

Dylematy i trudności w diagnozie i psychoterapii adolescentów

Z Pawłem Glitą rozmawia Karolina Brózda

Paweł Glita – psycholog, certyfikowany superwizor i psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej, certyfikowany psychoterapeuta Psychoterapii Skoncentrowanej na Przeniesieniu (TFP) International Society of Transference – Focused Psychotherapy (ISTFP). Absolwent szkolenia z zakresu psychoterapii zaburzeń osobowości (Psychoterapia Skoncentrowana na Przeniesieniu – TFP) w Personality Disorders Institute Weill Medical College of Cornell University (USA).

Karolina Brózda: *Witaj, Pawle. Chciałam z Tobą przeprowadzić rozmowę na temat różnych dylematów i wątpliwości pojawiających się w trakcie prowadzenia terapii adolescentów. W związku z tym przed tą rozmową pytałam terapeutów pracujących z młodzieżą o to, w jakich obszarach doświadczają trudności i czego chcieliby się od Ciebie dowiedzieć. Na tej podstawie stworzyłam listę pytań, która z racji formuły takiego wywiadu musiała zostać w znacznym stopniu okrojona i na pewno nie obejmuje wszystkich kontrowersyjnych zagadnień, natomiast mam nadzieję, że część niejasnych kwestii uda nam się wyjaśnić.*

Paweł Glita: Miałem wątpliwości, czy powinienem przyjąć zaproszenie do tego wywiadu. Kiedyś była to dla mnie podstawowa grupa pacjentów, bardzo inspirująca, zarówno do pracy nad sobą i swoim warszatem, jak i do refleksji teoretycznej, pisanie artykułów itd. Obecnie prowadzę pojedynczych pacjentów młodzieżowych w gabinecie prywatnym i to jest kompletnie inna praca niż w placówkach publicznych. Mam wrażenie, że jest cała rzesza dobrze przygotowanych teoretycznie terapeutów pracujących na „pierwszej linii”, którzy mogliby dużo powiedzieć na temat terapii adolescentów.

KB: *Ale Ty też masz z nimi kontakt.*

PG: Mam z nimi kontakt. W tej chwili mam bardzo dużo doświadczeń superwizyjnych, często wieloletnich. Myślę, że lepiej zrozumiałem, czym jest psychoterapia młodzieży, kiedy się odrobinę z niej wydostałem i kiedy zobaczyłem kilkoro tych samych pacjentów, których leczyłem jako nastolatków, po dziesięciu latach, już jako dorosłych. Stało się dla mnie jaśniejsze, dlaczego pewne rzeczy nie mogły się udać w okresie adolescencji, a mogą się udać teraz. Może dlatego, że byłem po prostu merytorycznie słabszy, ale może dlatego, że siła ego tych pacjentów jest inna i w związku z tym nadają się oni do innego rodzaju pracy. Te doświadczenia pozwa-

lają mi spojrzeć na psychoterapię młodzieży z pewnym dystansem i ułatwiają mi bycie w pozycji superwizora.

KB: *Ze swojej strony mogę powiedzieć, że bardzo się cieszę, że przyjąłeś moje zaproszenie do tej rozmowy, gdyż zarówno z mojej perspektywy, jak również w opinii wielu znanych mi osób jesteś autorytetem w tej dziedzinie.*

Na początku chciałam zapytać o Twoje własne refleksje i przemyślenia w kwestii zmian w podejściu do diagnozy i psychoterapii młodzieży, które zaszły na przestrzeni Twojej pracy zawodowej?

PG: To zależy, o jakim obszarze mówimy, bo jeżeli chodzi o samą psychoanalizę, to mam wrażenie, że główne stanowiska są ustalone od wielu lat. Skróceniowo mówiąc, wiadomo, że z perspektywy kleinowskiej mówimy o reaktywacji i przepracowywaniu dwóch pozycji: schizoparanoidalnej i depresyjnej, a z perspektywy psychologii ego – o dojrzewaniu obron i typach lęków; o tym, czy kryzys rozwojowy zostanie przezwyciężony w ten sposób, że zostaną ukształtowane dojrzałe obrony, czy nastąpi utknięcie w rozwoju czy fiksacja na niedojrzałych obronach. Natomiast w podejściu psychodynamicznym, integrującym myślenie psychiatryczne i psychoanalityczne, zmienia się to, że częściej dopuszcza się mówienie o psychopatologii w adolescencji jako o problemie osobowościowym. Wydaje się, że kończy się ten okres moratorium diagnostycznego na zaburzenia osobowości w adolescencji. Tak wielu terapeutów doświadczyło frustracji związanej z ogólnikowością diagnoz typu „zaburzenia zachowania i emocji w adolescencji”, że powoli odkłada się na bok zastrzeżenia dotyczące tego, na ile można myśleć w adolescencji o objawach w kategoriach patologii osobowości. Częściej integruje się wiedzę dotyczącą czynników psychogennych z wiedzą neuropsychologiczną odnoszącą się do deficytów konstytucjonalnych. Kiedy zaczynałem swoją pracę zawodową, bardzo dużo było publikacji związanych z ogólnym podejściem psychodynamicznym do terapii młodzieży. To był zazwyczaj pewien zbiór reguł czy zasad, żeby diagnozować adolescentów w kontekście rozwojowym, pozostawić pewne kategorie psychopatologiczne dla dorosłych, zwrócić uwagę na aspekt relacji z terapeutą oraz na procesy kontenerowania, holdingu i wsparcia. Natomiast w tej chwili powstają specyficzne typy terapii dostosowane do tej grupy pacjentów, rozumianych jako zaburzonych osobowościowo, na przykład TFP-A albo MBT-A. Z jednej strony jest to pewnie związane z chęcią wydobycia z dotychczasowej historii terapii młodzieży tych elementów, które faktycznie działają, a z drugiej strony – podyktowane potrzebą uczynienia z terapii metody, którą można zbadać naukowo, oraz tendencją do ekonomizacji procesu terapii. Jednak wyspecjalizowanie w określonej metodzie psychodynamicznej to jest taka rzecz stosunkowo niedawna.

