

Ewelina Rejner-Cupał, Ewa Stachowiak

Specyfika pacjenta młodzieżowego z zespołem Aspergera

na tle psychodynamicznej psychoterapii grupowej¹.

Część I

słowa kluczowe: psychodynamiczna psychoterapia grupowa młodzieży, zespół Aspergera

Dla psychoterapeutów praktyków i klinicystów, zajmujących się leczeniem młodzieży, istnieje grupa pacjentów, która stanowi szczególne wyzwanie. Są to osoby, które konfrontują nas z pytaniami o granice metody, a niejednoznaczność ich objawów w sposób szczególnie inspiruje do poszukiwania rozwiązań. Są to też pacjenci, którzy postrzegani bywają jako wyłącznie deficytowi, stąd kieruje się do nich raczej ofertę leczenia behawioralnego. Jednak zarówno wyniki badań naukowych, jak i nasze doświadczenia terapeutyczne pozwalają z nadzieją myśleć o korzystnym wpływie psychoterapii psychodynamicznej, zwłaszcza grupowej, na funkcjonowanie adolescentów z zespołem Aspergera (ZA). Nasze obserwacje stały się przyczynkiem do napisania niniejszego artykułu. Przedstawimy w nim problem złożoności diagnozy z uwzględnieniem diagnozy strukturalnej, a także propozycję psychodynamicznego rozumienia problematyki tych pacjentów oraz zarys naszej koncepcji leczenia w oparciu o psychodynamiczną psychoterapię grupową, bazującą na doświadczeniu własnym.

1. Obraz młodzieżowego pacjenta z ZA na tle grupy terapeutycznej

Z zespołem Aspergera wiąże się szereg dylematów diagnostycznych. Niektórzy uważają, że jest to pojęcie o tak nieostrych granicach, że nie powinno istnieć w praktyce klinicznej. Konsekwencją tego stanowiska było stworzenie pojęcia „kontinuum autystycznego” (Wing, 2001), które zostało przekształcone w pojęcie „spektrum zaburzeń autystycznych” (*autism spectrum disorders*, ASD). Podział na poszczególne jednostki, jak i kwestia istnienia samego spektrum są nadal przedmiotem wielu dyskusji badaczy i klinicystów (Frith, 2008; Bryńska, 2011). Najwięcej kontrowersji dotyczy miejsca zespołu Aspergera we wspomnianej powyżej grupie zaburzeń. Istnieją klinicyści, którzy uważają, że ZA jest pewną odmianą autyzmu dziecięcego, charakteryzującą się najmniejszym nasileniem objawów (tożsamość z *high functioning autism*, HFA; autyzm wysokofunkcjonujący) (Schopler, 1996). Z drugiej strony postulowane jest rozpatrywanie tego zespołu jedynie w powiązaniu ze spektrum, a nie wewnątrz niego

¹ Tekst powstał jako opracowanie wystąpienia autorki na VIII Konferencji PTPPd *Psychoterapia psychodynamiczna dzieci młodzieży i młodych dorosłych*, 5 września 2019 r. w Krakowie.

i tworzenie odrębnych kryteriów diagnostycznych (Gillberg, Gillberg, 1989; Holloway, 2016). Efekt tych dyskusji jest widoczny w szybko zmieniających się zapisach międzynarodowych klasyfikacji chorób DSM. W aktualnej wersji DSM-5 ZA został włączony do grupy zaburzeń określanych jako „zaburzenia o spektrum autystycznym”, ASD (Morrison, 2006; Rynkiewicz, Kulik, 2013).

Nowe zmiany diagnostyczne zawarte w DSM-5 biorą pod uwagę szereg istotnych charakterystyk klinicznych tych zaburzeń, dotychczas pomijanych (np. możliwość współwystępowania ASD z innymi zaburzeniami, na przykład z ADHD, czy też uwzględnianie zaburzeń w obrębie profilu sensorycznego). Bliższe jest nam jednak stanowisko o utrzymaniu diagnozy ZA jako odrębnej w praktyce klinicznej. Mimo że dotychczasowe kryteria wyodrębniające ten zespół były ogólne, opisowe i mało wystarczające, to jednak z praktycznego punktu widzenia wydaje się, że wchłonięcie tego zespołu do ogólnej kategorii ASD wiąże się z niebezpieczną tendencją do rozmywania i uogólniania diagnozy. Zmiana ta niesie ze sobą ryzyko zawieszenia tych osób w „diagnostycznej próżni”, a ich specyficzne problemy mogą pozostać niezauważone, a co za tym idzie – nieodpowiednio leczone. Dlatego też świadomie decydujemy się w niniejszym opracowaniu na pozostawienie starej nomenklatury diagnostycznej – zespół Aspergera, mając na myśli pacjentów o specyficznym obrazie klinicznym. Przedstawimy pokrótce ich charakterystykę na tle grupy psychoterapeutycznej, postaramy się pokazać, co ich odróżnia od rówieśników, od innych pacjentów młodzieżowych.

1.1. Trudności w tworzeniu relacji

Przede wszystkim adolescenty z diagnozą ZA charakteryzują się specyficznymi trudnościami w tworzeniu relacji, głównie rówieśniczych. Z powodu dużego skupienia na sobie mają problemy z empatyzowaniem oraz budowaniem interakcji na zasadzie wzajemności. Podczas terapii obserwuje się wyraźnie, że u tych pacjentów rozumienie relacji odbywa się na bazie intelektualnych analiz, a znacznie mniej na bazie afektywnego doświadczenia. Jest to związane ze specyficznymi trudnościami w mentalizowaniu. Właściwość ta niesie za sobą pewne ograniczenia i konsekwencje: ci młodzi ludzie nie rozumieją złożoności relacji społecznych, a co za tym idzie – cechuje ich naiwna i prosta wizja świata oraz brak krytycyzmu co do zachowań innych ludzi.

Te trudności w czytaniu kodu społecznego oraz trudności w hamowaniu ugięcia własnych myśli skutkują często popełnianiem przez nich gaf – osoby z ZA mówią prawdę w sytuacjach, kiedy to nie wypada, nie zdając sobie sprawy z relacyjnych konsekwencji danych słów.

