

Model postępowania we wczesnej schizofrenii*

The model of action in early schizophrenia

Maria Orwid

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum UJ

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

Summary

I will present the model of thinking of the Cracow society in dealing with first episodes of schizophrenia in adolescents. During adolescence schizophrenia brings about diagnostic difficulties, because it is a period of stormy psychosocial and biological changes in the patient. Also, the responsibility of the therapists seems to be different – perhaps even more so than in their work with an adult. Importance of the environment of the psychiatric ward and group psychotherapy as well as the peer group for the patients, the role of family therapy, especially trans-generational transmission, place of individual psychotherapy and biological therapy in this system, all will be discussed. I will describe the importance of both, pedagogical therapy and the school in the course of the therapeutic process of the adolescent patients. In a closer manner, I will also describe the emotional problems of therapists dealing with adolescents having psychosis.

Słowa klucze: leczenia schizofrenii, adolescencja

Key words: therapy of schizophrenia, adolescence

Pozwolę sobie na wstępie na parę słów o bardzo ważnych, w moim przekonaniu, relacjach psychiatrycznego środowiska krakowskiego (w tym moich) z profesorem Alanem i jego ośrodkiem, w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych ubiegłego wieku.

Pierwszy raz zetknęłam się z profesorem Alanem poprzez jego książkę – dużą dysertację na temat rodzinnych relacji u pacjentów psychotycznych i niepsychotycznych. W czasach, o których mówię, nie była ona zresztą tak łatwo dostępna, jak obecnie; zwrócił mi na nią uwagę profesor Stefan Leder, który czytał zawsze wszystko i w każdym języku. Po lekturze książki nawiązałam bezpośredni kontakt z profesorem Alanem. Potem, w 1972 roku, miałam szczęście być na trzymiesięcznym stypen-

* Wykład wygłoszony na XLI Zjeździe Psychiatrów Polskich w Warszawie w 2004 r., na sesji plenarnej „Oblicza psychiatrii – osoba chorego”, w której uczestniczył także prof. Yrjö Alanen, w dniu 18.06.2004 r.

dium WHO-wskim w Turku, w katedrze psychiatrii prowadzonej przez profesora Alanena.

Byłam wtedy już „dorosłym” psychiatrą. Jednak był to bardzo szczególny moment w życiu naszego środowiska – czas tuż po śmierci Antoniego Kępińskiego, czas wielkiego kryzysu w naszym środowisku, czas żałoby i trudności. W naszej klinice był to okres tworzenia się założeń pracy z pacjentami młodzieżowymi, w tym w ogromnej mierze z młodzieżowymi pacjentami psychotycznymi. Jednocześnie był to okres praktycznego i teoretycznego powstawania terapii rodzinnej w naszym środowisku; „praca z pacjentami młodzieżowymi nam to po prostu podyktowała” – jak to kiedyś pięknie wyraziła profesor Halina Wardaszko-Łyskowska.

W tym właśnie tak istotnym czasie nawiązałam kontakt z profesorem Alanenem, jego teamem i kliniką. Oni oczywiście również byli na początku tej drogi – drogi postępowania ze schizofrenią (można zresztą powiedzieć, że na początku tej drogi jest się właściwie zawsze), jednakże byli na niej bardziej zaawansowani od nas, a przede wszystkim znakomicie zorganizowani.

Ponadto profesor Alanen należał do grupy „foundings” założeń terapii rodzinnej – było to bardzo istotne, ważne i podtrzymujące dla całego naszego środowiska. Uważam, że to spotkanie i inspirację należy przypomnieć, bo odgrywały istotną rolę w rozwoju naszego myślenia terapeutycznego i pracy.

Moje wystąpienie ma tytuł: „Model postępowania we wczesnej schizofrenii”. Nie jestem zadowolona z tego tytułu, ponieważ „model” zakłada jakąś jednorodną, dość jednolitą koncepcję. Takiej koncepcji nie mam ani ja, ani nasze środowisko – zawsze staliśmy na stanowisku (i nie byliśmy w tym tak bardzo oryginalni), że bardzo różne drogi prowadzą do schizofrenii, że choć wiele informacji naświetlanych z różnych perspektyw, jeśli idzie o etiopatogenezę schizofrenii, jest prawdziwych i słusznych, to jednak każda nich stanowi tylko jakiś fragment etiopatogenezy tej wielkiej, złożonej sprawy (mówię celowo „sprawy”, a nie „choroby”), jaką jest schizofrenia.

