

Terapia indywidualna i rodzinna w pracy z dziećmi z lękiem nocnym

Individual and family therapy of children experiencing night fears

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM w Poznaniu. Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Andrzej Rajewski

Correspondence to: Małgorzata Talarczyk, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM w Poznaniu, ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań, e-mail: talarczyk@psycholog-ambulatorium.pl

Streszczenie

W artykule została opisana terapia indywidualna i rodzinna, prowadzona w przypadku zgłaszanych przez rodziców zaburzeń snu u dzieci. Objawy dotyczyły dzieci w wieku 7–12 lat i polegały na trudnościach w zasypianiu bez fizycznej bliskości rodzica lub wybudzaniu się dziecka w nocy i odczuwaniu lęku oraz potrzeby bliskiej obecności rodzica. Prezentowany model psychoterapii został opracowany przez autorkę w oparciu o wieloletnią praktykę kliniczną. Terapia była prowadzona ambulatoryjnie: psychoterapia rodzinna w podejściu systemowym, natomiast terapia indywidualna dziecka – w podejściu behawioralno-poznawczym. Zarówno terapię indywidualną, jak i rodzinną prowadziła jedna terapeutka, co zgodnie z przyjętym założeniem, aby różne formy terapii realizowane były przez różnych terapeutów, może budzić kontrowersje. Autorka podaje powody uzasadniające prowadzenie psychoterapii dziecka i terapii rodzinnej przez jednego terapeutę, powołując się na wielopoziomowy integracyjny model terapii Larry'ego Feldmana. W wielopoziomowym modelu integracyjnym Feldman podkreśla, iż w problemach dziecięco-młodzieżowych szczególne znaczenie ma łączenie psychoterapii indywidualnej i terapii rodzinnej, zarówno w diagnostyce klinicznej, jak i w rozwiązywaniu problemów emocjonalnych, behawioralnych oraz interakcyjnych. Diagnostyczne rozmowy indywidualne wnoszą cenne informacje dotyczące obszarów intrapsychicznych, co umożliwia stawianie hipotez oraz ich weryfikowanie w procesie terapii indywidualnej. Natomiast konsultacyjno-diagnostyczne sesje rodzinne pozwalają na stawianie hipotez dotyczących relacji rodzinnych oraz ich udziału w rozwoju lub podtrzymywaniu problemów. Zdaniem autorki artykułu w pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą szczególnie cenne jest zwracanie uwagi zarówno na procesy intrapsychiczne, jak i interpersonalne, gdyż są one w okresie rozwojowym ze sobą ściśle powiązane, są też komplementarne i synergiczne.

Słowa kluczowe: lęk nocny, terapia rodzinna, terapia indywidualna, wielopoziomowy integracyjny model terapii, psychoterapia dzieci i młodzieży

Summary

The article describes a therapeutic work model with children and their parents, used in cases of children night fears. The submitted symptoms addressed children aged 7–12 and were based on difficulties in falling asleep without the physical proximity of a parent or waking up of the child at night identifying fear and the need to be close to their parent. The presented psychotherapy model was devised by the author based on years of clinical practice. The therapy was conducted in an ambulatory manner. Family psychotherapy was conducted in a systemic approach, while individual child therapy – in a behavioural-cognitive approach. Both family and individual therapy was lead by one therapist, which might seem controversial, following the assumption that different forms of therapy should be lead by different therapists. In the article the author states the reasons justifying one therapist conducting both child and family therapy, counting upon Larry Feldman's multilevel integrating therapy model. In his multilevel integrating model Feldman highlights that combining individual and family psychotherapy has great significance in child and adolescent problems, both in clinical diagnosis as well as in solving emotional, behavioural and interaction problems. Individual diagnostic conversations add vital information about the intrapsychic sphere, which enables formulating and verifying hypotheses in the individual therapeutic process. On the other hand, the consultational-diagnostic family sessions enable formulating hypotheses addressing family relations and their contribution to the development and/or sustenance of the problems. According to the author, while conducting therapeutic work with children and adolescents, it is especially noteworthy to consider both intrapsychic and interpersonal processes, as they are closely linked in the development phase, and are complimentary and synergetic.

