

Ustawić sztalugi, przygotować płótno: psychodynamiczna psychoterapia adolescentów i dzieci

Z prof. Karin Ensink rozmawia Mateusz Stróżyński

Prof. Karin Ensink jest psychologiem wykładającym na Uniwersytecie Laval w Kanadzie. Pisała pracę doktorską u Petera Fonagy'ego i Mary Target w Londynie (UCL). Pracowała również w Centrum Anny Freud. Popularyzowała Terapię Opartą na Mentalizacji (MBT) w Kanadzie i jest współautorką podręcznika tej metody (*Mentalization-Based Treatment for Children: A Time-Limited Approach*). Jest również autorką podręcznika TFP dla nastolatków z zaburzeniami osobowości. Prof. Ensink publikowała również na temat rozwoju mentalizacji i jej diagnozy u dzieci, nastolatków, dorosłych i rodziców. Szczególnie interesuje ją mentalizacja jako czynnik odporności psychicznej w kontekście traumy i zaburzeń osobowości.

Mateusz Stróżyński: *Na początku chciałbym Pani podziękować w imieniu naszych Czytelników za to, że zgodziła się Pani na tę rozmowę. Czy mogłaby mi Pani opowiedzieć o swojej pracy? Jak stała się Pani psychoterapeutką psychoanalityczną, pracującą z dziećmi i adolescentami?*

Karin Ensink: Zainteresowałam się psychoterapią podczas studiów psychologicznych w Cape Town (RPA). Mieliśmy szczęście, bo nasze szkolenie było właściwie dosyć psychodynamiczne i istniały silne związki z Brytyjskim Instytutem Psychoanalitycznym – profesorowie szkolili się w Londynie, przyjeżdżali też wykładowcy i superwizorzy z Anglii. Zainteresowałam się traumą dosyć wcześniej. Pracując jako badaczka i jako klinicystka, miałam doświadczenie, które wywarło na mnie znaczny wpływ – prowadziłam wywiady z prostytutkami jako studentka, a potem jako klinicystka zorientowałam się, że leczę córkę jednej z tych prostitutek. Ta perspektywa na międzypokoleniową traumę pomogła mi w leczeniu tej pacjentki i mogłam patrzeć, jak się rozwija i radzi sobie z poważną agorafobią, która była spowodowana wykorzystaniem seksualnym i zaniedbaniem. Wielu moich pacjentów, dzieci i nastolatków, było seksualnie wykorzystywanych i wielu moich dorosłych pacjentów doświadczało psychologicznego i fizycznego nadużycia i zaniedbania jako dzieci. Mogłam więc widzieć dramatyczny wpływ, jaki to miało na ich bycie rodzicami i funkcjonowanie w życiu. Prowadziłam interwencję kryzysową z kobietą, która właśnie urodziła dziecko, ale była w stanie dysocjacji i nie chciała nawet widzieć noworodka, bo wywoływało to u niej niewypowiedziane przerażenie, związane z jej własnymi doświadczeniami maltretowania w dzieciństwie. Leczyłam jednocześnie pacjentów, którzy byli sparaliżowani lękiem i mieli wyraźne ślepe punkty w sytuacjach, w któ-

rych ich partnerzy życiowi byli oskarżani o pedofilię czy wykorzystywanie dzieci, podczas gdy inni pacjenci gotowali się z wściekłości albo ich oczy wypełniała tylko zimna nienawiść. Miałam do dyspozycji model psychodynamiczny i to szkolenie było niezwykle użyteczne, szukałam jednak modelu związanego z traumą i uczyłam się na swoich doświadczeniach. W tym samym czasie założyliśmy psychiatryczną klinikę terapii dzieci i młodzieży w bardzo ubogim mieście, z ogromnym poziomem przestępczości, gdzie ludzie mieli niewiele żywności i bezpieczeństwa. Tam dużo się dowiedziałam o odporności i traumie; ciekawiło mnie, dlaczego niektórzy ludzie byli w stanie zachować moralność i godność w obliczu traumy i strasznie przygniatających okoliczności, podczas gdy inni reagowali przemocą.

