therapeutic process based on L. Feldman's concept - integration of individual and family therapy. This is an innovative approach to clinical work. Individual, marital and family concepts and techniques are combined to enhance therapeutic effectiveness.

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (obsessive compulsive disorder; OCD; nerwica natręctw) charakteryzują się występowaniem natrętnych myśli (obsesje) lub zachowań (kompulsje), którym towarzyszy poczucie ich bezsensowności, często absurdalności (ego dystoniczne), przy jednoczesnej silnej konieczności podporządkowania się im. Rozbudowane schematy działań, nierzadko w formie rytuałów, zajmują dużo czasu, w skrajnych przypadkach wyłączając niemal pacjenta z życia z powodu konieczności drobiazgowego wykonywania natrętnych czynności. Jeśli objawy są zgodne z cechami osobowości pacjenta (egosyntoniczne), rozpoznaje się osobowość obsesyjno-kompulsyjną, dawniej zwaną anankastyczną. Treściowa zawartość obsesji wykazuje pewną zmienność w zależności od kręgu kulturowego pacjenta, ale zawsze składową objawów jest lęk, który zazwyczaj chwilowo zmniejsza się w wyniku wykonywania natrętnej czynności. Najczęściej uznaje się wieloczynnikową etiopatogenezę tych zaburzeń [1, 2].

W opisywanym tu przypadku OCD zastosowano psychoterapię indywidualną, rodzinną oraz małżeńską, opierając się na wielopoziomowym modelu integracyjnym L. Feldmana [3], który uważa, że sztywny podział terapii na indywidualną i rodzinną zmniejsza możliwości zarówno pełnej diagnozy problemów, jak i interwencji w pracy terapeutycznej. Ignorowanie czy umniejszanie znaczenia którejkolwiek z tych form prowadzi do niepeł-

nego zrozumienia indywidualnych i rodzinnych dysfunkcji, natomiast połączenie ich daje możliwość wykorzystania specyficznych wartości każdej z nich i uzyskania właściwej diagnozy — pełniejszej niż przy zastosowaniu jednej tylko formy pracy. Feldman podkreśla wielopoziomowe, integracyjne ujęcie problemów jednostki i rodziny oraz wykorzystanie zalet zarówno sesji indywidualnych, jak i rodzinnych do rozpoznawania funkcjonalnych i dysfunkcyjnych schematów interakcji rodzinnych. Procesy intrapsychiczne i interpersonalne mają, z perspektywy wielopoziomowego modelu integracyjnego, równe znaczenie. Są komplementarne i synergiczne, co terapeuta wykorzystuje w swojej pracy. Model integracyjny opisywany przez L. Feldmana łączy w sobie ujęcie psychodynamiczne, behawioralne, poznawcze i systemowe. Takie podejście umożliwia korzystanie z wielu narzędzi w zależności od spostrzeganego problemu, przez co zwiększa się skuteczność pracy terapeutycznej.

Zastosowanie modelu integracyjnego poprzedzone jest wnikliwą diagnozą problemu i przygotowaniem indywidualnego planu, w którym możliwe są następujące typy integracji:

- symetryczna — podobna liczba spotkań indywidualnych i rodzinnych;
- asymetryczna — przewaga spotkań indywidualnych lub rodzinnych;
- sekwencyjna — spotkania indywidualne i rodzinne odbywają się podczas odrębnych wizyt;
- łączona — spotkania indywidualne i rodzinne odbywają się podczas tej samej wizyty.

W proponowanym przez Feldmana modelu terapeuta jest elastyczny, kreatywny, twórczy i nieschematyczny. Sposób pracy dostosowany jest do konkretnej rodziny i zgłaszanych przez nią problemów.

Podstawowe dane biograficzne, kontekst skierowania

PACJENTKA (identyfikowany pacjent — IP) lat dwadzieścia, jedynaczka. Mieszka z rodzicami, z 2-miesięczną przerwą, kiedy zamieszkała ze swoim partnerem. Studentka I roku, obecnie powtarza rok.

