

Paweł Glita

## WEWNĘTRZNA I ZEWNĘTRZNA RZECZYWISTOŚĆ ADOLESCENTA JAKO OBSZARY INTERWENCJI TERAPEUTYCZNEJ\*

### DIAGNOSTIC AND COMMUNICATIONAL MEANING OF VOICE SIGNALS IN THE THERAPEUTIC RELATION

Krakowski Ośrodek Terapii  
Kierownik: mgr Barbara Woszczyzna  
Krakowskie Centrum Psychodynamiczne  
Kierownik: mgr Janusz Kitrasiewicz

adolescence  
psychotherapy

*Autor pobudza nas do refleksji, na jaki obszar funkcjonowania pacjenta kierujemy nasze interwencje terapeutyczne i dlaczego niekiedy częściej zajmujemy się jego rzeczywistością zewnętrzną niż wewnętrzną.*

**Summary:** The article refers to psychoanalytic concepts of “internal” and “external” reality in order to present some specific difficulties experienced by therapists who work with adolescent patients. The author tries to answer the question if the pressure put by the therapist on external reality, (like change of the family, behavioural habits, neurochemistry of brain) is based on a reliable diagnosis or maybe on an unconscious countertransference and implicit institutional pressure. This last factor is much more significant in psychotherapy of adolescents than in the psychotherapy of adults.

### Wstęp

Celem niniejszego tekstu jest próba opisanego jednego z dylematów, którego doświadczają psychoterapeuci pracujący z młodzieżą. W szczególności chodzi mi tu o przyjrzenie się temu, na jaki obszar i według jakich świadomych i nieświadomych kryteriów nakierowujemy nasze interwencje terapeutyczne w pracy z adolescentami. Czy bardziej chcemy zmieniać ich sposób przeżywania, czy rodzinę? Kiedy i dlaczego w procesie indywidualnej psychoterapii nastolatka chcemy ingerować np. w jego sytuację szkolną? Dlaczego np. uznajemy, że pacjent nie nadaje się do terapii wglądowej i co może znaczyć ten termin w odniesieniu do terapii młodzieży? Kiedy ci spośród nas, którzy nie są terapeutami lekarzami, uznają, że trzeba wpłynąć na nastolatka nie tylko środkami psychologicznymi, lecz również poprzez leki? W jakim stopniu decyzje o konsultacji psychiatrycznej wynikają z naszej wiedzy o psychopatologii, a w jakim są związane z dynamiką procesu terapeutycznego? Ogólnie mówiąc, że odpowiedzi na takie pytania zależą od problemów pacjenta, możliwości refleksyjnego odnoszenia się do własnych przeżyć, nawyków terapeuty, zinternalizowanego przez niego

---

\* Niniejszy tekst jest zmodyfikowaną wersją wystąpienia na konferencji naukowej z okazji XX-lecia istnienia Krakowskiego Ośrodka Terapii, pt. „Objaw — pogranicze patologii i zdrowia”, która odbyła się 31 marca 2011 roku.

paradygmatu terapeutycznego i jego przekonań na temat czynników leczących w psychoterapii. Różnorakie własne doświadczenia terapeutyczne i superwizyjne podpowiadają mi, że kwestia ta jest w psychoterapii młodzieży dużo bardziej skomplikowana. Opierając się na psychodynamicznym sposobie myślenia będę chciał się odnieść do wpływu jeszcze co najmniej dwóch czynników na sposób pracy z adolescentem: nacisku zewnętrznego (instytucjonalnego lub rodzinnego) oraz nierozpoznanego przeciwprzeniesienia terapeuty. W szczególności chodzi mi tu o zarysowanie takich sytuacji, które w niezamierzony sposób okazują się niekorzystne dla procesu psychoterapii adolescenta.

### **Relacja między rzeczywistością wewnętrzną a zewnętrzną w wybranych koncepcjach psychoanalitycznych**

Aby zobrazować powyższe kwestie, sięgam po pojęcia rzeczywistości zewnętrznej i wewnętrznej. Używam ich w tym artykule jako szerokich metafor o rodowodzie psychoanalitycznym, których celem jest pokazanie, na jaki obszar życia pacjenta kierujemy swoje oddziaływania i co się powinno zmienić, aby nastąpiła poprawa w terapii<sup>1</sup>. W swoich rozważaniach będę się odwoływał do wybranych wątków w historii myśli psychoanalitycznej, a w szczególności klasycznej teorii popędów i teorii relacji z obiektem. Najprawdopodobniej przywołane przeze mnie stanowiska będą dla większości czytelników znane i oczywiste, przypominam je jednak, ponieważ stanowią niezbędne teoretyczne zaplecze dla późniejszych rozważań dotyczących psychoterapii młodzieży. Celowo pomijam tu większość skomplikowanych kwestii filozoficznych związanych z tymi pojęciami (np. kwestię dualizmu psychofizycznego).

Dokonując upraszczającego skrótu — rzeczywistość wewnętrzna to subiektywność pacjenta, jego przeżycia, charakterystyczne wzorce przeżywania i myślenia, nawyki afektywne, pragnienia, lęki, fantazje, cała mnogość sprzecznych uczuć, do których mamy jako taki dostęp poprzez empatię i intuicję oraz świadome i nieświadome identyfikacje z pacjentem, doświadczane przez nas w regularnej relacji terapeutycznej. W obrębie podejścia psychoanalitycznego ten „świat” porządkujemy stosując pojęcia mechanizmów obronnych, fantazji, obiektów wewnętrznych (tzw. introjektów) i innych.

