

**PACJENT MŁODZIEŻOWY I JEGO TERAPEUTA  
W KONTEKŚCIE RODZINNYM  
— PERSPEKTYWA PSYCHODYNAMICZNA**

**ADOLESCENT PATIENT AND HIS THERAPIST IN FAMILY CONTEXT  
— PSYCHODYNAMIC PERSPECTIVE**

Praktyka prywatna

*Autor przedstawia problemy w prowadzeniu terapii indywidualnej nastolatka związane z kontaktem z jego rodzicami lub jego brakiem. W analizie zjawisk zachodzących pomiędzy terapeutą, pacjentem młodzieżowym a jego rodzicami opiera się na psychoanalitycznej koncepcji psychiki oraz na koncepcji trójkąta przeniesieniowego i przeciwprzeniesieniowego Katarzyny Schier. Przedstawione są korzyści i ograniczenia płynące z równoległe prowadzonych dwóch procesów terapeutycznych: indywidualnej psychoterapii nastolatka w paradygmacie psychodynamicznym i systemowej terapii rodzinnej.*

**psychodynamic adolescent psychotherapy  
compliance with parents  
transference and countertransference**

**Summary:** The goal of the author is to propose a psychodynamic model of understanding the transference and counter-transference phenomena, which take place in the triangle patient – individual therapist – patient’s parents. By analyzing examples of destructive patterns of interaction appearing in the context of the psychotherapy of adolescents, the author tries to show how those patterns are unconsciously activated by the participants of such situations, in what way they be the consequence of their psychopathology or problems and what influence they can have on the process of treatment. The main goal of the article is to help the therapists to efficiently deal with the intense counter-transference emotions and to use such responses to produce an even deeper diagnosis of the patient. The author discusses also the issues of the possibility and limitations of the formula of coexistence of the individual psychodynamic psychotherapy of the adolescent patient and a systemic family therapy. The issue of the influence of therapist definition of his own role on the ability to prevent destructive results of the processes taking place within the transference – counter-transference triangle.

## **I Wstęp**

Kiedy pyta się terapeutów młodzieżowych, co jest w ich pracy najtrudniejsze, nierzadko słyszy się, że jest to współpraca z rodzicami. Ta odpowiedź skrywa w sobie wiele trudnych doświadczeń, takich jak brak przymierza, kiedy wydaje się ono

potrzebne dla dobra nieletniego pacjenta, nieadekwatność oczekiwań w stosunku do terapeuty, podważanie autorytetu terapeuty w oczach pacjenta poprzez jawną lub subtelną dewaluację, „wyciąganie” go z terapii w krytycznych momentach decydujących o jej powodzeniu, pasywne niszczenie korzystnych zmian i wiele innych. Tego typu problemy we współpracy z rodzicami wywołują wiele reakcji emocjonalnych u terapeuty — od bezradności począwszy, aż na agresji skierowanej do rodziców skończywszy. Bezradność wynika np. z faktu, że terapeuta indywidualny nie może się odnieść w sposób stricte terapeutyczny do rodziców — wszak to nastolatek jest naszym pacjentem, a nie oni. Agresja wyraża się m.in. tym, że terapeuta zaczyna bardziej „diagnozować” psychopatologię rodziców pacjenta niż jego samego. Nagromadzenie tego typu emocji czasami prowadzi do przeżywania rodziców jako wrogów terapii i wejścia w proces eskalacji wzajemnej niechęci, co wiedzie do zniszczenia terapii lub stawia pacjenta młodzieżowego w konflikcie lojalności pomiędzy rodzicami a terapeutą. Podstawowym zagrożeniem dla terapeuty jest tutaj utrata neutralności terapeutycznej, rozumianej jako pozostawanie w jednakowym emocjonalnym i poznawczym dystansie do różnych stron konfliktu, zarówno intrapsychoicznego, jak i interpersonalnego.

O ile jednak większość terapeutów doświadczyło trudnej współpracy z rodzicami, o tyle trzeba powiedzieć, że terapeuci w pewnym sensie nie pozostają im dłużni. Nie mam tu na myśli tylko zakulisowych odreagowań i kąśliwych uwag, ale także niechęć zawartą w rozważaniach teoretycznych. Nie jest ona nowa ani w obrębie różnych nurtów psychoterapii, ani w psychiatrii. Pojawiała się np. w pracy z pacjentami schizofrenicznymi. Jest obecna w koncepcji „schizofrenogennej matki” Friedy Fromm-Reichmann czy wczesnej wersji koncepcji „podwójnego wiązania” [1] poszukującej rodzinnych przyczyn schizofrenii. Znajdziemy ją również w koncepcjach psychogenii autyzmu dziecięcego jako konsekwencji wczesnego zaburzenia więzi [2]. Jawny lub utajony krytycyzm w stosunku do rodziców pacjentów (nie tylko młodzieżowych) był udziałem również tych lekarzy i psychoterapeutów, którzy przejawiali ponadprzeciętne oddanie dla swoich pacjentów (takich np., jak Bettelheim) i najczęściej objawiał się obarczaniem rodziców odpowiedzialnością za psychopatologię dzieci. Z dzisiejszego punktu widzenia można powiedzieć, że z jednej strony była to konsekwencja zachłystnięcia się różnymi koncepcjami psychoanalitycznymi, wskazującymi wagę wczesnej relacji dziecko–rodzic (a w gruncie rzeczy matka), przy niedocenieniu czynników biologicznych, konstytucjonalnych. Natomiast patrząc na zjawisko niechęci do rodziców pacjentów w kategoriach psychoanalitycznie rozumianego procesu terapeutycznego, jest ono najczęściej wynikiem nieświadomej, bezkrytycznej identyfikacji z tą częścią pacjenta, która cierpi, złości się lub dewaluuje rodziców i idealizuje terapeutę. Zachodzi ono zatem szczególnie u terapeutów tych pacjentów, u których częścią psychopatologii jest fiksacyjne lub regresywne posługiwanie się mechanizmem rozszczepienia. Zjawisko to wydaje mi się kluczowe i omówię je szerzej w dalszej części tekstu.

Celem niniejszego artykułu jest zaproponowanie takiego modelu rozumienia zjawisk zachodzących w relacji terapeuta–pacjent–rodzice, który pozwoliłby zmniejszyć ryzyko destrukcji procesu indywidualnej terapii nastolatka na skutek uwikłania się w niekorzystną, „trójkątną” interakcję emocjonalną oraz pomógłby terapeutce w utrzymaniu neutralnej pozycji. Zarówno zjawiska zachodzące we wspomnianych relacjach,

jak i ich rozumienie będzie opisane językiem psychoanalitycznym. W szczególności będę się odwoływał do psychoanalitycznej koncepcji psychiki oraz do koncepcji trójkąta przeniesieniowego i przeciwprzeniesieniowego autorstwa Katarzyny Schier [3], starając się je rozwinąć poprzez odwołanie się do pojęć zgodnej i komplementarnej reakcji przeciwprzeniesieniowej opracowanych przez Rackera [4], a później rozwinętych m.in. przez Kernberga [5].

