

Piotr Musiał, Mariola Mościcka

Pacjent adolescencyjny w grupie rówieśniczej.

Refleksje na temat psychoterapii na dziennym oddziale psychiatrycznym dla młodzieży

słowa kluczowe: *psychoterapia grupowa, adolescencja, relacja terapeuci–pacjenci*

Wprowadzenie

Podjmując rozważania na temat psychoterapii młodzieży, chcemy przedstawić pracę z pacjentami w oparciu o obserwowane przez nas zjawiska grupowe, zachodzące w trakcie leczenia pacjentów na Dziennym Oddziale Psychiatrycznym dla Młodzieży Centrum Neuropsychiatrii Neuromed we Wrocławiu. Przedstawiony przez nas opis będzie zawierał przykłady pracy terapeutycznej, wnioski oraz refleksje będące wynikiem superwizji i opracowania teoretycznego. W sposób szczególny chcielibyśmy zająć się relacją pomiędzy terapeutami a pacjentami.

Podstawy teoretyczne

Na pozór może się wydawać trywialnym zwracanie uwagi na trud przechodzenia przez okres dojrzewania. Każdy z nas, na swój sposób, wspomina ten czas często jako pełen chaosu, sprzecznych i intensywnych emocji, poczucia wyobcowania, samotności, lęku przed dorosłością i chęci powrotu do dzieciństwa. Adolescenci nieustannie próbują zaangażować się w różnego rodzaju aktywności mające na celu wydobyć ich z tego pomieszania, uzyskanie akceptacji ze strony otoczenia, szacunku do siebie samych oraz samookreślenia. Osiągnięcie stabilnego poczucia self, a w efekcie, jak wskazuje Erikson Berzoff (1996), również ciągłości tożsamości, odbywa się często na drodze odzwierciedlenia w grupie rówieśniczej, nadawania nowego znaczenia przeszłości, terażniejszości oraz przyszłości.

Dobre zrozumienie zmian zachodzących w trakcie dorastania wiąże się z przyjęciem określonego systemu teoretycznego. Tylko wtedy można mówić o rzetelnej diagnozie trudności, a później o psychoterapii. W naszej pracy odnosimy się do koncepcji Petera Blosa (1967). Autor ten podzielił adolescencję na kilka etapów. Każdy z nich to czas zmian rozwojowych oraz specyficznych zadań do zrealizowania. W związku z tym, że nasza praca na oddziale dotyczy młodzieży w wieku 16–20 lat, chcielibyśmy przybliżyć dylematy zarezerwowane dla tego właśnie okresu.

W tym czasie istotne znaczenie nabiera problem relacji z obiektem oraz proces „powtórnej indywiduacji”. Blos (1976) zwraca uwagę na następujące zadania do rozwiązania:

- przejście odpowiedzialności za to, co się robi, oraz kim się jest (dojrzałe super-ego),
- pogodzenie się z trudnymi, traumatycznymi wydarzeniami z przeszłości, własnymi słabościami, niedoskonałościami i niesprawnościami,
- zachowanie historycznej ciągłości „ja” bez dezorganizacji ego,
- konsolidacja tożsamości płciowej.

Zadania czekające na adolescentów starał się również opisać Dimitris Anastasopoloulos (2008). Autor ten umieścił je na następujących wymiarach:

- a) narcyzm – obiekt pokrewny,
- b) zależność – niezależność,
- c) dyfuzja tożsamości – stabilność tożsamości,
- d) podatność na zranienie/lęki paranoiczne – relacje pełne zaufania,
- e) huśtawki nastrojów/niekonsekwencja – stabilizacja i stałość,
- f) konkretność – abstrakcja,
- g) uczucie słabości/przeciwstawianie się autorytetom – radzenie sobie z autorytetami,
- h) skłonność do acting out – komunikacja symboliczna,
- i) regresja, pasywność/aktywność, obrony maniakalne – równowaga psychiczna,
- j) słabe ego/ekspresja somatyczna – opracowanie emocjonalne,
- k) dorastanie/żałoba po stracie dzieciństwa – czerpanie przyjemności z nowych możliwości.

Koncepcja ta pokazuje adolescencję jako walkę o znalezienie równowagi w wyżej opisanych wymiarach. Pracując z pacjentami podczas terapii grupowej, można zaobserwować przejawy wymienionych dylematów zarówno w treściach, które wnoszą pacjenci na sesję, jak i w interakcjach, jakie zachodzą pomiędzy członkami grupy. Mają one często odzwierciedlenie także w relacji z terapeutami. Grupa może wspierać albo hamować przejawy tych dylematów. W końcowej fazie adolescencji młody człowiek powinien mieć wyraźne wyobrażenie siebie i własnego self, tożsamość oraz określony prokulturowy system wartości (Erikson, 2004). Powinien także realizować swoje życie popędowe w akceptowalny przez kulturę sposób.

Ramy leczenia

Żeby móc odnieść się do przykładów konkretnej pracy terapeutycznej, należy najpierw przedstawić sposób funkcjonowania placówki, w której odbywa się leczenie. Oddział Dzienny dla Młodzieży w Centrum Neuropsychiatrii Neuromed we Wrocławiu daje możliwość leczenia 32 pacjentów młodzieżowych. W ramach pobytu pacjenci realizują obowiązek nauki na poziomie liceum ogólnokształcącego. Jednocześnie uczestniczą w sesjach terapii indywidualnej, grupowej, zebraniach społecz-

ności terapeutycznej, terapii zajęciowej, warsztatach psychologicznych oraz terapii rodzinnej. Prócz tego pacjenci są objęci stałą opieką psychiatryczną, regularnie korzystają z wizyt u lekarza. Zespół leczący, który obejmuje psychoterapeutów, lekarza i pielęgniarki, ściśle ze sobą współpracuje. Pacjenci rozpoczynają leczenie w połowie sierpnia i kończą przerwą wakacyjną w lipcu. Nie ma przerwy podczas ferii zimowych.