Przy takim założeniu mówienie o modelu jest trudne. Może to więc będą raczej moje refleksje z doświadczenia własnego, a także, przede wszystkim, ze współpracy z teamem moich kolegów zatrudnionych w klinice (od lat 60., 70., 80., 90. i ostatnio). Zespół naszej kliniki charakteryzował się od początku tym, że wszystko było w nim zawsze dyskutowane. To jest niewątpliwie cecha swoista naszego środowiska. Każdy pogląd, każdy pacjent, każda sytuacja jest w miarę możliwości bardzo dokładnie analizowana i konceptualizowana. W związku z tym ja – przedstawiając swoje refleksje – wcale nie czuję się ich wyłącznym autorem, co najwyżej jednym z autorów.

Na przełomie lat 60. i 70. w psychiatrii wybuchła bardzo duża „awantura” intelektualno-polityczno-emocjonalna: psychiatrzy o biologicznym nastawieniu, psychiatrzy nastawieni psychoanalitycznie i systemowo, i eklektycznie (choć tacy byli w mniejszości wtedy i w pogardzie), bardzo się ze sobą spierali. Spierali się w sposób oparty na zasadzie „out – out”: moje jest słuszne, twoje jest niesłuszne, ty jesteś dureń, ja jestem mądry itd. Otóż muszę powiedzieć, wracając do spotkania z profesorem Alanenem i jego zespołem, że w ich myśleniu uderzająca była odmienna sztuka dyskutowania –

nie było myślenia „out – out”, było myślenie „i – i”. Od początku była podejmowana próba integracji różnych podejść, różnych sposobów pracy, adekwatnie do stopnia komplikacji problemu, o którym mówimy. Było to także bardzo bliskie psychiatrom z Krakowa – od Kępińskiego, a także od jego poprzedników przejęliśmy przekonanie, że „jedynie słuszne” koncepcje są bardzo niebezpieczne, bardzo zawężają i fałszują rzeczywistość (nawet jeśli założy się, że one istnieją).

Gdy mówię o pierwszych rzutach schizofrenii – mam na myśli schizofrenię w adolescencji. I jedno, czego jestem zupełnie pewna w tej sprawie, to fakt, że w ogóle zaburzenia psychiczne w adolescencji, a spośród nich najbardziej schizofrenia, stanowią apogeum trudności, z jakimi mamy do czynienia w psychiatrii i w życiu.

Sama adolescencja rozumiana nie tylko biologicznie, ale i psychologicznie, społecznie, aksjologicznie, politycznie wręcz, jest takim konglomeratem trudności, konglomeratem zmian, konglomeratem niewiadomych. Jest jakimś obszarem ścierania się tego, co było, tzn. tego, co człowiek ze swojej rodziny generacyjnej, w sensie pewnie biologicznym, społecznym i każdym innym, wyniósł – z tą potrzebą, naturalną, oczywistą potrzebą człowieka młodego, żeby to wszystko zakwestionować, odrzucić, znaleźć coś własnego, znaleźć inne układy odniesienia, inne wartości, inne sposoby życia. Chęć oddalenia się od tego, co było, budzi poczucie winy i trudności, ponieważ, jak mówi Boszormenyi-Nagy, porządek świata polega na pewnej kontynuacji w ciągu pokoleń ludzkich. Z drugiej strony jednak przecież ta kontynuacja nie może być biernym odwzorowaniem i o tym najlepiej wie zawsze młodzież (lepiej niż my, którzy o tym zapominamy). Pomimo tego, że kryzys adolescencji uważany jest od lat, od czasów neopsychoanalizy, czyli od pół wieku, za rzecz absolutnie normalną i wręcz pożądaną, rokującą dobrze dla kompetencji osobowościowej, zdrowia psychicznego i funkcjonowania, to jednak trzeba też powiedzieć, że młody człowiek skonfrontowany z całą wielką burzą zmian i problemów biologicznych, psychologicznych, społecznych, emocjonalnych, seksualnych, politycznych – jest „człowiekiem bardzo wysokiego ryzyka” zachorowania. Można powiedzieć, że choć w kryzysie adolescencyjnym zawiera się cały sens rozwoju i to rozwijające spotkanie przyszłości i przeszłości, to jednocześnie jest to niewątpliwie okres wzmożonej wrażliwości i podatności na najrozmaitsze zakłócenia w funkcjonowaniu psychicznym, psychologicznym, społecznym. Bardzo dużo czynników potrzebnych jest do tego, żeby człowiek rzeczywiście przebrnął przez ten kryzys i osiągnął tak zwaną „dojrzałość”. Lubiliśmy ten proces nazywać „znajdowaniem swojego miejsca w świecie”. Bardzo wielu młodych ludzi nie może go znaleźć.

