

GRANICE PSYCHOTERAPII

THE FRAMES IN PSYCHOTHERAPY

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Jacek Bomba

psychotherapy
adolescence
foster care

Autor artykułu przedstawia indywidualną pracę terapeutyczną z pacjentem młodzieżowym, który we wczesnym dzieciństwie doznał głębokiej deprywacji więzi, a następnie wielu traumatycznych doświadczeń. Przedmiotem rozważań jest wpływ zarówno stabilnej, długotrwałej relacji terapeutycznej, jak też innych korektywnych doświadczeń w środowisku pacjenta. Autor stawia pytanie o możliwości psychoterapii i trwałość zmian zachodzących w człowieku.

Summary: The author presents clinical and social material from the treatment of a patient with deep traumatic experiences connected with unreliable attachment. The paper discusses what in fact is the curative factor, whether psychotherapy is enough or a social corrective change must have been applied.

Twórca nowoczesnej etologii noblista Konrad Lorenz, dzięki słynnemu eksperymentowi przeprowadzonemu na dzikich kaczkach, zrewolucjonizował psychiatrię XX wieku. Udowodnił, że procesy relacyjne w pierwszym okresie życia są niezwykle silne i mają podstawy biologiczne [1]. Przekładając to na ludzi, podkreślił znaczenie wczesnych relacji i doświadczeń z nimi związanych dla rozwoju jednostki.

Liczne badania z zakresu psychoterapii i psychiatrii dostarczają niepodważalnych danych mówiących o silnym wpływie doświadczeń pierwszych lat życia na przyszły rozwój osobowości. John Bowlby, twórca teorii przywiązania, opisał potrzebę bliskich relacji jako podstawową dla możliwości przetrwania. Wczesne doświadczenie relacji, będące „matrycą” przyszłych związków, ma szczególne znaczenie w kształtowaniu późniejszego kontaktu z otoczeniem. Doświadczenie więzi lub jej deficytu wpływa na kształtowanie się obrazu siebie, samooceny i rozwój poznawczy [2].

Teoria powstawania mechanizmów obronnych oparta na pracach z dziedziny psychoanalitycznego ego, relacji z obiektem i psychologii self (kojarzonych z Anną Freud, Margaret Mahler, Otto Kernbergiem, D. Winnicottem, H. Kohutem i innymi), podkreśla znaczenie interakcji rodzic–dziecko oraz dysfunkcyjności rodzicielstwa jako kluczowych w złożonej etiologii rozwoju psychopatologii [3]. Dysharmonia w rodzinie i w relacjach podczas pierwszych lat życia na ogół wymusza pozorną adaptację. Okres dojrzewania wynosi na powierzchnię utajone cierpienie wynikające z niepowodzeń w relacjach [4].

Współczesna wiedza wskazuje na internalizację i zakodowanie w pamięci wczesnych przeżyć emocjonalnych stanowiących o przyszłej organizacji więzi z innymi ludźmi [5].

Realność pracy terapeutycznej konfrontuje z pytaniem o szanse i ograniczenia psychoterapii pacjentów, którzy doświadczali wczesnych, nagłych separacji, izolacji, braku oparcia i komplikacji w zakresie tworzenia więzi emocjonalnej.

Interesująca wydaje się refleksja nad ograniczeniami i potencjalnymi szansami na zmianę stosunku do siebie samego i otoczenia. Jako ilustrację pragnę przytoczyć opis sześćioletniej pracy terapeutycznej z Adamem.

Adam ma obecnie czternaście lat i przebywa w domu dziecka, od września 2008 r. uczęszcza do drugiej klasy gimnazjum przy Oddziale Dziennym Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, którego jest pacjentem.

Historia pacjenta

Zaraz po urodzeniu Adama biologiczna matka, nieformalnie, przekazała całkowitą opiekę nad synem pani Zofii i jej starszemu bratu Robertowi. Po trzech latach ten stan został sformalizowany. Pan Robert usynowił Adama, a sąd rodzinny ustanowił rodzeństwo (panią Zofię i pana Adama) rodziną zastępczą, przy jednoczesnej opiece kuratorskiej. Matka biologiczna знаła panią Zofię ze wspólnej hodowli psów i kotów oraz z bliskiego sąsiedztwa.

