

Zastosowanie techniki portretu w psychoterapii młodzieży

Ewa Jackowska¹

Zakład Pedagogiki Specjalnej, Uniwersytet Szczeciński

THE APPLICATION OF THE PORTRAIT TECHNIQUE TO PSYCHOTHERAPY OF YOUNG PEOPLE

Summary. The aim of this paper is a presentation of the portrait technique as a useful tool in psychotherapeutic work with young patients suffering from emotional disturbances and conduct disorder. The psychotherapy described here was carried out at Adolescent Psychiatric In-Patient Unit in Szczecin.

The theoretical basis for group and individual psychotherapy were cognitive and systemic approaches. Psychotherapy with the autoportrait was focused on provoking changes in patients' self-concept. Psychotherapy with the portrait of a significant person (most often a mother or a father) had to change in the mind of a patient an image of this person thereby improving a mutual relationship.

The article contains many examples illustrating an atmosphere that attended psychotherapeutic meetings and applied by a therapist therapeutic interventions.

WPROWADZENIE

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie sposobów zastosowania techniki portretu jako procedury terapeutycznej, przydatnej w rozbudowywaniu i modyfikacji schematów poznawczych dotyczących obrazu własnej osoby i obrazu osób znaczących.

W literaturze psychologicznej rysunek postaci ludzkiej przedstawiany jest głównie jako metoda diagnostyczna zaliczana do technik projekcyjnych (Rembowski, 1988; Aleksandrowicz, 1996). Poprzez analizę i psychologiczną interpretację narysowanej postaci odkrywa się różne jej cechy, w tym także objawy zaburzeń emocjonalnych i nieprzystosowania społecznego. Podstawą interpretacji jest rozmieszczenie postaci na kartce, jej wielkość, grubość kreski, kolorystyka, wyrażane gesty, mimika, obecność szczegółów i tła. O walorach terapeutycznych rysunku postaci ludzkiej mówi się bardzo mało, i to w sposób ogólnikowy. Zwraca się uwagę, że twórczość rysunkowa może rozszerzać wgląd i spełniać rolę katartyczną (Aleksandrowicz, 1996).

Na podstawie wieloletnich doświadczeń wyniesionych z pracy psychoterapeutycznej z młodzieżą mogę stwierdzić, że rysunek własnej osoby i rysunki osób znaczących mają bardzo dużą wartość terapeutyczną, gdyż ukierunkowane są na leczenie samego jądra patologii zaburzeń nerwicowych i nieprzystosowania społecznego: relacji z samym sobą i relacji z najbliższymi osobami. Relacje z samym sobą leczone są dzięki temu, że przy zastosowaniu techniki portretu zwiększa się wiedza, rozumienie i akceptacja własnej osoby. Relacje z innymi poprawiają się, gdyż następuje rozszerzenie wiedzy na temat zachowań innych ludzi oraz uwarunkowań, które te zachowania powodują.

Opisane w doniesieniu obserwacje z zastosowania techniki portretu zostały zebrane na Oddziale Psychiatrii Młodzieżowej Szpitala Dziecięcego SZOZ nad Matką, Dzieckiem i Młodzieżą w Szczecinie Zdrojach. Na oddziale leczona jest młodzież w wieku od 12 do 18 roku życia, hospitalizowana z powodu zaburzeń psychotycznych, nerwicowych i zaburzeń zachowania. W niniejszym artykule pominię problematykę pracy psychoterapeutycznej z młodzieżą z zaburzeniami psychotycznymi i ograniczę się do pokazania sesji psychoterapeutycznych, które prowadziłam z młodzieżą z zaburzeniami emocjonalnymi i zaburzeniami zachowania. Zamieszczone w artykule zapisy z sesji zarejestrowane zostały w latach 1995-1998.

PODSTAWY TEORETYCZNE

Analizując literaturę przedmiotu, można znaleźć wiele różnych definicji pojęcia obrazu własnej osoby (OWO). W niniejszym artykule chciałabym uniknąć sporów definicyjnych i pojęcie OWO odnieść do tego, co stanowi jego istotę i zawarte jest w każdej definicji. Trzonem cytowanych w literaturze definicji jest stwierdzenie, że OWO jest wiedzą, jaką człowiek ma na temat własnej osoby. Mówiąc nieco szerzej, OWO stanowi zespół spostrzeżeń,

1 Adres do korespondencji: Zakład Pedagogiki Specjalnej, Uniwersytet Szczeciński, Aleja Wojska Polskiego 107 m. 109, 70-484 Szczecin.