W tym właśnie okresie wszystko to, co było niezupełnie prawidłowe i adekwatne w rozwoju biologicznym nastolatka, w jego rozwoju psychospołecznym, w kontekście rodziny generacyjnej, w jego kontaktach ze światem, szczególnie ze światem rówieśniczym, wszystko, co było nie do końca rozwiązane w poprzednich fazach rozwojowych – wyostrza się, staje się bolesne, staje się szczególnie trudne. Sprawia, że młodzi ludzie z tymi trudnościami tworzą populację ryzyka. Ryzyka nie tylko dla siebie – ryzyka dla swojej rodziny i bardzo dużego ryzyka dla terapeutów, lekarzy

i psychoterapeutów. W adolescencji mogą się zdarzyć różne burzliwe problemy wpisane w dojrzewanie, często trudne do odróżnienia od objawów już psychopatologicznych. I nie można w swoim myśleniu diagnostycznym przesadzić w żadną stronę – ani w stronę patologizacji problemów dojrzewania, ani w stronę niedostrzegania pewnych elementów psychopatologicznych, które mogą się wtedy pojawić.

Zetknięcie się z burzliwą adolescencją pacjentów jest bardzo trudne dla wszystkich terapeutów, ponieważ konfrontuje nas z nami samymi, z naszym życiem znacznie bardziej niż wszystkie inne przypadki w psychiatrii. Pacjent w okresie adolescencyjnym to jest pacjent, który szczególnie szybko „atakuję” nasze krytyczne stany emocjonalne, nasze krytyczne sytuacje w życiu i wszystkie te problemy w nas, których nie byliśmy w stanie wcześniej rozwiązać. Ważne jest, żebyśmy o tym wiedzieli. Nie o to chodzi, że terapeutą młodzieżowym nie może być człowiek, który nie wszystkie problemy w sobie i w swoim życiu rozwiązał, ale człowiek, który ma ich świadomość.

Tak więc, jeżeli mówimy, że adolescencja jest to okres normatywnego nasilenia trudności, a nawet do pewnego stopnia „trudności pożądaných”, to, jeżeli mielibyśmy zwrócić na nie uwagę pod kątem schizofrenii, musimy powiedzieć, że często bardziej niepokoją terapeutów pacjenci, którzy nie mają ich w tym okresie życia, którzy nie przechodzą ostrego kryzysu adolescencji. Na ten fakt zwrócili uwagę analitycy i psychologowie rozwojowi. Psychiatrizy zajmujący się młodzieżą często mniej niepokoją się o tę młodzież, która, nawet jeżeli staje się obiektem naszego leczenia, to przysparza wielu konfliktów sobie i otoczeniu, i w której „wszystko wrze”, niż o tę, która tych kłopotów nie sprawia. Bardzo trudno jest udowodnić to, co mówię, aczkolwiek w pracy doktorskiej z lat 70. dr Wanda Badura-Madej, a także ja w swoich pracach zauważyliśmy, że psychoza adolescentów jest jakby substytutem kryzysu adolescencyjnego. To znaczy, że u tych adolescentów, u których z różnych powodów nie mogło dojść do tego burzliwego, ostrego, kwitającego, obiecującego kryzysu adolescencyjnego, psychoza występuje jakby „zamiast” niego.

