

Mariusz Ślosarczyk

## CZY PSYCHOTERAPIA POWINNA WYCHOWYWAĆ?\*

### SHOULD PSYCHOTHERAPY BRING UP?

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ w Krakowie

Kierownik: prof. dr hab. med. Jacek Bomba

**psychotherapy  
bringing-up  
behavioral disturbances  
in adolescents**

Autor w oparciu o swoje doświadczenia ambulatoryjnej pracy z młodzieżą rozważa zależności pomiędzy psychoterapią a wychowaniem w odniesieniu do pacjentów z zaburzeniami zachowania lub określanych przez ich rodziców jako dzieci sprawiające trudności wychowawcze.

**Summary:** Parents who come with their children to psychiatrists pretty often expect to gain not only professional psychiatric help but also educational advice. Sometimes all the complaints reported to a doctor are a picture of the parents' difficulties in bringing up the child rather than anything else. Those difficulties often increase during the period of adolescence. The goal of the review paper is to describe possible relations between psychotherapy and upbringing as well as the ways therapists can cope with the titled dilemma. Reflections were built above all on the basis of out-patient work with adolescents. The main conclusion is that it seems impossible to separate both types of influences but the fact that they coincide is of great importance for the child and adolescent therapists as being not only a source of new challenges but also of additional responsibility.

### Wstęp

Tytuł mojego artykułu ujęty został w formie pytania, co właściwie mogłoby usprawiedliwić pojawienie się oczekiwań, iż przyniesie on precyzyjną na to pytanie odpowiedź. Ktokolwiek jednak zajmuje się już pewien czas psychoterapią lub też wychowaniem (choć o tej drugiej dziedzinie mówię tylko z pozycji teoretyka) ten wie, że o precyzyjne odpowiedzi na pytania dotyczące różnych aspektów tych aktywności jest szczególnie trudno. Może lepiej byłoby zresztą powiedzieć, że precyzyjne, a nawet bardzo precyzyjne odpowiedzi są możliwe, jednak liczba uogólnień i uproszczeń, a także arbitralnych rozstrzygnięć, których wymagają, sprawia, że nie mogą być one szeroko przyjęte. Takie odpowiedzi wzbudzają słuszną krytykę i liczne kontrowersje. Jeśli stają się przy tym okazją do dyskusji, spełniają tym samym niewątpliwie ważną rolę, jednak wydaje się (choć może to tylko złudzenie), że

---

\* Wystąpienie, pod tym samym tytułem, zostało wyróżnione na Konferencji Naukowej Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w Wiśle (13-14 czerwca 2003 roku). Nagrodą jest jego publikacja w „Psychoterapii”.

tak w psychoterapii, jak i w pedagogice etap skrajnych stanowisk i mód mamy już poza sobą i coraz powszechniej przyjmuje się, że niemożliwe jest stworzenie jednej, prostej i zawsze sprawdzającej się teorii, która wyjaśniałaby powstawanie i rozwój zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania człowieka czy też dawała uniwersalną receptę na optymalne oddziaływania wychowawcze. Warto może w tym momencie przywołać słowa Arystotelesa, który we wstępie do jednej ze swoich syntez etycznych napisał, że istnieją takie obszary ludzkich dociekań, gdzie możliwe jest uzyskanie tylko pewnego ograniczonego stopnia ścisłości, do którego oczywiście należy dążyć, ale którego nie sposób już dalej zwiększać. Wydaje mi się, że kiedy dzisiaj czytamy np. *Etykę* Barucha Spinozy, w której normy etyczne zostały ujęte w precyzyjne aksjomaty i twierdzenia, nie mamy raczej wątpliwości, że Arystoteles miał rację. Współcześnie podobnie jak dzieło Spinozy wyglądają podręczniki nauk medycznych, w których zapanowała wszechobecność algorytmów. Wprowadzenie ich jednak do psychiatrii, a zwłaszcza psychoterapii, a myślę, że także i do pedagogiki, byłoby nie tyle niemożliwe, co po prostu mało użyteczne. Konieczność dostosowywania naszych działań do potrzeb i możliwości indywidualnego i niepowtarzalnego człowieka jest w tych dziedzinach zwyczajnie zbyt elementarną zasadą, żeby algorytmy mogły oddać w nich jakieś większe przysługi. Antoni Kępiński odwołując się do historii psychiatrii pisał nawet o potrzebie poszerzenia kryteriów naukowości w badaniach psychiatrycznych, ponieważ „prace oparte tylko na subiektywnych obserwacjach i nierzadko intuicyjnych wnioskach, więc prace nie zasługujące na miano naukowych, w znacznie większym stopniu pomagają nam zrozumieć chorego i często znajdują potwierdzenie w codziennych doświadczeniach każdego psychiatry, doświadczeniach, których nie da się ująć w żadne dotychczasowe sprawdziany naukowe, gdyż są zbyt subiektywne” [1]. Myślę, że takie właśnie niepowtarzalne i subiektywne doświadczenie nasyczonego licznymi treściami kontaktu z drugim człowiekiem, a konkretnie, tym razem, z dzieckiem lub adolescentem, jest codziennym udziałem zarówno psychoterapeuty dziecięcego, jak i wychowawcy. W czym ich role są podobne, a w czym różne? Czy mogą oni przejmować nawzajem część swoich zadań z pożytkiem, a przynajmniej bez szkody dla pacjenta czy wychowanka? A być może psychoterapeuta powinien odżegnywać się od wszelkich oddziaływań wychowawczych? Wszystkie te pytania wydają się mieć duże znaczenie praktyczne.

