

Paweł Glita

PROBLEMY W PSYCHOTERAPII PACJENTÓW MŁODZIEŻOWYCH Z OBJAWAMI PATOLOGICZNEGO ROZWOJU OSOBOWOŚCI

PROBLEMS IN PSYCHOTHERAPY OF ADOLESCENT PATIENTS WITH PERSONALITY PATHOLOGICAL DEVELOPMENT SYMPTOMS

Krakowski Ośrodek Terapii
Kierownik: Barbara Woszczyzna

Opis w kategoriach psychodynamicznych trudności adolescentów w budowaniu więzi i przeżywaniu lęku przedstawione na przykładach trzech procesów terapeutycznych. Autor niniejszego artykułu podejmuje dyskusję na temat trwałości pewnych predyspozycji osobowościowych i ich modyfikowalności w terapii młodzieży.

**adolescence
individual therapy**

Summary: The aim of the article is to discuss the problem appearing during individual therapy of adolescents with symptoms of disturbed personality development from the psychodynamic point of view. The symptoms are often dangerous for their health or life (suicidal thoughts or behaviour, self-injury, eating disorders) and create a severe conflict with their natural environment.

On the base of presented cases diagnostic issues will be discussed, but the most important aim of the author is to describe these symptoms in developmental terms.

I. Wstęp

Celem mojego wystąpienia jest omówienie specyfiki pracy i rozumienia pacjentów, wykazujących oznaki nieprawidłowego rozwoju osobowości. Mam tu na myśli nastolatków, których postawa z psychologicznego punktu widzenia jest zdominowana przez mechanizmy emocjonalne, znacznie zaburzające ich funkcjonowanie w naturalnym kontekście, tzn. w rodzinie, szkole, grupie rówieśniczej i bliskich relacjach. Tym, co mnie będzie głównie interesowało, to opisanie, na czym polegają ich trudności w kategoriach psychodynamicznych, a więc głównie pod kątem rodzaju przeżywanego przez nich lęku, używanych przez nich mechanizmów obronnych, sposobu wchodzenia w więź, i tego, jak jest ona przeżywana. Odwołując się do znanego w podejściu dynamicznym sposobu klasyfikowania zaburzeń moglibyśmy powiedzieć, że przeżywane przez nich problemy są cięższe niż mieszczące się w kategorii objawów neurotycznych, ale nie kwalifikują się do zaburzeń psychotycznych. Są to pacjenci, którzy, gdyby byli osobami dorosłymi, byłiby określani jako cierpiący na zaburzenia osobowości, i co do których, być może błędnie, możemy przewidywać, że jeśli nie uruchomią własnych zasobów emocjonalnych, jeśli nie zostaną poddani korzystnym oddziaływaniom lub terapii, to wówczas będą w wieku dorosłym wykazywać zaburzenia osobowości. Są to pacjenci, którzy wykazują całą gamę

objawów — mieści się tu np. znaczny poziom izolacji społecznej, złe funkcjonowanie w grupie rówieśniczej, duża część zaburzeń jedzenia, ale najbardziej zauważalni są tu nastolatki mający tendencję do sztywno podtrzymywanych w różnych sytuacjach zachowań ryzykownych, autodestrukcyjnych (np. prób samobójczych, samookaleceń), wyraźnie antyspołecznych i innych. Niektórzy z nich wykazują na tyle spektakularne objawy, że są rozpoznawani nie tylko przez swojego prowadzącego, ale także inne osoby z zespołu ośrodka. Są to zachowania typu: oblewanie terapeutów przebywających w sekretariacie wodą, grożenie samobójstwem po wyjściu z ośrodka albo niekontrolowany krzyk w gabinecie, który przeszkadza innym pracującym w tym czasie terapeutom i „straszy” tych nieco „zdrowszych” pacjentów. Można powiedzieć, że ich rozwój społeczno-emocjonalny tak się potoczył, że ich problemy i napięcia emocjonalne są wyrażane poprzez działanie (acting out), które skazuje ich w nieunikniony sposób na konflikt z otoczeniem. Innymi słowy są to pacjenci, którzy mogą jeszcze odnosić korzyści z terapii w trybie ambulatoryjnym; najczęściej nie jest konieczna ich długotrwała hospitalizacja na oddziale młodzieżowym, choć to właśnie stamtąd są często kierowani do ośrodka. Chciałbym opisać trudności w pracy z taką młodzieżą w następującej kolejności. Na początek przedstawię skrócone opisy przypadków, następnie na ich przykładzie omówię trudności związane z ich rozumieniem (diagnozą terapeutyczną), z uwzględnieniem perspektywy rozwojowej, oraz charakterystyczne problemy występujące w procesie terapii indywidualnej.

II. Przykłady procesów terapeutycznych

Przypadki zostaną zaprezentowane tylko pod kątem zgłaszanych objawów, kształtu relacji terapeutycznej, rozumienia (diagnozy terapeutycznej), poprawy lub pogorszenia w trakcie terapii.