Bazując na wieloletnim doświadczeniu w pracy psychoterapeutycznej i rozumieniu psychopatologii, poszukiwaliśmy rozwiązań, konkretnych metod pomocnych w radzeniu sobie z trudnościami wpisanymi w pracę z nastolatkami. Przyświecała nam idea zaproponowania spójnego systemu leczenia, opartego na jasnych zasadach. Zasady te ujęte zostały w kontrakcie zawierającym z adolescentem i jego rodzicami/opiekunami. Kontrakt sporządzony jest w formie pisemnej, zawiera warunki, które gwarantują bezpieczeństwo pacjentów na oddziale. Omawiany jest szczegółowo tak, aby warunki współpracy zostały możliwie dookreślone. Zmniejsza się wówczas ryzyko przerwania psychoterapii, zarówno przez adolescenta, jak i jego rodziców. Kontrakt dla adolescenta skonstruowany jest w sposób przekazujący część odpowiedzialności za leczenie pacjentowi. Zależało nam na zdobyciu zaufania pacjentów – stąd logiczność i konsekwencja kontraktu, ale chcieliśmy też ująć w nim specyficzne potrzeby nastolatków. Dlatego każdy pacjent ma określoną liczbę nieobecności, która przysługuje mu w trakcie leczenia; przekroczenie tej liczby może wiązać się z wypisem. Adolescent ma do dyspozycji też kilka narzędzi, by usprawiedliwić swoje nieobecności (prezentacje, debaty, zaplanowanie spotkania, możliwość pełnienia funkcji starosty). Sposób korzystania z tych możliwości daje zespołowi leczącemu jasną informację o motywacji do leczenia i zaangażowaniu. Oczywiście kontrakt i limit wyznacza jasne reguły funkcjonowania, wprowadza pewien porządek, daje poczucie bezpieczeństwa. Zdarza się także, że staje się pretekstem do buntu czy różnych innych prób przekraczania granic i prowokowania personelu. Bywa przedmiotem walki o autonomię.

Wyżej sformułowane ramy leczenia mają kluczowe znaczenie w procesie uwewnętrzniania norm. Zazwyczaj dochodzi do tego na drodze identyfikacji (Ruszkowska, 1997). Zjawisko to jest zarówno naturalne rozwojowo, jak i korzystne dla tworzenia struktur superego. Dodatkowo dzięki stabilnym normom adolescent ma szansę stabilnie wiązać się z obiektem, który jest jasny i klarowny w swych oczekiwaniach. Dzięki temu może przejść przez kryzys dojrzewania i ostatecznie uzyskać stan równowagi między światem wewnętrznym a wymaganiami rzeczywistości zewnętrznej. Ustalona na nowo stabilizacja sprzyja utrzymywaniu wyrównanego nastroju, stałości samooceny, a tym samym pomaga dojrzałej funkcjonować. Jak twierdzi Paweł Glita (Wilk, 2014, s.111): „Wielu terapeutów uważa, że praca w instytucjach – szczególnie takich, gdzie reguły funkcjonowania zostały określone w sposób jasny i zasadniczy – jest zdecydowanie lepsza i przynosi trwalsze efekty”. Tak więc możliwość związania się z oddziałem dziennym stanowi jeden z niespecyficznych czynników terapeutycznych.

W przedstawionym przez nas rozumieniu dylematów adolescentów zasady funkcjonowania oddziału nie są jedynie formalną i poznawczą „umową”. W pracy terapeutycznej

są źródłem informacji, w jaki sposób pacjenci nawiązują relacje z obiektem, wobec którego są zależni. Co staje się dla nich kluczowe? Z czym mają trudności? Te informacje mają szczególną wagę, więc wykorzystujemy je w pracy grupowej. Komentujemy pacjentom nieobecności, nieścisłości w usprawiedliwieniach. Staramy się pracować nad rozwijaniem ich ego obserwującego, komentujemy znaczenie i konsekwencje zachowań naruszających ramy leczenia oraz ich zachowania wobec nas – terapeutów. Można powiedzieć, że uczymy ich poznawania świata wewnętrznego poprzez pokazywanie im ukrytych, nieświadomych motywów, dylematów towarzyszących ich funkcjonowaniu. Budujemy w ten sposób przymierze terapeutyczne. Jest to proces długotrwały, zawiera w sobie atakowanie i dewaluowanie skuteczności i zasadności terapii. Można wręcz stwierdzić, że jeśli adolescent nie atakuje settingu, to powinno to być postrzegane jako część jego psychologicznych trudności w wyrażaniu siebie i walki o indywidualność. Momentem, który w sposób wyjątkowy ogniskuje napięcie w relacji terapeuta–młodzież i dotyczy settingu oddziały, są okresy wolne od nauki – wakacje i ferie zimowe.

Jest to czas szczególnie, gdyż na co dzień młodzież utożsamia oddziały z nauką szkolną. W języku naszych pacjentów jesteśmy po prostu szkołą. Tak więc, gdy nadchodzi czas uczestnictwa w samych zajęciach terapeutycznych w czasie wolnym od nauki, odsłania się wtedy bardzo ważna kwestia dotycząca współodpowiedzialności za leczenie. Przez oddziały przetacza się ważna dyskusja i odbywa się ona na wielu poziomach i przy zaangażowaniu różnych środków wyrazu. Młodzież często odnosi się do nas w taki sposób, jakbyśmy zawłaszczali ich niezależność i autonomię. Proponowane na zajęciach ćwiczenia są bojkotowane, pacjenci odmawiają w nich udziału, przysypiają czy wyrażają wprost pretensje. Czasem uciekają się do oszustwa, na przykład gdy przedstawiają nam zwolnienia lekarskie po opowiedzeniu nam wcześniej, jak spędzili czas wolny na wyjazdach czy spotkaniach z rówieśnikami.