Chciałam zrozumieć lepiej koleje moralności i przemocy w kontekście traumy i to, co wyróżniało te osoby, które pozostawały ludźmi w nieludzkich okolicznościach. Miałam więc ogromne szczęście, że mogłam podjąć współpracę z Peterem Fonagim i Mary Target, studiując na UCL w Londynie, gdzie napisałam doktorat pod ich kierunkiem. Jednocześnie pracowałam klinicznie w Centrum Anny Freud i uczyłam się od wspaniałych klinicystów z tego ośrodka, z których niektórzy znali samą Annę Freud. Była to niezwykła okazja, żeby uczyć się i współpracować blisko z tak wspaniałymi, inteligentnymi ludźmi i doświadczać przyjemności i podziwu, obserwując, jak rozwijają swoją teorię – wszystko to ukształtowało moje myślenie i podejście do pacjentów. To był ogromny zaszczyt z nimi pracować. Spotkałam tam również Linę Normandin, która przedstawiła mnie grupie TFP, Paulinie Kernberg, Otto Kernbergowi, Frankowi Yeomansowi i Johnowi Clarkinowi. Tak rozpoczęło się coś, co okazało się być bardzo ciekawym „małżeństwem” dwóch uzupełniających się modeli... (*śmiech*)

MS: *I kiedy to się działo?*

KE: To było około 1997 roku, w bardzo płodnym okresie, tuż po publikacji przez Fonagiego i Target ich pierwszego artykułu na temat zabawy i realności, kiedy rozwijali swoje idee zakorzenione w intersubiektywnym wymiarze mentalizacji i w doświadczeniu realności. Oczywiście zaciekały mnie zbieżności i różnice w tych dwóch podejściach terapeutycznych. Razem z Liną Normandin zainteresowałam się pracą Pauliny Kernberg z dziećmi, jej „instrumentami” do terapii zabawą i całym podejściem relacji z obiektem, a jednocześnie zanurzona byłam całkowicie w podejściu opartym na mentalizacji i mogłam zauważać zbieżności, a nawet to, jak te dwie metody pokrywają się ze sobą w pewnych obszarach. Zobaczyłam, jak Fonagy posługuje się perspektywą teorii przywiązania i mentalizacji i że w jakiś sposób grupa TFP używa także czegoś pokrewnego tej perspektywie przywiązania, która wyraża się w relacjach z obiektem. Myślę, że relacje z obiektem można zasadniczo rozumieć jako przekład teorii przywiązania na pojęcia psychoanalityczne.

Po tych czterech latach w Londynie pojechałam do Kanady i przez ostatnie 20 lat podróżowałam co miesiąc do Nowego Jorku, żeby tam pracować z grupą TFP. I stałam się superwizorem tej metody. Miałam więc zaszczyt widzieć „w akcji” obydwie grupy – zwolenników TFP oraz terapeutów posługujących się metodą opartą na mentalizacji.

A potem napisałam podręcznik MBT dla dzieci, z kolegami z Wielkiej Brytanii, Stanów Zjednoczonych, Holandii i Szwecji, jednocześnie pracując nad podręcznikiem TFP dla adolescentów razem z Liną Normandin, Otto Kernbergiem i Alanem Weinerem. Myślę, że dzięki tym doświadczeniom stałam się bardzo świadoma wagi osobowości i jej strukturalnego modelu, a zarazem utrzymałam moje zainteresowanie traumą. Ale ciekawe jest to, że ludzie pracujący nad traumą i ci, którzy zajmują się osobowością, bardzo rzadko prowadzą dialog. Dla niektórych klinicystów trauma jest wszystkim, podczas gdy inni skupiają się głównie na osobowości. Ja zainteresowana jestem bardziej elastycznym podejściem, które dąży do integracji obu tych perspektyw.

MS: *Myślę, że nasi Czytelnicy są oswojeni z ogólnymi zasadami TFP, więc ciekawe byłoby, gdyby Pani opowiedziała, jak Pani widzi różnice między TFP dla dzieci, adolescentów i dorosłych z jednej strony a terapią MBT dla dzieci i adolescentów.*

KE: Kiedy leczymy dorosłego, który ma trzydzieści, czterdzieści czy pięćdziesiąt lat, jego osobowość jest w pełni ukształtowana. Widzimy wtedy wyraźnie ukształtowane, nieprzystosowawcze wzorce, które manifestują się dość konsekwentnie przez wiele lat i wyrażają się z niewielkimi różnicami w rozmaitych obszarach życia. Jest to bardzo spójna struktura. W adolescencji osobowość wciąż się rozwija, zakwita dopiero, że tak powiem, i nic nie jest jeszcze ustalone. Widzimy przebłyski nieprzystosowawczych wzorców, czasem spektakularnych, ale jest o wiele więcej płynności. Więc niekiedy adolescent przychodzi do mnie i ma już diagnozę narcystycznego zaburzenia osobowości, w takim wypadku mówię: „Wyjaśnij mi, co to właściwie jest”. I prawdopodobnie powiem później: „Twój narcyzm jest wciąż »w budowie«, więc przyjrzyjmy się, jak będzie ewoluował przez następny rok czy dwa. Poza tym – potrzebujesz swojego narcyzmu w okresie dojrzewania”.