EWA JACKOWSKA

sądów i oczekiwań dotyczących własnej osoby, ukształtowanych w wyniku szeroko rozumianego doświadczenia (Brzezińska, 1973; Kulas, 1986; Reykowski, 1970; Siek, 1986). Przyjmuje się też, że zakres treściowy OWO obejmuje: cechy wyglądu zewnętrznego i inne właściwości fizyczne, uzdolnienia, mechanizmy motywacyjno-emocjonalne oraz właściwości funkcjonowania społecznego. Oprócz komponentu poznawczego OWO zawiera komponent afektywny i behawioralny. Składnik afektywny reprezentowany jest przez uczucia w stosunku do samego siebie („lubię”, „nie lubię”). Komponent behawioralny wyraża się tendencją, aby działać adekwatnie do odczuwanych wobec siebie uczuć. Można np. dogadzać sobie lub pozbawiać się przyjemności „za karę”. Jakość OWO jest strukturą, której znaczenie dla procesów regulacyjnych człowieka nie sposób przecenić. Wspomnę tu o dwóch niezwykle istotnych powiązaniach.

1. OWO jest filtrem, poprzez który jednostka percypuje zachowanie innych ludzi. Im szerszy i bardziej pozytywny OWO, tym bogatszy i bardziej życzliwy odbiór zachowań innych ludzi. Negatywny, ubogi OWO prowadzi do wyostrowania obserwacji na negatywne zachowania innych osób. Tę relację pomiędzy OWO a obrazem innych ludzi trafnie wyraża model skonstruowany przez Harrisa (1979): „I'm not OK and you are not OK”.

2. Procesy decyzyjne poprzedzające bardzo wiele różnorodnych działań są warunkowane tym, jak człowiek siebie spostrzega i czego od siebie oczekuje. Jak pisze Siek (1986), „[...] obraz siebie stanowi układ odniesienia, według którego człowiek reguluje swoje zachowanie...” (s. 263). W praktyce klinicznej oznacza to, że zaburzenia w rozwoju OWO zostają odzwierciedlone w zaburzonych formach zachowania. Dokumentacja wyników badań na ten temat jest bardzo bogata zwłaszcza w zakresie powiązań między OWO a trudnościami w przystosowaniu szkolnym i społecznym młodzieży. Wymienię tu m.in. badania: Brzezińskiej (1973), Kulasa (1986), Sołtysiak (1995), Stanika (1980), Tucholskiej (1998).

Okresem najintensywniejszych zmian w OWO jest dorastanie. Około 12-14 roku życia w związku z dojrzewaniem biologicznym oraz poszerzaniem się zakresu ról społecznych rozpada się dotychczasowy, kształtowany głównie przez opinie osób dorosłych, OWO. Pojawia się pytanie „kim jestem?”, które w koncepcji rozwoju Ericksona jest wyrazem kryzysu poczucia tożsamości. Adolescent dokonuje prób, aby na nowo się określić. Około 16 roku życia kryzys poczucia własnej tożsamości osiąga punkt kulminacyjny. Rozwija się wtedy wyostrowana percepcja własnej odrębności psychofizycznej oraz silna potrzeba poznania własnej indywidualności (Emde, 1984; Lerner, Hultsch, 1983; Wittig, Williams, 1984).

Jeżeli warunki, w jakich młody człowiek wzrasta, sprzyjają rozwojowi zaufania do siebie, szacunku i poczucia, że ma się wystarczające przygotowanie, aby spełniać wymagania społeczne i realizować wyznaczone przez siebie cele, kryzys poczucia własnej tożsamości zostaje przezwyciężony i kształtuje się zintegrowany, pozytywny obraz własnej osoby. Wysokie wyniki uzyskane w pomiarze poczucia własnej tożsamości korelują z wysokimi osiągnięciami w zakresie takich funkcji, jak kreatywność umysłowa, wybór trudniejszych szkół, odporność na zranienie i kontrola emocjonalna (Lerner, Hultsch, 1983).

U młodzieży, z którą prowadziłam psychoterapię, niekorzystne warunki rozwoju psychicznego: niepełna rodzina, odrzucająca postawa rodziców, częste zmiany środowiska wychowawczego, długotrwałe niepowodzenia szkolne powodowały znaczny deficyt w rozwoju OWO. Szczegółową charakterystykę OWO tej grupy młodzieży przedstawiłam we wcześniejszym opracowaniu (Jackowska, 1997). Wymienię więc tutaj tylko najistotniejsze jego cechy. OWO młodzieży z problemami klinicznymi jest: ubogi, niespójny, chwiejny, duży obszar indywidualnych cech w ogóle nie jest uświadomiony. U wielu pacjentów OWO zawiera niemal wyłącznie cechy negatywne.

