

Ewelina Rejner-Cupiał, Ewa Stachowiak

Specyfika pacjenta młodzieżowego z zespołem Aspergera

na tle psychodynamicznej psychoterapii grupowej¹.

Część II

słowa kluczowe: psychodynamiczna psychoterapia grupowa młodzieży, zespół Aspergera

W tej części opracowania chcemy podjąć temat psychoterapii grupowej adolescentów z zespołem Aspergera (ZA): specyficznych zjawisk procesu oraz propozycji wskazówek i zasad, które wydają się pomocne w skutecznym procesie ich leczenia. Na podstawie doświadczeń własnych uważamy, że to bardzo dobra forma terapii tych pacjentów, pod warunkiem, że jest ona prowadzona w oparciu o pewien konkretny model i że spełnione zostaną pewne kryteria.

W naszym ośrodku propozycja terapeutyczna dla adolescentów z ZA to głównie propozycja pracy w grupie, na jednym z dwóch poziomów:

- grupa rozwoju psychospołecznego,
- grupa psychoterapeutyczna, prowadzona psychodynamicznie, z elementami psychoedukacji.

Grupa rozwoju psychospołecznego to grupa, do której trafiają pacjenci z rozpoznaniem ZA: 1) prezentujący wysoki poziom deficytu albo 2) cechujący się niższym niż przeciętny potencjałem intelektualnym. Praca odbywa się tutaj poprzez psychoedukację i wsparcie, naukę zachowań pożądaných społecznie i dotyczy poziomu świadomego, a czynnikiem leczącym jest głównie doświadczenie korektywne.

Grupa psychoterapeutyczna z kolei to grupa heterogeniczna pod względem diagnoz i homogeniczna pod względem wieku i potencjału intelektualnego pacjentów. Terapia prowadzona jest tu w oparciu o proces grupowy, za pomocą klasycznych technik psychodynamicznych. Analizuje się tu świadome i nieświadome aspekty funkcjonowania pacjenta oraz grupy jako całości. Praca wspomagana jest przez elementy psychoedukacji. Przeznaczona jest dla młodzieży:

- ze śladowymi cechami ZA lub nasilonymi objawami ZA, ale z towarzyszącym co najmniej przeciętnym potencjałem intelektualnym (w praktyce pacjenci posiadają IQ najczęściej powyżej przeciętnej, co sprzyja kompensowaniu deficytów w zakresie mentalizacji intuicyjnej); pacjenci z diagnozą ZA stanowią tylko mniejszą część grupy (2–3 osoby z tą diagnozą);

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

- dostrzegającej problem, posiadającej motywację do zmian, a więc o mniejszej sile obronnego zaprzeczenia – pacjenci ci wiedzą i czują, że sobie nie radzą i lokują przyczyny w sobie;
- dążącej do nawiązania relacji rówieśniczych – pacjenci, którzy odczuwają potrzebę kontaktów, ale odnoszą na tym polu niepowodzenia.

Przedstawiony poniżej model leczenia i opisane zasady odnoszą się do pracy w grupie prowadzonej w nurcie psychodynamicznym.

1. Specyfika przeciwprzeniesienia

Pierwszym obszarem, na który chcemy zwrócić uwagę, jest przeciwprzeniesienie. W kontakcie z nastolatkami z ZA terapeuta ulega pewnym specyficznym stanom, wynikającym z jego własnych reakcji emocjonalnych na pewne aspekty relacji, wnoszone przez pacjenta.

Pierwsza sytuacja, jaka ma miejsce dosyć często w praktyce, to postrzeżenie wszystkiego w kategoriach deficytu. Nie widzimy wówczas agresji pacjenta, jego oporu, a raczej współczujemy mu. Dochodzi do identyfikacji terapeuty z pacjentem w zakresie jego poczucia bezradności, beznadziei, bycia niezrozumianym, a co za tym idzie – jesteśmy wówczas skłonni do nadużywania technik terapii wspierającej. Rozeznawanie deficytu przez terapeutę, czy to faktycznego, czy subiektywnego, skutkuje wzrostem aktywności podtrzymującej, wspierającej (Drozdowski, 2007). Często w takich okolicznościach terapeuta racjonalizuje sięganie po tego rodzaju interwencje, zaprzepaszczając szanse na głębszą pracę.

