

Tájékoztató a vizgáról és az oklevélről

Vizgára jelentkezni a vizsga előtt 3-4 hónappal lehet az igypkepzes@gmail.com email címen. (A vizsga időpontja várhatóan november vége.) Mellékelni kell a már meglévő és a vizsga feltételeként meghatározott dokumentumokat (minden dokumentumot külön, lehetőleg Word-ben) illetve jelezni, hogy a hiányzó dokumentumok mikor lesznek meg.

Az alábbi dokumentumokat szükséges mellékelni:

1. alapdiploma (pszichológus MA, orvos stb.) másolata
2. A szakvizsga diploma/diplomák (klinikai szakpszichológia, pszichiátria, pszichoterapeuta stb.) másolata, alapnyilvántartási szám vagy működési engedélyszám/pecsétszám (ha van)
3. Propedeutika igazolása, ha nem klinikai szakpszichológus vagy pszichiáter (helyettesíthető pszichoterápia szakvizsga előkészítőben akkreditált propedeutika képzés igazolásával vagy klinikai szakpszichológus és pszichiátria képzés lezárt első évének indexmásolatával)
4. Pszichodráma elvégzésének igazolása (ha már megvan) *
5. Működési engedély másolata (ha van)

*Ha nincs meg, lehet vizsgázni, de oklevelet csak az igazolás bemutatása után kap.

Vizsgadolgozat

A dolgozat tartalmi követelményei a tájékoztató végén találhatóak.

A vizsgadolgozat 20-25 oldal terjedelmű legyen. Megírásában a szupervízor konzulensként segít. A szupervízor konzulensi követése nélkül megírt dolgozatokat bírálat nélkül elutasítjuk. A dolgozatot egy független bíráló is értékeli.

A dolgozatot 1 példányban e-mailben mellékletként, World formátumban, (csatolmányokkal, rajzokkal stb. együtt) EGYETLEN fájlban kell elküldeni.

Határidő: legkésőbb a vizsga előtt egy hónappal, az igypkepzes@gmail.com címre.

Vizgára bocsájtás feltétele

a tanfolyam hiányzásainak pótlása

20 óra egyéni és 80 óra csoportos szupervízió teljesítése

Szupervízorok:

dr. Szamosi Éva	(csak skype)	dr.papjanos@gmail.com
Nagy Brigitta	+36 20 4042612	bridzso@gmail.com
Sindulár Szabina	+36-20-210-5602	sindular.szabina@gmail.com
Vasas Éva	+36-30-663-7556	eva.vasas@gmail.com

Szóbeli vizsga

- a) dolgozat bemutatása

b) egy tétel kifejtése

A vizsgadolgozat bemutatása során lehetőség nyílik a bírálók megjegyzéseinek megbeszélésére, a vitatott pontok tisztázására. A bemutatáson a hallgatókon kívül részt vesznek szupervizoraik, a dolgozatok bírálói, a képzés szakmai és adminisztratív vezetői, illetve megfigyelők. Formáját tekintve kollegiális beszélgetés, célja a hallgató általános felkészültségének demonstrálása, hogy megfelelő keretek között adhasson számot képességeiről, tudásáról, és zárja le a tanfolyamot. A bemutatás során a hallgatók a többi résztvevővel együtt, oldott légkörben, körben foglalnak helyet. A hallgatók egymást követően vázolják dolgozatukat, amellyel kapcsolatban a többi résztvevő kérdéseket tehet fel, ezekre a hallgatók legjobb tudásuk szerint válaszolnak. A cél az adott dolgozattal kapcsolatos kötetlen beszélgetés, a téma kibontása, megvitatása.

A dolgozat bemutatása és megvitatása után minden hallgató röviden elmondja gondolatait egy választott témájáról a tanult modulok közül, az alábbiak szerint (minden hallgató más témáról beszél). A téma megfogalmazásán túl minden esetben az az elvárás, hogy a hallgató száraz, tankönyvi információk helyett saját, személyes szemszögéből fogalmazza meg gondolatait, véleményét, és képes legyen meghatározni az adott modul helyét, illeszkedését az integratív gyermekpszichoterápia elméleti és gyakorlati megközelítésébe. A cél az, hogy a hallgató megmutassa ismereteit az integratív gyermekpszichoterápiáról.

