

Agnieszka Gawęda¹

PRACA POD PRESJĄ. PSYCHOTERAPIA PSYCHODYNAMICZNA OSOBOWOŚCI SCHIZOIDALNEJ

WORKING UNDER PRESSURE. PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY OF SCHIZOID PERSONALITY

¹Gabinet Psychoterapii Agnieszka Gawęda, Katowice

psychodynamic psychotherapy
schizoid personality
neurodiversity

Streszczenie

Artykuł dotyczy pacjentów, u których w początkowej fazie terapii rozważano rozpoznanie osobowości narcystycznej, natomiast w toku procesu terapeutycznego stopniowo wylaniał się obraz osobowości schizoidalnej współwystępującej z cechami neuroróżnorodności (ADHD, spektrum autyzmu).

Przedstawiam fragmenty procesów psychotherapeutycznych prowadzonych w nurcie psychodynamicznym z nastolatkami i młodymi dorosłymi. Ich wspólnym mianownikiem jest doświadczanie silnego, często obezwładniającego odczucia presji – zarówno po stronie pacjentów, jak i terapeuty. Punktem wyjścia dla rozumienia opisywanej problematyki jest poszukiwanie źródeł tej presji, czyli analiza konfiguracji mechanizmów obronnych oraz zjawisk przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowych w powiązaniu z cechami neuroróżnorodności.

W opisie opieram się na doświadczeniach z prowadzonych przeze mnie terapii nastolatków i młodych dorosłych. Przy definiowaniu pojęć korzystam z psychoanalitycznych i psychodynamicznych ujęć osobowości schizoidalnej (McWilliams, Kernberg, Johnson), koncepcji obron autystycznych (Tustin), opisu obiektów dla self jako psychologicznego podłoża cech ADHD (Mollon) oraz pojęcia pozycji schizoparanoidalnej (Klein).

Celem artykułu jest pokazanie, w jaki sposób neuroróżnorodność współtworzy określone konfiguracje mechanizmów obronnych i może sprzyjać kształtowaniu się obrazu osobowości schizoidalnej, a także jakie konsekwencje ma to dla przebiegu terapii pod presją.

Summary

The article concerns patients in whom, at the initial stage of therapy, a diagnosis of narcissistic personality was considered, whereas during the course of the therapeutic process, a picture of schizoid personality co-occurring with neurodiversity traits (ADHD, autism spectrum) gradually emerged.

I present fragments of psychotherapeutic processes conducted in a psychodynamic approach with adolescents and young adults. Their common denominator is the experience of strong, often overwhelming feelings of pressure – both on the part of the patients and the therapist. The starting point for understanding the described issues is the search for the sources of this pressure, that is, the analysis

of the configuration of defense mechanisms and transference-countertransference phenomena in connection with neurodiversity traits.

In the description, I rely on experiences from therapies I have conducted with adolescents and young adults. In defining the concepts, I use psychoanalytic and psychodynamic approaches to schizoid personality (McWilliams, Kernberg, Johnson), Tustin's concept of autistic defences, Mollon's notion of self-objects as the psychological substrate of ADHD traits, and Klein's concept of the schizoparanoid position. The aim of the article is to demonstrate how neurodiversity co-constructs specific configurations of defense mechanisms and may facilitate the development of a schizoid personality configuration, and what implications this has for the course of psychotherapy under pressure.

Wprowadzenie

Nancy McWilliams, w przeciwieństwie do Ottona Kernberga, który umieszcza osobowość schizoidalną na niższych poziomach organizacji borderline, akcentuje duże zróżnicowanie poziomu funkcjonowania tej organizacji osobowości. Jej zdaniem kontinuum schizoidalne rozciąga się od pacjentów hospitalizowanych w stanach katatonii, poprzez osoby z poważnymi deficytami w zakresie integracji Ja, aż po jednostki funkcjonujące powyżej przeciętnej, często genialnie twórcze [1]. Tym, co pozostaje wspólne, jest szczególnie rodzaj podatności na przestymulowanie emocjonalne i poznawcze oraz charakterystyczne wycofanie w świat fantazji jako podstawowy mechanizm obronny.

McWilliams zwraca uwagę, że psychoanalityczne pojęcie osobowości schizoidalnej ma wiele wspólnego z jungowską koncepcją introwertyzmu – zwłaszcza typem INFJ w ujęciu MBTI – oraz że wysoko funkcjonującą wersję tego wzorca można rozumieć jako mieszczącą się na „zdrowszym końcu” spektrum autystycznego [1]. Oznacza to, że pewne cechy, które z perspektywy psychiatrycznej mogłyby być rozważane jako łagodniejsze formy zaburzeń ze spektrum autyzmu, w ujęciu psychoanalitycznym opisuje się jako składniki struktury schizoidalnej.

Otto Kernberg i współpracownicy charakteryzują osobowość schizoidalną jako mieszczącą się w szerokim przedziale – od umiarkowanie skonsolidowanego poczucia tożsamości aż po poważne niepowodzenia w tym zakresie. Obraz kliniczny obejmuje 1) płaski afekt, 2) brak jawnego wyrażania złości, 3) ruminacyjny, skierowany do wewnątrz styl poznawczy, 4) powściągliwy, zdystansowany, czasem chłodny styl interpersonalny oraz 5) skłonność do izolowania się, apatii i anhedonii. Główny konflikt dotyczy pragnienia bliskości i jednoczesnego lęku przed pochłonięciem, co skutkuje obronnym wycofaniem. Dominujące relacje z obiektem to relacje między emocjonalnie zdystansowanym, wielkościowym self a intruzywnym, omnipotentnym innym [2].