Moje przekonanie, że dzięki zaproponowanemu modelowi wiele z tego, co wydaje się destrukcyjne, da się osłabić, a nawet konstruktywnie użyć w terapii nastolatka, nie oznacza oczywiście, że mam do zaproponowania jakiegokolwiek antidotum na trudności pojawiające się w relacji terapeuta–pacjent–rodzice. Jest dla mnie oczywiste, że istnieją takie sytuacje terapeutyczne w tych relacjach, w których „nie ma mądrych” i nikt w żadnym podejściu terapeutycznym nie wymyślił sposobu, jak sobie z nimi radzić. Chodzi tu np. o sytuację bardzo znaczących rozbieżności w rozumieniu, na czym powinna polegać korzystna zmiana, szczególnie jeśli chodzi o proces separacji. Innym przykładem jest takie zaniedbanie środowiskowe pacjenta, które jeszcze nie kwalifikuje się do interwencji służb państwowych, ale już znacząco ogranicza możliwości terapii.

Omawiając współpracę z rodziną pacjenta młodzieżowego z perspektywy psychodynamicznej psychoterapii indywidualnej, chciałbym się odnieść do szans i ograniczeń często spotykanej w praktyce klinicznej sytuacji, jaką jest równoległe prowadzenie dwóch procesów terapeutycznych w dwóch różnych orientacjach: indywidualnej, psychodynamicznej psychoterapii nastolatka i systemowej terapii rodzinnej. Chodzi mi tutaj o pokazanie potencjalnych korzyści, ograniczeń i zagrożeń związanych z taką sytuacją.

## **II Czy można wskazać, jaka jest optymalna (nie)obecność rodziców w procesie indywidualnej psychoterapii nastolatka?**

Terapeuci pracujący z młodzieżą indywidualnie lub grupowo bardzo różnią się w swoich poglądach dotyczących optymalnej obecności rodziców w indywidualnym procesie terapeutycznym nastolatka, w zależności od preferowanego przez siebie sposobu myślenia. Postawy terapeutów rozciągają się tutaj od stanowiska, że rodzice, poza etapem wstępnym, w ogóle nie powinni w tym procesie uczestniczyć (niektóre nurty psychoanalityczne, począwszy od Freuda i Klein), aż do poglądu, że terapia adolescenta, o ile to możliwe, powinna zawsze uwzględniać regularną obecność rodziny [3].

Również terapeuci zorientowani psychoanalitycznie zgadzają się, że psychoterapia nastolatka zawsze odbywa się w kontekście rodzinnym. Podstawowym odniesieniem dla terapeuty psychodynamicznego i psychoanalitycznego będzie bowiem reprezentacja rodziny wyłaniająca się z materiału dostarczanego przez pacjenta oraz nieświadomie odtwarzana przez niego w relacji terapeutycznej. Z takiej perspektywy dylemat dotyczy kwestii, na ile, oprócz zajmowania się świadomą i nieświadomą reprezentacją rodziny w umyśle nastolatka, korzystna lub nie jest również obecność realnej rodziny.

Nurty, zawierające wskazówkę, że sposobem poradzenia sobie ze wspomnianymi problemami jest zawarcie takiego kontraktu, który ogranicza lub eliminuje obecność rodziców, nie są dla mnie do końca przekonujące. Łatwo zrozumieć źródła takiego podejścia: znacząca obecność rodziców często komplikuje procesy przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowe, a ich nieobecność pozwala utrzymać „czystszy” ogład psychopatologii pacjenta i procesów zachodzących w relacji terapeutycznej. Jednak terapeuta, nawet najbardziej ortodoksyjny w tym zakresie, musi się liczyć chociażby z uwarunkowaniami prawnymi, np. z uzyskaniem zgody na terapię. W innych, dopuszczających większy udział rodziców, kontekst rodzinny oznacza również konieczność, a przynajmniej korzystność, zawarcia przymierza terapeutycznego również z rodzicami, ustalenie wstępnych celów terapii, np. urealnienie oczekiwań rodziców lub ustalenie tego, co w ogóle jest uznawane za patologiczne, choć część terapeutów w ten etap rodziców już nie angażuje. Kulturowe i prawne uwarunkowania kontaktu z rodzicami obejmują również kwestie związane z ramami terapii, takie jak ustalenie tajemnicy terapeutycznej i wyjątków od niej (zagrożenie zdrowia i życia), kwestie płatności, odwołań sesji i inne. Mówiąc jeszcze szerzej — wiążą się one z koniecznością uwzględnienia realnych uwarunkowań pacjenta i wpływu realnych obiektów rodzicielskich, w stosunku do których pozostaje on we wciąż dziecięcej zależności, co nabiera znaczenia w szczególności w pracy z młodszymi adolescentami.

Podstawowym rozumieniem objawu psychogennego w kategoriach psychoanalitycznych jest ujmowanie go jako swoistej, nieadekwatnej adaptacji do presji sprzecznych czynników wewnętrznych (np. pochodnych popędów) i zewnętrznych, w tym rodzinnych. Objaw, którego pierwotną korzyścią jest unikanie większego cierpienia, zostaje czasem wzmocniony przez rodzinę, nieświadomie wspierającą jego wtórne korzyści. Często dochodzi do sytuacji, kiedy nastolatek zaczyna zmieniać swoje patologiczne mechanizmy i wzorce relacji z obiektem, ale alienuje go to lub konfliktuje ze środowiskiem rodzinnym, do którego był „zaadaptowany” (a ono do niego). Jeśli zamienia acting out (np. używanie ciała) na werbalizację afektu, to skutek tego może być taki, że rodzice usłyszą od nastolatka trudne dla siebie treści, które wcześniej były „rozgrywane”. Aktywna postawa terapeuty w takich momentach, polegająca na przekonującej psychoedukacji, może mieć zbawienny wpływ na trwałość zmiany terapeutycznej. Podobnie, ogólne rozumienie przez rodziców podłoża problemów u nastolatków, których psychopatologia przejawia się tworzeniem najtrudniejszych form oporu, może uczynić z nich sprzymierzeńców terapeuty. Dzieje się tak np. w przypadku fobii, lęku panicznego, w zaburzeniach jedzenia (opór libido) lub rzadkich w okresie adolescencji zaburzeniach charakteru (opór charakterologiczny). Jeszcze innego rodzaju pomoc rodziców może być potrzebna, kiedy mamy do czynienia z nastolatkiem z przewagą psychopatologii uwarunkowanej defektami lub rozwijającym się w skrajnie deficytowym środowisku.

Nawet jeśli z obecności rodziców wynikają trudności opisane przeze mnie we wstępie, to rozwiązanie polegające na zakazaniu im kontaktu z terapeutą i nieudzielanie żadnych informacji zwrotnych uważam za zbyt kosztowne. Wielu rodziców nie jest w stanie wytrzymać takich ram terapii, ponadto ich utrzymanie powoduje znaczącą selekcję pacjentów.