Tételek:

VIZSGATÉTELEK

1./ A komplex integratív elmélet és módszer jellemzői, sajátosságai, melyek megkülönböztetik más gyermekterápiáktól.

A Komplex Integratív Gyermekterápia (KIGYP) elméletében a dinamikus elvű pszichoszociális és pszichoszexuális fejlődéstan egészül ki a „Social world” (életvilág) fogalmával. Ez az életvilág alkotja a komplex integratív gyermekterápia gerincét: eszerint a gyermeket mindig kontextusában kell megérteni, figyelembe véve a családi viszonylathálót, a megörökölt transzgenerációs traumákkal együtt.

A KIGYP feladata, hogy a gyermeket saját, személyre szabott fejlődésében segítse, felderítve a gyermeki életvilág zavarait, hiányait. Az ericksoni életfelfogást véve alapul a KIGYP a megélésre, a kreatív önkifejezésre helyezi a hangsúlyt, sokkal inkább, mint a megértésre. Fejlődéskonceptiójában figyelembe veszi a testi(szenzoros, perceptuális és motoros), az emocionális, kognitív és szociális tényezőket.

Különbő tudományágakat (pszichológia és gyógypedagógia) és gyakorlati terápiás módszereket együttesen alkalmaz a gyógyulás érdekében (pszichodráma, szenzoros integráció zavarának terápiája, KIP, stb.). Törekszik a modalitások spektrumának kihasználására, a verbális, játék, módosult tudatállapotú, kreatív önkifejező és test-terápiák együttes felhasználására. Mindezek egy szerves jól működő egészé olvadnak össze, kiegészülve a szülőkkel, valamint más társ-szakmák kollegáival folytatott állandó konzultációkkal a gyermeket integrálja élhető közegébe.

2./ Első interjú és folyamatdiagnózis

Sok tekintetben az első kapcsolatfelvételen múlik a terápia jövője, a bizalom kialakulása. Ezért fontos megismerni a segítő kommunikáció különböző helyzetekhez illő, eltérő módjait, a kérdezés és meghallgatás különböző technikáit, a riport kialakításának lehetőségeit, a terápiás keretek és határok kialakítását, a rogersi segítő folyamat dinamikáját, a

gyermekkel és a szülővel való kapcsolatban egyaránt.

A KIGYP sajátos diagnosztikai megközelítése képezi az alapját a terápiás célkitűzések meghatározásának: ezek a folyamatdiagnosztikai támpontok, melyek a következőket tartalmazzák:

a1. Melyek a megtartandó, az életkornak megfelelő egészséges részek, vagyis melyek azok az erőforrások, amiket a gyerek életében és terápiában is felhasználhat.

a2. Mi az, ami zavart szenvedett, vagyis milyen magatartásmódokat, kifejezőmintákat, értékmutatókat kell visszaállítani a terápia során. Milyen fejlődési szakaszban vannak elakadások és mik azok.

a3. Mi az, amivel a gyerek soha sem rendelkezett, soha nem kapott meg, amit ki kell alakítanunk és pótolnunk.

a4. Melyek a kihasználatlan potenciálok, mi az, ami az átlagosnál fejlettebb, szunnyadó, de kifejleszhető képesség.

3./ A rendszerszemlélet alapelvei, a gyermek tüneteinek és a családi rendszer diszfunkciójának összefüggései. A „Social world” jelentése, a gyermek visszaillesztésének lehetőségei családi és szociális közegébe.

A rendszerszemlélet alapfogalmai: rendszer, homeosztázis, határok, alrendszerek, önvezérlés, negatív, ill. pozitív feedback, lineáris és cirkuláris okság, szövetségek és koalíciók, stb.