Key words: night fears, family therapy, individual therapy, multilevel integrating therapy model, child and adolescent psychotherapy

WSTĘP

W ostatnich latach, biorąc udział w dyskusjach prowadzonych w ramach superwizji, warsztatów czy wykładów, stykałam się z kontrowersjami dotyczącymi prowadzenia terapii indywidualnej i rodzinnej przez jednego terapeutę. Powszechny jest pogląd o wskazanym oddzielaniu psychoterapii indywidualnej i terapii rodzinnej. Jednakże pracując terapeutycznie z dziećmi i młodzieżą oraz rodzinami, od wielu lat łączę terapię indywidualną i rodzinną. Prowadzenie obu procesów terapii przez jednego terapeutę w określonych przypadkach wydaje się szczególnie efektywne u pacjentów dziecięcokompleksyjnych. Dlatego też ze szczególną ulgą, zainteresowaniem i satysfakcją przyjąłam pierwszą na polskim rynku wydawniczym publikację pt. *Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej* Feldmana, która w usystematyzowany sposób wyjaśnia i argumentuje integracyjny model terapii⁽¹⁾. W swojej praktyce klinicznej w różnych przypadkach łączę psychoterapię indywidualną i rodzinną.

W artykule została przedstawiona terapia dziecka i rodziny na przykładzie terapii lęku nocnego i zaburzeń snu u dzieci. Zgłaszane zaburzenia snu polegały na tym, że dzieci nie mogły zasnąć bez fizycznej bliskości rodzica lub wybudzały się w nocy i zgłaszały lęk oraz pragnienie bliskiej obecności rodzica. W przypadkach trudności z zasypianiem potrzebę fizycznej bliskości rodzica dzieci realizowały poprzez przychodzenie do łóżka rodziców i kładzenie się z nimi spać lub poprzez przywoływanie rodzica do swojego łóżka i spanie razem z nim. Jeśli dziecko zasypiało samodzielnie, nocne wybudzenie się miało zwykle miejsce w godzinach między pierwszą a czwartą w nocy. Czasem wybudzaniu się towarzyszyło doświadczane przez dzieci uczucie duszności.

W przypadku zgłaszanego lęku nocnego i zaburzeń snu u dzieci prowadziłam psychoterapię indywidualną dziecka w podejściu behawioralno-poznawczym oraz terapię rodzinną w paradygmacie systemowym.

OPIS PACJENTÓW

W niniejszym artykule została opisana terapia 20 dzieci, prowadzona w okresie od 2006 do 2013 roku. Terapia odbywała się ambulatoryjnie i prowadzona była przez jednego terapeutę.

PERSPEKTYWA INDYWIDUALNA

Opisane we wstępie sytuacje lęków nocnych i zaburzeń snu dotyczyły dzieci od 7. do 12. roku życia. Pojawienie się objawów poprzedzał zwykle kilkuletni okres samodzielnego i bezproblemowego spania dzieci w swoich pokojach. W omawianej grupie było 11 chłopców i 9 dziewczynek. W 12 rodzinach dzieci były jedynakami, w 6 miały starsze rodzeństwo (w 3 siostrę, a w 3 brata), natomiast w 2 rodzinach rodzeństwo (w jednej rodzinie

siostra, w drugiej – brat) było młodsze o 3–4 lata. Dzieci były zgłaszane na terapię przez rodziców. W przypadku rodzin pełnych na pierwszą wizytę przychodzili zwykle oboje rodzice, w przypadku rodzin w separacji lub po rozwodzie z dzieckiem przychodziła matka. Zgłaszane na terapię dzieci wcześniej nie były leczone przez neurologów czy psychiatrów, nie uczestniczyły też w psychoterapii, natomiast 10 dzieci przed podjęciem terapii było konsultowanych pediatrycznie, a 4 diagnozowanych psychologicznie.