Czym jest zatem rzeczywistość zewnętrzna? Jest to kontekst, w jakim ta subiektywność funkcjonuje: uwarunkowania somatyczne, rodzinne, środowiskowe, kulturowe, które wpływają na nasz sposób przeżywania, które są przez nas przeżywane, zapamiętywane, czyli — używając języka Klein i Kernberga — w różny sposób zinternalizowane.

Ta para pojęć stała się szczególnie ważna właśnie w podejściu kleinowskim i w późniejszych teoriach relacji z obiektem, ponieważ przyjmowano, że rozwój osobowości małego dziecka, a także jego późniejsze funkcjonowanie jako dorosłego człowieka i możliwość zmiany terapeutycznej są uwarunkowane tym, w jaki sposób zostaną zinternalizowane pewne aspekty ważnych osób i jaki, z przewagą jakich emocji, nieświadomy obraz świata i relacji międzyludzkich zostanie ukształtowany.

W klasycznym podejściu psychoanalitycznym było oczywiste, że psychoanalityk zajmuje się wewnętrzną rzeczywistością pacjenta. Omawiając relację psychoanalizy do innych podejść

<sup>1</sup> Moją inspiracją do użycia tych pojęć w odniesieniu do psychoterapii młodzieży była I Konferencja Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej, która odbyła się 19 kwietnia 2008 roku w Warszawie i nosiła tytuł „Rzeczywistość wewnętrzna a rzeczywistość zewnętrzna”.

leczących, autorzy Słownika psychoanalitycznego, Moore i Fine, w haśle „rzeczywistość”, piszą: „Metoda modyfikacji zachowania oraz niektóre formy terapii podtrzymującej koncentrują się przede wszystkim na poprawianiu adaptacji pacjenta do rzeczywistości, nie biorą zaś pod uwagę procesów nieświadomych. Celem leczenia lekami i strukturyzowania środowiska jest przywrócenie utraconych możliwości badania rzeczywistości i poczucia rzeczywistości. Natomiast leczenie psychoanalityczne skupia się na wyższych poziomach przetwarzania danych z rzeczywistości i rzeczywistości psychicznej. Jest to proces, w którym próbuje się zrozumieć świat subiektywnych doświadczeń pacjenta oraz to, w jaki sposób składają się nań elementy percepcji rzeczywistości i nieświadomych pragnień; próbuje się wyjaśnić mechanizmy odpowiedzialne za przetrwanie minionych wewnętrznych doświadczeń i zniekształcanie doświadczeń bieżących; wreszcie próbuje się poszerzyć wiedzę pacjenta o świecie wewnętrznym i jego swobodę poruszania się w nim” [1, s. 290]. „Narzędziami” służącymi do zmiany tego świata były określone interwencje terapeutyczne, nazywane czasem klasycznymi, analizą właściwą lub nawet „czystym złotem” psychoanalizy. Najczęściej wymienianymi były: spostrzeżenie i konfrontacja (zwrócenie uwagi pacjentowi na coś, postawienie mu tego niejako przed oczyma), klaryfikacja (nazwanie, uświadomienie czegoś, co jest już w sposób rozproszony obecne, przedświadome w tym, co mówi pacjent) oraz interpretacja, czyli pokazanie gotowemu na to emocjonalnie pacjentowi pewnych nieświadomych dla niego zależności przyczynowo-skutkowych. Interwencje tego typu mają charakter opisowy, a nie ocenny, powinny być dokonywane z dobrym empatycznym wyczuciem pacjenta i — przynajmniej w założeniu — być neutralne, np. pozbawione elementu sugestii, rady itp. Jak wynika z przytoczonego fragmentu, wszystkie inne typy oddziaływań były uznawane za „nieanalityczne”, choć później wprowadzono także pojęcie „psychoanalizy z parametrami”, w obrębie której dopuszczano różne interwencje behawioralne, np. pacjentowi fobijnemu radzono, aby konfrontował się z lękotwórczymi obiektami [1].

W klasycznej teorii freudowskiej chyba nie było jeszcze wyraźnego rozgraniczenia pojęć rzeczywistości wewnętrznej i zewnętrznej. Można uznać, że pojęcie rzeczywistości wewnętrznej było po prostu tożsame z pojęciem psychiczności. Implicite przyjmowano, że to właśnie na ten obszar jest nakierowana uwaga analityka i to właśnie tam ma się dokonać zmiana. Zmiana ta była pierwotnie rozumiana jako „uświadomienie nieświadomego”, emocjonalny wgląd, którego naturalną konsekwencją mogła, choć nie musiała, być poprawa objawowa. Freud odróżniał natomiast tzw. rzeczywistość psychiczną od realności w aspekcie kwestii adekwatności wspomnień dziecięcych doświadczeń. Jak wykazywano w późniejszych krytycznych dyskusjach zmieniał zdanie o relacjach jego pacjentek dotyczących doświadczeń inestualnych: w jakim stopniu były one relacją o faktach, a w jakim wytworem fantazji uwarunkowanym nieświadomymi pragnieniami.