Opisywanemu fenomenowi towarzyszy także utrata symbolizacji w relacji terapeutycznej, co najczęściej bywa wyrażone przez uczucie nudy. Można powiedzieć wówczas, że pacjenci ci zarażają swoją konkretnością, paraliżują naszą zdolność stawiania hipotez. W konsekwencji zablokowania myślenia terapeuta ma poczucie, że nic nie da się zrobić. Doświadczamy więc braku nadziei, uznajemy zaburzenie za nieuleczalne.

Druga skrajność, również często spotykana, to zaprzeczanie obecności deficytu u pacjenta. Dzieje się tak wówczas, kiedy na przykład narcystyczna fasada bywa tak silna, że niejednokrotnie pod wpływem przeciwprzeniesienia tracimy z pola widzenia deficyty pacjenta, w zamian diagnozując rozwój osobowości narcystycznej.

Zjawiskiem pokrewnym do poprzedniego są trudności w akceptacji ograniczeń pacjenta i własnej bezradności, które przejawiają się w zachowaniach terapeutów na przykład poprzez irytację, chęć zmiany pacjenta bez próby zrozumienia go, interwencje wychowawcze (dyscyplinowanie, pouczanie, przybieranie karzącego tonu), niechęć do angażowania się w świat pacjenta, do przedzierania się przez jego nieczytelną komunikację. W tym przypadku, jak i poprzednim, terapeuta ma tendencję do nadużywania technik z kręgu psychoterapii ekspresyjnej, czyli stawia pacjentowi wygórowane wymagania, często niemożliwe do spełnienia ze względu na jego deficyt. Terapeuta może także często doświadczać lęku przed własną agresją, mieć poczucie krytykowania pacjenta, kiedy nazywa jego inność, co bywa związane z aktywizacją

rozszerzonego mechanizmu funkcjonowania w relacjach. Terapeuta pozostaje wówczas w identyfikacji z rolą prześladowcy, a pacjent – co najczęstsze przy tym zaburzeniu – w identyfikacji z rolą ofiary.

Inne, wydaje się, że interesujące i specyficzne dla pacjentów z ZA zjawisko przeciwprzeniesieniowe to lęk przed spontanicznością pacjenta. Terapeuta może nieświadomie chcieć utrzymywać pacjenta w depresji i lęku, aby nie kontaktować się z kłopotliwie i nieadekwatnie wyrażaną przez niego popędowością (Jacobsen, 2003).

2. Model psychoterapii grupowej dla pacjentów z ZA

Ze względu na specyfikę ZA żaden z opracowanych do tej pory modeli psychoterapii nie wydaje się w pełni dostosowany do potrzeb i możliwości pacjentów z tym rozpoznaniem. Stosowany przez nas wariant stanowi hybrydę psychoterapii ekspresywnej i wspierającej, przy czym jest to model płynny, to znaczy dostosowywany do każdego pacjenta z osobna, a także zmienia się w czasie w zależności od stanu funkcjonowania pacjenta.

Inspirację teoretyczną stanowi między innymi koncepcja psychoterapii wspierającej Otto Kernberga (2011), która różni się znacząco od potocznego rozumienia psychoterapii wspierającej. Celem terapii nie jest tu dawanie rad czy gotowych rozwiązań ani utrzymywanie pacjenta w roli ofiary, aczkolwiek psychoterapeuta traci w pewien sposób neutralność terapeutyczną, dzieląc się sugestiami i podejmując interwencje w środowisku zewnętrznym pacjenta.

Celem nadrzędnym naszego modelu psychoterapii jest profilaktyka zaburzeń osobowości. Dążymy także do tego, aby pacjent wypracował optymalną adaptację w ramach swoich deficytów oraz realizował zadania rozwojowe, ponosząc przy tym jak najmniejsze koszty życiowe.

Cele bardziej szczegółowe są podobne jak w przypadku młodzieży z innymi rozpoznaniami, jednak tu szczególną uwagę zwracamy na potrzebę rozwijania u pacjentów kompetencji mentalizowania.