Pani Zofia, wówczas w wieku 57 lat, z wykształcenia filolog rusycysta, pracowała zawodowo jako nauczycielka języka rosyjskiego. Obecnie jest na rencie. Angażuje się w działania wspólnoty kościelnej, w której znajduje wsparcie. Przez 13 lat była w związku małżeńskim, zakończonym rozwodem, którego powodem był alkoholizm męża. Z tego związku nie ma dzieci. Rodzina p. Zofii pochodzi ze wschodu i w swojej historii ma wiele traumatycznych doświadczeń związanych z utratą mienia i zagrożeniem ze strony komunistów. Relacja pomiędzy p. Zofią a jej matką charakteryzowała się silną niedojrzałością i zależnością, brakiem separacji. Znaczący wydaje się fakt, że mama pani Zofii została oddana przez swoją matkę na wychowanie swojej starszej siostrze.

Matka biologiczna Adama, jako nastolatka, została zgwałcona przez swojego wujka. Odeszła z domu rodzinnego, gdy dowiedziała się, iż jej ojczym nie jest jej biologicznym ojcem. Kilkakrotnie była w więzieniu z powodu kradzieży. Obecnie wychowuje trójkę dzieci pod kuratelą sądu, a dwójka została oddana do rodzin zastępczych. Przez kuratora podejrzewana jest o prostytutkę.

Kurator kilkakrotnie zgłaszał do sądu zaniedbania w opiece nad Adamem – brud w mieszkaniu pani Zofii, niską higienę osobistą, częste zmiany przedszkoli.

W 2000 r., w szóstym roku życia Adama, matka biologiczna złożyła w prokuraturze zawiadomienie, że pan Robert molestował seksualnie jej syna Konrada. Podejrzanie wykorzystania seksualnego dotyczyło również Adama. Sprawa była badana przez Instytut Ekspertyz Sądowych, który w stosunku do Adama nie potwierdził hipotezy molestowania. Sąd, inicjując śledztwo bez wcześniejszego uprzedzenia matki zastępczej, umieścił Adama w domu dziecka; chłopiec przebywał w nim osiemnaście miesięcy. Pan Robert otrzymał wyrok czterech lat pozbawienia wolności w związku z udowodnionym przestępstwem seksualnym, pozbawiono go również władzy rodzicielskiej nad Adamem.

W domu dziecka Adam zaczął być odwiedzany przez matkę biologiczną. Poinformowała go, że „ma matkę”. Z jej wniosku odbyła się rozprawa o przywrócenie praw rodzicielskich. Sąd odrzucił wniosek ze względu na „osobowość społeczną” i brak więzi z dzieckiem.

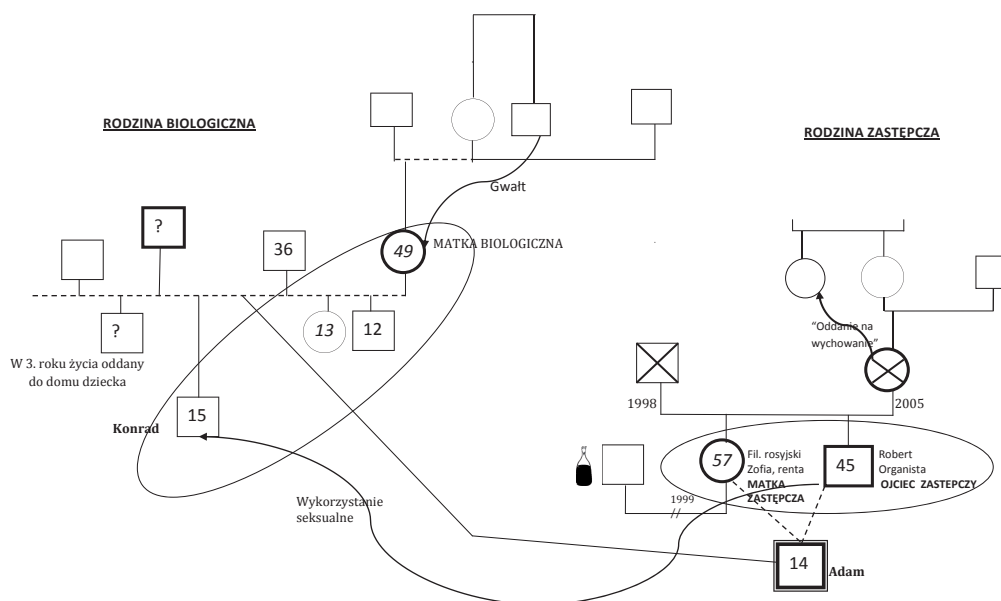
W trakcie pobytu w domu dziecka Adam był odwiedzany także przez matkę zastępczą i jej matkę. W ich ocenie była to instytucja opresyjna, traumatyzująca. Doświadczenie przebywania w niej stanowi dla nich całkowite wytłumaczenie występujących trudności u Adama. Po 18 miesiącach pobytu w domu dziecka Adam wrócił do domu matki zastępczej.