Ich kłopoty w adekwatnym ujawnianiu oraz rozpoznawaniu emocji, specyficzne chłodne spojrzenie czy też – jak określają psychiatrzy – trudny do odczytania, błady afekt istotnie wpływają na trudności w tworzeniu tak zwanego porozumienia w relacjach. Podobnie jest w obszarze grupowego odreagowania, na przykład z żartami. Nie bardzo rozumieją ironię, nie śmieją ich dowcipy, które śmieją większość młodzieży, a ich

humor oparty jest bardziej na absurdach i konkrety oraz niuansach, których my czasem nawet nie dostrzegamy.

1.2. Aktywność na tle grupy

Młodzież ta wykazuje się dużą specyfiką w zakresie aktywności werbalnej. Język pacjentów z ZA charakteryzuje wysublimowane słownictwo, nieadekwatne do wieku rozbudowanie języka specjalistycznego oraz niewielkie zasoby słownictwa potocznego; przy tym wykazują oni tendencję do wielowątkowości, paralogiczności oraz wielomówności (monologowania). Monologowanie ma związek z ograniczoną aktywnością pacjenta w różnych obszarach życia, ograniczoną do specyficznych zainteresowań (fiksacji).

Zainteresowania te oscylują wokół niezwykłych zdolności tych młodych ludzi i obszarów bardzo wąskich tematycznie, którymi zazwyczaj nie zajmuje się przeciętny nastolatek. Często dotyczą one zainteresowań technicznych, na przykład kolejnictwa, budowy maszyn. Jest to wiedza specjalistyczna, encyklopedyczna, która wymaga niezwykłej pamięci do liczb czy pamięci fotograficznej. Te kompetencje pozostają często poza zasięgiem przeciętnego człowieka.

Skupienie na tych zainteresowaniach znajduje często odzwierciedlenie w problematycznym zawężeniu funkcjonowania pacjenta, w fiksacjach wyrażonych w zachowaniach i problemach komunikacyjnych, kiedy rozmowa przeradza się w monolog na dany temat, a w grupie rówieśniczej skutkuje odosobnieniem tych nastolatków czy też postrzeganiem ich jako „wyjątkowych”, ale też „dziwnych”.

Mówiąc o zainteresowaniach, należy wspomnieć o specyfice aktywności poznawczej, która istotnie wpływa na funkcjonowanie pacjentów z ZA podczas psychoterapii, a świadomość tego powinna wpływać na funkcjonowanie terapeuty. Chodzi tu oczywiście o pewną sztywność w myśleniu, dominację konkretności oraz trudności w myśleniu abstrakcyjnym, symbolicznym, przy jednoczesnym często wysokim IQ, co generuje inne ważne dla nas, psychoterapeutów, zależności: między innymi trudności w generalizacji, w osiąganiu wglądu we własne objawy, problemy w pracy z metaforą, której przecież w terapii młodzieży jest dużo.

Mówiąc o aktywności w szerokim rozumieniu, należy dodać, że na tle rówieśników osoby z ZA często wyróżniają się wyglądem. Po pierwsze specyficzną posturą, pewną sztywnością w poruszaniu, często związaną z niezgrabnością ruchową. Po drugie brakiem podążania za aktualną modą – ubierają się inaczej, niż nakazują aktualne trendy młodzieżowe, zazwyczaj tak, żeby było im wygodnie, co dla innych oznacza często „dziwnie” lub „obciachowo”.

1.3. Specyfika neurologiczna i jej wpływ na funkcjonowanie pacjenta

Na co jeszcze należy zwrócić uwagę, jeśli chodzi o funkcjonowanie pacjentów z ZA, co jest związane z ich neurologiczną specyfiką, a wpływa na obszar ich funkcjonowania i rozumienia w psychoterapii psychodynamicznej?

W ich aktywności możemy zaobserwować cechy zaburzeń uwagi czy nadpobudliwości, wprowadzające pewien chaos w wypowiedzi, czy też odwrotnie – trudności w podążaniu za wątkiem rozmowy grupy. Obserwuje się często, że nastolatki z ZA mają pewien kłopot, żeby dostosować ton czy głośność wypowiedzi do sytuacji, albo też okresowo pewne tiki, manieryzmy. Istotne jest również to, czego zupełnie nie widać i co często jest poza zasięgiem naszego terapeutycznego odczuwania i rozumienia, a ma zasadniczy wpływ na funkcjonowanie pacjentów. Jest to specyficzny profil sensoryczny, wyrażający się poprzez nadwrażliwości: słuchowe, dotykowe, smakowe, wzrokowe czy też nadmierna wrażliwość związana z bodźcami społecznymi. Można powiedzieć, że ci ludzie zdecydowanie bardziej czują, niż wskazywałyby na to ich często tak zwany błady afekt. To powoduje specyficzne – inne – przeżywanie otoczenia, sytuacji, ludzi, a zatem inną interpretację świata. Coś, co dla większości ludzi jest nieznaczące, albo też coś, co nam się kojarzy na przykład z przyjemnością, dla nich może być bolesne. To oczywiście skutkuje niezrozumiałym dla nas, „dziwacznym” funkcjonowaniem, przejawiającym się w sztywności w doborze potraw, ubioru czy w zachowaniach, jak na przykład unikanie głośnych miejsc, sytuacji, ludzi, lub wręcz przeciwnie – w dążeniu do dostarczania sobie pewnych bodźców. Brak świadomości i rozumienia tych cech może generować u rozmówcy błędne interpretacje zachowań adolescentów z ZA.

1.4. Wpływ dynamiki pacjenta z ZA na proces terapii grupowej

Na koniec tej charakterystyki należy wspomnieć o specyficznej dynamice pacjenta z ZA, którą wnosi w proces terapii grupowej. W jakimś sensie można powiedzieć, że jest to dynamika nie do zastąpienia.