A rendszerszemléletű gondolkodás a lineáris gondolkodás helyett az egymásra ható, egymással folyamatos kölcsönhatásban lévő részek rendszerré formálódó egészét veszi figyelembe. A gyermek tünetét a családi rendszerben vizsgálja, milyen szerepet tölt be az a családi egyensúly fenntartásában. A család résztvevői különböznek abban, ahogy átélnek a realitásokat, más a „social world”-jük. A családon belül több, egymástól különböző „social world” létezik, de megfelelő kommunikációval, megértéssel és elfogadással egy közös perspektíva alakítható ki az eltérő életvilágok között.

4./ A tranzakcióanalízis alapelvei, alkalmazási lehetőségei gyermek és serdülőterápiában.

Kognitív jellegű módszer, mely épít az intellektusra, a megértésre, a belátásra, ugyanakkor szervesen illeszkedik a játékos technikák repertoárjába.

A tranzakcióanalízis fogalmai mesék, szimbólumok, rajzok formájában válnak értelmezhetővé – a kedvenc történet segítségével a tudattalan élettér részletei válnak felismerhetővé. A gyermekek azonosulnak a hősökkel és saját meséjükkel változtatják meg a sorskönyvüket.

En-állapot modell, másodrendű strukturális modell, tranzakciók, sztókok, sorskönyv, 12 parancs, játszmák, zsetonok.

Tranzakcióanalitikus gyermek és serdülőterápiás módszerek: álommunka, üresszék, szülőterápia, regressziós technikák.

5./ Integratív játékterápia módszerek, típusaik, működési és hatásmechanizmusuk, a terápia egészében elfoglalt helyük és funkciójuk. A rajz – mint diagnosztikai és terápiás lehetőség – felhasználása a gyermekterápiában.

A Komplex Integratív Gyermekterápia gyakorlatában a tradicionális játékterápia a felhasznált módok és eszközök tekintetében kibővült.

A Világteszt eredeti diagnosztikai funkcióját ötvözzük a pszichodráma gyakorlatával, a gyermek nem csak kirakja világát, hanem aktív szerepet vállal az általa kirakott világban, új helyzeteket teremt, korrekciót hoz létre,

Ugyanez a helyzet a szintén diagnosztikus céllal készített ember és családrajzzal is, melyek a gyermek által elképzelt helyzetek szereplőivé, a dráma részévé válnak.

Ezt acélt szolgálja a Polcz Alaine által kifejlesztett Életjáték is, mely könnyen hajlítható drótvázú figurákat használ fel (bábteszt elemei) a gyermek környezetének megjelenítéséhez. A színpad és a könnyen mozgatható bábúk projekciós felületet biztosítanak a gyermek számára.

Az integratív játékterápia konkrét módszertani segítséget nyújt a különböző pszichés hiányok pótlásához, a fixációk feloldásához és a korrekciók lehetőségeihez (pl. szimbiotikus, orális, analízis játékok, indulat-kielő játékok, újraszületés-játék, serdülőterápiás módszerek, stb.)

Megismerteti a rajzfejlődés és személyiségfejlődés összefüggéseit, a rajztesztek szerepét a gyermek megismerési folyamatában.

6./ A Winnicott-féle firkarajz módszertana, elméleti alapjai, hatásmechanizmusa. A Művészetterápia indikációja és technikái gyermekekkel és serdülőkkel.

D.W.Winnicott módszere a gyermek és pszichológus közös „firkálása”. A szimbiotikus helyzet kiválóan alkalmas a szorongó, rémült gyermek oldására, a kapcsolat építésére, az autentikus érzések, a szabadgyermeki én-állapot megélésére. A rajzos „beszélgetés” során a terapeuta eljuthat a traumáig és a megélés után korrekció történhet.

A művészetterápia a kreatív önkifejezés és a test-munka eszközeit kombinálja. A verbális és a játékterápiák olyan kiegészítést nyújtja, mely különösen jól használható szorongó, alacsony verbalitású és a spektrum-zavar jegyeit mutató gyerekek esetében. A festés, agyagozás projektív felületet nyújt a tudattalan tartalmak kifejeződéséhez és így a belső feszültség enyhítéséhez. Serdülőknél ki nem használt potenciálokat szabadíthat fel és növeli az önértékelést.

7./ A serdülés pszichopatológiai és terápiás vonatkozásai. A pszichodramatikus egyéni és csoportterápia indikációja, lehetőségei serdülőkorban.