OJCIEC PACJENTKI jest współwłaścicielem dobrze prosperującej firmy. Leczy się od 2,5 roku z powodu choroby niedokrwiennej serca, a także od kilku lat z powodu depresji (leczenie farmakologiczne). Rodzice ojca nie żyją — matka zmarła, gdy miał 18 lat, ojciec w 2003 r. w wieku 75 lat; wcześniej odszedł od rodziny, związał się z inną kobietą. Kontakt z nim był bardzo słaby, nie interesował się synami. Matka po odejściu męża sama wychowywała 3 synów.

MATKA PACJENTKI nie pracuje zawodowo, zajmuje się domem. Ma dwie starsze siostry, obie założyły rodziny, wg słów matki — kontakty z nimi są dobre. Gdy miała 8 lat, jej ojciec odszedł od matki, związał się z inną kobietą. Od tego czasu była wychowywana przez matkę. Uważa, że ojciec długo nie interesował się jej wychowaniem, dopiero po rozpadzie jego nieformalnego związku, ok. 10 lat temu, relacje między nimi zostały nawiązane z jego inicjatywy, choć wcześniej były bardzo napięte.

BABCIA PACJENTKI, matka matki, od 7 lat mieszka razem z rodziną A. Wcześniej mieszkała osobno, jednak i tak większość czasu przebywała u córki — pomagała w opiece

nad IP, pracach domowych. Decyzja o zamieszkaniu pod jednym dachem wiązała się m.in. z jej pogarszającym się stanem zdrowia.

Pierwszy kontakt, zgłaszane problemy i objawy, poczynione obserwacje

Na konsultację rodzinną w ustalonym terminie zgłosili się ojciec, matka i córka — IP. W trakcie spotkania uzyskano informacje od każdego z członków rodziny dotyczące spostrzeganych problemów. Ojciec IP uważał, że problemy córki są wynikiem rozpadu jej związku z chłopakiem, trudności na studiach, oraz że córka zamartwia się jego stanem zdrowia, problemami z sercem, które początkowo diagnozowano jako poważne: „mówili mi, że mogę umrzeć, ale później okazało się, że tak źle nie było”, jednakże to zapoczątkowało „mówienie w domu o chorobach”. Ponadto widzi pewien problem w tym, że córka wychowywana była jak rozpieszczona jedynaczka, „ojca jej brakowało, bo pracował; biorę winę na siebie, bo nie dawałem jej wsparcia, gdy było to potrzebne”.

Wg matki powodem problemów córki jest przede wszystkim rozpad jej związku, ale również to, co się w tym związku działo — zaborczość chłopaka, jego emocjonalny szantaż wobec niej, w końcu groźby, gdy postanowiła odejść. Mieszkali razem przez prawie dwa miesiące, następnie chłopak trafił do szpitala psychiatrycznego z powodu „coraz większych problemów z psychiką”.

IP poproszona o ustosunkowanie się do tych wypowiedzi stwierdziła cichym głosem, że jest tak jak mówią rodzice. Nie chciała rozwijać swojej wypowiedzi. Wyjaśniła, że prosiła ojca o znalezienie pomocy psychologicznej, ponieważ uważa, że nie potrafiłaby załatwić tego sama. Stwierdziła, że boi się rozmawiać z ludźmi, ma problem z nawiązywaniem kontaktu i teraz też czuje się niekomfortowo. Jednocześnie ma wątpliwości co do udziału w psychoterapii, ponieważ podjęła już taką próbę jakiś czas temu i nie była zadowolona — terapeuta „podążał własną drogą, nie rozumiał mnie”. Z drugiej strony jednak chciałaby uzyskać pomoc, ponieważ ma poczucie, że sama nie poradzi sobie z problemami. Stwierdziła, że nie potrafi podjąć decyzji, co jest dla niej kolejnym powodem do dyskomfortu. Dodała, że jej problemem są lęki, ponadto smutek oraz problemy ze snem — wieczorem nie może zasnąć, rano z kolei nie może wstać — a także to, że odczuwa „straszne napięcie”, z którym sobie nie może poradzić. Z powodu lęku oraz trudności w kontaktach społecznych prawie nie wychodzi z domu.

