

Mariusz Ślosarczyk

WYBRANE PROBLEMY PSYCHOTERAPII PACJENTÓW Z TZW. MIKROORGANICZNYM USZKODZENIEM MÓZGU

SOME PROBLEMS CONCERNING THE PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS WITH THE SO CALLED MICROORGANIC BRAIN DAMAGE

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Katedry Psychiatrii UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. med. Jacek Bomba

Autor przedstawia koncepcje wpływu tzw. mikroorganicznego uszkodzenia mózgu na przebieg rozwoju człowieka, jego relacje z ludźmi oraz występowanie zaburzeń emocjonalnych. Zwraca też uwagę na specyfikę relacji terapeutycznej tworzącej się podczas leczenia pacjentów z tego typu dysfunkcją w kontekście trudności występujących w procesie ich psychoterapii.

microorganic brain damage psychotherapy

Summary: The diagnosis of organic mental disorders stands out from a number of other diagnoses used by contemporary psychiatrists in this way that it assumes the knowledge of the aetiology of disorder. Even if this assumption is usually too optimistic, the tradition to establish such diagnoses is firmly consolidated and an example of its presence on the area of child psychiatry is MBD (minimal brain damage/dysfunction). Admittedly, the diagnosis of MBD is from today's viewpoint rather of historic value but clinical features of this kind are still met in our medical and psychological practice although under other names. The subject of the paper is the influence of so-called microorganicity on the personality development and thus on mental and social functioning of the child and the adult. Besides this, the paper concerns the use of psychotherapeutic treatment in this group of patients and describes specific problems and limitations of such therapy. The issues raised acquire special importance in the light of broadening of our knowledge regarding the influence of psychotherapy on the function, not only of the mind, but also of the brain.

Tematyka niniejszego artykułu dotyczy dwóch obszarów: z jednej strony kwestii tzw. zaburzeń mikroorganicznych, a z drugiej — zastosowań i ograniczeń psychoterapii jako jednej z metod leczenia osób obciążonych takimi właśnie problemami. W pierwszym rzędzie musimy uściślić, co właściwie rozumie się tu przez ową „mikroorganiczność”. Określenie to odsyła, jak i zresztą pojęcie samej „organiczności”, do kwestii etiologii zaburzeń psychicznych. Kiedy mówimy, że jakieś zaburzenie ma charakter organiczny, to chcemy poprzez to wyrazić pogląd, iż wiąże się ono przyczynowo z istniejącą chorobą, zaburzeniem struktury lub też dysfunkcją mózgu, ewentualnie z jakąś chorobą ogólnoustrojową wpływającą istotnie na pracę mózgu. Uważamy wtedy, że bez zaistnienia tych czynników zaburzenie w ogóle by nie powstało albo przynajmniej przybrałoby łagod-

Artykuł jest zmodyfikowaną wersją wystąpienia wygłoszonego na konferencji zorganizowanej z okazji VII Światowego Dnia FAS (*Fetal Alcohol Syndrome*), która odbyła się 10 września 2007 roku w Łędzinach

niejszy przebieg [1]. Przy tym dobrze wiadomo, że określenie „organiczny” używane przez diagnostę (psychiatrę czy też psychologa) przekazuje bardzo często wiele innych informacji. Może wyrażać pewien pesymizm co do możliwości pacjenta, może oznaczać złość i bezradność odczuwane z powodu „nie poprawiających się” pacjentów, może też służyć uzyskaniu i przeżyciu pewnej, na ogół dość złudnej, satysfakcji, że oto tym razem wiadomo, jakie jest pochodzenie danego zespołu objawów. Satysfakcja ta jest złudna, ponieważ relacje pomiędzy strukturą i funkcją mózgu nadal pozostają tajemnicze, a rozdział pomiędzy nimi — nieostry. Jeżeli uda nam się wykazać, że to funkcja mózgu jest nieprawidłowa, choćby w badaniach o typie funkcjonalnego obrazowania, w baterii testów neuropsychologicznych albo też nawet w stosunkowo najłatwiej dostępnym badaniu EEG, to, czy ma sens używanie wtedy terminu „organiczny” odnoszącego się przecież raczej do struktury, do tkanki mózgowej? Poza tym, jak w zrozumiąły i przekonujący sposób opisać relację pomiędzy tymi zakłóceniami funkcji a zaburzeniami emocji i zachowania, które obserwujemy na poziomie klinicznym? Podobnie trudno wnosić z całkowitą pewnością o znaczeniu uszkodzeń struktury mózgu, skoro znane nam są przypadki pokazujące zupełny brak zależności pomiędzy poważnie uszkodzonym mózgiem a całkiem prawidłowym stanem psychicznym. Psychiatrzy mają jednak na tyle dosyć błędzenia we mgle, na które skazuje ich dziedzina wiedzy, w której tak wiele jest pytań, a tak mało odpowiedzi, że trudno im zrezygnować z rozpoznawania zaburzeń organicznych, nawet jeśli mają świadomość wspomnianych ograniczeń. Przypomnijmy, że możliwość rozpoznawania zaburzeń organicznych jest jednym z niewielu wyjątków od zasady wprowadzonej przez współczesne systemy klasyfikacyjne (ICD-10, DSM-IV). Mamy tu na myśli zasadę stawiania rozpoznań nie na podstawie etiologii, ani nawet patogenezy, ale na podstawie opisu klinicznego, czyli podobieństwa zespołu cech i objawów.