Zwykle w takich sytuacjach przypomina mi się pacjentka, która była piątą córką w pewnej bardzo zasadniczej i religijnej rodzinie. Rodzice bardzo pragnęli syna, ale rodziły się wyłącznie córki. Dziewczynka była spokojna, cicha, grzeczna, nigdy nie sprawiała kłopotów, była zawsze przy mamie i nigdy nie powiedziała „nie”, co było przedmiotem dużej dumy rodziców. I nagle w szkole, mając 15 czy 16 lat, wyszła z ławki, przeprosiła nauczycielkę i powiedziała: „Teraz ja poprowadzę lekcję, bo pani jest durna. Ja wszystko wiem i ja wszystko powiem teraz najlepiej”. Można powiedzieć, że to, co się działo w tym dziecku przez poprzednich kilkanaście lat, było kompletnie nie zauważane, nie rozumiane, nie rozpoznane przez jej środowisko, a ona nie była w stanie, nie miała sił biologicznych, psychicznych, aby wejść w ten normalny, normatywny kryzys adolescencyjny. Była „skazana” na zrobienie tego wyłącznie przez psychozę. To właśnie jest przykład, może bardzo skrajny, ale niezwykle charakterystyczny dla takich sytuacji.

W rozpoznawaniu zaburzeń psychicznych u młodzieży, często nawet już nazywanych przez wielu psychiatrów „schizofrenią”, szczególnie, jakby laboratoryjnie, zaznacza się bardzo duża trudność w rozróżnieniu tego, co jest jeszcze „normą psy-

chiczną” u adolescenta, a tego, co jest już psychopatologią. W adolescencji pojawia się bardzo dużo zachowań, które, gdyby się pojawiły w dorosłości, mogłyby być jednoznacznie zakwalifikowane jako tak zwana „duża psychopatologia”. I tak, zdarzające się u adolescentów przemijające okresy izolowania się, unikania towarzystwa bywają interpretowane przedwcześnie jako zaburzenia autystyczne. Zdarzają się też wypowiedzi psychiatrów, jak w przypadku jednej z koleżanek: „No jakżeż, on jest na pewno chory, bo nie kocha tych, których powinien”. Otóż młodzi ludzie często okazują ambiwalencję, agresję wobec tych, wobec których „nie powinni”, tj. rodziców, w ogóle wobec świata dorosłych, wobec autorytetów i bardzo często jest to tylko symptom okresu rozwojowego, symptom dojrzewania i separacyjnych poszukiwań przemijający wraz z dorastaniem, podczas gdy w populacji dorosłych pacjentów bywa to już symptom, który zbliża się w kierunku bieguna psychopatologii schizofrenii. Jest więc potrzebne bardzo subtelne rozróżnienie, wymagające uwagi, czasu, uwzględnienia etapu rozwoju i kontekstu, aby móc bardziej jednoznacznie wypowiadać się na temat charakteru problemów czy objawów u adolescenta.

Proszę Państwa (tu też do docenta de Barbaro się zwracam), takie sposoby myślenia to nie jest jeszcze konstrukcjonizm. Nasz team nie był przekonany, że schizofrenia nie jest realnością. (Dzisiaj tego nie wiem, ale wtedy, powtarzam, nasz team nie miał takiego przekonania). Natomiast byliśmy pewni, że bardzo wiele stanów psychicznych, które już są psychopatologią schizofreniczną u dorosłych, u młodzieży w okresie adolescencyjnym nie są jeszcze schizofrenią. I wydawało się nam, a mnie się wydaje do dzisiaj, że większym błędem lekarskim, psychiatrycznym jest przedwczesne rozpoznanie schizofrenii, postawienie tej diagnozy (tu się zbliżam do czegoś, co można nazwać niby-modelem w myśleniu diagnostyczno-leczniczym) niż wstrzeźliwość w stawianiu takiego rozpoznawania u adolescenta, co nie oznacza oczywiście zaniedbania postępowania terapeutycznego na miarę potrzeb dorastającego pacjenta i jego rodziny.

Diagnoza psychiatryczna – wszystko jedno, jaki jest jej status poznawczy, ontologiczny – ma olbrzymi status administracyjny. O tym wszyscy wiedzą, że jeżeli dostaje się rozpoznanie schizofrenii, to za tym idą bardzo poważne konsekwencje społeczne, psychologiczne, rodzinne, że jest to ten typ diagnozy, który uruchamia całą psychiatryczną maszynę. Ja z nią nie walczę, ale staram się walczyć z jej dewiacjami, z jej jednostronnością, z gubieniem się w niej indywidualnego losu człowieka, topienia go w kontekście administracyjnym, który jest uruchamiany przez termin „schizofrenia”.