Stephen M. Johnson opisuje osoby o strukturze schizoidalnej jako mające fundamentalne poczucie braku prawa do istnienia lub jako niebezpieczne dla innych. Podkreśla obecność chronicznego, często nieuświadomionego lęku i przerażenia, nieuświadomionej wściekłości, skłonność do unikania zaangażowania i wycofywania się w momentach zbliżenia, a także do nasilonej autoagresji i trudności w trosce o siebie. Zwraca uwagę na problemy w rozpoznawaniu uczuć i rozdzielaniu myślenia od przeżywania, a także na tendencję do rozszczepiania doświadczenia [3].

Z przytoczonych opisów wyłania się obraz jednostki hiperwrażliwej, podatnej na przestymulowanie, z jednej strony intensywnie potrzebującej relacji do regulacji emocji,

z drugiej – wycofującej się w świat fantazji, ruminacji i konstrukcji wewnętrznych. Taka osoba odcina się od przestymulowujących ją doznań ze świata zewnętrznego, a realność przeżywa jako zagrażającą ze względu na potencjalną agresję i inwazyjność – zarówno własną, jak i cudzą. Często nadużywa obron narcystycznych (wielkościowość, omnipotentna kontrola, zaprzeczanie, dewaluacja, rozszczepianie) oraz obron autystycznych (wycofanie w świat fantazji, unikanie, izolacja, regulowanie się poprzez nieożywione obiekty).

W swoim artykule podejmuję próbę spojrzenia na osobowość schizoidalną w odniesieniu do leżących u jej podłoża cech neuroróżnorodności (ang. *neurodiversity*). Przez *neuroróżnorodność* rozumiem zjawisko naturalnej, wrodzonej różnorodności w budowie i funkcjonowaniu układu nerwowego, obejmującej między innymi odmienne profile uwagi, przetwarzania bodźców, regulacji emocji, funkcji wykonawczych i stylów komunikacji. W tym ujęciu różnice obecne na przykład w ADHD czy zaburzeniach ze spektrum autyzmu nie są same w sobie patologiczne, lecz mieszczą się w szerszym kontinuum normy rozwojowej.

Określenie *zaburzenia neurorozwojowe* rezerwuję dla sytuacji, w których te różnice prowadzą do istotnego cierpienia psychicznego lub znacząco ograniczają funkcjonowanie w kontekście oczekiwań środowiska. Z perspektywy klinicznej interesuje mnie więc nie tyle pytanie, czy pacjent ma ADHD/ASD, ile to, w jaki sposób cechy neuroróżnorodności wpływają na kształtowanie się zestawu mechanizmów obronnych i organizacji osobowości – w tym osobowości schizoidalnej.

Frances Tustin opisuje autyzm jako *zjawisko pseudoniezależności*, w którym dziecko uporczywie podąża własną ekscentryczną drogą, w niewielkim stopniu próbując się dostosować do sposobu funkcjonowania innych ludzi [4]. Podkreśla, że taka postawa pełni funkcję ochronną przed lękiem i bólem wynikającymi z zależności. Wprowadza także pojęcie *o bi e k t ó w a u t y s t y c z n y c h* – nieożywionych obiektów służących regulacji napięcia i ukojenia poza relacją z drugim człowiekiem.

Phil Mollon definiuje ADHD na poziomie biologicznym jako zestaw atypowych cech w obwodach wpływających na płat czołowy, natomiast na poziomie psychologicznym – odwołując się do psychologii self Heinza Kohuta – jako zwiększone zapotrzebowanie na „obiekty dla self” [5]. Osoba z ADHD potrzebuje stałych odpowiedzi i podpór ze strony otoczenia, pomocy w modulowaniu pobudzenia, nastroju, impulsów, a także w utrzymaniu kontaktu ze światem zewnętrznym. Według Mollona lęk w ADHD jest odpowiedzią na poczucie fragmentacji doświadczenia, a lęk przed „pofragmentowaniem” należy do najbardziej pierwotnych lęków. Strategią obronną bywa wówczas wycofanie się w stan autystyczny, oparty na doznaniach, co może rodzić silną, narcystyczną wściekłość wobec napotykaných ograniczeń.

Mollon zwraca uwagę, że osoby z ADHD wykorzystują innych ludzi jako „przymuszone obiekty dla self”, starając się narzucić im zadanie uzupełniania braków regulacyjnych w układzie umysł – ciało. Osoby w spektrum ASD częściej szukają ukojenia w świecie nieożywionym, co wiąże się z „nieskuteczną barierą dla bodźców” i trudnością w filtrowaniu napływających wrażeń [5]. W tym kontekście neuroróżnorodność może sprzyjać budowaniu specyficznych konfiguracji obron, które – w warunkach niekorzystnych środowiskowo – układają się w obraz osobowości schizoidalnej.