Mikroorganiczność

Wróćmy jednak do użytego w tytule określenia „mikroorganiczny”. Nawiązuje ono do tradycji rozpoznawania tzw. zespołu minimalnego uszkodzenia mózgu (w wersji angielskiej *minimal brain damage* lub *minimal brain dysfunction*, w skrócie MBD), która narodziła się w psychiatrii dziecięcej w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku. Nawiasem mówiąc skrót, którego ostatnią literę tłumaczono wymiennie jako *damage* lub jako *dysfunction* (czyli jako uszkodzenie tkanki albo jako zaburzenie funkcji) dobrze obrazuje ścisły związek pomiędzy tymi dwoma obszarami i niemożność ich precyzyjnego rozdziału. MBD rozpoznawano u dzieci, u których na skutek działania różnorodnych przyczyn miało dojść do uszkodzenia mózgu w okresie płodowym, okołoporodowym lub wczesnodziecięcym. Nie będziemy tu wymieniać poszczególnych możliwych czynników uszkadzających, warto jednak wspomnieć, że jednym z takich czynników, którego szkodliwość dla płodu została bezsprzecznie wykazana, jest picie alkoholu przez ciężarną kobietę. Uszkodzenia w MBD miały być na tyle niewielkie, że dość często nie uwidaczniały się w dostępnych badaniach neuroobrazowych oraz nie spełniały kryteriów poważniejszych stawianych w tamtych czasach rozpoznań, takich jak encefalopatia dziecięca, dziecięce porażenie mózgowe, niedorozwój umysłowy czy też dziecięcy zespół psychoorganiczny, a z drugiej strony były na tyle poważne, że skutkowały określonym obrazem klinicznym.

Co składało się na ten obraz kliniczny, a więc jakie było dziecko z MBD [2, 3]? Było ono na ogół niespokojne ruchowo i chaotyczne w zachowaniu. Miało kłopoty ze zogniskowaniem uwagi na jednym temacie czy czynności, bardzo łatwo się rozpraszało i szybko męczyło. Występowały deficyty w zakresie pamięci sekwencyjnej, a więc w określonej jednostce czasu dziecko mogło utrzymać w pamięci tylko ograniczoną liczbę danych, co upośledzało zdolność do przetwarzania informacji, myślenia, planowania, funkcji osądu. Miało więc trudności z hierarchicznym uszeregowaniem zadań czy spraw, okresowo wycofywało się z kontaktów, stawało się apatyczne, obsesyjne w myśleniu i sztywne, mało spontaniczne w zachowaniu. Prowadziło to oczywiście do problemów z adaptacją w nowych miejscach, grupach i sytuacjach. Występowały opóźnienia w rozwoju funkcji mowy i języka, nieprawidłowości artykulacji, problemy z analizą wzrokowo-ruchową, opóźnienia w rozwoju kontroli nad zwieraczami, kłopoty ze snem. Dziecko przejawiało często poważne problemy w nauce pozostające w niezgodności z prawidłową inteligencją ogólną, miało problemy z czytaniem, pisananiem, rysowaniem, ortografią, liczeniem. Niektóre cechy zaliczano do grupy tzw. miękkich objawów neurologicznych. Tak więc np. wiele dzieci miało problemy z koordynacją ruchową, zwracała uwagę niezgrabność ruchów przeszkadzająca we wspólnych zabawach z rówieśnikami. Z jednej strony występowały zakłócenia ruchów precyzyjnych (np. rąk, palców, ust i języka), a z drugiej obserwowano naddatek ruchów mimowolnych (symetrycznych lub niesymetrycznych) np. podczas chodu. Dzieci z MBD miały problemy z odróżnianiem stronności (lateralizacja długo pozostawała nieustalona lub też występowała w wersji skrzyżowanej), a także z rozróżnianiem następstwa czasu (wcześniej – później, przed – po) oraz przestrzeni (przed czymś – za czymś, dalej – bliżej). Znaczne zakłócenia występowały również w sferze emocjonalno-popędowej. Dzieci te były impulsywne, z trudem panowały nad emocjami, łatwo dochodziło u nich do niekontrolowanych wybuchów złości. Trudno było im przewidywać konsekwencje własnych działań, ośrodek kontroli zachowania właściwie przesunął się u nich na zewnątrz — ich życie było bardziej serią dość chaotycznych reakcji na dochodzące z zewnątrz bodźce niż mniej lub bardziej wytrwałą realizacją jakichś własnych scenariuszy i planów. W relacjach społecznych były raczej bezkompromisowe, wymagające, a czasem wręcz despotyczne, miały niską tolerancję na frustrację i łatwo się zniechęcały. Taki styl narażał je na poważne trudności w adaptacji społecznej.