KB: *Odnosząc się do zmian w obszarze diagnozy, poruszyłeś problem, o który chciałam spytać. Czy w związku z tym trendem dokonujesz diagnoz zaburzeń osobowości w adolescencji?*

PG: Najczęściej ta problematyka mieści się w takim pytaniu: czy można diagnozować zaburzenia osobowości w adolescencji albo czy istnieją zaburzenia osobowości w adolescencji? Dla mnie to jest pytanie źle postawione. Termin zaburzenia osobowości jest terminem psychiatrycznym, więc w warunkach polskich, dopóki nie ma zgody na rozpoznawanie zaburzeń osobowości w ICD, to zgodnie z regułami sztuki nie można ich rozpoznawać. W DSM-5 jest dopuszczenie zaburzeń osobowości w adolescencji, opisanych jako osłabienie różnych funkcji osobowości. W ICD-11 od 2022 roku pojawi się również taka możliwość, więc w tym sensie będzie można je diagnozować. Natomiast innym pytaniem jest to, czy można mówić o już ukształtowanej, patologicznej organizacji osobowości w adolescencji. To jest pytanie bardziej psychoanalityczne czy psychodynamiczne. Rozstrzygnięcie tego dylematu na dwa sposoby – że można albo nie można – jest dla mnie zbyt uproszczeniem. Dużo argumentów przemawia za tym, że można stawiać takie diagnozy psychodynamiczne. Płyną one zarówno z badań naukowych, na przykład Cohena, pokazujących ciągłość pewnych cech zaburzonej osobowości, jak i z psychoanalizy. W psychoanalizie twierdzi się, że pewne konflikty, główne zręby osobowości są kształtowane w przebiegu pierwszych sześciu, siedmiu lat życia i od tego momentu zaczyna się już proces powtarzania pewnych wątków. Zatem te zręby mogą zostać ukształtowane w sposób zaburzony, może nastąpić fiksacja na niedojrzałych mechanizmach zakłócających dalszy rozwój i mogą być już powtarzane patologiczne wzorce relacji z obiektem. Jednak takie ujęcie pomija fakt, że adolescencja jest okresem, w którym kontynuuje się proces kształtowania organizacji osobowości. Jest ona złożeniem powtórzeń z przeszłości oraz nowych doświadczeń, które korygują dotychczasowe ukształtowanie osobowości.

Uważam, że są możliwe trzy rozpoznania. Po pierwsze jest możliwe patologiczne ukształtowanie organizacji osobowości już w okresie adolescencji. Jest również termin, który osobiście bardzo lubię: „nieprawidłowy rozwój osobowości”. I to jest druga możliwość. W takiej sytuacji czujemy, że adolescent jeszcze próbuje odnaleźć swoją tożsamość, jeszcze jest plastyczny, ale widzimy już pewien kierunek, w którym ten rozwój zmierza. Czy bardziej organizuje się w stronę rozszczepienia, czy w stronę wyparcia? Czy przyjmuje jakiś styl charakterologiczny, na przykład narcystyczny, historyczny czy anankastyczny? W związku z tym dla mnie pytanie o organizację osobowości, zawierające takie kryteria jak typ relacji z obiektem, poziom dojrzałości superego, rodzaj mechanizmów obronnych, powinno być uzupełnione o pytanie rozwojowe, czyli o to, czy z naszych obserwacji pacjenta wynika, że rozwój osobowości został zamknięty czy nie. Termin „nieprawidłowy rozwój osobowości” implikuje zachowanie jakiejś dozy większej plastyczności. Kategorie rozpoznania zaburzeń osobowości czy patologii osobowości w adolescencji wiąże się dla mnie ze stwierdzeniem, że nastąpiło tak zwane przedwczesne zamknięcie rozwoju. Ten termin zaczerpnąłem od Lauferów, choć u nich był użyty w innym kontekście. U jakich pacjentów stwierdzamy najczęściej w niewątpliwy sposób zaburzenia osobowości w adolescencji? To są na przykład młodzi przestępcy, którzy nie mają potrzeby szukania innego

sposobu na życie i już wiedzą, co będą robić w przyszłości. Tutaj nie ma zachowania żadnej plastyczności i kontaktu z cierpieniem, wobec którego została wytworzona taka adaptacja. Są to na przykład przypadki ostrego narcyzmu. Te dwie pierwsze grupy pozostają usztywnione, bez kontaktu, nie mają dylematów i wydaje się, że nie poszukują innych rozwiązań. Normatywna dla adolescencji jest plastyczność, czyli poszukiwanie różnych rozwiązań tożsamościowych. Tam, gdzie występuje utrwalony, niekorzystny ideał ego, następuje utrata kontaktu z obszarem cierpienia, a obrony stają się egosyntoniczne. Kiedy widzimy, że jest jeszcze to miotanie się, wewnętrzna szamotanina, które z punktu widzenia pacjenta jest cierpieniem, ale z naszego punktu widzenia jednak nadzieją, to używałbym wtedy terminu „nieprawidłowy rozwój osobowości”. Jest jeszcze taka grupa adolescentów, którzy mają objawy oparte o odreagowywania i objawowo prezentują się tak, jakby mieli zaburzenia osobowości. To jest trzecia możliwość – pozornych zaburzeń osobowości. Jednak w dłuższej perspektywie okazuje się, że oni przechodzą po prostu kryzys w różnych obszarach. W związku z tym wykazują jedynie powierzchowne podobieństwo do pacjentów z zaburzeniami osobowości, ponieważ ich struktury wewnętrzne okazują się neurotyczne. Miałem na przykład pacjenta, który po ostrym zawodzie miłosnym strasznie się upił, przypalił sobie papierosem ręce i zrobił kilka takich niezbyt rozsądnych rzeczy. Jednak po głębszym zbadaniu go miałem poczucie, że jest lekko histerycznym neurotykiem, który tylko chwilowo nie radzi sobie z sytuacją kryzysową. Znając dalsze losy tego pacjenta, wiem, że nie uszkodziło to jego możliwości wchodzenia w związki. Dlatego jego odreagowanie w tamtej sytuacji można zrozumieć jako pewnego rodzaju demonstrację cierpienia, a nie zaburzenia rozwoju struktury osobowości. Znam również adolescentów z historią ostrych zabiegów medycznych powodujących silny lęk, z którym radzą sobie, używając bardzo silnych obron. Obrony te pozostają na tyle sztywne i utrwalone, że faktycznie w przypadku tych pacjentów można by zdiagnozować jakiś rodzaj łagodnej patologii osobowości.