W opisie rodziny babcia pełniła szczególną rolę, spostrzegana była jako impulsywna i wymagająca, karała za zachowania, których nie akceptowała, w tym kompulsywne czynności IP. Takie sytuacje pacjentka opisywała jako bolesne, niezwykle przykre, generujące lęk, wstyd, poczucie winy.

Zaproponowano państwu A. psychoterapię rodzinną spostrzegając taki kontekst objawów IP. Rodzice zgodzili się na propozycje wspólnych spotkań, IP natomiast wahała się i nie potrafiła podjąć decyzji co do terapii. Ze względu na ambiwalentne odczucia IP, korzystniejszym rozwiązaniem wydawało się rozpoczęcie procesu psychoterapeutycznego od pracy indywidualnej, aby zmniejszyć jej niepokój związany z terapią, umożliwić zawarcie przymierza terapeutycznego, a także w trakcie spotkań indywidualnych otwierać możliwość przyjęcia koncepcji pracy rodzinnej, między innymi przez odnoszenie się do

kontekstu rodzinnego. Ustalono z rodziną, że po kilku spotkaniach indywidualnych z IP zostanie podjęta decyzja co do spotkań rodzinnych.

Diagnoza kliniczna identyfikowanej pacjentki oraz systemu rodzinnego

Diagnoza kliniczna IP (wg ICD-10 [2])

Objawy identyfikowanej pacjentki spełniają kryteria zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych — OCD (wg ICD-10: F-42).

Diagnoza systemu rodzinnego [2, 4, 5]:

Granice międzypokoleniowe są zatarte; matka, córka i babcia są emocjonalnie splątane, nie zachowują właściwego dystansu, natomiast ojciec jest odrzucany. Rodzina pacjentki nie ma wyraźnych granic pokoleniowych, szczególnie widoczne jest to w relacjach IP — matka oraz matka IP — jej matka, czyli babcia IP. Ojciec jest peryferyjny, „uciekający”, najczęściej w pracę, lub biernie protestujący przeciw układowi panującemu w rodzinie — nie rozmawia z teściową, stoi z boku, nie ingeruje, „robi swoje”.

Komunikacja w rodzinie nie odbywa się wprost, przyjmuje formę komunikatów pośrednich, których znaczenia często trzeba się domyślać. Na przykład troska o siebie wyrażana i uzyskiwana jest poprzez różnego rodzaju objawy psychofizyczne, które koncentrują uwagę pozostałych osób — każdy w rodzinie wytworzył swój zestaw objawów. Obowiązuje system niewerbalnych sygnałów, słowa również interpretowane są zgodnie z wewnątrzrodzinnym kodem. Komunikacja oraz zachowania w rodzinie mają tendencję do zapętlenia się, rytualizowania, nie prowadzą do wyjaśnień i rozwiązań.

Silne mechanizmy lojalnościowe w rodzinie utrudniają separację — matki IP, samej IP, rodziców IP jako pary. Dwa nieudane związki IP oraz relacja rodziców lojalnościowo potwierdzają przekaz babci dotyczący mężczyzn, powielają jej drogę cierpienia w relacji z mężczyznami — ani IP, ani jej matka nie mogą być szczęśliwsze od babci.

Reguły obowiązujące w rodzinie są sztywne, wyjście poza nie jest karane; przykładowe reguły: należy zachowywać się odpowiednio, należy być grzeczną, układną, mądrą, dobrze wychowaną, należy być idealną. Nie należy okazywać złości, niezadowolenia. Nie należy nic zmieniać. Trzeba trwać w cierpieniu.

Kontrola w rodzinie: babcia spostrzegana jest jako osoba posiadająca władzę, dominująca, realizująca własne cele, narzucająca wolę innym; matka IP nie widzi możliwości ucieczki; IP stawia bierny opór; ojciec IP ratuje się ucieczką, wycofaniem.

Triangulacje: IP striangulowana przez matkę i babcię, matka IP triangulowana przez swoją matkę.

