

Trudności diagnostyczne u pacjentów w okresie dojrzewania – czynniki subiektywne po stronie lekarza

Diagnostic difficulties in adolescent patients – subjective psychiatrist-side factors

Cezary Żechowski

Instytut Badań nad Więzią i Relacjami Społecznymi w Warszawie

Summary

Adolescence is a period of intensive development and crucial transitions in human life. Developmental crises, oppositional behaviours and non-adaptive patterns are strengthened. Simultaneously some symptoms of mental disorders appear mostly in poor organised, non-specific prodromal syndromes. In these unstable and developmentally modified conditions psychiatric diagnosis and treatment seems to be very difficult. In the paper, we described the influence of countertransference of the psychiatrist on the diagnostic processes, especially the influence of a psychiatrist's adolescence on his/her unconscious attitude to adolescence at all.

Słowa kluczowe: pacjent młodzieżowy, przeciwrzucenie, diagnoza

Key words: adolescent patient, countertransference, diagnosis

Wstęp

Adolescencja jest okresem intensywnego rozwoju i przemian w życiu każdego człowieka. Przemiany te obejmują takie aspekty jak funkcjonowanie społeczne, emocjonalne, poznawcze, kształtowanie się obrazu ciała, rozwój psychoseksualny, procesy separacji i indywidualizacji. W okresie tym tworzą się i zostają utrwalone podstawy tożsamości oraz dojrzałego funkcjonowania. Towarzyszą im jednak próby powrotu do dawnych, dziecięcych lub nawet wczesnodziecięcych mechanizmów regulacji zachowań wraz z tendencją do eksternalizacji przeżywanego konfliktu (acting out) lub internalizacji w postaci uogólnionego stłumienia wyparcia emocji i popędów (czego przejawem może być zahamowanie, wycofanie się, poczucie winy, lęk).

W okresie dorastania pojawiają się też objawy niektórych zaburzeń psychicznych, zwykle w postaci niespecyficznych zespołów prodromalnych. Stwarzać to może istotne trudności diagnostyczne dotyczące kwalifikacji określonych zachowań, cech i objawów, które mogą być opisywane bądź to jako trudności okresu dojrzewania, bądź

jako objawy zaburzenia psychicznego. W istocie od lekarza lub zespołu leczącego zależy podjęcie decyzji o postawieniu diagnozy (lub nie) i wdrożeniu leczenia, co jest szczególnie trudne w przypadku niespecyficznych i słabo ukształtowanych zespołów psychopatologicznych lub niezrozumiałych zachowań adolescenta.

Wątpliwości, które mogą pojawić się z w trakcie diagnozy, opisuje w swojej książce Moses Laufer [1, s. 4]: „Każdy adolescent w pewnych okresach doświadcza stresu. Różnorodność zachowań jest wtedy tak duża, że często trudno jest zdecydować, czy przyczyną zachowania jest chwilowy stres (byłaby to normalna reakcja na stres), czy też zachowanie jest przejawem poważniejszych zaburzeń psychicznych. W jaki sposób moglibyśmy poznać znaczenie takich zachowań, jak kradzież, kłamstwo, używanie narkotyków, bójki, niepowodzenia w szkole, trudności w pracy, napady objadania się, picie alkoholu, nagła depresja, promiskuityzm, zmiany nastroju, nadmierna towarzyskość itp.? Chcąc znaleźć odpowiedź, należy przyglądać się tym zadaniom, przed którymi stoi każdy adolescent i dla których musi on znaleźć właściwe rozwiązanie. Z punktu widzenia naszej codziennej pracy z młodzieżą ocena zachowania jako mieszczącego się w obrębie normy jak i będącego objawem zaburzenia może często zapobiegać istotnym stresom adolescenta w późniejszym czasie. Warto dodać, że nieprawidłowa diagnoza i nieprawidłowe postępowanie mają zazwyczaj długoterminowy i determinujący przebieg na przyszłe życie osoby”.

Diagnoza psychiatryczna a przeciwprzeniesienie

W niniejszym artykule chciałbym skupić się nad tymi czynnikami utrudniającymi diagnozę, które znajdują się po stronie lekarza. Należą do nich czynniki związane z przeciwprzeniesieniem oraz z aplikacją systemów diagnostycznych w psychiatrii młodzieżowej. Przeciwprzeniesienie jest subiektywną reakcją lekarza, pielęgniarzki, terapeuty na emocje i zachowania pacjenta, z którym są w relacji terapeutycznej, diagnostycznej czy opiekuńczej itp. Dana Satir i wsp. [2] definiują je jako „wszystkie reakcje klinicysty wobec pacjenta, bez względu na ich źródło”. Zazwyczaj wymienia się dwa lub trzy elementy przeciwprzeniesienia: 1) osobowość pacjenta i jego psychopatologię, 2) osobowość terapeuty wraz z historią jego własnego życia oraz 3) przebieg terapii (rodzaj terapii, odnoszenie sukcesu lub nie, frustracja itp.). Przeciwprzeniesienie zawiera w sobie element zarówno świadomy, gdy klinicysta zdaje sobie sprawę z własnej reakcji wobec pacjenta, jak i nieświadomy, gdy elementy własnych emocji postrzega jako przynależące do rzeczywistości zewnętrznej (np. pragnienie oddzielenia się od pacjenta w sytuacji, gdy terapeuta odczuwa lęk wobec przeżywanego przez niego treści, lub też gdy zregresowany adolescent budzi silne uczucia macierzyńskie, a klinicysta nasila działania opiekuńcze jeszcze bardziej regresjonując pacjenta). Ten drugi element (nieświadomy) może wywierać czasem istotny wpływ na przebieg procesu diagnostycznego i leczenia. Z badań nad przeciwprzeniesieniem wynika np., że negatywne doświadczenia związane z leczeniem pacjentów z zaburzeniami odżywiania się mogą mieć wpływ na niechęć psychiatrów ogólnych do ich leczenia, czy nawet na niedobór klinicystów pracujących z tego rodzaju pacjentami. Podobne postawy mogą się zdarzyć w przypadku leczenia także innych grup pacjentów tzw.