Przykład 1

Na terapię zgłosili się rodzice z 13-letnim synem w związku ze skargami nauczycieli i rówieśników w szkole oraz „nieznośnym” zachowaniem syna w domu. Robert miał tendencję do niezwykle prowokacyjnych i aroganckich zachowań, był nie lubiany przez wszystkich w klasie i prawie wszystkich nauczycieli. Traktował swoich rówieśników z wyższością, mówił, że mogliby być jego służącymi. Nie wykazywał się żadnym planowanym okrucieństwem, ale nie widział potrzeby przeproszenia, kiedy np. coś przypadkowo komuś zepsuł. Potrafił też bardzo boleśnie wyszydzać wady innych (w tym rodziców i brata), impulsywnie, choć nie wulgarnie, ich obrażał. Kilka razy zdarzyło się, że w ataku wściekłości zniszczył jakiś przedmiot, np. rozbił szybę, złamał coś. Był nadwrażliwy na punkcie swojego zdrowia, wyglądu, jeden szczegół sprawiał, że się bardzo wstydził i chował. Odnosił sukcesy w przedmiotach ścisłych, ale kiedy nie był najlepszy, nie wygrywał konkursów, okazywał się np. w czymś gorszy od brata, tracił zapał i stwierdzał, że już go to nie interesuje. Od początku dało się wyczuć silną, choć zaprzeczaną przez niego, lękowość, która objawiała się np. tym, że nie był w stanie zasnąć bez zapalanej lampki nocnej. Już przy pierwszej wizycie nie mógł wytrzymać w gabinecie. Płakał z wściekłości, krzyczał, tupał nogami. Mówił, że ta wizyta to katastrofa, że niszczy mu życie. Terapeuta zrozumiał, że pacjent, pomimo swojego młodego wieku, wykazuje wiele cech charakterystycznych dla narcystycznych zaburzeń osobowości: wielkościowe fantazje, chłód, arogancję, wyższość-

ciowość, trudności w tworzeniu więzi, pragnienie utrzymywania omnipotentnej kontroli. W odpowiedzi na próby terapeuty nawiązania kontaktu mówił, że jest on debilem, że jeśli każe mu przychodzić, to rzuci się pod samochód. Powiedział kiedyś: „szkoda, że Hitler uparł się na Żydów, a nie na psychologów, bo wtedy by pana nie było”. W pierwszej fazie kontaktu terapeuta odczuwał dużą bezradność i pomieszanie, co wymagało konieczności wsparcia poprzez konsultacje superwizyjne. Kiedy ataki wściekłości chłopca nie ustępowały, pomimo prób uspokojenia go, terapeuta powiedział, że takie zachowanie jest niepokojące i zgodnie ze swoją oceną musi rozważyć skierowanie go na oddział. Objął, które z jego zachowań uważa za niepokojące, podzielił się swoim przekonaniem, że wynikają one z silnego napięcia i lęku, i że przekierowanie go na oddział psychiatryczny wiąże się z tym, że nie może on kontrolować swoich reakcji wściekłości, agresywności. Zmiana zachowania zaszła w okamgnieniu. Pacjent stwierdził, że to nieprawda, że nie umie się opanować, i że jest w stanie to pokazać. Od tamtej pory aż do dzisiaj, pomimo przeżywania silnej złości, faktycznie potrafi się do niej odnosić ze względny dystansem; z czasem podobna zmiana zaszła również w relacji z otoczeniem.

Przebieg terapii, niezwykle trudnej dla terapeuty, polegającej w dużej mierze na drobiazgowym omawianiu zachowania chłopca i konfrontowaniu go z jego patologicznymi zachowaniami, był wielowątkowy. Pacjent oddawał się np. wielkościowym fantazjom, że mógłby być wielkim wodzem, gloryfikował Stany Zjednoczone jako supermocarstwo, marzył o karierze politycznej, najlepiej w roli dyktatora. Świat był w jego odczuciu podzielony na nierozumiejące go otoczenie: szkołę, rodziców, terapeutę, psychiatrę, i na wyidealizowany, wyobrażeniowy świat historycznych wodzów, wielkiej polityki, biznesu, kariery. Twierdził, że w jego obecnym życiu nie ma nic dobrego, zgadzał się z terapeutą w tym jednym, że wizja świata przedstawiana przez niego to wizja „wojny wszystkich ze wszystkimi o przetrwanie” (i dlatego chodzi o to, żeby być po stronie zwycięzców i władców), natomiast nie zgadzał się, że to jest tylko jego sposób przeżywania relacji z ludźmi, a nie „obiektywna rzeczywistość”. Na podstawie kontaktu z chłopcem, a także uzupełniającego wywiadu z rodzicami, dotyczącego m.in. jego wczesnego rozwoju, terapeuta przyjął, że jego patologiczne funkcjonowanie warunkują tzw. prymitywne (psychotyczne) mechanizmy obronne, tzn. rozszczepienie i silna projekcja (tworzenie obiektu prześladowczego), również intelektualizacja, a objawy mają charakter egosyntoniczny.

Po dwóch latach terapii zmiana jest wyraźna. Robert jest niezwykle lubiany w klasie, ma kolegów, co jest związane z tym, że jak nikt inny potrafi się wyklócać z nauczycielami o interesy uczniów. Zaczął się interesować plcią przeciwną, mówi, że w sumie ma niezłą szkołę, większość nauczycieli i klasy jest w porządku, również rodzice miewają jakieś zalety, choć „terapeuta mógłby być bardziej kompetentny”. Znacznie zmieniła się jego ekspresja emocji, poziom napięcia, zaczął zasypiać bez lampki. Wciąż dają się zauważyć wyraźne rysy narcystyczne, jednak jego zachowanie bardziej przypomina bunt adolescentny niż wściekły atak. Najbardziej negowanymi postaciami są w tej chwili: jedna z nauczycielek, terapeuta i matka.