Cel i metody

W ostatnich latach, szczególnie w pracy z nastolatkami i młodymi dorosłymi, coraz częściej spotykałam pacjentów zgłaszających silne stany lękowe i depresyjne, liczne somatyzacje, wycofanie społeczne, a także opisujących poczucie bycia pod ogromną presją – ze strony otoczenia, systemu edukacyjnego, rodziny, jak również samego siebie. W relacji terapeutycznej doświadczenia te przyjmowały postać swoistego zagęszczenia presji odczuwanej zarówno przeze mnie, jak i przez pacjentów.

Subiektywnie przeżywałam tę presję jako mieszaninę lęku, poczucia niewystarczalności, wstydu, obawy przed popełnieniem błędu, a także przymusu szybkiego i skutecznego działania. W miarę trwania terapii zaczęłam dostrzegać, że są to stany odzwierciedlające wewnętrzne doświadczenia pacjentów – ich lęk przed byciem ocenionym, uznanym za gorszego, zdemaskowanym w swoich deficytach, a także głęboką potrzebę „naprawy” przez idealizowany obiekt.

Celem pracy jest opis i konceptualizacja wybranych procesów psychoterapeutycznych, prowadzonych w modalności psychodynamicznej, w kontekście osobowości schizoidalnej i neuroróżnorodności – ze szczególnym uwzględnieniem zjawiska presji rozumianej jako złożona reakcja przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowa.

Presję rozumiem tu jako efekt identyfikacji projekcyjnej: nieakceptowane części pacjenta – jego lęk, wstyd, poczucie deficytu, strach przed inwazją – są pomieszczone w terapii, który początkowo doświadcza ich jako własnych. W jej skład wchodzi między innymi:

- lęk przed byciem niewystarczająco kompetentnym i „naprawczym”;
- wstyd i obawa przed oceną (ze strony pacjenta, superwizora, własnych wewnętrznych obiektów);
- lęk przed inwazją, czyli „dokopaniem się” do bolesnych deficytów pacjenta i jednocześnie obawa przed doświadczeniem ich we własnej psychice;
- tendencja do unikania pogłębionej relacji na rzecz „bezpiecznej” powierzchowności.

Opis materiału klinicznego ma charakter jakościowy i ilustracyjny. Opieram się na treściach zapamiętanych z sesji, notatkach sporządzanych po spotkaniach oraz refleksjach z superwizji. Nie jest to badanie systematyczne ani próba uogólnienia statystycznego, lecz raczej studium przypadków służące pogłębieniu rozumienia zjawisk klinicznych.

W dalszej części przedstawiam trzy skrócone opisy procesów terapeutycznych (pana Z., pani B. i pacjentki P.), w których w różnym nasileniu obecne były cechy organizacji schizoidalnej i neuroróżnorodności, a także wyraźnie odczuwana presja w relacji terapeutycznej.

Przypadek pana Z.

Pan Z. (25 lat) zgłosił się na terapię z powodu nasilających się od kilku lat napadów duszności. Początek objawów wiązał z pierwszym poważnym związkiem, w którym – jak relacjonował – „po raz pierwszy czuł, że ktoś naprawdę na nim polega”. Po zakończeniu tej relacji duszności ustąpiły, by powrócić ze zdwojoną siłą w kolejnym związku, obejmując stopniowo coraz więcej obszarów życia: kontakty społeczne, sytuacje zawodowe, a z czasem także zwykłe czynności dnia codziennego.

Była to kolejna terapia w jego życiu, ale pierwsza w nurcie psychodynamicznym. Zgłosił się w dużym napięciu, przeżywając kontakt ze mną jako „ostatnią deskę ratunku”. Już od progu emanował silną energią, w której mieszały się złość, rozdrażnienie i lęk. Budziło to we mnie zarówno niepokój, jak i chęć sprostania jego oczekiwaniom.

Z powodu braku wolnych terminów przez pewien czas przychodził na godzinę utrudniającą mu funkcjonowanie zawodowe. Racjonalizował to, mówiąc: „Skoro nie ma pani miejsc, to chyba jest pani dobra – warto się poświęcić”. W tym okresie dominowała idealizacja, połączona z dużym krytycyzmem wobec wcześniejszych terapeutów, którzy „nic nie zrobili” i „tylko gadali”.

Stosunkowo szybko do głosu zaczęła dochodzić jego potrzeba kontroli i rozliczania „z efektów”. Pan Z. zaczął przeliczać poświęcony mu czas na pieniądze, domagał się „konkretnych” interpretacji i narzędzi, które miałyby przynieść szybkie złagodzenie objawów. Oczekiwał jednoznacznych odpowiedzi, zapewnień i jasnych wskazówek. Każda moja próba wspólnego zastanawiania się nad znaczeniem objawów była traktowana jako zbyt „teoretyczna” i „mało przydatna”.

Stopniowo narastała jego rozdrażnienie i wrogość. Zaczął mówić wprost, że „nie ma czasu na filozofię”, że „nie po to płaci”, aby „siebie bardziej rozumieć”, tylko po to, by „przestać się dusić”. Odrzucał interpretacje łączące objawy z relacjami, reagując na nie wściekłością. Odczuwał natomiast krótkotrwałą ulgę związaną z moimi bardziej doraźnymi pomysłami radzenia sobie (np. techniki oddechowe), które jednak szybko dewaluował jako „zbyt banalne”.