KB: *Jeśli chodzi o diagnozę zaburzeń osobowości, zaskoczyło mnie to, co usłyszałam na ostatnim zebraniu Oddziału Małopolskiego PTPPd o stosowaniu przez Normandin, Ensink i Kernberga tych samych kryteriów w diagnozie adolescentów jak u osób dorosłych, szczególnie w odniesieniu do kryterium integracji tożsamości.*

PG: Kernberg twierdzi, że kiedy się dokładnie pacjenta zbada, to dosyć łatwo stwierdzić, co jest syndromem rozproszenia tożsamości, a co kryzysem tożsamości.

KB: *A co Ty o tym myślisz?*

PG: Niektórzy jego współpracownicy mówią, że tylko dla niego jest to takie łatwe. Jednak faktycznie uważam, że w uważnym kontakcie często można stwierdzić, na ile ktoś jest względnie trwale tożsamościowo chaotyczny, a na ile jedynie sprawia takie wrażenie. Aczkolwiek pozostaje pewien obszar niejasności, wobec którego powinniśmy się trochę wstrzymać z tą diagnozą i poczekać. W swojej praktyce spotkałem pacjentów, u których coś, co wydawało się łagodną patologią, okazało się zaskakują-

co trwałe patologiczne, jak również takich, którzy początkowo prezentowali się dramatycznie, a następnie bardzo szybko powracali do stanu normalnego funkcjonowania. Jednak w pewnych przypadkach wiemy to dopiero *ex post*. W artykule Piotra Halkiewicza i Eweliny Rejner-Cupiał jest podany przykład takich dwóch pozornie podobnych pacjentów narcystycznych.

KB: *Czyli nie zawsze można to określić w momencie, kiedy to trwa, szczególnie kiedy mamy do czynienia z silną regresją i momentem kryzysowym dekompensacji osobowości? Czasem dopiero po czasie możemy to stwierdzić?*

PG: Tak. Bardzo pomocne w takich przypadkach jest rozumienie przeniesienia, oczywiście nie w sensie genetycznym, tylko jako rozpoznanie wzorców interakcji „tu i teraz”, oraz analiza przeciwprzeniesienia. Jeżeli jest to wystarczająco intensywny i regularny kontakt, to w tych wymiarach to się stosunkowo szybko zweryfikuje.

KB: *Zaskoczyło mnie jeszcze to, że w podręczniku Normandin, Ensink i Kernberga została wyodrębniona grupa adolescentów, którzy przechodzą przez okres adolescencji ze skonsolidowaną tożsamością bez kryzysu tożsamości, co wydaje się sprzeczne z dotychczasowym założeniem normatywności kryzysu w okresie adolescencji.*

PG: To zależy od tego, w jaki sposób zdefiniujemy kryzys. Kryzys jest stanem, w którym dotychczasowe sposoby adaptacyjne nie mogą być dłużej użyte, ponieważ pojawiają się takie wyzwania rozwojowe, których doświadczamy po raz pierwszy w życiu. W adolescencji seksualne ciało, w sensie prymatu genitalności, mamy po raz pierwszy. Nigdy wcześniej go nie mieliśmy. Spotykamy się również z innym rodzajem wymagań kulturowych wobec nas, dotyczących między innymi separacji i samodzielności, zidentyfikowania się z pewnymi rolami społecznymi i wewnętrznym dookreśleniem się. To prowadzi do pojawienia się dylematów, w odpowiedzi na które możemy wytworzyć nowe sposoby adaptacyjne. Może to prowadzić do wielu scenariuszy w zależności od tego, jak przeszliśmy dotychczasowe etapy rozwoju oraz jakie mamy środowisko. Czy dostarcza nam prorozwojowych sposobów, czy nie. Czy rodzice nam separację ułatwiają, czy utrudniają albo czy nam ją przesadnie przyśpieszają, czyli nas emocjonalnie odtrącają, zapominając, że mamy nadal część dziecięcą. Czy mamy rówieśniczą grupę odniesienia z prospołecznymi ideałami ego itd. Mogą być osoby, które będą w miarę płynnie przez ten proces przechodzić. Jeśli chodzi o kryzys adolescencji, to dysponujemy dwoma rodzajami danych. Dane kliniczne pokazują, że jest to okres dramatyczny, a badania psychologiczne, które nie dotyczą psychopatologii, pokazują, że większość nastolatków przechodzi to w miarę spokojnie. Jednak nie oznacza to, że oni nie stoją przed nowymi zadaniami rozwojowymi, tylko być może mają wystarczające zasoby wewnętrzne i zewnętrzne, żeby nie miało to jakiegoś bardzo burzliwego przebiegu. Są biologicznie silni, z neurotycznie ukształtowaną osobowością, z niezahamowanym przesadnie procesem separacji, więc mogą w obrębie pewnych granic mieszczących się w normach ten okres ewolucyjnie przechodzić i to właśnie zostaje nazwane przejściem przez adolescencję bez kryzysu. Myślę, że jest dosyć spora grupa

takich adolescentów, którzy wchodzą w kryzys, ale ich tożsamość nie ulega rozbiściu. Natomiast jakaś przebudowa obrazu siebie i obrazu rodziców musi nastąpić, ponieważ jeżeli ktoś tego nie robi, to pozostaje infantylny. W związku z czym może nie sprawiać kłopotów, nie tworzyć objawów, ale jego emocjonalny rozwój pozostaje zahamowany. To się zemści w życiu dorosłym, ponieważ później okaże się, że jest na pewne rzeczy kompletnie nieprzygotowany i ten lęk lub depresja go dopadnie, tylko później.