PERSPEKTYWA RODZINNA

Analizując problem z perspektywy rodzinnej, wyodrębniłam trzy rodzaje sytuacji rodzinnych, w których występował zgłaszany przez dzieci lęk oraz zaburzenia snu. Zaliczyłam do nich: zmianę struktury rodziny, zmianę miejsca zamieszkania oraz sytuacje nietypowe. Zmiana struktury rodziny miała miejsce w przypadku 10 rodzin i była spowodowana zwykle rozwodem lub separacją rodziców^(2,3). Tego typu czynniki niewątpliwie mogły przyczynić się do frustracji lub deprivacji potrzeby bezpieczeństwa, a tym samym do zaburzenia poczucia bezpieczeństwa. W niektórych rodzinach zmiana struktury obejmowała również rekonstrukcję rodziny, polegającą na związaniu się jednego z rodziców z nowym partnerem. W przypadku nowego związku rodzica, pod którego opieką dziecko bezpośrednio pozostawało, sytuacja ta mogła stanowić dla dziecka źródło różnych trudności emocjonalnych, m.in. dotyczących konfliktu lojalności wobec rodziców, relacji dziecka z nowym partnerem rodzica czy lęku o swoją pozycję w nowej rodzinie. Niejednokrotnie zmiana struktury rodziny wiązała się również ze zmianą miejsca zamieszkania, która stanowiła drugą sytuację rodzinną związaną z wystąpieniem lęku nocnego i zaburzeń snu. W przypadku 3 rodzin (z 10), w których miała miejsce zmiana struktury rodziny, dzieci doświadczyły również zmiany miejsca zamieszkania, co mogło być drugim czynnikiem wpływającym na zachwianie poczucia bezpieczeństwa. Zmiana miejsca zamieszkania wystąpiła w 6 rodzinach i wiązała się z przeprowadzką rodziny do większego mieszkania lub domu. W rodzinach, które zgłaszały zaburzenia snu, dzieci przed przeprowadzką zasypiały bez problemów i spały same w oddzielnym pokoju. Jako sytuacje nietypowe zakwalifikowałam przypadki 4 rodzin, w których życiu nie zaszły opisane powyżej zmiany, takie jak zmiana struktury rodziny czy zmiana miejsca zamieszkania. Rozmowy z rodzicami, z dzieckiem, a także z rodziną nie wskazywały na wystąpienie wyraźnych uchwytanych czynników, które mogłyby mieć charakter spustowy.

ŁĄCZENIE TERAPII INDYWIDUALNEJ I RODZINNEJ

Łączenie założeń terapii indywidualnej i rodzinnej zdaniem Feldmana „może w znaczący sposób wzbogacić diagnozę kliniczną i rozwiązywanie wielu problemów

emocjonalnych, behawioralnych oraz interakcyjnych”⁽¹⁾. Szczególnie u dzieci i młodzieży zarówno procesy intrapsychiczne, jak i interpersonalne mają duże znaczenie w powstawaniu i utrzymywaniu się problemów klinicznych. Dlatego też łączenie psychoterapii indywidualnej i terapii rodzinnej umożliwia pełniejsze zbieranie informacji, a także stymulowanie zmian intrapsychicznych jednostki oraz relacji interpersonalnych w rodzinie. W procesie psychoterapii indywidualnej często ujawniają się istotne obszary w funkcjonowaniu rodziny, które wywołują lub podtrzymują problemy przejawiane przez jednostkę. Według Feldmana „dzięki przeplataniu spotkań indywidualnych ze spotkaniami wspólnymi terapeuta znacząco zwiększa swoje możliwości pobudzania zmian, zarówno interpersonalnych, jak i intrapsychicznych”⁽¹⁾. Powyższe przekonania stały się podstawą do stworzenia integracyjnego wielopozomowego modelu zmiany terapeutycznej, z perspektywy którego procesy intrapsychiczne i interpersonalne mają równe znaczenie, są też komplementarne i synergiczne. W integracyjnym wielopozomowym modelu terapii problemy indywidualne lub rodzinne „są wynikiem zarówno procesów intrapsychicznych, jak i interpersonalnych, a także synergicznych interakcji między nimi”⁽¹⁾. Zdaniem Feldmana łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej sprzyja stymulacji zmian w obszarze procesów intrapsychicznych i interpersonalnych, a także służy interakcji między tymi procesami. Moje doświadczenia kliniczne i terapeutyczne potwierdzają opisane przez Feldmana korzyści wynikające z integrowania terapii indywidualnej i rodzinnej, szczególnie w pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą.

