

**ŁĄCZENIE TERAPII INDYWIDUALNEJ I RODZINNEJ
W ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH DZIECI I MŁODZIEŻY
W KONTEKŚCIE RELACJI TERAPEUTYCZNEJ, DIALOGOWEGO JA
ORAZ PRAKTYKI TERAPEUTYCZNEJ**

**COMBINING INDIVIDUAL AND FAMILY THERAPY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIC
DISORDERS IN LIGHT OF THERAPEUTIC RELATION, THE DIALOGICAL SELF
AND THERAPEUTIC PRACTICE**

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM w Poznaniu

**individual psychotherapy
family therapy
child and adolescent
psychic disorders**

W artykule przedstawiona jest integracja terapii indywidualnej dziecka i nastolatka z terapią rodzinną. Prowadzenie obu form terapii przez jednego terapeutę zostało poddane analizie w obszarze relacji terapeutycznej w odniesieniu do koncepcji dialogowego Ja. W oparciu o własne doświadczenia Autorka przedstawia pozytywne i negatywne strony łączenia tych form terapii przez jednego terapeutę.

Summary: The issue of combining individual and family therapy is often controversial in the therapeutic circles. The literature regarding this topic is also scarce. In Poland one can find Larry Feldmans' book entitled "Combining individual and family therapy", where the author describes a integrational, multi-layered take on clinical problems, both in the field of diagnosis as well as therapeutic assistance. The author shares her thoughts on combining individual and family therapy by one therapist, also in the context of therapeutic relations and the concept of the dialogical self. In certain cases the author combines both forms of therapy, working within the systemic paradigm both with children, adolescents and families.

The article describes the integration of both forms of therapy, based on her experience of working with such disorders as: children nighttime fears (Z63.ICD-10), separation anxiety disorder of childhood (F93.0), social anxiety disorder of childhood (F93.2), sibling rivalry disorder (F93.3), elective mutism (F94.0), feeding disorder of infancy and childhood (F98.2), eating disorders (F50), especially with younger patients. Based on therapeutic experience, the author weighs the pros and cons of combining individual psychotherapy with family therapy.

Wstęp

W swojej książce pt. *Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej* Larry Feldman zwraca uwagę, że sztywny rozdział między psychoterapią indywidualną a terapią rodzinną „zmniejszył możliwości przeprowadzenia wyczerpującej diagnozy klinicznej i interwencji, która pobudza zarówno intrapsychiczne, jak i interpersonalne zmiany[1]. Łączenie założeń i technik terapii rodzinnej i psychoterapii indywidualnej może w znaczący

sposób wzbogacić diagnozę kliniczną i rozwiązywanie wielu problemów emocjonalnych, behawioralnych oraz interakcyjnych” [1, s. 9]. Feldman podkreśla, że procesy intrapsychiczne i interpersonalne mają równie duże znaczenie w powstawaniu i utrzymywaniu się problemów psychicznych u dzieci i młodzieży, dlatego też potrzebne jest stworzenie wielopoziomowego modelu integrującego intrapsychiczne i interpersonalne analizowanie problemów klinicznych. Zdaniem autora dla prawidłowego rozpoznania problemu oraz określenia udziału czynników intrapsychicznych oraz interpersonalnych, m.in. funkcjonalnych i dysfunkcjonalnych schematów interakcji rodzinnych — wskazane są zarówno indywidualne, jak i rodzinne spotkania z terapeutą. Feldman uważa, że „dzięki przeplataniu spotkań indywidualnych spotkaniami wspólnymi terapeuta znacząco zwiększa swoje możliwości pobudzania zarówno interpersonalnych, jak i intrapsychicznych zmian” [1, s. 11]. Wg autora „z perspektywy wielopoziomowego modelu integracyjnego procesy intrapsychiczne i interpersonalne mają równe znaczenie, są one także komplementarne i synergiczne. Stosując podejście integracyjne, terapeuta może wykorzystać zalety obu typów procesu zmian, a także synergicznych interakcji pomiędzy nimi” [1, s.11]. Praca w ramach sesji indywidualnych może identyfikować obszary dysfunkcyjności rodziny, które mogą być poruszane na spotkaniach terapii rodzinnej, a z kolei omawiane na sesjach terapii rodzinnej tematy ujawniać mogą nie zidentyfikowane wcześniej problemy/trudności intrapsychiczne, które kwalifikują się do pracy w ramach terapii indywidualnej.

1. Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej przez jednego terapeutę w kontekście relacji terapeutycznej

Relacja terapeutyczna — co na nią wpływa i jak ona wpływa na proces psychoterapii opisana została przez Katarzynę Sass-Stańczak i Jana Czesława Czabałę [2].