Geneza niniejszych rozważań wiąże się ściśle z pierwszymi doświadczeniami autora w pracy ambulatoryjnej z dziećmi i młodzieżą, w tym przede wszystkim z osobami w okresie dojrzewania. Praktyka pokazuje, że bardzo wiele skarg wypowiedzianych w przychodni przez rodziców (a wiadomo, że to właśnie rodzice na ogół zabierają głos jako pierwsi w trakcie wizyty u psychiatry dziecięcego) dotyczy raczej trudności wychowawczych z dzieckiem, aniżeli obserwowanych zachowań czy też stanów emocjonalnych, które wskazywałyby na zaburzenia psychiczne. Często rodzice nie mówią w pierwszej kolejności o smutku, przygnębieniu, płaczliwości, lęku, apatii czy też niezrozumiałych zachowaniach lub wypowiedziach dziecka i pogorszeniu się kontaktu z nim, nawet jeśli stany takie rzeczywiście mają miejsce, natomiast chętnie akcentują niespełnianie przez dziecko poleceń, brak szacunku dla rodziców czy nauczycieli, odmowę pomocy w domu, zbyt dużą drażliwość, agresję słowną lub fizyczną. Na ogół powodem takiego właśnie formułowania skarg nie wydaje się niedostatek troskliwości i uwagi poświęcany dziecku, ale raczej żal i poczucie własnej bezsilności. Rozmowa z psychiatrą staje się też dla rodziców okazją do

odreagowania, często w spiętrzonej formie, negatywnych emocji, jakie wyzwała w nich dziecko. Wiadomo przy tym, że zwłaszcza u młodszych dzieci zaburzenia emocjonalne nie przejawiają się nie budzącymi wątpliwości i łatwymi do zaobserwowania stanami afektywnymi, ale właśnie nieprawidłowym zachowaniem i w takim wypadku nie można się dziwić, że rodzice sami nie potrafią do końca przeniknąć prawdziwego znaczenia buntowniczych zachowań dziecka. Niezbędną częścią wizyty u psychiatry dziecięcego jest oczywiście indywidualna rozmowa z dzieckiem, która pozwala na ogół postawić fachową, przynajmniej wstępną, diagnozę i tym samym odnaleźć ostateczną interpretację skarg wypowiedzianych wcześniej przez rodziców, a w praktyce na ogół przez matkę, bo to ona najczęściej przychodzi z dzieckiem do psychiatry. Często jednak jest tak, że u dziecka nie udaje się znaleźć żadnych zaburzeń psychicznych, a jedyną stwierdzaną nieprawidłowością lub też, mówiąc ostrożniej, po prostu jedynym, co się da stwierdzić w badaniu, jest właśnie nieposłuszeństwo czy też niegrzeczność. Niegrzeczność ta zresztą na ogół (według własnych badań: w ponad połowie przypadków) nie osiąga rozmiarów pozwalających na rozpoznawanie, w zgodzie z badawczymi kryteriami diagnostycznymi ICD-10, zaburzeń zachowania, nawet w formie najłagodniejszej, czyli zaburzeń opozycyjno-buntowniczych [2]. Mamy po prostu wtedy do czynienia z trudnościami wychowawczymi, dla których nie ma odpowiedniego określenia (diagnozy) w obrębie paradygmatu medycznego czy też psychiatrycznego. Wydaje się, że zaburzenia zachowania, ich podtyp w postaci zaburzeń opozycyjno-buntowniczych oraz właśnie trudności wychowawcze nie osiągające poziomu diagnozy medycznej jawią się jako szczególnie typowy obszar nakładania się kompetencji psychoterapeuty i wychowawcy, i dlatego poświęćmy im później nieco więcej uwagi. Zanim to jednak zrobimy, przyjrzyjmy się z osobna istocie psychoterapii oraz istocie wychowania.

### **Psychoterapia**

Jak wiadomo, istnieje wiele szkół psychoterapeutycznych, a tym samym wiele modeli prowadzenia psychoterapii oraz definicji tego zjawiska. Na ogół pomiędzy reprezentantami większości szkół istnieje zgodność co do podstawowej i zwięzłej definicji określającej psychoterapię jako metodę leczenia za pomocą środków psychologicznych. Istnieją jednak również potoczne oraz metaforyczne znaczenia słowa „psychoterapia” (rozmowa z życzliwą osobą, udzielanie dobrych rad, pocieszanie, uspokajanie, dodawanie otuchy), istnieje też szerokie rozumienie tej nazwy jako ciepłej i empatycznej postawy wobec człowieka cierpiącego. Psychoterapia bywa też rozumiana jako dziedzina kultury zajmująca się najogólniejszymi kwestiami dotyczącymi natury ludzkiej, zwłaszcza w aspekcie zdrowia i choroby, i w tym aspekcie można by ją wręcz traktować jako dział filozofii [3]. Jeśli jeszcze weźmiemy pod uwagę szczegółowe definicje twórców i przedstawicieli poszczególnych szkół psychoterapeutycznych zawierające już w sobie pewne szczególne rozumienie przyczyn powstawania trudności i zaburzeń, to trzeba będzie uznać, że zbudowanie wyczerpującej definicji psychoterapii, nawet tylko jako specyficznej metody leczenia czy też pomagania, jest właściwie niemożliwe.