Narcyzm musi być zintegrowany, żeby możliwe było zdrowe, przystosowawcze funkcjonowanie, ale adolescencja jest okresem, w którym jest mnóstwo zmian. Widzę u moich nastoletnich pacjentów, jak ich narcyzm fluktuuje i zmienia się. Można go naprowadzić znowu na normalną, zdrową trajektorię rozwoju. Jeśli chodzi o zaburzenie osobowości typu borderline, dorośli mają doświadczenia niszczenia swoich możliwości życiowych z powodu swojej patologii i to w bardzo bolesny sposób; to ciągnie się za nimi od lat. W wypadku adolescentów wszystko dzieje się gwałtownie i można interweniować, stabilizować ich zachowanie. Można też zmienić tor rozwoju i umożliwić jego normalny rozwój. Na przykład mamy adolescenta, który nie radzi sobie z nauką i chce rzucić szkołę. Podejmuje jakieś ryzykowne zachowania. Możemy wtedy ustabilizować jego zachowanie i zmienić tor jego rozwoju. Ale po ośmiu latach taka osoba już zaprzepaści wiele okazji i będzie staczać się w stronę nieprzystosowawczego funkcjonowania zamiast się stabilizować. Chodzi o to, żeby pracować nad utrzymaniem podstawowej organizacji, która pomoże adolescentowi stworzyć jakieś rusztowanie dla jego osobowości i rozwoju w realnym życiu, w zewnętrznej rzeczywistości.

Dlatego myślę, że wszystko to ma znaczenie w pracy klinicznej. Pracujemy z nastolatkami „tu i teraz”, pomagając im ustabilizować ich zachowanie, ale nie robimy tego w sposób behawioralny. Odnosimy się raczej do świata wewnętrznego, aktywizując pragnienie nastolatków oraz ich zdolności do uświadamiania sobie własnych wyborów i przyjmowania bardziej aktywnej pozycji, sprawczości. Dlatego w pracy z adolescentem jesteśmy bardziej aktywni. Inny wymiar, który jest bardzo ważny, to dojrzałość aparatu psychicznego – umysł dorosłego jest o wiele bardziej rozwinięty i albo występuje psychologiczna zdolność do myślenia i wchodzenia w relację, albo nie. Ale u adolescenta to się jeszcze nie wykształciło. Często na terapii nastolatek po raz pierwszy w ogóle myśli o pewnych rzeczach, więc ustawiamy dla niego, że tak powiem, psychiczne sztalugi i przygotowujemy płótno, a potem dajemy mu narzędzia, których może użyć, żeby najpierw zacząć myśleć o swoich konfliktach, a potem zacząć o nich mówić.

MS: *Czy ma Pani na myśli psychoedukację, czy proces klaryfikacji?*

KE: Ani to, ani to. Myślę, że proces klaryfikacji jest niezwykle ważny, zarówno u nastolatków, jak i dorosłych pacjentów, a większość solidnego MBT właśnie na tym się opiera. Nie podoba mi się nazywanie tego typu pracy „psychoedukacją”, bo to brzmi tak, jakby to było coś, co można zrobić na warsztatach z grupą. Mam tu na myśli raczej to, że psychoterapeuta angażuje się w pracę z umysłem adolescenta i aktywnie interpretuje, pomagając mu zrozumieć siebie w terminach relacji z obiektem. Tematy, którymi się zajmujemy, są bardzo specyficzne dla TFP, chodzi o coś, co można by nazwać procesami destrukcyjnymi. Przedstawiamy adolescentowi sposób, w jaki odmawia zaangażowania się w kontakt z rzeczywistością i jak działa w bardzo autodestrukcyjny sposób. Pokazujemy mu w taktowny sposób naturalne wnioski płynące z tego wszystkiego. W jakimś sensie oddajemy mu kontrolę nad tym i pomagamy mu myśleć o wyborach, jakie przed nim stoją. Kreślimy ten obraz bardzo wyraźnie i zwracamy uwagę, że wiele patologicznych zachowań ma źródło w pragnieniu zdrowego rozwoju, na przykład – osiągnięciu niezależności. Próbuje uratować tę część pacjenta, która dąży do zdrowego rozwoju, ale zarazem bardzo jasno opisujemy, w technicznie neutralny sposób, konsekwencje jego zachowań. To są wszystko narzędzia TFP, a nie psychoedukacja czy MBT.

MS: *Wydaje się, że to perspektywa relacji z obiektem różnicuje MBT i TFP dla adolescentów?*

KE: Dodałabym jeszcze, że w TFP dla adolescentów nie boimy się rozmawiać o seksualności i agresji. Skupiamy się na tych dwóch obszarach, ponieważ to w nich wyraża się destrukcyjność. Ale seksualność daje też możliwość zaangażowania w relacje o charakterze romantycznym i seksualnym, a to jest podstawa przyszłych relacji przywiązania z osobami spoza rodziny. To może stabilizować lub destabilizować adolescenta, w zależności od jakości takich relacji. Dlatego skupienie na agresji i seksualności na pewno nie jest częścią metod stosowanych w ramach MBT w pracy z pacjentami.