Choć autorzy nie analizują relacji terapeutycznej w pracy z dziećmi i młodzieżą, to sądzą, że relację tę można poddać refleksji w kontekście pracy terapeutycznej z nimi i rodzinami. Sass-Stańczak i Czabała przytaczają m.in. definicję Gelso i Hayesa [3] oraz Gelso i Cartera [za: 3], w której relację terapeutyczną budują 3 elementy. Są to: 1) „sojusz roboczy”, polegający na dążeniu obu stron (pacjent — terapeuta) do wspólnej pracy terapeutycznej [2, 3, 4,]; 2) „konfiguracja przeniesienia i przeciwprzeniesienia”; 3) rzeczywista relacja między terapeutą a pacjentem. Jak piszą Sass-Stańczak i Czabała istotną zmienną jest również „współpraca, w tym ustalenie wspólnych celów między pacjentem i terapeutą” [2, s. 6]. Gelso i Hayes w swoim opracowaniu skupiają się na terapii indywidualnej, ale jak piszą „wiele zagadnień może się równie dobrze odnosić do innych rodzajów terapii (np. grupowej lub małżeńskiej)” [3, s. 10]. Wg autorów sojusz roboczy, to „przymierze lub zdrowy rozsądek ego/self klienta z analizującym lub ‘terapeutyzującym’ ego/self terapeuty w celu wspólnej pracy” [3, s. 20]. „Siła sojuszu roboczego zależy od stopnia, w jakim klient i terapeuta: a) są zgodni co do wyznaczonych celów terapii, a zadania podejmowane w trakcie sesji lub między nimi są postrzegane jako pomocne lub wręcz konieczne do osiągnięcia tych celów oraz b) doświadczają wzajemnej więzi emocjonalnej” [3, s. 20]. Z kolei odnośnie konfiguracji przeniesienia-przeciwprzeniesienia, Gelso i Hayes wskazują, że konfiguracja przeniesienia może być rozpatrywana w kontekście co najmniej trzech definicji, wywodzących się z: psychoanalitycznej teorii popędów, wczesnodziecięcych

doświadczeń dziecka z osobami dorosłymi oraz jako „intersubiektywny proces współtworzony przez klienta i terapeutę” [3, s. 21]. Klasyczna koncepcja przeniesienia definiuje przeniesienie „jako zniekształcenie percepcji, poszerzone o perspektywę subiektywnego świata klienta, w którym osoba terapeuty jest jednym z bodźców” [3, s. 2]. Gelso i Hayes w swoim opracowaniu przyjęli „roboczą definicję” przeniesienia, która brzmi: „doświadczenie osoby terapeuty przez klienta, ukształtowane przez psychiczne struktury tego ostatniego oraz jego doświadczenia z przeszłości; obejmuje przemieszczenie na terapeutę uczuć, postaw i zachowań charakteryzujących wczesne relacje klienta z ważnymi dla niego osobami” [3, s. 22]. Przeciwprzeniesienie terapeuty, podobnie jak przeniesienie, również jest niejednoznacznie definiowane i wg autorów budzi wiele kontrowersji. „Klasyczna psychoanaliza definiuje przeciwprzeniesienie jako przeniesienie terapeuty, będące reakcją na przeniesienie klienta. Nowsza koncepcja, nazywana totalitarną, za przeciwprzeniesienie uznaje wszystkie reakcje emocjonalne terapeuty związane z osobą klienta” [3, s. 22]. Wg Gelso i Hayesa, obie definicje mają ograniczenia. Zwracają oni uwagę, że „warto odróżnić te reakcje terapeuty, których genezy należy upatrywać w nierozwiązanych konfliktach z jego przeszłości, od tych, które są naturalną i adekwatną reakcją na działania klienta (zakładając, że oba typy reakcji mogą się na siebie nakładać)” [3, s. 22]. Dlatego też Gelso i Hayes przyjęli roboczą definicję, która brzmi: „przeciwprzeniesienie terapeuty to reakcja na materiał wnoszony przez klienta – zarówno przeniesieniowy, jak i nie przeniesieniowy” [3, s. 23]. Autorzy zwracają też uwagę, że przeniesienie i przeciwprzeniesienie mogą tworzyć się nawet przed rzeczywistym kontaktem oraz „mogą być pomocne, neutralne lub destrukcyjne dla psychoterapii, w zależności od ich natury, wartościowania, kierunku oraz przekonań terapeuty na temat tych procesów i jego sposobu pracy z nimi” [3, s. 23].

Trzeci składnik relacji terapeutycznej to rzeczywista relacja, czyli relacja względnie niezależna od przeniesienia. Relację realną charakteryzują: prawdziwość i realistyczne postrzeganie. Prawdziwość oznacza „tendencję do wchodzenia w relacje w sposób uczciwy, otwarty, zgodny z wewnętrznym doświadczeniem. Realistyczne postrzeganie odnosi się do odbioru niezakłóconego przez przeniesienie oraz do innych mechanizmów obronnych, które nie zawierają przeniesieniowego aspektu” [3, s. 24]. Oznacza to, że „im silniejsza jest rzeczywista relacja (im więcej autentyczności i realistycznych spostrzeżeń), tym efektywniejsza jest terapia” [3, s. 25].

W wymienionych przez autorów założeniach relacji terapeutycznej trudno byłoby odnaleźć pierwszy składnik relacji, czyli „sojusz roboczy”, w początkowej fazie pracy z dziećmi, gdyż dziecko najczęściej nie szuka pomocy terapeutycznej, przynajmniej w sposób bezpośredni, choć może w sposób pośredni, poprzez swoje dolegliwości/problemy skłaniać rodziców do tego, m.in. w przypadkach lęku nocnego i problemów z zasypianiem [5, 6]. Często też nie ma ono świadomości problemu i nie dostrzega go, natomiast widzą problem rodzice, np. w przypadkach mutyzmu wybiórczego (F94.0), zaburzeń odżywiania w dzieciństwie (F98.2) czy też anoreksji (F50.0) [7]. Dlatego też terapeuta pracujący z dziećmi często na wstępie ustala cele i metody pracy z rodzicami, co oznacza, że nie może ich realizować bez współpracy z rodziną. Natomiast „sojusz roboczy” z dzieckiem jest budowany w trakcie procesu terapii indywidualnej, a jego szczególną formą, jak sądzę, może być równoległe prowadzona przez tego samego terapeutę terapia rodzinna, która pozwala zwolnić dziecko z jego odpowiedzialności za problem, z powodu którego