W przeciwnieństwie narastało we mnie poczucie presji, by „wreszcie coś z nim zrobić”. Zaczęłam intensywnie intelektualizować: przedstawiałam mu rozbudowane konceptualizacje jego trudności, powoływałam się na różne modele teoretyczne, szukałam właściwego języka. Z jednej strony chroniło mnie to przed doświadczeniem własnej bezradności i małości, z drugiej – dystansowało od jego realnego cierpienia.

W miarę upływu czasu pan Z. zaczął skarżyć się na moją „chaotyczność” i „dygresyjność”. Mówił, że „gubi się” w naszych rozmowach, że „nie wie, co jest najważniejsze”, że „wszystko się miesza”. Prosił o podsumowania pod koniec sesji, domagał się wskazania „głównego wniosku”. Jednocześnie sam relacjonował znaczące trudności z koncentracją i pamięcią: „wszystko wylatuje mi z głowy”, „jak wychodzę, to nie pamiętam, o czym mówiliśmy”.

Zauważyłam, że ja sama mam coraz większą trudność z utrzymaniem w pamięci wnoszonego przez niego materiału. Miałam wrażenie, że moje myślenie „rozpada się”, że nie jestem w stanie zbudować spójnej narracji. Doświadczałam stanów, które z perspektywy teoretycznej można by opisać jako chwilową utratę zdolności do mentalizacji i teorii umysłu – byłam bardziej skoncentrowana na własnym lęku i presji niż na rozumieniu pacjenta.

W superwizji początkowo interpretowaliśmy te zjawiska głównie w kategoriach zawiesi, dewaluacji oraz niemożności przyjęcia czegokolwiek wartościowego od obiektu. Z czasem coraz wyraźniej zaczęły się jednak rysować inne wątki. Wnikliwszy wywiad rozwojowy ujawnił, że pan Z. od dzieciństwa zmagał się z trudnościami w koncentracji, nadruchliwością, impulsywnością i problemami z planowaniem, które maskował nadmierną kontrolą i perfekcjonizmem. Relacjonował też okresy *h i p e r f o k u s u*, kiedy potrafił godzinami zajmować się jedną czynnością, całkowicie tracąc poczucie czasu. Wspominał

o nadwrażliwości sensorycznej, trudnościach w filtrowaniu bodźców, łatwym przeciążeniu hałasem, światłem czy obecnością innych ludzi. Z biegiem czasu stało się jasne, że poza wymiarem osobowościowym w jego przypadku obecny jest istotny komponent neurorozwojowy – cechy ADHD i elementy ze spektrum autyzmu.

Rozpoznanie tych wątków – najpierw w moim myśleniu, a potem wprost w rozmowie z pacjentem – okazało się przełomowe. Dla mnie oznaczało możliwość innego rozumienia własnego „rozpadu” i fragmentaryczności myślenia w kontakcie z nim. Zaczęłam je traktować jako doświadczenia identyfikacji projekcyjnej z jego „adhadowo-autystyczną” częścią, a nie wyłącznie jako porażkę terapeuty. Dla niego stanowiło możliwość nadania sensu dotychczasowym trudnościom, które dotąd przeżywał przede wszystkim jako dowód „słabości” i „nieudolności”.

Stopniowo zaczęliśmy nazywać jego mechanizmy kompensacyjne: obsesyjność, onnipotentną kontrolę siebie i innych, sztywne wzorce myślenia, nadmierne wymagania wobec siebie. Z ciemności presji, „by posiadać wszystko” – wiedzę, kontrolę, rozwiązania – zaczęło się wyłaniać hiperwrażliwe, hiperprzepuszczalne na bodźce Ja, przerażone możliwością inwazji, odrzucenia i ujawnienia deficytów.

Przypadek pani B.

Pani B. (25 lat) została skierowana na terapię przez psychiatrę, do którego trafiła z powodu nasilonego lęku, objawiającego się licznymi derealizacjami, depersonalizacjami oraz uczuciem „rozpływania się” rzeczywistości. Towarzyszyło temu silne poczucie winy związane z pragnieniami separacyjnymi oraz poczucie głębokiej odmienności w stosunku do innych ludzi.

Odmienność ta miała ambiwalentny charakter. Z jednej strony rodziła u pani B. lęk, że jest „poważnie chora”, że być może rozwija się u niej ciężka choroba psychiczna, z drugiej – wzmacniała przekonanie o wyjątkowości i wyższości. Pani B. trudno było pogodzić te dwie perspektywy; w zależności od kontekstu dominowała albo jedna, albo druga.

Opisując swój sposób funkcjonowania, pacjentka podkreślała, że jej analityczny umysł działa „w tle”, poza świadomością, „przetwarza dane” i generuje rozwiązania bez udziału emocji. W praktyce oznaczało to, że wiele trudnych doświadczeń podlegało szybkiemu „przegadaniu”, zrationalizowaniu, bez kontaktu z towarzyszącymi im uczuciami.

Już na etapie konsultacji pacjentka zaznaczyła, że potrzebuje terapeuty „nieomylnego”, z odpowiednim wykształceniem i doświadczeniem. Otwarcie przyznała, że będzie sprawdzać to, co mówię, ponieważ boi się, że mogłabym jej „wmówić coś, co jest z nią niezgodne”. W przeniesieniu pojawiało się więc jednocześnie oczekiwanie idealnej, wszechwiedzącej figury oraz silna kontrola i nieufność wobec mojego autorytetu.