Wydaje mi się to niesłychanie niebezpieczne w przypadku młodocianych pacjentów. Dlaczego? Po pierwsze, często nie wiemy, czy mamy do czynienia z zaostrzeniem się kryzysu adolescencji czy już z psychozą. Po drugie, nawet jeśli mamy do czynienia z psychozą, to nie wiemy, w jakim stopniu jest ona wyrazem trudności realizacji zadań rozwojowych, jakie ma przed sobą adolescent w określonym kontekście społecznym, rodzinnym, jaki będzie przebieg dziejących się procesów i czym one się skończą. To może wiedzą już koledzy, którzy pracują z chronicznymi pacjentami, bo widzą, jak to

się skończyło w tych przypadkach. Z zastrzeżeniem, że i tak mówimy tylko o obrazie końca pewnej fazy życia, bo póki człowiek żyje, może się jeszcze nadal wiele w nim i jego życiu zmieniać.

W przypadku rzutu psychozy u adolescenta naprawdę nie wiemy, jak to się skończy, jaki będzie przebieg sytuacji, który zresztą zależy w ogromnej mierze od tego, co uruchomimy w sensie obrony tego człowieka przed dalszym postępowaniem psychopatologii i przed naznaczeniem społecznym, przed wykluczeniem społecznym, przed stygmatyzowaniem.

Naszym pierwszym przykazaniem i kluczowym zadaniem było zawsze i pewnie jest nadal uchronienie młodego pacjenta przed taką mniej pomyślną okolicznością. Żeby uchronić go w pierwszym epizodzie psychotycznym przed „chronicznością”, musimy uruchomić całą baterię sposobów, procedur, a wreszcie – przede wszystkim – uruchomić nasze myślenie o tym, co można zrobić, co można wykorzystać, co można w nim obudzić, co można w nim stymulować.

Jeśli chodzi o niezwykle istotne działania terapeutyczne w okresie zaostrzonego kryzysu adolescencyjnego, tym bardziej epizodu psychotycznego u adolescenta, to wydaje mi się (i tak myśleliśmy od początku), że nie można pracować bez udziału rodziny. Taka postawa, takie przekonanie nie jest wyłącznie wynikiem myślenia teoretycznego, wiedzy zaczerpniętej z literatury (choć trochę czytaliśmy). Jest przede wszystkim wynikiem doświadczenia w pracy i doświadczanej w niej nieustająco potrzeby zrozumienia tego, co się właściwie dzieje z pacjentem, co się dzieje między rodzicami a pacjentem, między pacjentem a nami, dorosłymi, wreszcie pomiędzy terapeutami a rodzicami pacjenta. Poczuliśmy to jako bezwzględna „konieczność”, gdy zaczęliśmy w klinice zajmować się poważniejszą populacją adolescentów. Nie miejsce tu i czas na analizowanie roli rodziny w powstawaniu zaburzeń psychicznych, bo to jest temat na odrębny kongres, ani nie miejsce tu na szczegółowe analizowanie metod terapii rodzinnej.

Mam przekonanie, że pewne nieswoiste cechy, elementy i procedury psychoterapeutyczne są często znacznie ważniejsze dla terapii różnych zaburzeń psychicznych niż wyspecjalizowane, tzw. kwalifikowane metody. Tak jest też chyba w myśleniu o rodzinie pacjenta psychotycznego w pracy terapeutycznej. Otóż wydaje mi się, że – niezależnie od tego, jakie się ma poglądy i co zamierza się dalej robić w terapii – należy zawsze dokonać analizy kontekstu rodzinnego pacjenta. Zobaczyć, jaki jest układ ról w rodzinie, kim kto jest, kto ma rolę centralną, a kto peryferyczną – to jest myślenie może dzisiaj niezupełnie modne, ale jakoś nie umiem się go wyzbyć do tej pory. W latach 70. i 80. dużo pisano na ten temat. Można te role traktować jakby rozłącznie i osobno je analizować: rolę dominującą, np. matki, rolę peryferyczną, np. ojca, ale można też patrzeć na ich interakcje, na systemowe zależności w rodzinie, w układzie partnerskim, małżeńskim, które doprowadzają do tego, że ludzie w takich rolach się osadzają i tak w swojej rodzinie funkcjonują. Ma to bardzo istotne znaczenie: dyskusyjne co do roli w etiopatogenezie psychozy, bardzo ważne w sensie terapeutycznym. W sensie psychoterapeutycznym z takich nieswoistych wskazań płyną sugestie co do