KB: *Czyli istotna jest kwestia rozróżnienia adolescentów ze zintegrowaną tożsamością od tych, którzy jedynie pozornie sprawiają wrażenie zintegrowanych, ale nie podejmują się realizacji zadań rozwojowych?*

PG: Dlatego Anna Freud, jeśli dobrze pamiętam, mówiła, że lepiej jest, żeby adolescencja przebiegła burzliwie, taka bezdylematyczna adolescencja przesadnie grzecznego nastolatka mści się później i nie jest niczym dobrym. Stąd się wzięło to powiedzenie, że kryzys jest normatywny.

KB: *Dylematy, które nieustannie powtarzają się podczas superwizji i spotkaniach oddziaływowych, w dyskusjach przy okazji konferencji bardzo często odnoszą się do włączania rodziców w proces terapii. Określiłeś swoje stanowisko w tym temacie w artykule opublikowanym najpierw w „Psychoterapii”, a później przedrukowanym w czwartym numerze „Psychoterapii psychodynamicznej w Polsce”. Zaznaczyłeś, że istnieją w praktyce dwie skrajne postawy, od wyłączenia rodziców z procesu terapii do nadmiernego ich włączania. Umieściłeś się w tej kwestii gdzieś pośrodku – stwierdziłeś, że trzeba utrzymywać z rodzicami relację i kontakt głównie w celu zachowania przymierza terapeutycznego i ciągłości terapii. Zastanawiam się, bo często padają o to pytania, czy masz jakiś wzorzec, scenariusz, jak te spotkania z rodzicami powinny przebiegać? W wielu publikacjach możemy spotkać się z odmiennymi sposobami organizowania tych relacji. Na przykład w podręczniku Normandin i Kernberga jest zalecenie, aby spotkania terapeuty z rodzicami odbywały się zawsze w obecności nastolatka. Albo spotkałam się z takim podejściem stosowanym w Laboratorium Leczenia Zaburzeń Osobowości u młodzieży, że jeden terapeuta prowadzi terapię nastolatka, a drugi terapeuta, tak zwany wspierający, spotyka się z rodzicami, a potem wspólnie omawiają przypadek na zebraniach zespołu. Różne są też zalecenia dotyczące regularności spotkań z rodzicami. Ciekawi mnie, czy masz taki wypracowany, techniczny wzorzec?*

PG: Spotkania z rodzicami są często bardziej problematyczne niż sama terapia nastolatka. Przyjmowane są tu różne techniczne rozwiązania, ale one są wtórne do rozumienia procesu psychoterapii z nastolatkiem. Uważam, że ten sam terapeuta powinien kontaktować się z rodzicami i z nastolatkiem, dopóki jest możliwe zachowanie pozycji terapeutycznej i nie dalej. To rozwiązanie wyniosłem z Krakowskiego Ośrodka Terapii i do tej pory u mnie się sprawdza. Chodzi też o to, żeby nie przekroczyć takiego poziomu intensywności zaangażowania terapeuty w relację z rodzicami, który absolutnie zaburzy możliwość rozpoznawania przeciwprzeniesienia zgodne-

go i komplementarnego w psychoterapii indywidualnej. Im więcej mam doświadczeń pozytywnych albo negatywnych z rodzicami, tym szybciej zostaje przekroczona taka granica, po której tracę możliwość rozeznania, co jest moim przeciwprzeniesieniem w reakcji na nastolatka, a co jest moim przeciwprzeniesieniem w relacji z rodzicami. Wtedy likwidujemy możliwość pracy przy użyciu przeciwprzeniesienia. Przy określonej intensywności albo przy określonej psychopatologii rodziców czy intensywności emocji, które oni wnoszą, albo przy określonej skali trudności w świecie zewnętrznym pacjenta, tworzy się taka sytuacja, kiedy terapeuta może powiedzieć: to jest dla mnie za dużo jak dla indywidualnego terapeuty tego dziecka; potrzebuję pomocy, chcę, żeby państwo udali się do kogoś innego albo żeby ktoś inny was skonsultował, albo z mojej diagnozy w obrębie indywidualnego procesu terapii nastolatka wynika, że konieczna jest interwencja w świat zewnętrzny i wtedy ja państwa odsyłam lub nawet stawiam warunek, że muszą państwo podjąć konkretne działania. Jeśli uznamy, że występujemy jako terapeuci indywidualni – bo w przypadku rodzinnych jest inaczej – albo grupowi i naszym priorytetem jest pomoc nastolatkowi, to wtedy, gdy ten priorytet skupienia się na relacji indywidualnej jest zaburzony poprzez czynniki zewnętrzne, musimy interweniować w środowisko pacjenta. Możemy to zrobić sami, ale jeżeli wymagałoby to takiego stopnia zaangażowania, który by bardzo mocno zaburzał procesy przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowe, to wówczas dobrze jest współpracować z innymi terapeutami. Dlatego najlepiej jest pracować w zespole, kiedy w tym samym ośrodku jest terapia rodzin, psychiatra i inni specjaliści. Wtedy ten ciężar pracy się rozkłada. To jest jeden z czynników, z powodu których trudno jest pracować z ciężko zaburzonymi nastolatkami samemu w gabinecie prywatnym. Kluczowe jest jednak, żeby mieć jakąś formułę, która jest uzasadniona, której sens się czuje. Najgorsze jest „pływanie” – czasem racjonalizowane jako elastyczność. Są tacy terapeuci, którzy mówią, że mogą jednocześnie prowadzić terapię dziecka i terapię rodzinną. Dla mnie to jest omnipotencja albo inne rozumienie terapii. Istotne jest, aby mieć jakąś strukturę przyjęcia, prowadzenia wywiadu. Mniej ważne jest to, jaka to jest struktura, niż to, żeby ona była powtarzalna i żeby zespół czuł jej sens. Dlatego, że jak ją masz, to wtedy wiesz, kiedy od niej odchodzisz i działasz pod wpływem przeciwprzeniesienia. Chodzi o to, żeby były jakieś reguły i normy, a one mogą być różne. Ja na przykład wolę rozmawiać o nastolatku bez nastolatka, mając, oczywiście, na to jego zgodę i wyznając zasadę, że mogę się podzielić ogólnym wrażeniem na temat jego funkcjonowania z rodzicami, natomiast konkretnych treści z terapii, o ile nie są groźne dla pacjenta, nie zdradzam. Natomiast ta zasada nie obejmuje drugiej strony. Czyli to, o czym rozmawiam z rodzicami, mogę wnieść na terapię z nastolatkiem. Zawsze pytam nastolatka, czy rozmawiał z rodzicami o mojej rozmowie z nimi, co chce wiedzieć i na tyle, na ile uważam, że mogę się z nim tym podzielić, wnoszę treść tej rozmowy. Rzadko mam poczucie, że nastolatkowie mają jakiś problem związany z tym, że się bez nich rozmawia. To też jest kwestia rozumienia, co jest troską dorosłych o dziecko. Są takie rzeczy, które omawiają tylko dorośli, właśnie dlatego, że się troszczą wspólnie o dziecko. Wykluczenie nastolatka nie musi oznaczać,