Z okresu pobytu Adama w domu dziecka pochodzą pierwsze, poza informacjami od matki zastępczej, informacje o funkcjonowaniu chłopca.

W momencie przyjęcia do placówki (Adam miał wtedy 6 lat) był w złym stanie zdrowia – miał anemię, zapalenie płuc wymagające leczenia szpitalnego, powiększoną wątrobę i śledzionę, zapalenie uszu. Poza tym był zaniedbany higienicznie. Miał trudny kontakt z innymi dziećmi. Bawił się zawsze sam. Był nieporządnym w czynnościach samoobsługowych i mało sprawny manualnie. Trudno było zmobilizować go do wysiłku. Z czasem stał się bardziej koleżeński i uczynny. Zaczął podporządkowywać się obowiązującym normom. W relacji pracowników domu dziecka kontakt z mamą zastępczą był trudny – obwiniała ona dom dziecka o stan somatyczny syna, była pełna pretensji.

Pierwsze lata życia Adama charakteryzują doświadczenia związane z różnymi czynnikami urazowymi, takimi jak niestabilność relacji, zaniedbania emocjonalne i fizyczne.

Genogram



Po powrocie Adama do domu rodziny zastępczej, sąd skierował rodzinę do Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży celem podjęcia leczenia.

Historia leczenia

Od 11.07.2002 r. pani Zofia wraz z Adamem (ośmioletnim wówczas) pozostają w opiece różnych agend Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży. Początkowo kontakt miał miejsce

w ambulatorium przyklinicznym. Odbyły się tam cztery spotkania z lekarzem psychiatrą, nie prowadzono leczenia farmakologicznego. Lekarz podjął decyzję o skierowaniu rodziny do Zespołu Leczenia Domowego. Kontakt został zainicjowany w styczniu 2003 r. Spotkania rodzinne na terenie domu trwały rok. Po dwóch miesiącach zostały połączone z psychoterapią indywidualną pacjenta trwającą do chwili obecnej – łącznie ponad sześć lat (z tym samym terapeutą).

Rozpoczęcie terapii dostarczyło kolejnych obserwacji i informacji. Adam przejawiał agresywne zachowania wobec matki zastępczej, a zarazem pojawiał się u niego lęk w momencie jej nieobecności. Sypiali w jednym łóżku. Dodatkowo występowało nocne moczenie się. Matka postrzegała relację z synem jako jedyną naprawę ważną, zarówno dla siebie, jak i dla niego. Miała krytyczny stosunek do wizyt kuratora i wcześniejszych interwencji sądu. Wydaje się, iż podobnie przeżywała terapię — nie jako udzielanie pomocy, a raczej jako formę kontroli. Chłopiec demonstrował opór, nie odpowiadał na pytania terapeutów lub jego wypowiedzi były bardzo lakoniczne. Chował się pod stół, wchodził do szafy.

Z czasem te reakcje wygasły, jednak nigdy nie chciał rozmawiać, bawił się sam lub zasypiał. Pomimo tego uzyskano możliwość współpracy z rodziną w tworzeniu adekwatnego systemu opieki i pomocy, co przejawiało się deklarowaną chęcią matki zastępczej do kontynuowania spotkań rodzinnych.