zostało zgłoszone lub oddelegowane przez rodziców na psychoterapię. Drugi element relacji terapeutycznej, jakim jest „konfiguracja przeniesienia i przeciwprzeniesienia” [2, s. 6] w przypadku terapii indywidualnej z dziećmi i młodzieżą wręcz zaprasza do analizy oraz pracy w kontekście rodzinnym. Dzieci z jednej strony w sposób naturalny dla fazy rozwoju mają łatwość uruchamiania przeniesienia, gdyż relacje z rodzicami są często dla nich jedynymi wzorcami budowania relacji z dorosłymi, a z drugiej potrafią wobec różnych osób dorosłych prezentować różne zachowywania.

Niejednokrotnie obserwowałam, jak dziecko przy rodzicu/rodzicach zachowywało się zgodnie z tym, jak oni opisali jego zachowanie (często problemowe), ale gdy zostawało samo z terapeutą prezentowało inne zachowanie. Gdyby więc terapeuta nie mógł obserwować zachowania dziecka w obecności rodziców (na sesji terapii rodzinnej), a ograniczył się jedynie do kontaktu indywidualnego z nim (w ramach terapii indywidualnej), obserwacje nie tylko byłyby niepełne, ale mogłyby też skłaniać do błędnych hipotez czy wniosków w kontekście przeniesienia. Można więc postawić hipotezę, że zachowania dziecka, które w kontakcie indywidualnym mogłyby być interpretowane jako przeniesienie, z jednej strony mogą być naturalnym rozwojowym przenoszeniem modelu zachowania wobec osób znaczących na inne osoby dorosłe, a z drugiej mogą być „prezentowane”, „kreowane” przez dziecko w kontakcie z terapeutą. Na przykład w kontakcie indywidualnym z terapeutą dziecko może zachowywać się bardzo grzecznie, odmiennie niż w domu lub też na sesjach terapii rodzinnej.

Z kolei w kontekście przeciwprzeniesienia nasuwa się pytanie, czy któraś z form terapii może bardziej sprzyjać przeciwprzeniesieniu? Czy terapia indywidualna, w której terapeuta może uruchamiać przeciwprzeniesienie, rozumiane zgodnie z definicją Gelso i Hayes jako reakcje terapeuty na materiał wnoszony przez klienta — zarówno przeniesieniowy, jak i nieprzeniesieniowy? Czy też przeciwprzeniesieniu bardziej sprzyjać może terapia rodzinna, w której terapeuta ma kontakt z większą ilością „podmiotów”, które mogłyby „zapraszać” do większej ilości przeciwprzeniesień? Choć z drugiej strony w procesie terapii rodzinnej ilość i dynamika relacji zmusza terapeutę do stałego weryfikowania swoich emocji, hipotez i relacji z poszczególnymi członkami rodziny oraz rodziną jako systemem. Natomiast trzeci składnik relacji terapeutycznej, czyli rzeczywista relacja między terapeutą a pacjentem, mogłby, jak sądzę, być rozpatrywany jako autonomiczny, niezwiązany z kontekstem rodzinnym pacjenta, wykreowany w terapii indywidualnej, podobnie jak relacje dziecka z innymi obcymi osobami dorosłymi.

Analiza trzech wymienionych wyżej elementów budujących relację terapeutyczną w kontekście psychoterapii dzieci i młodzieży pokazuje, że w dwóch pierwszych elementach relacja terapeutyczna z dzieckiem i nastolatkiem związana jest z rodziną dziecka, jej strukturą, wzajemnymi relacjami oraz oczekiwaniami. Z powyższej analizy oraz mojego doświadczenia terapeutycznego wynika, że w wielu problemach czy zaburzeniach emocjonalnych pacjentów dziecięco-młodzieżowych łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej może być bardzo cenne zarówno ze względu na diagnozę problemu, jak i budowanie relacji terapeutycznej oraz możliwości oddziaływań terapeutycznych.

2. Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej przez jednego terapeutę w kontekście koncepcji dialogowego Ja