Po pierwsze na tle grupy pacjentów, jak i w codziennym życiu obserwujemy u tych nastolatków obniżoną zdolność wyczuwania sygnałów płynących z niewerbalnego kodu emocjonalnego komunikacji, co generuje trudności w odczytywaniu klimatu emocjonalnego grupy. Jak można się domyślać, skutkuje to zaskakująco swobodnymi, szczerymi wypowiedziami na tematy, które dla grupy aktualnie są najtrudniejsze i mogą być w danej chwili powodem oporu, na przykład w formie milczenia grupy. Niektórzy mówią wówczas, że pacjentom z ZA brakuje instynktu samozachowawczego, często narażają się tym samym na trudne emocje grupy, ale bywa też, że grupa przyjmuje z ulgą takie komentarze. Innymi słowy, nieświadomie stają się katalizatorami rozładowania emocji i znacznego przyspieszenia dynamiki procesu. Przytoczymy tu sytuację, kiedy zarówno grupa, jak i terapeuci mieli istotny problem z poruszeniem tematu popędowości pewnej rozhamowanej pacjentki, która tworzyła relacje w sposób prowokujący seksualnie, a każda próba pokazania jej tego mechanizmu kończyła się awanturą i jej poczuciem krzywdy. Grupa w stanie dużego zawstydzenia, bezradności i skontrolowania siedziała milcząco, do czasu gdy jeden z pacjentów z ZA, wpatrując się w jej dekolt, z niekłamanym zdziwieniem powiedział głośno: „Magda, jaki ty masz dzisiaj wieceelki biust!!!”. Komentarz ten, skądinąd bardzo trafny, pozwolił na eksplorację tematu związanego z wysiłkiem pacjentki, która zadbała, by taki

biust jej kolega, i nie tylko on, dostrzegł, ale też analizę funkcji, jakie to zachowanie pełniło. Można powiedzieć, że w tym przypadku, jak i też w wielu innych obserwowanych przez nas sytuacjach, pacjent ten był tym stłumionym głosem grupy, głosem id, nie zahamowanym przez wyczuwalny przez innych temat tabu. Korzyść dla rozwoju procesu grupowego wynika więc z mniejszej podatności tych pacjentów na omnipotentną kontrolę ze strony kolegów.

Ograniczenia związane z rozumieniem kontekstu społecznego mają też inny, trudniejszy wymiar. Problemy te w połączeniu ze wspomnianą konkretnością myślenia i słabo wyrażanymi oraz rozumianymi własnymi emocjami powodują duże problemy w budowaniu czytelnego przekazu. Pojawia się też trudność odwrotna: w trafnym odczytywaniu pacjenta przez terapeutę oraz przez innych pacjentów. Efektem tego jest często zjawisko pewnego zadziwienia w grupie, zamieszania komunikacyjnego czy też nieadekwatne przypisywanie pacjentom z ZA złośliwości czy braku wrażliwości.

Z drugiej strony w związku ze swoim zagubieniem w relacjach pacjenci z ZA z większą ciekawością i wdzięcznością, ale też z mniejszą uciążliwością narcystyczną przyjmują nasze komentarze, postrzegając terapeutę jak kogoś pomocnego, kto tłumaczy im, jak działa świat relacji.

Kolejne, ale jakże ważne w grupowej psychoterapii młodzieży zjawisko wywołane obecnością w grupie pacjenta z ZA to osłabianie adolescentnej nadwrażliwości na swoim punkcie, młodzieńczej narcystyczności. Obecność takiej osoby, rozmowa o jej ograniczeniach i innym odbiorze świata pozwala młodzieży niejako odzyskać możliwość mówienia o tym, co w ich przeżyciu „osłabia” ich czy sprawia, że czują się gorsi, a w końcowym efekcie nieco „denarczyje”. Innymi słowy: jednym pozwala rozbijać zaprzeczenie, obronne wielkościowe mniemanie o własnej idealności, a innym pozwala dotrzeć do uznania własnej wartości mimo różnych słabości.

I na koniec warto wspomnieć o pewnej cesze pacjentów z ZA, która rozwija w nas terapeutyczną pokorę. Jest nią duża zmienność tych pacjentów w funkcjonowaniu, bez zauważalnych powodów psychodynamicznych. Osoby te uczą nas, że nie należy się przyzwyczajać do pewnych wzorców – jeśli raz nasz pacjent był szczególnie refleksyjny, nie znaczy to, że podobny poziom funkcjonowania będzie towarzyszył mu jutro. Oczywiście nie mówimy tu o sytuacjach dających się wytłumaczyć oporem czy innymi tego typu czynnikami. Czasami jest to niedyspozycja dnia zależna od przebudzowania, które istotnie wpływa na funkcjonowanie poznawczo-emocjonalne, a czasami trudno jest wynioskować, skąd ona wynika.

2. Diagnoza młodzieży z ZA a okres rozwojowy i współwystępowanie

Opisane charakterystyki cech obrazu klinicznego pacjenta z ZA występują u różnych pacjentów w różnych konstelacjach oraz różnym nasileniu. Sytuację diagnostyczną komplikuje fakt, że obraz ten zmienia się wraz z kolejnymi etapami rozwojowymi, a ponadto diagnoza ZA bardzo rzadko występuje samoistnie (Gillberg, Gillberg, 1989; Frith, 2005; Mrozek, 2014). I tak na przykład młodsze dzieci rzadko trafiają do poradni z powodu ZA. Najczęściej ich rodziców skłaniają do szukania pomocy inne objawy,

które są przyczyną dużych trudności w funkcjonowaniu dziecka, są to między innymi zaburzenia uwagi, nadrucliwość, tiki, zaburzenia snu czy też zaburzenia zachowania lub skłonności do depresji (Gillberg, Gillberg, 1989; Mrozek, 2014).

Sytuacja ulega zmianie w okresie dojrzewania. Adolescencja obnaża istotę trudności społeczno-emocjonalnych tych osób (Frith, 2005; Attwood, 2006). Zaczynają istotnie różnić się od swoich rówieśników, ich symptomy stają się bardziej widoczne. Tworzone przez nie relacje mają charakter niedojrzałych, często są instrumentalne. Pacjenci z ZA to raczej samotnicy, którzy nie uczestniczą w życiu klasy, a sztywne trzymanie się pewnych zasad i inne zachowania zaczynają być odczytywane jako dziwaczne i nieadekwatne. Brak potrzeby dopasowywania się do grupy rówieśniczej powoduje stopniowe odróżnianie się. Nabierają przekonania, że są „inni”. Poczucie odmienności i gorszości wtórnie zwiększa tendencje do wycofywania się lub też prawdopodobieństwo odrzucenia przez grupę. Stanowią idealny obiekt do bycia „kozłem ofiarnym” i realnie stają się ofiarami mobbingu, przemocy. W konsekwencji opisanych trudności i kumulacji napięcia pojawiają się dodatkowe objawy psychopatologiczne. Jednocześnie bardziej świadomi nastolatki wkładają większy wysiłek w kompensację swoich braków i inności, co zaciemnia obraz i utrudnia trafną diagnozę.