Cykl życia rodziny: przygotowanie do fazy pustego gniazda.

Intensywnie przeżywane jest poczucie winy jako silny element wiążący i spajający rodzinę: IP — „jestem odpowiedzialna za rodzinę; kiedy się przeciwstawiam komuś w rodzinie, to jest to równoznaczne z brakiem miłości do niego”; ojciec — „za mało czasu poświęcałem rodzinie, nie jestem dobrym ojcem”; matka — „jeśli okaże złość matce, to

może pogorszyć się jej stan zdrowia, jestem za nią odpowiedzialna i czuję się winna, gdy ona czuje się gorzej”.

Hipotezy [2, 6, 7]

- Rodzina A. znajduje się w okresie poprzedzającym fazę pustego gniazda — separacji dziecka, jednakże striagulowanie IP utrudnia ten proces. Objawy IP wskazują na trudności w procesie separacji i przejściu do kolejnej fazy cyklu życia rodziny.
- Zbyt ścisła, przesycona lękiem, lojalnościowa więź między kobietami utrudnia zbudowanie właściwej struktury w rodzinie.
- Matka IP striagulowana przez swoją matkę ma trudność w nawiązaniu bliskiej więzi ze swoim mężem, przez co jest on odsuwany i wyobcowany z rodziny.
- Babcia przedstawiając świat jako wrogi, niebezpieczny, „przytrzymuje” córkę i wnuczkę w domu, chroniąc przed zagrażającym, w jej poczuciu, światem.
- Ojciec IP z powodu wczesnej utraty swojego ojca ma trudność w podjęciu wyraźnej roli męskiej w rodzinie.
- U ojca wczesna utrata matki ma wpływ na jego problemy w ustanowieniu właściwej, korzystnej relacji z kobietami oraz „odpowiedniej odległości”; może generować lęk przed opuszczeniem, osamotnieniem. Przeżywa on złość, ale ma problem z wyrażeniem jej, obawiając się „kary”.
- Objawy IP są wyrazem miłości do rodziny i lojalności wobec niej — konsolidują, łączą i zbliżają pozostałych członków rodziny we wspólnej trosce, odwracają uwagę od zadań rozwojowych i tendencji odśrodkowych w rodzinie.
- Objawy IP wynikają z nieumiejętności poradzenia sobie z poczuciem winy w sytuacjach odczuwanej do rodziny złości. Pogłębiająca się, wraz z upływem czasu i zdobywaniem nowych doświadczeń, różnica w spostrzeganiu świata między IP a jej rodziną była źródłem silnego dyskomfortu, z którym próbowała radzić sobie poprzez myśli i zachowania rozładowujące początkowo napięcie i złość, którą bała się sobie uświadomić, spostrzegając to uczucie jako skierowane przeciw rodzinie, zbyt raniące. Pogłębiające się poczucie bezradności i winy generowało coraz większe napięcie, a więc narastanie objawów, które szybko utraciły swoją początkową rolę, a same stały się źródłem silnego dyskomfortu i lęku.
- Objawy regresjonują IP i zatrzymują ją na wcześniejszym etapie życia niż wskazuje wiek biologiczny.

Pierwsza faza terapii miała formę spotkań indywidualnych z IP (było ich 6). W czasie tych spotkań skoncentrowano się głównie na bezpośredniej pracy z objawami OCD oraz ukazywano tło rodzinne problemów pacjentki.

Analizowano z pacjentką jej poczucie winy i odpowiedzialności za samopoczucie i zdrowie rodziców, próbowano odbarczyć ją z poczucia winy, aby w ten sposób zdjąć z niej nadmierne obciążenie emocjonalne, wzmocnić prawo do autonomii i niezależności, ale też eliminować przypisywanie sobie roli w rodzinie, która przekraczała jej możliwości i generowała mylne poczucie nadmiernej siły — „wszystko ode mnie zależy”.