Ciekawym problemem wydaje się emocjonalne znaczenie słowa „psychoterapia”, to znaczy rodzaj skojarzeń, fantazji i emocji, jakie to słowo wywołuje w społeczeństwie, w środowisku lekarskim, a także w środowisku psychiatrycznym, mamy tu bowiem do czynienia z pewną charakterystyczną dychotomizacją stanowisk, przy czym szczególnie

często spotykane są reakcje o skrajnych zabarwieniach. Z jednej strony, osoby na co dzień posługujące się w swojej pracy psychoterapią mają tendencję do gloryfikowania tej metody leczenia, do traktowania jej jako czegoś nie tylko skuteczniejszego, ale też w jakimś sensie lepszego, godniejszego niż inne rodzaje terapii. Z drugiej strony, wielu lekarzy zajmujących się innymi niż psychiatria działami medycyny, a także wielu biologicznie zorientowanych psychiatrów nie traktuje psychoterapii zbyt poważnie, chętnie umieszczając ją poza obszarem medycyny i leczenia, i rozumiejąc bardziej jako pomoc psychologiczną. W takiej sytuacji słowo „terapia” współtworzące interesujące nas tu pojęcie wydaje się tracić swoje właściwe znaczenie.

Reakcją na takie postrzeganie psychoterapii jest obrona jej medycznego modelu, w którym podkreśla się, że w metodzie tej chodzi o leczenie, a więc stany, w których może być ona stosowana, to choroby i zaburzenia. W takim ujęciu nie miałyby sensu używanie słowa „psychoterapia” wobec sytuacji pomagania w różnego rodzaju trudnościach emocjonalnych, życiowych czy wychowawczych, a tym bardziej wtedy, gdy celem pomocy jest samopoznanie lub na przykład nabycie nowych umiejętności społecznych. W takich wypadkach adekwatne byłyby raczej określenia: „pomoc psychologiczna”, „poradnictwo psychologiczne”, „edukacja” lub „psychoedukacja”, „poradnictwo pedagogiczne”, „wychowanie”. Jeśliby więc uprawiać psychoterapię w modelu medycznym, należałoby zajmować się tylko tymi osobami, których problem można przyporządkować jednemu z kodów dostępnych w aktualnie obowiązujących klasyfikacjach psychiatrycznych. Wydaje mi się jednak, że tak dzieje się rzadko. Przedstawiciele wielu szkół psychoterapii uznawanych przez środowiska akademickie za poważne, a tym bardziej szkół rozwijających się z dala od takich środowisk, nie traktują przecież klasyfikacji psychiatrycznych jako punktu wyjścia swoich działań sięgając raczej do własnego rozumienia rozwoju człowieka oraz mechanizmów powstawania jego trudności czy zaburzeń.

Takie rozumienie, w języku choćby szkoły analitycznej, podejścia humanistycznego (skoncentrowanego na kliencie, szkoły Gestalt), egzystencjalnego, systemowego czy też ericksonowskiego może pozostawać w bardzo nikłej relacji do terminologii ICD-10 czy DSM-IV. Psychoterapeuci różnych szkół koncentrują się raczej na problemach, trudnościach w funkcjonowaniu, braku satysfakcji z życia, dolegliwościach opisywanych spontanicznie przez samego pacjenta niż na analizie obecności zespołów objawów koniecznych do rozpoznania poszczególnych jednostek psychiatrycznych. Model medyczny psychoterapii, a więc psychoterapia w sensie najściślejszym, rzadko bywa konsekwentnie stosowany. Wynika to chyba z faktu, że opis zaburzeń oferowany przez współczesne klasyfikacje nie stanowi żadnej pomocy w leczeniu psychoterapią, ponieważ nie kryje się za nim żadna spójna koncepcja, która wyjaśniałaby rozwój zaburzeń, a nie mając takiej koncepcji nie sposób psychoterapii skutecznie stosować. Nie ma żadnego uzasadnienia dla stosowania psychoterapii dopiero w momencie, gdy konstelacja i czas trwania objawów pozwalają na rozpoznanie np. zaburzeń lękowych, depresyjnych czy zachowania wg ICD lub DSM, a niestosowania wtedy, gdy brakuje przykładowo jednego objawu lub dodatkowego tygodnia jego obecności. Można by powiedzieć, że współczesne określenie psychiatrycznej granicy pomiędzy tym, co jest zaburzeniem (czy chorobą), a tym, co nim nie jest, pozostaje bardzo słabo uzasadnione, dlatego też rozdział pomiędzy psychoterapią a pomocą psychologiczną nie może być precyzyjny.