Koncepcja dialogowego Ja opisana została przez Barbarę Józefik i wsp. [8]. Autorzy przedstawiają koncepcję dialogowego Ja jako jeden z obszarów idei konstrukcjonistycznej terapii rodzin [8, 9]. Jak piszą, koncepcja dialogowego Ja „wprowadza [...] ideę dialogu nie tylko w odniesieniu do interpersonalnej relacji >>uczestnicy terapii — psychoterapeuta<<, ale również jest refleksją nad tym, co dzieje się w >>wewnętrznej przestrzeni<< każdego uczestnika dialogu, w tym >>wewnętrznej przestrzeni psychoterapeuty<<” [8, s. 863]. Ze względu na zakres niniejszego artykułu skoncentruję się na tych aspektach dialogowego Ja i polifoniczności (wielogłosowości) [10, 11] w psychoterapii, które, jak sądzę, można odnieść do zagadnienia wielopoziomowego modelu integracyjnego, czyli łączenia terapii indywidualnej i rodzinnej. W analizie dialogicznej procesu terapeutycznego wyróżnia się takie pojęcia, jak: głosy, słowa i akcje, pozycjonowanie, sekwencyjność oraz wewnętrzne głosy terapeuty [12, 13]. Głosy są zawarte w każdej wypowiedzi, lecz nie zawsze osoba wypowiadająca się jest ich autorem, np. gdy mąż mówi: „żona uważa, że nasze małżeństwo dobrze się układało, ale ja mam odmienne zdanie na ten temat”, w zdaniu tym są dwa głosy: żony i męża [8, s. 861]. Z perspektywy terapeuty systemowego nasuwa się pytanie, na ile interpretacja głosów w analizie dialogicznej jest nawiązaniem do pytań cyrkularnych stosowanych w systemowej terapii rodzin. Sądzę, że zarówno analizy głosów, jak i odpowiedzi na pytania cyrkularne są szczególnie pomocne w psychoterapii dzieci, którym z racji wieku często trudno jest formułować samodzielne wypowiedzi czy odpowiedzi na pytania stawiane wprost. Dziecku w wieku przedszkolnym czy młodszym szkolnym łatwiej jest wyrażać swoje myśli, uczucia czy potrzeby poprzez ustosunkowanie się do głosu innej osoby lub do pytań cyrkularnych, na które odpowiadają członkowie rodziny. A znając odpowiedzi dziecka uzyskane w terapii rodzinnej, terapeuta ma szerszą perspektywę widzenia problemu, może więc stawiać więcej hipotez, a tym samym ma więcej możliwości pracy terapeutycznej z dzieckiem w terapii indywidualnej.

Drugie kluczowe pojęcie w analizie dialogicznej to słowa i akcje [11]. Według teorii analizy dialogicznej „opowieści nie są po prostu wyrażane w słowach, raczej to słowa tworzą opowieść, formułują ją, ponieważ jedynie poprzez aktualnie wypowiedzaną historię doświadczenia są podzielane i rozpoznawane jako znaczące” [za: 8, s. 861].

Jak pisze Józefik i wsp., „opowiadanie jest odgrywaniem historii, ubieraniem doświadczeń w słowa, poszukiwaniem właściwych słów”. Ważne są również niewerbalne działania, rozumiane jak głosy, takie jak postawa ciała, mimika twarzy oraz objawy. „Potwierdzenie spójności słów i zachowań można uznać za ekspresję tego samego głosu, brak tej spójności będzie sygnałem o zaistnieniu wielu głosów, z których tylko jeden jest werbalnie wyrażony” [8, s. 861]. Z perspektywy wielopoziomowego modelu integrującego intrapsychiczne i interpersonalne rozpatrywanie problemów oraz interpretacja słów i akcji mogą mieć szczególne znaczenie w pracy z młodzieżą. W mojej praktyce terapeutycznej często spotykam się z dużą rozbieżnością między opowieściami adolescentów i ich rodziców na temat spostrzegania różnych sytuacji i problemów. Słuchając ich opowieści, niejednokrotnie odnoszę wrażenie, jakbym słuchała relacji o różnych zdarzeniach czy doświadczeniach. Dotyczy to zarówno problemów emocjonalnych dorastających dzieci, jak również zaburzeń psychicznych, na przykład anoreksji. Gdyby więc pracę terapeutyczną zawęzić wyłącznie

do terapii indywidualnej, bez możliwości usłyszenia i zobaczenia głosów oraz słów i akcji w procesie terapii rodzinnej, to w wielu przypadkach oddziaływania terapeutyczne mogłyby być zawężone. Z kolei, gdyby w niektórych przypadkach terapią objęta była wyłącznie rodzina, bez możliwości terapii indywidualnej, to doświadczany w okresie rozwojowym konflikt lojalności wobec rodziny i związana z nim ambiwalencja co do ujawniania rodzinnych problemów czy tajemnic mogłyby utrudniać pracę w ważnych dla pacjentów dziecięco-młodzieżowych obszarach.

Kolejnymi kluczowymi pojęciami w analizie dialogicznej jest pozycjonowanie oraz sekwencyjność [11]. Pozycjonowanie to określenie pozycji i punktu widzenia osoby wypowiadającej się, np. „wypowiadanie się z perspektywy nauczyciela zaprasza uczestnika dialogu do zajęcia pozycji uczącego się” [Rober za: 8, s. 862]. Pozycjonowanie umożliwia poznanie, „jakie pozycje w danym momencie sesji zajmują członkowie rodziny — czy zaznaczają swoje stanowisko, np. poprzez zgadzanie czy nie zgadzanie się, z poprzednimi wypowiedziami, czy też poprzez wyrażenia wahania” [Rober za 8, s. 862]. Z pozycjonowaniem wiąże się ocenianie, co z kolei zaprasza uczestników dialogu do nowych oceniających odpowiedzi, innych historii i innego pozycjonowania.

Z kolei sekwencyjność pozwala członkom dialogu wzbogacać własną perspektywę poprzez wymianę głosów wewnętrznych i zewnętrznych, pozwala też na zmiany pozycji rozmówców i wnoszenie przez nich różnych punktów widzenia.

Zarówno pozycjonowanie, jak i sekwencyjność są ważnymi zmiennymi w pracy terapeutycznej z pacjentami dziecięco-młodzieżowymi, którzy w trakcie własnego rozwoju, w ramach procesu indywidualizacji i separacji, częściej niż osoby dorosłe walczą o swoją pozycję, nie tylko w obszarze pozycjonowania na sesjach terapii rodzinnej, ale też w codziennym życiu. Natomiast sekwencyjność pozwala adolescentowi spojrzeć na siebie, na innych oraz na problemy z różnych punktów widzenia, a nie tylko egocentrycznej perspektywy, typowej dla tego okresu rozwoju.