Przykład 2

Na terapię zgłosiła się matka z 16-letnim synem — z diagnozą mikrouszkodzeń CUN — który wykazywał wiele problemów w funkcjonowaniu zarówno w szkole, jak i wśród

rówieśników. Odróżniał się swoim zachowaniem od klasy— bywał atakowany, nie chciał się bronić, mówił, że gardzi agresją, nawet jeśli służy ona obronie i jest nieszkodliwa. Pytany, jaki ma stosunek do opisywanych przez niego bardzo trudnych sytuacji w grupie rówieśniczej, był zdezorientowany, napięty, w końcu mówił, że jest to dla niego neutralne. W pierwszej fazie terapii terapeuta był bardzo zaniepokojony poziomem nieadekwatności funkcjonowania chłopca, dziwnością klimatu emocjonalnego w relacji, a także szeroko poruszaną przez niego problematyką religijną, apokaliptyczną, wizjami końca świata, specyficzną metafizyką itp. Dopiero po kilku miesiącach terapii jego matka poinformowała terapeuta, że wiele lat temu była hospitalizowana w klinice z powodu „problemów emocjonalnych” i że wciąż jest pod opieką psychiatryczną — okazało się, że cierpi na przewlekły zespół urojeniowo-halucynacyjny, o różnym nasileniu, stosunkowo oporny na farmakoterapię. Pozwoliło to terapeutce na zrozumienie sposobu funkcjonowania pacjenta nie tylko jako konsekwencji mikrouszkodeń, ale i wyrazu jego psychotycznej symbiozy z matką. Pacjent nie był w stanie rozdzielić przeżyć i poglądów matki od swojego stanowiska i zbudować własnej, odrębnej tożsamości. Terapeuta skoncentrował się na tym obszarze trudności. Gdy pacjent skończył „referować swoje/matki” wizje końca świata, powiedział: „rozumiem, że taka jest opinia twojej mamy i że od niej to usłyszałeś i że z nią o tym często rozmawiasz, ale jakie jest twoje zdanie?”. Z czasem zaskutkowało to powolnym odseparowywaniem się pacjenta od matki i tworzeniem „własnego świata”. Przyczyniła się do tego także sugestia terapeuty, przekazana zarówno matce, jak i pacjentowi, aby nie opowiadał o treści rozmów terapeutycznych w domu (wcześniej matka kontrolowała relację terapeuty z synem poprzez subtelne nakłanianie do opowiedzenia w domu o wszystkim, co zostało powiedziane na sesji). Jak można było się spodziewać, z czasem ze strony matki pojawiły się wyraźne sygnały dewaluacji terapii i terapeuty. Pacjent również miał coraz więcej wątpliwości, czy jest sens dalej przychodzić; zwiększyła się też częstotliwość jego spóźnień. Po pewnym czasie zadeklarował, że jednak będzie przychodził i zaczął po raz pierwszy rozmawiać z dystansem o chorobie matki, która akurat była w lepszym stanie i wspierała terapię. Potem nastąpił bardzo niepokojący okres wycofania się z relacji społecznych — najpierw zmiana klasy, potem porzucenie kolejnych dwóch szkół. Łukasz oddawał się fantazjom o zostaniu pustelnikiem, zaczął mówić, że terapia jest bez sensu, nie pomaga mu, że różni się z terapeutą w zbyt wielu kwestiach, a przede wszystkim nie chce zmieniać swojego trybu życia i zwyczajów. Zaczął snuć plany co do uzyskania renty. Terapeuta zareagował na to bardzo ostro, emocjonalnie, wskazując, że w ten sposób porzuca nadzieję na dorosłe, względnie samodzielne życie, na związek z dziewczyną, o którym kiedyś marzył, na uzyskanie wykształcenia, zawodu, własne pieniądze i wiele innych rzeczy. Pacjent nie zerwał relacji, jednak jego życie nabrało niezwykle samotniczego, rytualizowanego charakteru. W tym czasie nie miał żadnych kontaktów społecznych oprócz terapeuty. Po jakimś czasie jednak na nowo podjął szkołę, zaczął nawiązywać kontakty z rówieśnikami (pomimo że wyraźnie od nich „odstawał”) i stał się bardziej samodzielny w zakresie czynności higienicznych. Mniej więcej raz na pół roku przychodzi z planem zerwania terapii, powtarza te same argumenty (nie chcę nic zmieniać, nie muszę mieć w ogóle dziewczyny, mogę się masturbować). Terapeuta powtarza wówczas, że w ten sposób zaniedbuje siebie i porzuca nadzieję na rozwój. Terapeuta uznał, że pacjent rozwija się w stronę schizoidalną, jego doświadczenie świata i siebie jest zdeterminowane przez

rozszczerzenie oraz bardzo silną izolację od emocji. Z perspektywy czasu można powiedzieć, że terapia polegała na przeplataniu się dwóch postaw — negacji propozycji terapeuty i relacji z nim, oraz zaangażowania się w relację i postęp w funkcjonowaniu; po pół roku znów negacja i próba zerwania kontaktu. Pacjent albo mówi, że terapia jest bez sensu, albo że będzie przychodził jeszcze 10 lat, a przynajmniej do końca dekady.