Podobnie nieściśła i bardzo otwarta jest współczesna definicja zdrowia, w której mowa jest nie o samej nieobecności choroby, ale o pełnym dobrostanie fizycznym, psychicznym

i społecznym, czymkolwiek by on był. W tej sytuacji możliwości działania psychoterapeutów oferujących „pogłębianie zdrowia” są bardzo szerokie, a ponieważ wiele szkół psychoterapeutycznych (może szczególnie koncepcje humanistyczne) ma za sobą określoną filozofię człowieka lub wręcz ideologię, widać, że granica pomiędzy psychoterapią a czymś, co mogłoby być wprawdzie osobistym rozwojem, ale nosiłoby też cechy formowania czy też kształtowania ludzi, nie jest również wyraźna [4]. W przypadku dzieci i młodzieży takie formowanie nazwiemy bez wahania specyficzną formą wychowania.

### Wychowanie

Teraz kilka słów o istocie wychowania. Można powiedzieć, że intuicyjnie wyczuwamy, czym jest wychowanie. Myśląc o nim wyobrażamy sobie jakiś, prawdopodobnie dość złożony, kompleks działań, podejmowanych w relacji pomiędzy wychowawcą a wychowankiem, przy czym wychowawca to ktoś pragnący wywołać określoną zmianę w wychowanku, określony jego rozwój, opierający się na bliskich wychowawcy, a w dużej mierze po prostu społeczeństwu, które go do takiej roli deleguje, wartościach przekazywanych za pomocą specyficznych oddziaływań, natomiast wychowanek to osoba poddawana takim właśnie oddziaływaniam, w mniejszym lub większym stopniu skłonna je przyjmować [5]. Wyobrażamy sobie więc relację skośną, ustrukturowaną na podstawie takich pojęć, jak: wiedza, władza, program, kompetencja, przypisywanych wychowawcy. Wychowanek byłby raczej kimś w takiej relacji po prostu umieszczonym niż osobą, która mogłaby ją współtworzyć. Tak pojmowane wychowanie budzi mieszane skojarzenia i emocje oraz nasuwa wiele pytań. Kto miałby określać kierunki pożądanej zmiany w dziecku? Na jakiej podstawie miałyby się to dokonywać, czyli, jaki system wartości powinien stać za działaniami wychowawcy? Jak można by zapobiegać ewentualnym nadużyciom ze strony wychowawców, które nietrudno przy tak wielkiej ich władzy sobie wyobrazić? W jakim stopniu dziecko rzeczywiście musi być jedynie biernym uczestnikiem takiej interakcji?

Niewątpliwie kształt wychowania, a w szczególności struktura relacji pomiędzy wychowawcą a dzieckiem zależy od przyjętej koncepcji człowieka, a model wychowania będzie zupełnie inny w pedagogice marksistowskiej, inny w chrześcijańskiej, personalistycznej, humanistycznej, egzystencjalnej czy liberalnej. Obowiązujący w Polsce jeszcze całkiem do niedawna marksistowski nurt pedagogiki cechował się pewnymi skrajnościami w rozumieniu sensów wychowania, co niewątpliwie nasila naszą dzisiejszą podejrzliwość w tej kwestii. Tamta pedagogika traktowała dziecko jako plastyczną materię, którą wychowanie miało włączyć w zbudowany na podstawie przyjętej wcześniej ideologii kolektyw, aby mogła aktywnie działać na rzecz jego dobra. Wychowanie było, by zacytować podręcznik z tamtego okresu, „świadomym i zamierzonym urabianiem osobowości ludzi według przyjętych wzorców w toku stosunków oraz interakcji społecznych” [6]. Zakładało ono skrajnie skośną relację wychowawczą, bierność dziecka, ścisły program działań powierzony przy tym raczej instytucjom niż indywidualnym wychowawcom, a przede wszystkim wyższość interesu grupy nad dobrem jednostki, której autonomia nie była w ogóle uwzględniana. Wartością nadrzędną było dobro kolektywu, robotniczej komuny, socjalistycznego państwa. Oczywiście nie oznacza to, że wszyscy wychowawcy w okresie PRL akceptowali takie zasady wychowywania, taka jednak była oficjalna wykładnia pedagogiczna, która zresztą chętnie odwoływała się do odpowiednio preparowanych bieżących osiągnięć psychologii

rozwojowej czy socjologii.