kierunku pracy terapeutycznej nad zmianą funkcjonowania układu rodzinnego, konstelacji rodzinnej, nad nadaniem innego znaczenia poszczególnym rolam w rodzinie – na przykład pracy nad zredukowaniem tej dominującej, głównej, centralnej roli matki i wprowadzeniem do kontekstu rodzinnego, i do głębszych relacji z dzieckiem, ojca. Wiele napisano o tym, jak ojciec ze swej roli peryferycznej – na ogół ojciec permissywny, ustępujący, z niskim poziomem ekspresji emocji, wycofujący się z jakichś autorytarnych decyzji i z „pochłaniania” dziecka – może odgrywać terapeutyczną, psychoterapeutyczną rolę w leczeniu, w rehabilitowaniu, w prowadzeniu młodocianego pacjenta, który przeżył psychozę. I to w moim przekonaniu jest zdecydowanie najważniejsza wiedza i uniwersalne wskazówki do terapii z całej tej burzy, jaka wokół terapii rodzinnej istniała i istnieje w niektórych kręgach.

Wydaje mi się również niezwykle istotne poznanie genogramu rodziny pacjenta, rodziny generacyjnej i miejsca pacjenta w ciągu pokoleń. Nie idzie mi tu o mechaniczne wykresowe przedstawienie ile, gdzie, co się działo, ale jakie były podstawowe dominujące przekazy transgeneracyjne. Jakie były oczekiwania wzajemne, oczekiwania od dzieci, jakie mity funkcjonowały w danej rodzinie, co rozumiano przez „dobrą matkę”, „dobrego ojca” i „dobre dziecko”? Co rozumiano przez „dobrą rodzinę”? Co było przyzwolone? Jaki system aksjologiczny panował w rodzinie? Co było wolno dziecku? Czy wolno było odejść i zacząć żyć po swojemu, czy też to wydawało się w danej rodzinie czymś horrendalnym i trzeba było zostać i wyłącznie kontynuować tradycję rodzinną? To bardzo istotne zagadnienia i choć brzmią czasem abstrakcyjnie, to przy pierwszym genogramie pacjenta (a nawet własnym) widzimy, jakie to ma olbrzymie znaczenie, jakim olbrzymim ciężarem jest dla naszego życia psychicznego i rozwoju.

Pracując z rodziną pacjenta możemy zobaczyć też, jak bardzo sprawa oczekiwań od dziecka jest związana z genogramem, z transmisją transgeneracyjną, przekazem wartości i postaw. Istnieje taki stereotyp w literaturze, także w beletrystyce, że psychotyk, ktoś, kto choruje na schizofrenię, to jest człowiek, który zawiódł oczekiwania. Często tak jest w efekcie, jeżeli idzie o oczekiwania wcześniejszych pokoleń, rodziców, dziadków. Natomiast ja jestem przekonana, że są to przede wszystkim te dzieci, od których już z góry mało się oczekuje, że są to dzieci, które uważane są od początku za „gorsze”. Może to jest związane z tym wszystkim, co słyszymy teraz i czego uczymy się od neurobiologów. Może te dzieci mają mniejszą ekspansywność, może mają czasem mniejszą inteligencję, mniejszą siłę i kompetencję osobowościową. Może można mówić, że mają większą podatność na zranienie w każdym rozumieniu tego słowa, wielką *vulnerability* i w związku z tym ewokują u rodziców takie postawy opiekuńcze, lękowe, zawłaszczające, co wtórnie skutkuje związaniem relacji społecznych, związaniem relacji rówieśniczych, wielką trudnością w podejmowaniu własnych decyzji, w formułowaniu i definiowaniu tożsamości, czyli pryncypialnego zadania w okresie adolescencji. Kim jestem? Kim byłem? Kim chcę być? Sama psychoza utrudnia uzyskanie tej pełnej tożsamości, ale w połączeniu z problemami adolescencji dopiero stwarza trudność piramidalną. A jeżeli mamy do czynienia w dodatku z dzieckiem, które zawsze miało tę trudność w wyodrębnieniu się, różnicowaniu siebie od swojego

kontekstu, to wtedy stopień trudności narasta ogromnie.

