

Henryk Nowacki

Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu dla zaburzeń osobowości w adolescencji

– przegląd literatury

słowa kluczowe: *psychoterapia psychodynamiczna młodzieży, terapia skoncentrowana na przeniesieniu, TFP-A*

I. Wprowadzenie

Niniejszy artykuł stanowi próbę zebrania informacji zawartych w skromnej literaturze dotyczącej leczenia zaburzeń osobowości w adolescencji z zastosowaniem psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu, przystosowanej do tej grupy pacjentów [TFP-A, Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Adolescent – przyp. red.]. Przegląd literatury stanowić będzie bazę dla niniejszego artykułu i na niej będzie się opierać jego struktura.

Adolescencja może być rozumiana jako wieloetapowy okres rozwojowy (na przykład: Obuchowska, 2007). Autorzy TFP-A nie odnoszą się do tej kwestii w żadnym ze swoich artykułów. Wydaje się, iż traktują oni adolescencję jako zjawisko jednoetapowe, nie wskazując żadnych jej podziałów. Co więcej, Lina Normandin, Karin Ensink i Otto Kernberg (2015) odwołują się do literatury, która również nie wyróżnia otwarcie konkretnych etapów adolescencji (na przykład Cicchetti i Rogosch, 2002).

Terapia skoncentrowana na przeniesieniu jest leczeniem zorientowanym na uzyskanie lepszej kontroli behawioralnej, większej zdolności do regulacji afektu, nabywania zdolności do tworzenia i utrzymywania satysfakcjonujących relacji intymnych, jak i do realizowania celów i życiowej produktywności. Cele te zostają osiągnięte dzięki rozwojowi zintegrowanych reprezentacji siebie i innych oraz modyfikacji mechanizmów obronnych (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015).

Już sama nazwa terapii skoncentrowanej na przeniesieniu dla zaburzeń osobowości w adolescencji może budzić pewne kontrowersje, ponieważ znajduje się w niej założenie, że można rozważać diagnozę zaburzeń osobowości przed osiągnięciem dorosłości. Jest to kwestia sporna, ponieważ do niedawna specjaliści kliniczni byli uczulani, by nie stosować w stosunku do dzieci i nastolatków kryteriów zaburzeń osobowości dla dorosłych (Normandin i in., 2014). Wiązało się to z ciągnącą się od dawna dyskusją nad tym, w jakim wieku można postawić diagnozę dotyczącą zaburzeń osobowości (na przykład Kernberg i Shapiro, 1990). Również aktualnie stosowana w Polsce klasyfikacja zaburzeń psychicznych wyklucza diagnozę zaburzeń osobowości przed

18. rokiem życia (ICD-10, 1998). Wynika to z: a) obaw, że normatywne zachowania dzieci i adolescentów mogą zostać zdiagnozowane jako zaburzenia osobowości oraz b) wątpliwości, czy objawy zaburzeń osobowości faktycznie prognozują występowanie tych zaburzeń w dorosłości (Normandin i in., 2014).

Twórcy TFP-A są zdania, iż objawy zaliczane do zaburzeń osobowości borderline mogą zostać zaobserwowane już w dzieciństwie oraz wieku nastoletnim i mało prawdopodobne jest, aby te objawy mogły ustąpić do momentu osiągnięcia dorosłości bez zastosowania leczenia (Normandin i in., 2014). Co więcej, ci sami autorzy zauważają rosnące poparcie dla korzystnych skutków wcześniejszej diagnozy; obejmują one a) uznanie cierpienia młodych pacjentów oraz ich rodzin, b) otwarcie możliwości uzyskania dostępu do odpowiedniego leczenia oraz c) możliwość natychmiastowego działania w przypadku pierwszych oznak wzorców zaburzenia osobowości borderline. To podejście wydaje się rozsądne, ponieważ oddaje sprawiedliwość założeniu, że zaburzenia osobowości a) mają swoje korzenie w dzieciństwie (Normandin i in., 2014), b) prezentują się jako utrwalone i sztywne, nieprzystosowawcze wzorce funkcjonowania w obszarze obrazu siebie oraz relacji interpersonalnych (DSM-V, 2013), które w jakimś okresie życia musiały przejść proces tego utrwalania. Wydaje się, że wcześniejsza – jeszcze przed osiągnięciem dorosłości – diagnoza zaburzeń osobowości staje się coraz bardziej powszechnym postępowaniem, na co wskazują coraz bardziej precyzyjne opisy diagnozy zaburzeń osobowości w adolescencji, takie jak ten zawarty w PDM-2 (Lingiardi, McWilliams, 2017).

Obecnie pojawia się coraz więcej głosów mówiących, iż należy diagnozować zaburzenia osobowości u nastolatków i jest to uzasadnione empirycznie (Kernberg i Shapiro, 1990; Johnson i in., 1999; Laurensen i in., 2013; Paris, 2013; Kaess, Brunner, Chanen 2014), a brak takiej diagnozy może stać się przyczyną pomocy nieadekwatnej do powagi problemu (Laurensen i in., 2013). Na przykład Otto Kernberg i Francine Shapiro (1990) oraz Vittorio Lingiardi i Nancy McWilliams (2017) zgadzają się co do tego, że można stawiać diagnozę zaburzeń osobowości począwszy od 12. roku życia. Lingiardi i McWilliams w PDM-2 (2017) zauważają, że wprawdzie DSM-V przestrzega, aby tego nie robić u nastolatków, jednak nie zgadzają się z tym poglądem. Twierdzą, że chociaż diagnoza zaburzeń osobowości u nastolatków jest dużo trudniejsza, należy się jej podejmować zgodnie z wytycznymi opisanymi w PDM-2 (Lingiardi, McWilliams, 2017, s. 325–326). We współczesnej literaturze teoretycznej i technicznej z obszaru psychoterapii oraz psychoterapii psychodynamicznej również pojawia się pogląd, że zasadne – a nawet konieczne – jest wczesne diagnozowanie zaburzeń osobowości u nastolatków (Delgado, Strawn, Pedapati, 2015; Sharp, Tackett, 2014). Należy jednak przyznać, że jest to zupełnie nowy kierunek, ponieważ jeszcze dekadę temu wielu autorów z dziedziny psychoterapii dzieci i nastolatków nie używało w ogóle terminu zaburzenia osobowości w adolescencji (Szur, Miller, 1991; Lanyado, Horne, 1999; Woods, 2003; Bromfield, 2007; Lieberman, Van Horn, 2008). Podsumowując, chociaż w zakresie diagnozy nozologicznej powściągliwość w zastosowaniu jednostki zaburzeń osobowości w przypadku nastolatków ma swoje uzasadnienie, w dziedzinie

psychoterapii, zwłaszcza psychoterapii psychodynamicznej i psychoanalitycznej, pojawia się ostatnio wyraźny trend, który traktuje diagnozę zaburzeń osobowości u adolescentów jako usprawiedliwioną.

Zaburzenia osobowości w adolescencji

Psychopatologia obecna w okresie poprzedzającym osiągnięcie dorosłości jest postrzegana głównie z perspektywy rozwoju. Prawidłowe przystosowanie wyraża się w integracji zdolności biologicznych, emocjonalnych, poznawczych i intrapsychicznych, które umożliwiają dziecku i nastolatкови elastyczne funkcjonowanie w kontekście obecnych i mających nadejść zadań rozwojowych. Otwiera to możliwość rozwoju, czyli reorganizacji funkcjonowania nabytego na wcześniejszych etapach życia, w kierunku lepszego przystosowania do wyzwań i wymagań związanych z nowymi zadaniami pojawiającymi się z wiekiem. W przeciwieństwie do tego psychopatologia okresu dzieciństwa i adolescencji wyraża się w sztywnych wzorcach reakcji, które uniemożliwiają elastyczną reorganizację funkcjonowania w obliczu zadań rozwojowych, to jest hamują rozwój (Normandin i in., 2014). Zakłada się, iż jest to rezultat interakcji między czynnikami temperamentalnymi oraz środowiskowymi. Dzieci o „wrażliwym” genotypie prezentują wyższe ryzyko rozwoju zaburzeń osobowości borderline w kolejnych latach życia (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015). Natomiast interakcje z opiekunami wpływają na kształt reprezentacji siebie i innych, które rzutują na zdolność do regulacji emocji i uwagi. Przytłaczające doświadczenia w interakcji z opiekunami zaburzają normalny proces integracji i organizacji self, przyczyniając się do wrażliwości adaptacyjnej i długotrwałych trudności w samoregulacji (Normandin i in., 2014).

Ze względu na początek choroby autorzy wyróżniają trzy grupy adolescentów. Pierwsza, najbardziej przeważająca grupa składa się z temperamentalnie, psychologicznie i społeczno-kulturowo obciążonych dzieci, które prezentowały już patologię, zanim wkroczyły w okres adolescencji, a po wejściu w ten okres cierpią na jeszcze silniejsze zaostrzenie objawów. Wynika to z kumulacji wcześniej wymienionych, wchodzących we wzajemną zależność czynników. Czynniki neurobiologiczne w postaci wzrostu stężenia hormonów gonadotropowych, zmian w korze przedczołowej i rejonach limbicznych oraz trwającej jeszcze mielinizacji wchodzi w interakcję ze zmaganiem psychologicznymi, wynikającymi z separacji względem rodziny, doświadczeniami w zakresie intymności i wyborem kariery oraz wyzwaniem społeczno-kulturowymi, związanymi z oczekiwaniami dotyczącymi wyglądu, wartościami, grupami odniesienia czy bieżącymi tendencjami kulturowymi (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015).

Druga grupa obejmuje dzieci znajdujące się pod naciskiem doświadczeń psychologicznych i społeczno-kulturowych, które rozwinęły patologię nie w dzieciństwie, ale dopiero w okresie adolescencji z powodu trudności w nadążaniu za istotnymi zmianami i oczekiwaniami, związanymi z tym okresem. Można powiedzieć, że adolescencja to dla nich „kropla, która przelewa czarę goryczy” (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015).

Trzecia grupa jest mniej zauważalna pod względem symptomatologii, ponieważ nie prezentuje objawów psychopatologicznych w okresie dzieciństwa i adolescencji. Ta grupa jednak nie jest w stanie zintegrować wyzwań z okresu nastoletniego poprzez stworzenie relacji intymnej oraz osiągnięcie produktywnej dojrzałości (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015).

Cechą wspólną tych trzech grup jest podzielana psychopatologia. Nastolatko- wie należący do każdej grupy prezentują rozproszenie tożsamości, to znaczy nieciągłość w zakresie koncepcji własnej osoby oraz koncepcji ważnych innych (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015). Ujawniają symptomy typowe dla organizacji osobowości borderline, to znaczy rozproszenie tożsamości, stosowanie prymitywnych mechanizmów obronnych, ograniczoną kontrolę impulsów, przeniknięcie agresji do relacji z obiektem, niespójne zinternalizowane wartości oraz słabą jakość relacji z innymi (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015). Ta sytuacja prowadzi do wyraźnie rozszcze- pionych idealizowanych i prześladowczych relacji z obiektem oraz skrajnych wahań samooceny i postrzegania siebie. Na etapie adolescencji symptomy te przejawiają się w nieciągłości koncepcji własnej osoby, nierealistycznej ocenie siebie i innych oraz afektywnym zniekształcaniu relacji z innymi, porażkach w życiu towarzyskim i w szko- le, słabych wynikach w nauce, niesatysfakcjonujących relacjach w domu, poważnej dysocjacji między zachowaniem seksualnym i intymnością emocjonalną oraz w roz- woju zachowań antyspołecznych (Normandin i in., 2014).