Trudno mi się jednak zgodzić z poglądem przeciwnym, który można czasem usłyszeć od jego przedstawicieli, że większość opisanych przeze mnie problemów może w ogóle nie powstać, jeśli od początku terapia nastolatka będzie uwzględniać konieczność jakiejś formy terapii członków rodziny. W moim przekonaniu sprawa nie jest tu oczywista, w szczególności kiedy rodzice „delegują” dziecko do terapii, sami nie chcąc podjąć żadnej pracy własnej. Stajemy wówczas przed dylematem, czy podejmować się terapii, kiedy rodzice nie chcą jej wspierać lub kiedy rodzice szkodzą nastoletniemu pacjentowi. Czy powinniśmy wówczas odmówić indywidualnej terapii dziecka? W wielu przypadkach, szczególnie jeśli rodzina znacząco nie podtrzymuje wtórnych korzyści z objawu, wydaje się to niepotrzebne.

Część terapeutów rozwiązuje dylemat uczestnictwa rodziców w terapii poprzez zawarcie jasnego kontraktu zobowiązującego ich do różnych form współuczestnictwa, np. stałych konsultacji na etapie nawiązywania kontaktu z nastolatkiem. Jeżeli rodzice nie zgadzają się na takie rozwiązanie, a nastolatek nie jest w stanie ostrym, wówczas terapia nie zostaje rozpoczęta [6]. Jest to dość klarowny sposób postępowania, jednak wątpliwości budzi to, na ile jest konieczny w przypadku łagodniejszych rozpoznań oraz czy nie stwarza ryzyka „wylania dziecka z kąpielą”. Niewątpliwie korzystny jest kontrakt z rodzicem odnoszący się do utrzymywania ram terapii. Ponadto konieczna jest psychoedukacja dotycząca przebiegu terapii, zjawisk oporu, możliwych odreagowań, czasu koniecznego do uzyskania poprawy itp. Współpraca wydaje się absolutnie niezbędna w przypadku zaburzeń antyspołecznych, trzeba bowiem, by terapeuta miał realistyczny obraz funkcjonowania pacjenta poza terapią i miał możliwość oszacowania głębokości tendencji antyspołecznych, aby nie uległ iluzji poprawy.

Nie ma chyba jednoznacznych odpowiedzi na pytanie, dlaczego poszczególni terapeuci traktują określoną formułę terapii jako podstawową dla siebie. Odpowiedzi zapewne trzeba szukać mniej w tzw. merytorycznych wskazaniach, a bardziej w ich osobowości, historii szkolenia terapeutycznego i relacji z ich autorytetami. Jako terapeuta psychodynamiczny uważam, że w większości zaburzeń terapia indywidualna stwarza niepowtarzalną okazję stworzenia terapeutycznej więzi, której nie oferują inne formy terapii, w tym również psychoterapia grupowa. Są to formy komplementarne i różne od siebie, jednak w przekonaniu wielu terapeutów psychoterapia indywidualna wciąż pozostaje formą podstawową, dającą szansę na intymną relację, przynoszącą najgłębsze zmiany. Ma ona szczególne znaczenie w psychoterapii pacjentów młodzieżowych z nieprawidłowo rozwijającą się osobowością lub z wcześniej ukształtowanymi zaburzeniami osobowości, a więc tam, gdzie do osiągnięcia trwałej zmiany konieczna jest zmiana wewnętrznych struktur intrapsychicznych [5].

Pogląd, który chciałbym tutaj zaprezentować i uzasadnić, sytuuje się pośrodku zarysowanych stanowisk. Doświadczając różnorodnych trudności we współpracy z rodzicami, a także obserwując ich powtarzalność poprzez superwizowanie innych terapeutów, poszukiwałem koncepcji, która pomogłaby mi nabrać dystansu do wspomnianych zjawisk. Szukając w literaturze informacji na ten temat znalazłem polską koncepcję, autorstwa Katarzyny Schier, według której zjawiska emocjonalne pojawiające się w relacji terapeuta–rodzice–pacjent ujmować można jako tzw. trójkąt przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowy. Określenie to oznacza, że korzystne wydaje się od początku

rozumienie relacji zarówno z pacjentem, jak i rodziną w kategoriach przeniesienia i przeciwprzeniesienia, przy czym relacje te w terapii młodzieży rozgrywają się nie w diadzie, a właśnie w trójkącie, a czasem, jeśli rodzice różnią się między sobą, w czworokącie. Uczucia terapeuty do rodziców mogą być wynikiem zarówno tego, co wnoszą oni w kontakt z terapeutą, jak i wyrazem — najczęściej nieświadomej — identyfikacji terapeuty z obrazem rodziców wniesionym przez dziecko w kontakcie indywidualnym. Emocje pacjenta wobec terapeuty są wynikiem zarówno jego przeniesienia, jak i tego, jaką relację z rodzicami utrzymuje terapeuta. Przewrotnościowe emocje terapeuty w stosunku do pacjenta mogą być wynikiem zarówno reakcji na przeniesienie pacjenta, jak i nieświadomej identyfikacji z rodzicami. Zjawiska takie mogą działać w obrębie każdego ramienia trójkąta [3]. O ile wspomniana koncepcja wydała mi się bardzo wartościowa i klinicznie użyteczna, to jednak pozostawiła pewien niedosyt. Wynika on z przekonania, że można ją rozszerzyć, pokazując dlaczego i w jaki sposób (na bazie jakich mechanizmów) zjawiska te przejawiają się w konkretnych sytuacjach klinicznych oraz kiedy i dlaczego mają destrukcyjny wpływ na indywidualną terapię nastolatka. Nasuwa się pytanie, co może zrobić terapeuta w sytuacji, kiedy zauważy odtwarzanie się określonego scenariusza. Dalsza część moich rozważań będzie próbą rozszerzenia koncepcji Katarzyny Schier o wspomniane aspekty.

Przyjrzyjmy się kilku charakterystycznym zjawiskom, zachodzącym w obrębie poszczególnych ramion trójkąta. Celem tych opisów jest ułatwienie rozpoznania odtwarzających się, destrukcyjnych typów interakcji. Takie rozpoznanie zazwyczaj samoczynnie zmienia postawę terapeuty, co nie oznacza, że zmiana ta musi się przejawiać w jakimś konkretnym działaniu.

### **III Dynamika emocjonalna w obrębie trójkąta przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowego**

Poszczególne typy interakcji zostaną pogrupowane, w zależności od którego uczestnika trójkąta wychodzi impuls przeniesieniowy.

#### **1. Relacja pacjent–terapeuta:**

a) Terapeuta identyfikuje się z poczuciem niesprawiedliwości i krzywdy ze strony wrogiego, opuszczającego lub zaniedbującego rodzica i zaczyna odpowiadać na regresywne pragnienia adolescenta, aby być „idealnym rodzicem”. Zaczyna przeciwprzeniesieniowo przeżywać siebie jako kogoś, kto byłby lepszym (idealnym i onnipotentnym) rodzicem niż rodzice realni i zaczyna nieświadomie rywalizować i być agresywny w stosunku do nich. Ci z kolei z czasem to wyczuwają i odpowiadają emocjonalnie, działając przeciwko terapii, np. poprzez niewerbalne i nie wyrażone wprost sygnały skierowane do dziecka („Dzisiaj deszcz, może nie pójdziesz do psychologa?”. „A ten psycholog to w ogóle coś ci daje?” itp.). W tego typu koluzji z pacjentem terapeuta zaspokajają swoje potrzeby narcystyczne, a pacjent uzyskuje poczucie kontaktu z idealnym obiektem, kimś, kto go „wreszcie rozumie”. Czasami dochodzi do sytuacji, w której relacja terapeuta–pacjent jest wypełniona bardzo pozytywnymi emocjami, zaś relacje zewnętrzne pacjenta się pogarszają. Wszelkie „zło” zostaje przypisane rodzicom, zarówno przez

