

Maciej Pilecki

PERCEPCJA KONTEKSTU RODZINNEGO W TERAPII INDYWIDUALNEJ I RODZINNEJ
PERCEPTION OF FAMILY CONTEXT IN INDIVIDUAL AND FAMILY THERAPY

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ

Kierownik: prof. dr hab. Jacek Bomba

Słowa kluczowe: rodzina, psychodynamiczny, indywidualna psychoterapia, terapia rodzin

Key words: family, psychodynamic, individual psychotherapy, family therapy

Streszczenie

Celem niniejszego doniesienia jest próba podsumowania przemyśleń autora co do specyfiki percepcji kontekstu rodzinnego w pracy w dwóch różnych settingach terapeutycznych tj. terapii rodzinnej oraz terapii indywidualnej. Autor w oparciu o przykłady kliniczne stara się również przedstawić znaczenie, jakie omawiane zagadnienia mają dla praktyki pracy terapeutycznej, w tym również rozumienia uwarunkowań zaburzeń psychicznych. Poznanie rodziny w indywidualnej psychoterapii odbywa się w kilku płaszczyznach i jedynie w części związane jest z narracją pacjenta o rodzinie. Ważny aspekt ukryty może być w symbolicznym wymiarze prezentowanych objawów czy relacji przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej. Doświadczenia z relacji rodzinnych przetworzone są też przez różne piętra aparatu psychicznego pacjenta. Kontakt z całą rodziną powoduje, że dysponujemy zwykle mnogością danych związanych z naszymi własnymi obserwacjami, jak i narracjami członków rodziny o wzajemnych relacjach. Stwarza to niebezpieczeństwo wypracowania szybkiego i powierzchownego obrazu rodziny, miejsca w niej pacjenta i kontekstu jego objawów. Mechanizmy mogące mieć udział w powstaniu zaburzeń mogą bowiem nakładać się wtórnie na te, które mogą być brzemieniem lub wtórną korzyścią z objawów. Zarówno w terapii indywidualnej, jak i rodzinnej tym co kształtuje charakter poznania jest też realność osoby terapeuty. To jak postrzega i jest postrzegany. Koncentracja w próbie rozumienia objawów jedynie na świecie przeżyć pacjenta lub jego relacji rodzinnych, upraszcza złożony obraz rzeczywistości wymagający uwzględnienia również znaczenia czynników biologicznych i kulturowych. Zarówno w terapii rodzinnej, jak i indywidualnej poznanie nie wydaje się być odkrywaniem rzeczywistości funkcjonowania rodziny pacjenta czy jej wpływu na powstawanie psychopatologii. Jest ono raczej poszukiwaniem takich rozumień, które niosą nadzieję zmiany.

Summary

The present report is an attempt to summarize author's thoughts regarding specificity of family context perception while working in two different therapeutic settings: family therapy and individual therapy. The author also tries to present the significance that the presented issues have for therapeutic practice, including implication for understanding etiology of mental disturbances. Getting to know the family in individual psychotherapy occurs on many levels and only partially is connected with a patient's narration about his/her family. An important aspect may be veiled in a symbolic dimension of presented symptoms or in transference-countertransference relation. Additionally, experiences from family relations are processed through different levels of the mental apparatus of a patient. Contact with the whole family allows us to gather usually abundant data connected with our own observations as well as with narrations of family members about their mutual relations. It poses a danger of quickly developing a superficial portrait of a family, patient's place in it, and context of his/her symptoms. Mechanisms that may take part in developing disorders can secondarily overlap those that might be a burden or secondary benefit from symptoms. What affects the character of getting to know the family by the therapist, in both individual as well as family therapy, is the genuineness of the therapist; the way he/she perceives the patient and his/her family, and how he/she is perceived. While trying to understand the symptoms, focusing solely on the sphere of patient's feelings or his/her family relations simplifies the complex picture of reality that should also take into account the significance of biological and cultural factors. In family as well as in individual therapy, getting to know patient's family does not seem to be discovering the reality of functioning of patient's family or the impact of patient's family on development of psychopathology, but rather it appears to be more of searching for such understandings that bring hope for change.

Wstęp

Niniejszy tekst chciałbym rozpocząć od zarysowania jego osobistego kontekstu.

Pierwszym miejscem, w którym poznawałem i praktykowałem psychoterapię było Ambulatorium Terapii Rodzin Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ w Krakowie, którego zespół specjalizował się w systemowej terapii rodzin pacjentek (nazywanych w tym paradygmacie Indeks Pacjentkami) z zaburzeniami odżywiania się. Moje pierwsze doświadczenia terapeutyczne związane były więc z pracą z rodziną.

Poszukiwanie ważnych dla mnie profesjonalnie jak i osobiście odpowiedzi, których nie mogłem odnaleźć w podejściu systemowym spowodowało moje zainteresowanie psychoterapią psychodynamiczną. W paradygmacie tym odbyłem całościowe szkolenie terapeutyczne.