Model TFP jest o wiele bardziej skoncentrowany na mikroanalizie nieprzystosowanych wzorców psychicznych, które prowadzą, na przykład, do samouszkodzeń czy samobójstw. Te dwa modele mają różne mocne strony i powiedziałabym, że mają też wiele podobieństw, ponieważ dobre modele terapii korzystają wzajemnie ze swych osiągnięć, żeby się rozwijać i wzbogacać.

MS: *Czy mogłaby Pani powiedzieć coś o interwencjach rodzinnych i ich miejscu w modelu TFP dla adolescentów? Zwłaszcza w pracy z młodszymi dziećmi rodzina jest często ważnym czynnikiem – jeśli nie problemem – w procesie psychoterapii...*

KE: To zależy od kontekstu, w jakim pracujemy. Niektórzy z adolescentów, których spotykam w prywatnej praktyce, mają spektakularne zaburzenia osobowości, ale one są czasem bardziej oparte na temperamencie niż na środowisku rodzinnym czy na traumie. W tych przypadkach rodzina już jest bardzo wspierająca dla nastolatka. Matka zwykle bywa w jakimś stopniu histrioniczna, ale można widzieć błędy rodziców także w obszarze normalnego rodzicielstwa i wtedy nie widzę żadnej wartości dodanej w pracy z taką rodziną. Po prostu skupiamy się na adolescencie, jego wewnętrznych relacjach z obiektem i zniekształceniach, które stoją na drodze ich przystosowawczego rozwoju. To jest jedna grupa pacjentów. Wtedy zawieramy z rodzicami kontrakt, że odezwiemy się do nich, jeśli pojawi się zagrożenie dla nastolatka lub on stworzy zagrożenie dla innych. Kontaktujemy się więc w razie niebezpieczeństwa. I co kilka miesięcy warto się tak czy inaczej spotkać z rodzicami, nawet niekoniecznie w obecności ich dziecka – to zależy od adolescenta. W taki sposób zazwyczaj pracujemy z nastolatkami ze zdrowych rodzin, których zaburzenie uwarunkowane jest temperamentem.

Istnieją też inne przypadki, w których również skupiamy się głównie na adolescencie. Jest tak wtedy, gdy cała rodzina ma głębokie i rozmaite problemy psychiczne i socjoekonomiczne. Takie problemy wykraczają poza możliwość naszej interwencji, zwłaszcza gdy są tak ograniczone zasoby – w takich wypadkach wskazana jest praca tylko z nastolatkiem. Myślę teraz o kilku takich przypadkach w środowisku szpitalnym, o pacjentach z głębokimi zaburzeniami psychicznymi, gdzie praca z adolescentem i równocześnie z rodziną daje niewiele.

Po trzecie, istnieją przypadki, w których występuje bardzo intensywny konflikt w rodzinie i tam interwencja może taki konflikt złagodzić i przywrócić normalne relacje przywiązania. Wtedy byłoby to wskazane. To są ogólne wytyczne, ale zakładam, że terapeuci skorzystają z nich samodzielnie – to jest tylko algorytm, który pomaga podjąć decyzję, w jakim stopniu angażować rodzinę pacjenta w terapię.

Chciałabym także dodać coś na temat dzieci. Gdy pracujemy z małymi dziećmi, w praktyce oba modele TFP i MBT pokrywają się ze sobą, bo pracujemy w oparciu o zabawę i odnosimy się do stanów psychicznych dziecka. W obu modelach pracujemy na dziecięcej zabawie, ale w MBT ułatwiamy mentalizację pacjenta, podczas gdy w TFP staramy się zrozumieć wewnętrzne relacje z obiektem. Jak na przykład w zabawie katastroficznej albo takiej, w której pojawia się lęk przed prześlado-

waniem – wtedy pracujemy z tym w bardzo prosty sposób, w obrębie narracji samej zabawy.

Praca z dziećmi daje nam także perspektywę rozwojową dla zrozumienia wszystkich pacjentów. Czasem widzimy u młodych dorosłych, że ich zdolność do mentalizacji w istocie jest na poziomie małego dziecka. Jest to bardzo ciekawe – łączyć badania naukowe z pracą kliniczną, kiedy możemy oglądać zarówno dane naukowe, jak i indywidualne, kliniczne doświadczenie z pacjentami, których leczymy.

MS: *Dziękuję Pani bardzo za podzielenie się z nami tymi myślami. Jest to znakomity przedsmak wrześniowej konferencji.*

KE: Dziękuję.