Przykład 3

Na terapię zgłosili się rodzice z 15-letnim synem z oznakami zaburzeń zachowania. Chłopiec trzykrotnie zmienił już szkołę, ale w każdej z nich skarżono się na jego zachowanie; miał również duże trudności w nauce i pierwsze kontakty z wymiarem sprawiedliwości. Podczas pierwszej sesji chłopiec zachowywał się bardzo wyzywająco, wręcz nonszalancko i nie widział potrzeby terapii. W trakcie rozmowy z rodzicami okazało się, że już od pół roku w ogóle nie kontaktują się ze szkołą, bo, jak się wyraził ojciec: „już wstyd się tam pokazywać, tyle się człowiek nasłucha, co on tam wyprawia”. Ponadto matka, w obecności syna, zdewaluowała wszystkie ważne instytucje społeczne (tzn. szkołę, policję, sąd), sugerując, że są niesprawiedliwi w ocenie syna, który „jest przecież dobrym chłopcem”. Ponieważ z innych informacji przekazanych przez rodziców wynikało, że zachowanie chłopca może być związane z funkcjonowaniem całej rodziny i że jest on pozostawiony sam wobec kłopotów, które sprawia, terapeuta zdecydował się na skierowanie rodziców z synem na terapię rodzinną. Ponadto miał poczucie, że nie ma żadnej realnej możliwości kontroli zachowania chłopca, co przy braku motywacji z jego strony, w jego przekonaniu podawało w wątpliwość sens terapii indywidualnej. Poinformował o tym rodziców, ale ci bardzo naciskali na uzyskanie pomocy. Terapeuta zdecydował się wówczas na postawienie warunków rodzicom: powrót do kontaktów ze szkołą, kontrolowanie obecności syna na sesjach i ich własne uczestnictwo. Ponadto zwrócił matce uwagę na wspomnianą dewaluację instytucji społecznych, co przyjęła do wiadomości. Terapeuta starał się również wspierać rodziców w ich funkcjach rodzicielskich, co było przez nich dobrze przyjmowane. W następstwie tego toczyły się dwa równoległe procesy terapeutyczne, a terapeuta miał poczucie, że z biegiem czasu udaje się nawiązać kontakt z chłopcem i że jego zachowanie ulega poprawie. Po jakimś czasie dowiedział się ze źródeł zewnętrznych, że deklarowana poprawa nie istnieje i że pacjent zataja wiele faktów w czasie terapii. Chłopiec zaczął ponownie sprawiać kłopoty w szkole, związał się z niekorzystną grupą rówieśniczą, unikał sesji. Terapia została przerwana, również przez rodziców. Po pół roku terapeuta został poproszony o napisanie opinii psychologicznej w związku z kolejną sprawą sądową chłopca.

Po tym wprowadzeniu omówię pokrótce problemy związane z terapią takich nastolatków.

III. Trudności związane z diagnozą psychoterapeutyczną

Zarówno w tytule, jak i we wstępie używam takich określeń, jak „patologiczny rozwój osobowości” czy „nieprawidłowy rozwój osobowości”, ponieważ bliższy jest mi pogląd, że używanie określenia „zaburzenia osobowości” w stosunku do nastolatków jest przedwczesne. Z drugiej jednak strony terapeuci pracujący z młodzieżą często używają tego

terminu na zasadzie analogii do pacjentów dorosłych. Wynika to z faktu, że większość szkoleń psychoterapeutycznych uczy diagnozy terapeutycznej, prowadzenia terapii i innych reguł sztuki przede wszystkim w odniesieniu do pacjentów dorosłych. Wydaje się jednak, że innym powodem jest tutaj również istnienie pewnego rodzaju pustki teoretycznej (diagnostycznej) dotyczącej tak specyficznych zaburzeń u młodzieży. Na pewno nie przychodzą tu w sukurs terapeutom — szczególnie tym, którym zależy na diagnozie terapeutycznej w kategoriach mechanizmów obronnych i typu relacji z obiektem — klasyfikacje psychiatryczne, dążące do stworzenia ateoretycznej systematyki. Np. kategoria „zaburzeń zachowania” wzbudza kontrowersję wśród samych psychiatrów. Zarówno literatura, jak i doświadczenie terapeutyczne pokazują, że za zachowaniem społecznym mogą się kryć bardzo różne mechanizmy emocjonalne. Mogą to być np. mechanizmy depresyjne, maskowane przez społeczny acting out, bądź nieprawidłowy rozwój osobowości w stronę socjopatyczną. Pierwsza grupa nastolatków pomimo trudności potrafi w trakcie terapii nawiązać dobrą relację i stworzyć ciepły klimat emocjonalny — ci stosunkowo dobrze rokują. W przypadku drugiej grupy występują trudności w nawiązaniu empatycznej relacji, dominują chłód, brak motywacji do zmiany, a rokowania, po przekroczeniu pewnego wieku, są raczej niepomysłne [1, 2].

Kwestia stosowania kategorii zaburzeń osobowości do wieku dorastania była szeroko dyskutowana. W tym miejscu chciałbym tylko skrótkowo przedstawić niektóre argumenty za i przeciw jej stosowaniu, o tyle, o ile jest to w mojej ocenie ważne dla prowadzenia terapii.

Podstawowym argumentem przeciw jest fakt, że adolescencja jest z definicji okresem kształtowania osobowości, a więc jej pewnej plastyczności, niespójności, trudno więc mówić o trwałych, patologicznych wzorcach osobowościowych, a stwierdzenie takich wzorców jest właśnie warunkiem takiej diagnozy. Powołując się na definicję zaburzeń osobowości zawartą w DSM-IV, Efrein Bleiberg pisze:

Ostatecznie, zaburzenia osobowości są zdefiniowane jako względnie trwałe i szeroko dezadaptatywne wzory doświadczania, wiązania się i radzenia sobie. Dzieci i adolescenci uczestniczą w bardzo płynnym procesie rozwojowym, w którym każdy aspekt ciała i osobowości nieustannie się zmienia, w różnym tempie, tworząc nowe stany równowagi i nierównowagi w nich samych oraz w ich związkach ze środowiskiem. Dojrzewanie i doświadczanie dostarcza dzieciom ciągle przekształcających się narzędzi radzenia sobie, spostrzegania i organizowania swojego doświadczenia oraz wiązania się z innymi ludźmi, co czyni trudnym, jeśli wręcz nie niemożliwym, orzekanie o „sztywnych i trwałych wzorach” [3, s 172].