METODY I TECHNIKI PRACY TERAPEUTYCZNEJ

W przypadku rodzin zgłaszających się z dzieckiem z powodu lęku nocnego oraz związanych z nim zaburzeń snu prowadziłam terapię rodzinną w paradygmacie systemowym oraz terapię indywidualną dziecka w podejściu behawioralno-poznawczym.

W ramach terapii behawioralno-poznawczej w pracy z dzieckiem stosowałam trening relaksacyjny oraz desensytyzację⁽⁴⁻⁶⁾. Większość pacjentów dziecięco-młodzieżowych, ze względu na rozwojową skłonność do ulegania sugestii, dość szybko zyskiwała poczucie rozluźnienia mięśniowego oraz odprężenie emocjonalne. Po uzyskanej przez dziecko zdolności do odczuwania odprężenia stopniowo wprowadzałam wyobrażenia związane z objawem, czyli z nocą i snem. Wprowadzane wyobrażenia od początku ekspozycji nie wywoływały u dzieci silnych emocji. Praca z dzieckiem, polegająca na relaksacji i desensytyzacji, prowadzona była zwykle w ramach 3–5 sesji i stanowiła emocjonalne przygotowanie dziecka do samodzielnego spania. Sesje indywidualne odbywały się zwykle co tydzień.

W pracy terapeutycznej z rodziną stosowałam podejście systemowe, w ramach którego stawiałam hipotezy, zarówno związane z rozwojową fazą rodziny, jak i ze specyficzną

sytuacją każdej rodziny. W przypadku koncentrowania się na fazach życia rodziny, stawiając hipotezy, rozważałam głównie fazę rodziny z dzieckiem w wieku szkolnym oraz w wieku dorastania⁽⁷⁻⁹⁾. W fazie tej rozpatrywałam trudności lub problemy rodziny, m.in. podział obowiązków rodziców związanych z wychowaniem i nauką szkolną dziecka, naturalne rozluźnienie więzi matki z dzieckiem, nawiązanie przez dziecko kontaktu z nowym systemem, jakim jest szkoła, powrót matki do aktywności zawodowej oraz przystosowanie się rodziny do procesu dorastania dzieci i ich odejścia.

Analizując specyficzną sytuację każdej rodziny, stawiając i weryfikując hipotezy, w większości przypadków koncentrowałam się na zasadach regulujących funkcjonowanie systemu rodzinnego, komunikacji w rodzinie (m.in. przyzwolenie przez rodziców na wyrażanie tzw. negatywnych emocji przez dziecko), relacjach emocjonalnych między członkami rodziny oraz zmianie relacji małżeńskich.

Do najczęściej stosowanych technik w pracy z rodzinami należały: pytania cyrkularne, pytania reflektujące i przeformułowanie. Pytania cyrkularne dotyczyły m.in. relacji w rodzinie oraz różnic w opisach tych relacji prezentowanych przez poszczególnych członków rodziny. Z kolei poprzez pytania dotyczące przyszłości ukazywane były nowe możliwości i sposoby rozwiązań oraz przygotowanie systemu rodzinnego do czekających go zmian rozwojowych. Pytania reflektujące skoncentrowane były na identyfikowaniu zachowań, zdarzeń i wzorców niekorzystnych dla rodziny, a ich celem było uzyskanie zmian w systemie przekonań rodzinnych dotyczących problemu. Przeformułowanie związane było z identyfikowaniem pozytywnych aspektów objawu oraz jego funkcji w życiu rodziny^(4,7).