że się go pomija. Może też oznaczać, że się go chroni. Na początku, oczywiście, widzę wszystkich razem, potem tylko nastolatka, potem tylko rodziców. Kiedy na końcu rozmawiam tylko z rodzicami, to łatwiej mi z nimi zawiązać przymierze i łatwiej mi zaapelować do ich dorosłości i rodzicielskości. Mogę mówić im na przykład, że mam inne spojrzenie na rozumienie problemów pacjenta, ale to nie powinno przekreślać faktu, że to, co nas łączy, to jest dobro tego dziecka. W związku z tym możemy mieć inne zdania, ale intencje wszyscy mamy dobre. Mogę wtedy odwołać się do opiekuńczych intencji nas jako dorosłych i ten rodzaj klimatu zaproszenia do współpracy jest mi łatwiej stworzyć, kiedy nastolatka chwilowo nie ma w gabinecie.

KB: *Z tym zagadnieniem wiąże się kolejny kontrowersyjny temat dotyczący zachowania tajemnicy. Jak już przed chwilą powiedziałeś, że tajemnica obowiązuje głównie w jedną stronę, czyli nie ujawniamy treści z terapii z wyłączeniem sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia. Czy uważasz, że istnieją okoliczności uzasadniające naruszenie szczelności procesu terapeutycznego poza tymi sytuacjami?*

PG: O tajemnicy mówimy nastolatce na początku tak, że nie podlegają jej kwestie zagrażające życiu i zdrowiu. I teraz pytanie: co to znaczy zagrożenie życia i zdrowia? Jest jasne, że chodzi o zagrożenie biologicznego życia, ale – podam przykład z superwizji – na przykład jeżeli ktoś prowadzi w terapii czternastoletnią pacjentkę, którą siedemnastoletni chłopak namawia na współżycie i mówi jej, żeby porzuciła szkołę, to czy jest to tego typu zagrożenie, które zwalnia nas z tajemnicy? Ona może powiedzieć: tutaj żadne moje życie ani zdrowie nie jest zagrożone, dlaczego trzeba mówić o tym moim rodzicom? Musimy rozstrzygnąć kwestię, kto ocenia, co to jest zagrożenie i lepiej się zaasekurować na początku, mówić, że rozstrzygamy to my.

KB: *Rozumiem, że to jest obszar dyskusyjny w kwestii tego, co się mieści w ramach ochrony zdrowia i jak rozumiemy zdrowie, czy tylko na poziomie biologicznym, czy też emocjonalnym i psychicznym.*

PG: I wtedy, kiedy dowiadujemy się o czymś, co stanowi realne zagrożenie dla edukacji nastolatka, to właściwie dlaczego nie mielibyśmy o tym powiedzieć? Natomiast terapeutyci mają dylemat. I akurat w tym przykładzie, do którego się odwołałem, powiedzenie rodzicom o tym wywołało burzę w relacji, ale okazało się bardzo dobre. To jest odrębne zagadnienie dotyczące tego, co jest opiekuńcze, a co jest opuszczające i czy na pewno opiekuńcze jest potraktowanie takiego pacjenta jak dorosłego.

KB: *Ten dialog się toczy. Terapeuta uważa, że to jest sytuacja zagrożenia zdrowia, nastolatka upiera się przy swoim zdaniu, żeby o tym nie mówić. I co w takiej sytuacji? Terapeuta może zdecydować o powiedzeniu o tym rodzicom pomimo sprzeciwu i niezgodności zdań?*

PG: Tak. Najlepiej, jeśli to wcześniej przedyskutuje, może, ale nie musi czekać na zgodę pacjentki. Świadoma deklaracja jest taka: proszę nie mówić, a nieświadoma bywa

taka: jak pan/pani myśli, po co ja to powiedziałam? Tutaj jest decyzja terapeuty, którą terapeuta świadomościowy może uznać za niedopuszczalny autorytaryzm. Na marginesie: jest wiele sytuacji, gdzie terapeuta jest nieświadomie lub przedświadomie zapraszany do roli, w której ma się w czymś skonfrontować z rodzicami. Jeśli nastolatek ma trzynaście czy czternaście lat, to faktycznie bywa sensownie, żeby terapeuta tę rolę podjął. Jeśli jednak ma osiemnaście lat, to można już zacząć pracę w stylu: dlaczego mnie zapraszasz do roli, którą mógłbyś sam podjąć? Czego w związku z tym się boisz?