Mechanizmy, charakterystyczne dla zaburzeń osobowości u dorosłych, takie jak rozszczepienie, dysocjacja, zaprzeczenie, silna projekcja i inne, w perspektywie analitycznej konstytuują chaos okresu adolescencji i są w dużej mierze podłożem i częścią normalnego rozwoju, szczególnie procesu powtórnej separacji–indywidualizacji [4]. Anna Freud określała adolescencję jako okres „normalnej nienormalności”, a na pytanie, czy zakłócenia emocjonalne tego okresu są nieuniknione, odpowiadała, że być może nie, ale lepiej, żeby wystąpiły, albowiem korzystniej to rokuje dla zdrowia psychicznego dorosłej już jednostki [5]. Istnieją również dane wykazujące, że pewien stopień buntu, wyrażający się np. sięganiem po tzw. zakazane owoce w postaci alkoholu czy przelotnego kontaktu z mniej groźnymi

narkotykami, w konsekwencji prowadzi do lepszej adaptacji społecznej w dorosłości, niż nadmierna lękowość i zahamowania [1]. Dotykamy tu kwestii normy rozwojowej i normy zdrowia psychicznego w okresie adolescencji. Z perspektywy psychodynamicznej, to czy uznamy sposób przeżywania adolescenta za patologiczny czy nie, często zależy nie tyle od rodzajów używanych mechanizmów obronnych, ile od ich dominacji i stopnia nasilenia. Jeżeli rzutują one negatywnie na zdolność do samokontroli, zagrażają zdrowiu lub życiu, izolują od rówieśników, to wówczas posuwamy się w swojej ocenie na kontinuum zdrowie — zaburzenie do kategorii kryzysu rozwojowego, czyli czegoś, co może samo lub przy niewielkiej interwencji ustąpić lub przy niekorzystnych uwarunkowaniach doprowadzić do patologii. Żeby uczynić kwestię nieco jaśniejszą, można podać kilka przykładów takiego funkcjonowania nastolatka, które w naszym poczuciu mieszczą się w normie, a które niepokoiłyby nas jako terapeutów, gdyby dominowały w funkcjonowaniu osób dorosłych.

1. Zazwyczaj wprost lub implicite różne koncepcje analityczne przyjmują, że normalne w okresie adolescencji jest przeżywanie do pewnego stopnia lęków separacyjnych (związanych z niepewnością co do własnej samodzielności), możliwości radzenia sobie, kompetencji itp., co jest związane z procesem powtórnej separacji–indywidualizacji. Pojawiają się lęki depresyjne, związane z wyobrażeniem o tym, że pozwolenie sobie na złość do rodziców spowoduje ich gniew, czyli wycofanie miłości, oraz lęki neurotyczne, związane z rozwijającą się popędowością. Przejściowo może się pojawiać lęk prześladowczy, świat w przeżyciu adolescenta na jakiś czas staje się wrogi lub przynajmniej obcy.

2. Do pewnego stopnia i do pewnego wieku, za normalne uznaje się używanie acting outu — ale jako jednego z wielu mechanizmów radzenia sobie z napięciem. W potocznym języku mówi się, że adolescent musi się „wyszaleć”; czasem niepokojące jest nadmierne opanowanie, nienaturalna „dojrzałość”.

3. Tolerujemy również nadwrażliwość nastolatków, skupianie się na sobie, przebywanie w sferze fantazji w odpowiedzi na dylematy rozwojowe — czyli adolescentną narcyzację.

Przyjrzyjmy się teraz argumentom przemawiającym za stawianiem diagnozy zaburzeń osobowości w wieku rozwojowym. Najczęściej kategoria ZO w stosunku do dzieci i młodzieży jest spotykana u autorów psychoanalitycznych. Np. Paulina Kernberg [6] nie waha się diagnozować narcystycznych zaburzeń osobowości u dzieci (potwierdziła to w trakcie swojej wizyty w Krakowie). W polskim piśmiennictwie z takim określeniem spotkałem się np. u Katarzyny Schier [7]. Argumenty są następujące:

Zgodnie z teorią psychoanalityczną i wynikami wielu badań nad rozwojem małych dzieci, podstawowe zręby osobowości, tzn. typ relacji z obiektem, czyli sposoby wchodzenia w więź, podstawowa tożsamość jako osoby, tzw. obraz samego siebie, podstawowy wzorzec reakcji popędowych i inne, rozwijają się do 6.–7. roku życia. Oczywiście może później nastąpić modyfikacja, i to, jak się wydaje, szczególnie w okresie dorastania, ale często nie następuje. Na fałszywość wizji adolescencji jako okresu, w którym dokonuje się bardzo znaczna przemiana osobowości, wskazują także nie wprost te koncepcje, które zwracają uwagę na biologiczne uwarunkowania pewnych cech psychologicznych. Są to np. różne teorie temperamentu, łączące określony sposób reagowania z różnymi, dziedzicznymi cechami układu nerwowego.