Obecnie w ramach gabinetu prywatnego prowadzę przede wszystkim psychoterapię pacjentów dorosłych w klasycznym modelu psychoterapii psychodynamicznej. W Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży pracuję w oddziale stacjonarnym gdzie prowadzę pacjentów, sprawuję nadzór nad pracą stażystów oraz prowadzę konsultacje rodzinne.

Przemyślenia z tych różnych kontekstów poznawania rodziny i wynikających z nich konsekwencji praktycznych chciałbym uczynić tematem niniejszej publikacji. Czynnione będą one z perspektywy psychodynamicznej. Przyjęcie założenia o istnieniu nieświadomości w znaczący sposób wpływa na postrzeganie nie tylko pacjentów, ale też ich rodzin. Różnica pomiędzy tymi settingami poznania jest więc różnicą perspektywy a nie paradygmatu.

W nieświadomości nie ma śladów rzeczywistości.

W roku 1896 Zygmunt Freud w publikacji "O obronnych neuropsychozach" zawarł pierwszą interpretację źródeł objawów histerycznych. Na podstawie analizy materiału klinicznego, w oparciu o stosowaną przez niego ówczesnie metodę kataraktyczną, uznał on wczesnodziecięce urazy psychiczne za przyczynę sprawczą tych zaburzeń. Treścią owych urazów było "prawdziwe podrażnienie narządów płciowych". Incydenty z dzieciństwa, które ujawniane były przed Freudem przez jego pacjentki i pacjentów, były "poważne", a czasem wręcz dla niego "odrażające".

Sprawcami były głównie osoby ze służby opiekujące się dziećmi ale też członkowie rodzin [1].

Już jednak rok po oficjalnym ogłoszeniu powyższej koncepcji, Zygmunt Freud zaczął wątpić w podstawowe założenie swojej teorii. Jak pisał 21 września 1897 w liście do swojego ówczesnego powiernika i przyjaciela Fliessa: "Przestałem wierzyć w swoje Neurotica. (...) Aż takie rozpowszechnienie perwersji jest raczej niemożliwe", (...) "W nieświadomości nie ma śladów rzeczywistości" [1].

Na temat przyczyn tak drastycznej zmiany poglądów przez Freuda napisano wiele. Niektórzy, tak jak autor biografii Freuda, Peter Gay [1], uważają, że nie odrzucił on ostatecznie możliwości, iż nerwice uwarunkowane są przez realne zdarzenia w życiu pacjenta. Zaobserwował jednak, iż w wielu wypadkach konfrontował się raczej z fantazjami a nie realnymi wspomnieniami. I w poczuciu Freuda, to właśnie fantazje w znacznie większym stopniu niż wspomnienia konstruują traumę. Jej źródłem są nie tyle "podrażnienia narządów płciowych", ile pragnienia seksualne i towarzyszące im lęki.

Percepcja rodziny w terapii indywidualnej

Charakter poznania w terapii indywidualnej osoby dorosłej powoduje, iż zagadnienie, na ile do czynienia mamy z, cytując Freuda "fantazmatem", a na ile z "rzeczywistością" jest mniej istotnym. Poznanie rodziny w indywidualnej psychoterapii psychodynamicznej odbywa się w kilku płaszczyznach i jedynie w części związane jest z narracją pacjenta o rodzinie. W terapii indywidualnej poznajemy rodziny naszych pacjentów jedynie poprzez przetworzenie przez różne

piętra ich (pacjentów- przyp. red.) aparatu psychicznego. To, czy wspomnienie pacjenta z jego obecnych, a zwłaszcza wcześniejszych, relacji rodzinnych jest rzeczywiste, czy też jest przejawem jego percepcji czy obronnych fantazji, ma znaczenie mniejsze niż charakter tych przeżyć. Pracując indywidualnie z pacjentem, nigdy nie będziemy ostatecznie wiedzieć, czy i w jakim stopniu doświadczenie emocjonalne posiada swe realne źródła w faktach. Im wcześniejszych okresów dotyczy przywoływane wspomnienie, tym trudniej jest dociec jego naturę oraz osadzić je w czasie i w kontekście. Nieświadomość jest w swojej strukturze ahistoryczna i aczasowa. Oczywiście znaczenie mają też stosowane przez pacjenta mechanizmy obronne. Nasze hipotezy w tym względzie mogą też zmieniać się w czasie. To ostatnie zjawisko znajduje swój wyraz w historii Pani Anny, 23-letniej pacjentki, leczonej z powodu objawów bulimii.

Pani Anna miała poczucie, że gdy ojciec się do niej przytula, to czyni to z wyraźną intencją seksualną. Na podstawie samego opisu zachowań ojca trudno było wykluczyć ich incestowy charakter. Nabraly one jednak innego kontekstu, gdy pacjentka opowiedziała o swoim doświadczeniu intymnej seksualnej bliskości z bratem, do którego doszło, gdy miała 5 lat. Można przypuszczać, że pragnienia umieszczane w ojcu były w tym względzie jej własnymi zaprzeczonymi pragnieniami - budowanie bliskości z ojcem zaburzały wcześniejsze doznania zmysłowe.