Jak wspomniałam wyżej, przedstawione w artykule sesje psychoterapeutyczne miały pomóc młodzieży w rozbudowywaniu i modyfikacji schematów poznawczych dotyczących OWO i obrazu osób znaczących. Tak postawiony cel terapii implikuje, że jej podstawy teoretyczne wywodzą się z podejścia poznawczego.

Podejście poznawcze zakłada, że struktura osobowości jest w znacznej mierze wynikiem procesu uczenia się. Dostarczając zatem nowych doświadczeń, organizując sytuacje, które oddziałują na człowieka, można zmieniać jego osobowość (Harris, 1983; Jakubowska, 1994; Rosenhan, Seligman, 1994). To założenie jest szczególnie trafne w odniesieniu do OWO, którego struktura i treść jest wynikiem doświadczania siebie w różnych sytuacjach społecznych, takich jak np. otrzymywanie kar i nagród od osób znaczących, osiąganie sukcesów i porażek czy porównywanie własnych osiągnięć z osiągnięciami innych osób (Siek, 1983; Tucholska, 1998). Ważnym źródłem inspiracji w opracowywaniu procedury terapeutycznej, którą stosowałam w czasie sesji, był model skonstruowany przez Becka wypracowany w terapii zaburzeń depresyjnych. Jest on ogólnie znany, nie będę go więc tutaj omawiać. Zaznaczę jedynie, że w psychoterapii opartej na tym modelu uświadamia się pacjentowi „wmontowaną” w strukturę jego schematów poznawczych negatywną triadę poznawczą, zbudowaną z negatywnych sądów na temat własnej osoby, przeszłych i obecnych doświadczeń (w tym relacji z innymi osobami) oraz własnej przyszłości. Obnaża się też nieprawdziwe, wytworzone w dzieciństwie założenia o świecie, które mają charakter selektywno-negatywny. Postępowanie terapeutyczne podważa prawdziwość ukształtowanych u pacjenta sądów, poszerza je, urealnia i nadaje pozytywne akcenty obrazowi siebie i obrazowi świata

ZASTOSOWANIE TECHNIKI PORTRETU W PSYCHOTERAPII MŁODZIEŻY

(DeBerry, Salomon, 1983; Rosenhan, Seligman, 1994).

W niektórych przypadkach psychoterapii indywidualnej w postępowaniu terapeutycznym opierałam się na podejściu systemowym. Pozwala ono pacjentowi z wyraźnym objawem psychopatologicznym zrozumieć funkcję, jaką ten objaw pełni w utrzymaniu równowagi systemu lub systemów (Drózdowicz, 1997).

SESJE PSYCHOTERAPEUTYCZNE Z WYKORZYSTANIEM AUTOPORTRETU

Przejdę teraz do przedstawienia sesji psychoterapii grupowej i indywidualnej, w których stosowałam technikę portretu. Na początku opiszę sesje, które poświęcone były autoportretowi.

W sesjach psychoterapii grupowej skupionej na autoportrecie uczestniczyło od 6 do 12 pacjentów. Ponieważ grupa terapeutyczna była otwarta, każda sesja zaczynała się od omówienia kontraktu i krótkiej rozmowy z osobami, które po raz pierwszy uczestniczyły w spotkaniu. W sytuacji, gdy młodzież nie zgłaszała problemów, które mogłyby być tematem sesji, propozycję do pracy podawałam sama i autoportret był jednym z proponowanych tematów.

We wprowadzeniu wyjaśniałam, że celem zajęć jest „zagłębienie do swojego wnętrza”, „poznanie siebie”, „zobaczenie, jakie są źródła naszych konfliktów z innymi osobami”, „przypatrzenie się mocnym i słabym stronom naszej osobowości” itp. Po rozdaniu kartek, ołówków i kredek formułowałam temat sesji: „Teraz każdy z was narysuje swój portret, jak najlepiej potrafi. Nie trzeba mieć do tego zdolności rysunkowych, można rysować tak, jak rysują dzieci. Chodzi jednak o to, aby narysować siebie. Rysunki nie będą oceniane jako ładne czy brzydkie, będziemy je później oglądać i zastanawiać się, jaką prawdę o was przedstawiają, jaki jest każdy z was”.

Pacjent, który nie mógł zdecydować się na narysowanie autoportretu, oddawał czystą kartkę. Zaznaczyć trzeba, że czyste kartki były oddawane rzadko. Około 5% do 10% pacjentów nie chciało brać udziału w sesji, motywując to brakiem zdolności rysunkowych. Odmowę narysowania własnego portretu traktowałam jako naturalny w psychoterapii objaw oporu. Czynniki, które warunkują powstawanie oporu, przeanalizowałam w odrębnym opracowaniu (Jackowska, 1998).