KB: *Pojawia się dużo kontrowersji, jeśli chodzi o zgłaszanie rodzicom podjęcia przez nastolatków poniżej piętnastego roku życia współżycia seksualnego.*

PG: Tu nie ma kontrowersji. Kierujemy się prawem. Musimy o tym informować. Ale mamy wpływ na to, w jaki sposób to przedstawimy, bo możemy nadać temu różną skalę problematyczności.

KB: *Pojawił się również taki dylemat związany z tym, że w terapii adolescentów jest jeszcze większa niż w terapii dorosłych trudność z ustaleniem najlepszego momentu na zakończenie leczenia, gdyż cały czas trwa rozwój. Czy masz własne kryteria, którymi się kierujesz, w kwestii tego, w którym momencie skończyć terapię tak, żeby z jednej strony nie było to za wcześnie, a z drugiej strony, żeby nie przedłużać nadmiernie tego procesu?*

PG: Właściwie nie wiem, co ci na to powiedzieć. Bardziej patrzyłbym na to od tej strony, jakie czynniki przeciwprzeniesieniowe utrudniają terapeutę zakończenie terapii, bo to jest rodzaj takiego idealizowania terapii. Najlepiej jest móc skończyć terapię w momencie, kiedy czujemy, że w terapii nastąpił taki moment zmiany jakiegoś mechanizmu, który zabezpiecza nastolatka. Prowadziłem terapię takiego pacjenta, który miał różne objawy depresyjne oraz antyspołeczne, ale o podłożu depresyjnym. W pewnym momencie otwarcie zaczął wyrażać i nazywać swój adekwatny żal związany z poczuciem, że jest odrzucany i niepotrzebny nikomu, i wtedy zaszła w nim taka zmiana, że on cierpiał dalej, może nawet bardziej, ale mechanizm, w jaki sobie radził z tym cierpieniem, już był inny. Nadal pozostawał z rodzicami w konflikcie, ale mógł już im różne rzeczy powiedzieć bez nadmiernej tendencji do odreagowywania tych stanów emocjonalnych. Wtedy poczułem, że nawet jeśli na tym etapie zakończylibyśmy terapię, to on uzyskał nowy sposób radzenia sobie ze swoimi stanami emocjonalnymi, z którego będzie mógł już korzystać. Zamienił relację opartą o mechanizmy odreagowania i rozgrywania w działaniu na relację pełną smutku i żalu, ale opartą o dojrzsalsze mechanizmy tłumienia i wyparcia. Podstawowe kryterium związane z kończeniem terapii jest objawowe, tak jak w terapii dorosłych. Sytuację dodatkowo komplikuje to, że terapeuta ma większą skłonność do emocjonalnej adopcji tych nastolatków, do przeciwprzeniesieniowego przeżywania siebie jako lepszego rodzica oraz do nieświadomego używania ich do zaspokajania własnych potrzeb. Na przykład młodzi terapeuci, którzy nie mają jeszcze własnych dzieci, mają poczucie, że znaleźli kogoś, kim się mogą opiekować jak swoimi dziećmi, a pacjenci mają poczucie, że znaleźli idealnego rodzica i wtedy trudno się

rozstać. Te kwestie występują częściej niż w terapii dorosłych, ale są do rozeznania w procesie superwizji.

KB: *Czy w okresie wczesnej adolescencji między 12. a 13. rokiem życia jest możliwa praca grupowa oparta na procesie grupowym czy też z tą grupą nastolatków pracujemy w oparciu o struktury?*

PG: Jeśli chodzi o stosowanie tak zwanych struktur czy ćwiczeń grupowych w grupach młodzieżowych to jest tak, że stosujemy je w zależności od potrzeb, mając na uwadze ich potencjał integracyjny oraz to, że młodszy adolescent ma prawo nie werbalizować swoich problemów. Częściowo wyrażają swoje stany wewnętrzne symbolicznie w działaniu i poprzez zabawę, a częściowo już można odwoływać się do ich umiejętności mentalizacyjnych. Zazwyczaj w dobrze prowadzonej grupie, czyli w takiej, gdzie jest na przykład odpowiedni dobór pacjentów, następuje naturalna ewolucja w tym zakresie. Większość terapeutów robi na początku rundkę i pyta: z czym przychodzicie i powiedzcie, co u was. Pierwsze spotkania zazwyczaj wyglądają tak, że słyszymy: u mnie wszystko dobrze, potem: dostałem piątkę albo dwójkę, pokłóciłem się z rodzicami, a pod koniec roku jest zazwyczaj tak, że rundka zajmuje większość czasu grupy, a te różne ćwiczenia są właściwie marginalne. Trudno mi sobie wyobrazić grupę trzynastolatków, która od początku oparta jest na analizie procesu grupowego i poważnej rozmowie. Myślę że jest to błąd w sztuce, gdyż stosowanie struktur spełnia wiele terapeutycznych funkcji. Uwzględniamy to, że młodzi adolescenti na początku są w napięciu, muszą odreagować, zintegrować się ze sobą i wytworzyć poczucie grupowej tożsamości, aby się uspokoić. Poza tym musimy poobserwować diagnostycznie, jak wchodzi ze sobą w relacje, współpracują i wtedy te tak zwane struktury są bardzo przydatne. Potem są stopniowo omawiane i przy zdrowszej grupie w naturalny sposób ustępują miejsca rozmowie. Po jakimś czasie ta kultura rozmowy terapeutycznej jest na tyle ukształtowana, że nastolatkowie mają mniejszą potrzebę zabawy, a większą rozmawiania. Poza tym po to, żeby mieć materiał do interpretacji, w jakimś momencie nie potrzeba już struktur, ponieważ stosunek młodzieży do ram, do regulaminu grupy dostarcza bardzo dużo znaczącego materiału i to znowu jest interakcja między odwoływaniem się terapeutów do ram a reakcją pacjentów na te ramy, w związku z tym pojawia się materiał przeniesieniowy, pokazujący to, z czym pacjent ma problem.