Treści ujawniane na sesjach grupowych czy indywidualnych mają znamiona poczucia krzywdy, racjonalizacji czy zaprzeczenia trudnościom, które spowodowały ich do naszego ośrodka. W naszych przeciwprzeniesieniowych uczuciach pojawiają się impulsy do odwetu. Rozpoznajemy tam również gniew, frustrację, odczucie bycia używanym i wykorzystywanym. Aktywność na sesjach dla nas, terapeutów, staje się wtedy szczególnie trudna. Pojawia się actingoutowe pragnienie porzucenia pacjentów poprzez większe wycofanie i bierność lub chęć oskarżania i dyscyplinowanie. Praca z grupą często polega na wytrzymaniu prześladowczych projekcji i odparciu prowokacji do odwetu. Wiąże się z poszukiwaniem dróg do dialogu z pacjentami – po to, by nie opuszczać ich z jednej strony, a z drugiej – by nie zwalniać z odpowiedzialności za leczenie. Dążenie do zmiany introjektu jest monotonne i wymaga długotrwałego wysiłku. Wtedy wyraźnie widać, jak narcyzm adolescentów wpływa nie tylko na ich przeniesienie, ale również na nasz narcyzm i odczucia przeciwprzeniesieniowe. Wymaga to od terapeutów akceptacji dla kwestionowania poczucia własnej wartości i posiadanych zdolności. Najczęściej możliwe jest to tylko dzięki ścisłej współpra-

cy w zespole i superwizji. Pozwala nam to na utrzymanie pozycji terapeutycznej oraz rozeznawanie i korzystanie z przeciwprzeniesienia.

Spółeczność terapeutyczna

Jedną z ilustracji dylematów adolescencyjnych jest sposób, w jaki funkcjonują i jak korzystają pacjenci ze spotkań społeczności terapeutycznej. Społeczność to niejako rama leczenia, wspiera pracę zarówno w terapii grupowej, jak i indywidualnych procesach terapeutycznych.

Na przebieg spotkania społeczności mają wpływ wszyscy członkowie oddziału, stąd czasem jej struktura podlega modyfikacjom. Niekiedy związane jest to z propozycjami zmian, które wychodzą ze strony zespołu leczącego, a niekiedy od młodzieży. Najistotniejsze jednak są te inicjatywy, które wychodzą od pacjentów. Czasem zmiana funkcjonowania społeczności zachodzi wtedy, gdy młodzież w nieco inny sposób zaczyna rozumieć istniejące już zasady wypracowane w poprzednich latach czy inaczej ich używać. Normy przestają być dla młodzieży zbiorem narzuconych reguł i stają się zintrojektowane, dające poczucie bezpieczeństwa. Nowe wewnętrzne znaczenie staje się integralną częścią tożsamości grupowej. Dla nas jest to sygnał większej dojrzałości grupy, która w mniej opresyjny sposób jest w stanie przeżywać dylematy dotyczące zależności.

Pacjenci samodzielnie prowadzą spotkania, podejmując rolę starosty. Często z jednej strony wyraża się w tym zdolność do pokazania grupie swojej zależności od niej oraz wobec oddziału (terapeutów); z drugiej czyni starostę obiektem, wobec którego grupa jest zależna.

Duża wrażliwość nastolatków w obszarze poczucia własnej wartości powoduje, iż pacjenci w ostrożny sposób odnoszą się do siebie nawzajem, unikają konfrontacji. Grupa staje się „zwierciadłem społecznym”, które pełni istotną funkcję w przeformułowywaniu się samooceny pacjentów. Sytuacje ekspozycji społecznych są dla niektórych szczególnie trudnymi wyzwaniem. Pacjenci stają w obliczu konfliktu związanego z utrzymaniem stabilnego poczucia własnej wartości w odpowiedzi na antycypowaną na przykład negatywną lub krytyczną reakcję otoczenia na ich wytwory. W zależności od uwewnętrzniczonych reprezentacji siebie i obiektu pacjenci w różny sposób radzą sobie z tymi wyzwaniami.

Ciągłe zachęcanie nastolatków do większej aktywności na forum społeczności (przez przygotowywanie wspólnych prezentacji lub udział w debatach) wspiera proces stopniowego wycofywania się ze świata wewnętrznych częściowych relacji z obiektem. Dzięki temu wzmacnia się zdolność do adekwatnego testowania rzeczywistości społecznej.

Terapia grupowa

Przechodząc do rozważań na temat pracy z pacjentami w psychoterapii grupowej, zaprezentujemy kilka zapisów sesji terapeutycznych wraz z omówieniem naszych

refleksji. Opisywana grupa liczy osiem osób: czterech chłopaków i cztery dziewczyny w wieku 16–18 lat.

Warto w tym miejscu nadmienić, że leczenie nastoletnich pacjentów poprzez psychoterapię grupową może pełnić znaczącą funkcję w kształtowaniu się ich reprezentacji self oraz reprezentacji obiektów. Ideą zachęcania pacjentów młodzieżowych do otwartego i szczerego omawiania swoich trudności podczas sesji grupowych jest możliwość przeżycia na nowo minionych i aktualnych wydarzeń i zmodyfikowania ich znaczeń (Blos, 1967). Dzięki temu ego opracowuje lękotwórcze treści w dojrzały sposób. Daje to szansę na uzyskanie większej wewnętrznej autonomii i pogodzenie się z przytłaczającymi niebezpiecznymi sytuacjami. Tematy wnoszone przez pacjentów na sesje niejednokrotnie zawierają w sobie bogatą symbolikę, zachęcają do posługiwania się metaforami, dzielenia się swoimi wyobrażeniami. Odbywa się to jednak w ograniczonym stopniu. Dialog terapeutyczny z adolescentyjnym pacjentem ma specyficzny charakter. W mniejszym stopniu związany jest z przeżywaniami typu „jak gdyby” ze zdolnością reflektowania i odróżniania uczuć od przeżywania ich w relacji do terapeutów. Mamy tutaj do czynienia z dużo większym udziałem dosłowności i z mniejszym udziałem symboliczności (Chwast, 1977) niż w psychoterapii dorosłych.