W 70% do 80% przypadków narysowane autoportrety były słabe pod względem formalnym: schematyczne, statyczne, ubogie kolorystycznie i treściowo. Nie odzwierciedlały faktycznych zdolności badanych. Ich analiza w pełni potwierdza opinię Corman, że rysunek sylwetki człowieka „[...] zależy nie tylko od poziomu inteligencji dziecka, ale w dużym stopniu jest warunkowany czynnikami afektywnymi oraz równowagą osobowości [...]” (Rembowski, 1988, s. 301).

Treść tych prostych, schematycznych rysunków często była bezpośrednim lub pośrednim (symbolicznym) odbiciem najważniejszych emocjonalnych problemów pacjentów. Opiszę kilka autoportretów. W portrecie Uli brakuje nosa, a pacjentka w wywiadzie poprzedzającym sesję stwierdziła: „nienawidzę swojego nosa”.

W autoportrecie Grzesia włosy są w wielkim nieładzie, owal twarzy jest niedokończony, bruzdy koło nosa zakończone strzałkami nadają twarzy wyraz niepokoju i gniewu. Grześ zgłosił się na leczenie z powodu: „lęku przed ludźmi i niestabilności wewnętrznej”. Agnieszka wykonała swój autoportret tak delikatną kreską, że jest on prawie niewidoczny. Lęk przed nauczycielami i rówieśnikami szkolnymi był u dziewczynki tak silny, że nie chciała chodzić do szkoły. Ela narysowała siebie z zamkniętymi oczami. Pod powieką widoczna jest łza. Ręce jakby złożone do modlitwy. Na poziomie klatki piersiowej narysowane jest duże serce, a wewnątrz serca – domek. Rysunek jest spontaniczną ekspresją smutku i poczucia winy wywołanego niepowodzeniami szkolnymi oraz tęsknoty za rodziną, w której atmosfera niszczona jest przez nieporozumienia między rodzicami.

Po wystawieniu portretów tak, aby były jak najlepiej widoczne stawiałam pytanie: „Co można powiedzieć o chłopcu (dziewczynie) przedstawionej na portrecie, jaki on (ona) jest?”

Młodzież podawała rozmaite określenia dotyczące: wyglądu zewnętrznego, nastroju i uczuciowości (wesoły, smutny, cieszy się, rozpacza, tęskni za domem itd.), kontaktów społecznych (nieśmiały, lubi rządzić itd.), potrzeb i aktywności (chce się podobać, chciałby być w domu, lubi się bić itp.).

W przypadkach wymieniania cech negatywnych koncentrowałam uwagę uczestników na prawdopodobnych doświadczeniach emocjonalnych, które mogły być przyczyną niepożądanych zachowań. Młodzież np. zastanawiała się, dlaczego sportretowana osoba lubi się bić, co wydarzyło się w jej życiu, że tak się zachowuje, jaka będzie za 10 lat. Staralam się również o to, aby zachowana została proporcja między liczbą wymienianych cech negatywnych i pozytywnych. Stwarzałam przez to warunki do bezpiecznego odkrywania negatywnych zachowań i cech osobowościowych. Uważam za w pełni uzasadniony pogląd, że psychoterapia grupowa, której uczestnikami jest młodzież, powinna być tak prowadzona, aby zabezpieczyć potrzebę bezwarunkowej akceptacji uczestników (Rosenbaum, 1983).

Obserwowałam, że autorzy portretów z dużą uwagą przysłuchają się wypowiedziom koleżanek i kolegów na swój temat. Informacje, które byłyby odrzucone w innej sytuacji, tu często wywoływały głębszą refleksję. Po wysłuchaniu informacji każdy z uczestników mógł się do nich ustosunkować. Interpretowano również puste

EWA JACKOWSKA

kartki. Zazwyczaj w interpretacji wymieniane były takie cechy, jak lęk przed opinią, negatywizm, nieśmiałość itp.

Sesje z autoportretem zatrzymywały uwagę badanych na obrazie własnej osoby. W sposób naturalny i bezpieczny nakłaniały do refleksji i zmiany w spostrzeganiu samego siebie. Skupienie uwagi na autoportrecie innych uczestników uczyło dostrzegania różnorodności zachowań koleżanek i kolegów, a także dawało okazję do porównywania ich zachowań z zachowaniem własnym.

W sesjach indywidualnych, w których wykorzystywałam autoportret, stosowałam podobną instrukcję, jak w sesjach grupowych. Podkreślałam, że do rysowania autoportretu nie są potrzebne zdolności rysunkowe. Zaznaczałam też, że sposób wykonania rysunku zależy wyłącznie od pacjenta. Po narysowaniu portretu pytałam: „Co można powiedzieć o osobie, którą narysowałeś (narysowałaś), jaki on (ona) jest?”