W późniejszych teoriach Anny Freud, Melanii Klein, a także w pracach innych teoretyków relacji z obiektem z tzw. grupy niezależnych również przyjmowano za oczywiste, że zmiana ma się dokonać w rzeczywistości wewnętrznej, ale konceptualizowano ją różnie. W psychologii ego Anny Freud rozumiano ją jako zamianę niedojrzałych mechanizmów obronnych na bardziej dojrzałe. Chodziło o wypracowanie takich sposobów radzenia sobie z cierpieniem (głównie lękiem), a także sposobów adaptacji do kontekstu społeczno-kulturowego, za które nie trzeba by płacić ceny psychopatologii i które byłyby zgodne z określonym etapem rozwoju. W teoriach Melanii Klein nastąpiło przesunięcie akcentów. Mówiła oczywiście o mechanizmach obronnych, ale nacisk kładziono na pojęcie nieświadomej fantazji. Rzeczywistość wewnętrzną rozumiała jako złożoną przede wszystkim z częściowo

wrodzonych, nieświadomych fantazji, obrazów obiektów (tzw. introjektów i emocjonalnej relacji pomiędzy nimi a podmiotem), zmiennych w różnych okresach rozwojowych. Wg Melanii Klein na początku życia są to np. rozszczepienne fantazje o dobrej i złej piersi, później — depresyjna, lękowa fantazja o zniszczeniu dobrych aspektów matki przez dziecko. Późniejsze teorie Mahler i innych opisywały sposób przeżywania dylematów związanych z procesem separacji i indywiduacji. Koncepcja Freuda kompleksu Edypa wciąż dostarcza podstawowej inspiracji do rozumienia świadomych i nieświadomych przeżyć, będących konsekwencją odkrycia różnic płciowych, konieczności podzielenia się miłością rodzica, odkrycia swojego statusu jako dziecka, doznań zmysłowych płynących z genitaliów. Zatem treści dominujące w psychice dziecka zmieniają się z wiekiem i znacząco „zabarwiają” sposób przeżywania rzeczywistości zewnętrznej.

Trzeba podkreślić, że w odniesieniu do głównego tematu tego artykułu najczęściej do powiedzenia mają teorie relacji z obiektem. Pokazują one, jak może kształtować się relacja między sposobem przeżywania a rzeczywistością zewnętrzną. Podstawowa teza tych teorii mówi, że sposób przeżywania świata zewnętrznego nie musi być i często nie jest adekwatny do zewnętrznej sytuacji osoby. Ze względu na długotrwałość rozwoju poznawczego w naturalny sposób wiedza małego dziecka o świecie zewnętrznym jest cząstkowa. Z czasem rozumie ono coraz więcej i jego afekt dostosowuje się do możliwości poznawczych. Właśnie ta umiejętność plastycznej modyfikacji własnych wyobrażeń, czy — mówiąc językiem kleinowskim — zmiany introjektu, jest jednym z kryteriów zdrowia psychicznego w tych teoriach. Innym podstawowym kryterium jest adekwatność, odpowiedniość sposobu przeżywania do własnej sytuacji u osoby dorosłej. Można powiedzieć, że mamy tu do czynienia z kontinuum psychopatologia — zdrowie w zależności od tego, w jakim stopniu obraz rzeczywistości jest jej „odbiciem”, a w jakim projekcyjną konstrukcją, nasączoną uczuciami lęku, nienawiści, zagrożenia. Na jednym krańcu mamy do czynienia z psychozą, a więc całkowitym zaburzeniem obrazu rzeczywistości, trwałym lub przejściowym zatraceniem zdolności adaptacji do rzeczywistości społeczno-kulturowej i nierzadko pojawieniem się halucynacji i urojeń, a więc, jak określał to Freud, zatraceniem przez ego umiejętności badania rzeczywistości i odróżniania tego, co rzeczywiste, od tego, co wyobrażone. Na drugim krańcu mamy plastyczną umiejętność reflektowania swoich stanów emocjonalnych przez tzw. zdrowego neurotyka. Miejsca pośrednie zajmowałyby tu zaburzenia osobowości, np. borderline, z przejściowymi, uwarunkowanymi wrogością lub traumą stanami psychotycznymi, narcyzm z wszechobecnym poczuciem krzywdy i nadwrażliwością na swoim punkcie, histeria z silnym skupieniem się na doznaniach płynących z ciała, fobie z obrazem świata nasączonym poczuciem zagrożenia ze strony obiektów, które przez społeczną większość nie są spostrzegane jako aż tak zagrażające itd. Te wybiórcze przykłady mają na celu tylko pokazanie, jak można rozpatrywać psychopatologię właśnie pod kątem tego, jak zaburza ono przeżywanie i spostrzeganie rzeczywistości<sup>2</sup>. Pojęcie rzeczywistości wewnętrznej jest też obecne w teoriach Heinza Kohuta, który w szczególny sposób opisał, jaki jest świat przeżyć pacjentów narcystycznych. Tym, co go szczególnie łączy

<sup>2</sup> Być może opisywanie relacji rzeczywistość wewnętrzna — zewnętrzna w kategoriach „adekwatności” i „odbijania” rzeczywistości zewnętrznej w umyśle jest niepoprawna z filozoficznego punktu widzenia. Teorie relacji z obiektem wydają się niejednorodne, jeśli chodzi o przyjmowaną epistemologię i koncepcję umysłu; rzadziej są też przedmiotem krytycznej analizy filozoficznej niż koncepcja Freuda. Część z tych rozważań toczona jest w duchu naiwnego realizmu i reprezentacjonizmu, a część w duchu realizmu krytycznego i hermeneutyki. Być może poprawniej byłoby mówić nie o „adekwatności” i „odbijaniu” rzeczywistości zewnętrznej, a raczej o bardziej lub mniej przystosowanej interpretacji rzeczywistości zewnętrznej. Kwestia ta wymaga jednak osobnej analizy.

z innymi podejściami psychoanalitycznymi — pomimo wielu różnic — jest przekonanie, że tym, co nas trwale i skutecznie zmienia, jest doświadczenie przemiany wewnętrznej, którą opisał jako „transmuting internalization”. Spośród różnych polskich tłumaczeń tego terminu, najbardziej odpowiednia wydaje mi się „internalizacja przekształcająca” lub „przemieniająca”.