Równoległe rozpoczął się proces terapii indywidualnej. Na spotkania raz w tygodniu, trwające 45 minut, Adam docierał regularnie, przyprowadzany przez matkę lub babcię. Podczas terapii prezentował brak zainteresowania kontaktem z terapeutą, unikał wchodzenia w relacje, był nieufny. Niechętnie podejmował aktywności proponowane przez terapeutę, polegające na zabawie klockami, samochodami i rysowaniu. Na zadawane pytania nie odpowiadał lub mówił „nie wiem”. Po kilku spotkaniach zaczął prosić, a następnie domagać się możliwości korzystania z komputera. Gdy nie uwzględniono jego potrzeby, stawiano granice, reagował złością, nie uczestniczył w rozmowie ani w zabawie. Tworzenie emocjonalnej więzi nie dokonywało się, a relacja wydawała się opierać na umożliwieniu mu dostępu do komputera. Dla terapeuty był to okres silnej frustracji i doświadczania bezsilności w związku z niemożnością zacieśnienia więzi z pacjentem. Rokowania co do nawiązania przyszłości przez pacjenta ufnych relacji były niekorzystne. Pacjent uczestniczył fizycznie, a nie emocjonalnie w sesjach terapeutycznych.



Dużo informacji o pacjencie pochodzi z rysunków i testów projekcyjnych. Np. w pierwszym roku terapii Adam w rysunkach prezentował siebie jako pajaka, motyw ten powtarzał się kilkakrotnie. W jednym z nich był zamknięty w butelce i odsunięty od rodziny – uwięziony i odseparowany.

Rysunki pacjenta przedstawiały członków rodziny jako: zarówno nad wyraz sympatycznych, ugrzeczionych, jak i przerażających oraz agresywnych. Relacje z członkami rodziny wydawały się silnie ambiwalentne.

Chłopiec pozostawał pod specjalną opieką wychowawcy klasy i zespołu uczącego oraz udzielana

była mu pomoc przez nauczyciela pedagoga specjalnego i pedagoga szkolnego. Powyższy stan rzeczy wynikał z opinii wystawionej w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w 2004 roku, mówiącej o potrzebie kształcenia specjalnego. Adam uczęszczał wtedy do trzeciej klasy. Był często nieprzygotowany do zajęć, nie miał odpowiednich przyborów, odrobionych zadań, bardzo często opuszczał lekcje, lub spóźniał się, z większości przedmiotów otrzymywał oceny dopuszczające, miał bardzo duże zaległości edukacyjne z nauczania początkowego. Jego umiejętności współdziałania w grupie i z nauczycielami ocenione były jako bardzo ograniczone. Izolował się od rówieśników, sam siedział w ławce, przerwy spędzał samotnie. Miał trudności w koncentracji uwagi, trudno mu było skupić się na wykonywanych zadaniach. Poza szkołą jego kontakty społeczne również były ograniczone — sam bawił się na podwórku lub jeździł na rowerze.

Adam wobec mamy był bardzo roszczeniowy i agresywny. Kiedy nie chciała spełnić jego oczekiwań, obrażał się, klócił, potrafił uderzyć matkę lub rzucać w nią przedmiotami. Całe dni spędzał w kafejkach internetowych; łatwiejszy kontakt miał z komputerem, który był przewidywalny i wypełniał jego polecenia, dostarczał stymulacji. Chłopiec miał dostęp do komputera również w domu, jednakże był ciągle niezadowolony z jakości sprzętu — zmieniał go, rozkręcał i ciągle ulepszał.

Szkoła sugerowała, aby Adam w trybie nauczania indywidualnego miał lekcje w domu, w opinii terapeuty jednak, wobec występujących trudności, powyższy stan rzeczy nie sprzyjałby jego rozwojowi. We wrześniu 2006 r. Adam został skierowany przez terapeutę, w porozumieniu z lekarzem psychiatrą, na Oddział Dzienny Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie. W ramach oddziału pacjenci uczestniczą w zajęciach lekcyjnych, terapii grupowej oraz w spotkaniach społeczności.

Po dwóch latach terapii, w listopadzie 2006, powtórzono badanie za pomocą testu inteligencji Wechslera. Nie pozwoliło ono jednak na jednoznaczną ocenę możliwości intelektualnych chłopca, zwłaszcza rozwoju werbalnego, słowno-pojęciowego, ponieważ w podtestach: „słownik”, „rozumienie” Adam ograniczał się do odpowiedzi „nie wiem” lub „nic”. Bardzo dobrze radził sobie z zadaniami o charakterze niewerbalnym, pracował szybko i chętnie, potrafił się skoncentrować. Wyniki WISC-R: skala pełna 90, skala słowna 78, skala bezsłowna 104. Wynik ogólny na granicy inteligencji przeciętnej i poniżej przeciętnej. Różnica wyników pomiędzy skalami wynika z typu interakcji społecznych, doświadczanych przez Adama, powodujących negatywizm i ambiwalentny stosunek do samego badania i osoby badającej, którą był terapeuta indywidualny. Niski poziom rozumienia słownego wydaje się związany z zaniedbaniami edukacyjnymi oraz z trudnościami w zakresie adekwatnego odczytywania sytuacji społecznych.