Autorzy wyróżniają także czwartą grupę przejściowych zaburzeń osobowości borderline (ang. *transitory-BPD adolescents*), którą można łączyć z „kryzysem ado- lescencji”. Do tej grupy należą dzieci, które nie prezentują objawów oraz predyspo- zycji do rozwoju zaburzeń osobowości borderline. Niemniej jednak, pod wpływem zmian i nacisków związanych z okresem adolescencji, mogą u nich występować konflikty wokół regresyjnej zależności, buntownicze dochodzenie autonomii, mogą doświadczać poczucia wyobcowania i zagubienia, a nawet przejściowej „dekompensacji” osobowości pod wpływem silnego stresu. Ma to jednak miejsce w obecności dobrze zintegrowanego i zachowanego obrazu siebie oraz zintegrowanego postrzega- nia ważnych osób (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015). Zdaniem autorów TFP-A kryzys tożsamości odnosi się do ograniczonego w czasie rozłamu między postrze- ganiem siebie przez nastolatka oraz postrzeganiem go przez jego rodzinę i otocze- nie ogółem, które nie dostrzega dogłębnych wewnętrznych przemian, które w nim zachodzą w wyniku adolescencji i dojrzewania seksualnego. Ten brak potwierdzenia spostrzeżeń dotyczących własnej osoby może prowadzić u nastolatka do poczucia wyobcowania i zagubienia, mimo że ma on dobrze zintegrowane reprezentacje sie- bie i ważnych innych. Rezultatem tego mogą być konflikty nastolatka wokół zależno- ści i buntowniczej autonomii, które sprawiają, że diagnostyk odbiera to jako niestabil- ność emocjonalną i konflikty interpersonalne, co jednak nie jest patologią osobowości (Normandin i in., 2014) i wygasa w okolicach wczesnej dorosłości. Tę grupę przejścio- wych zaburzeń osobowości od trzech wcześniej opisanych grup odróżnia poziom orga- nizacji osobowości (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015). Stanowi ją około 7 procent

populacji badanych nastolatków (Birkeland i in., 2012, za: Normandin i in., 2014), którzy mogą między 14. a 18. rokiem życia doświadczać znacznego spadku samooceny; ma on swoją kulminację w później adolescencji, a potem ulega poprawie. Niemniej jednak to samo badanie wskazuje, iż ci sami nastolatki w wieku 30 lat prezentowali istotnie statystycznie niższą samoocenę. Oznacza to, że również w przypadku kryzysu tożsamości lub ostrych spadków samooceny w przypadku tych osób może być uzasadniona interwencja terapeutyczna, która pozwoliłaby im uzyskać znaczące długotrwałe korzyści z terapii (Normandin i in., 2014).

Można powiedzieć, że adolescenti ujawniający kryzys tożsamości, podobnie jak ci należący do wcześniejszych trzech grup, mogą przejawiać zachowania impulsywne, mieć wybuchy złości, wyizolowane epizody nieszczerości, agresji fizycznej, naruszania cudzej własności, co pojawia się razem z emocjonalnym zamieszczeniem i ogólnymi konfliktami w ich życiu społecznym. Tym zachowaniom, które mają miejsce pośrodku regresji emocjonalnej, towarzyszy wyraźnie wyobrubniona koncepcja własnej osoby oraz zachowana realistyczna i dogłębna ocena ważnych innych w rodzinie oraz otoczeniu społecznym. Odpowiednie podejście terapeutyczne w ich przypadku z reguły ujawnia, że zachowanie antyspołeczne stanowi ograniczone w czasie zjawisko, powiązane z naciskiem rówieśników, błędnym osądem, niepokojem lub reakcją depresyjną; może też wynikać z kulturowo tolerowanego bądź wspieranego przez określone podgrupy rówieśnicze zachowania antyspołecznego. W związku z tym prognozy leczenia nastolatka prezentującego kryzys tożsamości są doskonałe (Kernberg, 2018).

Ostatnią grupą nastolatków, względem której należy dokonać diagnozy różnicującej, są adolescenti prezentujący zintegrowaną (skonsolidowaną) tożsamość. Taki adolescent jest zdolny do opisu swojego wewnętrznego stanu pomieszczenia z perspektywy, która pozwala na uzyskanie wrażenia, iż postrzega siebie i innych w zintegrowany sposób, mimo konfliktów w relacji z ważnymi innymi. Prezentuje on dobrze zintegrowany system wartości moralnych i etycznych, angażuje się w ideały wykraczające poza jego osobiste korzyści, jest zdolny do głębokich relacji z rówieśnikami, dobrze sobie radzi w szkole, jednocześnie posiadając zdolność do miłości romantycznej, a także do samodzielnej oceny własnej osoby.

Powyższy podział wydaje się tak samo interesujący, jak i kontrowersyjny. Wynika z niego, iż autorzy różnią tożsamość skonsolidowaną w adolescencji oraz tożsamość skonsolidowaną pod wpływem kryzysu tożsamości jako odrębne fenomenologicznie zjawiska. Stoi to w sprzeczności z powszechnie przyjętym założeniem normalności kryzysu tożsamości w adolescencji jako nieodłącznego i normalnego etapu rozwoju nastolatka (Musiał, 2007; Obuchowska, 2007). Co więcej, autorzy nie tylko nazywają kryzys adolescencji przejściowymi zaburzeniami osobowości (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015), ale otwarcie twierdzą, iż kryzys tożsamości wymaga interwencji terapeutycznej (Normandin i in., 2014). Oznacza to, iż niekoniecznie uważają oni kryzys tożsamości za zjawisko normatywne. Niestety, nigdzie nie odnoszą się oni do wyżej wspomnianych kontrowersji.

II. Okoliczności występowania zaburzeń osobowości borderline w adolescencji

Mózg oraz zmiany hormonalne

Okres adolescencji cechują zmiany w korze przedczołowej, która wpływa na myślenie racjonalne oraz funkcje wykonawcze, takie jak zahamowanie impulsu, samokontrola, kontekstualizacja, ustalanie celów i priorytetów, empatia, planowanie, wgląd, mentalizacja. Kora przedczołowa odpowiada także za hamowanie zachowań apetytywnych i ryzykownych oraz jest mediatorem zachowania moralnego. Jednocześnie jest to struktura, która dojrzewa jako ostatnia, osiągając pełną funkcjonalność w późnej adolescencji. Biorąc pod uwagę ten proces rozwojowy, wydaje się uzasadnione, żeby zakładać jego wpływ na zagubienie oraz niekonsekwencję w obliczu normalnych wyzwań rozwojowych w adolescencji, jak separacja od rodziny, początki relacji intymno-seksualnych, edukacja oraz tworzenie relacji interpersonalnych (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015).

System limbiczny dojrzewa szybciej niż kora przedczołowa. Aktywacja pozytywnych i negatywnych afektów, jak i regulacja podniecenia seksualnego i systemu „walcz lub uciekaj” stanowią większe wyzwanie dla niedojrzałej w pełni kory przedczołowej. Skutkiem tego integracja pozytywnych i negatywnych afektów u adolescenta z zaburzeniami osobowości borderline jest dla niego trudniejsza, niż ma to miejsce w przypadku osoby dorosłej z tymi samymi zaburzeniami (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015). Inną konsekwencją powyższej dysproporcji jest większa wrażliwość nastolatków na wpływ limbicznego układu nagrody. To wydaje się zgodne z modelem podwójnego przetwarzania, który zakłada, że ludzie często polegają na odruchowych lub automatycznych, intuicyjnych, kierowanych afektem procesach heurystycznych, chociaż są zdolni do zastosowania bardziej refleksyjnych, kontrolowanych, racjonalnych procesów myślenia (Normandin i in., 2014).

Wyzwania z okresu adolescencji

Adolescencja jest uważana za krytyczny okres, w którym kluczowe zadania rozwojowe przywiązania, dążenia do autonomii oraz emocjonalnej i behawioralnej samoregulacji zostają ponownie opracowane w kontekście relacji intymnych, kształtowania tożsamości i radzenia sobie z zachowaniem ryzykownym. Mimo powszechnego przedstawiania adolescencji jako okresu kryzysowego, większość adolescentów może z powodzeniem podjąć się wyzwań i możliwości, pojawiających się w tym okresie, bez jakichkolwiek wyraźnych trudności, prezentując wysokie lub podwyższone poczucie własnej wartości. Mają oni poczucie ciągłości, w którym są zdolni do integrowania nowych ról i doświadczeń, wraz ze spójnym poczuciem tożsamości, odzwierciedlającym ich własne wartości i ideały. Większość adolescentów jest w stanie doświadczyć nieuniknionego zagubienia, które pojawia się razem z kolejnymi społecznymi i życiowymi doświadczeniami oraz konfrontacją z nowymi poglądami i możliwościami, co stanowi wyzwanie w zakresie integracji z istniejącą tożsamością

nastolatka. Razem z coraz większą integracją ich tożsamości dokonuje się separacja od rodzin pochodzenia, rozwój sieci społecznych, pojawiają się pierwsze związki intymno-seksualne, czemu towarzyszy poczucie ciągłości własnej osoby oraz wrażenie, że nastolatek raczej rozbudowuje swoją tożsamość, aniżeli wymyśla siebie od nowa. Nawet gdy rozwijają swoje wartości i poglądy niezależnie od swoich rodziców, wciąż potrafią utrzymywać z nimi relacje, integrując negatywne i pozytywne aspekty opiekunów (Normandin i in., 2014).

Sytuacja wygląda inaczej w przypadku nastolatków, którym postawiono diagnozę zaburzeń osobowości borderline. Przejawiają oni chroniczne i wyraźne trudności w regulacji emocji i zachowania oraz nieadekwatną agresję względem innych. Te nieprzystosowawcze cechy mają tendencję zanikać w sytuacjach ustrukturyzowanych i przewidywalnych, jednak pojawiają się w sytuacjach zmian lub stresu, jak na przykład zmiana szkoły czy inne typowe dla tego wieku wyzwania, takie jak rywalizacja sportowa, sprawdziany, ustalanie poziomu intymności pierwszych związków czy wystąpienia publiczne w szkole bądź nauka bez nadzoru dorosłych. Konsekwentnie nieprzystosowawcze reakcje na te sytuacje mogą sugerować nieprawidłowości w funkcjonowaniu obrony, a te ukryte trudności będą się nasilać z kolejnymi latami, znajdując swoją kulminację w zaburzeniach osobowości, gdy jednostka stanie w obliczu wyzwań separacji, niezależności, intymności, relacji społecznych poza bezpiecznym otoczeniem rodzinnym

Do tej grupy można zaliczyć nastolatków, których historie wydają się być niepozorne, bez historii leczenia psychiatrycznego, których w dzieciństwie uważano najwyżej za wrażliwych, zależnych, uległych lub obsesyjnych. Często adolescenty, którzy rozwijają autoagresję lub zaburzenia odżywiania, mają taką niepozorną historię. Można założyć, że prezentowali oni utrwalone trudności zakorzenione w osobowości, które ujawniły się w okolicznościach wcześniej opisanych wyzwań adolescencji (Normandin i in., 2014).