Józefik i wsp. zwracają uwagę, że w procesie terapii rodzin ważną rolę pełnią „wewnętrzne głosy terapeuty” [8, s. 862], które związane są z czterema poziomami dialogu [Rober za: 8]. Pierwszy poziom dialogu to „rozmowy psychoterapeuty z rodziną, drugi to wewnętrzna rozmowa psychoterapeuty, trzeci poziom odnosi się do rozmowy członków rodziny między sobą, a ostatni do rozmowy członków rodziny w powiązaniu z szerszym kontekstem (może nim być np. rodzina pochodzenia, w tym np. nieżyjący członkowie rodziny)” [8, s. 862]. Jak pisze Józefik i wsp., „pierwsze dwa poziomy są wspólne dla wszystkich form terapii, dwa ostatnie są specyficzne dla terapii rodzin i ujawniają złożoność, gęstość procesów zachodzących w trakcie sesji rodzinnej” [8, s. 862]. Zgodnie z powyższym założeniem przyjąć można, iż terapeuta rodzinny słyszy, obserwuje i doświadcza czterech poziomów dialogu, natomiast terapeuta indywidualny — tylko dwóch pierwszych. Rozpatrując proces psychoterapii z perspektywy wielopoziomowego modelu integracyjnego, w kontekście poziomów dialogu, można postawić hipotezę, iż terapia rodzinna stanowi szerszy obszar dialogowy, a tym samym może być bogatszym źródłem informacji dla terapeuty. W związku z tym pojawia się pytanie, czy proces psychoterapii indywidualnej może wnieść cokolwiek do procesu terapii rodzinnej oraz czy terapia rodzinna może wzbogacać proces psychoterapii indywidualnej? Sądzę, że w przypadku pracy z dziećmi i młodzieżą odpowiedź może być pozytywna, nie tylko z powodu wspo-

mnianej już lojalności pacjentów wobec osób znaczących, tzn. że pewnych tematów, które dziecko czy nastolatek ujawni na spotkaniach indywidualnych, może nie chcieć czy nie móc poruszyć na sesji terapii rodzinnej. Terapeuta ma wówczas więcej informacji diagnostycznych, na podstawie których może stawiać hipotezy terapeutyczne, weryfikując je na sesjach terapii rodzinnej, np. poprzez stawianie pytań cyrkularnych. Z kolei na sesjach terapii indywidualnej, terapeuta może korzystać z trzeciego (rozmowy członków rodziny między sobą) i czwartego (rozmowy członków rodziny z szerszym kontekstem) poziomu głosów wewnętrznych z sesji terapii rodzinnej, które nie są dostępne terapeutycie prowadzącemu wyłącznie terapię indywidualną. Tak więc łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej w pracy z dziećmi i dorastającymi w kontekście wewnętrznych głosów terapeuty, mogłoby być uzasadnione, ponieważ terapeuta prowadzący terapię indywidualną jest bogatszy o dwa poziomy dialogu z sesji terapii rodzinnej. Z kolei terapeuta rodzinny, prowadząc równoległe terapię indywidualną, może słyszeć inne, nowe głosy wewnętrzne (na dwóch pierwszych poziomach) w ramach sesji terapii indywidualnej.

Kiedy rozważamy łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej w kontekście czterech poziomów dialogu, nasuwa się również pytanie, czy wewnętrzne głosy terapeuty mogą przeszkadzać lub pomagać w jednoczesnym prowadzeniu obu form terapii? Sądzę, że w terapii indywidualnej adolescentów cztery poziomy dialogu (w tym trzeci i czwarty dostępne w terapii rodzinnej) mogą wiązać się z trudnością lub/i ryzykiem „zagłuszenia” dwóch pierwszych poziomów dialogu (dostępnych w terapii indywidualnej). Mogłoby to utrudniać psychoterapeutycie prowadzącemu terapię indywidualną „słyszenie” jego wewnętrznej rozmowy być może „zakłócanej” wewnętrznymi głosami z sesji terapii rodzinnej. Dlatego też łączenie obu form terapii prowadzonej w okresie adolescencji — fazie charakteryzującej się intensywnym rozwojem procesów indywidualizacji i separacji, wymagałoby rozważenia korzyści i zagrożeń.

Natomiast w pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym czy w fazie latencji, którym trudno werbalizować czy uświadamiać sobie własne problemy, korzystanie w pracy indywidualnej z czterech poziomów dialogu i związanych z nimi „wewnętrznych głosów terapeuty”, może być korzystne i pomocne, o ile terapeuta będzie z równą uważnością słuchał dialogów na wszystkich poziomach.

3. Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej przez jednego terapeutę a „więcej czy mniej w psychiatrii dzieci i młodzieży”?