IP skoncentrowana była na najbardziej dla niej dokuczliwych objawach: niepokoju, lęku, poczuciu narastającego chaosu. Zauważała, że coraz częściej ma problemy z koncentracją

uwagi. Ponadto przeżywała intensywny lęk przed ludźmi, który powodował unikanie sytuacji społecznych, wycofywanie się z kontaktów, przy jednoczesnej ich potrzebie, a także intensywnym poczuciu samotności i wyobcowania. Uważała, że nie poradzi sobie z taką sytuacją, jej cierpienie było tak duże, że pojawiały się myśli rezygnacyjne: życie nie ma sensu, może lepiej byłoby nie żyć. Nigdy jednak nie próbowała samobójstwa.

Z informacji otrzymanych od IP wynikało, że rosła w przekonaniu, że od niej zależy satysfakcja rodziny, poczucie bezpieczeństwa, ocena rodziny przez inne osoby. Na ogół była przekonana, że większość codziennych czynności wykonuje źle, przynosi wstyd rodzinie, o czym często informowała babcia. „Zadęczało mnie poczucie winy”, „babcia i mama nie rozumiały moich problemów, chciały, abym była przykładną i grzeczną dziewczynką, a nie, żebym np. robiła miny; wiele osób wstydziło się za mnie”. „Zawsze dążyłam do tego, aby byli ze mnie zadowoleni, żeby spełnić te wygórowane wymagania. Babcia musi mieć wszystko pod linijkę, ale jej wymagań nie da się spełnić. Mama się podporządkowała, bo babcia wszystko obserwuje”.

Analizując przeszłość, IP doszła do wniosku, że nie umiała zranić uczuć rodziców ani babci przez przeciwstawienie się im, dlatego podporządkowywała się wszystkim wymaganiom. Sądziła, że brak podporządkowania będzie interpretowany przez najbliższych jako brak miłości do nich. Kilkakrotnie podkreślała, że przecież oni robili to wszystko z miłości, nie chcieli dla niej źle. Tak bardzo ich kocha. Trudno jej było znosić ogromne napięcie, które czuła, gdy oni coś jej nakazywali lub mówili, a ona nie chciała tak zrobić lub myśleć, ale nie potrafiła protestować, bo bała się ich zranić. „Wyrzuty sumienia za sprzeciw zabiłyby mnie”.

W tej fazie pracy skoncentrowano się na objawach OCD. Wykorzystano techniki poznawcze [6] pozwalające pacjentce zrezygnować z destruktywnych przekonań o swoich objawach — odbarczano ją z lęku, że jest chora psychicznie, zachęcano do spostrzegania objawów jako pętli zachowań dyktowanych napięciem i lękiem oraz wadliwymi próbami poradzenia sobie z tymi emocjami (model powstawania objawów OCD koncentrujący się na nadmiernej odpowiedzialności, poczuciu winy oraz wewnętrznej walce o uzyskanie kontroli [1]).

Wykorzystano także techniki paradoksu [7] — ustalono z pacjentką, aby nie broniła się przed objawami, a także, by zwiększyła liczbę wykonywanych przez siebie czynności natrętnych — np. w poniedziałek o trzy, we wtorek o cztery itp., natomiast w następnym tygodniu w niektóre dni miała liczbę tych czynności zwiększać, w inne — zmniejszać. Paradoksalnie — uzyskiwała w ten sposób kontrolę nad objawami.

W tej fazie terapii okazano pacjentce dużo akceptacji, wsparcia, zrozumienia, co wyraźnie zachęciło ją do pracy nad problemami. Wcześniej była zagubiona, nie rozumiała tego, co się z nią dzieje, była przerażona objawami, podejrzeniem choroby psychicznej, natomiast w trakcie pracy zauważono zmniejszenie się napięcia emocjonalnego, wyciszenie, wzrastające zaufanie. Dopiero po pierwszym sukcesie w pracy nad objawami OCD pacjentka, po nabraniu zaufania, a także po zniwelowaniu poczucia winy oraz po zaakceptowaniu rodzinnego kontekstu objawów, zdecydowała się zaprosić rodziców na spotkania.