Wreszcie, bardzo często mamy do czynienia w tych konstelacjach rodzinnych właśnie ze zderzeniem się różnych projekcji rodziców co do oczekiwań od siebie. Matka i ojciec przeważnie pochodzą z różnych rodzin generacyjnych, mają różne oczekiwania od małżeństwa, rodzicielstwa, od życia, różne plany. Przeważnie są tego nieświadomi i bardzo często zaplątują się w jakiś taki klincz wzajemnej, złej, nieadekwatnej, nieefektywnej komunikacji. W tym wszystkim znajduje się dziecko, które również bardzo często jest triangulowane, tzn. angażowane przez jedno z rodziców do tego, ażeby zajęło stanowisko, ażeby coś rozsądziło, co jest dla niego niemożliwe, za trudne, obciążające, rodzi poczucie winy i bardzo poważne wątpliwości co do tego, gdzie jest prawda, gdzie jest racja i co właściwie ma zrobić.

To są takie, wydaje mi się, elementy, które, nawet jeśli nie jesteśmy rodzinnymi terapeutami i jeżeli nie kontynuujemy pracy z rodziną w dalszym przebiegu leczenia, musimy rozpoznać, ażeby w ogóle poznać teren, na którym się poruszamy, ażeby, wreszcie, np. nie znaleźć się w takiej sytuacji, że nasz zespół, nasz szpital, nasza klinika to będzie ta lepsza matka wobec tej złej, prawdziwej matki pacjenta. Wyszliśmy już z tego okresu pracy rodzinnej z pacjentami, ale jeszcze się zdarzają przypadki, że terapeuci budzą poczucie winy u rodziców. Co więcej, są psychoterapeuci, którzy uważają, że jeżeli spostrzegą u rodziny elementy patogenezy psychozy, to jest to równoznaczne z oskarżaniem jej.

Oczywiście, nie można rodziny oskarżać, bo ona przecież nie chciała intencjonalnie tych wszystkich zmian, które stworzyły psychopatologię, ona po prostu nie dała sobie rady. Musimy to wiedzieć, że nasza sytuacja jest wygodniejsza. Nie my odpowiadamy za urodzenie się tego dziecka i za jego wychowanie. My spotykamy rodzinę w jakimś momencie klęski, wszystko jedno, co się dalej stanie. Nie czarujmy się – umieszczenie dziecka z powodu ostrych zaburzeń psychicznych w szpitalu psychiatrycznym jest przeżywane jako klęska rodziny. Musimy o tym pamiętać. Musimy tę rodzinę, jej cierpienie uszanować, próbować zredukować jej lęk i poczucie winy. Potem, jak już się sytuacja nieco uspokoi, jak rodzina zobaczy, że my z nią nie walczymy, tylko chcemy ją zrozumieć i jej pomóc, możemy sobie pozwolić na aktywniejsze, choć nadal ostrożne, sposoby wprowadzania zmiany.

Proszę Państwa, ponieważ muszę już kończyć, powiem wobec tego maksymalnie krótko, że oczywiście indywidualna psychoterapia adolescenta ma znaczenie kapitalne, dość wyraźny jest jednak podział wśród terapeutów – jedni preferują tę formę terapii, inni preferują inną. W naszym teamie na ogół nie funkcjonował taki duży rozdział pomiędzy psychoterapeutami indywidualnymi a rodzinnymi i grupowymi, ponieważ staraliśmy się pracować kontekstualnie, to znaczy te wszystkie wątki w sobie integrować i łączyć. I zawsze mnie to dziwi – może nie dziwi, ale próbuję z tym dyskutować, kiedy niektórzy młodzi terapeuci mówią: „nie mogę pracować z rodziną, bo ja reprezentuję pacjenta”. To wydaje mi się jakimś nieporozumieniem. My mamy reprezentować ich, pacjenta i jego najbliższych, jako całość. Pacjent to jest człowiek w takim okresie życia, w którym musi rozwiązać swoje problemy w relacjach z rodziną,

a do tego potrzebne jest to, abyśmy my – terapeuci – to w sobie pomieścili.