Od początku procesu terapeutycznego towarzyszył mi paraliżujący lęk. Czułam się poddana nieustającej ocenie, jakbym nie mogła popełnić najmniejszego błędu. Miałam poczucie, że każda moja wypowiedź musi być „naukowo uzasadniona”, poparta literaturą – inaczej zostanie natychmiast zakwestionowana. Jednocześnie doświadczałam trudności w swobodnym myśleniu i zadawaniu pytań; moje próby konceptualizacji jej przeżyć wydawały mi się niewystarczające.

W miarę trwania terapii stało się jasne, że w tle tych oczekiwań i wymagań obecne jest silne, patologiczne poczucie winy związane z oddzielaniem się od rodziny pochodzenia, zwłaszcza od chorej matki. Każda próba zadbania o siebie – odpoczynku, przyjemności, rezygnacji z części obowiązków – była przez pacjentkę przeżywana tak, jakby równała się zdradzie lub porzuceniu.

W relacji ze mną powtarzał się ten sam wzorec: kiedy proponowałam bardziej realistyczne spojrzenie na jej możliwości, pacjentka odbierała to jako próbę „osłabienia” jej, pozbawienia jej sprawczości lub – przeciwnie – jako dowód na to, że „nie rozumiem powagi sytuacji”. Z kolei moje miłsze, bardziej wspierające interwencje budziły obawę, że „uśpię jej czujność” i skłonię ją do podjęcia decyzji, których później będzie żałować.

W toku pracy zaczęła wprowadzać mnie w świat swoich obiektów nieożywionych. Od dzieciństwa miała ulubioną zabawkę, która pełniła funkcję obiektu autystycznego – regulującego napięcie, dającego poczucie stałości i bezpieczeństwa. W sytuacjach stresu pacjentka manipulowała nią, „zatapiała się” w doznaniach dotykowych, co pozwalało jej odsunąć na drugi plan przeciążające emocje.

Podczas sesji niejednokrotnie czułam się jak taki obiekt: wykorzystywana przede wszystkim jako narzędzie regulacji, a nie jako odrębny podmiot. Szczególnie wyraźne było to wtedy, gdy pacjentka oczekiwała ode mnie natychmiastowych, gotowych rozstrzygnięć – na przykład, czy powinna przerwać kontakt z rodziną, zmienić pracę, zdecydować się na leczenie farmakologiczne.

Z czasem zaczęły się ujawniać także inne aspekty neuroróżnorodności: nadrucliwość, trudności w siedzeniu spokojnie, nasilone napięcie ruchowe, podskakiwanie, kręcenie się na krześle, pstrykanie palcami, a także problemy z utrzymaniem uwagi. Elementy te, dotychczas przez pacjentkę kompensowane (np. poprzez perfekcjonizm i nadmierną kontrolę), zaczęły być włączane do wspólnego rozumienia jej funkcjonowania.

Przypadek P.

Pacjentkę P. (15 lat) poznałam podczas jej pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej. Została przyjęta na oddział w stanie ciężkiego pobudzenia psychoruchowego, z objawami psychotycznymi: mutyzmem, urojeniami oraz epizodami przypominającymi katatonię. Pierwsze próby kontaktu były bardzo trudne – pacjentka milczała, unikała kontaktu wzrokowego, wydawała się odcięta od otoczenia.

Po zastosowaniu farmakoterapii i kilkukrotnych próbach rozmowy udało się uzyskać bardziej spójny obraz jej doświadczeń. Okazało się, że jednym z powodów milczenia było poczucie, że kiedy mówi, inni „kradną jej charakter”. Słowa wypowiedane na głos miały – w jej odczuciu – tracić związek z jej osobą i stawać się jakby własnością słuchacza.

W przeciwprzeniesieniu doświadczałam naprzemiennie:

- intensywnego lęku, kiedy próbowałam aktywnie do niej docierać;
- stanu otępienia, rozpadu i niemożności myślenia, kiedy miałam poczucie, że każde moje działanie może być przeżywane jako inwazyjne.

Podczas rozmów z rodzicami P. słyszałam początkowo opis zwyczajnego dzieciństwa: szkoła, dobre oceny, koleżanki, zajęcia taneczne, „uśmiechnięta, pomocna, lubiana”

dziewczyna. Nikt nie dostrzegał w codziennym funkcjonowaniu niczego, co mogłoby zwiastować nadchodzącą katastrofę.

Dopiero dokładniejszy wywiad rozwojowy, prowadzony krok po kroku, ujawnił wiele sygnałów mogących wskazywać na neuroróżnorodność:

- posługiwanie się w dzieciństwie językiem zrozumiałym głównie dla niej i rodziców,
- liczne stereotypie ruchowe,
- preferencję samotnej zabawy,
- epizody „zawieszania się”, w których trudno było nawiązać z nią kontakt,
- silne reakcje na zmiany rutyny lub otoczenia.

W rozmowie z P. pojawił się także wątek „drugiego świata”, do którego przenosiła się za pomocą specyficznych ruchów ciała przypominających tiki. W świecie tym występowały te same osoby co w rzeczywistości zewnętrznej, ale to ona decydowała, co robią i mówią. Świat ten dawał poczucie onnipotentnej kontroli i odporności na zranienie, ale jednocześnie oddalał ją od realnych relacji z ludźmi.