W trakcie indywidualnych sesji z autoportretem praca psychoterapeutyczna jest bardziej pogłębiona i może dotyczyć obszarów, o których pacjent nie chciałby mówić w grupie terapeutycznej. Pacjent silniej identyfikuje się z narysowanym portretem, bo nie może naśladować sposobu rysowania obserwowanego u innych uczestników sesji. Nieraz portret wykorzystywany jest tylko w początkowej części sesji, w której spełnia rolę bodźca zmniejszającego opór przed „zaglądnięciem do swojego wnętrza” i otwierającego pacjenta. W innych przypadkach cały dialog terapeutyczny toczy się wokół problemów i OWO portretowanej osoby, gdyż zaobserwowano, że niektórym młodym pacjentom łatwiej mówić o swoich przeżyciach w trzeciej osobie. Szybciej ujawniają oni wtedy najbardziej osobiste opinie. Tworzy się korzystna atmosfera do wieloaspektowej analizy problemu, do obiektywnego pokazania go z różnych stron.

Klimat indywidualnych sesji, w których wyłania się OWO, zilustruję trzema fragmentami z sesji prowadzonych z 13-letnią Anią, hospitalizowaną z powodu silnych lęków i objawów dysocjacyjnych. Są one interesujące dla psychologa również z tego względu, że pokazują, jak głęboko utrwalone mogą być u dziecka schematy poznawcze dotyczące poczucia winy i jak trudno je podważyć.

Ania bardzo chętnie narysowała swój autoportret. Podpisała go: „Ja – Ania”. Portret jest kolorowy i na początku sesji dziewczynka spontanicznie wyjaśniła, że kolory oznaczają nastroje. Prowadzę rozmowę z Anią:

ZASTOSOWANIE TECHNIKI PORTRETU W PSYCHOTERAPII MŁODZIEŻY

T. Jaki nastrój przeważa u dziewczynki, którą narysowałaś?

A. Nastrój zastanowienia i pomyślenia.....zastanowienia się nad swoim życiem. Czy powinna zmieniać swoje życie, co w przeszłości źle zrobiła...

T. ...i dochodzi do wniosku, że.....?

A. ...powinna się zmienić, stać się lepszą dziewczyną, miłszą, mniej obrażoną na wszystkich, bardziej się przyłożyć do nauki.

T. Czy ta dziewczynka ma kłopoty, coś ją gnębi?

A. Gnębi ją tylko jedna sprawa. Gnębi, czy przez jej zachowanie rodzice nie przejdą w inny świat...., że przez nią tata się złości... Najbardziej ma pretensje, że się taka urodziła, a nie lepsza, bardziej pracowita... Ona ma poczucie winy, jak ktoś coś zrobił. Jak tata chce dać komuś w ... ona płacze za kogoś.

T. Czy ona może wpłynąć na swoje rodzeństwo, np. żeby nie krzyczało i nie denerwowało taty?

A. Ona tak myśli... Jest najstarsza i powinna pilnować porządku!

T. Kto jej o tym powiedział?

A. Mama jej mówi, że najstarsze dziecko powinno się zajmować młodszymi. Sama też o tym wie.

T. Ale ona ma siostrę bliźniaczkę.

A. Ale jest od niej o minutę starsza!

.....

T. Czy lubisz dziewczynkę, którą narysowałaś?

A. Zależy, w jakiej sytuacji. Nieraz chciałabym się jej pozbyć.

T. Kiedy chciałabyś się jej pozbyć?

A. Kiedy chłopcy... dokuczają, gdy coś... nie wychodzi.

T. Nie lubisz tej dziewczynki, gdy ktoś jej dokucza i coś jej nie wychodzi?

A. Tak!

T. Czy jest sposób na to, abyś ją polubiła?

A. Żeby chłopcy jej nie dokuczali...

T. To znaczy, że jak ktoś zrobi tej dziewczynce krzywdę, to ty jej wtedy nie lubisz.

A. To jej wina!

.....

T. Czy ty wiesz, co ta dziewczynka ma w sobie dobrego?

A. Jest wrażliwa, pomaga biedniejszym, lubi pomagać, chciałaby wszystko zrobić dobrze... Chciałaby zmienić świat na lepsze.