pacjenta, jak i terapeutów. Czasem może to przyjąć radykalne formy przeciwprzeniesieniowego acting outu ze strony terapeuty w formie nieadekwatnego straszenia rodziców sądem rodzinnym lub nadinterpretacji konfliktów rodzinnych, w które jest zaangażowany pacjent, jako przemocy. Dzieje się tak bardzo często w relacji z tymi pacjentami, którzy bronią się przed depresyjnością młodzieńczą poprzez mechanizmy regresji do mechanizmów rozszczepienia i idealizacji. Wiara w istnienie obiektu idealnego pozwala im wówczas ukoić rozwojowy smutek wynikający z rozczarowania rodzicami, niepowodzeniami w relacji z rówieśnikami i utratą wyobrażeń o bezpiecznym świecie. Inną, łagodniejszą wersją takiej relacji terapeuta–pacjent jest sytuacja, w której terapeuta i pacjent idealizują się wzajemnie, a rodzic jest pominięty i reaguje nie tyle agresywnie, co raczej z ulgą, że ktoś go przynajmniej trochę wyręcza w rodzicielstwie. Czasem, u rodziców z trudnościami w sprawowaniu opieki, może przybierać to wręcz formę pewnego porzucenia. Idealizacja nie jest wówczas interpretowana, terapia nie jest zakłócana przez rodziców i bywa oparta tylko na takiej pozytywnej (?) więzi. Podtrzymuje iluzję znalezienia (w osobie terapeuty) upragnionego obiektu, który wreszcie zaspokoił potrzeby zależnościowe i idealizacyjne. Zazwyczaj nie jest wówczas ważne, co terapeuta mówi, lecz to, że mówi. Taka relacja wydaje się mieć charakter obronny wobec wątków związanych z rozwojową żalobą i z depresyjnością, zarówno po stronie pacjenta, jak i terapeuty, choć w niektórych sytuacjach można się zastanawiać, czy nie jest wszystkim, co możemy na jakiś czas zaoferować nastoletniemu pacjentowi. Jeśli rozpoznamy aktywizację tego typu relacji, wówczas stoimy przed dylematem, jak na nią zareagować. Dylemat ten był obecny w dyskusji na temat leczenia narcyzmu w podejściach Kohuta i Kernberga [7]. Koncepcje te zawierały sprzeczne (lub inne) rozumienia zjawiska idealizacji. W ujęciu tego pierwszego może być ona aktywizacją sfrustrowanych potrzeb rozwojowych posiadania rodzicielskiej postaci, którą się podziwia i z której jest się dumnym. W tym ujęciu świadome, zdystansowane przyjęcie idealizacji jest korzystne. W ujęciu Kernberga idealizacja jest przede wszystkim obroną przed agresywnymi aspektami self i/lub relacji z innymi ludźmi, której podtrzymywanie jest szkodliwe. Mechanizm ten bowiem tworzy relację sztuczną, niepełną, uniemożliwiając realistyczną integrację pozytywnych i negatywnych jej aspektów. Takie kwestie, jak na ile mamy tu do czynienia z dwoma rodzajami idealizacji, jak odróżnić jeden typ od drugiego i jaką strategię terapeutyczną przyjąć, są bardzo istotne dla terapii młodzieży, lecz przekraczają możliwości tego opracowania. Warto jednak zaznaczyć, że żadna ze wspomnianych koncepcji nie zakłada, że świadome lub nieświadome traktowanie idealizacji jako „prawdy” o terapeutę jest korzystne.

b) Pacjent młodzieżowy rzutuje swoje nieświadome pragnienia dziecięcej zależności, idealizuje terapeuta, a ten odpowiada nadmierną opieką, wyręczaniem go w podejmowaniu zadań rozwojowych (np. zbyt często kontaktuje się z rodzicami, przeprowadza z nimi te rozmowy, które z racji wieku powinien przeprowadzić sam pacjent, o ile ma to być jego osiągnięcie rozwojowe). Jest to zjawisko podobne do poprzedniego, jednak o łagodniejszym charakterze, typowe dla leczenia zaburzeń rozwojowych w adolescencji.

c) W odpowiedzi na przekraczające granice, antyspołeczne, aroganckie i dewaluacyjne zachowania adolescenta terapeuta zaczyna bardziej rozumieć kłopot rodziców

niż ma ochotę rozumieć pacjenta (np. jego zachowania jako obrony przed depresją). Zjawisko to jest oparte na procesie przeciwnym do opisanego w punkcie b. W tym przypadku terapeuta pozostaje w przeciwprzeniesieniu komplementarnym w stosunku do pacjenta i w przeciwprzeniesieniu zgodnym z rodzicami. Zazwyczaj konsekwencją takiego stanu rzeczy jest to, że terapeuta traci empatyczny kontakt z cierpiącą częścią self pacjenta i zaczyna go nadmiarowo traktować jako tzw. młodego psychopatę lub narcyza, opierając zaostrzoną diagnozę na bazie własnych nieświadomych reakcji emocjonalnych. Jeśli taki stan rzeczy staje się chroniczny, prowadzi do porozumienia z rodzicami pacjenta, którzy czują się rozumiani przez terapeutę. Mogą wówczas przytaczać jego słowa w domu i skłaniać go do swoistego przymierza wychowawczego przeciwko dziecku. Pacjent to wyczuwa i zaczyna przeżywać terapeutę jako reprezentanta krytycznego aspektu rodziców, co zazwyczaj pogłębia nieufność i agresywne nastawienie do niego. Na tego typu identyfikację bardziej narażeni są terapeuci, którzy sami są rodzicami i przeżywają problemy wychowawcze ze swoimi dziećmi.

## 2. Relacja terapeuta–rodzice:

a) Kolejny przykład odnosi się do tych wszystkich sytuacji, w których terapeuta, z powodu niewystarczającego rozwiązania własnych dylematów adolescencyjnych, nadmiernie identyfikuje się z pacjentem młodzieżowym i zaczyna nieświadomie traktować rodziców pacjenta przeniesieniowo, przypisując im określone intencje, nastawienia itd. Jeżeli np. prowadzi ukryty dialog z normami społecznymi, wówczas traktuje ich jako nadmiernie krytycznych, ograniczających naturalne tendencje separacyjne pacjenta, nie dostrzegając np. ich mściwego, agresywnego charakteru. Na tego typu identyfikacje narażeni są raczej terapeuci młodzi, tuż po studiach, stanowiący równocześnie znaczną część osób zajmujących się psychoterapią młodzieży. Jeśli spojrzeć na nich w kategoriach eriksonowsko rozumianego kryzysu i zadania rozwojowego, znajdują się niemal na tym samym etapie życia co ich pacjenci. Nie mają własnych doświadczeń rodzicielskich, co przejawia się zmniejszoną empatią w stosunku do niepokoju rodziców. Terapeuci tacy są wówczas przeżywani przez rodziców pacjenta jako niedojrzali i nastawieni do nich negatywnie, co często skutkuje atakiem na relację z pacjentem.