Ostatecznie weryfikacją naszych hipotez może być zmiana przeżywania pacjenta. W moim poczuciu, ostatecznym dowodem na brak seksualnych intencji ojca Pani Anny było uzyskanie przez nią możliwości przytulenia się do niego bez przypisywania mu seksualnych intencji. Pacjentka doświadczyła tej możliwości po kilku latach terapii. Czy jednak jest to ostateczny dowód, czy nie można przeprowadzić odwrotnego rozumowania, w którym doświadczenie z bratem było konsekwencją incestowej relacji z ojcem?

Ważny aspekt ukryty może być w symbolicznym wymiarze prezentowanych objawów. Analiza objawu prowadzić może do zgłębienia ważnych dla pacjenta obszarów przeżyć. Pani Anna w czasie jednego ze spotkań opowiedziała o przemilczanym dotąd aspekcie napadu bulimicznego. Otóż po objedzeniu się stawała naprzeciwko lustra i oglądając swój wzdęty (rzeczywiście, symbolicznie?) brzuch fantazjowała, że jest w ciąży. Następnie po z wymiotowaniu przyglądała mu się ponownie, podziwiając jego "doskonałość". Skojarzenie terapeuty z aborcją spowodowało przypomnienie bardzo wczesnego wspomnienia matki leżącej przy pacjentce w prześwitującym peniuarze i wskazującej jej na swój pomarszczony po ciąży brzuch. Z kolei pacjentka przywołała wspomnienia z późniejszego okresu życia. Pani Anna w trakcie dojrzewania wielokrotnie słyszała, że dlatego, iż zniszczyła matce brzuch, ta nie zdecydowała się na urodzenie dwójki kolejnych dzieci dokonując aborcji. W tym kontekście, objaw pacjentki można rozumieć jednocześnie jako echo odległej

traumy (gdybym wiedziała, że tak będzie, to ciebie też bym usunęła), jak i przejaw swoistego zwycięstwa nad matką (mój brzuch pozostaje doskonały).

Świat rodziny odtwarza się w gabinecie terapeutycznym również poprzez relację przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniową z terapeutą. Zarówno jednak temat, jak i ramy niniejszego doniesienia nie pozwalają na dogłębne omówienie mnogości typów przeniesień i odpowiadających im przeciwprzeniesień opisywanych w literaturze. Są one najdoskonalszym, choć najbardziej subiektywnym i ulotnym, źródłem wiedzy o relacjach rodzinnych przeniesionych w obręb intrapsychnicznego świata pacjenta. W tym również z tych wczesnych okresów, z których brak jest pamięci faktograficznej, jak i wtedy, gdy stosowane przez pacjenta mechanizmy obronne utrudniają dostęp do wspomnień. W wypadku Pani Anny, rozmowy o ojcu poprzedził lęk przed seksualnymi intencjami terapeuty. W okresie końcowym terapii pojawiło się poczucie wykorzystywania, braku opieki i interesowności terapeuty, interpretowane jako przeniesienie przeżyć odczuwanych do matki.

Poznając świat przeżyć pacjenta w kontakcie indywidualnym, stać nas na komfort subiektywności. Zachowując gotowość do trzeźwego osądu, postępujemy o krok za pacjentem. Rozumiejąc jego płacz, smutek, złość, będąc gotowym do reinterpretacji podawanych faktów, możemy jednak powiedzieć "rozumiem, że jest to dla Pani/Pana bardzo trudne wspomnienie", nie wdając się od razu w drobiazgowy analizy jego charakteru. Zobaczenie "drugiej strony" ambiwalentnego przeżycia przychodzi z czasem, nierzadko dopiero wtedy, gdy pojawia się wgląd pacjenta we własne mechanizmy.

Czy w trakcie terapii indywidualnej pozostajemy w jakiejś relacji z rodziną zewnętrzną pacjenta?

Fenomenu tego doświadczył zapewne niejedynemu terapeutą pracujący z młodzieżą lub młodymi dorosłymi, gdy uldze objawowej pacjenta, korzystnym zmianom w jego życiu, towarzyszyła aktywizacja rodziny poszukującej kontaktu z terapeutą, wyrażającej swoje niezadowolenie z przebiegu terapii, itp. Zmiana w obrębie jednego elementu systemu rodzinnego nieść może destabilizację np. trójkąta stworzonego przez dziecko i rodziców oraz nasilenie ich lęku.

Pomiędzy rodziną realną a fantazmatyczną

Tak jak w wypadku osoby dorosłej pytanie o charakter doświadczeń (realne/fantazmatyczne) można uznać, przynajmniej w części, za mniej istotne, tak w wypadku osoby w wieku rozwojowym jest ono fundamentalne. Nie jest to bowiem tylko zagadnienie teoretyczne. Jak pokazuje historia psychoterapii dzieci i młodzieży, sposób odpowiedzi na to pytanie warunkował i warunkuje nie tylko rozumienie dziecka, ale też charakter proponowanych oddziaływań psychoterapeutycznych, profilaktycznych i edukacyjnych. Jako psychiatrzy i psychoterapeuci pacjentów w wieku

rozwojowym zobowiązani jesteśmy często do działań wynikających z oceny realności funkcjonowania pacjenta w rodzinie i środowisku (zgłoszenie nadużycia, zaniedbania, itp.) W najbardziej wyraźny sposób różnica zdań w tym względzie wyraziła się pomiędzy dwiema terapeutkami pracującymi z dziećmi i młodzieżą - Anną Freud i Melanią Klein.