Praca terapeutyczna z rodziną zawierała również elementy behawioralne, polegające na propozycji stosowania wzmocnień pozytywnych przy wprowadzaniu rekwizytu, nazwanego przeze mnie „nocnym łącznikiem”. Sesje rodzinne odbywały się raz w miesiącu i obejmowały od sześciu do dziesięciu spotkań, czyli trwały zwykle od pół roku do dziesięciu miesięcy.

Prowadzenie terapii z dzieckiem i rodziną przez jednego terapeutę można rozpatrywać w ujęciu modelu integracyjnego^(1,4,10).

OPIS PROBLEMU

Inspiracją do wprowadzenia symbolicznego rekwizytu, nazwanego przeze mnie „nocnym łącznikiem”, były początki pracy z rodzinami i ich dziećmi zgłaszającymi lęk nocny oraz zaburzenia snu. Pracowałam z rodzinami, w których zgłaszane były przez dzieci lęki nocne, przejawiające się tym, że dziecko zwykle budziło się w nocy i przywoływało rodziców do swojego łóżka lub samo przychodziło do ich sypialni, mówiąc, że boi się spać samo. W obu sytuacjach, zarówno wówczas, gdy rodzic przychodził do pokoju dziecka, jak i wówczas, gdy dziecko przychodziło do sypialni rodziców, efekt był taki sam, tzn. rodzic i dziecko

spali razem. Rzadsze były przypadki, w których dziecko zgłaszało problemy z zaśnięciem przy kładzeniu się spać i prosiło, aby rodzic zasypiał z nim. We wszystkich rodzinach przed pojawieniem się zaburzeń lękowych przez kilka lat dzieci bez problemów same zasypiały oraz przespiały całą noc. We wszystkich przypadkach problem dostrzegali i chcieli zmienić rodzice, natomiast dzieci nie widziały problemu w tym, że nie mogą same zasnąć lub budzą się w nocy z poczuciem lęku. Niektóre wręcz zgłaszały zadowolenie z efektów, jakie osiągały w związku z objawami. We wszystkich rodzinach rodzice spełniali oczekiwania dziecka i spali razem z nim, co powodowało, że z chwilą bliskości fizycznej rodzica lęk u dziecka ustępował i przespiało ono z rodzicem noc bez zakłóceń.

IDEA „NOCNEGO ŁĄCZNIKA”