Serdülőkorban az Én a hirtelen megerősödött ösztönökkel szemben viszonylagosan meggyengül, ezért minden erejére szüksége van, hogy az ösztönkésztetéseket meg tudja fékezni és a társadalmi normák keretein belül tudja tartani.

Ebben az időszakban az ödipális objektumok nem csak gyermekkori emlékként vannak jelen, hanem a maguk eleven valóságában. Ha a szülő ennek nincs tudatában és nem segíti a leválási folyamatot, a serdülő kevésbé tud megbirkózni a vonzással és különböző elhárításokkal próbálkozhat, mint például: az érzések ellentétbe fordítása, vagy hipochondriás aggodalmak, szomatizáció és legrosszabb esetben a regresszió.

A serdülőnek nem csak a leválás, a kortársak felé fordulás a feladata, hanem szexuálisan éretté vált testét integrálnia kell az Én-képbe és el kell fogadnia a felnőtt szerepet, miközben az autonómiára-törekvés, a felelősségvállalás és a regresszív késztetések között hullámszik. A serdülőkor végére létre kell jönnie egyfajta megegyezésnek a felettes Én és az ösztönkésztetések között. Ennek a folyamatnak fontos részei az ödipális szülő restaurálása és a test tulajdonjoga. Vagyis beismerjük, hogy az ödipális vágyak teljesíthetetlenek voltak és ezáltal megtörténhet az ödipális identifikáció, minek következtében vállalni kell a felelősséget a testünkért is.

A serdülőkort egy újraközeledési krízisnek is felfoghatjuk, mikor jelen van a nagyon erős önállósodási törekvés, ugyanakkor vágyakozás a közelségre is, mely különösen erős, ha a korai időszak hiányait hivatott pótolni.

Ugyanakkor a serdülők a szülők olyan oldalait látják meg, melyet elfojtott a családi rendszer – vagyis azt az árnyoldalt veszik észre, mely nem egyezik a család tudatosan vállalt értékeivel és amelytől a szülők is félnek.

Ez a nehéz időszak gyakran termel patológiákat, a kezelés kizárólag szupportív terápia lehet,

nem bonthatók le a védekező mechanizmusok, nem gyengíthetjük az Én-t.

Az egyéni monodrámák és a csoportos pszichodráma alkalmas az indulatok megélésére és kanalizálására, a krízishelyzetek enyhítésére, a kommunikáció fejlesztésére, a szerepek erősítésére, vállalására

8./ A transzállapot jellemzői serdülő és gyermekkorban. A hipnoterápia hatásmechanizmusa, technikai lehetőségei, indikációja gyermekterápiában.

A módosult tudatállapot gyermekeknél sokkal természetesebb élmény, mint a felnőtteknél. Hasonló állapot, életkortól függő gyakorisággal spontán is kialakulhat a fantázia, a játék szerves részeként. Mivel természetes, spontán folyamatokat használ ki, nem alkalmaz a felnőtt hipnoterápiában alkalmazott indukciókat és explicit hipnoterápiás beavatkozásokat. A gyermekhipnózis sokkal inkább a mese- és játékvilághoz hasonlatos. Ezeket az ábrándozásokat a gyermek önmaga is feszültségmentesítésre, traumatikus élményei gyógyítására és az én-fejlődést segítő képzeletbeli sikerek megélésére használja.

Témák: A módosult tudatállapot jellemzői, spontán létrejöttének és szándékos létrehozásának módjai.

A módosult tudatállapotok formái (ábrándozás, meditáció, imagináció, stb.)

A módosult tudatállapotban megfigyelt és létrehozható jelenségek (disszociáció, regresszió, stb.).

Életkor-specifikus jellemzők.

A gyermekhipnózis technikái, funkciója, kontaindikációk.

9./ A Katathym Imaginatív Pszichoterápia alapelvei. A felnőtt és gyermek KIP különbségei a rezsizselvtek tekintetében. A rajz KIP felhasználásának lehetőségei.