Jeden z pacjentów, 16-latek z ZA, który zgłoszony był z objawami niedostosowania społecznego oraz z depresją, tak wspominał swoje relacje z rówieśnikami: „Próbowałem w przedszkolu być normalny, próbowałem trzy dni, później przestałem, bo nikt nie chciał się ze mną bawić, a później ja już nie chciałem i tak jest do teraz. Z roku na rok byłem coraz bardziej zamknięty, trenowałem zamykanie się codziennie przez patrzenie przed siebie, niezależnie od tego, co się dzieje”. O swojej przyszłości wypowiadał się następująco: „Nie wyobrażam sobie takiej pracy, żebym się nie stresował. Dopóki będą żyli rodzice, będą mnie utrzymywać. Jak oni przestaną żyć, ja też. Pójdę do lasu i tam umrę z głodu, proste. Jak w życiu trzeba się męczyć, to trzeba przestać żyć”. Wypowiedź ta sugeruje obecność wątków, które kojarzą się z zupełnie inną problematyką psychopatologiczną niż diagnoza ZA. Innymi słowy wyzwanie, którym jest psychoterapia tej młodzieży, wiąże się z bardzo dużym trudem diagnostycznym. Pomijając szerokie dyskusje w tym zakresie (Frith, 2005; Attwood, 2006; Bryńska, 2011), łącznie z wątkiem, że w najnowszej wersji DSM-5 zabrakło tej diagnozy, należy przyjąć za twórcą pojęcia Hansem Aspergerem, że ZA stanowi zespół trwałych cech osobowości (Frith, 2005), na które nakładać się mogą wszelkie inne trudności zarówno z obszaru diagnozy objawowej, na przykład zaburzenia zachowania, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, nadpobudliwość, zaburzenia uwagi, snu czy depresyjne (Attwood, 2006; Frith, 2006), jak i trudności z obszaru różnorodnej dynamiki osobowości (Holloway, 2016). Obserwujemy u tych pacjentów cechy nieprawidłowo kształtującej się osobowości – mechanizmy z kręgu psychopatologii narcystycznej, depresyjnej, borderline. Niezwykle pomocna w tych rozstrzygnięciach diagnostycznych jest diagnoza psychodynamiczna. Musimy zatem liczyć się ze współwystępowaniem innych objawów towarzyszących, które zaciemniają obraz kliniczny, oraz podjąć trud różnicowania z wymienionymi wcześniej cechami różnorodnej dynamiki osobo-

wościowej (np. zaburzenia zachowania w ZA mogą wynikać z dynamiki depresyjnej lub narcystycznej). Dodatkowo, gdy mamy do czynienia z burzliwą i psychotraumatyzującą historią życia pacjenta, zadanie to staje się szczególnie skomplikowane. Wówczas trudne bywa rozróżnienie, czy szeroko rozumiane problemy w mentalizowaniu są wynikiem biologicznego deficytu, czy skutkiem zaburzonej relacji z obiektem wczesnodziecięcym, czy też przejawem stanów dysocjacyjnych wynikających z przeżytych traum. Jest to o tyle istotny, że właściwa diagnoza wyznacza kierunek leczenia i interwencji terapeutycznych.

3. Biologiczne podstawy funkcjonowania pacjentów z ZA a psychoterapia

Poruszając temat złożoności diagnozy tych osób, nie możemy pominąć biologicznych podstaw ich funkcjonowania. Wiemy już z pewnością, że ich układ nerwowy funkcjonuje nieco odmiennie, a zrozumienie tej „inności” wydaje się kluczowe dla konstruowania modelu terapii. W tej dziedzinie jest już bardzo wiele doniesień i niezwykle ciekawych odkryć, niemniej ze względu na ograniczenia tego opracowania wspomnimy tylko o tych, które są kluczowe dla psychoterapii.

3.1. Mentalizacja intuicyjna *versus* kompensacyjna

Pierwsza koncepcja, która wydaje się kluczowa dla rozumienia pacjentów z ZA, dotyczy mentalizacji, czyli kwestii, która szeroko jest opisywana w kontekście pacjentów z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985).

Teoria umysłu jest poznawczym aspektem zjawiska mentalizacji (Adamczyk, 2013; Cierpiałkowska, Górska, 2016). Twórcy tej koncepcji na bazie przeprowadzanych badań uznali, że przyczyną większości trudności u osób ze spektrum autystycznego jest zaburzenie rozwoju wrodzonego modułu zwanego teorią umysłu (Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985; Frith, 2008). Moduł ten zapewnia możliwość tworzenia reprezentacji przedmiotów świata zewnętrznego, ale także metareprezentacji, czyli reprezentacji siebie samego i światów wewnętrznych. A więc osoby ze spektrum, w myśl tej koncepcji, mają z tym duży problem, wobec czego nie potrafią myśleć o ludzkich stanach psychicznych ani też, co za tym idzie, przewidywać zachowań innych ludzi (Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985; Cierpiałkowska, Górska, 2016). Trudności będących konsekwencją tego deficytu jest bardzo wiele, począwszy od kłopotów w rozumieniu intencjonalności ludzkich działań po nieumiejętność identyfikowania komunikatów płynących z subtelnych, niewerbalnych źródeł, takich na przykład wyraz oczu, mimika.