Konstrukty rzeczywistości wewnętrznej były wielokrotnie krytykowane i część z tej krytyki jest aktualna do dziś. Jeśli chodzi o Freuda to — jak wspomniałem — wskazuje się np., że zbyt wiele przypadków realnych nadużyć seksualnych w dzieciństwie uznał on raczej za edypalne fantazje, wynikające z dziecięcych pragnień i obaw, niż za wspomnienia rzeczywistych wydarzeń, które mogły być oczywiście później zniekształcone, ale jednak faktycznie miały miejsce [patrz np. 2]. Jak wskazują jego krytycy, z powodu kulturowego tabu, w jakim funkcjonował, nie był w stanie uznać, że do tych nadużyć może dochodzić aż tak często. Posługując się językiem zaproponowanym w tym tekście można powiedzieć, że częściowo jego obraz rzeczywistości zewnętrznej był zniekształcony przez mechanizmy zaprzeczania. Żeby oddać sprawiedliwość Freudowi, trzeba jednak dodać, że jest to jedno z naprawę nielicznych jego odkryć, którego być może się przestraszył.

Krytyce podlegała również teoria i praktyka Melanii Klein. Wskazywano np. na to, że traktuje postulat pracy w obszarze wewnętrznego świata pacjenta niezwykle dogmatycznie, ignorując przy tym zewnętrzne uwarunkowania [3]. Jednym z adwersarzy Melanii Klein, oprócz najczęściej wymienianej w tym kontekście Anny Freud, był Donald Winnicott. Różne pisma Anny Freud i Winnicotta zawierają sugestie, że chcąc zrozumieć wewnętrzną rzeczywistość dziecka, trzeba brać pod uwagę również tę zewnętrzną i pamiętać, że zmiany dokonywane w kontekście rodzinnym lub somatycznym mogą mieć w poszczególnych wypadkach skutki terapeutyczne<sup>3</sup>. Winnicott wyraźnie zwrócił uwagę na oczywisty dzisiaj fakt, że np. terapia niektórych antyspołecznych nastolatków musi być czasem związana z ustanowieniem pewnych warunków zewnętrznych, nawet jeśli jest to więzienie. Jest on również autorem bardzo ważnych z punktu widzenia psychoterapii młodzieży pojęć, w tym holdingu (podtrzymywania) i „podtrzymującego otoczenia”, pokazujących, jakie

<sup>3</sup> Jeszcze dalej poszedł John Bowlby, który zamiast określenia „relacja z obiektem” posługiwał się kategorią więzi, która miała swoje zewnętrznie obserwowalne wzorce. W ten sposób przeszedł z pozycji psychoanalitycznych, dających prymat poznawanej poprzez empatię i intuicję rzeczywistości wewnętrznej, na pozycję dającą pierwszeństwo zewnętrznie obserwowalnym zjawiskom. Spotkało się to z krytyką ze strony środowisk psychoanalitycznych. Wspominam o tym także dlatego, że teoria przywiązania przechodzi lub przechodziła swoisty renesans. Polskim wyrazem tego zjawiska była konferencja Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Psychiatrycznego i Terapii Rodzin, pt. „Przywiązanie: od teorii do praktyki”, która odbyła się w Krakowie w dniach 20—22 października 2006 r. Rozumiem ten entuzjazm przede wszystkim jako wyraz pewnych tendencji „ekumenicznych” w psychoterapii, tzn. jako próbę znalezienia takiej koncepcji, która umożliwiłaby integrację różnych podejść, np. systemowych i psychodynamicznych. Wydaje się jednak, że szeroko zarysowane teorie relacji z obiektem, tzn. uwzględniające koncepcję Klein, ale i Winnicotta, zawierają w sobie teorię więzi, a są przy tym znacznie bardziej dogłębne i użyteczne klinicznie. Można przecież mówić zarówno o obiektach wewnętrznych (introjektach), jak i o obiektach zewnętrznych, nie rezygnując z priorytetu stworzenia diagnozy świata wewnętrznego pacjenta. Przy przyjęciu teorii więzi ta perspektywa się gubi na rzecz opisywania pewnych wzorców behawioralnych pomiędzy dzieckiem lub pacjentem a jego osobami znaczącymi. Teorię Bowlby’ego wymienia się czasem jako składową podejścia psychodynamicznego [5], ale niezwykle rzadko można spotkać opis przypadku, w którym teoria ta jako główna służyłaby do wyjaśniania psychopatologii pacjenta i procesu terapii.

znaczenie ma kontekst zewnętrzny w prowadzeniu psychoterapii dzieci i młodzieży. Wielu terapeutów dzieli się taką obserwacją, że terapie nastolatków przebiegają znacznie lepiej, kiedy prowadzone są w takim właśnie otoczeniu — np. w ośrodku terapeutycznym lub na oddziale dziennym — z którym pacjenci mogą się związać.

Pomimo powszechnej sympatii i uznania dla wyważonego stanowiska Winnicotta, trzeba jednak powiedzieć, że jest ono też przykładem, jak praca psychoterapeutyczna może ocierać się o skrajności. Teksty Winnicotta pokazują jego pobłażliwość (a może cierpliwość?) wobec pewnych aktów destrukcji — opisuje np. pacjenta, który wchodzi na dach kliniki, włamuje się do jego samochodu, i którego dalej przyjmuje, starając się mu pomóc, dając komentarze na temat jego sposobu przeżywania [4].

