

Podstawowe założenia i metody pracy w Ośrodku Terapii Dziecka w Środowisku

W niniejszym wystąpieniu zostaną przedstawione podstawowe założenia teoretyczne i metody pracy Ośrodka Terapii Dziecka w Środowisku. Powstał on 15 lat temu z inicjatywy dr Katarzyny Walewskiej - supervizora Ośrodka, mgr Marii Gąszewskiej - psychologa dziecięcego i mojej. W wiosną 1992 r. rozpoczął pracę pod moim kierownictwem. Działamy w oparciu o psychoanalityczną teorię zaburzeń emocjonalnych dziecka, uwzględniając czynniki środowiskowe i biologiczne mające wpływ na jego rozwój.

Leczymy dzieci w wieku 7-12 lat z różnymi zaburzeniami emocjonalnymi (fobie szkolne, moczenie nocne, zanieczyszczanie się, mutyzm), z zaburzeniami zachowania (agresja słowna i fizyczna) i z trudnościami szkolnymi (nieharmonijny rozwój zdolności intelektualnych, dysleksja i dysgrafia). Dzieci, które do nas trafiają, są na szczególnym etapie rozwoju, który Zygmunt Freud nazywał okresem **latencji**, czyli utajenia impulsów seksualnych, po rozwiązaniu kompleksu Edypa, kiedy to odseksualizowana energia psychiczna skupia się dzięki sublimacji na rozwoju umiejętności poznawczych i motorycznych oraz kiedy poprzez identyfikację z rodzicami tworzy się superego.

Podstawowym założeniem pracy Ośrodka jest leczenie dziecka w jego środowisku, głównie **w środowisku rodzinnym i rówieśniczym**. Oznacza to, że w naszym Ośrodku psychoterapii poddawane są całe rodziny, a nie tylko dzieci kierowane do leczenia przez psychiatrów.

Berry Brazelton w 1991 r. w Krakowie na konferencji na temat psychoanalitycznych interpretacji wczesnych faz rozwoju człowieka mówił, że „dziecko prowadzone w izolacji, poza relacją jest sterylne, inne, wręcz dziwaczne”. W latach 1970/1980 Berry Brazelton, Bertrand Cramer, Daniel Stern i Serge Leboviczi stosowali nową metodę terapii dzieci - tzw. **przewodnictwo interakcyjne**. Zakłada ona uczestnictwo w terapii na równych prawach rodziców i dzieci. Uczestnictwo to polega na wzajemnej wymianie zarówno na poziomie świadomym, jak i nieświadomym. Uczestnicy wnoszą całą spuścizną biologiczną i treść przekazów transgeneracyjnych. Czynniki te mogą zostać ujawnione i przepracowane. W takiej konstelacji terapeuta lecząc dziecko wchodzi w relację z uczestnikami spotkania w sposób bezpośredni i w polu przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowym.

Berry Brazelton i Bertrand Cramer w książce „Wczesne relacje” z 1991 r. podkreślają, że rozwój dziecka jest silnie zdeterminowany fantazjami rodziców. Z jednej strony dziecko ma pewne wrodzone cechy dziedziczne (takie jak płeć, wygląd, cechy fizyczne), które kształtują wyobrażenia rodziców o jego rozwoju, z drugiej strony rodzice modelują zachowanie dziecka przez wzmocnienie i

wygaszanie przeżyć, kierując się własnymi nieświadomymi fantazjami i oczekiwaniami wynikającymi z ich wewnętrznych konfliktów. Dziecko często służy – po pierwsze - jako „rekwizyt” podczas rozgrywania scenariuszy, które są reaktywowaniem dawnych sposobów tworzenia relacji i modeli związków rodzica, co ma na celu odnalezienie utraconych i upragnionych relacji z jego własnego dzieciństwa. Po drugie, dziecko może reprezentować nieświadomą część rodzica, będącą projekcją jego niechcianych cech. Po trzecie, dziecko może być oddelegowywane do odgrywania roli ważnej osoby z przeszłości rodzica. Berry Brazelton nazywał to fantomem albo duchem.