Wszystkie powyższe zdania charakteryzujące dzieci z MBD napisane są w czasie przeszłym, ponieważ samo MBD uważane jest już dzisiaj za termin historyczny. Koncepcja MBD, będąca próbą quasi-etologicznego ujęcia zaburzeń rozwojowych u dzieci, została zarzucona jako zbyt nieostra i nadmiernie pojemna. Współcześnie dąży się do wypracowania nowocześniejszych modeli etiopatogenetycznych, które opierałyby się na wynikach uzyskiwanych doskonalszymi narzędziami zarówno w obszarze badań neuroobrazowych, jak i szeroko pojętych badań neurobiologicznych. Modele te będą miały niewątpliwie mniejszy poziom ogólności i dzięki temu być może będą bardziej użyteczne praktycznie.

Z faktu, że pojęcie MBD jest już nieaktualne, nie należy jednak wyciągać wniosku, że nieaktualny jest powyższy opis kliniczny dziecka z udowodnionymi lub też tylko podejrzanymi mikrouszkodzeniami mózgu. Dzieci takie nadal spotykamy w naszej praktyce klinicznej, tyle że nie stawia się już im zbiorczej diagnozy MBD, ale różnorodne diagnozy zgodne ze współczesnym nazewnictwem. Pacjentów odpowiadających (mniej lub bardziej

ściśle) dawniejszemu spektrum MBD odnajdziemy więc między innymi wśród dzieci otrzymujących dzisiaj takie, zgodne z ICD-10, rozpoznania, jak: zespół nadruchliwości z deficytem uwagi, specyficzne zaburzenia rozwojowe (rozwoju umiejętności szkolnych, rozwoju mowy i języka, rozwoju funkcji motorycznych), mimowolne moczenie się, zespoły tików, zaburzenia zachowania, wreszcie zaburzenia zachowania i emocji. Pacjentów z dawniejszą diagnozą MBD odnajdziemy też wśród osób dorosłych, ponieważ, jak już dzisiaj wiadomo, dzieci bardzo często nie „wyrastają” do końca z takich trudności rozwojowych — odciskają one swoje piętno także na przebiegu dorosłego życia. Poza tym, co jeszcze ważniejsze, piętno to musi być również zawsze jakoś odcisnięte na rozwoju osobowości, bo przecież osobowość nie rozwija się w izolacji od różnorodnych ograniczeń i deficytów, ale zawsze w ich kontekście. Można się więc spodziewać, że cechy naznaczenia mikroorganicznego znajdziemy u niektórych dorosłych pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń osobowości. Od dość dawna wiadomo, że często zdarza się to w przypadku osób z osobowością typu borderline [3]. Wg Gabbarda [4] powinniśmy rozważyć możliwość występowania mikrodysfunkcji mózgowych szczególnie wtedy, kiedy mamy do czynienia z pacjentem słabo odpowiadającym na dotychczasowe próby leczenia psychiatrycznego i psychologicznego, od zawsze nie zaspokajającym oczekiwań swoich bliskich, nauczycieli i przełożonych, z wywiadem powtarzających się niepowodzeń w życiu osobistym i pracy zawodowej. Dodatkowymi elementami wskazującymi na ryzyko takiego obciążenia mają być problemy z orientacją przestrzenną, w tym z odróżnianiem stronności, wybuchowość, niepokój ruchowy, zaburzenia pamięci, wreszcie znacząca rozbieżność pomiędzy wynikami skali słownej i bezsłownej ilorazu inteligencji na korzyść tej pierwszej.