Zasadniczy teoretyczny wymiar owej różnicy zdań ogniskował się wokół momentu rozwoju Superego oraz możliwości wytworzenia się nerwicy przeniesieniowej u pacjentów w okresie rozwojowym. Melania Klein, poszukując źródeł Superego znacznie wcześniej niż w okresie rozwiązywania kompleksu Edypa, przywiązywała ograniczoną wagę do realnych doświadczeń życiowych dziecka, zwłaszcza w kontekście wpływu zmiany postawy rodziców na objawy prezentowane przez dziecko. Warto wspomnieć o doświadczeniu Bowlby'ego, któremu Melania Klein, jako superwizorka, odradzała jakkolwiek rozmowę z rodzicem analizowanego przez niego 3-letniego dziecka [2]. Postawa ta skutkowałą postulatem pracy z dziećmi i młodzieżą nieodbiegającej od zasad prowadzenia terapii z dorosłymi. Przekazywane interpretacje dotyczyły wprost np. zazdrości i pragnień dotyczących penisa czy odtwarzania sceny pierwotnej w zabawie [3].

Anna Freud zwracała uwagę na daleko idące różnice pomiędzy zasadami pracy terapeutycznej z dzieckiem wynikające z różnic psychicznych między dzieckiem a dorosłym. Żadna koncepcja nie bierze się z indywidualnego pojedynczego doświadczenia, ale biografka Anny Freud, Elizabeth Young-Bruehl twierdzi, że ważnym doświadczeniem była dla Anny Freud analiza opisu terapii prowadzonej przez Mosze Wulffa, jednego z pierwszych rosyjskich psychoanalityków pracujących z dziećmi. Pacjentką była mała dziewczynka w wieku 1,5 roku, którą rodzice próbowali zbyt wcześniej nauczyć kontroli nad potrzebami fizjologicznymi. Dziecko nie było w stanie sprostać ich wymaganiom. Stało się smutne i pełne lęku, że zostanie przez rodziców porzucone. Lęk narastał w ciemności lub gdy pojawiały się nieznane dziecku dźwięki, takie jak np. pukanie do drzwi. Dziewczynka cały czas pytała, czy jest dobra i błagała, by nie być przez rodziców odesłana. Gdy rodzice za radą Mosze Wulffa zmniejszyli swoje wymagania i mówili dziecku, że je kochają za każdym razem, gdy się zanieczyściła, objawy ustąpiły. Jeśli, konstatowała Anna Freud, objawy dziecka związane byłyby z konfliktem z zaangażowaniem jedynie Superego, to postawa rodziców nie miałaby znaczenia. Jeśli zaś przyczyną objawów był lęk niespełnienia oczekiwań realnych żyjących rodziców a nie ich zinternalizowanych obrazów, łatwo można zrozumieć, dlaczego objawy minęły [4].

Znaczenie realnego doświadczenia skłaniało Annę Freud i podobnie do niej myślących terapeutów nie tylko do modyfikacji metody pracy czy interwencji rodzinnych, ale też do działań zmierzających do konstruowania ośrodków opiekuńczych, prewencji, edukacji, socjoterapii czy wręcz prób wpływu na kontekst polityczny [4].

Również poglądy współczesnych terapeutów pracujących z pacjentami w wieku rozwojowym, bez względu na paradygmat, odnieść można do powyższych koncepcji zarysowanych we wczesnym okresie rozwoju psychoterapii. Z każdej z tych postaw, oraz ich praktycznych implikacji wynikają określone zarówno korzystne, jak i ograniczające konsekwencje.

Bez względu na wyznawane poglądy (i wzajemne relacje) Annie Freud i Melanii Klein zawdzięczamy odkrycie dziecka realnego, a nie dziecka ukrytego czy antycypowanego w dorosłym. Konsekwencją tej zmiany było poszerzenie klasycznej metodologii badania procesów rozwojowych we wczesnym dzieciństwie skutkujące niekiedy znaczną modyfikacją utartych poglądów i pojęć. Pojawiły się wątpliwości, czy dziecko może być postrzegane jako mały dorosły zdolny do symbolizacji już w pierwszym roku życia. Dostrzeżono też, iż już od urodzenia dysponujemy zarówno możliwością, jak i instynktowną potrzebą wchodzenia w złożone interakcje z bliskimi. Pięciodniowe niemowlę preferuje widok matki nad obecność innej kobiety. Sześciodniowe niemowlę rozpoznaje zapach mleka matki, trzymiesięczne dziecko ma zdolność postrzegania stałości kształtów i wielkości obiektów. Przed upływem trzech miesięcy dziecko zna głosy i twarze obydwójga rodziców [5].