W najostrzejszej może opozycji do idei materialistycznych rozwijały się w pedagogice koncepcje naturalistyczne. Działo się to w sposób systematyczny co najmniej od czasów Rousseau. Tego rodzaju rozumienie wychowania miało kluczowe znaczenie w działalności polskiej Komisji Edukacji Narodowej, przewijało się w ideach Pestalozziego, Tołstoja czy Froebła, znalazło też wyraz w ruchu tzw. nowego wychowania („twórczej szkoły”) współtworzonym przez takich myślicieli, jak: Dewey, Piaget czy Decroly. W Polsce wybitnymi przedstawicielami idei twórczej szkoły byli chociażby Henryk Rowid, Jerzy Ostrowski, a także i Janusz Korczak. Koncepcje naturalistyczne nie rozumiały wychowania jako formowania człowieka w zgodzie w pewnymi z góry przyjętymi wzorcami. Miało być ono wyzwaniem jego indywidualnych możliwości rozwoju, stwarzaniem optymalnych warunków do kształtowania się specyficznych, indywidualnych cech osobowości. Najistotniejsza w takim modelu wychowania była gruntowna znajomość prawideł rozwoju dziecięcej psychiki, podporządkowanie wychowania kolejnym etapom naturalnego rozwoju, szacunek dla autonomii dziecka, wspólne z wychowankiem zmierzanie do jego niezależności i samodzielności. Takie wychowywanie będące właściwie umiejętnym wspomaganie rozwoju w warstwie aksjologicznej oznaczało przesunięcie akcentu z poziomu dobra większej społeczności złożonej z dość anonimowych jednostek na poziom dobra konkretnego, niepowtarzalnego dziecka. Jeden z twórców nurtu nowego wychowania, John Dewey, nazwał to przesunięcie „przewrotem kopernikańskim w pedagogice”, ponieważ w wyniku niego dziecko stało się słońcem, wokół którego powinny krążyć wszelkie poczynania wychowawcze [7].

Widzimy więc, że koncepcje pedagogiczne bynajmniej nie są jednolite i rozciągają się pomiędzy przekonaniem, że wychowanie jest właśnie dokładnie tym, co nazywamy rozwojem, a poglądem, że rozwój pozostaje czymś niezależnym i immanentnym, a wychowanie jedynie go wspomaga. Jeśli poszukać tu analogii z koncepcjami psychoterapeutycznymi, które, jak widzieliśmy, również jakoś odnoszą się do pojęcia rozwoju, można zobaczyć, że utożsamienie wychowania z rozwojem wykazuje pokrewieństwo z modelem poznawczo-behawioralnym opartym na teorii uczenia się, natomiast rozdzielenie tych zjawisk przyznające prymat wewnętrznej energii rozwoju człowieka z pewnością ma wiele wspólnego z podstawami teoretycznymi podejścia humanistycznego. Oczywiście wiele jest możliwości pośrednich i pewnie właśnie je należałoby uznać za najbardziej atrakcyjne.

Mówiliśmy już o rodzaju relacji wychowawczej w modelu materialistycznym – jest ona skośna i przyznaje bezwzględny prymat wychowawcy, jako osobie jedynie kompetentnej, nad zupełnie zależnym dzieckiem. Z kolei skrajne koncepcje naturalistyczne, eliminując właściwie wpływ wychowawcy na rozwój dziecka, rozmywają odpowiedzialność za kierunek tego rozwoju i każą przyjąć niezwykle kontrowersyjny pogląd, że niezależnie od tego, w jakim kierunku dziecko się spontanicznie rozwinie, będzie to kierunek pomyślny. Kryje się za tym przekonanie, że człowiek jest istotą z natury dobrą, co, delikatnie mówiąc, nie jest wcale takie pewne. Myślę, że za korzystną należałoby uznać bardziej symetryczną i oczywiście w pełni podmiotową, to znaczy zakładającą obustronną autonomię, relację wychowawcy i dziecka. W takiej relacji w rozwoju wychowanka przenikałyby się elementy spontanicznie przez dziecko wnoszone, będące fragmentem jego niepowtarzalnej indywidualności, oraz interwencje wychowawcy mające na celu przybliżenie dziecku takich

uniwersalnych, ogólnoludzkich wartości, jak np. wolność, prawda, miłość, twórczość, szacunek dla drugiego człowieka, w taki sposób, aby dziecko mogło je samo w swojej wolności zaakceptować i zdobyć dla siebie [8]. Opisany typ związku dziecka i wychowawcy daje też możliwość rozsądnego podziału odpowiedzialności za efekty rozwoju i wychowania pomiędzy obu jego twórcami. Można ponadto liczyć, że istotnym elementem takiej relacji stanie się autentyczna więź emocjonalna. Wszystko to powinno umożliwić zarówno dziecku, jak i wychowawcy czerpanie satysfakcji z tak ukształtowanego związku. Jak widać, tam, gdzie mowa o problemach rozwoju człowieka, psychoterapia i wychowanie spotykają się ze sobą. Dzieje się tak, ponieważ oba te zjawiska oparte są na psychologicznym oddziaływaniu, wpływie na drugiego człowieka. Myślę, że nie można od tego faktu do końca uciec, nawet chroniąc się w obszarze medycznego modelu psychoterapii.