Jak wynika z wcześniejszych rozważań, osoby z zespołem mikrodysfunkcji mózgowych wymagają wielostronnego i wielodyscyplinarnego podejścia, zarówno na etapie diagnozowania, jak i terapii. Szczególnie istotne jest to w przypadku dzieci, ponieważ precyzyjna diagnoza i adekwatne leczenie podjęte na odpowiednio wczesnym etapie rozwoju pozwalają na ogół znacząco złagodzić niekorzystny wpływ mikrodysfunkcji na zdrowie psychiczne i społeczne funkcjonowanie dziecka. Dziecko z zespołem typu MBD z reguły wymaga nie tylko oceny psychiatrycznej, ale również i neuropediatrycznej, a także psychologicznej, neuropsychologicznej oraz pedagogicznej. Często potrzebna jest pomoc specjalistów w zakresie rehabilitacji i rewalidacji mowy, języka, uczenia się, ruchu. Wskazane są wreszcie również różnorodne formy pomocy psychoterapeutycznej, gdyż od dawna nieaktualne są już przekonania, jakoby zaburzenia emocjonalne uwarunkowane czy też naznaczone organicznie nie nadawały się do takiego leczenia. Nie oznacza to rzecz jasna, że za pomocą środków psychologicznych jesteśmy w stanie wyrównać każdy defekt mózgowy. Oznacza to jedynie — po pierwsze — że zdajemy sobie sprawę z wzajemnego przenikania się struktury i funkcji mózgowej, które pozostają ze sobą w złożonych i ciągle bardzo tajemniczych relacjach, a więc wiemy, że nawet nie wpływając radykalnie na strukturę możemy znacząco zmodyfikować funkcję. Po drugie — od jakiegoś już czasu wiemy, że oddziaływania psychoterapeutyczne mogą wpływać i wpływają zarówno na strukturę, jak i na funkcję mózgu. Po trzecie, co pozostaje w ścisłym związku z poprzednimi uwagami, wiemy, że mózg jest narządem bardzo plastycznym, mającym duże zdolności do adaptacji i readaptacji, a przypuszczalnie w jakiejś mierze również do regeneracji. Tak

więc w kwestii deficytów i defektów struktury i funkcji mózgu nie powinniśmy popadać w przesadny pesymizm czy też zwłaszcza nihilizm terapeutyczny.

Aspekty rozwojowe

Dalsza część artykułu dotyczyć będzie możliwości oddziaływań psychoterapeutycznych w opisywanej grupie pacjentów z perspektywy psychodynamicznej. Wydaje się bowiem, że wobec wielości podejść teoretycznych w psychoterapii oraz zasadniczych różnic pomiędzy nimi co do sposobu rozumienia przyczyn i dynamiki zaburzeń, a także co do sposobu rozumienia procesu terapeutycznego, niewiele wnoszące, o ile w ogóle możliwe, byłoby mówienie o psychoterapii każdej, o psychoterapii „w ogóle”. Podejście psychodynamiczne wyrasta ze zdobyczy rozwijających się od ponad stu lat wiedzy i praktyki psychoanalizy i, nie wdając się w szczegóły i niuanse, wyróżnia się szczególną koncentracją na obszarze nieświadomości oraz na zjawiskach przeniesienia, przeciwprzeniesienia i oporu zachodzących pomiędzy pacjentem i jego terapeutą. Uwzględnia również postępy w zakresie współczesnych nauk o mózgu.