Wśród nastolatków należy wyróżnić pewne kategorie młodych ludzi, którzy są bardziej zagrożeni rozwojem kryzysu tożsamości. Pierwsza obejmuje adolescentów angażujących się w zachowania ryzykowne oraz używanie środków odurzających, co naraża ich na wpływ różnorodnych traum, możliwość uzależnienia bądź zmusza do wcześniejszego stanięcia w obliczu nowych i nieznanych zadań życiowych. Drugą są nastolatki ustanawiający nieakceptowane społecznie tożsamości seksualne, co może spowodować ich odrzucenie przez rówieśników i rodziny pochodzenia. Inną kategorią są nastolatki wystawieni na wcześniejszą lub bardziej radykalną separację od rodziców z powodu konfliktów z rodziną bądź geograficznego przemieszczania się (Normandin i in., 2014).

Seksualność w okresie adolescencji

Kolejnym wyzwaniem, w obliczu którego stają nastolatki, jest integracja seksualności w obręb tożsamości. Zmiany związane z dojrzewaniem seksualnym wymuszają konieczność włączenia aktywności seksualnej do koncepcji własnej

osoby, podczas gdy ta sama aktywność do tej pory była zakazana oraz stanowiła kulturowe tabu (Normandin i in., 2014; Kernberg, 2018). Nastolatki z zaburzeniami osobowości borderline prezentują różnorodne trudności z tego obszaru, wliczając w to trudności ze stworzeniem intymności seksualnej i emocjonalnej, wcześniejsze rozpoczęcie aktywności seksualnej oraz umieszczanie się w sytuacjach ryzykownych, związanych z rozwiązłością, impulsywnymi relacjami seksualnymi, przez co narażają się na większe ryzyko stania się ofiarą nadużycia (Normandin i in., 2014).

Adolescencja to czas definiowania tożsamości i orientacji seksualnej, dlatego u nastolatków obszar seksualności powinien być również dokładnie badany, żeby rozpoznać ewentualne trudności w tym obszarze. Nastolatki zdający sobie sprawę z tego, że ich orientacja nie jest heteroseksualna, mogą prezentować cechy podobne do rozproszenia tożsamości, gdy eksperymentują oraz badają różne role i orientacje seksualne. Ustanowienie tożsamości homoseksualnej jest trudniejsze i trwa dłużej, aż do wczesnej dorosłości, między 22.–24. rokiem życia (Normandin i in., 2014).

Proces separacji–indywidualizacji

Innym problemem w leczeniu nastolatka z zaburzeniami osobowości borderline jest dodatkowe zadanie leczenia, związane ze wznowieniem normalnego procesu separacji–indywidualizacji. W ten sposób TFP-A zapewnia również wsparcie rozwoju i utrwalenie indywidualnej tożsamości oraz zdolności do intymności. Proces kształtowania tożsamości podczas adolescencji ma na celu osiągnięcie autonomicznego self. To czas przepracowania różnych dotychczasowych identyfikacji, co odbywa się razem z integracją nowego obrazu ciała, obejmującego seksualne self, oraz włączenia w obręb tożsamości planów i obowiązków, osobistego systemu wartości, które będą stanowiły rdzeń self, dostrzegany przez innych. Osiągnięcie zdolności do intymności jest związane z odsunięciem się od rodzica i uzyskaniem niezależności. Wyraża się ono w zdolności do utrzymania związku, który łączy gratyfikację siebie oraz partnera. Nastolatki z zaburzeniami osobowości pragną utrzymać silne przywiązanie, które wyklucza się z lękiem przed odrzuceniem lub pochłonięciem przez partnera, bądź nie potrafią utrzymać bliskości w obecności różnic i konfliktów (Normandin i in., 2014).

Ze względu na konieczność wspierania normalnego procesu separacji–indywidualizacji terapeuta powinien mieć świadomość, że koncentracja na rozwiązaniu syndromu rozproszenia tożsamości musi uwzględniać powyższe psychologiczne zmagania i cele adolescencji. Zatem głównym celem TFP-A jest integracja złożonych systemów afektywnych, obejmujących agresję, zależność, autonomię i seksualność, co będzie się odbywać w kontekście znaczeń przypisywanych aktywacji tych stanów afektywnych oraz powiązanych z tym relacji z obiektem, które są ujawniane w materiale przeniesieniowym i pozaprzemiesieniowym (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015).

III. Terapia skoncentrowana na przeniesieniu dla zaburzeń osobowości w adolescencji

1. Diagnoza

Kluczowe obszary podczas diagnozy obejmują: a) ocenę symptomów i zachowań nastolatka; b) ocenę stopnia, w jakim te objawy i zachowania są podtrzymywane przez rodzinę bądź są przyczyną konfliktów; c) dokładną analizę historii rozwoju pacjenta, razem z hipotezami dotyczącymi podstaw jego zaburzeń; oraz d) ocenę poziomu integracji osobowości nastolatka na podstawie wywiadu, funkcjonowania szkolnego, interpersonalnego i społecznego. Rezultatem tych działań ma być uzyskanie możliwie najbardziej wyczerpującego obrazu poziomu funkcjonowania, organizacji osobowości oraz ocena różnicująca normalny kryzys tożsamości względem rozproszenia tożsamości (Normandin i in., 2014).

Podając się oceny wkładu rodziny w całościowy obraz funkcjonowania nastolatka, należy wziąć pod uwagę jej podstawową funkcję – jest to wspieranie łączności z jej członkami i zachęcanie do realistycznych działań w kierunku autonomii i niezależności. Zadaniem terapeuty jest poszukiwanie takich postaw rodziców, które uniemożliwiają indywidualizację i normalną separację. Są to między innymi sprzeczne postawy wychowawcze i emocjonalne rodziców, wczesne doświadczenia rozczarowania i opuszczenia, atmosfera emocjonalnego ubóstwa z powodu zaburzeń osobowości rodziców, ich emocjonalna niestabilność bądź nieprawidłowe lub surowe postawy względem zachowań seksualnych ich dziecka (Normandin i in., 2014).

Ocena historii rozwojowej obejmuje diagnozę dyspozycji temperamentalnych oraz zagrożeń środowiskowych, obecnych od najwcześniejszych lat życia pacjenta. Napotymane dyspozycje temperamentalne, które zwiększają ryzyko zaburzeń osobowości, to przewaga negatywnego afektu, impulsywność i obniżony poziom samoontroli. Zagrożenia środowiskowe to z kolei zdeorganizowane przywiązanie, trauma fizyczna i seksualna, lekceważenie i chronicznie chaotyczna atmosfera domowa (Normandin i in., 2014).

W celu postawienia diagnozy poziomu organizacji osobowości autorzy TFP-A zalecają dwa narzędzia diagnostyczne. Pierwszym z nich jest wywiad strukturalny Kernberga (1984), stosowany w przypadku dorosłych. Cztery podstawowe pytania, jakie otwierają taki wywiad z adolescentem, to: a) „Co cię tutaj sprowadza?”, b) „Jaka jest natura twoich trudności?”, c) „Czego oczekujesz od leczenia?”, d) „Gdzie znajdujesz się teraz, jeśli chodzi o twoje trudności?”. Autorzy zalecają, aby w przypadku nastolatków zachować szczególną ostrożność i subtelność, gdyż bardzo często prezentują oni obronną pogardę i odmawiają odpowiedzi w reakcji na poczucie wstydu i dyskomfortu, związane z brakiem zrozumienia, empatii i normalnego taktu w sytuacjach interpersonalnych, jak i z niską samooceną. Jako rozwiązanie tego problemu autorzy widzą szczerą oraz pomieszczającą silne afekty i reakcje paranoidalne postawę terapeuty. Ma to pozwolić na przekonanie nastolatka, że psychoterapia jest dla adolescenta, a nie jego rodziców czy szkoły lub szpitala. Pomijając bardziej ostrożną, przychylną i taktow-

ną postawę, procedura diagnostyczna w zakresie zastosowania klaryfikacji, taktowej konfrontacji oraz próbnej interpretacji nie odbiega od wywiadu strukturalnego dla dorosłych (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015).

Drugie narzędzie zalecane w diagnozie strukturalnej to PAI (*Personality Assessment Interview*) Michaela Selzera, Pauliny Kernberg, Barbary Fibel, Theodora Cherbulieza i Saverio Mortatiego (1987, za: Normandin i in., 2014). Wywodzi się on z wywiadu strukturalnego i koncentruje na bieżącej interakcji pomiędzy przeprowadzającym wywiad i adolescentem. Wywiad PAI polega na systematycznym zadawaniu pytań, które obejmują prezentację siebie, reprezentację obiektu, zdolność do mentalizacji, afekty i doznania pacjenta, pojawiające się, gdy pacjent odpowiada. Przeprowadzający wywiad pyta na początku takiej sesji: 1) „Co powiedziano ci na temat tego wywiadu lub spotkania ze mną?” Natomiast później podczas sesji: 2) „Teraz, kiedy pobylismy razem przez 15 minut, jak odbierasz to, co się do tej pory wydarzyło, w porównaniu z twoimi wrażeniami na początku?” i „Jak według ciebie będzie wyglądać reszta spotkania?” oraz 3) „Czego dowiedziałeś się o sobie, o mnie i jak myślisz, co wywnioskowałem do tej pory?”. Wywiad ten omija pytania dotyczące życia prywatnego nastolatka, jednak dobrze nadaje się do różnicowania kryzysu rozwojowego i tożsamości rozproszonej (Normandin i in., 2014).

2. Leczenie

TFP-A to psychoterapia psychodynamiczna, realizowana w formie sesji indywidualnych, o zalecanej częstotliwości dwa razy w tygodniu, nie mniej niż raz w tygodniu. Jej główne cele to poprawa kontroli nad zachowaniem, regulacji afektu, rozwój bardziej satysfakcjonujących relacji intymnych, relacji z rodziną, przyjaźni oraz relacji rówieśniczych, uzyskanie zdolności do produktywnego życia, inwestycji w edukację i przyszłe cele osobiste. Cele te mają zostać osiągnięte przez rozwój zintegrowanych reprezentacji siebie i innych, modyfikację prymitywnych mechanizmów obronnych, rozwiązanie rozproszenia tożsamości i wspieranie wszelkich prób wznowienia normalnego rozwoju (Normandin i in., 2014).

3. Taktyki TFP-A

Taktyki to zadania terapeuty, które musi realizować, aby stworzyć warunki konieczne dla pracy terapeutycznej. Pierwszą z nich jest zawarcie kontraktu z pacjentem i jego rodzicami. Ma to dwa cele: stworzenie warunków dla ustanowienia neutralności technicznej jako warunku wstępnego dla analizy przeniesienia oraz nakreślenie struktury leczenia, która będzie chronić pacjenta i leczenie przed odreagowaniem czy ingerencją rodziców (Normandin i in., 2014).