2.1. Elementy pracy ekspresywnej

Nasza rola psychoterapeuty polega z jednej strony na kontenerowaniu intensywnych afektów pacjenta, z drugiej – na dążeniu do uczynienia go bardziej świadomym mechanizmów funkcjonowania w relacjach. Dlatego też kluczowa jest stała koncentracja na afekcie pacjenta oraz monitorowanie jego zachowań i interakcji z grupą w trakcie sesji. Ponieważ pacjenci ci mają szczególną trudność w adekwatnej ekspresji emocji i werbalizowaniu stanów wewnętrznych, bardziej możemy polegać na tym, co obserwujemy, niż na tym, co mówią. Dla zobrazowania tego zjawiska przytoczymy fragment sytuacji klinicznej. Jeden z naszych pacjentów z ZA po tym, jak zerwała z nim dziewczyna, wycofał się z aktywności w grupie na okres ponad dwóch miesięcy. Był albo senny, bez kontaktu, albo poirytowany i rozdrażniony. Podejrzewaliśmy nawet, że pozostaje pod wpływem środków psychoaktywnych. Mówił o nienawiści wobec byłej dziewczyny

i pragnieniu zemsty, snuł plany przedmiotowego traktowania kolejnych dziewcząt. Zachowanie to jednak okazało się silną reakcją depresyjną. Tylko wytrwałe, powtarzalne konfrontowanie pacjenta z jego reakcjami wobec nas oraz pokazywanie mu sprzeczności pomiędzy deklaracjami a dającym się zaobserwować afektem pomogło mu ostatecznie, po długim czasie oporu, uznać, że poczuł się zdruzgotany tym niepowodzeniem miłosnym i że znacznie ucierpiał na tym wydarzeniu jego poczucie własnej wartości. Ten przykład pokazuje, jak bardzo to, co deklarował ten nastolatek, stało w sprzeczności z tym, co mogliśmy obserwować w jego afekcie i interakcjach z grupą. Jest także ilustracją, jak wygląda rozszczepienie u nastolatka z ZA oparte o oscylację pomiędzy self w roli ofiary i roli prześladowcy, przy czym identyfikacja z rolą agresora często jest u tych pacjentów sposobem poradzenia sobie z doświadczeniem odrzucenia.

W ramach psychoterapii ekspresyjnej z pacjentem z ZA odbywa się także praca nad prymitywnymi mechanizmami obronnymi. Chcemy go uczynić świadomym niekorzystnych efektów tych mechanizmów. Aby to zobrazować, wróćmy do przykładu sprzed chwili. Omawialiśmy z tym nastolatkiem rozszczepioną wizję byłej dziewczyny, jej dewaluację, którą stosował, aby poradzić sobie z poczuciem odrzucenia. Chcieliśmy, aby pacjent zintegrował jej obraz i był zdolny do świadomego przeżycia utraty. Pokazywaliśmy, jak taka prześladowcza wizja dziewcząt może wpływać na jego dalsze relacje z nimi. Można by powiedzieć, że jest to typowa praca, nieróżniąca się niczym od pracy z pacjentem osobowościowo zaburzonym.

Jak było to również widać w przytoczonym przykładzie, w pracy z pacjentem z ZA nieodzowne jest także intensywne monitorowanie przeniesienia, zwłaszcza negatywnego, klaryfikowanie i konfrontowanie z nim pacjenta. Podobnie jak w terapii dorosłych, pomijanie tego aspektu uniemożliwia zmianę i prowadzi do drop outu.

Kolejna zasada odnosi się do obecności członków grupy, którzy pełnią rolę lustra społecznego – są źródłem informacji zwrotnych dla pacjenta na temat jego funkcjonowania. To ważne, ponieważ często to jedyna grupa odniesienia, którą mają ci pacjenci. Ponadto odbywa się to w bezpiecznych warunkach, co też nie jest bez znaczenia.

W toku całego procesu psychoterapii (można by powiedzieć – „z tyłu głowy”) konieczna jest uważna weryfikacja, gdzie kończy się obrona, a gdzie zaczyna deficyt, czyli innymi słowy: ile od pacjenta można wymagać, gdzie stosować interpretację, a gdzie pomóc mu uznać własne ograniczenia.

2.2. Elementy terapii wspierającej

Opisane elementy terapii ekspresywnej równoważone są w pracy z elementami bardziej „miękkimi”, mniej wymagającymi, które stosuje się zwyczajowo w terapii adolescentów, nie tylko z ZA.