A katatím kép megélés módszerét Hanscarl Leuner fejlesztette ki az ötvenes években. Elmélete a pszichoanalízisen, gyakorlata az egyszerű pszichofiziológiás ellazuláson, relaxáción alapul. A relaxált tudatállapotban elért élménysík és fantáziavilág a gyermek tudattalanjának, tudatalatti konfliktusainak, problémáinak szimbolizációja, ezért az előbukkanó imaginációk emocionálisan töltöttek, és egy korábbi, nem ritkán egészen korai gyerekkori életkornak felelnek meg. A terapeuta a munka során a kísérő szerepét tölti be, biztonságos helyzetet és struktúrát teremt. Elsődleges célja, hogy a gyermeket az imagináció során a szorongást keltő, illetve idegenként megélt objektumokhoz közelítse, azokkal megbékítse. A disszociáció folyamata révén a pszichikus zavarok, konfliktusok, traumák és a narcisztikus háttér hozzáférhetővé válnak. A veszélyt jelentő emocionális tartalmak tudatától rejtve maradnak, a terapeuta kísérése, támogatása és aktív elfogadása által a lelki tartalmak átdolgozódnak, a belső feszültség enged.

Gyermek és serdülőkorban kizárólag az alapfokú rezsizselv a megengedett: a következetes kísérés, elfogadás, tartás, ritmus, struktúrálás, töltés.

Rajz KIP

A latenciakort megelőző években, de még latenciában is, a fantázia a pszichés működésben központi szereppel bír és nincs éles határ a fantázia és a realitás között. Előfordulhat, hogy az imagináció során a kisgyermekben erős emóciók törnek fel, mert az éber tudat cenzúrasorompói fellazulnak és imaginatív síkon elárasztódik a gyermek félelmetes fantáziákkal. Ezért kisebb gyerekekkel, de még latenciában is az általunk kifejlesztett Rajz KIP használata javasolt – arra a tényre alapozva, hogy rajzolás közben a gyermek módosult tudatállapotba kerül, de a rajzolás, mint aktív cselekvés és a terapeuta szupportív strukturálása és korrektív részvételének megóvja a gyermeki lelket. A KIP hívóképeinek (virág, rét, fa, stb.) lerajzolása,

speciális struktúrállása és korrekciója pótolja a narcisztikus hiányokat és segít, hogy egészséges integrált személyiség épüljön fel.

10./ Az ericksoni emberkép. Az ericksoni rövidterápia alapelvei, főbb technikái, a terápia fókusza serdülőknél, a belső erőforrások kiaknázásának lehetőségei.

Az Ericksoni hipnózis nem használ a tradicionális hipnoterápiában alkalmazott orvosi módszereket (indukció, regresszió, explicit terápiás munka). Ehelyett a módosult tudatállapotot olyan spontán, természetes folyamatnak látja, mely nem igényel direkt külső beavatkozást. A hipnózist csupán módosult kommunikációs formaként tekinti. Nem a módosult tudatállapot létrehozása a célja, amely valamely terápiás beavatkozás előfeltétele. Célja maga a kommunikáció, melynek módosításával, megfelelő használatával a személy nyitottá válik az új tanulásra, kiépíthető a raport, és a személy visszavezethető saját belső, létező erőforrásaihoz.

Témák:

Az Ericksoni emberkép, fejlődésmélelet a dinamikus, fenomenológiai és kognitív elméletek tükrében. Egészség és betegség vs. rugalmasság és rugalmatlanság. A hipnózis, mint kommunikációs forma. Transzállapot jellemzők. A direkt és indirekt szuggessziók különbségei és hasonlóságai, funkciójuk és korlátaik. Az indirekt szuggessziók nyelvezete, nyelvi formulái. Terápiás metaforák használata és működése. A sokk, a meglepetés és a paradoxon funkciója, használata, korlátai. Átkeretezés és kettős kötések. Rövid-terápiás beavatkozások, kríziskezelés. A tünet funkciója és pozitív szándéka, a változás előidézése. Munka az ellenállással. Konfrontáció és megoldás – orientált módszerek serdülőkkal és családokkal. Keretek és határok, indikációk és kontraindikációk.