Obecnie część autorów podważa takie pojęcia jak rozszczepienie jako koncepcję wczesnej ontogenezy, fazę normatywnego autyzmu czy narcyzm pierwotny. Ego wydaje się w pewnym stopniu tworem wrodzonym, a nie powstającym w wyniku narastania konfliktu między popędami a warunkami środowiska. Już wieku trzech miesięcy można zobaczyć u niemowlęcia stabilną organizację emocjonalną [6]. Dziecko już od wczesnych chwil życia wydaje się być więc podmiotem złożonej cyrkularnej interakcji z rodzicami, nie zaś biernym przedmiotem rodzicielskiego kształtowania.

Percepcja rodziny w terapii rodzin

Dialog terapeutyczny z rodziną osoby w wieku rozwojowym podporządkowany jest innym prawom i innej dynamice niż praca z pacjentem indywidualnym.

Powróćmy na chwilę do półtorarocznej pacjentki Mosze Wulffa. Dlaczego rodzice zapragnęli tak szybko nauczyć ją używania nocnika? Być może oczekiwali od swojego dziecka niezwykłości, w narcystycznym pojedynku z rodzicami innych dzieci. Być może któreś z nich doświadczyło podobnego treningu lub przynajmniej było konfrontowane z opowieściami o nim. Być może dziecko wkomponowane zostało w ich wzajemną relację, a jego kontrola czystości stała się polem bitwy między zwaśnionymi stronami. Być może wreszcie, z powodu poczucia niekompetencji sięgnęli po któryś z modnych podówczas poradników wychowawczych, w których sugerowano rodzicom, że "już w najwcześniejszych latach należy złamać upór dziecka przez wpojenie mu poczucia, że podlega stanowczej władzy zwierzchniej", zalecano karanie groźbą niekochania za nieposłuszeństwa i przewiny [7].

Fantazmatyczne pobudki były przyczyną realnych działań. Realne działania wyzwaniem dla fantazmatów dziecka. Fantazmaty dziecka skutkowały objawami, które sprowokowały terapię. Zmiana rzeczywistości postaw rodziców poprzez interwencję terapeuty wpłynęła na wewnętrzny świat dziecka. Zmiana w obrębie wewnętrznego świata dziecka spowodowała ustąpienie objawów. Poszerzenie rozumienia rodziny o ten wewnętrzny intrapsychiczny aspekt powoduje pojawienie się dwóch cyrkularności: tej opisywanej w obrębie interakcji rodzinnych, jak i tej pomiędzy światem realnym i wewnętrznym każdego z członków rodziny, jak i terapeuty.

Kontakt z całą rodziną powoduje, że często doświadczać możemy równocześnie zachodzących kilku procesów: konfrontacji dziecka z rodzicem realnym i fantazmatycznym, jak i opowieści rodzica o jego rodzicu. Zdarza się że, gdy na spotkaniu obecne jest więcej pokoleń, proces ten toczy się równocześnie w obrębie kilku generacji.

Z tego też powodu w pracy z rodziną dysponujemy zwykle mnogością danych. Członkowie rodziny wchodząc do gabinetu siadają w określonej konstelacji. Ktoś rozpoczyna relację. Mamy dostęp do obserwacji języka ciała, faktów biograficznych, wyprzedzających urodzenie się pacjenta, czasem o dwa pokolenia. Obserwujemy wzajemne relacje, nakładające się na siebie monologi i dialogi pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny. Już po kilku chwilach spotkania rodzinnego pojawia się materiał, który użyty być może do tworzenia różnorodnych hipotez. Stwarza to niebezpieczeństwo wypracowania szybkiego i powierzchownego obrazu rodziny, miejsca pacjenta i kontekstu jego objawów. Tak jak w poniższym przykładzie obraz ten bywa zwodniczy.

Nina, lat 16, choruje na anoreksję psychiczną od 3,5 roku. Wielokrotnie podejmowane próby leczenia ambulatoryjnego przerywane były przez hospitalizacje w oddziałach somatycznych. Do Kliniki przyjęta została po kolejnej utracie masy ciała. Rodzice Niny niechętnie zgodzili się na spotkania rodzinne, twierdząc że nic one nie dają, a im trudno jest dostosowywać już trzeci rok swoje życie do "Anoreksji Niny". Szczególnie z dystansem do udziału w spotkaniach podchodziła matka Niny. Można było odnieść wręcz wrażenie, że wizyta u córki napędza ją trudną do ukrycia niechęcią. W trakcie kolejnych spotkań ujawniła swoją niechęć do Niny, która jej "to robi". Mówiła o pragnieniu oderwania się, zapomnienia o problemie. Na prowadzących spotkanie terapeutach sprawiała wrażenie zimnej i zdystansowanej. Na kolejnym spotkaniu rodzice postanowili ujawnić ważny szczegół, jak dotąd wspomniany tylko raz w trakcie spotkań w innym szpitalu: impulsem do zajęcia w ciąży z Niną była śmierć w wypadku starszej siostry Niny. Matka Niny opowiedziała o swoim lęku przed kolejną śmiercią dziecka. W prowadzących spotkanie terapeutach pojawiła się fantazja, że oto rozpoczęła już ona żałobę po kolejnej córce, dystansowanie się od Niny było zaś próbą obrony przed doznaniem rozpaczy. Prowadzący spotkanie terapeuci zobaczyli matkę, jej relację z córką z innej perspektywy, w znaczącym stopniu odmiennej od wcześniejszej.