Ostatecznie rozpoznano u P. spektrum autyzmu. W terapii głównym zadaniem stało się uznanie istniejących deficytów (w tym podatności na psychozę), przy jednoczesnym budowaniu stopniowej zdolności do wchodzenia w relacje. W moim odczuciu P. stosunkowo długo traktowała mnie głównie jako obiekt regulujący – kogoś, kto ma ją „uspokoić” i „utrzymać w całości” – zanim mogła zacząć odbierać mnie jako osobę zainteresowaną także jej subiektywnym światem.

Źródła presji w relacji terapeutycznej

W opisywanych przypadkach centralnym doświadczeniem – obok objawów zgłaszanych przez pacjentów – była presja obecna w relacji terapeutycznej. Z perspektywy przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej można ją rozumieć jako efekt identyfikacji projekcyjnej: nieakceptowane aspekty doświadczenia pacjentów – poczucie deficytu, hiperwrażliwość, lęk przed inwazją i zniszczeniem, wstyd oraz gniew – były umieszczane we mnie, a następnie przeżywane przeze mnie tak, jakby należały do mnie.

W doświadczeniu subiektywnym przejawiało się to jako:

- poczucie, że muszę pomóc szybko i skutecznie,
- lęk, że jeśli tego nie zrobię, zawiodę pacjentów, siebie i swoje wewnętrzne obiekty,
- obawa przed popełnieniem błędu, który może mieć katastrofalne skutki,
- tendencja do unikania głębszego kontaktu i uciekania w teorię (intelektualizacja),
- uczucie „rozpadu” myślenia i utraty zdolności do mentalizacji.

Przepracowywanie tej presji wymagało ode mnie stopniowego rozpoznawania, że stany te są w mniejszym lub większym stopniu odzwierciedleniem wewnętrznego świata pacjentów. Uświadamianie sobie, że doświadczane przeze mnie lęk, wstyd i poczucie deficytu nie są „tylko moje”, lecz stanowią również część ich psychiki, pozwalało na powolne odzyskiwanie funkcji kontenerowania i myślenia o tych stanach zamiast reagowania na nie w działaniu.

Kolejne etapy terapii

U pana Z. kolejnym ważnym etapem było rozstanie z wieloletnią partnerką, którego z jednej strony się obawiał, a z drugiej – oczekiwał z nadzieją na ulgę. Po rozstaniu doszło do paradoksalnego poprawienia relacji – częściej ze sobą rozmawiali, czasem utrzymywali kontakty seksualne, formalnie pozostając „wolnymi”. Pacjent odczuł chwilową ulgę z powodu zmniejszenia nasilenia duszności, po czym wystąpiły u niego objawy, które identyfikowałam jako oznaki żałoby i tęsknoty po utracie ważnego obiektu.

Na jego prośbę zwiększyliśmy częstotliwość sesji do dwóch tygodniowo. Zwiększenie mojej rzeczywistej i emocjonalnej dostępności zmieniło klimat relacji: umożliwiło mu przeżywanie straty bez natychmiastowego paraliżu lękiem i bez konieczności natychmiastowego uruchamiania obron. Z czasem ze sztywnego, kontrolującego mężczyzny, fantazjującego o „posiadaniu wszystkiego”, zaczął wyłaniać się wrażliwy, twórczy człowiek, uzdolniony manualnie, lubiący taniec, tęskniący za bliskością i równorzędnymi relacjami.

W przypadku pani B. istotnym momentem była decyzja o podjęciu farmakoterapii po okresie nasilonych strat życiowych (m.in. śmierci bliskich osób, problemów z płodnością) i wieloletnim funkcjonowaniu ponad własne możliwości. Symbolicznie oznaczało to zgodę na to, by nie być samowystarczalną i by sięgać po pomoc.

W terapii pojawiła się troska o mnie jako o realną osobę. Pacjentka zaczęła pytać, czy biorę urlopy, czy mam możliwość odpoczynku, zastanawiała się, jak przeżywam jej historię. Relacja zaczęła coraz bardziej przypominać wzajemną wymianę, w ramach której mogły zaistnieć zarówno jej potrzeby, jak i moje granice. Z oczekiwań „naprawy” coraz wyraźniej wyłaniała się potrzeba zrozumienia i bycia zrozumianą.

Pacjentka P., po okresach naprzedmiennego „chowania się” w świat fantazji i stopniowego wyłaniania się do kontaktu, podjęła decyzję o przystąpieniu do matury. Był to duży krok, biorąc pod uwagę jej wcześniejsze trudności szkolne, konieczność nauczania indywidualnego i doświadczenia hospitalizacji psychiatrycznej.

W moim przeciwp przeniesieniu pojawiały się na przemian: lęk przed jej potencjalną porażką (i wynikającym z niej załamaniem) oraz pragnienie ochrony jej przed konfrontacją z rzeczywistością – na przykład poprzez wspieranie koncentracji na tematach mniej bolesnych, takich jak przygotowania do rodzinnego wesela. Ostatecznie P. zdała maturę. Po kilku miesiącach zdecydowała się na terapię grupową na oddziale dziennym, co rozumiałam jako kolejny krok w stronę świata społecznego i próbę zmierzenia się ze wstydem z powodu własnych ograniczeń.