b) Innym przykładem takich sytuacji jest posiadanie przez terapeutę wspólnego z pacjentem obszaru trudnych doświadczeń, co sprawia, że terapeuta wydaje się — najczęściej nieadekwatnie — że szczególnie dobrze rozumie on dylematy nastolatka. Mogą to być zarówno wyraziste doświadczenia, typu rozwód rodziców, jak i subtelne — odrzucanie przez chłodną, narcystyczną matkę lub wycofanego, pasywnego ojca. Wspólnota doświadczeń tworzy sytuację silnej identyfikacji z adolescentem. Jeżeli jest to identyfikacja świadoma, to najczęściej nie ma niekorzystnego wpływu na proces terapeutyczny. Procesy empatyczno-identyfikacyjne, wzmacniane przez wspólnotę doświadczeń ludzi żyjących w tej samej kulturze, są podstawą każdej, również terapeutycznej, więzi. Niekorzystne stają się wówczas, kiedy są nieświadome oraz dotyczą obszarów patologicznych. Nieświadoma identyfikacja terapeuty z pacjentem młodzieżowym może prowadzić do tego, że terapeuta bezwiednie sugeruje pacjentowi takie radzenie sobie z trudnymi sytuacjami, które w jego przekonaniu i przypadku spraw-



dziły się. Głębsza analiza takich relacji często prowadzi do zaskakujących wniosków. Doświadczenia czasami nie okazują się aż takie podobne, jak się wydają terapeutycie. Jego odczucie może być oparte na procesach idealizacji pacjenta i przypisywaniu mu (projekcji) własnych przeżyć z przeszłości. Również proponowane rozwiązania nie zawsze okazują się konstruktywne. Wynika to z faktu, że w takich sytuacjach mamy skłonność do odrzucania teorii psychoterapeutycznych w imię emocjonalnej bliskości z pacjentem, co najczęściej oznacza pracę w obrębie „teorii” prywatnej.

c) Niekorzystny dla terapii jest również lęk przed rozeznaniem (przeciwopór) patologii rodziców, ich agresji, oraz własnej agresji i złości na nich, a co za tym idzie — błędne rozpoznanie sytuacji dziecka i błędna terapia. Dzieje się tak czasami w konfiguracji młody, niepewny siebie terapeuta — pewni siebie rodzice, którzy są przeżywani przez niego jako bardziej kompetentni życiowo lub mu/jej imponują. Jest to więc sytuacja, kiedy rodzice pacjenta są obiektem nieświadomego przeniesienia idealizującego ze strony terapeuty, czemu najczęściej towarzyszy ukryta autodewaluacja. Jeżeli terapeuta w taki sposób przeżywa rodziców, to wówczas, po spotkaniach, podczas których zgłaszają mu oni krytyczne uwagi na temat funkcjonowania pacjenta, braku poprawy itp., może on mieć tendencję do wywierania presji na nastolatka, aby się szybciej zmieniał, a nawet do emocjonalnego karania go. W oczywisty sposób komplikuje to relację z pacjentem.

### 3. Relacja rodzice–terapeuta:

a) Dla większości rodziców samo przyjście do psychoterapeuty jest sytuacją przeżywaną narcystycznie. Jest dowodem na to, że nie dali sobie rady z wychowaniem dziecka, są niekompetentni wychowawczo, mało wartościowi jako rodzice itp. Mogą oni wykazywać tendencję do całkowitego brania odpowiedzialności za problemy dziecka na siebie, nieświadomego prowokowania terapeuty do oceniania ich, regresowania się i zachęcania do traktowania ich jako pacjentów potrzebujących pomocy. W odpowiedzi terapeuta wchodzi w niepotrzebną, quasi-terapeutyczną relację z rodzicami i kieruje do nich interwencje psychoterapeutyczne, na które się z nimi nie umawiał. Może to prowadzić zwrotnie do różnych reakcji przeniesieniowych ze strony rodziców, od zwiększenia zależności, rozwinięcia idealistycznych oczekiwań i presji, po odczucie nadużycia i agresywne zerwanie takiej zależności. Pacjent pozostaje wówczas z boku, lub jego rozumienie przez terapeutę jest mocno zaburzone przez procesy przeciwprzeniesieniowe w relacji z rodzicami. Należy przy tym zaznaczyć, że pewna stanowczość i stawianie rodzicom warunków umożliwiających rozwój dziecka i terapię (np. warunek, żeby 13-letni pacjent nie spał w jednym łóżku z matką) są korzystne dla pacjentów. W szczególnych wypadkach można rozważać zaproponowanie rodzicom/rodzicowi podjęcie terapii własnej jako warunku przyjęcia dziecka do terapii. Podobnie niekorzystne jest unikanie (z lęku) każdej interwencji wobec rodziców, np. prostej klaryfikacji, nawet jeśli ułatwiałaby ona relację terapeutyczną z pacjentem. Najsensowniejsze wydaje się tu jednak przyjęcie postawy polegającej na rozumieniu (diagnozowaniu) problemów rodziców, utrzymywanie wobec nich pozycji autorytetu, ale pracy głównie poprzez

psychoedukację, wyjaśnianie i uzasadnianie swoich propozycji terapeutycznych. Aby terapeuta czuł się swobodnie w swoich interwencjach w stosunku do rodziców, istotne wydaje się wskazanie ogólnego kryterium różnicującego terapię od psychoedukacji. Wydaje się, że terapeuta przekracza granicę psychoedukacji, kiedy zaczyna adresować swoje interwencje do nieświadomych afektów i mechanizmów rodziców, nie poprzestając na ogólnym wyjaśnianiu zależności psychologicznych zachodzących w rodzinie pacjenta, istotnych z punktu widzenia jego dobra. Jeżeli rodzice „prowokują” do interwencji terapeutycznych lub w przekonaniu terapeuty potrzebują terapii własnej (indywidualnej, rodzinnej, małżeńskiej), to powinien im ją zaproponować. Zazwyczaj dobrze przyjmowany jest komentarz w stylu: „Zadają mi państwo dużo pytań, na które odpowiedź byłaby możliwa tylko wtedy, gdybym odniósł się do państwa własnej problematyki i państwa osobistych przeżyć. Gdybym to zrobił, byłoby to z mojej strony nadużycie, bo nie umawialiśmy się na to. Utrudniłoby mi to również bycie terapeutą dla państwa córki/syna. Ale generalnie jest korzystne, jeśli rodzice równoległe do terapii dziecka utrzymują kontakt terapeutyczny lub psychoedukacyjny z innym terapeutą. To pragnąłbym zasugerować”. Dylemat, który czasem musi rozstrzygnąć terapeuta jest taki, czy ma to być tylko „sugestia”, czy też warunek kontynuacji terapii z dzieckiem. W moim przekonaniu nie istnieje tutaj sensowna „trzecia” formuła pracy, tak jakby to chciała Schier [3], czyli coś pomiędzy psychoedukacją a psychoterapią rodziców. Uważnie prowadzona psychoedukacja nie jest quasi-wykładem dla rodziców, lecz propozycją opisu tego, co się dzieje w rodzinie, a więc najczęściej przekazem emocjonalnie ich poruszającym i zmieniającym stosunek do dziecka i terapii. Terapeuta klaryfikuje ich zachowanie i emocje, ale powstrzymuje się od interpretacji nieświadomych przyczyn ich zachowania w domu i destrukcyjnego przeniesienia. Jeśli nie zatrzymuje się na tej granicy, to najczęściej zamiast uspokajać sytuację, dodatkowo intensyfikuje procesy przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowe, wikłając w nie również siebie samego. Uważam, że istnieje tutaj granica emocjonalnych możliwości terapeuty, po przekroczeniu której (np. przy bardzo częstym spotykaniu się z rodzicami) zachowanie neutralności staje się fikcją.