Więcej czy mniej w psychiatrii dzieci i młodzieży [15] to tytuł wykładu prof. Ireny Namysłowskiej, który był wygłoszony na 26. Konferencji Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w 2012 roku w Warszawie. Prof. Namysłowska, prezentując przykład dziewczynki chorej na anoreksję i jej system rodzinny, poddała analizie model wieloczynnikowej etiologii i jego funkcjonowanie w psychiatrii dzieci i młodzieży. Autorka w swojej prezentacji postawiła wiele pytań, m.in.: czy leczenie powinno być całościowe, czy skierowane na konkretne, dominujące objawy? Poruszyła też dylematy dotyczące integracji form leczenia całościowego, zwróciła uwagę na konflikt lojalności pacjenta wobec różnych terapeutów, ilość ewentualnych przeniesień w przypadku pracy z różnymi terapeutami, np. terapeutą indywidualnym, rodzinnym czy grupowym. Autorka postawiła też pytanie: czy i jak terapeuci

komunikują się pomiędzy sobą, jak integrują poszczególne opcje terapeutyczne i ich często różny język: szczególnie dotyczy to obszaru leczenia ambulatoryjnego. Prof. Namysłowska nie poruszała wprost zagadnienia dotyczącego łączenia terapii indywidualnej i rodzinnej, ale sądzę, że postawione pytania można również rozpatrywać w kontekście tegoż zagadnienia. Szczególnie refleksja dotycząca lojalności pacjenta dziecięco-młodzieżowego wobec różnych terapeutów może nawiązywać do poruszanego przeze mnie wcześniej konfliktu lojalności wobec rodziców i rodziny.

W przypadku dzieci i młodzieży prowadzenie terapii indywidualnej i rodzinnej przez różnych terapeutów sprzyjać może podwojeniu, a tym samym nasileniu się konfliktu lojalności, co jest trudnym, a czasem traumatycznym doświadczeniem emocjonalnym dla pacjentów w okresie rozwojowym. Jednym z przykładów, z jakim dość często spotykam się w praktyce, choć dotyczącym nie tyle mnogości terapeutów, co specjalistów zajmujących się jednym pacjentem, są przypadki dziewczynek chorujących na anoreksję. Różni specjaliści mają różne zalecenia, dotyczące m.in. tak medycznego zagadnienia, jakim jest waga docelowa chorej i sposób odżywiania. Pacjentka i jej rodzice często od różnych specjalistów, np. ginekologów, pediatrów, dietetyków, ale też terapeutów indywidualnych i rodzinnych, dowiadują się o różnej wysokości wagi należnej, różniącej się nawet o 5–7 kg. Taka sytuacja nie tylko budzi niepokój u rodziców, ale też powoduje, iż chora „wybiera” tę propozycję wagową, która najbardziej jej odpowiada, czyli najniższą. Jeżeli tak obiektywnie medyczny wskaźnik, jakim jest wymagana waga ciała, budzi tak wiele emocji u chorej i jej rodziców, a także może być tematem niekończących się dyskusji, to nasuwa się pytanie, jakie konflikty wewnętrzne czy konflikty lojalnościowe wobec rodziny i różnych terapeutów oraz konflikty interpersonalne wywołują mogą różne, nie zawsze spójne, interpretacje czy interwencje terapeutyczne różnych terapeutów?

4. Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej przez jednego terapeutę w praktyce terapeutycznej

Odwołując się do własnych doświadczeń terapeutycznych, sądzę, iż w zaburzeniach emocjonalnych dzieci i młodzieży, które są ściśle związane z funkcjonowaniem rodziny, w określonych przypadkach korzystne może być łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej, w tym też prowadzonej przez jednego terapeutę. Praktyka kliniczna pokazuje, że zaburzenia emocjonalne w okresie rozwojowym mogą być pochodną funkcjonowania rodziny lub/i mogą znacząco wpływać na relacje rodzinne. Dlatego też sądzę, że łączenie psychoterapii indywidualnej i terapii rodzinnej wydaje się uzasadnione, a często niezbędne dla efektywnej pracy terapeutycznej z dzieckiem i jego rodziną. Z moich doświadczeń wynika też, że osoba terapeuty, prowadzącego obie formy terapii, dawać może pacjentom (dziecku i rodzinie) poczucie bezpieczeństwa oraz rozumienia ich problemów z różnych perspektyw: indywidualnej i rodzinnej. W swojej pracy w określonych przypadkach łączę obie formy terapii, dotyczy to głównie psychoterapii takich zaburzeń, jak: lęk nocny u dzieci (Z63), lęk przed separacją w dzieciństwie (F93.0), lęk społeczny w dzieciństwie (F93.2), zaburzenia związane z rywalizacją w dzieciństwie (F93.3), mutyzm wybiórczy (F94.0), zaburzenia odżywiania w niemowlęctwie i dzieciństwie (F98.2), zaburzenia odżywiania się (F50) szczególnie u młodszych pacjentów [7].

Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej w przypadkach lęku nocnego prezentowałam we wcześniejszych publikacjach [5, 6, 14], natomiast łączenie obu form terapii w takich zaburzeniach, jak: mutyzm wybiórczy, zaburzenia odżywiania w niemowlęctwie i dzieciństwie oraz zaburzenia odżywiania się — są w trakcie opracowania. Prowadzenie obu form terapii przez jednego terapeutę skłania również do refleksji dotyczących minusów takiej pracy. Z perspektywy pacjentów zaliczyłabym do nich: podejrzenia o monopolizowanie swojej pracy przez terapeutę, a także u niektórych pacjentów, szczególnie w okresie adolescencji, niepokój dotyczący zachowania tajemnicy oraz tzw. neutralności terapeuty. Pacjenci mogą czuć obawę i lęk o zachowanie zasady poufności przez terapeutę prowadzącego obie formy terapii. Obawom i lękowi związanym z zasadą poufności może też towarzyszyć rzeczywisty opór przed poruszaniem tematów, których pacjent nie chciałby omawiać przy rodzicach.