Zjawiskiem, które jest szczególnie silne w początkowych etapach terapii, jest skłonność adolescentów do podkreślania swojej odrębności przez pogłębianie różnicy pomiędzy „my – pacjenci” a „wy – terapeuci”. Wtedy często pojawiają się ataki na setting, na przykład przez spóźnianie się na sesję, picie czy jedzenie w ich trakcie, nieregularne przychodzenie. Zachowania te często wyrażają potrzebę sprawdzenia terapeutów, testowania norm (Glita, Starowicz, 2002). Acting out służy rozładowaniu złości i innych napięć związanych z grupą. Często też jest przejawem korzystnego procesu separacji, do zaistnienia którego konieczne jest uruchomienie pewnej dozy agresji. Tak więc budowanie zależności wobec grupy i terapeutów staje się zagrażającym procesem. W przeciwprzeniesieniu my, terapeuci, często czujemy się bezsilni, obcy, źli, krzywdzący, nierozumiejący pacjentów. Mamy wtedy wrażenie, jakbyśmy byli po dwóch przeciwnych stronach muru. Uruchamia się wtedy masywnie negatywne przeniesienie. Pacjenci obsadzają nas w roli kogoś, kto jest ucieleśnieniem całego społecznego, kulturowego i rodzinnego zła, nad którym adolescenti ubolewają.

Czasem właśnie taką formę wyrazu przyjmuje prośba o uznanie ich autonomii. W ten negujący aktualną rzeczywistość sposób kierują swoje potrzeby akceptacji i uznania ich przez świat dorosłych. Wysyłają sygnał: „Halo, jesteśmy tu! Musicie zacząć się z nami liczyć!”

Z drugiej strony widać, jak intensywnie rozgrywają wtedy dylematy z kontinuum zależność – niezależność czy przeciwstawianie się nam jako autorytetom – uznanie naszego autorytetu. Taki rodzaj prowadzonej walki z nami często przejawia się w dialogach na temat przymusu bądź dobrowolności leczenia się.

W związku z tym początkowe sesje są pełne silnych stanów emocjonalnych, zarówno w nas, terapeutach, jak i w pacjentach. Po obu stronach tego muru pojawia się poczucie chaosu, zniecierpliwienie, frustracja i złość na przemian z bezradnością.

Często zmagamy się w przeciwprzeniesieniu z obawami o rozpad grupy. Prowadzenie sesji wiąże się z wysiłkiem w pokonywaniu niechęci do pacjentów, często w naszych omówieniach sesji dajemy wyraz wątpliwości, czy i kto przyjdzie na kolejne spotkanie. Różne stany afektywne znoszone przez pacjentów rodzą wysoki poziom napięcia, który uruchamia typowe obrony, czyli bunt, pasywną uległość, zawstydzenie, wyniosłe lekceważenie, protekcyjny stosunek do terapeutów lub chłodną, powściągliwą intelektualizację. Szczególnie znacząco uruchamiają się obawy przed narcystycznym uszkodzeniem przez grupę i/lub terapeutów.

Poniżej prezentujemy pierwszy przygotowany przez nas materiał. Jest to zapis historii stworzonej wspólnie i zapisanej przez pacjentów podczas jednej z sesji, na której nieobecny był jeden z terapeutów. Grupa była wcześniej uprzedzona o jego nieobecności. Już na początku spotkania podczas tak zwanej „rundki” niektórzy z pacjentów dopytywali się o powody nieobecności terapeuty. Fantazjowali, że może terapeuta miał już dość pracy z nimi i dlatego nie przyszedł. Myśleli też, że może pojechał na jakieś szkolenie zawodowe. Jedna z pacjentek zwróciła uwagę na pustą ramę od obrazu i powiedziała, że mogliby włożyć tam zdjęcie terapeuty, a wtedy trochę mógłby być „tak jakby” z nimi. Terapeutka zaproponowała grupie zabawę w ułożenie wspólnej „historii grupowej”. Instrukcja zawierała jedynie dwie wskazówki: każda osoba z grupy powinna być wspomniana oraz każdy z uczestników po kolei dodaje dalszy ciąg historii [zachowano pisownię oryginalną – przyp. red.].