Zmiany w OWO w trakcie psychoterapii indywidualnej, zwłaszcza takie, jak poszerzanie treści o elementy pozytywne, pojawiają się w związku z werbalnymi interwencjami psychoterapeuty. Należą do nich: stawianie pytań, niedokończanie wypowiedzi, klaryfikacja, zmiana tematu (odwrócenie uwagi pacjenta od zafiksowanych treści), powtórzenie wypowiedzi pacjenta i sugestia.

Tok dialogu terapeutycznego jest ukierunkowany na odkrywanie zasobów np. nowych możliwości rozwiązywania problemów, których pacjent wyraźnie sobie nie uświadamiał. Krótki fragment z sesji prowadzonej z Agnieszką, która przeżywała nasilone lęki w szkole (o jej autoportrecie wspomniałam wyżej), obrazuje ten proces. W czasie pierwszej sesji, patrząc na swój portret, dziecko mówi o lęku, jaki przeżywa narysowana postać: „boi się, że ktoś ją może zbić, ktoś może jej zrobić krzywdę”. W trakcie drugiej sesji powracam do problemu i pytam, co dziewczynka może zrobić, aby się obronić. Pacjentka wynajduje różne rozwiązania: „oddać”, „można powiedzieć, żeby więcej nie zaczepiał”, „pójść, powiedzieć dorosłym”. Wymienianie różnych możliwości wyjścia z sytuacji trudnej sprawa dziecka wyraźną satysfakcję. Staram się wzmocnić to odczucie, pytając:

T. Czujesz się teraz bardziej pewna siebie?

A. Tak.

T. A co ci dodaje pewności siebie?

A. Dużo rozmawiam z koleżankami.

T. To jak się rozmawia z koleżankami, to jest się bardziej pewnym siebie?

A. Tak.

Zmiany w OWO są często procesem powolnym, zwłaszcza u tej części młodzieży, która ma słabo wykształconą tendencję do autorefleksji. Dla 15-letniego Przemka, hospitalizowanego z powodu zaburzeń zachowania (ucieczki z domu i kradzieże), pomimo dobrej sprawności umysłowej opis własnej osoby jest zadaniem bardzo trudnym. Po narysowaniu portretu stawiam pytanie:

T. Co możesz powiedzieć o chłopcu, którego narysowałeś?

P. Normalny, jak każdy inny.

T. Normalny, to znaczy jaki on jest?

P. (Po długim namyśle). Lubi grać w piłkę.

T. Co jeszcze lubi ten chłopiec robić?

P. Lubi grać w ping-ponga... większość sportów lubi.

T. Co jeszcze można o nim powiedzieć?

P. Nie wiem..., normalny.

Elementy podejścia systemowego wystąpiły w sesji, którą prowadziłam z Martą, hospitalizowaną z powodu bulimii. Marta wyodrębnia bulimię jako podstawowy problem portretowanej osoby. Na oddzielnym rysunku narysowała też bulimię w postaci pokracznego stworka. Zachęcona przeze mnie analizuje korzyści, jakie ma portretowana osoba z bulimii. Lista profitów czerpana z bulimii staje się długa. Pacjentka stwierdza, że bulimia zwalnia ją z przykrych obowiązków (chodzenia do szkoły!); dodaje jej energii (gdy nie zje dużo, jest apatyczna i zła); dostarcza jej przyjemności, bo pożywienie, które zjada, jest smaczne; daje możliwość decydowania o sobie, bo sama ustala, co będzie jadła i w jakiej ilości. Bulimia „zajmuje rodziców”, dzięki czemu nie kłócą się tyle, bo są zajęci pilnowaniem portretowanej osoby. Korzystne strony bulimii przeważają nad negatywnymi (obawa, że przytyje i nienawidź do siebie, że rządzi nią jedzenie). Bulimia jest więc ważnym elementem podtrzymującym poczucie własnej niezależności wobec wymagań społecznych oraz stabilizującym system rodzinny. Uzyskanie wglądu we własne problemy staje się ważnym krokiem na drodze do wyleczenia.

SESJE PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ

EWA JACKOWSKA

Z WYKORZYSTANIEM PORTRETU OSÓB ZNACZĄCYCH

Grupowe sesje psychoterapeutyczne poświęcone portretowi osób znaczących miały odkryć przed badanymi złożoność zachowań i problemów emocjonalnych osób dorosłych, przede wszystkim rodziców. Osobną sesję przeznaczałam na portret matki, a osobną na portret ojca. Zadaniem każdego pacjenta było narysowanie portretu matki albo ojca. Pod względem struktury sesja terapeutyczna była podobna do opisanych wyżej sesji psychoterapii grupowej, skupionych na autoportrecie.