2.2.1. Aktywne diagnozowanie i badanie życia pacjenta

Ze względu na opisywaną wcześniej trudność w komunikacji, terapeuta nie może być wycofany. Konieczne jest tu aktywne diagnozowanie i badanie życia pacjenta. Pacjent

ten prawdopodobnie nie powie nam wielu rzeczy sam, a jeśli nawet powie, to niekoniecznie będzie to cokolwiek, co pozwoli nam wnioskować szeroko o jego życiu wewnętrznym.

Ta specyficzna aktywność ze strony terapeuty zakłada, że:

- utrzymuje on stałą ciekawość, otwartość i uważność wobec wnoszonych przez pacjenta treści;
- zadaje pytania w sposób precyzyjny i celowany, ukierunkowany na pozyskanie konkretnych informacji;
- często używa klaryfikacji jako narzędzia do weryfikacji zawiłych i nieczytelnych treści przekazywanych przez pacjenta – stale więc pyta pacjenta, co miał na myśli, opisuje, jak rozumiał jego słowa, oraz zadaje wiele pytań, aby zbudować sobie jak najszerszy obraz relacjonowanych przez niego sytuacji;
- nawiązuje do materiału z poprzednich sesji – na przykład pytając o wydarzenia z życia i ich dalszy przebieg, jeśli działo się coś istotnego, lub odnosząc się do zachowań pacjenta wobec grupy na poprzednich sesjach;
- zachęca pacjenta do namysłu, wzbudza ciekawość światem wewnętrznym swoim i innych ludzi, zachęca do przyjmowania innej perspektywy, czyli wspiera umiejętności mentalizacji; osiąga to, zadając przykładowe pytania: „Jak myślisz, dlaczego grupa milczy po tym, co powiedziałaś?”, „Dlaczego inni teraz się śmieją, jak to rozumiesz?”, „Dlaczego grupa zaczyna zmieniać temat, kiedy chcesz coś powiedzieć?” albo pytania mające na celu wzmacnianie ego obserwującego: „A gdybyś był przez chwilę swoim własnym psychologiem, to co byś sobie teraz odpowiedział?”

2.2.2. Pomiędzy wymogami rzeczywistości zewnętrznej a światem wewnętrznym

Następna zasada mówi o celach terapii. W psychoterapii grupowej pacjentów z ZA zawsze ustalamy je razem z pacjentem, ponieważ to wzmacnia jego samodzielność i zapobiega rozwojowi pasożytniczego korzystania z grupy terapeutycznej. Pacjenci z ZA często tworzą sobie w grupie bezpieczne, zastępcze środowisko, do którego przywierają, jednocześnie unikając dokonywania zmian w życiu. Zapisane przez pacjenta cele terapii to ważny materiał, odniesienie do rzeczywistości, do którego możemy się odwołać w momentach kryzysu i nasilenia oporu. Odbywa się to na początku terapii, ponieważ niesie ze sobą diagnostyczną informację, czy i jak pacjent definiuje swój problem i jaka jest siła zaprzeczania deficytom.

Wyzwaniem dla terapeuty może być także unikanie postawy wychowującej, która rodzi się często jako skutek bezradności czy naszej niecierpliwości wobec braku postępów pacjenta. Idealna równowaga polegałaby na staniu po stronie wymagań rzeczywistości przy jednoczesnym zachowaniu postawy terapeutycznej, zainteresowanej wewnętrznym światem pacjenta. Bywa to bardzo trudne. Ilustracją tego niech będzie nasz pacjent, który przez wiele miesięcy spóźniał się na sesje terapii grupowej i całą przerwę spędzał w toalecie, blokując do niej dostęp innym pacjentom. Bywał odbierany jako złośliwy, niepodporządkowany. Jego zachowanie wyzwalало w terapeutach i grupie

tendencje do odreagowań poprzez dyscyplinujące go pogadanki. W końcu stało się jasne, że pacjent ten dąży w ten sposób do izolacji. Pierwsza sesja terapii grupowej i przerwa na zatłoczonym, głośnym korytarzu to było zbyt wiele bodźców jak na jego możliwości. W interwencjach wobec tego pacjenta musieliśmy więc brać pod uwagę zasady kontraktu, jak i jego potrzeby związane z nadwrażliwością.