Na uwagę zwraca deterioracja poziomu inteligencji w ciągu dwóch lat. Obniżenie się wyników dotyczy głównie skali słownej (różnica 21 pkt).

Uzyskane wyniki wydają się korespondować z brakiem więzi rówieśniczych, skromnymi potrzebami kontaktu emocjonalnego oraz trudnościami w zakresie tworzenia i utrzymywania relacji interpersonalnych. Powyższe funkcjonowanie ma silny wpływ na adaptacyjne problemy Adama dotyczące zarówno sfery emocjonalnej, jak i trudności w sprośtaniu wymaganiom wynikającym ze struktury szkolnej i wychowawczej. W zakresie nabytych umiejętności uzyskuje on słabe wyniki, przy prawidłowym poziomie rozwoju umysłowego. Nie ma wiadomości i wiedzy adekwatnej do wieku rozwojowego. Wydaje

się, iż w sposób niewystarczający korzysta z edukacyjnej oferty szkoły, dodatkowo ma trudności w koncentracji uwagi. Środowisko domowe nie dostarcza mu dostatecznej stymulacji rozwoju poznawczego.

Wiosną 2007 r. z więzienia wyszedł brat pani Zofii — Robert i zamieszkał razem z siostrą i Adamem. Jest to czas nasilonego negatywizmu ze strony Adama, niepodporządkowywania się regułom domowym, agresji i buntu. W reakcji na trudności w radzeniu sobie z zachowaniami Adama, matka zastępcza kieruje sprawę do sądu rodzinnego w celu umieszczenia go w domu dziecka. Jednocześnie personel Oddziału Dziennego Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie zauważa coraz lepsze funkcjonowanie Adama w strukturze oddziału i w relacjach społecznych.

We wrześniu 2007 r. pacjent osiągnął wiek gimnazjalny i został przeniesiony na oddział dzienny Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, gdzie kontynuuje edukację i zajęcia terapii grupowej oraz uczestniczy w spotkaniach społeczności. W listopadzie 2007 r. został, na wniosek matki zastępczej, umieszczony w domu dziecka prowadzonym przez siostry zakonne.

W procesie terapii indywidualnej następuje w tym czasie wyraźna zmiana jakości kontaktu. Po raz pierwszy od ponad pięciu lat, Adam spontanicznie zaczyna mówić o swojej sytuacji w szkole, na oddziale, w domu dziecka, staje się mniej roszczeniowy i zamknięty, jest bardziej ufny w kontakcie i zabiega o regularne spotkania terapeutyczne. Wydaje się, iż stara się o relację, w której czuje się bezpieczniej i ufniej.

Refleksje nad terapią

Na rozwój Adama miało wpływ wiele traumatycznych wydarzeń, przede wszystkim związanych z separacją, brakiem więzi, zaniedbaniem fizycznym oraz nieadekwatnością kontaktu z obiektem macierzyńskim. Jego typ przywiązania jest nieufny, co w konsekwencji silnie wpływa na zmniejszenie się kompetencji społecznych i poznawczych. Doświadczenie silnej niestabilności i nieprzewidywalność relacji z osobami bliskimi wydają się kluczowe w rozumieniu trudności rozwojowych. Koledzy z kamienicy okazują się jego braćmi. Rodzice nie są prawdziwymi rodzicami. Ojciec nie jest ojcem, a dodatkowo jest sprawcą cierpienia brata. Biologiczna matka nie może być matką, bo sąd widzi w niej prostytutkę. Rodzina, w której się wychowuje, przestaje chcieć się nim zajmować. Specyficzne mechanizmy radzenia sobie wydają się utrwalone i sztywne, a co za tym idzie — nieprzystające do aktualnych sytuacji społecznych spoza rodzinnego życia Adama, ale czy mogą być inne? Nieumiejętność tworzenia emocjonalnej więzi można uznać za obronę przed nieświadomie antycypowanym lękiem przed separacją, odrzuceniem i krzywdą. Adam egocentrycznie zabiega o realizowanie swoich potrzeb materialnych, o to umie prosić. Wobec ludzi jest nieufny, wydaje się, że ich nie potrzebuje, jednakże osoby, z którymi jest związany, budzą w nim uczucia skrajnie ambiwalentne. Postrzega ludzi dychotomicznie, czarno-biało: jako dobrych, kiedy spełniają jego potrzeby, i złych, gdy tego nie robią. Napięcie i sprzeciw budzą w nim sytuacje stawiania granic i wymagania. Adam ma niską zdolność do werbalnego opisu świata swoich emocji. Obecnie więcej mówi — o tym, że chce zmienić dom dziecka, bo ten, w którym przebywa, zabrania mu posiadania telefonu komórkowego; o tym, że spotkał swoją biologiczną matkę i został zaproszony do niej