b) Przeciwne reakcje rodziców, najczęściej również motywowane narcystycznie, obejmują takie postawy, jak: milcząco-wrogie wycofanie, zaprzeczanie jakiegokolwiek własnemu wpływowi na dziecko, odmowa współpracy (np. w przypadku skierowania na terapię przez instytucje państwowe), a w dalszej kolejności przyjmowanie postawy roszczeniowej, dewaluacja terapii i terapeutów w ogóle. Przeciwprzeniesieniowa odpowiedź terapeuty może być również bardzo różna. Największym zagrożeniem jest tu wejście w jawną lub ukrytą relację sadomasochistyczną (kto kogo zdominuje). Może się ono przejawiać wspomnianą poprzednio quasi-terapią, będącą przejawem złości terapeuty i próbą zdominowania rodziców, wymuszenia na nich podporządkowania. Inną reakcją może być rezygnacja z używania kategorii terapeutycznych i wejście w konflikt z rodzicami lub wygłaszanie agresywnych komunikatów pod ich adresem („To państwo są winni, że ma objawy”), co najczęściej jest próbą obrony przed dewaluacją z ich strony. Wpływ takiej relacji na przeżywanie pacjenta może być również różny. Przede wszystkim może wzmacniać identyfikację terapeuty z tą częścią pacjenta, która buntuje się przeciwko rodzicom. Pominięte zostaje wówczas całkowicie rozpoznanie

jego problematyki agresywnej. Może również nastąpić emocjonalne zaprzeczenie prawom rodzicielskim, co w niektórych przypadkach skłania terapeuta do podjęcia nadmiarowych działań w świecie zewnętrznym, np. skierowania do sądu rodzinnego i do różnych interwencji środowiskowych. (Nie mam tu oczywiście na myśli sytuacji takich jak aktualna przemoc lub nadużycie, które taką interwencję rzeczywiście uzasadniają). Grupa reakcji opisywanych w tym punkcie należy do najtrudniejszych, a prowadzenie terapii w takich emocjach często nie jest możliwe. Najważniejszą kwestią jest tutaj rozpoznanie źródła i nasilenia antyspołecznych tendencji rodziców. Silne przeciwprzeniesienie terapeuty może powodować, że będzie on traktował agresję rodziców jako wyraz ich psychopatii, a nie jako np. obrony przed lękiem czy zagrożeniem narcystycznym. Czasami prosty gest, pokazujący rodzicom, że nie zamierzamy podawać w wątpliwość ich kompetencji rodzicielskich, uspokaja sytuację.

c) Rodzice, wraz z rozwojem relacji terapeutycznej, mogą ją różnie przeżywać, np. być nieświadomie zazdrośni o bliskość własnego dziecka z terapeutą, postrzegać efekty terapii jako szkodliwe itp. Np. matka o tendencjach symbiotycznych będzie spostrzegać samodzielność zahamowanego dotychczas syna i takie jego zachowania, jak uczestniczenie w bójkach szkolnych, jako „pogarszanie się” jego stanu. W skrajnych przypadkach terapeuta zaczyna być przeżywany jako ktoś, przed kim należy „ratować” dziecko. Terapeuta może to przeżywać jako niszczenie jego pracy, atak na więź i zwrotnie dewaluować rodziców.

d) Na koniec można ogólnie wymienić wszystkie nieobronne, „pierwotne” agresywne wobec terapeutów reakcje rodziców, którzy wykazują różnorakie, jawne zaburzenia z poziomu borderline i którzy zgłaszają dziecko do terapii z innych, niż chęć jego wyleczenia, powodów. Zazwyczaj wiąże się to z niemożnością prowadzenia terapii. Są to sytuacje najtrudniejsze, ponieważ generują najsilniejsze przeciwprzeniesienie, w tym również wywołują największą bezradność. Większość możliwych reakcji przeciwprzeniesieniowych została już opisana powyżej. Są to np. silna identyfikacja z dzieckiem, impulsy sadomasochistyczne, lęk przed odreagowaniem swojej agresji na rodzicach itp. W przypadku silnych emocji i braku wystarczającego wykszolenia terapeuty zwiększa się możliwość odreagowywania przez niego przeciwprzeniesienia. Zdaję sobie sprawę, że ten ogólny opis takich sytuacji może frustrować terapeutów, pragnących uzyskać konkretne propozycje radzenia sobie z agresywnymi rodzicami. Jednak — po pierwsze — zazwyczaj niewiele da się zrobić, po drugie — wymagałoby to szczegółowego omówienia zagadnień związanych z ustalaniem ram terapii u pacjentów mających agresywnych rodziców [8], a po trzecie — każda taka sytuacja musi być szczegółowo omówiona superwizyjnie w zespole terapeutycznym.

Można powiedzieć ogólnie, że swoboda w przeżywaniu różnych uczuć przeciwprzeniesieniowych w relacji z rodzicami i rozeznanie ich potencjalnej patologii może mieć bardzo korzystny wpływ na terapię dziecka. Dzieje się tak dlatego, ponieważ przeciwprzeniesienie w stosunku do rodziców jest nieocenionym źródłem informacji na temat tego, co może czuć pacjent, a czemu sam zaprzecza (np. co jest źródłem jego — świadomej bądź nie — agresji i na ile jest ona adekwatna). Jest to ogólna, bardzo

ważna informacja diagnostyczna o tym, w jakich warunkach emocjonalnych przebywa pacjent i jaki mogą one mieć wpływ na jego sposób przeżywania.

Wspomniałem, że użycie tej koncepcji może pomóc w uniknięciu destrukcji w relacji terapeuta–pacjent–rodzice. Czy możemy jednak wskazać, do jakiej relacji z rodzicami dążymy i jaka relacja z nimi jest korzystna dla terapii nastolatka? Ogólnie można powiedzieć, że chodzi nam o taką relację z rodzicami, w której są oni naszymi sprzymierzeńcami, z którymi, pomimo częstych różnic w rozumieniu sytuacji, łączy nas wspólna troska o dobro ich dziecka. Przymierze pomiędzy osobami dorosłymi musi być więc silniejsze niż wątki rywalizacyjno-narcystyczne.