Dziś rano, a potem wieczorem, wydarzyło się coś z udziałem wszystkich uczestników naszej grupy. Wszyscy byli zaciekawieni, co się stało z Panem Piotrem i jego synem marnotrawnym. Jechali autobusem i w tym momencie kierowca autobusu gwałtownie zahamował, gdyż na pasach pojawiła się kaczką i wszyscy polecili do przodu w momencie, gdy autobus zahamował. Głośno przy tym krzycząc. Z kaczki wyszedł czteronogi pająk i wspiął się na autobus. Wszyscy byli przerażeni a zwłaszcza Pan Piotr ze swoim synem. W tym momencie Pan Piotr spojrzął na swojego syna i zapytał: „co o tym myślisz?”. Syn odpowiadając skonsternowanym tonem powiedział, że czuje się wyjątkowo dobrze. Wtedy pojawił się statek obcych i porwał Pana Piotra zostawiając syna w autobusie. Pełen strachu mówi sam do siebie: „co o tym myślę?”. Zaczął sobie powtarzać to pytanie lecz nadal nie mógł na nie odpowiedzieć. Wtedy na statku obcych spotyka wielkiego czerwia. Nagle na statku pojawia się Radek K. (pacjent z oddziału spoza grupy) i pyta, „co jest na obiad” i szybko poszedł to sprawdzić. Wrócił i powiedział: „średnio na jeża”. Wtem kapitan statku Marek A. (pacjent z oddziału spoza grupy) odpowiedział mu: „jakoś to będzie”. Wtem na horyzoncie pojawił się nowy statek pod dowództwem syna Pana Piotra z drugim kapitanem Norbertem (pacjent z oddziału spoza grupy) i pasażerem Jarkiem Paszą. Lecząc śpiewali zawsze swoją piosenkę, której autorem był Wincenty Pipka. Piosenka nosiła tytuł: hymn w wykonaniu sióstr Godlewskich. Ich piosenki miały bardzo dużą oglądalność dlatego, że w teledyskach występował Jarosław Pasza. Statek Norberta i Jarka Paszy i syna Pana Piotra ruszył do ataku na statek Marka A., Pana Piotra i Radka K. w tym nagle Radek krzyknął: „Odkręć gazy”. W tle włączony był jego telefon z grą Terrari. C.D.N.

Opis ten pokazuje, z jaką siłą dochodzi do regresji ego adolescentów, przemieszczenia na nieobecnego terapeutę części pragnień preedypalnych (Ruszkowska, 1997). Z jednej strony pragnień miłości, z drugiej zaś części swojej agresji. W historii tej pacjenci pozbawili mocy terapeutę oraz dali wyraz poczuciu własnej siły. Przedstawiając terapeutę i jego interwencje w „krzywym zwierciadle,” trochę w karykaturalny, drwiący sposób. Być może złość związana była z reaktywacją doświadczeń emocjonalnych utrat i opuszczenia przez ważne preedypalne obiekty. Z drugiej strony wyrazili winę za własną agresją, gdyż obawiali się, że nieobecność terapeuty związana jest z tym, że terapeuta mógł mieć ich dosyć.

Innym ważnym obszarem związanym z adolescencją, który widoczny jest w pracy grupowej, są zmiany zachodzące w strukturze superego (Wilk, 2014). Wycofanie się z preedypalnych i edypalnych obiektów miłości prowadzi do znaczącego osłabienia się superego, które do tej pory czerpało swoją siłę z uwewnętrznionych obrazów obiektów rodzicielskich. To osłabienie prowadzi do wchodzenia przez nastolatków w ryzykowne lub łamiące normy sytuacje. Superego jest wtedy eksternalizowane. Proces ten dotyczy interakcji ze wszystkimi znaczącymi dorosłymi, w tym z terapeutami na sesjach grupowych. Pacjenci chętnie obsadzają terapeutów w roli sędziów w sprawie egzekwowania konsekwencji łamanych zasad oddziaływanych, w tym przekroczenia limitu nieobecności, zażywania substancji psychoaktywnych czy zachowań agresywnych lub autoagresywnych.

SESJA 1

Ilustracją tego zjawiska jest fragment zapisu sesji:

W trakcie sesji pacjent Darek mówi o swoich wątpliwościach. Dotyczą one myśli, że czasem ma ochotę zabić człowieka. Na sesji grupowej relacjonuje, że chciałby się dowiedzieć, jak będzie się czuł czy cokolwiek by czuł, gdyby zabił człowieka. Odnosi się do braku motywu tego postępowania, pyta grupę i terapeutów, co o tym sądzą, czy to jest normalne. Odpowiada mu Adam, mówiąc, że o to samo pytał lekarza oddziałowego, który stwierdził, że takie myśli mogą przechodzić przez głowę każdego człowieka, kiedy jest wściekły czy rozzłoszczony. Adam zaznacza jednak, że on ma takie myśli w stosunku do konkretnych osób i tylko gdy ma ku temu powód. Darek, w niepokoju, nadal oczekuje odpowiedzi. Zastanawia się, co by zrobił, gdyby był w posiadaniu broni w domu: czy zdecydowałby się jej użyć, by kogoś zabić? Grupa konfrontuje go z faktem, że posiada w domu niebezpieczne przedmioty (noże kuchenne itp.) i nie używa ich w tym celu. Darek zwraca się wprost do terapeuty z pytaniem, czy to normalne, że czasem myśli o tym, żeby sprawdzić, co by się stało, gdyby zabił człowieka. W tym czasie inny pacjent komentuje, że pewnie teraz po tej rozmowie przed wejściem na oddział Darek będzie sprawdzany, czy nie wnosi niebezpiecznych przedmiotów i że pewnie terapeuci myślą sobie o Darku, że jest niebezpieczny dla innych. Darek ponawia pytanie, kierując je do terapeuty: „Czy to normalne, czy myśli te sprawiają, że w przyszłości będę mordercą?”

W przytoczonym powyżej fragmencie odgrywa się bardzo silna gra przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowa. Widać w niej oczekiwanie pacjenta na błyskawiczną odpowiedź, rozstrzygnięcie, które miałyby okazać się uspokajające dla pacjenta i grupy. Natomiast odpowiedź przeciwprzeniesieniowa terapeutów zawierała się w poczuciu chaosu, myśli, że wszystko dzieje się szybko – tu i teraz, że pacjent nie daje zbyt wiele czasu do namysłu. Nasze myśli związane były właśnie z pewnym przymusem podjęcia roli superego. W trakcie tej sesji terapeutci omawiali z pacjentem wyrażone w ten sposób pragnienie przywrócenia poczucia bezpieczeństwa. W dalszej części rozmowa dotyczyła granic pomiędzy myślami a czynami, trudności do wyrażania słowami pewnych stanów emocjonalnych, które pojawiają się w świecie wewnętrznym bez konieczności ich realizacji.