Zagłębiając się w szczegóły tej problematyki, należy wspomnieć, że badania nad teorią umysłu u osób z ZA nie są już takie jednoznaczne. Osoby te bowiem wypadają w badaniach zdecydowanie lepiej, niż się spodziewano. Brak jest istotnych wskaźników potwierdzających u nich zaburzenia w tym obszarze (Frith, 2008; Bryńska, 2011). A jednak pomimo tego w życiu codziennym i w trakcie terapii obserwujemy naiwność tych osób w relacjach społecznych czy też – jak mawiają niektórzy – pewnego

rodzaju „ślepotę emocjonalną”. Dlaczego? Wyjaśnień na to pytanie dostarczają badania mówiące o uczeniu się kompensacyjnym *versus* intuicyjnym stanów umysłu (Frith, 2005; Frith, 2008). Ponieważ u osób ze spektrum upośledzony jest wrodzony mechanizm odpowiadający za szybkie uczenie się o stanach umysłu innych osób, nazwany mentalizacją intuicyjną, pozostaje im do dyspozycji inny sposób w tym zakresie, wolniejszy, oparty na logicznych regułach, czyli mentalizacja kompensacyjna.

Pozostaje postawić pytanie: czy efektem tego kompensacyjnego uczenia się jest ta sama umiejętność? Wydaje się, że nie, bowiem wiedza ta jest niepełna i często może prowadzić do pomyłek, szczególnie gdy dołączają się czynniki psychodynamiczne, relacyjne, na przykład stres w sytuacjach społecznych. Natomiast w warunkach laboratoryjnych, bez takiej presji, osoby te zwykle potrafią dojść do prawidłowego rozwiązania, mimo braków w zakresie intuicyjnego mentalizowania (Frith, 2005; Frith, 2008). Oznacza to dla diagnostów dodatkowy problem. Należy mieć świadomość, że dobrze wykonany test z zakresu teorii umysłu nie jest ani potwierdzeniem, ani zaprzeczeniem diagnozy ZA, ale dla psychoterapeutów oznacza to większe możliwości w zakresie uzyskiwania zmian poprzez psychodynamiczne interwencje terapeutyczne.

Wyniki badań wyraźnie wskazują zatem, że kłopotów z mentalizowaniem u tych pacjentów nie należy rozumieć jako absolutnej niezdolności do zdobywania jakiegokolwiek wiedzy na temat stanów umysłowych. Pozostaje jednak istotne pytanie: jak im w tym pomóc?

Innym ważnym dla nas aspektem biologicznych podstaw funkcjonowania tych pacjentów jest tak zwana koncepcja „wąskiego gardła”, która pochodzi z badań nad przekaźnictwem neuronalnym u osób z ZA (Frith, 2005; Frith 2008). Okazuje się, że przepływ informacji między obszarami mózgu odpowiedzialnymi za mentalizowanie u tych osób jest mniejszy, niż ma to miejsce w mózgach osób z grup kontrolnych, co jest prawdopodobnie konsekwencją braku wystarczających powiązań między połączeniami neuronalnymi w obszarach odpowiedzialnych za mentalizowanie. Oznacza to zatem „inne funkcjonowanie” (tj. deficytowe), a nie „brak możliwości”.

W konstruowaniu modelu terapii powinniśmy więc brać pod uwagę specyficzny neurobiologiczny deficyt pacjentów z ZA oraz osiągnięcia współczesnej nauki.

3.2. Znaczenie deficytu a psychoterapia

Słowo „deficyt” w odniesieniu do pacjentów z ZA wymaga kilku słów teoretycznego wyjaśnienia. Mając na uwadze definicję Freda Pine’a (2003), który rozróżnił deficyt od defektu, definiując deficyt jako brak wewnętrzny z powodów środowiskowych, a defekt jako pewne uszkodzenie wewnątrz osoby, powinniśmy używać słowa „defekt”. W tym artykule, jak i na co dzień nie stosujemy go jednak względem naszych pacjentów. Dlaczego?

Używamy tu słowa „deficyt”, mając na myśli pewien brak w warstwie biologicznej, a nie brak relacyjny. Używamy pojęcia „deficyt”, a nie „defekt”, w głównej mierze z powodu potocznych skojarzeń, jakie niesie za sobą słowo „defekt” – jako uszkodzenie, wobec którego jesteśmy absolutnie bezradni. Przytoczone wyżej doniesienia z badań nad funk-

cjonowaniem układu nerwowego osób z ZA wskazują, że nie mamy podstaw do zakładania braku możliwości zmiany u tych pacjentów.

Proponujemy, by uznawać złożoność psychopatologii naszych pacjentów i próbować określać „obszary braków”, używając za Pawłem Glitą sformułowania „pacjent z przewagą deficytu”, a nie „pacjent deficytowy”. W konsekwencji tego podejścia w pracy terapeutycznej powinna nam towarzyszyć perspektywa podkreślająca, że diagnoza deficytu nie wyklucza istnienia obszarów konfliktowych (Glita, 2009).

Kolejne ważne aspekty w obszarze rozumienia i traktowania „deficytowości” naszych pacjentów, wyznaczające kierunek w tym modelu terapii, zaczerpnięte są z myśli Piotra Drozdowskiego. A mianowicie deficyty i defekty mają podwójną naturę, ujawniają się w umyśle i w mózgu. Natomiast diagnoza oraz terapia deficytu i defektów w dużej mierze są związane z terapeutą, co oznacza tym samym, że deficyt ma charakter relacyjny (Drozdowski, 2007). W praktyce oznacza to dla nas, że nawet jeśli diagnozujemy pewien obszar jako „deficytowy”, trudno zmienialny i słabo poddający się dynamicznemu wpływowi, może ulec on zmianie w zależności od relacji terapeutycznej.

Poszukiwanie granicy możliwości zmiany w przypadku pacjentów z ZA jest, wydaje się, procesem szczególnie priorytetowym, choć jednocześnie mocno niespecyficznym i niepoddającym się stałym regułom. Natomiast grupa terapeutyczna w przypadku nastolatków niesie ze sobą duży potencjał w zakresie możliwości wyrównania tych deficytów.

4. Psychodynamika w zespole Aspergera

Początkowo autyzm czy zespół Aspergera były traktowane jako zespół chorobowy o podłożu psychicznym. Dominowały koncepcje odnoszące się do chłodnych „relacji opiekunów” jako głównego źródła zaburzenia (Bettelheim, 2004), co miało istotne implikacje dla prowadzonej terapii, tak dla pacjentów, terapeutów, jak i rodziców przyprowadzających swoje dziecko.