### **Zaburzenia zachowania**

Wróćmy teraz do obszaru psychopatologii, który stanowi przykład szczególnego nakładania się kompetencji psychoterapeutycznych i wychowawczych, czyli do obszaru zaburzeń zachowania. Ta formuła diagnostyczna od dawna budzi niechęć części psychiatrów, którzy widzą w niej przykład czysto socjologicznej drogi konstruowania granicy pomiędzy normą a patologią. Współcześnie obowiązujące systemy klasyfikacyjne rzeczywiście nie tylko nie wypowiadają się na temat etiopatogenezy takich zaburzeń, co, jak wiadomo, stanowi osiowe założenie przyjęte przez ich twórców, ale również nie wymieniają specyficznych problemów emocjonalnych, objawów zaburzeń emocji czy też typowych dysfunkcji w obrębie tworzącej się osobowości dzieci i adolescentów z takim problemem. Podstawą rozpoznania są wyłącznie konstelacje pewnych określonych, a przy tym uporczywych zachowań. Zwraca uwagę, że listy tych wymaganych do rozpoznania zachowań przypominają trochę rozbudowaną uwagę z uczniowskiego dzienniczka (tu szczególnie mam na myśli zaburzenia opozycyjno-buntownicze) albo też akt oskarżenia odczytywany w sądzie dla nieletnich (w przypadku „mocnych” kryteriów zaburzeń zachowania). Rzeczywiście jest tak, że diagnoza wynika tu raczej ze społecznej odmowy akceptowania niektórych zachowań, aniżeli z istnienia pewnego rodzaju dyskomfortu stwarzanego przez objaw czy nawet jego dysfunkcyjność. Fakt ten znakomicie przekłada się na trudności, na jakie natrafia psychiatra przy poszukiwaniu motywacji do leczenia pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń zachowania.

Struktura diagnozy zaburzeń zachowania we współczesnym wydaniu jest dlatego myląca, że nie wprost sugeruje, iż dzieci z takim zaburzeniem nie przejawiają nieprawidłowości w zakresie życia emocjonalnego czy też rozwoju osobowości. Wiadomo, że jest zupełnie inaczej – dzieci i adolescenty z zaburzonym zachowaniem prezentują bardzo często również całą gamę zaburzeń emocji, które, nawet jeśli pozostają na poziomie subklinicznym, stanowią jeden z podstawowych elementów, do których odwołujemy się w pracy terapeutycznej. Z drugiej zaś strony nieprawidłowy rozwój osobowości, biegnący torem wielu błędnych kół tworzących się w wyniku frustracji ważnych dziecięcych potrzeb oraz pierwotnych i wtórnych deficytów rozwojowych, pozostaje przecież główną troską terapeutów zajmujących się tą grupą zaburzeń. Badania longitudinalne pokazują, iż zaburzenia zachowania, zwłaszcza te rozwijające się już od okresu preadolescencji oraz związane dodatkowo z patologią organiczną czy też głębokimi zaburzeniami emocji, mogą stanowić zapowiedź

poważnych i przewlekłych problemów psychiatrycznych w dorosłości [9].

Nieco inaczej wygląda sytuacja w przypadku zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, które wydają się zachowywać pewną nozologiczną odrębność od właściwych zaburzeń zachowania. Mają one wyraźnie lepsze rokowanie. Przy tym mało precyzyjne kryteria oraz konieczność odnoszenia ich każdorazowo do normy rozwojowej sprawiają, że odróżnienie zaburzeń opozycyjno-buntowniczych od zwykłej niegrzeczności bywa bardzo trudne, a ostateczna decyzja w tej sprawie wydaje się silnie zależeć od indywidualnych cech i poglądów diagnosty. Sam fakt zgłoszenia się z takim problemem do psychiatry często wynika raczej z niewydolności systemu rodzinnego czy też w ogóle wychowawczego niż z istnienia niezależnych i wyraźnie zarysowanych zaburzeń u dziecka.

Dzieci z zaburzeniami zachowania na ogół nie należą do naszych ulubionych pacjentów. Zobaczymy, jak mówią i piszą o nich rodzice i nauczyciele (będą to cytaty z dokumentacji ambulatoryjnej kilku pacjentów):

„Nie słucha poleceń, robi, co chce. Zachowuje się jak dorosły, nauczyciele nie mogą prowadzić lekcji, lekceważy szkołę”. „Po prostu brak hamulców, sam jest najważniejszy. Chce rządzić, wszystko wie najlepiej”. „Reaguje agresją, gdy nie osiąga swoich zachcianek. Grozi, że wyskoczy z okna, podetnie sobie żyły, pozabija wszystkich”. „Do nauczycieli odnosi się jak do koleżanek”. „Przeszkadza w lekcjach, nie słucha, krzyczy, gwizdże, jest wulgarny, lekceważy nauczycieli. To taka małpka, którą trzeba odizolować”. „Okłamuje matkę, próbował ukraść wódkę z supermarketu, wynosi z domu różne rzeczy i rozdaje kolegom”. „W sytuacjach konfliktowych zawsze reaguje agresją słowną (przekleństwa, wulgaryzmy) i fizyczną (pluje, kopie, używa rękoczynów). Nie potrafi już poradzić sobie w sposób alternatywny, chociaż pytana wykazuje się znajomością konstruktywnego działania. Reaguje bardzo impulsywnie zupełnie tracąc kontrolę nad emocjami”. „Potrafi rzucać doniczkami, przypalał koledze papierosa na głowie. Odgraża się dobrym ludziom, ukradł komuś pieniądze. Ksiądz orzekł, że to jego największa porażka w życiu”. „Nie wykazuje skruchy, ma dość zakazów”. „Nie uznaje żadnych norm”. „Chce żyć po swojemu, szantażuje wagarami, od roku pali papierosy, które podkrada ojcu. Dużo wie o narkotykach, przebywa w złym towarzystwie”.