Dysfunkcjom przejawianym przez pacjentów z kręgu dawnego MBD można przypatrywać się z różnych, uzupełniających się punktów widzenia. Patrząc z punktu widzenia neurologicznego, lub też neurobiologicznego, zobaczymy je jako ekwiwalent uszkodzenia czy też niepełnej wartościowości struktury neuronalnej, w szczególności w obszarze kory mózgu. Z kolei z perspektywy analitycznej można te cechy i objawy traktować jako wyraz deficytów w zakresie poszczególnych funkcji ego. Mówiąc językiem Hartmanna chodzi o obszar funkcji ego wolnych od konfliktu, pierwotnie autonomicznych. Szczególnie dotknięte byłyby tu funkcje percepcji, myślenia, języka i mowy, pamięć oraz ruch. Uszkodzona jest funkcja regulacji i kontroli impulsów i afektów; bariera chroniąca ego przed nadmiarem bodźców, płynących z zewnątrz i od wewnątrz organizmu, ulega osłabieniu. Niska jest tolerancja frustracji. Zdolność do myślenia abstrakcyjnego pozostaje ograniczona. Z powodu deficytów w obszarze orientacji przestrzennej, deficytów percepcyjnych oraz niestabilnej lateralizacji osłabiona jest również ważna funkcja ego zwana poczuciem rzeczywistości. Pacjenci przejawiają także znaczące trudności w zakresie funkcji syntetyczno-integracyjnych.

Liczni autorzy [cyt. za 4] zwracają uwagę na wpływ uszkodzeń różnorodnych funkcji ego na rozwiązywanie poszczególnych konfliktów rozwojowych, które wymagają przecież radzenia sobie z bardzo silnymi, sprzecznymi impulsami popędowymi. Zdajemy sobie sprawę, że wymaga to pewnej sprawności w zakresie korowej kontroli nad życiem popędowym i afektywnym. Obszary konfliktowości, chociażby z poziomu edypalnego, będą się w omawianej grupie osób wiązać ze szczególnie nasilonym lękiem. Można się spodziewać, że zwiększy to prawdopodobieństwo niekorzystnych rozwiązań tych konfliktowych dylematów, ponieważ pomyślny przebieg naszego rozwoju w dużej mierze zależy od poziomu lęku oraz od zdolności radzenia sobie z nim. Niektórzy pacjenci pozostają na wczesnym etapie rozwoju psychicznego, charakteryzującym się obecnością relacji z obiektami częściowymi oraz używaniem prymitywnych mechanizmów obronnych, w szczególności rozszczepienia i projekcyjnej identyfikacji. Dzieje się tak z powodu nagromadzenia doświadczeń frustracji z okresu wczesnego dzieciństwa, co w połączeniu ze szczególną intensywnością impulsów agresywnych, przypuszczalnie uwarunkowaną biologicznie,

prowadzi do względnej przewagi „złych” obiektów wewnętrznych. Dodatkowo, tworzenie całościowych obiektów wewnętrznych jest utrudnione przez deficyty poznawczych funkcji syntetyczno-integrujących. Wszystkie te okoliczności stanowią czynniki ryzyka rozwoju ego o strukturze borderline [3]. Warto podkreślić, że wczesnodziecięce przeżycia frustracji wcale nie muszą wynikać z błędów rodziców. Typowo ich podłożem są raczej deficyty, jakie samo dziecko przejawia w zakresie percepcji, uwagi, pamięci oraz tolerancji frustracji i bólu. Doświadczenia te pojawiają się więc również w obecności tzw. wystarczająco dobrej matki, wywołując w niej wtedy uczucia zagubienia i niepewności.

Wielu autorów [cyt. za 4] wypowiadało się na temat wpływu zaburzeń i ograniczeń poznawczych na rozwój self oraz na procesy internalizacji relacji z obiektem. Wg Sterna [5] rozwój self, czyli naszego subiektywnie odczuwanego „ja”, dokonuje się w ciągłej grze afektywnej pomiędzy matką i dzieckiem, we współgraniu ich reakcji emocjonalnych, w emocjonalnym dialogowaniu. Jednak dzieci z uwarunkowanymi organicznie zaburzeniami poznawczymi mogą nie postrzegać dokładnie stanów emocjonalnych matki. Mogą też mieć problemy z integracją swoich postrzeżeń. Jeśli z kolei dziecko nie odpowiada na sygnały matki adekwatnie, ta może reagować lękiem wprowadzając w ich relację napięcie, dysonans. Rodzice mogą na takie dziecko reagować narcystyczną raną. Mogą emocjonalnie odsunąć się od niego wprowadzając w dalszą relację swoje rozczarowanie i lęk. Mogą się też stać nadopiekuńczy i nadmiernie zaangażowani. Dziecko, które przypuszczalnie ciągle nie będzie spełniać wymagań rodziców, może czuć się niezdarne i niewiele warte. Jeśli będzie miało też mniejszą korową kontrolę nad impulsami, częściej będzie się narażać na reprimendy rodzicielskie, np. z powodu swoich wybuchów złości czy rozpacz. Będzie tworzyć relacje, w których inni ludzie będą wobec niego surowi i karzący. Z kolei ze względu na deficyt wychwytywania i rozumienia zależności przyczynowo-skutkowych odbierze ono taką krytyczną reakcję dorosłego nie jako konsekwencję swojego konkretnego zachowania, ale bardziej ogólnie, w odniesieniu do całej swojej osoby. Wszystko to utrudni mu rozwinięcie adekwatnego poczucia własnej wartości i szacunku do samego siebie. W takiej sytuacji oraz wobec podwyższonego poziomu lęku, zarówno u niego, jak i u rodziców, można się spodziewać znaczących trudności w procesie separacji i indywidualizacji [4].