Warto również dodać pewien komentarz. W trakcie trwania kryzysu rozwojowego ego pacjenta jest osłabione, zmniejsza się zdolność do tolerowania frustracji oraz kontroli impulsów. Naprzeciw temu wychodzi grupa, która była zdolna do pomieszczenia tych fragmentów self pacjenta. Taka zdolność ze strony grupy uspokoiła pacjenta. Brak naszej reakcji na oczywistą deklarację zawierającą w sobie sporą dozę agresji związany był właśnie z wyżej opisanym poczuciem.

Zauważamy, że często prowokacyjne zachowania czy inicjowanie kontrowersyjnych tematów jest podyktowane potrzebą przywrócenia poczucia bezpieczeństwa, uspokojenia, ulgi, przywrócenia wewnętrznego porządku. W kategoriach metapsychologicznych można powiedzieć, że reprezentacje self i reprezentacje obiektu pacjentów wymagają stabilności i wyraźnych granic. W zależności od poziomu rozwoju grupy terapeutci mogą pełnić w niej różne funkcje. Albo stajemy się sadystycznymi, krytycznymi czy ośmieszającymi obiektami zależności, a wtedy reaktywuje się bardziej archaiczna postać superego, albo z czasem superego może mieć bardziej edypalny, neurotyczny wymiar – wtedy zwykle tego przejawem jest traktowanie norm przez pacjentów jako opiekuńczych, dających stabilizację, normy nie są kojarzone z surowością czy inwazją na ich niezależność.

Chociaż nie istnieje żadna wyraźna granica oddzielająca poszczególne fazy procesu grupowego, jednak stosunkowo łatwo dostrzec to, jak grupa się zmienia. Po chaosie, ostrożności, lęku i niepewności z pierwszych spotkań, po wyrażeniu złości i innych trudnych uczuć grupa przechodzi dalej. Ujawniają się wtedy kolejne zjawiska charakterystyczne dla okresu adolescencji. W przypadku opisywanej przez nas grupy pacjenci zaczęli swobodniej ujawniać zdolność do abstrakcyjnego myślenia oraz chęć używania jej jako narzędzia do rekonstruowania otaczającej rzeczywistości. Tendencja ta pojawiała się jako przekonanie nastolatków o omnipotencji myślenia i możliwości przerabiania świata jedynie przez rozmyślanie nad nim. Wtedy na sesjach pojawiły się treści filozoficzne, na przykład na temat porządku świata, niesprawiedliwości, polityki itd. Towarzyszyło temu poczucie zniecierpliwienia dorosłymi, którzy wydali się rozgrzebywać i niepotrzebnie komplikować problemy, które mogłyby z łatwością zostać rozwiązane przez logiczne podejście. Warto tutaj wspomnieć, iż zafascynowanie własnym wysiłkiem umysłowym, jego nowymi możliwościami związanymi z rozwojem

abstrakcyjnego myślenia jest zjawiskiem rozwojowym. Jednak ważne jest, by spróbować zrozumieć jego funkcje: niebezpieczne staje się wtedy, kiedy służy do narcystycznego wycofania się ze świata realnego.

Taki rodzaj uruchomienia omnipotentnego myślenia chroniącego przed dylematami z zależnością wobec osób bliskich można zauważyć w przytoczonym poniżej fragmencie sesji.

SESJA 2

Marek wchodzi bardzo spóźniony i opowiada o sytuacji ze swoją mamą, która od rana wypytuje go, czy zadbał o porządek, zjadł posiłek itp. Chłopak nie rozumie postępowania matki, mówi o jej głupich zachowaniach, mało rozwojowym funkcjonowaniu. Nazywa matkę idiotką, której mózg jest ograniczony do bardzo podstawowych, sztywnych zwyczajów. Temat ten aktywizuje Anię S., przytacza ona przykład swoich niedojrzałych rodziców, którzy przychodzą do niej po porady na temat życia. Ania uważa, że kobiety generalnie są głupie, bo nigdy nie widziała, żeby kobiety na przykład w kawiarni dyskutowały o teorii stworzenia świata, tylko o głupich liquidach. Pacjenci mówią o dorosłych, że kiedy ci mają już dom i dzieci, przeżywają kryzys, wtedy ich rozwój się kończy, mogą być tylko zrzędlivi i przestają mieć bogate życie duchowe. Marek kontynuuje swoją opowieść o rodzicach – ojciec przestał mu zabierać różne przywileje, na przykład komputer, bo to niewiele zmieniało w jego funkcjonowaniu, rodzicom zależy tylko na tym, żeby „on, na miłość boską, zaczął chodzić do szkoły”. Pacjent w cyniczny sposób mówi o tym, że chciałby ojca wyciągnąć z tego stanu. Pokazać mu jakiś film, zaprosić do dyskusji, uwolnić ojca od ciągłego myślenia o przyziemnych sprawach i pracy. O matce mówi, że ta koncentruje się tylko na zabezpieczeniu potrzeb syna, załatwianiu mu różnych spraw, nadskakiwaniu. Marek uważa, że to jest głupie i niepotrzebne. On chciałby z matką porozmawiać na jakies głębsze filozoficzne tematy, poznać jej światopogląd, a ona go nie słucha, nie interesuje ją to, tylko pyta, czy zrobił pranie, martwi się o to, co z nim będzie. Kiedy terapeuta zapytał pacjenta, czy obawia się, że terapeuci mają tak samo zamknięty umysł, jednoznacznie potwierdził i zaproponował, żeby na kolejnych sesjach oglądać jakieś ciekawe filmy. Zgłosił się, że może je przynieść.