Druga faza terapii miała formę spotkań rodzinnych (było ich 21). Dużą część spotkań poświęcono na poprawę komunikacji — jasne wyrażanie uczuć, nazywanie uczuć, akcep-

towanie różnic w obrazach świata. Poszukiwano zarówno podobieństw między poszczególnymi członkami rodziny, jak i różnic, przy jednoczesnym eliminowaniu poczucia winy. Podkreślano zasoby pacjentki, sygnalizowano obszar jej indywidualności i samodzielności. Wielokrotnie też sięgano do doświadczeń ojca w budowaniu jego samodzielności i siły. Wspierano tendencje matki IP do wzrastającej samodzielności zawodowej (postanowiła pracować) oraz emocjonalnej (zaznaczanie swojej odrębności w stosunku do swojej matki).

Wykorzystano też proste techniki strategiczne — inne usadowienie rodziny w trakcie sesji (żona zajmuje miejsce przy mężu), aby wyraźnie zaznaczyć podsystemy w rodzinie oraz podkreślić pozycję męża — partnera żony.

W wyniku polepszenia się samopoczucia, stopniowego wycofywania się objawów, pacjentka zaczęła być coraz bardziej aktywna, coraz więcej czasu spędzała poza domem. Lęk matki narastał, ojciec starał się uspokajać żonę. Na tym etapie zachęcano do dzielenia się swoimi doświadczeniami z okresu usamodzielniania się bazując głównie na doświadczeniach ojca. Matka miała coraz wyraźniejsze poczucie, że zaniechała tego procesu, co nie było dla niej korzystne. Postanowiła wspierać córkę w jej procesie indywidualności, choć czuła przy tym niepokój, który określała jako lęk przed nieznanym. Coraz wyraźniej zaczęła też myśleć o sobie, o zmianie swojej sytuacji, z narastającym poczuciem, że chciałaby coś jeszcze w życiu zrobić. Jakby proces separacji córki pozwolił jej zająć się swoim niedokończonym procesem indywidualności. Zaczęła zastanawiać się nad możliwością podjęcia pracy w firmie, której oboje małżonkowie byli właścicielami.

Małżonkowie coraz więcej rozmawiali na te tematy, wspierali się wzajemnie w sytuacji oddalania się córki, przy czym ojciec był bardziej wyrozumiały. Matka relacjonowała z niepokojem, że córka wciąż teraz wychodzi wieczorem, aby się bawić, ojciec natomiast był wyrozumiały, spokojny, pozbawiony nadmiernego lęku. Matka coraz wyraźniej widziała pozytywne skutki procesu usamodzielniania się córki, podkreślała, że nigdy wcześniej córka nie była tak radosna i szczęśliwa, jak teraz. Przekonywała się pomału, że córce nic złego się nie stanie i że ona sama również może podążyć swoją drogą, zdobywać pozytywne doświadczenia. Pod koniec spotkań rodzinnych IP postanowiła zamieszkać wraz z koleżanką w wynajętym mieszkaniu.

Ta faza terapii pozwoliła wyodrębnić podsystem rodziców oraz zarysowała początek samodzielnego funkcjonowania IP, uwolniła od mechanizmów triangulacyjnych system rodzinny. Wszyscy zaczęli poszukiwać w nim adekwatnego dla siebie miejsca, z wyraźną strukturą: odrębność rodziców, IP realizująca coraz wyraźniej własne zadania rozwojowe. W okresie spotkań rodzinnych można było zaobserwować jeszcze wyraźniejsze zmniejszenie się objawów IP, większą jej samodzielność (decyzja o wyprowadzeniu się z domu), co pozwoliło zaproponować w terapii oddzielenie IP od jej rodziców.

Trzecia faza terapii miała formę spotkań małżeńskich — było ich 14. Początkowo spotkania w dużej części poświęcone były separacyjnemu lękowi rodziców, głównie matki, w związku z opuszczeniem przez IP domu i zamieszkaniem osobno. Redukowano lęk przed separacją córki głównie poprzez sięganie do doświadczeń rodziców z ich okresu usamodzielniania się (głównie ojca), a także zachęcano do analizowania zasobów i sukcesów córki, aby wskazać jej możliwości w samodzielnym funkcjonowaniu. Dążono również do poprawy komunikacji, głównie poprzez ugiętnianie i analizowanie emocji w diadzie.