Z perspektywy teorii Melanie Klein można widzieć te zmiany jako stopniowe przechodzenie od pozycji schizoparanoidalnej – zdominowanej przez roszczenie, lęk przed inwazją i wycofanie – do pozycji depresyjnej, w której możliwe staje się większe zintegrowanie dobrych i złych aspektów obiektu, uznanie własnej agresji oraz rozwijanie troski o relacje.

Przedstawienie rezultatów wnioskowania klinicznego

Doświadczenie pracy z opisywanymi pacjentami skłania mnie do wniosku, że diagnoza osobowości schizoidalnej – zwłaszcza w kontekście neuroróżnorodności – jest procesem złożonym, wymagającym wieloetapowego różnicowania.

Po pierwsze, konieczne jest odróżnienie osobowości schizoidalnej od osobowości narcystycznej i unikającej. W osobowości schizoidalnej centralne miejsce zajmuje ambiwalentna potrzeba relacji – intensywne pragnienie bliskości współlistnieje z lękiem przed inwazją i pochłonięciem przez obiekt, co skutkuje wycofaniem w fantazję i autystyczne formy izolacji. Dewaluacja obiektu i ataki na relację mają tu często funkcję ochrony przed ujawnieniem deficytu i odrzuceniem. W osobowości narcystycznej dewaluacja służy przede wszystkim ochronie kruchego, wyidealizowanego obrazu siebie, a wycofanie z relacji ma na celu uniknięcie wstydu związanego z konfrontacją z własnymi ograniczeniami. W osobowości unikającej na pierwszy plan wysuwa się lęk przed kompromitacją i krytyką, przy relatywnie mniejszym udziale fantazji i autystycznych obron.

Po drugie, niezbędne jest odróżnienie obron autystycznych – rozumianych jako wtórne, psychogenne strategie izolowania się od relacji i bodźców emocjonalnych – od konstytucjonalnych cech neurorozwojowych (ADHD, ASD). Te drugie wpływają na sposób przetwarzania bodźców, regulację pobudzenia i funkcje wykonawcze, ale same w sobie nie stanowią mechanizmu obronnego. W przypadku pana Z. i pani B. obserwowałam liczne cechy ADHD (trudności z koncentracją, nadruchliwość, problemy z planowaniem, hiperfokusy), którym towarzyszyły obrony autystyczne (wycofanie w fantazję, regulacja poprzez obiekty nieożywione, izolacja). W przypadku P. na pierwszy plan wysuwały się cechy ze spektrum autyzmu o znacznym nasileniu, a obrony autystyczne zdawały się w dużej mierze splotać z konstytucjonalnymi różnicami w funkcjonowaniu układu nerwowego.

Po trzecie, warto zauważyć, że we wszystkich przypadkach setting terapeutyczny – czas, miejsce, zasady – nie był atakowany. Przeciwnie, stabilność ram zdawała się redukować lęk przed inwazją i przekroczeniem granic. Było to szczególnie wyraźne na tle doświadczeń z pracy z pacjentami o dominującej organizacji borderline, u których setting częściej staje się polem rozgrywania konfliktów.

W opisywanych terapiach istotne okazało się także rozróżnianie tego, co wynika z deficytów neurorozwojowych (np. trudności z koncentracją czy pamięcią), a co jest efektem obron i oporu. Pozwalało to bardziej realistycznie oceniać możliwości pacjentów i adekwatnie dostosowywać interwencje – tak, by z jednej strony uwzględniały istniejące ograniczenia, z drugiej zaś nie wzmacniały unikania konfrontacji z trudnymi uczuciami i relacjami.

Wskazówki terapeutyczne

Połączenie osobowości schizoidalnej z cechami neuroróżnorodności stawia przed terapeutą szczególne wyzwania. Jednym z największych jest utrzymanie postawy empatii i akceptacji wobec pacjentów, których obrony – onnipotentna kontrola, projekcja, identyfikacja projekcyjna, rozszczepienie, dewaluacja – znacząco zakłócają możliwości myślenia terapeuty, a przez proces identyfikacji projekcyjnej sprawiają, że to terapeuta staje się „nositелеm” ich lęków, wstydu i poczucia deficytu.

Reflektowanie tych mechanizmów – zamiast ulegania im i rozgrywania w działaniu – jest procesem żmudnym i wymaga często wsparcia superwizji. Początkowo odpowiedzialność za ten proces spoczywa w dużej mierze na terapeutce, który musi zmierzyć się

ze swoimi lękami przed niszczeniem i byciem zniszczonym, a także z poczuciem niewystarczalności i winy.

Stalość ram terapeutycznych – nie tylko w wymiarze formalnym, ale też emocjonalnym – ma ogromne znaczenie. Stabilne granice czasu, miejsca i zasad pracy, przy jednoczesnym unikaniu postawy wyższościowej czy triumfującej, tworzą przestrzeń, w której pacjent może stopniowo doświadczać relacji jako mniej zagrażającej, a bardziej przewidywalnej.

Nancy McWilliams podkreśla, że podstawowe wyzwanie w pracy z pacjentem schizoidalnym polega na znalezieniu drogi do jego subiektywnego świata bez wywoływania nadmiernego lęku przed wtargnięciem [1]. Pacjent obawia się, że terapeuta wycofa się emocjonalnie i uzna go za „przypadek beznadziejny” lub osobliwość. Jeśli terapeuta nie ulegnie pokusie, by ponaglać pacjenta do przedwczesnego otwarcia się, ani nie zdehumanizuje go, traktując jedynie jako zespół objawów, możliwe jest stopniowe budowanie przymierza terapeutycznego.