Kolejny etap rozważań nt. obszaru, który ma być obiektem interwencji terapeutycznej, nastąpił wówczas, kiedy podjęto próbę zastosowania myślenia psychoanalitycznego w różnych kontekstach klinicznych (np. szpitali psychiatrycznych lub interwencji kryzysowej) oraz wobec pacjentów, których psychopatologia polegała właśnie na tym, że przejawiała się znacznym zaburzeniem ich relacji ze światem zewnętrznym. Ponadto część środowisk psychoanalitycznych zaczęła uwzględniać dane płynące z badań psychiatrycznych i neurobiologicznych, dotyczące mózgowych uwarunkowań niektórych zaburzeń dotychczas spostrzeganych jako typowo psychogenne, a więc przynależne do „rzeczywistości wewnętrznej”. Do tego dochodziły kwestie współpracy psychoterapeuty z farmakoterapeutą. Zaczęto zatem integrować myśl i metodologię psychoanalityczną z wymogami kliniki psychiatrycznej. Przykładem takiej dojrzałej integracji są np. prace Otto Kernberga i Glena Gabbarda [np. 5]<sup>4</sup>.

Skoro padły nazwiska Winnicotta i Kernberga, to chciałbym się zatrzymać na koncepcji pracy psychoterapeutycznej z pacjentami cierpiącymi na zaburzenia osobowości, od których wymaga się, aby spełnili pewne zewnętrzne warunki. Co prawda O. Kernberg nie zajmował się psychoterapią młodzieży, jednak opisywani przez niego pacjenci dorośli mają pewną cechę wspólną z pacjentami młodzieżowymi. Chodzi mi tu o skłonność do destrukcyjnego acting outu, czyli silnych odreagowań, które niszczą możliwość „komfortowej” pracy skierowanej na wewnętrzną rzeczywistość pacjenta, stawiając terapeutę przed dylematami związanymi z tendencjami samobójczymi, perspektywą anorektycznego zagłodzenia lub bulimicznego wyniszczania się, masywnymi samookaleczeniami, konfliktami z prawem, prowokowaniem urazów, przypadkowym seksem i zrywaniem relacji terapeutycznej. O ile u pacjentów dorosłych prawie zawsze są one symptomami poważnych zaburzeń osobowości, o tyle u pacjentów młodzieżowych przynajmniej niektóre z nich mogą być symptomem przejściowego kryzysu rozwojowego.

<sup>4</sup> Dla części psychoanalityków takie syntezy są zbyt biologiczne, a nawet „empiryczne”, jako że uznają oni, iż jedynie droga empatyczno-intuicyjna jest właściwą metodą poznania pacjenta. Natomiast dla części psychiatrów biologicznych prace takie są zdecydowanie zbyt „psychoanalityczne” i w zbyt małym stopniu reprezentują podejście „oparte na dowodach”. Być może czytelnik odkrył moje zdystansowane nastawienie do pewnej wersji kleinizmu, jednak tendencja Gabbarda, aby przy psychodynamicznym opisie schizofrenii — jak w ostatnim wydaniu Psychiatrii psychodynamicznej — całkowicie pominąć koncepcje pozycji schizoparanoidalnej, wydaje mi się przesadą. Być może jest to koncepcja nadużywana, ale myślę, że do opisu wewnętrznego świata osoby cierpiącej na psychozę pasuje „jak ułał”. Pojęcia rozszczepienia, projekcji psychotycznej, lęku anihilacyjnego, identyfikacji projekcyjnej i in. mogą być bardzo pomocne w wytrwaniu w kontakcie z pacjentem po wybuchu psychozy i nie ma sensu z nich rezygnować z terapeutycznego punktu widzenia.

Model terapii zaproponowany przez Kernberga nazywa się TFP — transference focused psychotherapy, a więc „psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu”, co sugeruje, że kluczowe w niej jest omawianie relacji terapeutycznej. Jest to prawda, ale niepełna. Nazwa ta jest nieco myląca, ponieważ pomija bardzo istotny składnik tej terapii, jakim jest świadome posługiwanie się przez terapeutę jej wymogami jako narzędziem terapeutycznym. Z jej opisu wynika, że często, zanim rozpocznie się właściwa praca terapeutyczna, stawia się pacjentowi określone, wynikające z diagnozy, warunki, pod którymi może zostać w ogóle przyjęty do terapii lub za złamanie których zostanie z niej usunięty. Mogą to być np. warunki dotyczące abstynencji, informowania o planach samobójczych, jak również bardziej klasyczne, jak częstotliwość spotkań. Takie postawienie sprawy często w ogóle uniemożliwia nawiązanie relacji terapeutycznej, w której silne afekty mogłyby zostać ujawnione i omówione w relacji z terapeutą.