Korzystanie z zaproponowanego modelu może wydawać się niezwykle trudne, a ilość potencjalnych komplikacji w takiej trójkątnej relacji olbrzymia. Jeśli jednak uważnie przyjrzymy się podanym przykładom, to okaże się, że wszystkie one ilustrują zgodne i komplementarne reakcje przeciwprzeniesieniowe opisane przez Rackera [4]. Dodatkowy wkład Kernberga [5] polegał tu na szczegółowym wykazaniu, że identyfikacje te nie muszą zachodzić w stosunku do innych osób w ogóle, lecz mogą dotyczyć pewnych aspektów, „części” ich osobowości, szczególnie jeśli ich psychopatologia jest oparta na używaniu mechanizmów dysocjacyjnych i rozszczepiennych. Specyfika psychodynamicznej psychoterapii młodzieży polega natomiast na tym, że terapeuta może rozpoznawać takie reakcje zarówno w relacji z pacjentem młodzieżowym, jak i z rodzicem. W relacji z tym pierwszym może z nich czynić użytek terapeutyczny, w relacji z tym drugim swoje wewnętrzne spostrzeżenia może wykorzystać poprzez psychoedukację, ale też poprzez powstrzymanie się od działania wikłającego go w destrukcyjne rozegrania. Może również zainicjować określone działania w świecie zewnętrznym. Terapeuta młodzieżowy podlega znacznie większej presji uwikłania się w zewnętrzny świat pacjenta niż terapeuta pacjentów dorosłych, szczególnie wtedy, gdy ma do czynienia z zaburzeniami, określanymi czasem jako eksternalizacyjne, a realna obecność rodziców przekracza granice pozwalające utrzymać neutralną pozycję terapeutyczną.

Powyższe uwagi wskazują również na to, co powinno być dodatkowym elementem wykszolenia psychodynamicznego terapeuty młodzieżowego. Nieocenione są tutaj np. warsztaty szkoleniowe, polegające na przeprowadzaniu przez szkolącego się terapeuta wstępnej konsultacji z pacjentem przejawiającym problemy podobne do tych, które miał sam terapeuta w jego wieku.

#### **IV Współpraca z terapeutami rodzinnymi**

Chciałbym podzielić się kilkoma refleksjami na temat często spotykanej formuły równoległe prowadzonych systemowej terapii rodzinnej i indywidualnej psychoterapii psychodynamicznej dziecka oraz pokazać jej szanse i ograniczenia.

Perspektywa psychoanalityczna za priorytet uznaje zwrócenie się do tzw. wewnętrznego świata pacjenta poprzez klaryfikację, konfrontację, interpretację oraz utrzymywanie takiej relacji, która sprzyja uwewnętrznieniu dobrych aspektów obiektu. Z tej perspektywy psychoterapia rodziny jawi się, obok farmakoterapii i różnych interwencji środowiskowych, jako jedna z form oddziaływania na tzw. zewnętrzną

rzeczywistość pacjenta, to znaczy jako próba zmiany świata wewnętrznego poprzez dodatkową modyfikację jakiegoś elementu jego zewnętrznego świata lub tylko zmianę elementu zewnętrznego (np. w celu ochrony pacjenta).

Z tego punktu widzenia terapia rodzinna, małżeńska czy terapia własna rodzica może w wielu sytuacjach być pomocna dla procesu indywidualnej terapii pacjenta. Przedstawiony tu pogląd jest negowany przez część środowisk psychoanalitycznych i psychodynamicznych, a nawet uważany za pewien rodzaj nielojalności i niepełnej identyfikacji z własnym paradygmatem. Jak nietrudno się domyślić, nie zgadzam się z tym poglądem. Wbrew tym głosom należy przypomnieć, że myślenie w kategoriach połączenia oddziaływań nakierowanych zarówno na zewnątrz, jak i wewnątrz pacjenta, w tym zaangażowania rodziny, choć mniejszościowe, istniało przez cały czas rozwoju myśli psychoanalitycznej. Początkiem była terapia małego Hansa, później model terapii dzieci i młodzieży opracowany przez Annę Freud [8], prace Winnicotta, a współcześnie terapia młodzieży i dorosłych pacjentów z zaburzeniami osobowości w ujęciu Otto Kernberga i współpracowników [8]. Wymienieni tu terapeuci, pomimo zaangażowania się w różne formy współpracy z rodziną, pozostali wybitnymi psychoanalitykami, dla których priorytetem jest w dalszym ciągu koncentracja na wewnętrznym świecie pacjenta.

Sięganie po różne interwencje nakierowane na zewnętrzną rzeczywistość pacjenta wynika w moim przekonaniu ze świadomości ograniczeń własnej metody w odniesieniu do poszczególnych rodzajów zaburzeń i chorób psychicznych. Głęboka terapia indywidualna czasami skutkuje poczuciem przez terapeutę olbrzymiego wpływu na wewnętrzny świat pacjenta i zapomnieniem o innych, niż psychogenne, czynnikach etiologicznych. Ubocznym skutkiem może być wówczas ukryte poczucie omnipotencji i absolutyzacja własnej metody. Tymczasem nie ma żadnych świadectw empirycznych wskazujących, że możliwe jest wyleczenie np. zaburzeń schizofrenicznych lub chorób afektywnych samą tylko psychoterapią, bez udziału farmakoterapii. Istnieje natomiast wiele świadectw dowodzących, że najlepsze efekty w tych przypadkach daje połączenie oddziaływań skupiających się zarówno na świecie przeżyć pacjenta, jak i jego rzeczywistości zewnętrznej [np. 11]. Skierowanie do terapii rodzinnej z perspektywy psychodynamicznego psychoterapeuty indywidualnego może być odreagowaniem bezradności, ale może się także opierać na rozpoznaniu ograniczeń własnej metody, niezależnie od tego, jaki subiektywny poziom bliskości z pacjentem został osiągnięty. Oprócz ograniczeń wynikających z podłoża biologicznego, chodzi tu o pewne formy oporu charakteru (co jest rzadkie w terapii młodzieży), w których współpraca rodziny może być przydatna. Innym rodzajem ograniczenia jest tzw. opór libido, czyli utrwalenie pewnych destrukcyjnych form uzyskiwania ulgi w realizacji popędów seksualnych i agresywnych, co ma miejsce w uzależnieniach, perwersjach oraz zaburzeniach jedzenia. Jednak najczęstszym powodem skierowania na terapię rodzinną przez indywidualnych terapeutów młodzieżowych jest świadomość różnych deficytów, bądź u pacjenta, bądź w jego środowisku. Z jednej strony chodzi tu o występowanie np. choroby psychicznej. Korzystna wtedy jest psychoedukacja lub terapia rodziny, tak aby mogła spełniać ona funkcję tzw. ego pomocniczego w obliczu załamania się różnych funkcji u pacjenta (badanie rzeczywistości, racjonalne myślenie,

dbanie o siebie w aspekcie społecznym, finansowym i innym). Drugą taką sytuacją jest brak zdolności środowiska rodzinnego pacjenta młodzieżowego do opieki nad nim. Zazwyczaj niewydolni rodzice nie przyjmują takiego skierowania, skoro bowiem nie troszczyli się o dziecko dotychczas, to nie zrobią tego także w sytuacji terapii. Jednakże jeśli dochodzi do terapii rodzinnej, to wizje terapeuty młodzieżowego i rodzinnego czasami się tutaj różnią. Czasami terapeuta młodzieżowy, nie zawsze wprost i nie zawsze adekwatnie, oczekuje, że ktoś, np. terapeuta rodzinny, przyjmie swoistą funkcję „nadrodzica” w stosunku do rodziców pacjenta, po to, aby wzmocnić ich albo nauczyć pełnienia funkcji opiekuńczej w stosunku do dziecka. Jest więc, świadomie bądź nie, zwolennikiem przyjęcia przez terapeutę rodzinnego roli charakterystycznej dla podejścia strukturalnego w terapii rodzin. Tymczasem dzisiaj jest to podejście rzadko reprezentowane, budzące wiele kontrowersji wśród terapeutów rodzinnych, np. ze względu na „skośność” relacji terapeutycznej, która jest pojmowana jako subtelna forma niedopuszczalnego autorytaryzmu.