Ważne jest też, aby terapeuta zachowywał się jak realna osoba – ze swoją wrażliwością, ograniczeniami i możliwościami – a nie wyłącznie jako obiekt przeniesieniowy. Dotyczy to zarówno sposobu reagowania na cierpienie pacjenta, jak i komunikowania granic (np. urlopów, godzin pracy).

W pracy z pacjentami, u których występują obrony autystyczne, inspirujące są myśli Frances Tustin, która porównuje terapeutów takich osób z ludźmi „kopiącymi tunel przez gruzy”, by dotrzeć do dziecka ukrytego w środku [4]. Kiedy już uda się do niego dotrzeć, konieczna jest psychiczna „reanimacja” i otoczenie go ochroną oraz zrozumieniem. Tustin zwraca uwagę, że pozbawienie pacjenta autystycznej ochrony bez zaoferowania alternatywnych sposobów regulacji może być dla niego niezwykle zagrażające, a nawet upsychoznaczające.

W środkowych etapach opisywanych terapii praca koncentrowała się więc wokół:

- redukcji lęku społecznego,
- rozwoju mentalizacji i teorii umysłu,
- poszukiwania bardziej adaptacyjnych strategii regulacji emocji,
- stopniowego nazywania, akceptowania i poszanowania własnej odmienności,
- różnicowania tego, co jest wyrazem deficytu neurorozwojowego, a co obroną.

Z perspektywy terapeuty kluczowe było też nieustanne monitorowanie, na ile moje dostrajanie się do pacjentów wynika z rzeczywistej potrzeby pracy nad deficytami, a na ile stanowi odpowiedź na ich opór przed zmianą i uznaniem własnej odrębności.

Podsumowanie

Za Nancy McWilliams, odwołującą się do prac Louisa Sassa, można uznać, że schizoidalny typ osobowości jest w pewnym sensie znakiem naszych czasów – epoki wycofania, nadmiernej refleksyjności, racjonalizacji, osłabienia więzi społecznych i przeniesienia znacznej części życia do przestrzeni wirtualnej [1].

W praktyce klinicznej, zwłaszcza w pracy z nastolatkami i młodymi dorosłymi, coraz częściej obserwuję postawy wyobcowania i wyalienowania z grupy rówieśniczej i społecznej, współwystępujące z neuroroznorodnością (ADHD, ASD). Związane są one między

innymi z hiperwrażliwością, sztywnością myślenia, drobiazgowością, nadrefleksyjnością, rozproszaniem, a także lękami przed inwazją z zewnątrz. Sprzyja temu e-przywiązanie – relacje przeniesione do świata wirtualnego, w którym możliwe jest kontrolowanie dystansu i ekspozycji przy jednoczesnym ograniczeniu ryzyka realnego zranienia.

W takich warunkach rozwój osobowości schizoidalnej wydaje się szczególnie prawdopodobny. Oznacza to konieczność uwzględnienia i doszacowania w procesach terapeutycznych:

- siły lęku społecznego i lęku przed inwazją,
- wpływu neuroróżnorodności (ADHD, ASD) na kształtowanie się mechanizmów obronnych i organizacji osobowości,
- presji wynikającej z rozbieżności między sztywnymi oczekiwaniami świata zewnętrznego (szkoły, rodziny, rynku pracy) a realnymi możliwościami i zasobami jednostki.

Doświadczenie pracy pod presją z pacjentami o takiej konfiguracji cech uczy pokory wobec możliwości terapii. Zmiana najczęściej nie przyjmuje postaci spektakularnego zniknięcia objawów, lecz raczej dokonuje się poprzez subtelne przesunięcia: większą zdolność do pozostawania w relacji mimo lęku, nieco bardziej realistyczne patrzanie na siebie, odrobinę mniejszą surowość w samoocenie oraz większą gotowość do uznania własnych ograniczeń bez natychmiastowego ataku na self.

To właśnie te drobne, często trudne do uchwycenia zmiany – jeśli są utrwalane w czasie – mogą przekładać się na realną poprawę jakości życia pacjentów. Z perspektywy terapeuty są one efektem wytrwałej, często wykonywanej pod presją pracy nad utrzymaniem zdolności do myślenia w sytuacjach, które tę zdolność w naturalny sposób podważają.

Piśmiennictwo

1. McWilliams N. Diagnoza psychoanalityczna. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2021.
2. Caligor E, Kernberg O, Clarkin JF, Yeomans F. Psychoterapia psychodynamiczna patologii osobowości. Leczenie self i funkcjonowania interpersonalnego. Kraków: Krakowskie Centrum Psychodynamiczne; 2019.
3. Johnson SM. Style charakteru. Poznań: Zysk i S-ka; 1998.
4. Tustin F. Bariery autystyczne u pacjentów neurotycznych. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Fundament; 2021.
5. Mollon P. Rozpadające się self. Psychoterapia osób z ADHD, w spektrum autyzmu i z zaburzeniami somatoformicznymi. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2024.

Adres: agnieszka.gaweda@op.pl