Skoro więc dość wcześnie kształtuje się nasza osobowość, to może się ona również dość wcześnie ukształtować w sposób patologiczny. Cytowany już Bleiberg w innym miejscu pisze:

Czy dziecięca osobowość może w tak sztywny sposób zafiksować się na dezadaptacyjnych wzorach radzenia sobie, doświadczania i wiązania się, że kwalifikuje się jako desygnat „zaburzeń osobowości”? [...] Przez ponad 15 ubiegłych lat badania rozwojowe i prospektywne studia rozwojowe dostarczały coraz dokładniejszych, empirycznie poświadczonych podstaw dla rozumienia interakcji sił genetycznych i rozwojowych w generowaniu, organizowaniu i strukturalizowaniu dziecięcego subiektywnego doświadczenia, mechanizmów radzenia sobie i wzorów relacji z ludźmi. Studia te potwierdzają argument Pauliny Kernberg, że dzieci przejawiają wyróżniające się cechy i wzory spostrzegania, wiązania się i myślenia o otoczeniu oraz samych sobie, włącznie z cechami takimi jak egocentryzm, zahamowanie, społeczność, aktywność i wiele innych. Kernberg dodała, że cechy te i wzory trwają na przestrzeni czasu i w różnych sytuacjach, i upoważniają nas do użycia sformułowania zaburzenia osobowości niezależnie od wieku wówczas, gdy (1) stają się sztywne, dezadaptatywne i chroniczne; (2) powodują znaczne osłabienie funkcjonowania; i (3) powodują silne subiektywne cierpienie [3, s. 173].

W przeglądowym artykule nt. patologii osobowości, Western i Chang [1] przywołują wiele badań uzasadniających tezę, że choć osobowość adolescenta nie jest w pełni rozwinięta i stabilna, to wykazuje ona istotną ciągłość, od co najmniej trzeciego roku życia, przez lata adolescencji i poza nie. Np. dzieci nieśmiałe z zahamowaniami są bardziej skłonne do odczuwania niepokoju i zahamowań w adolescencji. Niemowlęta, pozbawione możliwości stabilnej i pewnej więzi między 12. a 24. miesiącem życia, są bardziej skłonne, niż ich wychowani w atmosferze bezpieczeństwa rówieśnicy, do przejawiania trudności interpersonalnych w dzieciństwie i mają niższe wskaźniki zdrowia emocjonalnego, samooceny, elastyczności ego i kompetencji rówieśniczych jako adolescenty. Chłopcy, którzy są agresywni w dzieciństwie, są bardziej predysponowani, żeby być antyspołecznymi lub w inny sposób dysfunkcjonalnymi dorosłymi.

Na marginesie można dodać, że obraz adolescencji, jako okresu ciągłej „burzy i naporu”, który wyłania się z praktyki klinicznej oraz z badań z nią związanych, jest zupełnie inny niż obraz wyłaniający się z badań psychologów rozwojowych, koncentrujących się na innych obszarach niż uwarunkowania patologii. Czasem mówi się, że tylko około 20% nastolatków (w USA) tak burzliwie przechodzi adolescencję, że konieczna jest pomoc terapeutyczna.

Pojawiają się również propozycje, że obszar ten powinien się doczekać własnych, używanych wyłącznie do adolescencji kategorii diagnostycznych. Western i Chang [1] podejmują próbę ustalenia klasyfikacji zaburzeń osobowości w adolescencji na podstawie badań, tak aby unikać nieuniknionych błędów, pojawiających się przy prostym przeniesieniu kategorii ZO występujących u dorosłych. Piszą: „patologia osobowości może być mniej zróżnicowana lub mieć inne cechy w wieku 14 lub 15 lat niż w wieku dorosłym, i w związku z tym może wymagać innych kategorii lub kryteriów” [1, s. 65]. Proponują siedem typów patologicznego rozwoju osobowości, które nazywają stylami i zaburzeniami osobowości w adolescencji: styl dysforyczno-samokrytyczny, dysforyczno-opozycyjny, zaburzenie osobowości antyspołeczno-psychopatyczne, zaburzenie osobowości związane

z rozregulowaniem emocjonalnym (podobny do borderline), schizoidalne zaburzenie osobowości, narcystyczne zaburzenie osobowości i histrioniczny styl osobowości.

Spór ten może się wydawać czysto pojęciowy, ale w gruncie rzeczy takim nie jest. Jego istotą wydaje się pytanie o trwałość pewnych predyspozycji osobowościowych i ich modyfikowalność, również poprzez terapię. Przyglądając się pierwszej opisanej przeze mnie terapii („narcystyczny” chłopiec), z perspektywy czasu można powiedzieć, że zmiany w funkcjonowaniu tego chłopca nastąpiły stosunkowo szybko i że nie byłyby one możliwe u pacjenta dorosłego z podobnymi objawami. Można więc powątpiewać w to, że mieliśmy tu do czynienia z czymś na kształt zaburzeń osobowości. Jeśli jednak przyjrzymy się drugiej terapii (pacjent z mechanizmami schizoidalnymi), możemy spostrzec, jak pacjent oscyluje pomiędzy zafiksowaniem się, skostnieniem w pewnym sposobie życia, który może go całkowicie pozbawić funkcjonowania społecznego, a podejmowaniem wyzwań rozwojowych. Niewątpliwym czynnikiem obciążającym rozwój, oprócz wyraźnych warunkowań psychologicznych, są w tym przypadku deficyty organiczne. Sądzę, że każdy terapeuta młodzieżowy mógłby opisać wiele terapii podobnych do przypadku trzeciego (pacjent z tendencjami aspołecznymi). Są to terapie w pewnym sensie nieudane, kiedy nastolatek i jego rodzina przestają walczyć o rozwój, a co za tym idzie — nie przejawiają żadnej wewnętrznej motywacji do zmiany. Na skutek tego pacjent trzyma się mniej lub bardziej patologicznego wzorca zachowania i przeżywania, czasem aż do wieku dorosłego, kiedy ktoś na nowo dostrzeże, że jego sposób funkcjonowania przysparza mu niepotrzebnych cierpień, ale czasem następuje utrwalenie się patologii, np. wtedy, gdy aspołeczne zachowanie staje się częścią tożsamości, charakteru, zaczyna przynosić wtórne korzyści (np. finansową, pozwala dookreślić tożsamość). Likwidacji ulega wówczas wewnętrzny konflikt i poczucie cierpienia, nikną wewnętrzne wątpliwości, namysł nad sobą i potrzeba zmiany.