Defekty autonomicznych funkcji ego, takich jak percepcja wzrokowa i słuchowa oraz pamięć, pogarszają niewątpliwie zdolność osiągnięcia stałości wewnętrznego obiektu. U dziecka mogą więc wystąpić trudności w stworzeniu i utrzymaniu wewnętrznego obrazu matki jako obrazu pełnego, zintegrowanego — także w tym sensie, że żywego, znaczącego afektywnie. Klinicznie ujawni się to jako deficyt samouspokajania. Osoby takie jakby ciągle walczą o utrzymanie stabilnego poczucia self. W obszarze relacyjnym słabsza zdolność do dokładnego postrzegania i rozumienia sygnałów płynących od innych ludzi skutkować będzie problemami we współlistnieniu z innymi w społecznie akceptowalny sposób. Dzieci i nastolatki z taką lub podobną linią rozwoju osobowości będą musiały sobie radzić z ciągłym poczuciem nieadekwatności i niekompetencji. Typową reakcją będzie depresyjność, ale część osób może kompensacyjnie rozwinąć obronną postawę wyższościową. Style te mogą również współlistnieć u tej samej osoby. Znane jest zjawisko kompensacji deficytów w zakresie określonych funkcji ego poprzez znaczący rozwój innych funkcji. Tak było np. z wybitnym wynalazcą Thomasem Edisonem, cierpiącym na zaburzenia z grupy dysleksji. Niestety jednak częstszym mechanizmem radzenia sobie z pasmem życiowych frustracji

jest rozwinięcie postawy pogardy dla świata dorosłych, rodziców, nauczycieli. Pozwala ona uniknąć przykrych uczuć poniżenia, wstydu i poczucia niskiej wartości w związku z ciągłym niespełnianiem oczekiwań innych. Może to być element szczególnie niekorzystnej drogi rozwoju w stronę młodzieńczej przestępczości [4].

Specyficzne problemy psychoterapii

Zaburzenia poznawcze same w sobie nie są na ogół powodem poszukiwania pomocy psychoterapeuty przez osoby z zespołem o typie MBD. Jeśli ujawniają się w wieku szkolnym, rodzice dziecka i nauczyciele korzystają raczej z konsultacji psychologa, neuropsychologa, pedagoga, logopedy, specjalisty od rehabilitacji zaburzeń uczenia się. Pacjenci z problemem mikroorganiczności trafiają do psychiatrów i psychoterapeutów zazwyczaj z powodu zaburzeń emocjonalnych oraz trudności w adaptacji społecznej. Najczęstsze diagnozy zgodne z ICD, które otrzymują takie osoby, to przypuszczalnie w przypadku dzieci i młodzieży zaburzenia zachowania i emocji oraz zespół ADHD, a w przypadku dorosłych — zaburzenia osobowości. Często też u takich pacjentów rozpoznaje się różne formy zaburzeń reaktywnych i adaptacyjnych. Może być tak, że klinicysta dowie się o trudnościach z kręgu MDB w trakcie zbierania wywiadu, być może na podstawie wielu informacji będzie podejrzewać ich występowanie i zleci odpowiednie dodatkowe badania. Może też być i tak, że takie podejrzenie początkowo wcale nie pada, pojawiając się dopiero w trakcie leczenia. Kafka [6] opisuje przypadek dorosłego pacjenta, który został skierowany na psychoanalizę z powodu problemów w pracy oraz trudności seksualnych, a jego poznawcze deficyty ujawniły się dopiero w czwartym roku analizy. Pacjent miał problemy z orientacją przestrzenną, odróżnianiem stronności, czytaniem, artykulacją. Trwały one od dziecka, pozostawały zawsze źródłem silnego wstydu i były przez pacjenta skrywane. Zostały poddane analizie w momencie, kiedy nasiliły się w związku z rozwojem emocji przeniesieniowych. Omówienie konsekwencji tych trudności dla rozwoju pacjenta oraz ich dynamicznych powiązań z innymi obszarami jego życia psychicznego stało się węzłowym momentem terapii.