W ramach terapii wspierającej dążymy także do zapoznania pacjenta z jego deficytami i uznania ich jako części osobowości, która nie zagraża poczuciu własnej wartości. Wiele czasu poświęcamy udzielaniu pacjentowi pomocy w zrozumieniu, jak pewne jego zachowania – sztywne, zautomatyzowane – szkodzą jego interesom; jaki mają wpływ na jego relacje, efektywność działania; jaką pełnią funkcję w jego życiu. Na przykład z pacjentem, który ilekroć w trakcie sesji następowała chwila napięcia, wybuchał śmiechem do własnych, niezwiązanych z tematem myśli, pracowaliśmy nad uświadomieniem mu, że te wybuchy śmiechu pełnią rolę kapsuły niedostępności, że za ich pomocą radzi sobie z napięciem i że mogą być one odbierane przez innych jako wyraz lekceważenia czy postawy wyższościowej, nawet jeśli nie jest to jego zamiarem.

Dwie kolejne zasady dotyczą wyjścia poza rzeczywistość wewnętrzną pacjenta i uwzględnienia w procesie terapii aspektu rzeczywistości zewnętrznej. Po pierwsze – konfrontujemy pacjenta z informacjami na temat jego funkcjonowania, wniesionymi przez rodziców czy szkołę, zwłaszcza jeśli pacjent sam nie wnosi nam informacji, na przykład na temat absencji szkolnych, spraw sądowych, konfliktów z nauczycielami, zachowań autoagresywnych itp. Po drugie – czasem konieczne są interwencje w środowisku zewnętrznym, na przykład gdy pacjent relacjonuje nam, że jest ofiarą przemocy domowej lub szkolnej, lub gdy nasze terapeutyczne działania stoją w opozycji w stosunku do wymagań wobec pacjenta w środowisku domowym i szkolnym. Jest to niezbędne między innymi to tego, by zbudować spójną wizję jego problematyki w różnych środowiskach.

2.2.3. Pułapka projekcyjności

Kolejna zasada wydaje się szczególnie specyficzna dla pracy z osobami z ZA – dotyczy ona projekcyjności. Literatura (Jacobsen, 2003) mówi o błędzie psychoterapeutów, gdy interpretują słowa czy zachowania osób z ZA jako wyraz projekcyjności. Często dostrzegamy symbolikę tam, gdzie jej nie ma, przypisujemy pacjentowi większą głębię i własne znaczenia, zwłaszcza w obszarze potrzeb zależnościowych. Przykładem niech będzie dialog terapeutki z pacjentem z ZA, który nie utrzymywał żadnych relacji:

P: Codziennie o 4 rano wstaję i wypuszczam kota na podwórko.

T: Rozumiem że kot jest dla ciebie ważny, jego potrzeby...

P: Ważny...? Nie, to tak jak cukierniczka musi stać na środku stołu, tak kot wychodzi codziennie o 4:00. Wszystko ma swoje miejsce i swój rytm.

Terapeutka bardzo chciała zobaczyć w tym na pozór niewrażliwym pacjencie część zdolną do odczuwania empatii, wiązania się. Odpowiedź, którą w przypadku pacjenta narcystycznego interpretowalibyśmy jako opór przed uznaniem potrzeb

zależnościowych, tutaj może być uznana za zupełnie prawdziwą i pełną – codzienne wypuszczanie zwierzęcia jest tylko częścią rytuału stałości tego pacjenta.

2.3. Zasady łączenia i stosowania terapii wspierającej i ekspresywnej

Przypomnijmy: istotą tego modelu pracy jest elastyczne łączenie elementów psychoterapii wglądowej i wspierającej według pewnych zasad. Poza opisanymi wcześniej terapię tę charakteryzują dobrze także dwie, z pozoru przeciwstawne zasady.

Pierwsza z nich dotyczy początków relacji z pacjentem – przechodzimy tu OD INTERWENCJI WSPIERAJĄCYCH DO EKSPRESYJNYCH. Praca z nastolatkiem z ZA nie może rozpocząć się od twardej, frustrującej, wglądowej pracy, ponieważ jego deficytowe ego tego nie wytrzyma.