### **Rzeczywistość wewnętrzna i zewnętrzna w psychoterapii adolescentów**

Wracając do kwestii poruszonych we wstępie, chciałbym ponowić pytanie, czy da się sformułować w obrębie języka psychodynamicznego kryteria, które określałyby, kiedy powinno się podejmować interwencje ingerujące w zewnętrzną rzeczywistość nastolatka, a kiedy ich unikać, koncentrując się tylko na jego wewnętrznym świecie. Dylemat, który mam na myśli, polega na konieczności dokonania wyboru środków terapeutycznych lub decyzji, czy w ogóle kontynuować terapię, jeśli młody człowiek, zgłaszający się lub przyprowadzany pod przymusem, podlega takim zewnętrznym uwarunkowaniom, które ją zaburzają lub mogą zaburzyć. Mówiąc jeszcze inaczej: Kiedy błędem terapeutycznym jest upieranie się tylko przy jednym albo drugim typie interwencji? Czy da się to sformułować w sposób ogólny? Wydaje mi się, że terapeuci znacząco się różnią w swoich wewnętrznych przekonaniach na temat tego, który z tych typów interwencji terapeutycznych jest bardziej skuteczny i który mogą dopuścić w ramach pełnionej roli terapeuty. Różnice te istnieją nawet w obrębie tego samego podejścia psychoterapeutycznego. Dylematów, którymi chciałbym się tu zająć, doświadczają jednak prawdopodobnie psychoterapeuci wszystkich orientacji. Mam jednak wrażenie, że są one najczęściej rozwiązywane niejako odgórnie, na zasadzie nawyków panujących w danym środowisku, rozstrzygających takie kwestie, jak np. czy można prowadzić terapię w domu pacjenta, czy nie i in. Różnice te są pochodną odmienności w rozumieniu czynników leczących w psychoterapii, temperamentu terapeuty, zwyczajów instytucji, w której pracuje i innych. Wydaje mi się jednak, że każdy terapeuta, a szczególnie terapeuta młodzieży, powinien sobie świadomie odpowiedzieć na pytanie, jakie są jego przekonania w tej sprawie. Jako terapeuta psychodynamiczny, prowadzący psychoterapię indywidualną i grupową, bronię tezy, że ingerencja w rzeczywistość zewnętrzną jest potrzebna tylko wtedy, gdy ułatwia lub umożliwia pracę nakierowaną na świat wewnętrzny pacjenta. Nie chodzi tu o unikanie rodziny lub wrogie nastawienie do niej, co czasami słusznie zarzuca się niektórym psychoanalitykom, lecz raczej o uznanie priorytetu relacji z pacjentem, której nadmierne uwikłanie w jego świat zewnętrzny może zaszkodzić.

Można podjąć próbę określenia własnego stanowiska poprzez przywołanie sytuacji, które uważa się za skrajne. Podejrzewam, że wszyscy terapeuci, i to różnych orientacji,

uznaliby za skrajną, uniemożliwiającą terapię, sytuację aktualnego seksualnego lub agresywnego nadużywania dziecka. Zgodzilibyśmy się np. co do zasady, że nie ma sensu prowadzenie terapii sankcjonującej przemoc czy przestępstwo. Podejrzewam też, że większość nie chciałaby prowadzić terapii uniemożliwiającej właściwe leczenie choroby psychicznej, tzn. mającej uzasadnić unikanie leczenia psychiatrycznego, chociaż już tutaj spotykamy się z pierwszymi wyjątkami, spotkałem się bowiem z relacjami o terapeutach tak bardzo wierzących w psychogenne podłoże psychozy i taką siłę relacji terapeutycznej, że nie widzieli potrzeby skonsultowania pacjenta z psychiatrą! Zupełnie odmienne jest stanowisko terapeuty, który, po zetknięciu się ze znacznym stopniem tzw. patologii społecznej w rodzinie pacjenta i słabej psychologizacji, mówi, że nie ma on tu nic do roboty. Wg niego terapia jest niemożliwa, ponieważ motywacja pacjenta jest zbyt niska, aktualnie działające czynniki patogene są zbyt silne, aby można było myśleć o terapii rozumianej jako zajmowanie się światem przeżyć nastolatka. Skrajne wydaje mi się również podejmowanie próby nadania symbolicznego rozumienia rozwijającym się w trakcie sesji przeżyciom psychotycznym, np. mówienie pacjentowi, że jego halucynacje są być może wyrazem jakichś nie dopuszczanych do świadomości przeżyć. Nie wydaje mi się już jednak skrajne nadawanie sensu tym przeżyciom, kiedy objawy zostaną opanowane dzięki farmakoterapii. Tutaj z kolei skrajnością wydaje mi się wyłączna odgórnio zadekretowana koncentracja tylko na rehabilitacji psychospołecznej przy lękowym lub depresyjnym porzuceniu emocjonalnego kontaktu z pacjentem. Podam przykład.

Jedna z terapeutek superwizowała grupowo pracę z 20-letnim pacjentem po jednym epizodzie psychotycznym, dokonując zapisów sesji. Sesje terapeutyczne odbywały się w domu pacjenta, ponieważ w ośrodku opieki środowiskowej — z której korzystał — z racji przewagi pacjentów deficytowych taki rodzaj pracy był przyjmowany jako standard. Pacjent nie miał renty psychiatrycznej, pracował i uczył się, chociaż przeżywał duże napięcie w relacjach z innymi ludźmi. Skarżył się na nudę i brak perspektyw. Podobny problem był zgłaszany przez terapeutkę i był on adekwatny do obrazu wyłaniającego się z zapisu sesji. Terapeutka mówiła, że zarówno ona, jak i pacjent mają poczucie niedosytu, nudy, nie wypowiedanej na głos myśli, że oboje nie wiedzą, jaki miałby być cel tych spotkań. Przedstawiona sesja była zdominowana przez banalne konkrety: co zrobić, kiedy, jak; w klimacie przypominała pracę z osobą cierpiącą na aleksytymię, choć z szerszego opisu nie wynikało, aby pacjent nie był w stanie nazywać uczuć. Grupa superwizyjna zwróciła jej uwagę, że w ogóle nie zajmuje się przeżyciami pacjenta, a przede wszystkim jego dylematami separacyjnymi i popędowymi, bezwiednie traktując go jako pacjenta wyłącznie deficytowego. Terapeutka nie potrafiła np. odpowiedzieć, jaki jest według niej obraz jego rodziców. Ostateczna konkluzja brzmiała: „ciężko jest rozmawiać o matce i wnioskować, jaki jej nieświadomy obraz nosi w sobie pacjent, słysząc, jak ona krząta się za drzwiami, wiedząc, że w każdej chwili może zapukać, wejść do pokoju i zaproponować herbatę”. Warunki terapii domowej, uzasadnionej z punktu widzenia ciężkości choroby u innych pacjentów, w przypadku tej konkretnej relacji terapeutycznej niszczyły możliwość zdystansowanej refleksji nad przeżyciami pacjenta, co byłoby chyba najkorzystniejszym dla niego celem tej terapii.