Modelowano sposoby radzenia sobie z różnicą poglądów przeformułując je na wielość i bogactwo obrazów.

Wciąż dużo czasu na sesjach zajmował problem relacji z babcią. Zachęcano matkę do poszukiwania różnic między sobą a swoją matką uświadamiając jej odrębność i możliwość zmiany. Zachęcano do zwrócenia uwagi małżonków na możliwości poprawy komfortu ich życia poprzez realizowanie zadań przynoszących im więcej radości; w przypadku ojca — poprzez ograniczanie godzin pracy, znajdowanie czasu dla siebie na odpoczynek i relaks, hobby, a w przypadku matki — bardziej samodzielne funkcjonowanie, które obecnie wydawało się jej atrakcyjnym przedsięwzięciem.

Matka często wracała do swoich relacji z matką i ojcem. Miała poczucie nadmiernego podporządkowania się matce, którą bała się zranić swoją niezależnością, negacją jej zdania w różnych kwestiach, buntem. Zamierzała też (i zaczynała to robić) zaznaczać wyraźniejszą granicę między sobą a swoją matką. Opisywała sytuacje, gdy jej się to udało i zauważała, że matka, wbrew jej wcześniejszym obawom, zaakceptowała taką postawę. Zachęcano do poszukiwania swojej odrębności oraz analizowano „bezbolesny” proces, jaki został uruchomiony. Matka ze zdziwieniem odkrywała, że, jak stwierdziła, „mojej mamie nic się nie stało, nie przerażała się, nie umarła na zawał”.

Zachęcano do spostrzegania związku małżeńskiego jako takiego, który wiele przetrwał, z aktualnie wyraźnie widocznym potencjałem — małżonkowie kupowali nowy dom, mieli wiele planów na wspólne spędzanie czasu, wyjazdy, mają w sobie oparcie, przetrwali trudne chwile. Oboje małżonkowie mówili o radości z odkrywania swojej relacji na nowo. Szczególnie mąż wydawał się obecnie bardziej pewny siebie, spokojniejszy, bardziej stanowczy. Akceptował poczynania swojej żony w procesie większej niezależności, chętnie widział ją jako osobę bardziej aktywną zawodowo.

Ta faza terapii pozwoliła na zaznaczenie granic między podsystemami rodziców a córką oraz babcią. Uruchomiona została energia do zmian, aktywność, nastąpiło wyraźne osadzenie się w rolach rodzinnych bez wikłających procesów utrudniających swobodę funkcjonowania. Była to zdecydowana różnica w porównaniu z wcześniejszą sztywnością, uwikłaniem, lękiem i niepokojem, charakterystycznymi dla tej relacji wcześniej.

Podsumowanie

Zastosowanie modelu L. Feldmana w opisywanym przypadku podyktowane było przede wszystkim wahaniem się IP dotyczącym podjęcia decyzji o psychoterapii. Zakładano, że nieinwazyjny sposób pracy, podążanie za IP, może być ważnym elementem w budowaniu relacji terapeutycznej, a sukcesy w radzeniu sobie z objawami, uzyskanie sprawczości w funkcjonowaniu przyniosą korzyści w postaci zwiększenia jej motywacji do zmiany. Zakładano też, że pozytywne efekty pracy indywidualnej zachęcą IP do podjęcia psychoterapii rodzinnej, a taki kontekst problemów spostrzegano.