3.1. Ustanowienie kontraktu

Ustanowienie kontraktu wymaga otwartego i bezpośredniego omówienia granic w obrębie leczenia ze wszystkimi stronami kontraktu, jak i uzasadnienia tych granic. Pociąga to za sobą aktywną i wytrwałą pracę edukacyjną z rodzicami w związku z ich zadaniem

utrzymywania pełnego autorytetu poza sesjami. Tutaj terapeuta może dostarczać zaleceń dotyczących pewnych problematycznych interakcji w domu, może udzielać rad, ale nie stanowi żadnego autorytetu wykonawczego w tym zakresie – jego kompetencje ograniczają się do gabinetu, a za to, co dzieje się poza nim, nie bierze odpowiedzialności. W celu utrzymania ram leczenia autorzy zalecają regularne, wspólne spotkania z rodzicami i pacjentem jednocześnie. Ma to chronić przed pasywnością rodziców, którzy mogą przerzucić całą odpowiedzialność za wychowywanie ich dziecka na terapeuty; mogą też się obawiać, że podważy on ich autorytet bądź wpoi pacjentowi wartości etyczne i moralne, z którymi się nie zgadzają. Wspólne spotkania terapeuty, pacjenta i rodziców mają pozwolić na wyczerpujące omówienie zakresu jego autorytetu, co ma chronić neutralność techniczną terapeuty i normalny rozwój przeniesienia pacjenta (Normandin i in., 2014). Innym celem wspólnych spotkań z rodzicami i nastolatkiem jest możliwość bezpośredniej obserwacji rozwoju przeniesienia nastolatka względem jego rodziców (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015).

Kontrakt terapeutyczny obejmuje obowiązki rodziców, a czasami musi uwzględnić też działania szkoły lub organów prawnych. Władza rodzicielska uprawnia rodziców do uzyskiwania wszystkich informacji o postępach i rozwoju sytuacji w leczeniu. Jednocześnie terapeuta ma zadanie stworzyć przestrzeń chroniącą przed ingerencją rodziców, w której pacjent doświadcza pełnej autonomii i niezależności, przy czym ma obowiązek odnosić się do wszystkich zachowań, które zagrażają tej bezpiecznej przestrzeni. Jest to często utrudnione tym, że rodzice są zmuszeni do stosowania poważnych środków kontroli w życiu pacjenta poza leczeniem. Dodatkowo adolescenti mają skłonność do wywoływania reakcji emocjonalnych w rodzinie, które będą wpływać na ich przeniesieniową relację z terapeutą, przejawiając chęć wywierania wpływu na leczenie czy niechęć do współpracy z terapeutą. Rodzice z kolei mogą wymagać pomocy terapeuty w radzeniu sobie z onnipotentną kontrolą nastolatka w domu oraz jego odreagowaniami w domu i szkole. Innym problemem są konflikty i nieporozumienia między rodzicami, które przejawiają się na przykład w braku jasności co do ich roli w zakresie wspierania leczenia czy odpowiedzialności za płacenie za sesje i nieprzestrzeganiu obowiązku pojawiania się obojga na wspólnych spotkaniach z pacjentem i terapeutą. Te trudności są jeszcze większe w przypadku rozwiedzionych rodziców (Normandin i in., 2014).

Balansowanie między obowiązkiem informowania rodziców o postępach w leczeniu oraz tworzeniem bezpiecznej przestrzeni dla nastolatka wyraża się w poufności terapeuty. Ogólna zasada jest taka, że o wszelkich informacjach na temat nastolatka należy mówić samemu nastolatkowi, z podaniem źródła tych informacji. W ten sposób terapeuta, formułując swoje komentarze, może swobodnie korzystać z informacji uzyskanych od rodziców oraz z innych źródeł. Cały materiał sesji terapeuty i nastolatka pozostaje objęty tajemnicą, z pewnymi wyjątkami od tej reguły – są to sytuacje, które terapeuta uznaje za kluczowe dla ochrony leczenia i pacjenta. Jeśli terapeuta czuje się zmuszony do podzielenia się informacją uzyskaną podczas sesji, musi najpierw poinformować o tym pacjenta, aby umożliwić mu przedyskutowanie

tego, zanim zrealizuje swoją intencję. W takiej sytuacji musi podać powód odejścia od tajemnicy obejmującej sesje z nastolatkiem, może to być ochrona pozycji w społeczności, zdrowia fizycznego, dobrostanu psychicznego czy nawet ochrona życia pacjenta. W przypadku nastolatków o skłonnościach samobójczych jest szczególnie istotne to, aby określić zakres odpowiedzialności po stronie terapeuty, pacjenta i rodziców (Normandin i in., 2014). Ta procedura realizowana jest zgodnie z zasadami leczenia dorosłych pacjentów z zastosowaniem psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015). Generalnie TFP-A opiera się na takim samym zastosowaniu neutralności technicznej, jak ma to miejsce w TFP dla dorosłych. Neutralność techniczna jest traktowana jako jednakowy dystans względem wszystkich stron wewnętrznego konfliktu nastolatka, sojusz z obserwowaną częścią ego pacjenta oraz identyfikację z ogólnymi wartościami humanistycznymi, które wspierają życie, zdrowie i dobrostan pacjenta oraz innych ludzi, co zostanie omówione w dalszej części tego artykułu (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015). Równoległym elementem techniki w pracy z pacjentami jest możliwość odejścia od neutralności technicznej w sytuacji zagrożenia życia pacjenta lub leczenia, z interpretacyjnym przywróceniem neutralności technicznej zgodnie z procedurą opisaną przez autorów TFP-E [Transference-Focused Psychotherapy – Extended, przyp. red.], która zostanie omówiona później (Caligor, Kernberg, Clarkin, Yeomans, 2018). Komplikacją związaną z zastosowaniem takiej techniki w przypadku leczenia adolescenta jest jego trudność w odróżnianiu interwencji terapeuty od autorytarnych zachowań rodziców. Różnorodne odreagowania nastolatków, typowe dla organizacji osobowości borderline, mogą wymuszać interweniowanie po stronie terapeuty lub rodziców. Terapeuta może mieć problem ze znalezieniem złotego środka między zachowaniem poufności i poszanowaniem życia prywatnego adolescenta oraz regulacjami prawnymi (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015). Zastosowanie ma tutaj zasada, że należy zawsze stosować możliwie najmniej ograniczający setting, który pozwala na normalną pracę z pacjentem (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015; Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015).

Istotnym aspektem TFP-A jest konieczność ustanawiania dodatkowych parametrów leczenia, to jest jego dodatkowych warunków, które chronią pacjenta i leczenie przez niebezpiecznym acting outem (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015). Znajdują tutaj zastosowanie takie same zasady, jakie stosuje się w TFP dla dorosłych, razem z odniesieniem do listy zagrożeń dla leczenia i pacjenta (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015). Jeśli terapeuta musi wprowadzić dodatkowy parametr lub odnieść się do już obecnych warunków uczestnictwa w leczeniu, głównym miejscem na rozpoczęcie takiej interwencji jest wspólne spotkanie terapeuty, rodziców i pacjenta. Pozwala to na pełną eksplorację reakcji przeniesieniowej pacjenta na interwencję terapeuty, inaczej niż ma to miejsce w przypadku indywidualnego kontaktu z rodzicami, który omija udział pacjenta. Istotne jest, aby nastolatek zdawał sobie sprawę z tego, że warunki leczenia nie tyle mają służyć uzyskaniu kontroli nad pacjentem, ale ochronie leczenia, które ma pomóc w zrozumieniu motywacji stojących za jego zachowaniami i objawami (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015).

3.2. Ustalanie tematów priorytetowych

Ustalanie tematów priorytetowych stanowi drugą główną taktykę w TFP-A. Postępowanie podczas sesji jest analogiczne do postępowania w przypadku TFP. Oznacza to, iż terapeuta pozostaje czujny na wszelkie sygnały, wskazujące na obecność zagrożenia dla pacjenta lub leczenia, zgodnie z hierarchią zagrożeń, opisaną przez Yeomansa, Clarkina, Kernberga (2015). W skrócie hierarchia ta obejmuje kolejno zagrożenie dla życia pacjenta, zagrożenia dla kontynuacji leczenia, kłamstwo i manipulację, silny acting out i w końcu trywializację materiału prezentowanego przez pacjenta podczas sesji. Gdy brak bezpośrednich zagrożeń dla pacjenta i leczenia, psychoterapeuta postępuje zgodnie z zasadą ekonomiczną, dynamiczną oraz strukturalną selekcji materiału podczas sesji (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015).

Również w TFP-A kluczowy charakter ma modyfikacja klasycznej techniki analizy wolnych skojarzeń, która znajduje swoje zastosowanie w TFP (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006), a która nabrała szczególnego znaczenia po ostatnich zmianach techniki TFP (Kernberg, 2018). Jest to uważne monitorowanie zewnętrznej rzeczywistości pacjenta w celu analizy przeniesienia rozwijającego się poza leczeniem, analizy implikacji wydarzeń w zewnętrznej rzeczywistości dla relacji terapeutycznej, a szczególnie zwracanie uwagi na potencjalny rozwijający się autodestrukcyjny acting out pacjenta poza leczeniem. Technika ta obejmuje sporadyczne, ale skrupulatne monitorowanie życia pacjenta poza leczeniem w celu uzyskania pełnej informacji dotyczącej jego sytuacji w relacjach, edukacji, pracy i życiu seksualnym, tak aby możliwe było wykrywanie działań pacjenta, które mogą skutkować autodestrukcyjnym odreagowaniem, takim jak brak promocji do kolejnej klasy, utrata ważnej relacji intymnej adolescenta czy umieszczenie się w niebezpiecznej dla niego sytuacji (Kernberg, 2018). Ważnym aspektem wykrywania potencjalnego acting outu jest konfrontacja obserwowanej obojętności pacjenta w obliczu jego nieświadomej aktywności w kierunku doprowadzenia do katastrofy w jego życiu poza leczeniem (Normandin i in., 2014), co zostało bardziej szczegółowo opisane jako podejście techniczne w przypadku zaprzeczania rzeczywistości, stosowanego przez pacjenta (Kernberg, 2018). Jest to szczególnie trudne zadanie w odniesieniu do monitorowania funkcjonowania seksualnego nieletniego pacjenta, które stanowi tabu kulturowe. Analiza erotycznego i erotyzowanego przeniesienia staje się problematyczna w obliczu braku jakichkolwiek informacji o jego funkcjonowaniu seksualnym. Innym wyzwaniem jest analiza przeciwprzeniesienia erotycznego doświadczanego przez psychoterapeutę w kontekście tabu kulturowego, nakładanego na seksualność osób nieletnich. Zaleca się taktowną eksplorację erotycznych aspektów funkcjonowania pacjenta, bez nadmiernie krytycznej postawy, jak i bez otwartego zachęcania do seksualnej wolności i swobody. Dyskusja nad funkcjonowaniem seksualnym często może otwierać nowy obszar trudności natolatka z zahamowaniem seksualnym, prymitywnymi fantazjami seksualnymi i niepokojem doświadczanym w związku z pragnieniami seksualnymi (Normandin i in., 2014).