Z czego wynika patologia w opisanych przeze mnie przypadkach? Z perspektywy psychodynamicznej należy odpowiedzieć, że z niedojrzałości używanych mechanizmów obronnych (rozszczenie, projekcja, dysocjacja, acting out, izolacja), czyli ich nieadekwatności, jako sposobów radzenia sobie z lękiem, do wieku i zadań rozwojowych z nim związanych. Powoduje to dominację archaicznych, psychotycznych lęków (w dwóch pierwszych przypadkach), bądź uniemożliwia prawidłową socjalizację (przypadek trzeci). Opis ten należy jednak uzupełnić kategoriami rozwojowymi. W moim przekonaniu niezwykle istotne jest, w jakim stopniu zachowana została pewna plastyczność emocjonalna, możliwość zmiany, otwartość na modyfikację sposobu przeżywania i wiązania się; w jakim stopniu mamy do czynienia z przejściową, a w jakim z trwałą fiksacją, zatrzymaniem lub regresem w rozwoju; w jakim stopniu patologiczne wzorce stały się już niezmienną częścią tożsamości (self)? Zastanawiając się nad tymi zagadnieniami sięgnąłem do kategorii „przedwczesnego zamknięcia się rozwoju” (ang. developmental foreclosure), stosowanej przez brytyjskich psychoanalityków Mosesa i Eagle Lauferów [8]. W ich koncepcji, nadmiernie przesyconej seksualnością, kategoria ta odnosiła się przede wszystkim do przedwczesnego, kończącego terapię, utrwalenia się struktury perwersyjnej u nastolatków. Wydaje się jednak ona dobrze odnosić również do zatracenia adolescentnej tendencji do praktykowania, próbowania różnych rozwiązań. W przypadku pierwszego chłopca to przedwczesne zamknięcie się nie nastąpiło, w przypadku drugiego — terapia

jest walką, aby do niego nie doszło lub nie objęło ono całego rozwoju, w przypadku trzeciego chłopca właśnie taki proces miał miejsce.

IV. Trudności napotymane w procesie terapeutycznym

Trudności pojawiające się w podczas terapii pacjenta z nieprawidłowym rozwojem osobowości są podobne do trudności w terapii pacjentów dorosłych cierpiących z powodu zaburzeń osobowości [9]. Istnieje jednak kilka elementów dodatkowych, wynikających ze specyfiki wieku. Podstawowym problemem jest samo nawiązanie i utrzymanie relacji. Wynika to z faktu, że wczesne zaburzenie relacji leży u podłoża trudności. Tak więc dla kogoś, kto np. doznał traumy w relacji z opiekunem, bliskość musi wywoływać silny lęk, fantazje o wrogich intencjach terapeuty itd. Terapeuta wraz z rodzicami musi czasem wziąć tu na siebie decyzję o terapii. Za każdym razem, kiedy występują zachowania niebezpieczne — próby samobójcze, samookaleczenia, należy rozważyć podejmowanie się takiej terapii w warunkach ambulatoryjnych, przynajmniej na początku. Wynika z tego konieczność narzucenia wyraźnych ram terapii, warunków, w jakich może się ona odbyć. Chodzi tu nie tylko o pilnowanie ram terapii, ale czasem również o umowę dotyczącą kontrolowania wagi (w przypadku anoreksji), dawania znać o narastających myślach samobójczych, zgody na przejściową hospitalizację lub przynajmniej równoczesne konsultacje psychiatryczne. Czasem konieczne jest podjęcie jakichś działań przez rodziców lub ich współuczestnictwo w procesie terapeutycznym. Nie wystarczy zatem omawiać, i interpretować, silnego ładunku agresji, którą ci pacjenci mogą wносить, trzeba również stawiać pewne warunki bezpieczeństwa. Czasem trzeba się uciec do konfrontacji i jasno określić, co uznajemy za niepokojące, czasem patologiczne — to my, a nie pacjent, widzimy najczęściej potrzebę terapii. Postawa taka, która może się wydawać dość agresywna, wywołuje oczywiście świadomy sprzeciw nastolatków, ale jednocześnie na innym, przedświadomym lub nieświadomym poziomie jest przyjmowana bardzo dobrze, ponieważ czują oni, że jest ktoś, kto potrafi postawić im granicę, objaśnić to, co się z nimi dzieje, wprowadzić, nieco może odgórnie, porządek w świat ich chaotycznych dotychczas przeżyć. Moment, w którym nastolatek poczuje, że terapeuta wie, co robi, i że przynosi mu to ulgę, jest momentem, w którym stabilizuje się relacja terapeutyczna. Jest ona wówczas w mniejszym stopniu atakowana, zaczyna się powoli rozwijać pozytywne przeniesienie, kielkuje poczucie wdzięczności i przywiązania do terapeuty.