Podczas tej sesji pacjenci jawili nam się jako osoby, które chcą być w pełni niezależne, bez lęku, z poczuciem siły. Równocześnie dawali się poznać jako zaprzeczający pragnieniom zależności oraz zaprzeczający poczuciu kruchości. W tym momencie tworzyli z nami taką relację, w której byliśmy dla nich nieważni, bezradni oraz nieco zawstydzeni światem, jaki im proponujemy. Nasze odczucia można by powiązać z identyfikacją z odszczepionymi aspektami self pacjentów, aspektami związanymi z szeroko pojętą depresyjnością (Tomkiewicz, 1992).

Innym znaczącym zjawiskiem obserwowanym w przebiegu procesu grupowego jest mechanizm idealizacji i rozczarowania. Odzwierciedla się on w niszczeniu wartości psychoterapii czy wręcz w słownym ataku na terapeutów. Poniżej krótki opis

sesji, w którym pacjenci podczas dyskusji o ulubionych filmach i serialach mówią o idealizacji i dewaluacji.

SESJA 3

Ala mówi o serialu o psychoterapeucie Bez tajemnic. Podziwia jego technikę pracy. Uważa, że w serialu pokazane jest prawdziwe zaangażowanie terapeuty – czego nie widzi na co dzień u terapeutów grupowych. Wspomina swoją terapeutkę z ubiegłego roku, która odeszła, i uważa, że tamta terapia dużo jej dawała. Uważa, że tamta terapeutka była bardziej otwarta i śmieiej wyrażała swoje zdanie na różne tematy.

Podczas sesji, której krótki fragment opisany jest powyżej, komentowaliśmy pragnienie pacjentki zaangażowania terapeutów do większej aktywności i pomocy. Doprowadziło to do rozmów o obawach pacjentki przed własnym zaangażowaniem oraz groźby dewaluacji znaczenia leczenia, gdy pragnienie to nie zostanie spełnione.

Gdy warunki grupowe stają się stabilne, pacjenci regularnie przychodzą na sesje, nie spóźniają się, granice stają się jasne i są przestrzegane oraz udaje się ograniczyć acting outy. Wśród pacjentów wzrasta stopniowo zdolność do rozpoznawania własnych stanów emocjonalnych oraz ich rozumienie. Wtedy aktywność terapeutów nabiera nieco innego charakteru. Prowadzący nie muszą już tak często aktywizować grupy przez proponowanie ćwiczeń. Zazwyczaj podczas „rundki” rozpoczynającej uczestnicy znajdują temat do wspólnych rozmów, ich otwartość i spontaniczność staje się możliwa.

SESJA 4

Poniżej znajduje się przykład z takiej sesji.

Sesję rozpoczynają relacje pacjentów na temat samopoczucia. Po krótkiej ciszy rozpoczyna Ala S., dzieląc się z grupą swoją refleksją na temat swojego ewentualnego powrotu do szkoły macierzystej. Mówi, że nie wyobraża sobie, żeby miała znów tam wrócić z jednej strony, ale z drugiej widzi, jak trudno jej mobilizować się do nauki, a bardzo chce zdać dobrze maturę z fizyki i matematyki. Mówi o swoich trudnościach z mobilizacją do samodzielnej nauki. Do tego włącza się Ala J., która mówi o swoich zaległościach w nauce i motywowaniu się do ich nadrabiania. Ujawnia, że ostatnio rozważała powrót do swojej szkoły, ale mama powiedziała jej, że to prowadziłoby do utraty roku, bo jedynie na oddziale udało się jej uzyskać jakąś regularność. Do rozmowy dołączają się kolejni pacjenci – Justyna O. opowiada o swoim funkcjonowaniu w szkole – ma ambicje, by pójść na medycynę, a na oddziale wydaje jej się, że nie uda jej się na to przygotować. Jednocześnie mówi o tym, że w szkole czuła się obco, nie potrafiła się odnaleźć w klasie, a tutaj poznała fajnych ludzi i się z nimi związała. Darek z kolei nie wyobraża sobie powrotu do swojej szkoły, jest przekonany, że ludzie myślą o nim, że „jest jakimś psychopatą”, bo z nikim tam nie rozmawiał, a w trakcie nauki w swoim liceum

podjął próbę samobójczą. Grupa pyta Marcina o to, jak on czuł się w swojej szkole – tak jak inni z grupy odpowiada, że on także nie chciałby wracać do szkoły, głównie ze względu na nauczycieli, którzy „uwzięli się” na niego i nie przepuszczają go do następnej klasy.

Następnie Ala S. zmienia temat i rozpoczyna opowieść o swojej babci i jej poglądach, w których kompletnie nie rozumie perspektywy młodzieży. Babcia ma bardzo konkretne poglądy, narzuca swoje zdanie co do religijności, stylu ubierania się czy zachowywania Ali. Pacjentkę bawi zaściankowość babci. Na to odzywa się Ala J. i przywołuje postać swojej babci, która korzysta z facebooka i gra w gry na komputerze. Justyna O. włącza się do rozmowy, mówiąc o swoim zainteresowaniu piercingiem – dziewczyny opowiadają wzajemnie sobie o swoich doświadczeniach w przekłuwaniu różnych miejsc na twarzy i o tym, jak reagują na to ich matki. Darek włącza się do rozmowy mówiąc, że według niego przekłuwanie uszu nie jest w jego stylu, ale za to podobają mu się tatuaże. W pacjencie narasta jednak napięcie z powodu dłuższego milczenia prowadzących i zaczyna dopytywać terapeutę o jego zdanie na temat piercingu. Rozwija się dyskusja na temat relacji z terapeutami i tego, czy oni także nie potrafią patrzeć z perspektywy młodzieży i czy w ogóle rozumieją to, o czym pacjenci mówią. Pacjenci chcą poznać zdanie terapeutów na ten temat. Justyna O. powraca do tematu piercingu i swoich planów zostania lekarzem. Mówi, że w gruncie rzeczy to pewne decyzje z młodości mogą pozostawić nieodwracalne skutki i mogłyby wpłynąć na późniejsze losy, przywołuje wizję lekarza z tatuażami albo „wielkimi kanałami” – z „dziurami” po piercingu. Marcin mówi, że on nie ma zdania na temat piercingu i w ogóle ma nudne życie. Grupa dopytuje, co ma na myśli. Terapeuta zwraca uwagę na jego zainteresowania i klarowne plany co do własnej przyszłości (Marcin chce być motorniczym albo kierowcą autobusu) oraz na zawstydzenie pacjenta tym tematem. Marcin potwierdza, że rzeczywiście tak jest, mówi przy tym, że w świetle ostatnich zdarzeń to już w ogóle nie wie, co będzie. Ala S. zwraca uwagę na to, że dobrze im się dzisiaj rozmawiało, ktoś inny dorzuca: „To dlatego, że było mniej osób”. Kończy się sesja.