We wprowadzeniu wyjaśniałam, że celem zajęć jest głębsze poznanie danej osoby, przypatrzenie się jej z bliska, poznanie jej zalet i słabości, zastanowienie się, dlaczego relacje pacjenta z daną osobą są konfliktowe. Pacjenci, którzy nie byli wychowywani przez matkę lub ojca, rysowali portret osób, które sprawowały nad nimi opiekę. Po wykonaniu portretów i ich prezentacji młodzież dokonywała interpretacji psychologicznej każdego z rysunków. Istotną interwencją terapeutyczną były pytania, które naprowadzały młodzież na odkrywanie nie uświadomionych dotychczas treści w obrazie matki lub ojca. Sformułowane przez uczestników sesji wypowiedzi, stanowiące odpowiedź na postawione wcześniej pytanie, odsłaniały psychologiczne przyczyny niektórych, nie akceptowanych przez danego pacjenta zachowań matki lub ojca. Na przykład zachowanie matki określane przez młodzież jako „surowa, nie pozwala nigdzie wychodzić”, nie wynika ze złości do własnego dziecka, ale z zainteresowania i troski o własne dzieci. „Złosczenie się” czy „wyzywanie” nie musi być wyrazem negatywnej postawy wobec dziecka, ale może być następstwem bezradności i rozpacz.

Po omówieniu wszystkich portretów oddawałam je uczestnikom. Kolejnym zadaniem było podzielenie portretu na dwie części: „dobrego rodzica” i „niedobrego rodzica”. Zazwyczaj podziału dokonywano w płaszczyźnie wertykalnej, dzieląc grubą linią portret na lewą i prawą stronę. Po jednej stronie młodzież zapisywała zachowania i cechy, które szanuje i akceptuje u rodzica, a po drugiej te, których nie akceptuje, nie lubi, które są źródłem konfliktów. Na przykład Beata po stronie „dobrego ojca” zapisała: „pracowity, nie pije, chce dla mnie jak najlepiej, chwilami potrafi być czuły, troskliwy, stara się mnie pocieszyć...”. Po drugiej stronie napisała: „nerwowy, złośliwy, czasami przeklina, klnie, kłamie, wymaga ode mnie, abym była najlepsza, obraża mamę”. Marcin wymienił następujące pozytywne cechy ojca: „dobry, opiekuńczy, dobroniosny, rozumiejący problemy, kochający”. Cechy negatywne to: „bardzo długo pracuje, często wyjeżdża, chce postawić często na swoim, niesłowny”.

Następnie proponowałam, aby zachować część portretu symbolizującego „dobrego rodzica”, a z częścią przedstawiającą „niedobrego rodzica” postąpić tak, jak ma się ochotę. W zdecydowanej większości pacjenci niszczyli „niedobrego rodzica” zwłaszcza, gdy dotyczyło to portretu ojca. Fragment portretu był darty, mięty, przytupywany itp. Zachodziła tu ścisła zależność między intensywnością depriwacji potrzeb emocjonalnych a potrzebą odreagowania negatywnych emocji. Z reguły niszczone były części portretów ojców nadużywających alkoholu i stosujących przemoc wobec rodziny.

Na porwanej i pomiętej części kartki z połówką portretu ojca Ani były napisane słowa, które z trudnością mogłam odczytać: „Przychodzi do domu pijany i urządza awantury i to mnie też denerwuje, że on nie pracuje tylko chodzi i pije i na mnie się wyzywa”. Niszczono też fragmenty portretów matek, które umieszczały dzieci w domach dziecka i wyraźnie ich zaniedbywały. Uzyskiwałam w ten sposób efekt katarski. Młodzież mogła odreagować blokowane, negatywne emocje i obniżyć napięcie wywołane ich kumulacją.

Portret osób znaczących wykorzystywałam również w psychoterapii indywidualnej, aby ułatwić pacjentowi dokonanie głębszej analizy zachowań osoby znaczącej. Najczęściej proponowałam narysowanie postaci, która w opinii pacjenta była do niego nastawiona nieżyczliwie lub nawet wrogo. Pacjenci byli uwikłani w konflikty z różnymi osobami. Oprócz rodziców najczęściej rysowane było rodzeństwo i nauczyciele. Stosowałam opisane wyżej werbalne interwencje terapeutyczne. Z reguły po takiej sesji pacjent poszerzał swoją wiedzę na temat portretowanej osoby, uświadamiał sobie jej pozytywne cechy. Powodowało to zmniejszenie napięcia, którego źródłem były zalegające negatywne emocje.