Selma Freiberg do powyższych zjawisk odnosi stwierdzenie, że fantazje stają się realnością, przeszłość rodziców jest ponownie rozgrywana w aktualnych interakcjach.

Sądzymy – podobnie jak Bertrand Cramer - że źródeł zaburzeń należy upatrywać zarówno w dziecku, jak i w innych osobach (zwykle są to rodzice). Objawy ma dziecko, ale mechanizm, którego zmiana będzie miała największe znaczenie dla uzyskania poprawy, zwykle można wykryć u rodziców. Nie oznacza to, że oni są jedyną przyczyną problemu, ale często okazuje się, że konflikty, lęki i fantazje rodziców ów objaw wywołują i podtrzymują go. Jednak określone problemy rodziców wywołują objawy u dziecka, gdy jest ono podatne na tego rodzaju wpływ, a określona cecha dziecka powoduje załamanie dialogu z rodzicami tylko wtedy, gdy zakłóca ona ich środki obronne.

Ważna jest zatem nie tylko analiza relacji, wpływu rodziców, ale także uwzględnienie w terapii natury i siły impulsów biologicznych dziecka, gdyż – jak twierdzi Melanie Klein, dziecko rodząc się ma własny bogaty świat wewnętrzny, pełen konfliktów oraz lęków i wyposażone jest w zdolność do tworzenia fantazji na poziomie nieświadomym, a środowisko, głównie matka, może te impulsy jedynie modyfikować.

W swojej pracy kierujemy się wymaganiami współczesnego podejścia do leczenia dzieci i młodzieży, zgodnymi z zaleceniami **Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego**. Ustawa ta preferuje opiekę psychiatryczną w środowisku. Popiera oddziaływanie na cały system rodzinny bez oddzielania dziecka od środowiska, co ma zapobiec stygmatyzacji, pełni ważną rolę w profilaktyce późniejszych zaburzeń psychicznych oraz przeciwdziała dalszej dezorganizacji rodziny.

Ośrodek jako jednostka publiczna daje możliwość **udzielania pomocy niepłatnej**, przez co staje się dostępny dla osób, które z różnych przyczyn, takich jak czynniki ekonomiczne, sztywność kontraktu, do tego typu leczenia nie trafiłyby.

W ciągu kilkunastu lat pracy Ośrodka zaobserwowaliśmy, jak zmienia się patologia rodzin zgłaszanych do terapii. Początkowo pomocy potrzebowały rodziny, w których główny problem sprowadzał się do trudności w pełnieniu ról. Rodzice nie czuli się wystarczająco

kompetentni z powodu nierozwiązanych własnych problemów, choroby psychicznej, byli to też rodzice adopcyjni. Dzieci z kolei były nadmiernie obciążane oczekiwaniami rodziców, nadużywane w swojej roli, opuszczone fizycznie i emocjonalnie. Obecnie do leczenia trafiają rodziny zrekonstruowane, z trudną i niejasną przeszłością, z pozrywanymi więziami, z problemem przemocy (psychicznej, fizycznej) i rodziny borykające się z dużymi niedostatkami materialnymi.

Metody pracy w Ośrodku ewoluowały od terapii indywidualnej dziecka i rodziców do **terapii par, terapii rodzinnej i terapii grupowej dzieci**. Terapia indywidualna stosowana jest nadal wobec najbardziej potrzebującej osoby w rodzinie.

Założenia terapii rodzin stosowane w Ośrodku wywodzą się głównie z francuskiej szkoły psychoanalitycznej terapii rodzin, której reprezentantami są: Anastazja Nakov, Alberto Eiguera, Evelin Granjon. Swoje koncepcje przedstawiali oni na konferencji zatytułowanej „Terapia rodzin – paradygmat psychoanalityczny i systemowy” w październiku 2004 r. w Warszawie.

W najogólniejszym zarysie ich główne tezy to:

- Treść i jakość rodziny zdeterminowana jest przez rozwój osobowości jej członków, w tym ich nieświadome przekazy transgeneracyjne.