Wreszcie chcę podkreślić to, o czym wspominał profesor Alanen, od czego my w ogóle zaczęliśmy pracę z młodzieżą – wielki sens psychoterapii grupowej młodzieży. Heterodiagnostyczna grupa terapeutyczna może dawać pacjentom możliwość korekcy zachowań, możliwość kontaktowania się z szerszym kontekstem społecznym, możliwość nadrobienia braków w komunikacji społecznej, istniejących już wcześniej w ich życiu.

Powiem jeszcze krótko o interdyscyplinarnym zespole terapeutycznym. Najlepiej, jeśli zespół ze sobą nie walczy, choć często problemem w teamie interdyscyplinarnym bywa to, że bardzo trudno jest ustalić w nim, kto ostatecznie odpowiada za chorego. Bardzo ważne jest, w moim mniemaniu, ażeby nie dzielić zespołu określeniem, że lekarz jest biologiczny, a psycholog – psychoterapeutyczny. Muszę powiedzieć, że jest to sytuacja, która doprowadza mnie do amoku. Leczenie musi być zintegrowane. Psycholog pracujący musi być klinicystą, to znaczy rozumieć psychopatologię i umieć ocenić stan kliniczny pacjenta, co nie znaczy, że musi stosować tabletki, ale musi wiedzieć, kiedy one będą potrzebne. Tak samo lekarz bez potrzeb i umiejętności psychoterapeutycznych w gruncie rzeczy nie jest dla mnie psychiatrą. Kępiński był naszym mistrzem, więc nic dziwnego, że tak myślę.

Wreszcie, na sam koniec – cały problem przeciwprzeniesień młodzieżowego psychoterapeuty, szczególnie mającego do czynienia z psychozami, to jest zagadnienie na osobne sympozjum, rzecz o kapitalnej wadze. Musimy ciągle siebie poznawać i pilnować, aby się nie uwikłać, nie zidentyfikować, nie chcieć rządzić i nie przeciwprzenosić na pacjenta tego wszystkiego, czegośmy nie rozwiązali w swoim życiu.

Piśmiennictwo

1. Alanen YO. *Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
2. Badura-Madej W. *Dynamika procesu dojrzewania u młodzieżowych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzeństwa. Analiza porównawcza*. Praca doktorska, maszynopis. Kraków 1976.
3. Badura-Madej W. *Psychologiczne problemy okresu adolescencji*. W: Orwid M, red. *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1981.
4. Bomba J, red. *Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków 2000.
5. Borszomenyi-Nagy I, Spark GM. *Invisible loyalties*. New York: Harper and Row Publishers; 1973.
6. Czabała JC. *Rodzina a zaburzenia psychiczne*. Kraków: Instytut Psychoneurologiczny, Sekcja Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 1988.
7. de Barbaro B. *Mapa rodziny jako klucz do terapii rodzin w schizofrenii*. W: Bomba J, red. *Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków 2000.
8. Józefik B. *Percepcja międzypokoleniowych wzorów relacji w rodzinach pacjentów z zaburzeniami odżywiania się i w rodzinach pacjentów chorujących na schizofrenię*. Rozprawa doktorska. Kraków 1998.
9. Kępiński A. *Schizofrenia*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1974.

10. Ludewig K. *Terapia systemowa. Podstawy teoretyczne i praktyka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1995.
11. Namysłowska I. *Terapia rodzin*. Warszawa: Springer PWN; 1997.
12. Orwid Norwid, red. *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1981.
13. Orwid M, Badura-Madej W. *Sytuacja rodzinna a powstawanie zaburzeń psychicznych u młodzieży dojrzewającej*. *Folia Med. Crac.* 1976; XVIII, 2.
14. Orwid M, Pietruszewski K. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydanie II. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1996.
15. Pietruszewski K. *Obraz rodziny hospitalizowanego psychiatrycznie pacjenta młodzieżowego*. *Psychiat. Pol.* 1994; XXVIII: 5.
16. Simon FB, Stierlin H, Wynne LC. *The language of family therapy: A systemic vocabulary and sourcebook*. New York: Family Process Press; 1985.
17. Stierlin H. *Family dynamics in psychotic and severe psychosomatics disorders: A comparison*. *Fam. Syst. Med.* 1983; 1.
18. Zubin J, Spring B. *Vulnerability – a new view of schizophrenia*. *J. Abnorm. Psychol.* 1977; 86.

Praca zamówiona przez redakcję

Adres: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
Katedra Psychiatrii CM UJ