Tym, co jest niezwykle istotne w terapii nastolatków w ogóle, a tego typu nastolatków szczególnie, to radzenie sobie z używanym przez nich mechanizmem obronnym, jakim jest destrukcyjny acting out (czyli odreagowanie, rozgrywanie w działaniu). Nastolatek działa, zamiast mówić, np. bije się, zamiast się kłócić, porzuca szkołę, przeczuwając, że uderzy to silnie w rodziców, zamiast wchodzić z nimi w spór, albo powiedzieć, że się boi, że nie da rady. Samookalecza się, nie je lub wymiotuje, zamiast próbować radzić sobie ze swoimi lękami separacyjnymi, lękami związanymi z popędowością, poczuciem winy, wewnętrzną wrogością, chęcią zemsty i innymi trudnymi impulsami. Najczęściej nie mają oni dostępu do tych uczuć — terapeuci bardziej ich istnienia się domyślają niż mogą je znaleźć w tym, co nastolatek mówi. Wielu teoretyków wskazuje, że przyczyną tego typu zaburzeń jest właśnie niedostatecznie rozwinięta zdolność do psychologizowania, nazywania swoich

stanów emocjonalnych, bądź z powodów psychologicznych, bądź z powodu wychowywania się w określonej kulturze, w której emocje się odreagowuje, zamiast o nich mówić. Terapia jest wówczas uzupełnianiem rozwoju nastolatka pod tym względem.

Z tego, o czym wspominałem, wynika jasno, że należy tu przyjąć model terapii jako swoiste wspomaganie rozwoju emocjonalnego oraz to, że taka pomoc, jeśli jej skutki mają być trwałe, musi trwać długo, głównymi czynnikami terapeutycznymi są tu bowiem relacja terapeutyczna i to, co kryje się pod pojęciem korektywnego doświadczenia emocjonalnego. Składa się na nie np. zdolność do wytrzymania agresji pacjenta, troska o niego, cierpliwość, empatyczne nazywanie tego, co się z nim dzieje, zachowywanie się w taki sposób, aby nie potwierdziły się jego najgorsze lękowe wizje co do zachowania ważnych osób dorosłych, czyli nieopuszczanie go, interesowanie się nim, wchodzenie w wymianę emocjonalną, zamiast intelektualizowania i inne.

Inna grupa problemów jest związana z emocjonalną reakcją terapeuty na takich pacjentów, czyli z przeciwprzeniesieniem, wywołują oni bowiem często silną złość, czasem impulsy sadystyczne, czasem niechęć do pracy z nimi, czasem również lęk. Ale naszym udziałem są, w pracy z nimi, również pozytywne uczucia, szczególnie w późniejszych fazach pracy. Tego typu terapię są opisywane czasem w metaforze „rerodzicielstwa”, ponownego, korektywnego przeżycia relacji rodzicielskiej. Pojawiają się zatem reakcje podobne do tych, jakie istnieją w diadzie rodzicielskiej: troska, walka o nich, silne identyfikowanie ich jako „swoich” pacjentów, omnipotencja, żal, kiedy rezygnują z terapii, swoista duma, kiedy się zmieniają i zaczynają być lepiej zaadoptowani społecznie. Oczywiście przeniesienie samo w sobie nie jest niczym niepokojącym, choć w tego typu terapii może być na tyle silne, że skłoni terapeutę do jakiegoś nieprzemysłanego kroku.

Tym, na przekazaniu czego zależało mi w tym wystąpieniu najbardziej, była myśl, że podstawową trudnością, ale i zadaniem dla terapeuty pacjentów z nieprawidłowo rozwijającą się osobowością jest przeciwdziałanie przedwczesnemu zamknięciu się rozwoju, walka o utrzymanie charakterystycznej dla zdrowej adolescencji plastyczności, możliwości próbowania różnych rozwiązań, integrowania porażek rozwojowych i dbanie, aby nie doprowadzały one do nadmiernego zaburzenia linii rozwojowej.

Piśmiennictwo

1. Western D, Chang Ch. Personality pathology in adolescence: a review. *Adolesc. Psychiatry* 2000; 25: 61–101.
2. Ben-Amos B. Depression and conduct disorders in children and adolescents: A review of the literature. *Bull. Menn. Clin.* 1992, 56, 188–199.
3. Bleiberg E. Borderline disorders in children and adolescents: The concept, the diagnosis, and the controversies. *Bull. Menn. Clin.* 1994; 58, 169–197.
4. Blos P. The life cycle as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of adolescents. *Int. J. Psychoan.* 1980; 61: 145.
5. Freud A. Adolescence. *Psychoan. Study Child* 1958; 13: 255–278.
6. Kernberg P. Narcissistic personality disorder in childhood. *Psychiatric Clin. North Am.* 1989; 12: 671–694.
7. Schier K. Psychoanalityczna terapia dzieci i młodzieży: przeniesienie. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2000.

8. Laufer M, Laufer E. Adolescence and developmental breakdown. A psychoanalytic view. London: Karnac (Books) Ltd.; 1995.
9. Kernberg O. Severe personality disorders; psychotherapeutic strategies. New Haven: Yale University Press; 1984.

Adres: Krakowski Ośrodek Terapii
ul. Miodowa 12, 31-055 Kraków