Wyżej zaprezentowana sesja zawiera w sobie materiał, który charakteryzuje się większą spójnością. Wyłania się poczucie słabości, bezbronności adolescentów, których łatwo można urazić, nie wierzą w swoją wartość. Potrzebują być utwierdzeni w tym, że są akceptowani i szanowani. Testują siebie nawzajem oraz terapeutów, próbując odczytać, czy jesteśmy godni ich zaufania i czy możemy na sobie polegać, wchodząc w relację zależności. Wyraźnie widać większą gotowość do tolerowania ambiwalencji, pomieszanie ról i poszukiwanie własnej tożsamości. Podatność na zranienie i zależność pobudza lęki. Charakterystyczne jest również ciągłe sprawdzanie reakcji i silne poczucie wstydu (Anastasopoloulos, 2008). Z czasem u terapeutów pojawia się pragnienie, by stać się idealnym opiekunem, i postrzeganie siebie jako nierealistycznie wyniesionego, aż do idealizacji. Komentowanie naprzemiennie pojawiających się skrajności prowadzi do utrzymania ambiwalentnego obrazu obiektu zależności.

Podsumowanie

Nasze opracowanie obejmuje zbiór różnych refleksji oraz dylematów pojawiających się w pracy terapeutycznej z młodzieżą. Towarzyszenie pacjentom w przechodzeniu kryzysu adolescencyjnego jest wyzwaniem wymagającym stałej analizy i refleksji nad znaczeniem nie tylko zachowań pacjentów, ale i własnych. Pozostawanie w pozycji technicznej neutralności wobec konfliktowości pacjentów bywa bardzo trudne, a czasem wręcz niewskazane, gdy dochodzi do głębokiego osłabienia superego i funkcji ego pacjentów. Wtedy terapeuci powinni stać się oparciem dla osłabionego ego i superego poprzez czasami bardzo zdecydowane bronienie preferowanych przez siebie ideałów i modelu superego, a czasem przez mniej lub bardziej częściowe ich „zdradzenie”. Praca z adolescentami to proces szczególnie angażujący i budzący silne uczucia przeciwprzeniesieniowe.

Na sam koniec pragniemy zaznaczyć, że część procesów zmian zachodzących w adolescentach związanych jest z faktem, iż terapeuta staje się obiektem identyfikacji i zostaje włączony w obszar superego i ideału ego. Tak więc im więcej przeżyć omówią, opiszą, narysują, wytworzą i opracują intelektualnie w relacji z nami, terapeutami (czy na sesjach grupowych lub na korytarzu tuż po sesji), w tym większym stopniu fakty te będą pozostawały pod dojrząszą kontrolą silniejszego i lepiej funkcjonującego ego.

Literatura

- Anastasopoulou D. (2008). Setting i naruszanie granic w psychoterapii psychoanalitycznej adolescentów. W: K. Walewska (red.), *Psychoanaliza współcześnie. Dziecko w terapii*. Warszawa: Mediapage.
- Berzoff J. (1996). Psychospołeczny Rozwój Ego: Teoria Erika Eriksona. W: J. Berzoff, L.M. Flanagan, P. Hertz (red.), *Inside Out and Outside In: Psychodynamic Clinical Theory and Practice in Contemporary Multicultural Contexts*. New York: A Jason Aaronson Book.
- Blos P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 162–186.
- Blos P. (1976). How and when adolescence end? W: Feinstein S.C., Giovacchini E. (red.) *Adolescence Psychiatry*. New York: Aaronson.
- Chwast J. (1977). Psychotherapy of disadvantaged acting – out adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 31(2), 216–226.
- Erikson E.H. (2004). *Tożsamość a cykl życia*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Glita P. (2002). Psychoterapia młodzieży w wieku gimnazjalnym. *Psychoterapia*, 3(122), 37–58.
- Glita P., Starowicz K. (2002). Psychoterapia grupowa adolescentów w wieku gimnazjalnym. *Psychoterapia*, 3, 37–57.
- Ruszkowska E. (1997). Okres adolescencji w ujęciu psychoanalitycznym. *Dialogi. Zeszyty Instytutu Psychoanalizy i Psychoterapii*, 1/2, 31–36.
- Tomkiewicz S. (1992). Depresja wieku dojrzewania. W: K. Walewska, J. Pawlik (red.), *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wilk M. (2014). *Diagnoza w socjoterapii. Ujęcie psychodynamiczne*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Piotr Musiał
Certyfikowany psychoterapeuta PTPPd
Centrum Neuropsychiatrii Neuromed we Wrocławiu
Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
Dolnośląskie Centrum Psychodynamiczne
piotr.musial@umed.wroc.pl

Mariola Mościcka
Centrum Neuropsychiatrii Neuromed we Wrocławiu
praktyka prywatna
matyszczak.m@gmail.com