Opisane sytuacje stały się inspiracją do szukania rozwiązania, które dawałoby dziecku poczucie bezpieczeństwa oraz pozwoliło zachować poczucie emocjonalnej bliskości z rodzicami przy zachowanej fizycznej odległości. Przyjęłam hipotezę, że bliskość psychiczną przy zachowanym dystansie fizycznym może dziecku dawać poczucie więzi. Szukając odpowiedniej formy realizacji dla sprawdzenia tej hipotezy, uwzględniałam możliwości rozwojowe dzieci, szczególnie w zakresie myślenia abstrakcyjnego i rozumienia znaczeń symbolicznych. Okres życia w wieku 7–12 lat cechuje faza myślenia konkretnego^(8,9,11). Oznacza to, że wprowadzona w terapii forma symbolicznej więzi powinna jednocześnie być konkretnym rekwizytem. Przejawem więzi mogło więc być jednocześnie symboliczne połączenie oraz konkretne „związanie”. Pojęcia więzi i przywiązania mają przypisane określone znaczenia w teoriach przywiązania, opracowanych m.in. przez takich autorów, jak Bowlby, Ainsworth czy Schaffer, opisujących wczesnodziecięce relacje dzieci z osobami znaczącymi⁽¹²⁾. Dla celów prowadzonej terapii lęku nocnego określenie „przywiązanie” stosuję w rozumieniu konkretnym, jako „połączenie” czy „powiązanie”, co może oznaczać dosłownie „związanie”, np. za pomocą liny lub sznurka. Dlatego też jako rekwizyty służące do „nocnego połączenia” i „powiązania” dziecka z rodzicem zaproponowałam sznurki lub linki. Tak też powstała idea „nocnego łącznika”⁽²⁾. Rekwizyt ten wprowadzany był zwykle podczas pierwszej sesji terapii rodzinnej, po wcześniej przeprowadzonej z dzieckiem desensytyzacji. W trakcie pierwszych dwóch wizyt pracowałam z dzieckiem, stosując desensytyzację, która dotyczyła wizualizacji samodzielnego spania. Zwykle po dwóch sesjach dziecko wyrażało zgodę na samodzielne spanie. Informację o wprowadzeniu rekwizytu i nazwaniu go „nocnym łącznikiem” przekazywałam rodzicom i dziecku w formie zadania. Rodzina była informowana, że wprowadzony zostanie „nocny łącznik” między dzieckiem i rodzicami, który pozwoli dziecku być w kontakcie z rodzicami w każdej chwili, gdy tego zapragnie, ale bez przychodzenia rodzica do pokoju dziecka lub dziecka

do sypialni rodzica. Informacja o wprowadzeniu „nocnego łącznika” przekazywana była jako zadanie do wykonania zarówno dla rodziców, jak i dla dziecka. Propozycja stosowania „połączenia” za pomocą sznurka zwykle wywoływała pozytywne zaskoczenie rodziny i nie zdarzyło się, aby pojawiła się niechęć czy sceptycyzm co do jego zastosowania⁽²⁾.

ZAWIERANIE KONTRAKTU PRZY WPROWADZANIU „NOCNEGO ŁĄCZNIKA”

„Nocny łącznik” przydzielany był rodzicom naprzemiennie, tzn. w jedną noc był w rękach matki, a w drugą w rękach ojca. Każdy z rodziców na zmianę przywiązywał sobie jeden koniec sznurka do palca lub nadgarstka, natomiast drugi koniec sznurka dziecko przywiązywało do swojego łóżka lub szafki nocnej, w taki sposób, aby sznurek był w zasięgu ręki. Dzieciom nie proponowałam przywiązywania sznurka do ręki z trzech powodów: pierwszy to względy bezpieczeństwa, drugi – komfort spania dziecka, a trzeci – założenie, że dziecko ma sięgać po sznurek (czyli po kontakt z rodzicem) wówczas, kiedy poczuje potrzebę i chęć takiego kontaktu, a nie ma być do rodzica przywiązane. Z kolei przywiązanie sznurka do ręki rodzica służyło temu, by rodzic mógł zareagować, czując „milczące wołanie” dziecka, czyli szarpnięcia za sznurek. Zadanie rodzica polegało na odpowiedzeniu dziecku poprzez pociągnięcie za linkę określoną ilość razy, wcześniej ustaloną z dzieckiem. Stosowanie „nocnego łącznika” wiązało się z wprowadzeniem jako nagrody atrakcyjnych zajęć dla dziecka za wykonane „zadanie”, czyli pociąganie za sznurek i pozostanie w swoim łóżku. Atrakcyjność zajęć zwykle wiązała się udziałem w nich jednego lub obojga rodziców. Rodzaj zajęć, czas ich trwania oraz częstotliwość były określane na sesji rodzinnej poprzez pytania cyrkularne dotyczące przewidywanych przez rodziców oczekiwań dziecka. Natomiast odstąpienie przez dziecko od zawartego kontraktu wiązało się z rezygnacją z zaplanowanych zajęć. Przyjęłam hipotezę, że mobilizacją do wykonania zadania przez rodziców będzie fakt ustąpienia objawów, co spowoduje, że zarówno rodzice, jak i dziecko spędzą noc bez zmiany miejsca. We wszystkich przypadkach dzieci stosowały się do kontraktu, pociągając za sznurek i nie przywołując rodziców do siebie oraz nie przychodząc do łóżka rodziców, i od momentu wprowadzenia „nocnego łącznika” spały w swoich łóżkach. W przypadku większości rodzin rekwizyt był stosowany przez kilka tygodni, po czym dzieci spały samodzielnie bez korzystania ze sznurka, natomiast terapia rodzinna była kontynuowana i trwała zwykle od sześciu do dziesięciu miesięcy⁽²⁾.