Z punktu widzenia terapii młodzieży częstsza wydaje mi się skrajność polegająca na przesadnym preferowaniu interwencji nakierowanych na świat zewnętrzny. Chciałbym



to podkreślić wyjątkowo mocno, ponieważ skrajność ta wynika nie tylko z powodu identyfikacji z określoną metodą, ale także istnienia silnej, często instytucjonalnej presji płynącej właśnie ze świata zewnętrznego, której uleganie może mieć niekorzystny wpływ na chęć terapeuty, aby zając się wewnętrznym światem przeżyć nastolatka. Oczekiwania płyną zewsząd: ze strony rodziców, którzy chcą, aby szybko „zreperować” im dziecko, najczęściej nie interesując się nim, ze strony szkoły, aby szybko przestało ono sprawiać problemy; czasem ze strony władz instytucji, w której terapeuta pracuje, chcących mieć namacalne wyniki terapii; ze strony funduszu ubezpieczeniowego i wielu innych. Kim ma być terapeuta młodzieżowy wobec tych różnorodnych oczekiwań? Często wychowawcą, lepszym rodzicem lub zastępczym kuratorem sądowym. Najlepiej zaś, aby był cudotwórcą. Uważam, że wszystkie te role mogą być pełnione przez psychoterapeutę tylko w niewielkim stopniu, nie znam bowiem przypadku, żeby przesadna uległość wobec tych oczekiwań nie odbiła się niekorzystnie na relacji terapeutycznej z nastolatkiem. Można spotkać się z sytuacjami, w których terapeuta wie praktycznie wszystko o zewnętrznych uwarunkowaniach pacjenta, dokumentacja aż pęka od wyników testów i danych ze zobiektywizowanego wywiadu, a jednocześnie ten sam terapeuta w pewnym sensie — w sensie rzeczywistości wewnętrznej — kompletnie pacjenta nie zna! Prowadzi terapię najczęściej polegającą na poradnictwie, a jednocześnie podejmuje wiele realnych działań, dających poczucie, że jednak coś dla pacjenta robi.

Drugim ważnym czynnikiem decydującym o zbyt wczesnym porzuceniu pracy w obszarze życia wewnętrznego wydaje się być specyficzna reakcja przeciwprzeniesieniowa. Mam tu na myśli w szczególności zaprzeczone poczucie bezradności oraz nieświadoma identyfikację z pacjentem. Jeżeli np. terapeuta nieświadomie podziela pogląd pacjenta, że pewnych kwestii nie da się rozstrzygnąć, to wówczas będzie skłonny do dawania mu rad, aby nie tkwić w pacie terapeutycznym.

Prowadzę terapię depresyjnego nastolatka, który wykazywał agresję fizyczną i słowną w stosunku do matki. Matka była wobec tych ataków bezradna, nie mogła znaleźć sensownej pomocy od opuszczającego ją męża, a jednocześnie nie chciała się bronić poprzez wezwanie policji. Początkowo miałem nadzieję, że kontakt terapeutyczny i pokazywanie mu uczuć stojących za jego zachowaniem stopniowo wpłynie na jego zachowanie, ale z czasem straciłem tę nadzieję. Kierowany bezradnością i złością na masochistyczną pasywność matki wsparłem wówczas pomysł wzywania policji, co było trochę niezgodne z moimi przekonaniem. Okazało się jednak bardzo dobrym pomysłem zarówno dla matki, jak i terapii. Dwaj policjanci nie potraktowali chłopca od razu jak przestępca, ale w krótkich żołnierskich słowach, nie pozostawiających złudzeń, poinformowali go, jakie procedury zamierzają wszcząć po powtórzeniu się takiego incydentu. Matka była z tej „interwencji terapeutycznej” zadowolona, bo syn bardzo się zmienił i uspokoił. Zdaje się, że nawet popatrzył na nią z podziwem. Zmusiła go też do przyścia do terapeuty, grożąc zabranieniem mu komputera. Na spotkaniu z terapeutą chłopiec w dalszym ciągu deklaruował niechęć, jednak zrobił się znacznie bardziej rozmowny.