Aktualny stan wiedzy pozwala nam jednak przyjąć tezę, że u źródeł zespołu Aspergera leży deficyt neurobiologiczny. Jego konsekwencją jest rozwój specyficznej relacji z obiektem oraz mechanizmy obronne często z grupy charakterystycznych dla zaburzonej struktury osobowości (Holloway, 2016). A zatem jakość tworzonej relacji z obiektem jest wtórna do specyfiki i złożoności deficytów pacjenta.

4.1. Relacja z obiektem

Czym charakteryzuje się zatem specyfika relacji matki i dziecka z ZA? Niemowlę z ZA nawiązuje relację z matką w pewien nietypowy sposób.

Jednym z powodów tego faktu jest wspomniana wcześniej nadwrażliwość zmysłowa dziecka. Może ono być łatwo przestymulowane, przytłoczone przez bodźce, co w jego przeżyciu stanowić może doświadczenie zbliżone do traumy (Alvarez, 2018). Niemowlęcy odbiór świata może przypominać doznanie zalania czy poddania bombardowaniu. W związku z tym dziecko może dążyć do wycofania, które chroni je

przed zbyt intensywnym doświadczaniem otoczenia. Napływ wrażeń sensorycznych może być przez dziecko mylone z zalewającą, obezwładniającą matką (Holloway, 2016).

Drugie utrudnienie dotyczy komunikacji. Niemowlę z ZA komunikuje się z matką w sposób mniej czytelny, typowy i przewidywalny niż zdrowe dziecko. Jego sygnały są słabe i mało zróżnicowane.

Specyficzny profil sensoryczny dziecka i jego nietypowa komunikacja wpływają na relację w diadzie. Matka zwiększa starania, aby właściwie zrozumieć stany emocjonalne dziecka, jednak sygnały są trudne do odczytania. Przypomina to raczej oglądanie mapy przez mgłę – narasta w niej niepewność i niepokój. W efekcie zaczyna doświadczać dziecka jako nieprzewidywalnego, wprowadzającego ją w stan pomieszania, pozbawiającego gratyfikacji i wzbudzającego silny lęk.

Matki dzieci z ZA, pomimo zazwyczaj wysokich kompetencji i dużych starań, doświadczają rzadkich sukcesów i licznych porażek w zakresie zrozumienia własnego dziecka oraz trudności w byciu wystarczająco dobrym rodzicem. W efekcie sfrustrowana matka może wycofać się z dalszych prób zrozumienia niemowlęcia lub rozwinąć inny rodzaj radzenia sobie – stać się matką lękową, nadmiarową i nadopiekuńczą.

Tymczasem po drugiej stronie diady, pomimo trudności, dziecko z ZA nie ustaje w nadziejach na zbudowanie kontaktu z osobą opiekuna – inaczej niż dziecko z autyzmem. W relacji z matką niemowlę otrzymuje dwa różne rodzaje doświadczeń. Zdarza się, że matka prawidłowo odczyta i zaspokoi potrzeby dziecka, wówczas niemowlę zyskuje doświadczenie matki rozumiejącej, trafnie reagującej, przetwarzającej elementy beta na alfa (Holloway, 2016). Jeśli jednak matka nie odniesie sukcesu w odczytaniu sygnałów dziecka, może ono doświadczyć jej jako niechętnej lub niezdolnej do zapewnienia bezpiecznego środowiska kontenerującego, nierozumiejącej, zaniepokojonej, przygniatającej.

Tym sposobem dziecko doświadcza pewnej podwójności, co może stać się podwaliną kształtowania się mechanizmu rozszczepienia. Powstają zatem dwa różne doświadczenia self: bezpieczne, chronione self *versus* self wrażliwe i przytłoczone. W efekcie w tej relacji istnieje oscylacja pomiędzy momentami dobrego porozumienia i porażek w tym zakresie.

Z uwagi na deficyty dziecka diada niemowlę–matka może przeżywać trudności w wypracowaniu „bezpiecznego rytmu” – niemowlę może być trudniejsze dla matki do odczytania emocjonalnego, co sprawia, że trudno jej być „wystarczająco dobrym kontenerem” (Holloway, 2016). Takie niemowlęta wymagają tak zwanych „supermatek”, które podobno nie istnieją w realnym świecie.

4.2. Mechanizmy obronne i osobowościowe tendencje rozwojowe u młodzieży z ZA

Opracowań w literaturze na temat psychodynamicznego rozumienia młodzieży z ZA jest niewiele, niemniej w tym miejscu chcielibyśmy przywołać opracowania kanadyjskiego psychologa, psychoanalityka – Robina Holloway’a, który przeszedł psychodynamiczne funkcjonowanie wielu młodych pacjentów z tą diagnozą, a jego koncepcja kształtowa-

nia się osobowości i mechanizmów obronnych u tych osób jest nam szczególnie bliska. Główna teza Holloway'a mówi, że osoby z ZA rozwijają mechanizmy charakterystyczne dla zaburzonej struktury osobowości. Jest to konsekwencją deficytu neurobiologicznego, który leży u podłoża ZA. Innymi słowy w toku życia następuje adaptacja do pewnych warunków nadanych przez biologię. Adaptacja do deficytu według Holloway'a skutkuje często rozwojem zaburzonej osobowości i mechanizmami obronnymi niższego rzędu, takimi jak: mechanizm rozszczepienia, projekcyjna identyfikacja, maniakalne zaprzeczenie, idealizacja i dewaluacja (Holloway, 2016). Warto w tym miejscu pokrótce zasygnalizować, na czym polega specyfika tych znanych mechanizmów u młodzieży z ZA.

W mechanizmie rozszczepienia typowe dla naszych pacjentów jest obserwowane zdecydowanie częściej obsadzenie reprezentacji self w roli ofiary. Aktywizują się wówczas takie afekty jak lęk, niepokój, bezbronność, bezradność, wstyd, dewaluacja self. Towarzyszy temu często tkwienie w urazie.