w odwiedzin; o tym, że nie wie, czy ją odwiedzić. Istotna wydaje się zmiana tematyki gier komputerowych, w które gra. W ciągu pierwszych pięciu lat terapii lubił kilka gier. Ich główny temat był wspólny. Generalnie polegały one na zadaniu wydostania się ze skomplikowanej jaskini, wioski lub krainy. Obecnie Adam gra w gry, w których jest rycerzem ciągle polepszającym swoją zbroję i broń, oraz w taką, w której buduje własne miasto dbając o to, aby nie zostało zniszczone przez sąsiadów. Zmiana polega na tym, że sam decyduje, co robi, nie ucieka, ale wzmacnia się przed ewentualnym zagrożeniem. Sam buduje swój świat i może wybrać własną drogę.

Wnioski końcowe

Adam ma trudności w zakresie funkcjonowania poznawczego, osobowościowego, jak również społecznego. Jego rozwój jest zagrożony. Za przyczyny jego trudności można: depryzację opieki, nieadekwatność więzi we wczesnym dzieciństwie, traumatyczne doświadczenia separacji, jak również wykorzystanie seksualne jego brata i wpływ atmosfery towarzyszącej temu zdarzeniu. Wydaje się, że terapia indywidualna jest kluczowa dla rozwoju chłopca. Niezwykle trudny dla terapeuty okres terapii, trwanie przy pacjencie i kontenerowanie jego frustracji przyczyniło się do powstania więzi między nimi i stworzyło bazę rozwoju. W dalszej konsekwencji pozwoliło Adamowi wejść w szerszy świat społeczny, otwierać się na relacje.

Pobyty na oddziale dziennym oraz w domu dziecka stanowią kolejne kluczowe doświadczenia korektywne, na tyle silne, że umożliwią zmianę w zakresie poznawczego i emocjonalnego funkcjonowania. Stabilne, pomocne i przewidywalne środowisko działa lecząco, a terapia rodzinna i indywidualna otwierają możliwości oparcia się na innych systemach społecznych.

Niewyobrażalne, wręcz niemożliwe, jest przewidzenie rozwoju Adama, jednakże priorytetowe wydaje się zapewnienie mu stabilnego i spójnego środowiska terapeutycznego, pozwalającego na znalezienie oparcia i utrzymywanie trwałej relacji. Jednocześnie istnieje zagrożenie, że rozpoczęty już proces adolescencji przyniesie powrót do ukrytych bolesnych doznań. Sensowność oddziaływań terapeutycznych wydaje się bezsprzeczna, ale ciągle niepewne i nieprzewidywalne stają się granice, do których Adam dotrze. Czy będzie umiał tworzyć satysfakcjonujące relacje, czy będzie umiał kontrolować własne impulsy? Czy będzie się buntował, czy potrafi przystosować się do wymogów świata zewnętrznego?

Piśmiennictwo

1. Andreoli V. *Moi wariaci. Wspomnienia psychiatry*. Kraków: Homini; 2007.
2. Holmes J, Bowlby J. *Twórcy psychoterapii*. Gdańsk: GWP; 2007.
3. Wilber K. *Psychologia integralna*. Warszawa: Jacek Santorski & Co; 2006.
4. Nakov A. *Oko, które słyszy*. *Psychoter*. 2008; 1: 55–59.
5. Fuchs T. *Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialog*. *Curr. Opin. Psychiatry* 2004; 17: 479–485.

Adres: Zespół Hospitalizacji Domowej Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM
Kopernika 21a, 31-501 Kraków
e-mail: btreger@cm-uj.krakow.pl