Poznanie w settingu rodzinnym ma też swoje istotne ograniczenia. Od pacjentów indywidualnych oczekujemy by mówili wszystko, dzielili się z nami wszystkimi swoimi przeżyciami, myślami i fantazjami. Zaznaczając też, że im trudniej o coś mówić, tym może to być istotniejsze. W terapii rodzin istnieją tematy, których nie powinno się poruszyć w trakcie sesji. O ile terapia rodzin pozwala na dogłębną analizę zagadnień związanych z problematyką agresji i złości, o tyle analiza problematyki związanej z seksualnością jest w ramach terapii rodzin w znaczący sposób ograniczona. Jeśli już wątek seksualności pojawia się w trakcie terapii rodzin, to często złożoną, trudną dla obu stron upopędzoną relację najłatwiej jest opisać w języku nadużycia i przekroczenia granic przez rodzica. Logika społecznego rozumienia ról rodzicielskich i tabu dziecięcej seksualności w każdym z seksualnych przeżyć dziecka skierowanych do rodzica każe szukać odpowiedzialności rodzica. W terapii rodzin łatwo też te zagrażające treści zastąpić pozornym konfliktem, odrzuceniem i kłótnią. Tak jak w poniższym przypadku może też dochodzić to zjawiska odwrotnego, łagodzenia wymowy relacjonowanych faktów bez wnikania w indywidualne motywacje zachowań.

W trakcie kolejnego spotkania rodzinnego szesnastoletnia Dagmara od półtora roku chorująca na anoreksję psychiczną przedstawiając relacje rodzinne powiedziała, że ojciec "zawsze był dla niej jak mama a mama jak tata". Często usypiała wtulona w ramiona ojca. Ostatnio już w trakcie choroby. Temat ten wielokrotnie powracał na spotkaniach rodzinnych. Rozmowy indywidualne nie ujawniły faktu molestowania seksualnego przez ojca. W trakcie spotkania rodzinnego terapeuci skomentowali trudność jaka nieść mogło za sobą dla Daggmary posiadanie dorosłej kobiecej sylwetki. Dorastającej dziewczynce trudno jest zasypiać wtulonej w objęcia ojca. Pytania zmierzające do odkrycia nieświadomych motywacji ojca jednak nie padły.

Podczas terapii, w której pacjent rozmawia z terapeutą tylko w obecności rodziców, z udziałem jednostronnej szyby i kamer, wiele faktów i przeżyć nie zostaje ujawnionych. Warto o tym pamiętać zwłaszcza, iż przemoc seksualna i fizyczna dotyczy wielu pacjentów młodzieżowych. W polskich rodzinach dokonuje się ona często w kontekście nadużywania alkoholu czy alkoholizmu ojca/ojczyma/partnera matki. Jeśli ojciec jest np. trzeźwiejącym alkoholikiem, to ujawnienie jego wcześniejszych "przewin" jest w trakcie terapii rodzin bardzo trudne. Wśród członków rodziny panuje przekonanie, że każde nasilenie stresu ojca może spowodować nawrót picia.

To ostatnie zagadnienie konfrontuje nas z dwoma ważnymi fenomenami obecnymi również w terapii rodzin, jakimi są brzemień choroby oraz wtórne korzyści z niej. Powodują one, że na mechanizmy mogące mieć udział w powstaniu zaburzeń nakładają się wtórnie te, które mogą zaburzenie utrzymywać lub zniekształcać obraz rzeczywistości rodzinnej. Szczególnym brzemieniem dla rodzin są zaburzenia odżywiania się i całościowe zaburzenia rozwoju, w tym zwłaszcza autyzm. Odmowa przyjmowania pokarmu jest uderzeniem w najbardziej pierwotną

funkcję rodzicielską. Regułą jest, że objawy jeśli w ogóle ustępują, to po długich miesiącach, jeśli nie latach terapii. Dziecko z rozpoznaniem autyzmu daje w porównaniu z innymi przewlekłymi i całościowymi zaburzeniami psychicznymi mało gratyfikacji emocjonalnych z opieki rodzicielskiej. Trudno jest też pogodzić się z jego niepełnosprawnością - uwierzyć w jej charakter. Rodzice latami żyją w przekonaniu, że zrobili nie dość by zbić "szklaną ścianę" dzielącą dziecko od ich świata [8]. W trakcie terapii grupowej interakcje między członkami grupy pomiędzy sesjami są przeciwwskazane, nawet największe wzburzenie i konflikt odłożony może być do następnego spotkania grupy. Rodzina, przeciwnie niż grupa terapeutyczna, istnieje między sesjami, relacje między członkami rodziny są zaś pomiędzy sesjami terapeutycznymi wręcz wskazane. Powoduje to szczególną odpowiedzialność terapeuty rodzinnego. W planowaniu interwencji, czuwaniu nad przebiegiem dynamiki spotkania brać musi pod uwagę to, że po zakończeniu sesji członkowie rodziny będą ze sobą jechać samochodem, jeść, spać. Że rozmowa zapoczątkowana na spotkaniu toczyć będzie się nadal. Ogranicza to również możliwość poznania.