PODSUMOWANIE

Moje doświadczenia terapeutyczne wskazują, iż zaburzenia emocjonalne dzieci i młodzieży, będąc ściśle związane

z funkcjonowaniem rodziny, często wymagają łączenia terapii indywidualnej i rodzinnej. Praktyka kliniczna pokazuje, że zaburzenia emocjonalne w okresie rozwojowym mogą być pochodną funkcjonowania rodziny lub mogą znacząco wpływać na relacje rodzinne również wówczas, gdy ich etiologia nie jest bezpośrednio związana z funkcjonowaniem rodziny (np. w przypadku ADHD). Dlatego też sądzę, że łączenie psychoterapii indywidualnej i terapii rodzinnej jest 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 może dawać pacjentom (dziecku i rodzinie) poczucie bezpieczeństwa oraz rozumienia ich problemów z różnych perspektyw: indywidualnej i rodzinnej. Prowadzenie obu form terapii przez jednego terapeuty może też w niektórych przypadkach wywoływać podejrzenie o monopolizowanie swojej pracy przez terapeuty, a także u niektórych pacjentów, szczególnie w okresie adolescencji, budzić niepokój dotyczący zachowania dyskrecji czy neutralności terapeuty. Dylematy te i ich opis wykraczają poza zakres niniejszego artykułu. W badaniach poświęconych czynnikom leczącym w psychoterapii wyróżnia się czynniki swoiste oraz nieswoiste^(1,10,11). Do pierwszej grupy, czyli czynników swoistych, zalicza się podejścia teoretyczne i techniki psychoterapii, do drugiej natomiast, określanymi jako czynniki nieswoiste, przede wszystkim relację terapeutyczną, dającą pacjentom poczucie bezpieczeństwa i oparcia. Jak podkreślają autorzy, m.in. Bomba i Czabała, warunkiem efektywności każdej terapii oraz skuteczności czynników swoistych jest udział czynników nieswoistych^(4,10).

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Feldman L.: Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
2. Talarczyk M.: Lęk nocny i zaburzenia snu u dzieci – model pracy terapeutycznej z dzieckiem i rodzicami. *Psychoterapia* 2009; 4: 37–53.
3. Talarczyk M.: The authorial model of the therapy used in night terrors and sleep disorders in children. *Arch. Psychiatry Psychother.* 2011; 13: 45–51.
4. Czabała J.C.: Czynniki leczące w psychoterapii. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
5. Kratochvil S.: Podstawy psychoterapii. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003.
6. Bryńska A.: Psychoterapia behawioralno-poznawcza. W: Namysłowska I. (red.): *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 515–542.
7. Józefik B.: Terapia rodzin. W: Namysłowska I. (red.): *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 543–574.
8. Namysłowska I.: Późne dzieciństwo – wiek szkolny. W: Namysłowska I. (red.): *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 171–180.
9. Namysłowska I.: Adolescencja – wiek dorastania. W: Namysłowska I. (red.): *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 255–274.
10. Bomba J.: Integracja leczenia – próba syntezy. W: Namysłowska I. (red.): *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 621–631.
11. Namysłowska I.: Wczesne dzieciństwo. W: Namysłowska I. (red.): *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 77–96.
12. Józefik B., Iniewicz G.: *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.