W mojej praktyce obserwuję, że lęk, obawa i związany z nimi opór dość szybko ustępują, gdyż pacjenci weryfikują dochowanie zasady poufności przez terapeutę w trakcie kontaktu terapeuty z ich rodzicami w ramach sesji terapii rodzinnej. Należałoby też rozważyć, czy wspomniany wcześniej konflikt lojalności może również być minusem, czy dziecko/adolescent nie czuje konfliktu lojalności wobec rodziców związanego z faktem, że terapeuta poznał pewne informacje, o których rodzice nie wiedzą, lub, jak miernia, byliby niezadowoleni, gdyby wiedzieli, że dziecko je ujawniło? Natomiast z perspektywy terapeuty zasada zachowania poufności może stanowić trudność, gdyż musi on pamiętać, jakich tematów czy faktów poznanych w ramach terapii indywidualnej nie powinien poruszać na sesjach terapii rodzinnej, odwołując się do wiedzy z sesji indywidualnych.

Kolejną trudność/wyzwanie dla terapeuty może stanowić mentalne i emocjonalne oddzielenie obu procesów terapii, co stanowi jeden z warunków zachowania tzw. neutralności. W przypadku obu form terapii prowadzonej przez jednego terapeutę może być ono szczególnie trudne, m.in. z perspektywy relacji terapeutycznej, szczególnie w kontekście sojuszu roboczego (przymierza terapeutycznego), jaki terapeuta nawiązuje zarówno z pacjentem indywidualnym, jak i jego rodziną.

Z kolei w obszarze poziomów dialogu, szczególnie w pracy z adolescentami i ich rodzinami, trudnością może być wyodrębnienie dwóch, czyli „rozmowy terapeuty z pacjentem/rodziną” oraz „wewnętrznej rozmowy terapeuty”. Trudność ta moim zdaniem polegać może na usłyszeniu różnych — w zależności od formy terapii (indywidualnej czy rodzinnej) — przekazów płynących od pacjenta indywidualnego oraz wyodrębnieniu własnych głosów terapeuty, w towarzyszącej złożoności i gęstości procesów, mających miejsce na sesjach terapii rodzinnej. Ponadto minusem może być również ujmowanie zagadnienia z perspektywy jednej osoby (terapeuty), jej wiedzy, paradygmatu, w jakim pracuje, doświadczenia terapeutycznego, klinicznego oraz osobistego. Pomimo minusów, jakie mogą towarzyszyć łączeniu terapii indywidualnej i rodzinnej prowadzonej przez jednego terapeutę, znajduję więcej plusów takiej pracy, co starałam się w niniejszym opracowaniu przedstawić. Korzyści płynące z łączenia obu form terapii to możliwość rozpoznania problemu oraz określenie udziału czynników intrapsychicznych oraz interpersonalnych, co z perspektywy wielopoziomowego modelu integracyjnego pozwala terapeutce wykorzystać zalety obu procesów zmian, tzn. indywidualnych i rodzinnych.

Jak podkreśla Feldman, procesy intrapsychiczne i interpersonalne mają równie duże znaczenie w powstawaniu i utrzymywaniu się problemów psychicznych u dzieci i młodzieży [1]. Łączenie obu form terapii odnieść można również do relacji terapeutycznej, szczególnie w obszarach budowania „sojuszu roboczego” oraz konfiguracji przeniesienia i przeciwprzeniesienia, które w pracy z dziećmi i młodzieżą trudno rozpatrywać bez współpracy i kontekstu rodzinnego. Sądzę, że „sojusz roboczy” budowany w procesie terapii indywidualnej z dzieckiem, bez równoległej współpracy z rodziną, mógłby w niezamierzony sposób „naznaczać” dziecko odpowiedzialnością za jego problem. W ten sposób dziecko, które byłoby przez rodzinę oddelegowane do roli pacjenta „identyfikowanego”, mogłoby być traktowane przez rodzinę i terapeutę jako pacjent, który jest „odpowiedzialny” za problem. Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej z perspektywy wielopoziomowego modelu integracyjnego można również rozpatrywać w kontekście idei konstrukcjonistycznej — w obszarze koncepcji dialogowego Ja. W analizie dialogicznej procesu terapeutycznego, takie pojęcia, jak: głosy, słowa i akcje, pozycjonowanie, sekwencyjność oraz wewnętrzny głos terapeuty, wykorzystywane w procesie terapii oraz rozpatrywane z obu perspektyw — indywidualnej i rodzinnej — mogą poszerzać i wzbogacać możliwości współpracy terapeuty z pacjentem i jego rodziną.

W obszarze dialogowym, plusem łączenia obu form terapii mogłoby być uzupełnienie procesu terapii indywidualnej o dwa poziomy dialogu (trzeci — rozmowy członków rodziny między sobą oraz czwarty — rozmowy członków rodziny z szerszym kontekstem), które są dostępne wyłącznie w terapii rodzinnej. Natomiast być może inny, szerszy, bogatszy, zakres dwóch pierwszych poziomów dialogu (rozmowy terapeuty z pacjentem oraz wewnętrzna rozmowa psychoterapeuty) dostępne w terapii indywidualnej, mogłyby wносить nową wiedzę i nowe hipotezy w pracy z rodziną.