Myślę, że nie tylko mnie zdarzało się doświadczać irytacji, niechęci i oporu w trakcie słuchania podobnych skarg rodziców czy też nauczycieli i pedagogów. Wielokrotnie miałem wrażenie, że jestem takimi problemami obarczany mocno nieadekwatnie, zastępczo i obronnie, w dużej mierze z powodu bezsilności osób zajmujących się dzieckiem. Przede wszystkim zaś wydawało mi się, że moje kompetencje psychiatry czy też psychoterapeuty przestają tu wystarczać, z drugiej zaś strony czułem, że właściwie jestem zachęcany do ich przekraczania. Uczucia takie byłyby jeszcze jednym potwierdzeniem faktu, że mamy tu do czynienia z problemem z pogranicza.

Zaburzenia zachowania, a szczególnie zaburzenia opozycyjno-buntownicze, są fenomenem klinicznym, wobec którego szczególnie nieadekwatne wydają się określenia: „choroba” czy „zaburzenie”. Z drugiej strony może nigdzie w psychiatrii dziecięcej nie mamy do czynienia z koniecznością tak szerokiej i wieloaspektowej diagnozy. Chodzi nie tylko o uważną diagnostykę różnicową, ale również o szczegółowe uwzględnienie kontekstu rodzinnego, społecznego, szkolnego i biologicznego, w jakich zaburzenia te powstają. Unikanie medykalizacji problemu wydaje się tu korzystne, ponieważ nieuzasadniona



farmakoterapia na ogół skutecznie blokuje inne oddziaływania terapeutyczne, z drugiej jednak strony nie może to być w żadnej mierze równoznaczne z oskarżycielską postawą wobec rodziny, szkoły, a zwłaszcza wobec dziecka, oznaczałoby to bowiem wpisanie się w rozwój patologii osobowości pacjenta.

Ze względu na istotny udział czynników środowiskowych, w tym szczególnie rodzinnych, w patogenezie zaburzeń zachowania oraz częste współlistnienie zaburzeń emocji i nieprawidłowego rozwoju osobowości, wskazania do psychoterapii, zarówno indywidualnej, jak i rodzinnej, wydają się tu oczywiste. Myślę, że znacznie częściej niż z przypadkami zaburzeń zachowania wymagających głównie farmakoterapii (silne obciążenie organiczne, istotna klinicznie nadpobudliwość) spotykamy się z sytuacją, w której stosowana jako metoda z wyboru psychoterapia kończy się niepowodzeniem z powodu bardzo słabej motywacji pacjenta, jego nieufności, buntowniczego nastawienia wobec dorosłych, impulsywności oraz słabej refleksyjności, a także z powodu trudności z nakłonieniem do współpracy terapeutycznej rodzin pacjentów, w których poziom nie tylko patologii systemu i niewydolności wychowawczej, ale też i poziom patologii indywidualnej rodziców jest na ogół wysoki.

Opór terapeuty względem zajmowania się sprawami, które, jak by się wydawało, mieszczą się raczej w sferze obowiązków i kompetencji rodziców i wychowawców, powinien być zreflektowany i przezwyciężony, ponieważ nawet jeśli jest on teoretycznie słuszny, to przecież w praktyce jest tak, że to właśnie rodzice przyznając się do własnej niewydolności zwracają się o pomoc do psychoterapeuty traktując go trochę jak superarbitra i wyposażonego w dodatkowe umiejętności wychowawcę. Psychoterapeuta staje w ten sposób przed trudnym wyzwaniem, musi bowiem wejść z pacjentem w profesjonalną relację terapeutyczną, spójną z jego zawodową tożsamością i jednocześnie jakoś znaleźć się w roli takiego właśnie niezależnego wychowawcy, który zajmie określone stanowisko wobec, z pewnością bardzo szeroko przez rodziców i szkołę opisanych, zachowań dziecka. Niekomentowanie czy też po prostu brak oceny społecznych i antyspołecznych elementów w zachowaniu pacjenta, mogłoby niewątpliwie oznaczać przyzwolenie na nie. Podobny wydzźwięk mogłyby mieć głębokie, odwołujące się np. do sfrustrowanych potrzeb dziecka, interpretacje, niemożliwe na razie do przyjęcia z powodu słabych jeszcze zdolności wglądowych dziecka.

Z drugiej strony przyjęcie czysto behawioralnego wzorca pracy i otwarta dyrektywność, czyli skupienie się na pouczaniu i przeuczaniu dziecka sprawi, że terapeuta trudno będzie zbudować wyrazisty wizerunek kogoś, kto jednak nie jest tylko wychowawcą albo też nie jest zwykłym wychowawcą. Terapeuta musi stwarzać dziecku możliwość nowej, pozytywnej identyfikacji oraz zajmować się analizą jego trudności emocjonalnych i interpersonalnych, ale równocześnie powinien też wzmacniać oddziaływania wychowawcze rodziców i nauczycieli. Aby to robić, musi się oczywiście odwołać do jakiegoś modelu wychowania, do określonych przekonań i poglądów, słowem do pewnego systemu wartości. Spotyka się w ten sposób z podstawowymi dylematami wychowawcy, o jakich mówiliśmy wcześniej. Bierze też na siebie odpowiedzialność za to, jak wychowuje. Ma przy tym do czynienia z wychowankiem trudnym, dla którego wszyscy dotychczasowi wychowawcy stracili już dawno cierpliwość, stąd nie można się dziwić, gdy pojawią się w jego umyśle myśli i fantazje o rozwiązaniach zdecydowanych, represyjnych, nawet brutalnych. Wie