KB: *Dużo pytań i kontrowersji wzbudza temat prowadzenia równoległe terapii indywidualnej i grupowej u adolescentów. W tym wydaniu „Psychoterapii psychodynamicznej w Polsce” jest opublikowany artykuł opisujący rozwiązanie, które w tej kwestii zostało wypracowane podczas pracy w Dziennym Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży Ośrodka Terapii i Psychoedukacji KOMPAS w Będzinie, gdzie jesteście superwizorem. Pomimo ograniczeń takiego rozwiązania uznaliście, że korzystne jest łączenie terapii grupowej i indywidualnej w przypadku młodszej młodzieży (do końca wieku gimnazjalnego), gdyż przeciwdziała tendencjom do odreagowywania. Nato-*

miast w przypadku starszej młodzieży w okresie licealnym nie jest to wskazane, gdyż zazwyczaj pełni funkcje obronne.

PG: Tutaj jest sporo nieporozumień. To wszystko zależy, jaką grupę pacjentów mamy na myśli, jak ich zakwalifikujemy do grupy, jaka jest intensywność procesu, jak często ich przyjmujemy. My poszliśmy w stronę łączenia terapii grupowej i indywidualnej u młodszych adolescentów, gdyż jeśli terapeuci prowadzą grupę cztery razy w tygodniu z bardzo trudnymi pacjentami, to grupa siłą rzeczy, a nie z powodu złej pracy terapeutów, nie dawała przestrzeni na omawianie tych doświadczeń. W związku z tym oni dużo przeżywali, a nie było przestrzeni na nadanie znaczenia tym przeżyciom, stąd równoległość tych dwóch form terapii. Wtedy jednak następuje niebezpieczeństwo skonfliktowania się terapeuty indywidualnego i grupowego z powodów własnych lub rozegrania rozszczępienia pacjenta. W związku z tym takie rozwiązanie jest możliwe tylko wtedy, gdy wszyscy pacjenci w grupie są w terapii indywidualnej u jednego z prowadzących tę grupę. Może to być ktoś spoza, ale wtedy ta osoba jest na superwizji, na zebraniu klinicznym przy omawianiu tego pacjenta itd. Konieczne jest również posiadanie wspólnej koncepcji pracy oraz tego samego superwizora, którego autorytet uznają wszyscy terapeuci. W kontrakcie jest ustalone, że pacjent przynależy do oddziału jako całości struktury leczenia. Nie wyobrażam sobie sytuacji, w której jedna osoba prowadzi terapię grupową, a inna prowadzi terapię indywidualną i nie kontaktują się ze sobą. To stwarza poważne zagrożenie powstania odrębnych diagnoz oraz stosowania sprzecznych interwencji terapeutycznych. Natomiast możliwe jest prowadzenie grupy neurotycznych adolescentów z problemami rozwojowymi, spotykającej się raz lub dwa razy w tygodniu, bez konieczności prowadzenia równoległej terapii indywidualnej. Taka grupa stwarza możliwość nadania temu zjawisku znaczenia w obrębie procesu grupowego, bo intensywność odreagowań jest mniejsza, a zdolność do symbolizacji afektu zazwyczaj większa.

KB: Czyli to nie jest ogólny wzorzec do zastosowania?

PG: Nie. Ten model wytworzył się w odpowiedzi na intensywność procesu, który tam zachodził, oraz ze względu na skalę psychopatologii. Mieliśmy takie poczucie, że u tych młodszych adolescentów w mniejszym stopniu występuje czynnik związany z tym, że jedna forma terapii staje się oporem przed drugą. U starszych adolescentów już tak się dzieje, czyli: nie powiem na grupie, bo powiem w indywidualnej, a na indywidualnej też nie powiem, bo powiem na grupie. W związku z czym nie mówię nigdzie. To prowadzi do sytuacji, w której jest więcej terapii, a tak naprawdę terapia w ogóle się nie odbywa, bo wszędzie jest opór. Natomiast w sytuacji, kiedy jest młodszy adolescent, intensywny proces, przepływ informacji, wspólna superwizja, wspólne zebrania kliniczne – to te dwie formy się uzupełniają. Trudnych adolescentów leczy przede wszystkim terapeuta osadzony w strukturze leczącej, pełniący dodatkowo funkcje podtrzymującego środowiska i kontenera – dla niego i dla pacjenta, wspólny sposób diagnozy, komunikujący się ze sobą zespół oraz mądry szef, który to wszystko nadzoruje.

KB: *Na sam koniec naszej rozmowy ciekawa jestem, co w Twojej opinii jest obecnie największym wyzwaniem, dylematem, z którym mierzysz się, superwizując terapeutów pracujących z adolescentami?*

PG: Najtrudniejsi są pacjenci z silną dominacją odreagowań. To są różne aspekty, które są nawzajem zależne i które się mieszają. Z jednej strony jest to aspekt organizacyjny, czyli trzeba się zmierzyć z pytaniem, czy w warunkach, w których pracuję, mogę przyjąć tego pacjenta. Czy mam wystarczające oparcie instytucjonalne? Czy mam wystarczającą możliwość kontroli nad jego życiem i zdrowiem? Czy przy takiej a nie innej współpracy rodziców powinienem się podjąć tej terapii czy też nie? Terapeuci mierzą się z niedojrzałością motywacji swoich pacjentów. Nie mogą od nich oczekiwać jasnej deklaracji: tak, chcę być w terapii. Mierzą się z całą masą dylematów dotyczących tego, na ile mogą pracować tylko w obszarze świata wewnętrznego, a na ile muszą się angażować w interwencje zewnętrzne, co z kolei wybija ich z pozycji terapeutycznej. W tym sensie praca z takimi adolescentami w pewnym obszarze przypomina pracę z dorosłymi z zaburzeniami osobowości. Dlatego myślenie w kategoriach TFP okazuje się tutaj pomocne, szczególnie w odniesieniu do umiejętności posługiwania się ramami terapii, badania reakcji na te ramy oraz korzystania z rozumienia przeniesienia i przeciwprzeniesienia.