PODSUMOWANIE

W niniejszym artykule starałam się wykazać, że obraz własnej osoby jest strukturą osobowościową, która może być rozwijana i modyfikowana w procesie psychoterapii. Przedstawiłam technikę portretu jako stosunkowo proste i efektywne narzędzie pracy psychoterapeuty, stosowane zarówno w psychoterapii indywidualnej, jak i grupowej. Posługując się przykładami z własnej pracy klinicznej chciałam pokazać, że w odpowiednio zorganizowanej sytuacji terapeutycznej autoportret i portret osoby znaczącej mogą być wykorzystywane do rozszerzenia i przestrukturalizowania wiedzy na temat własnej osoby i osób znaczących.

Technika portretu ma wiele zalet. Na zakończenie wymienię te, które w moim odczuciu są najważniejsze. Sesja psychoterapeutyczna z autoportretem w sposób szczególnie odpowiada naturalnej w okresie dorastania potrzebie

ZASTOSOWANIE TECHNIKI PORTRETU W PSYCHOTERAPII MŁODZIEŻY

samookreślenia się i ukierunkowuje refleksję nad własną osobą, przełamując zafiksowane sądy i wyobrażenia. Sesja psychoterapeutyczna z portretem osoby znaczącej rozbudza psychologiczne zainteresowania młodzieży osobowością drugiego człowieka. Pozwala dostrzec, że istnieją różne przyczyny i uwarunkowania obserwowanych zachowań. W trakcie sesji młody człowiek może też bezpiecznie odreagować negatywne emocje. Opisane spotkania terapeutyczne dostarczają młodzieży bogatego materiału do psychologicznej analizy. Uzasadniony więc wydaje się postulat szerokiego stosowania techniki portretu w pracy psychoterapeutycznej z młodzieżą.

BIBLIOGRAFIA

- Aleksandrowicz, J. (1996). *Psychoterapia medyczna*. Warszawa: PZWL.
- Brzezińska, A. (1973). Struktura obrazu własnej osoby i jej wpływ na zachowanie. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 3, 87-97.
- DeBerry, S., Salomon, I. (1983). The treatment of depression. [W:] B. Wolman (red.), *The therapist's handbook treatment methods of mental disorders* (s. 422- 444). New York: Van Nostrand Reinhold Company Inc.
- Drózdowicz, L. (1997). Ogólna teoria systemów. [W:] B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny* (s. 9-17). Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Emde, R. N. (1984). The affective self continuities and transformations from infancy. [W:] J. D. Call, E. Galenson, R. L. Tyson (red.), *Frontiers of infant psychiatry* (s. 38-53). New York: Basic Books, Inc.
- Harris, S. L. (1983). Behavior therapy with children. [W:] M. Hersen, A. E. Kazdin, A. S. Bellack (red.), *The clinical psychology handbook* (s. 525-542). New York: Pergamon Press.
- Harris, T. (1979). *W zgodzie z tobą i sobą*. Warszawa: PAX.
- Jackowska, E. (1997). Autoportret w grupowej i indywidualnej psychoterapii młodzieży. *Psychoterapia*, 4 (103), 37-44.
- Jackowska, E. (1998). Źródła oporu i sposoby jego przezwycięzania w grupie terapeutycznej młodzieży z zaburzeniami zachowania. *Psychiatria Polska*, 6, 739-749.
- Jakubowska, U. (1994). Podejście behawioralno-poznawcze. [W:] L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy* (s. 32-44). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kulas, H. (1986). *Samocena młodzieży*. Warszawa: WSiP.
- Lerner, R. M., Hultsch, D. F. (1983). *Human development a life span perspective*. New York: McGraw Hill Book Company.
- Rembowski, J. (1988). *Metoda projekcyjna w psychologii dzieci i młodzieży*. Warszawa: PWN.
- Reykowski, J. (1970). Obraz własnej osoby jako mechanizm regulujący postępowanie. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 3, 45-57.
- Rosenbaum, M. (1983). Group psychotherapies. [W:] W. Wolman (red.), *The therapist's handbook treatment methods of mental disorders* (s. 222-250). New York: Van Nostrand Reinhold Company Inc.
- Rosenhan, D. L., Seligman, M. E. (1994). *Psychopatologia* (t. 1). Warszawa: Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Siek, S. (1986). *Formowanie osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej.
- Sołtysiak, T. (1995). *Uwarunkowania środowiskowe i determinanty subiektywne uczestnictwa nieletnich w podkulturach*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Bydgoszczy.
- Stanik, J. M. (1980). *Asocjalność nieletnich przestępców jako przedmiot psychologicznej diagnozy klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.
- Tucholska, S. (1998). Obraz siebie u uczniów z trudnościami w nauce szkolnej w zależności od płci. *Psychologia Wychowawcza*, 1, 37-43.
- Wittig, A. F. Williams, G. (1984). *Psychology an introduction*. New York: McGraw Hill Book Company.