Pomijając powyższą technikę, głównym narzędziem pracy z nastolatkiem pozostaje analiza przeniesienia i przeciwprzeniesienia, odbywająca się w kontekście analizy

wolnych skojarzeń pacjenta. Analiza reakcji adolescenta na to, co dzieje się na sesji, zachęcanie go do dzielenia się przemyśleniami na temat tego, co do tej pory wydarzyło się między pacjentem a terapeutą na sesji, są sposobami stymulowania nastolatka do refleksji nad relacją z terapeutą, umożliwiającymi analizę przeniesienia po stronie terapeuty. Terapeuta może pytać nastolatka o intencje, jakie przypisuje terapeutce, albo uczucia, jakie według niego stoją za tym, co przed chwilą terapeuta powiedział. Stanowi to pewnego rodzaju pętlę wokół określonego aspektu interakcji między terapeutą a pacjentem, z gruntowną analizą reakcji nastolatka oraz jego wyobrażeń na temat terapeuty. Może się to wydawać porzuceniem techniki wolnych skojarzeń, jednak pozwala na pogłębianie zdolności do mentalizacji u pacjenta, do refleksji nad własnymi i cudzymi stanami umysłowymi. Dla terapeuty jest to okazja do identyfikacji reprezentacji self i obiektów aktywowanych podczas takiej analizy (Normandin i in., 2014).

Inną komplikacją podczas analizy przeniesienia jest burza afektywna. Postępowanie w przypadku burzy afektywnej jest analogiczne do postępowania w TFP z dorosłymi pacjentami. Pacjent powinien wiedzieć, że może wyrażać wszystkie swoje uczucia, myśli i fantazje, dopóki nie atakuje fizycznie terapeuty ani nie niszczy wyposażenia gabinetu i sąsiadujących pomieszczeń. Terapeuta natomiast powinien pamiętać, iż neutralna technicznie postawa obejmuje reagowanie stonowane afektywnie, ale analogiczne do nasilenia afektu pacjenta. Na przykład sytuacja, w której pacjent wykrzykuje donośnym głosem, że nienawidzi terapeuty, a terapeuta odpowiada na te krzyki zupełnie chłodnym i spokojnym tonem, nie stanowi neutralnej technicznie interwencji, ale rozegranie diady między obojętnym obiektem i pobudzonym afektywnie self. Psychoterapeuta powinien reagować na silną aktywację afektywną pacjenta w sposób analogicznie stanowczy i afektywny, jednak na tyle, aby nie sprawiać wrażenia, że sam utracił kontrolę nad swoim własnym afektem. Taka postawa techniczna ma odzwierciedlać wrażliwość terapeuty na aktywność afektywną pacjenta, ale bez dostarczania poczucia, że został on zniszczony lub zanieczyszczony przez skrajnie silne afekty pacjenta (Kernberg, 2004)

4. Strategie TFP-A

Strategie odnoszą się do długoterminowych celów leczenia i są zorientowane na integrację rozszczepionych zinternalizowanych reprezentacji self i obiektu. Są to ogólne zasady systematyzujące pracę terapeuty, mimo chaosu panującego na sesji lub w życiu pacjenta poza leczeniem.

4.1. Analiza aktywacji rozszczepionych diad relacji z obiektem

Ta strategia odnosi się do integracji aktywowanych lub reaktywowanych rozszczepionych, zinternalizowanych relacji z obiektem, które mają charakter przeciwny, składający się z prześladowczych i idealizowanych diad relacji z obiektem. W celu realizacji tej strategii pacjent otrzymuje instrukcję, aby dzielić się wszystkimi myślami, uczuciami i fantazjami, tak jak pojawiają się one w jego lub jej umyśle, bez ich cenzurowania. Zadaniem psychoterapeuty jest obserwacja w przeniesieniu aktywacji

regresyjnych, odszczepionych względem siebie relacji z obiektem, pomoc adolescentowi w ich identyfikacji oraz interpretacji ich rozdzielenia w kontekście trudności pacjenta w refleksji nad ich przejawami w zachowaniu (Normandin i in., 2014).

Konsekwencją powyższej strategii jest dążenie do integracji tożsamości pacjenta przez analizę aktywacji odszczepionej diady relacji z obiektem, także z odwracaniem ról. Zadaniem terapeuty jest pomoc obserwującej części ego pacjenta w dostrzeżeniu aktywnej w danej chwili relacji z obiektem, wraz z naprzemienną identyfikacją i projekcją reprezentacji self i obiektu, odpowiednio na terapeutę i pacjenta. Uświadomienie sobie przez nastolatka tego, co dzieje się między nim a psychoterapeutą, ma otwierać drogę do analizy konfliktu leżącego u postaw jego mechanizmów rozszczepienia. Kiedy nastolatek zda sobie sprawę z identyfikacji z obydwooma biegunami doświadczenia, na przykład z identyfikacji zarówno z rolą ofiary, jak i prześladowcy w relacji z terapeutą, kolejnym zadaniem jest analiza diady przeciwstawnej względem diady aktywnej w przeniesieniu (Normandin i in., 2014).

Wewnętrzny świat pacjenta funkcjonującego w oparciu o rozszczepienie obejmuje wzajemnie odszczepione od siebie diady przeciwstawne. Przyjmuje się, iż głównym motywem rozszczepienia jest separacja libidinalnego i agresywnego segmentu doświadczenia poprzez obronną segregację idealizowanych diad relacji z obiektem oraz prześladowczych diad relacji z obiektem. Oznacza to, że kiedy w świadomym przeżywaniu po stronie pacjenta dominuje jeden z tych dwóch segmentów doświadczenia, drugi segment zostaje odszczepiony od tego pierwszego. Na przykład pacjent przeżywa terapeutę wyłącznie jako zagrażającego sadystę, pozbawionego wszelkich dobrych cech, natomiast siebie jako całkowicie dobrą i pozbawioną złych intencji ofiarę, która usiłuje uciec od tego groźnego oprawcy. Tym sposobem pacjent dokonuje izolacji agresywnych segmentów doświadczenia, umieszczając wszystkie agresywne aspekty doświadczenia w terapii, a identyfikując się z pozbawionym wszelkiej agresji self. Taka sytuacja nie tylko omija równomierną dystrybucję i identyfikację z agresywnym segmentem doświadczenia po stronie pacjenta i terapeuty, co stanowi jeden poziom zachodzącego rozszczepienia i jest jaskrawo widoczne na pierwszy rzut oka, ale również omija libidinalny segment doświadczenia, który zdaje się w takiej sytuacji zupełnie znikać, co stanowi drugi, bardziej dogłębny poziom rozszczepienia (Normandin i in., 2014). Ten libidinalny segment doświadczenia wyraża się w kompletnie odszczepionej i ukrytej diadzie relacji z obiektem, połączonej przez afekty libidinalne. Na przykład pacjent może bronić się poprzez wcześniej wspomnianą aktywację relacji ofiara–oprawca, połączonej przez afekt nienawiści przed uczuciami zależności i przywiązania względem terapeuty, które budzą znacznie większy lęk aniżeli diada aktualnie aktywna w świadomym przeżyciu pacjenta. Głównym problemem pacjentów funkcjonujących w oparciu o rozszczepienie jest niezdolność do tolerancji jednoczesnej aktywacji diad o afektywnym ładunku agresywnym oraz diad o afektywnym ładunku libidinalnym, ponieważ rodziłoby to szereg przytłaczających i chaotycznych uczuć w ich relacjach interpersonalnych. Na przykład może to być przerażenie związane z poczuciem miłości względem obiektu, który jest postrzegany momentami jako

agresywny oprawca, jak i jednocześnie poczucie winy związane z uczuciem nienawiści względem tego samego obiektu, który posiada wtedy nie tylko agresywne, ale i libidinalne aspekty. Stąd pacjenci funkcjonujący w oparciu o rozszczepienie unikają takich stanów pomieszania wynikającego z ambiwalencji przez czarno-białe postrzeganie siebie i innych, które porządkuje ich świat relacji, dzielając je na dobre i złe. Dlatego zakłada się, że interakcja z tego typu pacjentami jest chaotyczna tylko pozornie, ponieważ w gruncie rzeczy jest bardzo uporządkowana za sprawą naprzemiennej aktywacji idealizowanych i prześladowczych segmentów doświadczenia (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006).

Kiedy pierwsze strategiczne cele zostaną osiągnięte i terapeuta zidentyfikuje diady aktywne w przeniesieniu, pacjent uzyska świadomość co do charakteru relacji zachodzącej między nim a terapeutą, jak i dostrzeże – z pomocą terapeuty – odwracanie ról w diadach aktywnych w przeniesieniu, kolejnym etapem jest stopniowa integracja przeciwstawnych segmentów doświadczenia, wyrażających się w odszczepionej aktywacji diad przeciwstawnych. Należy pamiętać, iż jest to długotrwały, rozciągający się w czasie proces, wymagający bardzo mozolnej pracy. Poczucie bardzo szybkiego i sprawnego dochodzenia do integracji diad przeciwstawnych sugeruje raczej powierzchowny i intelektualny charakter wglądu pacjenta, który nie pociąga za sobą realnej integracji struktury osobowości pacjenta. Zadaniem terapeuty na tym etapie jest próba stopniowego łączenia ze sobą przeciwstawnych afektów, uaktywnionych w relacji z pacjentem. Terapeuta zauważa aktywację diady reprezentującej jeden segment doświadczenia oraz odnosi się do naprzemiennej aktywacji tego segmentu oraz segmentu przeciwstawnego w relacji przeniesieniowej. Kiedy pacjent uzyska świadomość dotyczącą odszczepionej i naprzemiennej aktywacji przeniesienia libidinalnego i agresywnego w relacji z terapeutą, staje się możliwe dokonanie próby interpretacji relacji między diadami aktywnymi w przeniesieniu. Głównym motywem pacjentów funkcjonujących w oparciu o rozszczepienie jest ochrona idealizowanego segmentu doświadczenia przed zanieczyszczeniem go przez segment prześladowczy, co wynika z fantazji, iż dobry obiekt jest kruchy i może zostać łatwo zniszczony przez agresję. Inny motyw, opisany wcześniej, obejmuje nieznośne poczucie ambiwalencji, tworzące wrażenie przytłaczającego chaosu i zagubienia u tego typu pacjentów. Dlatego zadaniem terapeuty na tym etapie jest pogłębienie świadomości pacjenta w kwestii tego, że dana diada relacji z obiektem aktywna w jego świadomym doświadczeniu broni przed diadą przeciwstawną, która w danej chwili znajduje się poza świadomością pacjenta (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006).

Na przykład na takim etapie jakiś pacjent może zaatakować terapeutę za to, że odwołuje sesję, z nienawiścią i wściekłością oskarżając go o odrzucającą, lekceważącą postawę względem siebie. Terapeuta po dokonaniu pełnej klaryfikacji i konfrontacji może zauważyć, że w świetle tego, co dzieje się między pacjentem a nim, wydaje się, że został pominięty inny aspekt ich relacji, dotyczący bardziej pozytywnych uczuć, mianowicie tęsknoty za ważnym obiektem, który staje się chwilowo niedostępny dla pacjenta, mającego potrzebę kontaktu z tym opiekuńczym obiektem. To sugerowałoby,

iz być może łatwiej jest przetrwać chwilową rozłąkę, uznając terapeutę za wroga, od którego należy uciec, niż gdyby pacjent miał tęsknić za nim, być może jednocześnie doświadczając wściekłości i poczucia winy z powodu nienawistnych afektów odczuwanych względem kogoś postrzeganego jako dobry i opiekuńczy, chociaż chwilowo niedostępny obiekt. Reakcja pacjenta na taką interpretację, która w tym wypadku zasadniczo obejmuje interpretację obrony, impulsu i motywu, stanowiłaby informację na temat zasadności takiej interpretacji, jak i charakteru przeniesienia zachodzącego w danej chwili między pacjentem a terapeutą (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015).