Niebezpieczeństwo prowadzenia terapii indywidualnej i rodzinnej przez jednego terapeutę to głównie utrata neutralności (Feldman: brak terapeutycznej równowagi), tak ważnej w pracy metodą systemową. Feldman zwraca też uwagę na mogące się pojawić problemy z zachowaniem dyskrecji dotyczącej niektórych informacji, uzyskanych, na przykład, w czasie sesji indywidualnych. Ponadto problemem bywa niedostatecznie przemyślany

plan postępowania wobec poszczególnych rodzin, co jest najczęściej efektem nie dość wnikliwej diagnozy. Skutkuje to niedostatecznym zindywidualizowaniem modelu pracy, w wyniku czego proponuje się każdej rodzinie taką samą strukturę i formę terapii zamiast dostosowania jej do potrzeb danej rodziny. W opisywanym przypadku szczególną uwagę zwrócono na mechanizmy uwikłania, problemy z komunikacją, problemy z indywidualnością, problemy triangulacyjne i te dysfunkcyjne mechanizmy uwzględniono konstruując plan pracy z rodziną.

Piśmiennictwo

1. Rabe-Jabłońska J, Kiejna A, Namysłowska I. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Solvay Pharmaceuticals GmbH; 2004.
2. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Vesalius; 1998.
3. Feldman L. Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1996.
4. de Barbaro B, red. Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1994.
5. Radochoński M. Psychoterapia rodzinna w ujęciu systemowym. Rzeszów: Wyd. Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Rzeszowie; 1984.
6. Orwid M, Czabała Cz, red. Terapia rodzin i małżeństw. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1990.
7. Ellis A. Terapia krótkoterminowa. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999.
8. Weeks GR, L'Abate L. Paradoks w psychoterapii. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.

Adres: Urszula Marzec, ul. Studzińskiego 65/2, 91-498 Łódź

Dofinansowanie naukowych wyjazdów zagranicznych

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego informuje o możliwości uzyskania przez członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dofinansowania ich udziału w zjazdach, sympozjach i konferencjach naukowych odbywających się za granicą. Zasady przyznawania dofinansowania określają załączone „Zasady”. Komitet „Konferencje Naukowe PTP” ZG PTP gromadzi na ten cel środki na koncie:

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Konferencje Naukowe, ul. Kopernika 21B 31-501 Kraków, w Banku PKO SA, Oddz. w Krakowie, Rynek Gł. 31, nr rachunku: 12401431-7001815-2700-401112-001.

Zarząd zachęca członków towarzystwa do korzystania z tej możliwości, a także do pozyskiwania sponsorów dla tej działalności.

Wnioski o dofinansowanie należy składać na adres komitetu na ręce prof. dr. hab. med. Jacka Bomby.

Zasady dofinansowania przez Zarząd Główny wyjazdów na zjazdy, sympozja, konferencje naukowe za granicą z funduszu „Konferencje Naukowe PTP”

1. Z refundacji kosztów udziału w zjazdach, konferencjach, sympozjach naukowych za granicą korzystać mogą członkowie zwyczajni Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

2. Refundacja nie może przekroczyć równowartości 1000 USD

3. Refundacja może być rozliczona jako:

a. stypendium ZGPTP (tzn. jako opodatkowany przychód)

b. delegacja – przy czym jej koszty nie mogą przekroczyć kwot określonych w pkt. 2.

4. Wniosek o dofinansowanie powinien wyprzedzać termin zjazdu i zawierać:

a. potwierdzenie członkostwa zwyczajnego z datą przyjęcia do PTP, dokonane przez sekretarza oddziału, oraz opłacenia składek członkowskich dokonane przez skarbnika oddziału

b. informację o imprezie

c. kopię streszczenia zgłoszonego doniesienia

d. kopię potwierdzenia przyjęcia doniesienia do programu zjazdu

5. Dofinansowanie może być przyznane tylko jednemu autorowi w przypadku prezentacji prac zbiorowych.

6. Osoby korzystające z dofinansowania składają Zarządowi Głównemu sprawozdanie ze sponsorowanego wyjazdu w takiej formie, by mogło być opublikowane w czasopiśmie towarzystwa.

7. Niniejsze zasady zostały przyjęte przez Zarząd Główny na posiedzeniu w dniu 7 kwietnia 1995 r.

8. W dniu 6 czerwca 2006 Zarząd Główny zmienił treść pkt 2 Regulaminu. Stypendium nie może przekraczać 1000 USD, niezależnie od miejsca konferencji.