Jaka będzie specyfika relacji terapeutycznej tworzącej się podczas leczenia pacjenta z problemami typu dawnego MBD? W emocjach przeniesieniowych pacjenta mogą się pojawić oczekiwania zawyżonych wymagań, braku zrozumienia, ponownej frustracji, jeśli chodzi o uzyskanie empatycznej relacji z drugą osobą. Rolą terapeuty będzie tu nazwanie potrzeb ukrytych za tymi lękami, ukazanie wpływu organicznie uwarunkowanych uszkodzeń na kształt relacji z osobami znaczącymi. Co do tego typu problematyki podkreśla się użyteczność podejścia opartego na założeniach psychologii self. Terapeuta służy wtedy pacjentowi jako korektywny self-obiekt, towarzyszy mu w smutku, asystuje w budowaniu bardziej spójnego self, wspomaga proces samowybaczenia. Równie ważna, jak refleksja nad obszarem deficytowości, jest jednak w przypadku interesującej nas grupy pacjentów analiza ich wewnętrznych konfliktów oraz stosowanych obron. Osoby te często funkcjonują w dość sztywny, stereotypowy sposób. Brakuje im spontaniczności i elastyczności w relacjach społecznych, czasem sprawiają wrażenie niedostępnych i wyniosłych. Postawa taka często wynika z lęku przed utratą kontroli nad własnymi impulsami, ze wstydu czy też z niskiego poczucia własnej wartości. W pracy terapeutycznej nad przyjętą przez pacjenta

taktyką obronną niezbędne będą oczywiście bardziej konfrontacyjne techniki. Warto wspomnieć, że w razie nieuwzględnienia w terapii obszaru deficytów pacjenta, jego życiowe doświadczenia frustrujących relacji z innymi ludźmi mogą nadal się powielać. Typowe są przecież reakcje zniecierpliwienia i irytacji, które pojawiają się w przeciwrzuceniu terapeuty w odpowiedzi na pacjenta, który nie tylko, jak mówimy, „nie poprawia się”, ale w dodatku nie słucha go uważnie, nie zapamiętuje jego słów, nie umie się wznieść na poziom metafory. Tego rodzaju przeciwrzucenie, jeśli nie zostanie zreflektowane, wpisze się w scenariusz odwiecznego pasma porażek i frustracji pacjenta, a terapia się przypuszczalnie nie powiedzie, być może zostanie zerwana. Dopracowanie diagnozy poprzez uwzględnienie obszaru deficytu stwarza szansę przerwania błędnego koła, ponieważ terapeuta lepiej wtedy zrozumie wewnętrzny świat leczonej osoby, skoryguje swoje oczekiwania i zmodyfikuje sposób pracy, a sam pacjent z pewnością odczuje ulgę, kiedy trudności, z którymi od zawsze się zmagał, zostaną nazwane, zobiektywizowane i docenione [4, 6].