Jeśli jednak bierzemy pod uwagę cały proces terapii, pierwszeństwo zyskuje zasada, która mówi o przechodzeniu OD INTERWENCJI EKSPRESYJNYCH DO WSPIERAJĄCYCH. Oznacza to przechodzenie na bardziej ochronny rodzaj psychoterapii wspierającej tylko wtedy, gdy stanie się jasne, że zdolność pacjenta do współpracy oraz jego intrapsychiczne zasoby są niewystarczające.

Poza tym, w przypadku pacjentów z ZA, niezależnie od ich kondycji danego dnia, możemy już z góry założyć, że w następujących okolicznościach wskazane jest podejście dyrektywne, wspierające:

- gdy pacjent angażuje się w rytualne zachowania na sesji, persewercje, ucieka z kontaktu, używa przedmiotów w sposób autystyczny, wówczas wskazane jest przerywanie tych zachowań i przywoływanie pacjenta;
- gdy pracujemy nad rozszyfrowywaniem afektów innych ludzi i rozumieniem własnych;
- gdy praca dotyczy testowania rzeczywistości interpersonalnej: właściwego rozumienia zachowań innych ludzi, czytania sygnałów społecznych.

W pozostałych sytuacjach techniki ekspresyjne powinny znaleźć pierwszeństwo.

Wobec powyższego pytanie brzmi: jak rozemnać w praktyce, czy mamy do czynienia z oporem, czy deficytem, aby uniknąć pochopnego przechodzenia do technik wspierających? Jest to pytanie, na które odpowiedzi nigdy nie możemy być w stu procentach pewni, jednak istnieją pewne czynniki, które pomagają nam udzielić odpowiedzi z większym prawdopodobieństwem:

1. Istotny czynnik czasu – pomocna jest długoterminowa obserwacja pacjenta w terapii grupowej. Pomaga rozstrzygnąć, gdzie kończą się obrony, a gdzie zaczyna deficyt. Na przykład zastanawialiśmy się wielokrotnie nad tym, czy pewien pacjent, który może godzinami opowiadać o sobie, prowadzi monolog, nie monitoruje reakcji grupy, bezkrytycznie się przechwala – jest tylko narcystyczny. Czy tylko broni się przed poczuciem gorszości poprzez budowanie fałszywego self? Czy też dodatkowo prowadzi monolog, ponieważ z powodu swojego deficytu nie widzi reakcji grupy, ich zażenowania, znudzenia, złośliwych uśmieszków? Są to subtelności, na które odpowiedzi można łatwiej udzielić, dzięki długoterminowej obserwacji pacjenta

w środowisku rówieńczym. Pod wpływem terapii osłabieniu ulegają bowiem obrony narcystyczne, wówczas możliwe jest zobaczenie, co leży u podłoża takich zachowań – często oprócz depresyjności i poczucia gorszości ujawnia się deficyt mentalizacji czy na przykład dominacja myślenia konkretnego. Z drugiej jednak strony czasem w procesie terapii pod wpływem przywiązania do pacjenta ślepiemy na jego deficyty lub odwrotnie – pod wpływem negatywnego przeciwprzeniesienia wyolbrzymiamy je; tak czy inaczej zdarza się nam tracić obiektywizm pod wpływem czynników emocjonalnych.

2. Poleganie na intuicji członków grupy – odmienna reakcja większości grupy może być dla terapeuty powodem do zastanowienia, czy przypadkiem nie ulega jednostronnej obserwacji pacjenta; grupa bywa bardziej wyrozumiała, gdy wyczuwa ograniczenie, a nie opór pacjenta.

3. Diagnostyka neuropsychologiczna – jej celem jest zaobserwowanie, jak pacjent radzi sobie w zadaniach pozbawionych kontekstu emocjonalnego, badających na przykład zdolności planowania, myślenia abstrakcyjnego, zdolność do korzystania z informacji zwrotnych, zdolności definiowania pojęć, umiejętność generalizacji wniosków na podobne sytuacje itp.