- Wszyscy członkowie wnoszą do rodziny swoje świadome i nieświadome indywidualne doświadczenie emocjonalne.
- Zaburzony charakter wczesnych relacji z obiektem, zwłaszcza wczesnych relacji rodziców stanowi bazę patologii rodziny.
- Charakter związków z ważnymi postaciami na wczesnych etapach rozwoju i konflikty wewnętrzpsychiczne determinują rozwój relacji nawiązywanych w dorosłym życiu.

W konsekwencji:

- Analizie podlegają transgeneracyjne obiekty każdego rodzica wpływające na losy pary rodziców i jej dzieci
- Koncentrujemy się na na przepracowywaniu wzajemnych projekcji i introjekcji, które odtworzą się w przestrzeni przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej.
- Odwołujemy się do pozytywnego potencjału każdego członka rodziny, kierując się wskazaniem Serge'a Lebovici, który podkreślał, że nie należy obwiniać rodziców, należy dawać wszystkim uczestnikom wsparcie, holding, metabolizować niepokój, waloryzować narcystycznie, wzmacniać pozytywne przeniesienie.

Na wspomnianej wyżej konferencji dr Anastazja Nakov podkreślała wagę konsultacji rodzinnych w powstrzymaniu narastającej

patologii. Przytaczam jej wypowiedź: „na psychoanalitycznym terapeutycznym rodzinnym spoczywa zadanie zmniejszenia ogromnego cierpienia dziecka oraz zaradzenie załamaniu się funkcji rodzicielskich [...] Odnowienie funkcji ochronnych rodziny pozwoli radzić sobie z cierpieniem wewnątrz rodziny [...] dzieci nie są w stanie sprostać zadaniu wypełnienia narcystycznych luk swoich rodziców, mogą się łatwo stać potencjalnymi prześladowcami czy też rezonować nie przepracowane cierpienie rodziców”.

Jak wiemy, głęboki proces terapeutyczny wymaga **superwizji**, która ma za zadanie utrzymać relację w parze, pomóc w strukturalizacji przeżyć, kontenerować emocje, wspierać i wyznaczać granice. Jest to proces ciągłej oceny, wzajemnych lęków związanych z pokazywaniem słabości. Sytuację komplikuje fakt, że superwizja dotyczy pracy odbywającej się w instytucji. Wtedy ważnymi elementami są instytucja jako tło sytuacji, uczucia przeniesieniowe do instytucji i konflikty lojalności u każdego uczestnika analitycznej superwizyjnej triady. Para terapeutyczna odtwarza w sytuacji jeden na jeden relację między matką/rodzicem i dzieckiem, natomiast kontekst organizacyjny reprezentuje system społeczny, w którym owa pierwotna relacja utrzymuje się i rozwija. Potężne wzajemne wpływy i procesy grupowe aktywne w tym dynamicznym polu mogą zarówno być pomocne, jak i destrukcyjne dla pary terapeutycznej. W kontekstach organizacyjnych procesy grupowe i patologia pacjenta oddziałują w złożony i nieświadomy sposób, wspomagając i/lub

zakłócając skuteczność i rezultat działań terapeutycznych (rozszczenia przeniesienia, projekcje, zachowania typu acting-aut, podważanie profesjonalizmu przez pacjentów są odpowiedzią na powstałe obrony).

Również superwizje w Ośrodku zmieniły swoją formę i punkt koncentracji. Obecnie dotyczą bardziej procesów grupowych niż procesów indywidualnych pracy terapeutycznej z uwzględnieniem kontekstu społecznego, w jakim ona się odbywa (są to superwizje terapii rodzinnych, superwizje terapii grupowych dzieci). Od pewnego czasu przyjęły formę cotygodniowych spotkań grupowych, a od czterech lat cyklicznie odbywają się superwizje w zakresie terapii rodzinnej i terapii grupowej dzieci prowadzone przez dr Anastazję Nakov.

Grażyna Wyszyńska

Grudzień 2006 r