Jak już wspomniałam wcześniej, łączenie obu form terapii może również wpływać na dyskomfort związany z konfliktem lojalności dziecka/adolescenta. Z jednej strony może zmniejszać konflikt lojalności, bo pacjent na sesjach terapii indywidualnej może swobodniej niż na terapii rodzinnej rozmawiać o swoich uczuciach i relacjach rodzinnych, ale z drugiej strony może czuć konflikt lojalności wobec rodziców, po ujawnieniu pewnych faktów czy problemów w tajemnicy przed nimi — to minus łączenia obu form terapii. Konflikt lojalności może też dotyczyć lojalności pacjenta wobec terapeutów, w przypadku gdy jest ich kilku, na co zwróciła uwagę prof. Namysłowska [15]. Od tego rodzaju konfliktu lojalności dziecko jest uwolnione w przypadku prowadzenia obu form terapii przez jednego terapeutę. Dwóch terapeutów może również czasami nasilać u dzieci lęk i zahamowanie, szczególnie w przypadku małych dzieci lub/i pacjentów lękowych, z mutyzmem, wycofanych, dla których każdy kontakt z obcą osobą dorosłą wiąże się z silnym napięciem emocjonalnym. Wówczas łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej prowadzonej przez jednego terapeutę daje większe poczucie bezpieczeństwa, niż proponowanie drugiego terapeuty. Jest to również związane z obecnością rodziców (w ramach sesji terapii rodzinnej) przy obcej osobie — terapeutce, co pozwala zmniejszyć lęk czy niepokój dziecka, gdy zostaje z nim samo. Taka sytuacja pozwala budować bezpieczną dla dziecka relację terapeutyczną, dającą mu poczucie bezpieczeństwa i oparcia.

W badaniach poświęconych czynnikiem leczącym w psychoterapii wyróżnia się swoiste oraz nieswoiste czynniki psychoterapii [16, 17]. Do pierwszej grupy, czyli czynników

swoistych, zalicza się podejścia teoretyczne i techniki psychoterapii. Do drugiej grupy czynników określanych jako nieswoiste zalicza się przede wszystkim relację terapeutyczną, dającą pacjentom poczucie bezpieczeństwa i oparcia. Jak podkreślają autorzy, warunkiem efektywności każdej terapii oraz skuteczności czynników swoistych jest udział czynników nieswoistych [17]. Dlatego też uważam, że w określonych przypadkach zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej może pozytywnie wpływać na relację terapeutyczną, dając poczucie bezpieczeństwa i oparcia, zarówno dziecku, jak i rodzinie.

Podsumowanie

Poddając refleksji temat budzący kontrowersje — łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej — odwołałam się do dwóch zagadnień: relacji terapeutycznej oraz koncepcji dialogowego Ja. Relacja terapeutyczna w literaturze opisywana jest zwykle w odniesieniu do terapii indywidualnej, natomiast dialogowe Ja — jako obszar terapii rodzin. Zarówno relację terapeutyczną (sojusz roboczy, konfigurację rzeczywistą oraz relację przeniesienie — przeciwrzucenie), jak i koncepcję dialogowego Ja (głosy, słowa i akcje, pozycjonowanie, sekwencyjność, wewnętrzne głosy terapeuty) analizowałam w odniesieniu do koncepcji wielopoziomowego modelu integracyjnego w terapii zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży. Odwołując się do obu wymienionych zagadnień teoretycznych opisujących istotne zmienne psychoterapii indywidualnej oraz terapii rodzin, starałam się wykazać, że mimo istniejących trudności, wyzwań i minusów, łączenie obu form terapii w pracy z dziećmi jest możliwe, a w określonych przypadkach wręcz korzystne dla pacjenta indywidualnego, jego rodziny oraz procesu terapii.

Piśmiennictwo

1. Feldman L. Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2001.
2. Sass-Stańczak K, Czabała JC. Relacja terapeutyczna — co na nią wpływa i jak ona wpływa na proces psychoterapii? *Psychoter.* 2015; 1: 5–7.
3. Gelso CJ, Hayes JA. Relacja psychoterapeutyczna. Gdańsk: GWP; 2004.
4. Gelso CJ, Carter JA. Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *J. Couns. Psychol.* 1994; 41: 296–306.
5. Talarczyk M. Lęk nocny i zaburzenia snu u dzieci — model pracy terapeutycznej z dzieckiem i rodzicami. *Psychoter.* 2009; 4: 37–53.
6. Talarczyk M. Terapia indywidualna i rodzinna w pracy z dziećmi z lękiem nocnym. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2012; 2: 122–127.
7. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000
8. Józefik B, Janusz B, de Barbaro B. Koncepcja dialogowego Ja w psychoterapii — założenia teoretyczne. *Psychiatr. Pol.* 2012; 5: 857–867.
9. Chrzastowski S, de Barbaro B. Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
10. Bachtin M. Problemy literatury i estetyki. Warszawa: Czytelnik; 1982.

11. Rober P. Family therapy as dialogue of living persons: a perspective inspired by Bakhtin, Voloshinov, and Shoter. *J. Marital Fam. Ther.* 2005; 31(4): 385–397.
12. Hermans HJM. The dialogical self: between exchange and power. W: Hermans HJM, Dimaggio G, red. *The dialogical self in psychotherapy*. Hove, New York: Brunner-Routledge; 2004, s. 13–28.
13. Hermans HJ, Gieser T, red. *Handbook of dialogical self theory*. Cambridge University Press; 2011.
14. Talarczyk M. The authorial model of the therapy used in night terrors and sleep disorders in children. *Arch. Psychiatr. Psychother.* 2011; 13, 2: 45–51.
15. Namysłowska I. „Mniej czy więcej” w psychiatrii dzieci i młodzieży. *Wiad. Psychiatr.* 2012; 15: 26.
16. Czabała J.C. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.
17. Bomba J. Integracja leczenia — próba syntezy. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012.

adres: talarczyk@psycholog-ambulatorium.pl