4. Superwizje, które pozwalają na monitorowanie procesów przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowych.

Podsumowując zagadnienie stosowania technik wspierających i ekspresyjnych, należy podkreślić, że istotą procesu psychoterapii pacjentów z ZA jest praca nad wzorcami relacji i pogłębianie świadomości tych osób na temat ich funkcjonowania. Pierwszeństwo zyskują techniki ekspresyjne. W sytuacji napotkania deficytu konieczne jest wspomaganie pracy technikami wspierającymi (tj. psychoedukacja, sugestia). Unikamy podziału związanego z wyobrażeniem, że „deficyt wymaga wyłącznie terapii wspierającej, a konflikt – terapii ekspresywnej”. Dobrze przygotowana interpretacja może bowiem skutkować zmniejszeniem deficytu symbolizacji, a interwencje wspierające mogą się przyczynić do zmiany struktur wewnętrznych. Ponadto nigdy deficyt nie istnieje w oderwaniu od konfliktu, więc powyższa dychotomia nie ma racji bytu.

2.4. Elementy technik ekspresyjnych i wspierających a typ pacjenta ZA

Proporcja technik ekspresyjnych i wspierających jest również zależna od specyfiki pacjenta. Robin Holloway (2016) wyróżnia trzy typy pacjentów nastoletnich z ZA i w zależności od ich swoistości proponuje pewną zindywidualizowaną proporcję w interwencjach terapeutycznych:

- typ zahamowany, unikający relacji – najbardziej służy mu wsparcie i trening umiejętności psychospołecznych;
- typ zahamowany, poszukujący relacji – predysponowany do klasycznych wglądowych technik, w tym psychoterapii grupowej;
- typ rozhamowany i agresywny, odrzucający relacje – są to pacjenci, którzy uważają, że świat jest tak okrutny, że nie mają innego wyjścia, jak tylko zidentyfi-

kować się z tym okrucieństwem; jest to typ najtrudniejszy w terapii ze względu na egosyntoniczność objawów i wtórne korzyści z silnych obron narcystycznych; leczenie w grupie terapeutycznej może okazać się niemożliwe z uwagi na antyspołeczny ideał ego.

3. Etapy pracy w psychoterapii młodzieży z ZA – kluczowe zadania

Podsumowanie doświadczeń klinicznych w obszarze psychoterapii grupowej osób z ZA wskazuje, że istnieją pewne kluczowe w niej momenty. Nazwałyśmy je etapami pracy. Etapy te nie mają jednak charakteru procedury i w praktyce nakładają się na siebie. Powinny jednak stale być obecne w świadomości terapeuty.

1. Poznanie wewnętrznego świata pacjenta. Dekodowanie symboli. Praca rozpoczyna się od poznania wewnętrznego świata pacjenta i dekodowania symboli, którymi się posługuje. Przypomina to pracę z kosmitą – terapeuta występuje w roli pośrednika, tłumacza, przewodnika, zaufanej osoby, która wprowadza pacjenta w życie społeczne, opierające się na tajnych, niezrozumiałych regułach (Jacobsen, 2003). Na bazie takiej relacji z terapeutą – przedstawicielem społeczności – pacjent uczy się rozumieć i przewidywać reakcje drugiej osoby, dowiaduje się, w jaki sposób jego zachowanie jest odbierane przez drugiego człowieka i jakie wywołuje konsekwencje.

Zadaniem terapeuty na tym etapie jest zrozumienie znaczeń zachowań i treści wnoszonych przez nastolatka z ZA (np. takie stwierdzenie pacjenta: „Mój mózg to gołąb mózgowy. Moje nerwy są jak kruki”). Rozszyfrowanie ich symboliki wcale nie jest łatwe, dlatego zgubna bywa tu wierność „czystości techniki”, a w miejsce tego konieczne jest uważne badanie, jakie są indywidualne znaczenia nadawane komunikatom oraz gdzie są granice możliwości pacjenta.

2. Omówienie diagnozy. Kiedy już poznamy, kim jest nasz pacjent, zaobserwujemy pewne jego deficyty, nadchodzi czas omówienia diagnozy z grupą i pacjentem. Zbiega się to z reguły z czasem, w którym grupa jest już świadoma inności pacjenta z ZA, co może skutkować obsadzeniem go w roli kozła ofiarnego. Omówienie diagnozy pełni zatem funkcję ochronną. Powinno być tak szczegółowe, jak to tylko możliwe, i poprzedzone zgodą pacjenta. W efekcie następuje najczęściej zmiana stosunku do pacjenta na bardziej życzliwą. Jeśli natomiast mowa o znaczeniu diagnozy dla samego pacjenta – literatura pisze o poczuciu inności u pacjentów z ZA, o poczuciu ich odstawania od większości, o niemożności dostosowania się, dlatego diagnoza przynosi ulgę. Z drugiej strony może pojawiać się obronne zaprzeczenie, chroniące przed przeżyciem depresji po ujawnieniu się braków i ograniczeń.