Projekcyjna identyfikacja stosowana jest w celu pozbycia się kłopotliwego aspektu self, najczęściej aspektu prześladowcy. U pacjentów z ZA obiektem projekcji stają się odległe obiekty – odległe w czasie, przestrzeni, kulturowo, emocjonalnie (np. postaci z filmów, kosmici, postaci historyczne), choć najczęściej są nimi rówieśnicy. Zgodnie z tym mechanizmem osoba z ZA prowokuje nieświadomie do powtórzenia agresywnych zachowań wobec niej. Dlatego też tak często obserwujemy ich liczne porażki w obszarze relacji rówieśniczych. Rzadziej obiektem projekcji staje się terapeuta, który początkowo jest zazwyczaj idealizowany.

Z naszego punktu widzenia szczególnie ważne w leczeniu tych pacjentów wydaje się zaprzeczenie, a raczej próba osłabienia jego działania. Zaprzeczenie dotyczy ich własnych ograniczeń, deficytów ego i życiowych strat oraz potrzeb zależnościowych. Chroni ono przed przeżyciem depresji. Z naszych obserwacji wynika, że jest to klucz do powodzenia psychoterapii – u pacjentów z ZA zaprzeczenie bywa tak silne, że wyjście poza obronny obszar funkcjonowania wydaje się niemożliwe. Im większy obszar deficytowy, tym większe zagrożenie depresją, a w związku z tym – tym bardziej nasilone jest zaprzeczenie.

Idealizacja i dewaluacja przebiegają według znanego schematu, tak jak u pacjentów narcystycznych.

Z naszych doświadczeń wynika, że adolescentni pacjenci z ZA funkcjonują czasem w sposób lepiej zorganizowany, a rozszczepienie nie stanowi trwałego jądra organizacji ich osobowości. Z pewnością jednak możemy mówić o obecności kruchej ego, które sprawia, że w kryzysach regresują się do pozycji schizoparanoidalnej. Ich nasilona wrażliwość i urażliwość powodują, że kryzysy występują z dużą częstotliwością i pojawiają się nagle. Obniża się wówczas zdolność do testowania rzeczywistości i możliwość samouspokajania. Ponadto obserwujemy, iż w toku psychoterapii z powodzeniem rozwijają pozycję depresyjną. W adolescencji rozwój osobowości nie jest jeszcze zamknięty i mimo istniejących u tych pacjentów typowych sztywności, obszarów trudno zmienialnych, jest to czas, kiedy widoczna jest również ich elastyczność w zakresie zmiany i możliwości korzystania z psychoterapii.

Inny typowy mechanizm obecny u tej młodzieży to specyficzna intelektualizacja. Pełni funkcję obronną przed poczuciem gorszości; jednak w tym przypadku nie wydaje się, żeby była obroną z poziomu neurotycznego, ale czymś znacznie więcej – służy zbudowaniu kapsuły niedostępności, pancerza ochronnego, który ma charakter egosyntoniczny.

Obrony autystyczne i obsesyjne pojawiają się u tych pacjentów bardzo często i pełnią raczej podobną funkcję – uspokajają, służą najczęściej poradzeniu sobie z nadmiarem bodźców, z nowymi sytuacjami, a uruchamiane są głównie w sytuacji zagrożenia. Osoby z ZA raczej nie postrzegają tego rodzaju obron jako uciążliwych i przeszkadzających w życiu, z reguły mają one charakter egosyntoniczny.

4.3. Rozwojowa specyfika adaptacji do deficytu u młodzieży z ZA

Poza specyficznymi mechanizmami obronnymi obserwujemy u pacjentów z ZA pewne typowe, powtarzalne w wielu przypadkach obrazy psychodynamiczne, które nazywamy ich specyficzną adaptacją do deficytu.

4.3.1. Trudności w procesie separacji–indywidualizacji

Młodzież z ZA wyjątkowo często doświadcza trudności w procesie separacji i indywidualizacji. Pacjenci adolescentni z ZA często tworzą nadmiernie bliskie relacje z matkami, które jednocześnie bywają silnie konfliktowe. Matki te z jednej strony stanowią bezpieczne środowisko, tworzą barierę ochronną przed trudnym światem zewnętrznym, przyjmują rolę tłumacza i pośrednika w relacjach dziecka z otoczeniem; z drugiej strony stają się obiektem acting outu i wyładowania frustracji wyniesionej z relacji z tym właśnie światem. Młodzież ta ze względu na swoje obniżone kompetencje społeczne wymusza na matkach postawę nadopiekuńczą, infantylizującą, chroniącą przed podejmowaniem wyzwań rozwojowych. Wyzwaniem w psychoterapii jest zatem przeprowadzenie pacjenta przez proces separacji i przekierowanie jego uwagi na obiekty pozarodzinne.

4.3.2. Narcystyczny kierunek rozwoju osobowości

Nasze kliniczne obserwacje wskazują, że pacjenci z ZA narażeni są szczególnie na rozwój osobowości narcystycznej jako wtórnej do deficytu i urazu narcystycznego wynikającego z doświadczenia inności, zarówno w relacji z obiektami znaczącymi w niemowlęctwie, jak i w relacjach późniejszych. Występują tu wszystkie ważne cechy tej struktury osobowości: silna urażliwość, kruche ego, nadwrażliwość na krytykę i odrzucenie, fałszywe self, tendencje do dewaluacji i zemsty, budowanie obrazu siebie w oparciu o zaprzeczenie słabości i omnipotencję, funkcjonowanie w oparciu o rozszczepienie. Wydaje się, że ryzyko wzrasta zwłaszcza w przypadku pacjentów o wysokim potencjale intelektualnym, cechuje ich bowiem większa świadomość własnej inności.

Obserwacja ta wiąże się kolejnymi pytaniami z obszaru diagnozy psychodynamicznej, z którymi borykamy się w trakcie pracy klinicznej. Kiedy zatem może-

my stwierdzić, że nasz pacjent cierpi na ZA z cechami nieprawidłowo rozwijającej się w kierunku narcystycznej osobowości, a kiedy mamy do czynienia, powiedzmy, z tak zwanym klasycznym młodzieżowym pacjentem narcystycznym?

Jest to dosyć obszerne zagadnienie, rozstrzygalne najczęściej w procesie superwizji, niemniej można wskazać, że są pewne obszary pozwalające różnicować pacjenta narcystycznego od pacjenta z ZA z tzw. „maską narcystyczną”. Te kluczowe miejsca do weryfikacji to z pewnością:

- szczegółowy wywiad rozwojowy,
- specyfika przeniesienia i przeciwprzeniesienia,
- różnice w mentalizacji,
- różnice w afekcie i symbolice komunikacji niewerbalnej,
- różnice w adekwatności wyglądu i zachowania,
- różnice w specyfice dialogu i wypowiedzi.