Az oklevél feltételei

A tanfolyam és a szupervízió elvégzésén, valamint a záróvizsga sikeres letételén felül az alábbi feltételek teljesítése szükséges az oklevél kiadásához:

- 1.) A Magyar Pszichodráma Egyesület Tanulmányi Bizottsága vagy Titkársága által kiállított aláírt, lepecsételt igazolás vagy index, pozíciószámmal rendelkező 150 óra önismereti sajátélményről, **kiképző** terapeutaánál.
- 2.) Ugyanilyen igazolás a 100 óra más önismereti sajátélményről, **kiképző** terapeutaótól
- 3.) Az alábbiak egyike szükséges:
 - pszichiátriai vagy klinikai szakpszichológus szakvizsga
 - pszichiátria vagy klinikai szakpszichológus képzés index másolata (elég a pszichopatológia záróvizsgáról)
 - 80 óra propedeutika igazolása

Megszerezhető cím

A képzés összes feltételének teljesítését követően a résztvevők alapidiplomától függően "**Komplex integratív gyermekterapeuta**" (orvosi vagy pszichológusi végzettség esetén) vagy "**Komplex integratív gyermekkonzulens**" oklevelet és címet szereznek.

A KIGYP vizsgadolgozat (gyermekpszichoterápiás esettanulmány) ismérvei

A pszichoterápiás esetleírásnak eleget kell tennie a Bálint Mihály által megfogalmazott pszichológiai rekonstruálhatóság elvének. Ez azt jelenti, hogy az esetet elolvasók számára a referált páciens mintegy „megjelenjen előttük”, tehát az eset pszichológiailag rekonstruálhatóvá váljon a tünet kialakulása, a betegséglefolyás, és a terápia ismertett mozzanatain keresztül.

A dolgozat három részből áll.

Az első rész a dolgozatíró szakmai önéletrajza.

A második rész a kontextus ismertetése, melynek célja, hogy az adott pszichológiai rendszerben nem, vagy kevéssé járatos olvasó értelmezni tudja az abban alkalmazott terápiai beavatkozások háttérét, működési mechanizmusát. Ez az elméleti rész tehát az integratív gyermekpszichoterápia, mint módszer rövid összefoglalása a dolgozatíró összegzésében.

A harmadik rész maga az eset leírása, mely sorrendben az alábbi témákból áll:

1. A kontaktus létrejötte

Hogyan jelentkezik a szülő és honnan? A bejelentkezés módja (ha telefonon: hangja, stílusa, stb.). A terapeuta fantáziája, a létrejött áttételi érzések.

2. Első interjú

A szülő pontos megfigyelése, a terapeutában megjelenése, kommunikációja, viselkedése (beszédmód, kézfogás, öltözködés, testhelyzet, alak, mimika, stb.) nyomán keletkezett benyomások pontos leírása. Miért jött a terapeutához? Hogyan választotta a terapeutát, ki ajánlotta és hogyan, vagy ki küldte a terapeutához? Milyen érzésekkel jött el hozzá? A tünetek nagyon alapos, precíz felvétele. Mi a tünet, mik a panaszok? Mióta állnak fenn, és milyen körülmények között? Mi fokozza, illetve mi mulasztja el? Kezelték-e már, és hogyan? Hogyan reagál a környezet a tünetre, az miként befolyásolja a családi történéseket? Milyen előnyök származtak belőle, és milyen hátrányokat okoz? Milyen a gyermek és a szülők „social world”-je? Honnan, milyen születési családból jöttek, milyen transzgenerációs traumák lehetségesek a háttérben. Milyen alrendszerek működnek a jelen családon belül? Mit szeretne a szülő, illetve mit vár el a terapeutától? A szülő mindezt spontán, vagy szükség esetén kérdésekre válaszul mondja el. Fontos kitérni arra is (ezért szükséges megkérdezni), hogyan érezte magát a szülő az ülésen, véleménye szerint tudnak-e együtt dolgozni a terapeutával, milyen benyomásai alakultak ki róla és az első beszélgetésről?