Na koniec kilka uwag nt. technik stosowanych w terapii [3, 4, 7]. Nie sposób jednoznacznie określić, jak dalece i w jaki sposób powinny one zostać zmodyfikowane na potrzeby pracy z pacjentem z mikrodysfunkcjami mózgowymi. Niewątpliwie zależy to od typu i wielkości deficytu, a także od rodzaju zaburzeń i od wieku pacjenta. Należy pamiętać, że w opisywanej grupie pacjentów częste są zaburzenia rozwoju mowy i języka, którym na ogół towarzyszą problemy w percepcji słuchowej, dysfunkcje w zakresie słuchowej pamięci sekwencyjnej oraz w przetwarzaniu informacji uzyskiwanych drogą słuchową. Interpretacje powinno się więc takim pacjentom podawać szczególnie ostrożnie i cierpliwie, a przede wszystkim wypowiadać je wyraźnie. Dobrze jest je formułować na różne sposoby, w wielu różnych kontekstach, np. opatrując obrazowymi przykładami. Można poprosić pacjenta o powtórzenie interpretacji, w ten sposób próbując odróżnić wpływ zniekształceń słuchowych od zjawiska oporu w procesie terapii. Niektórzy autorzy zalecają wykorzystywanie także innych sposobów komunikacji niż mowa; mówi się wtedy o podejściu multisensorycznym [3]. W takim podejściu interpretację można też pokazywać czy wręcz odgrywać. Ważną treść można także przedstawiać na rysunku, chociażby w formie grafu, który w obrazowy sposób pozwala przedstawić następstwo zdarzeń, a także związki przyczynowo-skutkowe pomiędzy nimi. Niektórzy terapeuci korzystają z zapisów audio i wideo. Przydatne mogą być techniki psychodramatyczne. W pracy z dziećmi niezastąpione bywają techniki oparte na grze i zabawie [7]. Pozwalają one spożytkować nadruchliwość dziecka, są odbierane przez nie jako bardziej naturalne niż sama rozmowa, a więc stwarzają szansę zaciekawienia go. Duże znaczenie, przede wszystkim w przypadku dzieci i młodzieży, ma terapia rodzinna. Problemy adaptacyjne dziecka z mikrouszkodzeniami mózgu często w pierwszym rzędzie pojawiają się właśnie w środowisku rodzinnym, typowo dzieje się tak w okresie adolescencji. Rozmowy rodzinne pozwalają na wspólne omówienie specyfiki trudności dziecka, otwierają szansę urealnienia oczekiwań rodziców, umożliwiają też uniknięcie niepotrzebnej medykalizacji problemu w przypadku dziecka, u którego chodzi raczej o trudności adaptacyjne niż o zaburzenia emocjonalne. Ze względu na to, że pacjenci z mikroorganicznym uszkodzeniem mózgu mają bardzo często trudności w porządkowaniu informacji, strukturuwaniu myślenia, w planowaniu i organizacji swojego życia, wiele interwencji terapeutycznych musi być podejmowanych na poziomie poznawczo-behawioralnym. Terapeuta zadaje wtedy zadania,

udziela wyjaśnień, instrukcji, a nawet porad. Czasami proponuje pacjentowi umowę czy też kontrakt, próbując w ten sposób poprzez zewnętrzną strukturę wspomóc jego osłabioną kontrolę nad własnym myśleniem i zachowaniem.

Piśmiennictwo

1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
2. Wender PH. Minimal brain dysfunction in children. New York: Wiley & Sons; 1971.
3. Murray ME. Minimal brain dysfunction and borderline personality adjustment. *Am. J. Psychother.* 1979; 33: 391–403.
4. Gabbard GO. Dementia and other cognitive disorders. W: Gabbard GO, red. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Press; 2000.
5. Stern DN. *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books; 1985.
6. Kafka E. Cognitive difficulties in psychoanalysis. *Psychoanal. Quart.* 1984; 53: 533–550.
7. Gardner RA. Techniques for involving the child with MBD in meaningful psychotherapy. *J. Learning Disabil.* 1975; 8: 16–26.

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

Archives of Psychiatry and Psychotherapy

Volume 10 Issue 3 September 2008

Content

Lifetime anxiety and substance use disorder comorbidity in bipolar disorder and its relationship to selected variables. Gender and bipolar subtype differences in comorbidity

Bartosz Grabski et al.

Self-image of girls with different subtypes of eating disorders

Maciej Pilecki, Barbara Józefik

Olfactory obsessions – individual cases or one of the symptoms of obsessive-compulsive disorder. An analysis of 2 clinical cases

Maciej Żerdziński

Cognitive dysfunctions in patients with alcohol dependence

Katarzyna Nowakowska et al.

PAX-6 gene promoter polymorphism and other factors involved in brain atrophy in alcohol dependent patients

Jerzy Samochowiec et al.

Why does psychotherapy need postmodernism?

Bogdan de Barbaro

The motivational factors of activity versus helplessness and the psychotherapeutic change

Witold Simon, Maria Siwiak-Kobayashi

Ethical dilemmas of family therapy in the adolescent psychiatric ward

Irena Namysłowska, Anna Siewierska

Symbolic function of medication – a case report

Sławomir Murawiec

The ramp: psychopathology of decision

Antoni Kępiński