Obraz rodziny może być też zmieniony przez fazę adolescencji, w której dochodzi do terapii. Kryzys adolescencyjny będący próbą uzyskania emocjonalnej niezależności zarówno od realnych rodziców, jak i ich wewnętrznych reprezentacji skutkować może czasem drastycznym nasileniem rodzinnych konfliktów. Ich charakter może być jednak rozwojowy. Terapia rodzin adolescenta skoncentrowana na bezrefleksyjnym łagodzeniu konfliktów może więc poprzez hamowanie procesów separacji i indywidualizacji szkodzić [9].

Ważnym zagadnieniem są uczucia pojawiające się w terapii w trakcie pracy z rodziną. W systemowej terapii rodzin istnieje pojęcie cybernetyki drugiego rzędu. Opisuje ono fenomen przyłączania się terapeuty do rodziny i tworzenia z nią nowego systemu - o innych już cechach. Zagadnienie to w dużej mierze opisywane może być w języku przeciwprzeniesień i przeniesień terapeuty np. w podobny sposób jak w terapii grupowej. W wypadku niektórych zaburzeń ich analiza ma znaczenie kluczowe dla rozumienia rodziny i pacjenta. I tak np. terapia indywidualna (bez względu na model) pacjentki z jadłowstrętem psychicznym zwłaszcza o typie restrykcyjnym, szczególnie w młodym wieku, konfrontuje nas zwykle ze swoistą bezradnością, w której jedyny materiał jakim dysponujemy to rozważania dotyczące kalorii, jedzenia i ciała. Dołączenie do rozmowy każdego kolejnego członka rodziny zwykle wypełnia ten jednorodny obraz nowymi treściami. W relacji z członkami rodziny najpełniej można dostrzec trudności rozwojowe pacjentki. Często to właśnie w trakcie pracy rodzinnej, a nie kontaktu indywidualnego, pojawiają się pierwsze hipotezy dotyczące tego, co pacjentka może czuć, przeżywać, jak rozumieć można jej objawy. Pojęcie cybernetyki drugiego rzędu wykracza jednak poza to co zwykliśmy nazywać przeniesieniem i przeciwprzeniesieniem czy nawet przeniesieniem samego terapeuty. Wskazuje ono na znaczenie realności osoby terapeuty, jego rasy, wieku płci, temperamentu, reakcji

emocjonalnych. Podkreśla znaczenie również wszystkich aspektów ukrytych, takich jak przekonania terapeuty co do tego czym jest "zdrowa rodzina", jaki jest udział członków rodziny w powstawaniu psychopatologii dziecka, jak powinny przebiegać procesy rozwojowe w rodzinie. Terapeuta rozpoczynając sesję rodzinną pozostaje nadal elementem systemów i sub-systemów do których przynależy. Reprezentuje określoną klasę społeczną, ma poglądy polityczne, przekonania religijne, preferencje estetyczne i intelektualne. Nietrudno dostrzec znaczenia powyższych elementów czynić może z terapii rodzin narzędzie ideologicznego nacisku. Stąd też ważny i często podnoszony w terapii rodzin postulat pracy w zróżnicowanych kulturowo zespołach. Również wśród terapeutów o orientacji psychodynamicznej i psychoanalitycznej spotkać można się z poglądem, że cechy osoby terapeuty, jego rasa, płeć, wiek, wygląd, sposób mówienia mają znaczenie w budowaniu relacji terapeutycznej. Znaczenie realnej osoby terapeuty bywa szczególnie podkreślane w kontekście pacjentów w wieku rozwojowym [10].

Charakterystyczną cechą przyłączania się terapeuty do rodziny jest jego triangulacyjny charakter. Przeniesienie i przeciwprzeniesienie w relacji z jednym rodzicem pozostaje w dynamicznym związku z uczuciami w relacji z drugim - nawet wtedy gdy jest on postacią nieobecną czy tylko symboliczną. Emocje odczuwane w stosunku do rodziców muszą być analizowane w odniesieniu do interakcji z dzieckiem. Konieczność utrzymywania się w poznawczo-emocjonalnej równowadze bywa opisywane w terapii rodzin jako postulat neutralności. Porzucenie dogmatu cyrkularności oraz metafory indeks pacjenta obowiązującej w systemowej terapii rodzin zawieszających przyczynowość obserwowanych zjawisk utrudnia utrzymanie neutralności w terapii rodzin. Jeśli wierzymy, że dziecko kształtowane jest przez świadome i nieświadome aspekty relacji z rodzicami to odpowiedzialność za psychopatologię dziecka staje się nie tyle unieważniona ile nieumyślna. Jeśli naszym punktem odniesienia jest indywidualny pacjent a nie rodzina to bardzo trudno ustrzec się przed uczuciami wobec postaw i zachowań rodziców. Zwłaszcza tych, które związane są z różnymi formami przemocy lub porzucenia. To co pozwala czasem utrzymać w sobie równowagę to zobaczenie postaw i zachowań rodziców jako konsekwencji traum i trudności jakich sami doznali w relacjach z własnymi rodzicami.