Można by mnożyć przykłady z powyższych obszarów różnicowania, ale niech podsumowaniem będzie jedna ilustracja. Jest to przeciwprzeniesieniowa refleksja terapeutki, którą podzieliła się po wyjściu z sesji psychoterapii grupy młodzieżowej:

Podczas sesji widzę dwie milczące osoby; żadna do mnie nic nie mówi, żadna na mnie nie patrzy, żadnej nie interesuje, co teraz robię, ALE po chwili dostrzegam i czuję różnicę. Ona coś skrupulatnie rysuje, kątem oka kontroluje resztę świata, perfekcyjny makijaż budzi respekt, długo zastanawiam się, jak zapytać, żeby było właściwie, żeby nie urazić. On z rozbieganym wzrokiem po sali, czasem się uśmiechnie – nie wiem do kogo, chyba do siebie, nie czuję obawy, a raczej troskę, myślę o tym, jak mu pomóc, żeby się tu odnalazł.

Te dosyć trudne pytania diagnostyczne są o tyle ważne, że właściwe ich rozstrzygnięcie prowadzi do wyboru odpowiedniego modelu terapii. Propozycję takiego modelu przedstawimy w drugiej części niniejszego opracowania. Jak bowiem próbowałyśmy wykazać, nastoletniego pacjenta z ZA cechuje pewna specyfika, która wymaga szczególnego postępowania w procesie psychoterapii.

Literatura

- Adamczyk L. (2013). Mentalizacja, cz. 2: Neurofizjologiczne podłoże mentalizacji, pojęcia zbliżone zakresem i znaczeniem do mentalizacji, przedmentalizacyjne tryby funkcjonowania psychicznego, ocena mentalizacji. *Psychoterapia*, 3, 37–46.
- Alvarez A. (2018). Issues in assessment: Asperger's syndrome and personality. W: *The many faces of Asperger's Syndrome*, s. 113–128. Tavistock Clinic Series. New York: Routledge.
- Attwood T. (2006). *Zespół Aspergera*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U. (1985). Does the autistic child have a „theory of mind”? *Cognition*, 21, 37–46.
- Bettelheim B. (2004). *Uciekinierzy z życia. Leczenie dzieci zaburzonych emocjonalnie*. Warszawa: Wydawnictwo Żak.
- Bromberg P. (2011). *The Shadow of the Tsunami and the Growth of the Relational Mind*. New York: Routledge.

- Bryńska A. (2011). Miejsce zespołu Aspergera w grupie całościowych zaburzeń rozwoju: kontinuum czy spektrum zaburzeń autystycznych? *Psychiatria Polska*, tom XLV, 5, 749–758.
- Cierpiałkowska L., Górka D. (2016). Mentalizacja jako stan i jako cecha – perspektywa strukturalno-procesualna. W: L. Cierpiałkowska, D. Górka. (red.), *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Drozdowski P. (2007). *Psychoterapia psychodynamiczna*. Wykład z kwietnia, materiały szkoleniowe KCP.
- Frith U. (2005). *Autyzm i zespół Aspergera*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Frith U. (2008). *Autyzm: wyjaśnienie tajemnicy*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Gillberg C., Gillberg I.C. (1989). Asperger Syndrome-some epidemiological considerations: A research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 30, 631–638.
- Glita P. (2009). Użyteczność pojęcia deficytu i defektu w procesie psychoterapii. *Psychoterapia*, 4(151), 5–16.
- Holloway R. (2016). *Asperger's Children. Psychodynamics, Etiology, Diagnosis, and Treatment*. London: Karnac Books.
- Jacobsen P. (2003). *Asperger Syndrome and Psychotherapy. Understanding Asperger Perspectives*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Kernberg O. (1986). *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies*. London: Yale University Press.
- Kernberg O. (2011). *The inseparable nature of love and aggression. Clinical and theoretical perspectives*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Marszał M., Kamza A. (2016). Poznawcze źródła mentalizacji – koncepcja teorii umysłu. W: L. Cierpiałkowska, D. Górka (red.), *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Mendes E. (2013). *Marriage with Aspergers Syndrome: 14 Practical Strategies*. Eva Mendes Website.
- Mitrani J. (1996). *A framework for the Imaginary: Clinical Explorations in Primitive States of Being*. Northvale, New York: Jason Aronson.
- Morrison J. (2006). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Karków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Mrozek A. (2014). Zespół Aspergera: diagnoza, która prawdopodobnie zniknie z klasyfikacji chorób. *Problemy edukacji, rehabilitacji i socjalizacji osób niepełnosprawnych*, 18(1), 159–170.
- Pine F. (2003). *Diversity and directions in psychoanalytic technique*. New Haven and London: Yale University Press.
- Polmear C. (2018). Finding the Bridge: psychoanalytic work with Asperger's syndrome adults. W: M. Rhode (red.), *The many faces of Asperger's Syndrome*, s. 86–107. Tavistock Clinic Series. New York: Routledge.
- Pozzi M. (2003). The use of observation in the psychoanalytic treatment of a 12-year old boy with Asperger's syndrome. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 1333–1344.
- Rhode M. (2011). Asperger's syndrome: A mixed picture. *Psychoanalytic Inquiry*, 31, 288–302.
- Rynkiewicz A., Kulik M. (2013). Wystandardyzowane, interaktywne narzędzia do diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu a nowe kryteria diagnostyczne DSM-5. *Via Medica*, 10, 2, 41–48.
- Schopler E. (1996). Are autism and Asperger syndrom (AS) different labels or different disabilities *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 109–110.
- Wing L. (2001). *The Autistic Spectrum: A Parent's Guide to Understanding and Helping Your Child*. Berkley, CA: Ulysses Press.

Ewa Stachowiak
Ewelina Rejner-Cupiał
Ośrodek Terapii i Psychoedukacji KOMPAS w Będzinie
ewiana@poczta.onet.pl
ewelina.rejner@o2.pl