W kontekście moich doświadczeń superwizyjnych szczególnie poruszające dla mnie i trudne jest określenie momentu, do którego zasadne jest staranie się o utrzymanie pacjenta w terapii. W terapii adolescentów musimy akceptować niedojrzałość motywacji nastolatka do terapii i w związku z tym trochę go zapraszać, tłumaczyć, że jest taka potrzeba i tak dalej. Zazwyczaj większość terapeutów przyjmuje taką strategię, że opór w stosunku do terapii może wynikać z procesu rozwojowego i być wyrazem zdrowych tendencji separacyjnych lub narcyzmu młodzieńczego, polegającego na niechęci do deklarowania zależności. W związku z tym, jeżeli przyjmujemy, że pracujemy w paradygmacie nieświadomościowym, to nie możemy uwzględniać tylko świadomej deklaracji pacjenta, że nie chce być w terapii. Z drugiej strony stwarza to taką sytuację, w której terapeuta tak jakby bardziej zależało na terapii niż pacjentowi. Niektórzy terapeuci posuwają się w tym za daleko, czyli walczą o przypadki nierokujące i często się zastanawiam, czy ich w tym nie wspieram. To znaczy mam dylemat, w którym momencie zasadnie upieram się przy walczeniu o pacjenta, a od którego momentu przyczyniam do utrzymywania się terapeuty w bezsensownej, masochistycznej pozycji. Taka sytuacja odbija się na terapeutach pracujących z naprawdę ciężkimi przypadkami, skutkuje poczuciem porażki, bezsensu działań, że pomimo wielkiego wysiłku i zaangażowania odnieśli niepowodzenie. Właściwie ustalenie takiego kryterium, w którym momencie jest to adekwatne uwzględnienie niedojrzałej motywacji adolescenta, a w którym momencie już jest bezsensownym masochizmem, bywa trudne i obciążające, również dla superwizora.

KB: *Czy zdarzają się takie momenty, w których dokonujesz takiej oceny, że to już jest poza tą granicą?*

PG: Tak, bo to jest uznanie granic metody, pozbycie się omnipotencji i zaakceptowanie pewnych smutnych ograniczeń. Jest cały obszar przypadków, w których przy braku współpracy ze strony rodziców albo nawet przy nasileniu określonej psychopatologii, albo w warunkach, w których pracujemy, nic nie możemy zrobić. Wtedy trzymanie w terapii takiego nastolatka jest tworzeniem i przedłużaniem fikcji. Zazwyczaj staram się, żeby to nie była impulsywna decyzja, ale niekiedy trzeba się z tym pogodzić. Terapeuci też bardzo przeżywają, kiedy muszą kogoś wyrzucić z grupy, wypisać i tak dalej. Nawet ostatnio była taka sytuacja, że terapeutki z Kompasów postawiły jednemu adolescentowi warunek, że wobec wieloletniej pasywności musi podjąć określone działanie na zewnątrz, takie faktycznie dostosowane do jego możliwości. On tego zadania nie podjął. Wobec tego słowo się rzekło i musiały go zawiesić. Zawsze wtedy pojawia się takie myślenie: czy mogliśmy zrobić coś więcej? Czy mogliśmy jeszcze poczekać? Co zrobić, żeby on się z nami mocniej zidentyfikował? A może za ostro go potraktowałyśmy? A może powtarzamy jakiś rodzaj odtrącenia? Pojawia się cały obszar dylematów.

Trudne jest również superwizowanie grup, w których są pacjenci pochodzący z tak zwanych trudnych środowisk społecznych, zaniedbani, nieświadomie pomieszczający w terapeutach taką nadzieję, że im pomogą, wyróżnią, będą kochać bardziej niż innych. Tacy pacjenci adresują do terapeutów całą masę potrzeb narcystycznych jak do idealnego obiektu, ale ujawniają też rozczarowanie, kiedy się tych fantazji nie spełnia. Kiedy terapeuci w tej kwestii zawodzą, następuje taki rodzaj depresyjnej lub dewaluacyjnej reakcji. W pierwszych latach superwizowania ta dynamika odgrywała się w trakcie superwizji w procesie równoległym. Pacjenci nieświadomie wysuwali oczekiwania: poprowadź mnie przez życie, bądź dla mnie idealnym obiektem, a w procesie równoległym odbierałem od terapeutów nieświadomy komunikat: daj nam cudowną, najlepiej konkretną receptę, jak wyjść z tego impasu albo jak pomóc się zmienić temu nastolatkowi, który się nie chce zmieniać. Po pewnym czasie nastąpił taki poruszający dla mnie moment zmiany, kiedy ta funkcja myślenia, obejmowania tej problematyki została przez terapeutów uwewnętrzniona i wtedy zmienił się klimat, ponieważ oni już mieli tego „rodzica” w sobie i superwizja przestała być szkoleniowa, a zaczęła być superwizją związaną z analizą przeniesienia i przeciwprzeniesienia, czyli że mogliśmy zacząć już rozmawiać nie o akordach, tylko o muzyce. To są bardzo satysfakcjonujące doświadczenia, możliwe również dzięki wzajemnej deidealizacji, urealnieniu relacji superwizyjnej.

KB: *Bardzo Ci dziękuję za rozmowę.*