3. Analiza struktury osobowości. Trzeci etap to etap właściwej pracy – analiza struktury osobowości, która przebiega zgodnie z zasadami opisanymi przez nas wcześniej. Analiza obron, sposobu wchodzenia w relacje, integracja roszczępienia. Stopniowe przechodzenie do technik nastawionych na wgląd, wykorzystujących interpretację i analizę oporu jako źródło zmiany. W toku tej analizy następuje ciągła weryfikacja, gdzie kończy się obrona, a zaczyna deficyt.

4. Przeżycie żałoby po stracie pełni zdrowia. Kiedy mijają naprzemienne etapy uznawania trudności i zaprzeczania im, następuje emocjonalne przyjęcie diagnozy i przeżycie depresji związanej z uznaniem własnych ograniczeń – to w przypadku młodzieży z ZA bardzo trudny etap, nie zawsze możliwy do przejścia ze względu na charakterystyczną dla młodzieży kruchość ego i narcystyczną nadwrażliwość. Przeżycie depresji po utracie nadziei na pełnię zdrowia pacjenta dotyczyć może także terapeuty.

5. Adaptacja do deficytu. Ostatnim etapem pracy jest adaptacja pacjenta do deficytu. Możemy o niej wnioskować, kiedy nastolatek uznaje własne ograniczenia i dostrzega swój potencjał, zawiązuje relacje pozarodzinne i pozagrupowe oraz buduje adekwatne plany na przyszłość.

Niniejsze opracowanie stanowi próbę podsumowania i uporządkowania naszych dotychczasowych obserwacji klinicznych w obszarze poznawania i leczenia młodzieży z ZA. Niemniej opis ten z pewnością nie wyczerpuje tematu. Im dłużej zastanawiamy się nad tym zagadnieniem, tym bliższa jest nam wypowiedź amerykańskiego profesora, pisarza ze zdiagnozowanym ZA, Stephena Shore'a, który powiedział: „Poznać jedną osobę z zespołem Aspergera to jak... poznać jedną osobę z zespołem Aspergera”.

Poznajemy specyfikę pacjentów z ZA, nie znamy jednak granic metody, granic umysłów w poszczególnych przypadkach. Jesteśmy przekonane natomiast, że diagnoza psychodynamiczna przeprowadzana nieustannie na tle psychoterapii grupowej może być niezwykle pomocna w całościowym procesie leczenia tych osób i niewątpliwie jest szansą na stymulację ich rozwoju i bardziej satysfakcjonujące życie.

Literatura

- Adamczyk L. (2013). Mentalizacja, cz. 2: Neurofizjologiczne podłoże mentalizacji, pojęcia zbliżone zakresem i znaczeniem do mentalizacji, przedmentalizacyjne tryby funkcjonowania psychicznego, ocena mentalizacji. *Psychoterapia*, 3, 37–46.
- Alvarez A. (2018). Issues in assessment: Asperger's syndrome and personality. W: *The many faces of Asperger's Syndrome*, s. 113–128. Tavistock Clinic Series. New York: Routledge.
- Attwood T. (2006). *Zespół Aspergera*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U. (1985). Does the autistic child have a „theory of mind”? *Cognition*, 21, 37–46.
- Bromberg P. (2011). *The Shadow of the Tsunami and the Growth of the Relational Mind*. New York: Routledge.
- Bryńska A. (2011). Miejsce zespołu Aspergera w grupie całościowych zaburzeń rozwoju: kontinuum czy spektrum zaburzeń autystycznych? *Psychiatria Polska*, tom XLV, 5, 749–758.
- Cierpiałkowska L., Górka D. (2016). Mentalizacja jako stan i jako cecha – perspektywa strukturalno - procesualna. W: L. Cierpiałkowska, D. Górka. (red.), *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Drozdowski P. (2007). *Psychoterapia psychodynamiczna*. Wykład z kwietnia, materiały szkoleniowe KCP.
- Frith U. (2005). *Autyzm i zespół Aspergera*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Frith U. (2008). *Autyzm: wyjaśnienie tajemnicy*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

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

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