Identyfikacja, klaryfikacja i interpretacja przeciwstawnych segmentów doświadczenia w relacji terapeutycznej ma prowadzić do pogłębienia integracji tożsamości nieletniego pacjenta, prowadząc do całościowego, bardziej subtelnego i bogatego postrzegania siebie i innych, z pojawiającą się aktywacją pozycji depresyjnej i powiązanego z nią poczucia winy oraz pragnienia naprawy naruszonych dobrych relacji. Ta wzajemna penetracja przeciwstawnych afektów ma prowadzić do ich wzajemnego złagodzenia, uzyskania większej kontroli nad nimi, razem z rozwojem silnego i stabilnego ego obserwującego, które umożliwi umieszczenie doświadczanych afektów w poznawczym kontekście, tym sposobem łagodząc zniekształcenie rzeczywistości przez pacjenta na rzecz realistycznej oceny siebie i innych. Wraz z postępem tego procesu integracji sesje zaczynają obejmować coraz szerszą gamę swobodnie doświadczanych afektów, zarówno w przeniesieniu, jak i przeciwprzeniesieniu, czemu towarzyszy normalizacja życia pacjenta poza sesjami (Normandin i in., 2014).

4.2. Wspieranie normalnego rozwoju

Specyficzną strategią TFP-A jest wspieranie wszelkich autentycznych prób stawiania czoła normalnym wyzwaniom rozwojowym adolescencji, takim jak zmniejszenie zależności od pierwotnych figur opiekuńczych, reorganizacja relacji z szerszą siecią relacji społecznych, ustanowienie intymności seksualnej w kontekście relacji miłosnej, rozwijanie niezależnej oceny rzeczywistości i życia prywatnego, pogłębianie ambicji i aspiracji, rozwój rywalizacji oraz finansowej niezależności czy stworzenie własnego systemu etycznego i moralnego. To pociąga za sobą konieczność odróżniania przez terapeutę regresyjnych zachowań, które są w służbie rozwoju, od regresji samej w sobie oraz tolerowanie takich zachowań jako rozwojowo „zdrowego” wymiaru. Terapeuta, na przykład, może odnieść się do milczenia jako próby podkreślenia przez nastolatka swojego prawa do decydowania o tym, kiedy chce mówić, zaznaczając, że dzielenie się przemyśleniami na głos jest ostatecznie jego decyzją (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015). Warto zauważyć, że podobnie jak ma to miejsce w przypadku TFP dla dorosłych (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015), kontrakt terapeutyczny, jak i sama psychoterapia mają wspierać autonomię i niezależność pacjenta. Tutaj rzeczywistość rozwojowa, polegająca na konieczności stawiania w obliczu wyzwań rozwojowych, wyraża się w leczeniu poprzez obowiązki pacjenta ujęte w kontrakcie terapeutycznym (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015). Wydaje się, że ta strategia wspierania normalnego rozwoju jest zgodna z ogólną zasadą integracji przeciwstawnych segmentów

doświadczenia, która realizuje się dzięki: a) w taktyce TFP-E – komentowaniu przeniesienia z perspektywy empatii z subiektywnym doświadczeniem pacjenta, z wyraźnym zrozumieniem, bez względu na to, jakie to doświadczenie by nie było, następnie omawianiu jego obronnych aspektów (Caligor, Kernberg, Clarkin, Yeomans, 2018), b) łączeniu ze sobą pozornie oderwanych od siebie przeciwstawnych afektów, przejawiających się w jednym zachowaniu pacjenta (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006) oraz, znowu w TFP-E, c) priorytetowemu naciskowi na jakość doświadczenia pacjenta w stosunku do treści tego doświadczenia.

Łączenie ze sobą pozornie oderwanych od siebie przeciwstawnych afektów opiera się na założeniu, że w każdej aktywności pacjenta tkwią zawsze dwa aspekty doświadczenia: libidinalny i agresywny. Zadaniem terapeuty jest łączenie tych przeciwstawnych, pozornie oderwanych aspektów doświadczenia, przejawiających się w tym samym zachowaniu. Na przykład pacjent, który mówi, że nienawidzi terapeuty, z jednej strony daje wyraz swojej nienawiści, ale z drugiej strony w tym samym zachowaniu widać jego wielkie zaangażowanie emocjonalne w terapeutę jako obiekt, który być może jeszcze przed chwilą był przedmiotem jakiegoś libidinalnego pragnienia, ale zostało ono sfrustrowane (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006).

Ta ostatnia taktyka priorytetowego nacisku na jakość doświadczenia w stosunku do jej treści wyraża się w postawie terapeuty, który pozostając w perspektywie pacjenta, jednocześnie wprowadza przestrzeń dla obserwowania tej perspektywy z boku. Polega to na odnoszeniu się do kolejnych poziomów doświadczenia pacjenta z zachowaniem neutralnego stosunku do wiarygodności aktualnego przekonania pacjenta, ze stopniowym zwracaniem uwagi na niespójności i sprzeczności, które pojawiają się w wyniku dochodzenia do logicznych konsekwencji jego przekonań (Caligor, Kernberg, Clarkin, Yeomans, 2018). Na przykład terapeuta mógłby powiedzieć nastolatkowi, który nie chce mówić, że to milczenie wydaje mu się podkreśleniem jego niezależności i autonomii, a to, czy będzie chciał dzielić się swoimi przemyśleniami, jest, oczywiście, jego decyzją. W tej sytuacji musi być mu trudno zrezygnować z tej autonomii, skoro rozmowa z terapeutą oznacza jej utratę. Po ustanowieniu perspektywy empatii z subiektywnym doświadczeniem pacjenta terapeuta mógłby kontynuować, że zastanawiają go jednak implikacje przekonań pacjenta, które kryją się pod jego zachowaniem w postaci milczenia. Według niego pacjent założył, że dzielenie się swoimi myślami oznacza utratę autonomii i ciekawi go, dlaczego pacjent miałby tak uważać. I chociaż zachowanie autonomii w relacji z terapeutą wydaje się chęcią okazania niezależności i dojrzałości przez pacjenta, minusem takiej postawy jest to, że nie może on wtedy skorzystać z pomocy terapeuty. Takie neutralne, wyrażające ciekawość terapeuty i stymulujące ciekawość pacjenta zastanawianie się nad konsekwencjami, funkcjami, zaletami i wadami obronnego zachowania lub przekonań pacjenta wyraża inny aspekt techniczny procesu interpretacji – w tej perspektywie aktywność pacjenta jest zawsze wyrazem tkwiącego pod nią konfliktu intrapsychnicznego (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015; Caligor, Kernberg, Clarkin, Yeomans, 2018). Terapeuta zastanawia się na głos nad funkcjami, konsekwencjami, wadami i zaletami aktywności pacjenta

w relacji terapeutycznej oraz zewnętrznej rzeczywistości, opisując ją jako potencjalnie wyrażającą wewnętrzny konflikt pacjenta. Pozwala to na stopniowe osłabianie konkretności jego doświadczenia, wzmacnianie sojuszu terapeutycznego, jednocześnie ze wzmacnianiem perspektywy „jak gdyby” i egodystoniczności doświadczenia pacjenta, co otwiera drogę do normalnego procesu interpretacyjnego, czyli identyfikacji diad aktywnych w przeniesieniu oraz interpretacji funkcji obronnych aktywności pacjenta. Powyższy przykład omawiania milczenia nastolatka stanowi również dobry przykład postępowania w przypadku takiego samego zachowania pacjenta, opisanego przez Clarkina, Yeomansa, Kernberga (2006).

5. Techniki

TFP-A stosuje te same techniki, które stosowane są w TFP dla dorosłych. Są to narzędzia stosowane w celu odniesienia się do tego, co dzieje się „tu i teraz” w relacji terapeutycznej, jak i ukierunkowane na nadrzędną strategię integracji wewnętrznego świata pacjenta.

5.1. Interpretacja

Tutaj również interpretacja traktowana jest jako proces składający się z a) klaryfikacji komunikatów pacjenta, zorientowanej na osiągnięcie granic jego autorefleksji, zanim zostaną wprowadzone dodatkowe obserwacje psychoterapeuty; b) konfrontacji stanowiącej taktowne badanie sprzeczności w obrębie komunikacji pacjenta, wliczając w to kanał niewerbalny komunikacji oraz c) interpretacji, czyli hipotezy dotyczącej nieświadomych implikacji tego, co zostało poddane wcześniej klaryfikacji i konfrontacji: najpierw w odniesieniu do nieświadomego znaczenia „tu i teraz”, a dopiero potem w odniesieniu to nieświadomego znaczenia „tam i wtedy” (Normandin i in., 2014).

Klaryfikacja stanowi rozbudowaną technikę w tym sensie, że obejmuje dopytywanie nastolatka o to, co myśli na temat tego, co powiedział, co myśli na temat reakcji terapeuty oraz jakie jest jego stanowisko na temat tego, co powiedział po postawieniu tych pytań. Autorzy nazywają takie postępowanie „pętlą” wokół tego, co dzieje się w danej chwili między pacjentem a terapeutą, zapraszającą nastolatka do refleksji nad bieżącą relacją z perspektywy obserwującej. Klaryfikacja może obejmować ważne aspekty życia nastolatka poza sesjami, wliczając w to środki jego ekspresji, takie jak dzienniki, rysunki oraz szczegółowe opisy osób z otoczenia pacjenta (Normandin i in., 2014). Jeśli dobrze rozumiem, oznacza to, że nastolatek może z własnej inicjatywy prezentować swoje wytwory i nie jest to traktowane wyłącznie jako opór przed rozwojem przeniesienia i dzieleniem się wolnymi skojarzeniami. Poza tym procesy klaryfikacji, konfrontacji i interpretacji zewnętrznej rzeczywistości przebiegają tak samo w TFP-A jak w psychoterapii psychoanalitycznej dorosłych, co zostało opisane na przykład przez Eve Caligor, Otto Kernberga i Johna Clarkina (2007): materiał pozaprzemiesieniowy jest normalnie poddawany tym procesom, a potem odnoszony do przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowego „tu i teraz”, razem z uwzględnieniem potencjału obronnego, a zara-

zem informacyjnego względem przeniesienia i zewnętrznej rzeczywistości, jaki niesie ze sobą takie wnoszenie zewnętrznej rzeczywistości przez pacjenta.