Dystans do własnych emocji pojawiających się w pracy z rodziną pozwala też utrzymać świadomość innych ważnych obszarów takich jak wymiar biologiczny czy kulturowy, które mogą mieć znaczenie w powstawaniu, pojawianiu się i rozpoznawaniu objawów zaburzeń psychicznych. Powróćmy w tym miejscu do Anny, Niny i Dagmary. Czy gdyby ich wkroczenie w pełnoletniość przypadło przed rozpoczętą pod koniec lat 80 "westernizacją" Polski to cierpiałyby na zaburzenia odżywiania? Jeśli nie, to jaki zewnętrzny obraz przybrała by ich psychopatologia? Czy by przybrała? Jaki udział w rozwoju ich objawów mają drobne różnice w budowie receptorów dopaminergicznych i serotonergicznych czy mechanizm kontroli głodu? Które z czynników i w

jakim stopniu zdecydowały o pojawieniu się u każdej z nich oddzielnie objawów zaburzeń odżywiania się?

Podsumowanie

Pewien czas po zaistnieniu opisanej we wstępie wątpliwości, Zygmunt Freud rozwiązał ją - czy też w pewnym sensie pogodził owe własne skrajne stanowiska - poprzez wprowadzenie pojęcia konstrukcji, czyli interwencji bardziej złożonej od interpretacji. Definiował ją on jako takie wyjaśnienie analityka, które jest obszerniejsze i odchodzi dalej od materiału niż interpretacja i którego zasadniczym celem jest odtworzenie jakiejś części historii dzieciństwa podmiotu zarówno w jego aspektach rzeczywistych, jak i fantazmatycznych [11]. Ulegając pokusie wyprowadzania współczesnych prądów intelektualnych ad ovo można by więc uznać Freuda za jednego z prekursorów paradygmatu konstrukcjonistycznego, podkreślającego znaczenie nie obiektywnej prawdy, ale znaczenia subiektywnej narracji o niej. Warto zaznaczyć, że nurt konstrukcjonistyczny stanowi ważny kierunek we współczesnej terapii rodzin. Istota procesu rodzinnego nie jest w tym rozumowaniu ukryta w konkretnych faktach, lecz w tym jak poszczególne osoby opisują te fakty, jaki im nadają sens i znaczenie, jakiego używają języka i jak językiem tym kształtują te fakty w dialogach [12]

W kontekście powyższych uwag, zarówno w terapii indywidualnej, jak i terapii rodzin, trudno mówić o jakiegokolwiek obiektywności poznania kontekstu rodzinnego, czy poznania w ogóle. W obu tych settingach nie odkrywamy historii rodziny, ale ją jedynie wraz z rodziną współtworzymy. Celem nie jest zaś obiektywne poznanie ale takie "opowiedzenie historii rodziny na nowo" by niosło ono ulgę i dawało szansę na zmianę.

Piśmiennictwo

1. Gay P. Freud. Poznań: Zysk i S-ka; 2003.
2. Bretherton I. The origins of attachment theory. John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*. 1992; 28: 759-775.
3. Segal H. Wprowadzenie do teorii Melanie Klein. Gdańsk: GWP; 2005.
4. Young-Bruehl E. Anna Freud. New York: Summit Books; 1988.
5. Bryant P, Colman A. *Psychologia rozwojowa*. Poznań: Zysk i ska; 1995.
6. Buchheim A, Schmucker G, Kachele H. Rozwój, więź i związki: nowe koncepcje psychoanalityczne. *Psychiatria Polska*. 2001; 4: 549-571.
7. Miller A. *Zniewolone Dzieciństwo. Ukryte źródła tyranii*. Poznań: Media Rodzina; 1980.
8. Pilecki M. Rodzinne brzemień zaburzeń w rozwoju. *Sztuka Leczenia*. 2007; 1-2: 59-67.
9. Badura-Madej W, Bomba J, Orwid M. *Psychoterapia*. W: Orwid M. red. *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*. Warszawa: PZWL; 1981. s. 214-241.

10. Erikson E. *Dopełniony cykl życia*. Poznań: Rebis; 2002.
11. Laplanche J, Pontalis JB. *Słownik psychoanalizy*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 1996.
12. Barbaro B. *Terapia rodzin* W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. red. *Psychiatria*, Tom III. Wrocław: Urban and Partner; 2003, s. 264-286.

Adres do korespondencji

Maciej Pilecki mzpileck@cyf-kr.edu.pl

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ

ul. Kopernika 21a, 31-501 Kraków

Niektóre dane umożliwiające identyfikację pacjentów omawianych w niniejszym artykule zostały zmienione.