Współpraca z terapeutami rodzinnymi jest z perspektywy terapeuty indywidualnego korzystna również wtedy, kiedy obydwie wspomniane formy uzupełniają się w obszarze przepracowywania pierwotnej i wtórnej korzyści z objawu. (Jest to jednocześnie obszar największej różnicy pomiędzy tymi podejściami). O ile dobrze rozumiem, w ujęciu teorii systemów, objaw u pacjenta identyfikowanego powstaje w związku z jego ukrytą przydatnością dla systemu. Np. wytworzenie zaburzeń depresyjnych u 18-latka lub anoreksji u 17-latki może służyć poradzeniu sobie z lękami separacyjnymi zarówno rodziców, jak i adolescenta, koncentrując ich wspólnie na sobie i utrwalając wzajemne zaangażowane w swoje życie. Z perspektywy psychoanalitycznej takie ujęcie problemu jest dobrym opisem tzw. wtórnej korzyści z objawu. Wytworzony symptom jest wzmocniany przez różnego rodzaju korzyści dostarczane przez otoczenie. Klasyczna koncepcja psychoanalityczna jednak inaczej ujmuje funkcję objawu. Najistotniejsza dla jego powstania jest tzw. korzyść pierwotna<sup>1</sup>. Chociaż objaw sam jest cierpieniem, to jednak chroni przed jeszcze większym, polegającym na uświadomieniu sobie tych afektów, obron lub reprezentacji, które tworzą nieakceptowane, nieświadome aspekty self (poprzez superego lub z powodu lęku przed realnymi konsekwencjami). Jednocześnie objaw jest tworem kompromisowym, tzn. zabezpiecza przed uświadomieniem zakazanych treści, a jednocześnie częściowo je wyraża i realizuje [10]. To, jaką postać przyjmie, zależy od rodzaju użytych obron, np. w wypadku nerwic będą to obrony związane z wyparciem, a w przypadku zaburzeń borderline związane z rozszczepieniem [7]. Wspomniane objawy depresyjne u 18-latka mogą być np. rozumiane jako kompromisowe rozwiązanie nieświadomego konfliktu pomiędzy wypartymi, rozwojowymi tendencjami separacyjnymi i złością na rodziców (np. za kontrolę) a chęcią uniknięcia ryzyka utraty ich miłości (lęk separacyjny), obawą, że będzie to oznaczać koniec relacji z nimi w ogóle (lęk depresyjny) lub przeżywanie przytłaczającego poczucia winy (lęk superego). Jednocześnie depresyjność może być częściowym, pasywnym sposobem wyrażania agresji do nich. I dopiero wówczas tak wytworzone objawy mogą być wtórnie wzmocnione lub utrwalone przez korzyści płynące ze środowiska. M.in.

<sup>1</sup>Jest to odkrycie Freuda, stanowiące jedno z jego najwybitniejszych, wciąż aktualnych osiągnięć.

z tego powodu terapeuci psychodynamiczni sceptycznie podchodzą do możliwości leczenia utrwalonych zaburzeń osobowości bez intensywnej analizy nieświadomych wzorców przeżywania w relacji z obiektem, obron, przeniesienia itd. Natomiast z tej perspektywy terapia systemowa jawi się jako adekwatna odpowiedź terapeutyczna dla różnego rodzaju kryzysów rodzinnych, rozwojowych, zaburzeń reaktywnych oraz jako forma wspierająca terapię indywidualną w zakresie likwidacji wtórnych korzyści z objawu<sup>2</sup>. Wydaje się, że w terapii adolescenta właśnie na tym może polegać współpraca: na komplementarnym przepracowywaniu pierwotnej i wtórnej korzyści z objawu.

Pojawia się tu jednak również pewne zagrożenie. Bazując na różnych założeniach teoretycznych oraz budując obraz na podstawie różnych doświadczeń klinicznych, terapeuci mogą sformułować sprzeczne ze sobą wyjaśnienia psychopatologii pacjenta młodzieżowego, a co za tym idzie — zostanie on poddany działaniu sprzecznych ze sobą interwencji terapeutycznych. Sytuacja ta nie zdarza się wyjątkowo często, ale jednak się zdarza, szczególnie gdy terapeuci tkwią w odmiennych, nieświadomych identyfikacjach z różnymi stronami konfliktu rodzinnego, a więc kiedy nie zdają sobie sprawy, że tracą neutralność terapeutyczną. Granicą porozumienia pomiędzy terapeutami będzie tutaj odmiennosc identyfikacji terapeutycznych, aczkolwiek mogą oni w imię współpracy wytworzyć pewną iluzję porozumienia. W moim przekonaniu korzystniejsze jest w tej sytuacji wzajemne uszanowanie tych różnic i uznanie niemożności współpracy. Z perspektywy psychodynamicznego terapeuty indywidualnego problemy w definiowaniu przyczyn zaburzeń i rozumieniu procesu terapeutycznego znacznie się zmniejszają, kiedy terapia rodzinna jest prowadzona w ujęciu psychoanalitycznym.

### Piśmiennictwo

1. Barbaro B, red. Schizofrenia w rodzinie. Kraków: Wydawnictwo UJ; 1999.
2. Bettelheim B. Uciekinierzy z życia. Leczenie dzieci zaburzonych emocjonalnie. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Dialog; 2004.
3. Schier K. Terapia psychoanalityczna dzieci i młodzieży: przeniesienie. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2000.
4. Racker H. Transference and counter transference. London: Karnac Books; 1988.
5. Kernberg OF. Object relations theory and clinical psychoanalysis. New York: Jason Aronson; 1976.
6. Harris M, Bick E. The child psychotherapist and the patient's family. W: Williams MH, red. The Tavistock model: Papers on child development and psychoanalytic training by Martha Harris and Esther Bick. London: Karnac; 2011, s. 251–272.
7. Kernberg OF. Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Jason Aronson; 1975.
8. Yeomans F, Clarkin JF, Kernberg OF. Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu w leczeniu zaburzeń osobowości borderline. Podręcznik kliniczny. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej; 2015
9. Edgcomb R. Anna Freud. Gdańsk: GWP; 2007.

---

<sup>2</sup>Nie wiem, czy terapeuci systemowi zgodziliby się z takim ujęciem. Powyższa analiza jest dość ryzykowną interpretacją też jednego paradygmatu terapeutycznego (systemowego) w kategoriach drugiego (psychoanalitycznego). Jest więc metodologicznie kontrowersyjna.

10. Freud Z. „Ja” i „To”. W: Freud Z. Psychologia nieświadomości. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2009.
11. Alanen Y. Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.

adres: [glita@poczta.onet.pl](mailto:glita@poczta.onet.pl)