Konfrontacja traktowana jest jako ważna technika w TFP-A już od początkowych etapów leczenia. Obejmuje zachowania adolescenta na sesji, pociągając za sobą proces klaryfikacji tego, co zwróciło uwagę psychoterapeuty, tego, jaka jest percepcja terapeuty przez pacjenta oraz jakie są refleksje pacjenta nad własnym zachowaniem na spotkaniu. Konfrontacja niekoniecznie ma prowadzić do bezpośredniej interpretacji przeniesienia, ale raczej do łączenia ze sobą tych rzeczy, które dzieją się na sesji i poza sesjami; terapeuta podejmuje się najpierw analizy skłonności przeniesieniowych względem osób trzecich poza sesjami, a następnie analizy i interpretacji przeniesienia na sesji. Autorzy TFP-A rozumieją termin konfrontacji na dwa sposoby: jeden odzwierciedla stosowanie tej techniki podobnie jak w TFP dla dorosłych, a drugi odnosi się do kwestionowania i dostarczania odmiennej perspektywy dla funkcjonowania pacjenta. Ten drugi sposób rozumienia konfrontacji jest szczególnie pomocny w eksploracji acting outu nastolatka w celu identyfikacji zagrożeń dla leczenia, kiedy terapeuta na przykład kwestionuje sensowność zażywania narkotyków przez pacjenta. Ta forma konfrontacji ma prowadzić do znalezienia sposobów uniknięcia zagrożenia dla pacjenta i leczenia oraz inicjuje analizę oporu przeniesieniowego (Normandin i in., 2014). Ma pewną wadę – wiąże się z przejściowym opuszczeniem pozycji technicznej neutralności (Normandin i in., 2014), jednak sytuacja zagrożenia dla pacjenta i leczenia i tak pociąga za sobą konieczność odejścia od neutralności technicznej zgodnie z zarysowaną w TFP-E procedurą postępowania (Caligor, Kernberg, Clarkin, Yeomans, 2018).

Interpretacja rozpoczyna się od bardzo ostrożnego wyjaśnienia relacji pozaprzeńsieniowych oraz niepewnych prób łączenia wątków pojawiających się na różnych sesjach, co ma na celu ustalenie pewnej ciągłości treści, które wydawały się ze sobą niepołączone. Również tutaj terapeuta postępuje zgodnie z zasadą ekonomicznej selekcji materiału pojawiającego w trzech kanałach komunikacji. Tutaj również na początku koncentruje się na kanale niewerbalnym i przeciwprzeniesieniu pacjenta. Prowadzi proces interpretacji od powierzchni w głąb, od obrony do impulsu. Takie postępowanie jest kluczowe w związku z silnymi paranoidalnymi przeniesieniami nastolatków, związanymi z różnicą międzypokoleniową, na przykład z założeniem, że psychoterapeuta jest kolejnym dorosłym, który robi nastolatkowi „pranie mózgu” lub jest szpiegiem rodziców. Należy zatem rozpoczynać pracę od obserwacji, które stanowią wspólnie podzielaną perspektywę względem danej rzeczywistości, co może być dalej rozwijane przez terapeutę (Normandin i in., 2014). Kiedy nie ma takiej wspólnej rzeczywistości, znajduje zastosowanie technika analizy niezgodnych perspektyw, opisana przez Johna Clarkina, Franka Yeomansa, Otto Kernberga (2006).

Analiza niezgodnych perspektyw obejmuje sześć kroków i rozpoczyna się od a) klaryfikacji tego, czy pacjent mówi o emocjonalnym doświadczeniu, pewnej spekulacji intelektualnej, fantazji czy może o urojeniowym przekonaniu. Terapeuta bada w ten sposób poziom „jak gdyby” w doświadczeniu pacjenta i pyta go, czy jest

to jego niepotwierdzone wrażenie, czy może jest on przekonany, że, załóżmy, terapeuta używa technik manipulacyjnych, aby kierować jego uczuciami. Kiedy pacjent wyraża bezkrytyczną pewność swojego przekonania, b) terapeuta bada obiektywne aspekty, które mogłyby stać się podstawą takiego przekonania. Na przykład pyta, co w jego zachowaniu sprawiło, że pacjent doszedł do przekonania o manipulacji z jego strony. Na kolejnym etapie c) terapeuta usiłuje podjąć się próby połączenia wcześniejszych aspektów interakcji pacjenta z nim. Pyta pacjenta, jak jego przekonanie ma się do jego dotychczasowych doświadczeń z terapeutą albo czy jest coś podczas tego spotkania, co sugerowałoby pacjentowi, że może się mylić. Następnie d) terapeuta bada poziom konkretności i dosłowności doświadczenia pacjenta, zadając dramatyczne pytania: „Czyli nie mogę nic powiedzieć, co przekonałoby cię do tego, że nie manipuluję twoimi uczuciami?”, „Dlaczego sądzisz, że w żaden sposób nie mogę przekonać cię do innej możliwości?”. Kolejny krok to e) próbna interpretacja w celu weryfikacji tego, czy testowanie rzeczywistości ulegnie poprawie. Terapeuta podejmuje się pełnej interpretacji obrony, motywu i impulsu, mimo dosłowności i braku dowodów egodystoniczności doświadczenia pacjenta. Ostatecznie, jeśli próbna interpretacja nie doprowadzi do osłabienia konkretności doświadczenia, f) terapeuta w całkowicie logiczny i racjonalny sposób poszukuje aspektów egodystoniczności w doświadczeniu pacjenta. Prowadzi dochodzenie z perspektywy spójnej z urojeniowym przekonaniem pacjenta. Terapeuta może powiedzieć, że przecież manipulowanie uczuciami oznaczałoby, iż narusza wolną wolę pacjenta, popełniając przestępstwo, więc dlaczego pacjent przyszedł na spotkanie i dalej siedzi z nim w jednym pomieszczeniu – każdy przecież próbowałby wyzwolić się spod kontroli takiej osoby. Kiedy to logiczne podważanie przekonania utrzymywanego przez pacjenta zawiedzie, terapeuta powinien odwołać się do techniki postępowania z regresją psychotyczną w przeniesieniu (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006).

Zalecenie rozpoczęcia pracy od obserwacji, które stanowią wspólnie podzielaną rzeczywistość pacjenta i terapeuty, wydają się zgodne z taktycznymi zasadami prowadzenia interpretacji w TFP-E, gdzie zwraca się większą uwagę na jakość doświadczenia aniżeli na treści oraz zachodzi konieczność osiągnięcia egodystoniczności zachowania pacjenta, zanim rozpocznie się jego interpretację. Priorytet jakości doświadczenia nad materiałem odnosi się do uważnego uwzględniania tego, na ile dane zachowania, myśli i uczucia pacjenta są doświadczane z perspektywy „jak gdyby” i przeciwstawia się to konkretnemu postrzeganiu tych aspektów przez niego. Dopiero osiągnięcie perspektywy obserwującej pacjenta i zgody co do wspólnie podzielanej rzeczywistości pozwala na podjęcie się procesu pogłębiania egodystoniczności aspektów funkcjonowania pacjenta. Zatem dopiero kiedy pacjent zgadza się z terapeutą co do określonej perspektywy rzeczywistości oraz widzi swoje aspekty funkcjonowania jako na pewien sposób dziwne, obce lub kłopotliwe, wtedy możliwe jest dalsze postępowanie interpretacyjne (Caligor, Kernberg, Clarkin, Yeomans, 2018). Interpretacja właściwa stanowi ukoronowanie długotrwałego, ciągnącego się bardzo długo procesu interpretacyjnego. Obejmuje opisanie sposobu, w jaki

prezentuje się obrona pacjenta, wyjaśnienie, dlaczego pacjent się broni w taki sposób, i wskazanie impulsu, względem którego została wyprowadzona dana obrona, z potencjalnym uwzględnieniem intrapsychnicznego konfliktu będącego motywacją dla tej obrony (Caligor, Kernberg i Clarkin, 2007).

5.2. Neutralność techniczna

Neutralność techniczna polega na prowadzeniu interwencji z pozycji trzeciego wykluczonego, która zachowuje jednakowy dystans względem wszystkich stron konfliktu intrapsychnicznego pacjenta, czyli impulsów, obron, ego pacjenta i zewnętrznej rzeczywistości. Jednocześnie uwzględnia identyfikację z obserwowaną częścią ego pacjenta oraz z ogólnymi wartościami wspierającymi życie, szacunek, zdrowie i dobrostan. Ta definicja wiąże się z odejściem od chłodnej i odrzucającej obojętności na rzecz zainteresowanej i ciepłej obiektywności w odniesieniu do konfliktów nastolatka. Ta zabarwiona pozytywnie obiektywność ma stanowić kluczowy warunek wstępny dla wiarygodnej dla pacjenta analizy przeniesienia. Jednocześnie jest otwarta na wszelkie reakcje przeciwprzeniesieniowe, dopóki nie naruszają one pozycji obserwującej osoby trzeciej (Normandin i in., 2014).

Neutralność techniczna w TFP-A może wymagać przejściowego jej porzucenia, gdy życie pacjenta i innych osób lub leczenie znajdują się w stanie zagrożenia. Odejściem od niej jest ustanowienie settingu ograniczającego, środków kontroli, interwencje obejmujące szkołę i dom lub życie towarzyskie nastolatka, co w nieunikniony sposób stanowi komplikację w zakresie prób ponownego ustanowienia neutralności technicznej. Jest to szczególnie trudne, gdy groźne odreagowania nastolatka są ograniczane przez rodziców w sposób sadystyczny. Na przykład kiedy rodzice rozwiązały seksualnie nastolatki, uprawiającej seks bez zabezpieczeń z kolegami ze szkoły, w porozumieniu z terapeutą mają ochronić ją przed tym ryzykownym zachowaniem, a robią to, zakazując jej całkowicie wszelkich kontaktów z rówieśnikami i uczestnictwa we wszelkich spotkaniach towarzyskich, zabraniając jej wychodzenia z domu w wolnym czasie. Trudno wtedy oddzielić ochronne interwencje terapeuty, które są zgodne z ogólnym zamysłem opiekunów, od ich autorytarnej postawy. W leczeniu nastolatka prezentującego organizację osobowości borderline terapeuta stale staje w obliczu trudnej równowagi między poszanowaniem tajemnicy zawodowej i prywatności a ochroną pacjenta i leczenia (Normandin i in., 2014).

W TFP-A, podobnie jak ma to miejsce w TFP dorosłych oraz jej rozszerzonej wersji TFP-E, procedura porzucenia neutralności technicznej przebiega zgodnie z zarysowanym przez autorów tego podejścia postępowaniem. Terapeuta, który zauważył zagrożenia zgodne z listą priorytetowych zagrożeń dla leczenia i pacjenta, najpierw usiłuje interweniować z pozycji neutralności technicznej za sprawą postępowania interpretacyjnego oraz technik pomocniczych, takich jak analiza niezgodnych rzeczywistości. Dopiero kiedy interwencja z pozycji neutralności technicznej nie przynosi skutków albo psychoterapeuta uzna, że jest niemożliwa, może odejść od neutralności technicznej. Napierv wyjaśnia powody, dla których konieczne jest odejście od neutralności,

potem oświadcza, że musi odejść od neutralnej postawy i wprowadza dodatkowy warunek leczenia, związany z określonym zagrożeniem dla pacjenta lub leczenia. Kiedy kryzys zostanie zażegnany i pacjent znowu stanie się bardziej refleksyjny, kiedy terapeuta ma pewność, że bezpieczeństwo leczenia i pacjenta zostało przywrócone, może przejść do próby odzyskania neutralności technicznej. W tym celu terapeuta wspólnie z pacjentem dokonują przeglądu wydarzeń, które stały się przyczyną odejścia od neutralności technicznej, oraz przyglądają się temu, jak wyglądało samo porzucenie neutralności. Gdy zostanie to omówione, terapeuta może podjąć się eksploracji porzucenia neutralności i dodatkowego warunku leczenia w przeżyciu pacjenta i tego, jak postrzegał on siebie, terapeutę oraz ewentualne osoby trzecie zaangażowane w ten setting ograniczający. Wtedy terapeuta może ostatecznie przejść do omawiania relacji z obiektem, które organizowały do tej pory przeniesienie oraz które zostały rozegrane poprzez to odejście od neutralności (Caligor, Kernberg, Clarkin, Yeomans, 2018).