3. Anamnézis

Családfa, a szülők helyzete a születésnél, kívánt vagy nem-kívánt gyermekként fogant, esetleg másnak várták-e a gyermeket. Milyen volt a terhesség, a szülés, a kisgyermekkor? Milyen volt a gyermek korai viselkedése, és a szülők érzései? Milyen volt a gyermek és a szülők interakciója, a szoptatás és az elválasztás? A gyermek vagy a szülő esetleges betegségei, szeparáció, a szülő fáradtsága? Hogyan sikerült a szocializáció, a beilleszkedés a közösségekbe? Milyen volt és milyen most a testvérekkel való viszony, a kapcsolat a tágabb családdal, nagyszülőkkel? A stroke-háztartás leírása, mik a megengedett érzelmek? Milyenek a jelen életkörülmények, mivel elégedett a szülő, min változtatna? Hogyan látja a szülő magát, férjét/partnerét, gyermekeit?

4. A szerződés

Az alkalmak várható száma, időtartama, az ülések lemondása, a gyermek kísérete, a következő beszélgetés, stb.

5. A benyomások összesítése

Milyennek tűnik a szülő személyisége? Milyen áttételi jelenségek, játszmák várhatók? Milyen érzelmeket keltett a terapeutában, mik a várható viszontátvételek? Mit gondol a terapeuta a szülő

igényeiről, érzéseiről, képes-e belépni a szülő „social world”-jébe? Képes-e segíteni, emlékeztetni a szülő valakire? Megjelent-e benne már viszonttáttéti érzés? A személy milyen szülőnek tartja magát, éretten funkcionál-e a szülőszerepben? Mit kíván gyermekétől valójában? Mitől szenved? Milyen rendszerek működnek a családon belül, mit old meg a gyermek tünete, mi a haszna?

6. Találkozás a gyermekkel

Az első találkozás a gyermekkel

kapcsolatteremtés leírása, az első benyomások. A gyermek szimptomatológiája keresztmetszeti képben, a tünetek és jelentésük bemutatása részletesen.

További találkozások a gyermekkel

A gyermek mindenkori kommunikációjának, játékának megfigyelése és leírása.

Összegzés

gyermek szimptomatológiája hosszmetzeti képben, az élettörténeti adatok tükrében: a tünetek előzményei és az összefüggések feltárása. A gyermek „social world”-jének meghatározása. A folyamatdiagnosztikai támpontok részletes bemutatása.

7. Terápiás terv

A választott pszichoterápiás módszer leírása, a választás indoklása, a lehetőségek figyelembevétele (iskola, nevelési tanácsadó, magánrendelés, stb.). A folyamatdiagnosztikai támpontok figyelembevétele, a megfelelő korrekciók megtétele. A tervezett beavatkozások, módszerek számbavétele, indoklása. Tervezett ülásszám, a terápia várható szakaszai, a terápia célja.

8. A terápiás ülések folyamata

A kapcsolat fejlődése és a terápiás vonalvezetés bemutatása. A terápia szakaszai. A történések értelmezése a terápia hosszmetzetében. A fejlődés érdekében tett lépések és maga a fejlődés leírása. A család reakciói, váratlan előreivő és akadályozó tényezők. A terápia során felmerülő ellenállások és indulatáttéti viszonyulások leírása. A terápia egésze szempontjából fordulópontot jelentő, vagy módszertani szempontból kiemelkedő ülések bemutatása, több ülés idézett menete.

9. Befejezés

Hogyan történt a terápia lezárása: a terapeuta javaslatára, a terápiás tervnek megfelelően, vagy másképpen (a szülő szakította meg, a gyermek fejezte be az iskolát, vagy a terapeuta hagyta el a terápiás helyet, stb.)? Érett volt-e a gyermek a búcsúra? Melyek voltak a lezárás és gyász munka történései, melyek voltak az utolsó szavak és tettek? Utánkövetési információk (ha vannak).

10. Összefoglalás

A tüneti kép változásai és annak a pszichoterápiás folyamattal való összefüggései. Sikerült-e elérni a kitűzött terápiás célt, s ha igen, hogyan és miért? Ha nem, miért nem? Megváltoztak-e a terapeuta kezdeti nézetei, és ha igen mikor, miért és hogyan? Hol hatott vissza a terapeuta fejlődésére a gyermekkel folytatott közös munka?