on jednak, że kiedy pójdzie w taką stronę, przestanie być terapeutą. Psychoterapia daje się pogodzić tylko z symetryczną, opartą na szacunku dla autonomii dziecka, relacją wychowawczą. Przy innej relacji, skośnej, zakładającej dominację dorosłej osoby, wychowanie, choć nieco już inne, dalej pozostaje wychowaniem, ale psychoterapia nie jest już psychoterapią. Czy jednak taki model wychowania, oparty po prostu na podsuwaniu uniwersalnych wartości i zachęcaniu do ich przyjęcia może w ogóle być skuteczny u dzieci z zaburzeniami zachowania? Myślę, że warto w to wierzyć. W każdym razie jednak niezbędnym warunkiem powodzenia takich czy też jakichkolwiek innych oddziaływań wychowawczych pozostaje zawsze zdobycie zaufania dziecka. Psychoterapia jest taką metodą pracy z dzieckiem, która niewątpliwie może oddać nieocenione usługi w dążeniu do tego celu. Właśnie dlatego wydaje się, że warto podejmować wyzwania, jakie stawia przed nami terapia zaburzeń zachowania i problemów im pokrewnych.

### Zakończenie

Kilka lat temu, kiedy zaczynałem się psychoterapią interesować, natrafiłem na wypowiedź wybitnego reżysera Krzysztofa Kieślowskiego, która poruszyła mnie, choć wzbudziła też zarazem silny opór. Myślę, że dobrze opisuje ona jedno z podstawowych zagrożeń związanych z praktyką psychoterapeutyczną: „Obawiam się ludzi, którzy chcą czegoś nauczyć albo pokazać cel – mnie czy komukolwiek innemu. Nie wierzę w to, aby cel można było komuś pokazać; każdy musi go sobie znaleźć. [...] Dlatego boję się psychoanalityków, psychoterapeutów. Oczywiście, oni zawsze mówią: przecież my nie pokazujemy, my tylko pomagamy znaleźć. Wszystkie te argumenty dobrze znam. Niestety, to jest tylko teoria, a praktyka jest taka, że oni właśnie pokazują. [...] Panicznie się boję tych ludzi, tak samo jak się boję polityków, księży, nauczycieli, wszystkich tych, którzy dają wskazówki, którzy wiedzą. Jestem głęboko przekonany o tym, że naprawdę nie wie nikt” [10].

Jak widzimy, związki pomiędzy psychoterapią i wychowaniem pozostają dość bliskie zwłaszcza tam, gdzie mówimy nie tyle o chorobie czy dobrze zdefiniowanym zaburzeniu, ale raczej o trudnościach w funkcjonowaniu, problemach emocjonalnych, poczuciu braku zadowolenia z życia, poszerzaniu umiejętności społecznych, pogłębianiu zdrowia. Jednak także i przy konsekwentnym trzymaniu się paradygmatu medycznego w psychoterapii, co samo w sobie jest trudne i nie zawsze uzasadnione, właściwie nie sposób uniknąć w pracy z pacjentami odniesień do zagadnień rozwoju osobistego człowieka. W psychoterapii dzieci i młodzieży, a może szczególnie w przypadku zaburzeń zachowania, jest to szczególnie widoczne. Warto o tym pamiętać, bo jest to obszar wymagający od terapeuty szczególnej ostrożności i odpowiedzialności, obszar, który powinien podlegać właściwie nieustannej refleksji etycznej. Szacunek dla wolności i autonomii pacjenta niewątpliwie powinien być dla nas wartością nadrzędną, bo w końcu jesteśmy tylko psychoterapeutami, a przecież wszystkiego tak naprawdę nie wie nikt.

### Piśmiennictwo

1. Kępiński A. Psychopatologia nerwic. Warszawa: PZWL; 1979.
2. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków – Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.
3. Grzesiuk L. Psychoterapia. W: Psychologia, t. 3. Strelau J, red. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000, s. 767-797.

4. Aleksandrowicz J. Zaburzenia nerwicowe. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998.
5. Brzezińska A. Psychologia wychowania. W: Psychologia, t. 3. Strelau J, red. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000. s. 227-259.
6. Muszyński H. Wstęp do metodologii pedagogiki. Warszawa: PWN; 1971.
7. Krasuski J. Historia wychowania. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 1989.
8. Soborski W. Wychowanie jako kształtowanie systemu wartości u dzieci i młodzieży. W: Feiner M, Szkotnicka-Lachowicz S, red. Wartości w procesie wychowania młodzieży. Kraków: Wydawnictwo WOM; 1992.
9. Sulestrowska H. Zaburzenia zachowania i nieprawidłowy rozwój osobowości u dzieci i młodzieży. W: Popielarska A, Popielarska M, red. Psychiatria wieku rozwojowego. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000, s. 169-195.
10. Kieślowski K. O sobie. Kraków: Wydawnictwo Znak; 1999.

Adres:   Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ  
          ul. Kopernika 21a  
          31-501 Kraków