Opisuję tę terapię nie po to, aby zasugerować, jak powinno się pracować w takich przypadkach. Bądźmy szczerzy: znacząca część tego typu sytuacji kończy się porażką terapeutyczną. Równie dobrze ta interwencja mogła nie być tak terapeutyczna, ale dodatkowo traumatyzująca, sprzyjająca np. związaniu się pacjenta z grupą pseudokibiców,

nienawidzącą tzw. psów. Napady agresji później jeszcze powracały, choć były rzadsze, możliwość zaś omawiania z pacjentem jego poczucia krzywdy i gniewu, stojącymi za tymi atakami, raz była lepsza, raz gorsza. Prawdę mówiąc do dzisiaj nie jestem pewien, czy terapia trwale zabezpieczyła chłopca przed depresyjną autodestrukcją. Opisałem tę sytuację, żeby pokazać, w jakim stopniu terapia młodzieży może być połączeniem interwencji nakierowanych na świat zewnętrzny i wewnętrzny oraz jak zewnętrzne stworzenie granic otwiera możliwość poznania wewnętrznej emocjonalności pacjenta. Przypadek ten pokazuje ponadto, że wybór pomiędzy tymi dwoma rodzajami interwencji podejmowany jest intuicyjnie, na chybił trafił. (Mógłbym przytoczyć kilka terapii, własnych i cudzych, w których interwencje tego typu pogorszyły sprawę.)

Innym czynnikiem przeciwpnieniesieniowym wpływającym na wybór interwencji terapeutycznej jest nieświadoma identyfikacja z pacjentem. Przykładem może być tutaj terapia lękowo-depresyjnego 18-letniego pacjenta, który odmawiał podjęcia nauki w szkole i bez żadnego uzasadnienia korzystał z nauczania indywidualnego. Omawiającej tego pacjenta na superwizji terapeutce wymknęło się, że przecież lepiej dla niego, żeby nie uczył się w nie najlepszej klasie, którą ona zna z racji sprawowania opieki psychologicznej nad tą szkołą. Tym samym pokazała, że podziela jego negatywne przekonania o wartości nauki w klasie, z czego nie w pełni zdawała sobie sprawę. Czując się bezradna wobec jego oporu zastanawiała się nad podjęciem własnej inicjatywy „załatwienia mu” lepszej klasy. Tym samym cały obszar jego wewnętrznych mechanizmów narcystycznych i niedojrzałych, a także lęków kastracyjnych nie był przez terapeutkę omawiany, lecz zastępowany chęcią pomocy w rzeczywistości zewnętrznej.

Na koniec chciałbym zaznaczyć, że odrębną, bardzo ważną kwestią jest nie tylko to, czy zajmować się wewnętrzną rzeczywistością nastolatka, lecz także, jak się nią zajmować. Jednym z powodów, dla których psychodynamiczna praca z młodzieżą jest negowana, jest pogląd, iż nastolatka nie można i nawet nie ma sensu analizować. Tymczasem można pozostać terapeutą psychodynamicznym częściowo zgadzając się z tym poglądem. Wydaje mi się, że stereotypowe rozumienie terapii psychodynamicznej jako charakteryzującej się „sztywnym” wycofaniem, nastawionej na wglądową pracę z dorosłymi, jest również jedną z przyczyn niewiary w to, że analiza wewnętrznej rzeczywistości nastolatka ma sens terapeutyczny. Można się zgodzić, że adolescent najczęściej nie będzie rozumiał sensu rekonstrukcyjnej pracy sięgającej dzieciństwa lub że koncentracja na jego wewnętrznym świecie może wzmacniać jego młodzieńczy narcyzm lub być podejmowana kompensacyjnie, zamiast budzących lęk działań w świecie zewnętrznym. Można jednak używać interwencji nakierowanych na świat wewnętrzny nie tylko po to, aby nastolatek miał „wgląd”, lecz np. po to, aby wyrównywać jego deficyt symbolizacji, lub aby jego emocjonalne napięcie znalazło swoje ujście nie w odreagowaniu, ale zostało opanowane poprzez trafne i dosadne nazwanie go. Psychodynamiczny terapeuta młodzieżowy bardziej niż terapeuta dorosłego jest konfrontowany z pytaniami o to, czy rozumieć słowa pacjenta dosłownie, czy symbolicznie. Czy jeśli nastolatek mówi, że w jego ocenie rodzice powinni się rozwieść, to czy daje wyraz adekwatnej ocenie relacji rodzinnych, czy też może racjonalizuje swoje edypalne przywiązanie do matki? Czy zrozumie i skorzysta, jeśli mu się to uświadomi? Czy lepiej go wesprzeć mówiąc, że musi mu być trudno, jeśli są tak duże konflikty, czy

raczej pokazać, że mówi to z perspektywy ukrytej rywalizacji z ojcem? Jednak odpowiedzi na takie pytania to już temat na inne opracowanie.

### **Piśmiennictwo**

1. Moore BE, Fine BD. Słownik psychoanalizy. Warszawa: Jacek Santorski & CO; 1996.
2. Pilecki M. Percepcja kontekstu rodzinnego w terapii indywidualnej i rodzinnej. *Psychiatr. Psychoter.* 2008; 4, 1.
3. Berman E. Związek między Klein i Winnicottem a debata dotycząca rzeczywistości wewnętrznej i zewnętrznej. <http://www.psychodynamika.pl/index.php/page/materialy-szkoleniowe>
4. Winnicott DW. Psychotherapy of character disorders. W: Winnicott DW. *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development.* New York: International Universities Press, s. 203–216.
5. Gabbard G. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej.* Kraków: Wydawnictwo UJ; 2009.

Adres: glita@poczta.onet.pl

Wykaz osób wykonujących recenzje  
dla redakcji „Psychoterapii” w roku 2010

mgr Anna Bielańska  
prof. dr hab. med. Jacek Bomba  
mgr Ireneusz Dziasek  
dr n. hum. Elżbieta Galińska  
dr n. hum. Grzegorz Iniewicz  
dr hab. n. hum. Barbara Józefik