5.3. Analiza przeniesienia

Tak samo jak ma to miejsce w przypadku TFP dla dorosłych, tutaj też ważne jest, aby interpretować zarówno pozytywne, jak i negatywne przeniesienie. Założenie to, po pierwsze, wynika z konieczności technicznej, gdzie silna przewaga negatywnych przeniesień sprawia, że omawianie jedynie negatywnego przeniesienia prowadzi do rozłamu w obrębie sojuszu terapeutycznego obserwowanej części pacjenta z terapeutą, a w konsekwencji do rozszczepienia obrazu pacjenta i terapeuty, który uniemożliwia interwencję z pozycji neutralności technicznej, przynajmniej w tym zakresie, w jakim to widzi pacjent (Normandin i in., 2014). Po drugie, ta reguła techniczna wiąże się także z samym fundamentem teorii Kernberga (2004), to znaczy, że rozszczepienie zachodzi między pozytywnym a negatywnym, a dokładniej: libidinalnym a agresywnym segmentem doświadczenia. To pociąga za sobą konieczność aktywnej interpretacyjnej integracji tych dwóch segmentów doświadczenia (Kernberg, 2004), zgodnie z regułami interpretacji, opisanymi wcześniej w tym artykule. Po trzecie, w przypadku leczenia nastolatków jest zalecany nacisk na pozytywne przeniesienie, co wynika z ich neurobiologicznej sytuacji rozwojowej, to znaczy wrażliwości na limbiczny układ nagrody. I na koniec, po czwarte, takie postępowanie jest rezultatem świadomości natury mechanizmów obronnych pacjenta z organizacją osobowości borderline. U tych pacjentów obrona i broniący impuls mają skłonność do szybkiego i częstego zamieniania się miejscami: to, co przed chwilą stanowiło obronę, w następnej może stanowić aspekt, względem którego zostały wyprowadzone obrony. Na poziomie więzi przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej przejawia się to szybkim odwracaniem ról w diadzie aktualnie aktywnej w przeniesieniu, z możliwością naprzemiennej aktywacji przeciwstawnych diad o ładunkach libidinalnym i agresywnym. Takie postępowanie obronne sprawia, że omawianie jedynie negatywnego przeniesienia z reguły prowadzi do szybkiej aktywacji jednej części rozszczepionego doświadczenia siebie i terapeuty, razem z oddzieleniem drugiej części tego doświadczenia, gdzie wciąż niemożliwe jest połączenie tych odszczepionych części ze sobą (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006).

Na przykład pacjent może widzieć siebie w roli ofiary okrutnego terapeuty, który znajduje się w roli oprawcy. Może dokonywać obronnego odwracania tych ról, raz widząc siebie jako ofiarę okrucieństwa i braku empatii terapeuty, a innym razem jako agresywnie broniącego się przed tym okrucieństwem, czyniąc tym sposobem terapeutę swoją ofiarą. To naprzemienne odwracanie ról w diadzie aktywnej w przeniesieniu wciąż będzie pomijać aspekty libidinalne przeniesienia – w ten sposób wydaje się, że jedyne, co panuje w relacji terapeutycznej, to agresywna walka o kontrolę i dominację. Na późniejszych etapach leczenia pacjent może bronić się przez naprzemienną aktywację diad przeciwstawnych, na przykład na jednej sesji pacjent może widzieć siebie jako otrzymującego opiekę ze strony dobrego i troskliwego terapeuty, zupełnie zapominając o wcześniejszych sesjach, na których czuł, że terapeuta go atakuje i znęca się nad nim, co jest wyrazem izolacji tych dwóch segmentów doświadczenia oraz podtrzymuje tę izolację. Stąd, w TFP, technika interpretacji rozpoczyna się serią strategii interpretacyjnych zorientowanych na integrację rozszczepienia, która według założenia autorów musi obejmować omawianie jego obu stron (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015).

5.4. Analiza przeciwprzeniesienia

Przeciwprzeniesienie odnosi się do całościowej reakcji terapeuty na pacjenta, która może przybierać postać ostrą lub chroniczną. Ostre reakcje przeciwprzeniesieniowe obejmują silne afekty i myśli po stronie terapeuty w reakcji na pacjenta. Chroniczne reakcje są trudniejsze do zauważenia i prezentują się jako subtelna tendencyjność terapeuty w postrzeganiu i reagowaniu na pacjenta w określony sposób. Analiza i zastosowanie przeciwprzeniesienia przebiega w TFP-A tak, jak ma to miejsce w TFP dla dorosłych. Terapeuta powinien tolerować wszystkie uczucia i myśli związane z pacjentem, obserwować je, tak aby móc wpleść je w interpretację przeniesienia (Normandin i in., 2014). Należy pamiętać, że początkowy rozwój przeniesienia w terapii nastolatków może przybierać formy stereotypowe, odzwierciedlające kulturowy schemat interakcji między nastolatkiem a dorosłym, dlatego istotne są działania w kierunku przekształcenia tych stereotypowych rozegrań w bardziej zindywidualizowane interakcje między pacjentem a terapeutą. Ten rozwój przeniesienia koresponduje z potencjałem przeciwprzeniesieniowym terapeuty, który może zostać umieszczony przez pacjenta w roli szpiega rodziców lub karzącego policjanta albo przeciwnie – w roli bojownika o wolność nastolatka. Dlatego autorzy zalecają wczesne omawianie takich rozegrań w celu uzyskania normalnego dostępu do rozwoju przeniesienia, które zostaje początkowo ukryte pod pewnymi kulturowo narzuconymi konwencjami (Normandin, Ensink, Kernberg, 2015).

IV. Podsumowanie

TFP-A jest leczeniem psychodynamicznym, które zostało przystosowane do leczenia nastolatków. Jest efektem dwudziestoletniego doświadczenia autorów tego podejścia. Jego wyjątkowym elementem, zdaniem autorów, jest zdolność do wspierania normal-

nego rozwoju oraz do zmiany ścieżki rozwoju osobowości dzięki rozwiązaniu syndromu rozproszenia tożsamości za pomocą integracji rozszczepionych reprezentacji self i obiektu u nastolatka (Normandin i in., 2014). TFP-A stanowi ciekawą propozycję adaptacji zweryfikowanej już empirycznie metody leczenia dorosłych z zastosowaniem TFP. Wygląda na to, iż metoda ta odzwierciedla rozwijające się za granicami naszego kraju kierunki postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w stosunku do osób nieletnich. Artykuł ten stanowi propozycję i wprowadzenie do nowatorskiej metody pracy z nastolatkami. Stanowi także próbę rozpoczęcia dyskusji nad metodami leczenia adolescentów poza granicami naszego kraju oraz bieżącą techniką pracy psychodynamicznej z nastolatkami w Polsce. Wydaje się, iż taka dyskusja mogłaby wnieść wiele w zakresie przeglądu i potencjalnej rewizji poglądów na temat diagnozy i leczenia nastoletnich pacjentów w Polsce.

Literatura

- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- Bromfield R. (2007). *Doing Child and Adolescent Psychotherapy. Adapting Psychodynamic Treatment to Contemporary Practice*. Second Edition. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Caligor E., Kernberg O.F., Clarkin J.F. (2007). *Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology*. Washington, DC and London: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Caligor E., Kernberg O.F., Clarkin J.F., Yeomans F.E. (2018). *Psychodynamic Therapy for Personality Pathology. Treating Self and Interpersonal Functioning*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Cicchetti D., Rogosch F.A. (2002). A Developmental Psychopathology Perspective on Adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), s. 6–20.
- Clarkin J.F., Yeomans F.E., Kernberg O.F. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality. Focusing on Object Relations*. Washington, DC and London: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Delgado S.V., Strawn J.R., Pedapati E.V. (2015). *Contemporary Psychodynamic Psychotherapy for Children and Adolescents. Integrating Intersubjectivity and Neuroscience*. New York: Springer Science+Business Media.
- Obuchowska I. (2007) Adolescencja. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2007.
- Johnson J.G., Cohen P., Skodol A.E., Oldham J.M., Kasen S., Brook J.S. (1999). Personality Disorders in Adolescence and Risk of Major Mental Disorders and Suicidality During Adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56(9), 805–811.
- Kaess M., Brunner R., Chanen A. (2014). *Pediatrics. Official Journal of The American Academy of Pediatrics*, 134(4), 782–793.
- Kernberg O.F. (1984) *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven and London: Yale University Press.
- Kernberg P., Shapiro T., (1990). Debate Forum. Resolved: Borderline Personality Exists in Children under Twelve. T.C. Lenore, (red.), *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(3), 478–483.
- Kernberg O.F. (2004). *Aggressivity, Narcissism and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship*. New Haven and London: Yale University Press.
- Kernberg O.F. (2018). *Treatment of Severe Personality Disorders. Resolution of Aggression and Recovery of Eroticism*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.

- Lanyado M., Horne A. (red.). (1999). *The Handbook of Child & Adolescent Psychotherapy. Psychoanalytic Approaches*. London and New York: Routledge.
- Laurenssen E.M.P., Hutsebaut J., Feenstra D.J., Van Busschbach J.J., Luyten P. (2013). Diagnosis of Personality Disorders in Adolescents: a Study Among Psychologists. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 1.
- Lieberman A.F., Van Horn P. (2008). *Psychotherapy with Infants and Young Children. Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment*. New York and London: The Guilford Press.
- Lingiardi V., McWilliams N. (red.). (2017). *The Psychodynamic Diagnostic Manual*, 2nd Edition. New York, Guilford.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, rozdział V, wydanie 1998. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Musiał D. (2007). Kształtowanie się tożsamości w adolescencji. *Studia z Psychologii w KUL*, 14, 73–92.
- Normandin L., Ensink K., Yeomans F., Kernberg O.F. (2014). Transference-Focused Psychotherapy for Personality Disorders in Adolescence. W: C. Sharp, J.L. Tackett, (red.), *Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*, 333–359. New York: Springer Science+Business Media.
- Normandin L., Ensink K., Kernberg, O.F. (2015). Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Adolescents: A Neurobiologically Informed Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14(1), 98–110.
- Paris J. (2013). Personality Disorders Begin in Adolescence. *Journal of The Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(3), 195-196.
- Sharp C., Tackett J.L. (red.). (2014). *Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*, 333–359. New York: Springer Science+Business Media.
- Szur R., Miller S. (red.). (1991). *Extending Horizons. Psychoanalytic Psychotherapy with Children, Adolescents and Families*. London: Karnac Books.
- Woods J. (2003). *Boys Who Have Abused. Psychoanalytic Psychotherapy with Victim/Perpetrators of Sexual Abuse*. London and New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Yeomans F.E., Clarkin J.F., Kernberg O.F. (2015). *Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu w leczeniu zaburzeń osobowości borderline. Podręcznik kliniczny*. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej.

Henryk Nowacki
psycholog, psychoterapeuta w trakcie certyfikacji
Krakowskie Centrum Psychodynamiczne
henryk.nowacki@poczta.pl