trudnych – np. osób z zaburzeniami osobowości, podejmujących próby samobójcze czy samookaleczających się itp. [2, 3, 4].

Przeciwprzeniesienie może być jednak obiektem badań klinicysty. W procesie własnej terapii i superwizji stajemy się świadomi swoich reakcji wobec pacjenta, zwłaszcza tych emocjonalnych, które mogą być powiązane z historią naszego własnego rozwoju, np. z faktem wykorzystania seksualnego, alkoholizmem w rodzinie pochodzenia – problematyka DDA, historią zaburzeń odżywiania się i in.). Taka analiza przeciwprzeniesienia może do pewnego stopnia zapobiegać umieszczaniu własnych, zazwyczaj nieświadomych, urazów, pragnień, oczekiwań w pacjencie, a przez to wspierać kontakt terapeutyczny, relację terapeutyczną i ograniczać liczbę czynników zaburzających proces diagnozy i terapii. W tym sensie analiza przeciwprzeniesienia może stać się ważnym elementem wspierającym diagnozę (np. poprzez zastanowienie się, jakie emocje budzi pacjent w klinicyście lub nawet w całym zespole i dlaczego).

Diagnoza psychiatryczna i projekcja własnych ograniczeń rozwojowych

Adolescent jest szczególnie „wdzięcznym” obiektem przeciwprzeniesienia. Intensywność przemian tego okresu, liczne konflikty wewnętrzne i zewnętrzne, burzliwe reakcje emocjonalne, chwiejna tożsamość i niepewny obraz siebie samego powodują, iż z jednej strony praca z młodym człowiekiem wyzwalać może silne emocje i nieświadome postawy klinicysty, z drugiej strony adolescent bardzo łatwo staje się „pojemnikiem” (container w znaczeniu bionowskim) na treści wyprojektowane przez klinicystę. W tym sensie krąbny, zbuntowany lub zahamowany i zamknięty młody człowiek jest zarówno niedostępny i trudny w kontakcie, jak i w pewien sposób bezbronny wobec naszych, lepiej lub gorzej kontrolowanych postaw nieświadomych.

Zapewne można by wymienić wiele obszarów, w których klinicysta umieszcza własne nieświadome treści w adolescencie (mogą to być emocje związane z rywalizacją, zazdrością, seksualnością, zależnością i wiele innych). W tym artykule chciałbym jednak zwrócić uwagę na aspekt związany z przebiegiem adolescencji lekarza. Terapeuci zajmujący się okresem dojrzewania zwracają uwagę, iż w terapii młodzieży przeżywają i mają kontakt z własnymi doświadczeniami okresu adolescencji. Innymi słowy można by stwierdzić, iż komunikuje się on z , czy wzbudza się w nim jego własny „wewnętrzny adolescent”. Ten obraz własnej adolescencji zawiera przekaz, jak klinicysta poradził sobie z wyzwaniem okresu swego dojrzewania, w czym odniósł sukces, co nadal stanowi dla niego problem, jakich sposobów regulowania emocji używał, czego obawiał się w swoim dorastaniu, co było dla niego urazowe i trudne, skąd czerpał przyjemność i satysfakcję itd. W pewien sposób na nieświadomym poziomie spotyka się zatem dwóch adolescentów (jeden w roli pacjenta, drugi tkwiący w pamięci klinicysty). Czy ich różne doświadczenia mogą mieć wpływ na proces diagnozy i terapii?

Wydaje się, że pozycja lekarza psychiatry może być tu dość specyficzna. Wielu z nas, jeśli nie większość, aby dostać się na studia medyczne i uzyskać dyplom lekarza, musiało w jakiś sposób narzucić sobie reżim dotyczący nauki i opanowania minimum wiedzy. Wiązało się to zapewne z pewnym stopniem samoograniczenia i dyscypliny. Inaczej rzecz ujmując – można by powiedzieć, że zasady kwalifikacji na studia me-

dyczne preferowały osoby, którym łatwiej było stłumić swoje wewnętrzne popędy i impulsywne tendencje, skłonności do niebezpiecznych eksperymentów i buntu, do transgresji czy, jak mówi młodzież, „świrowania” na korzyść podporządkowania się określonym normom i regułom, konsekwentnego dążenia do celu, czasem jednak kosztem własnej spontaniczności i impulsywności. Zupełnie odwrotna strategia adaptacyjna będzie obowiązywała np. w środowisku artystów, którzy przekraczają normy, bariery i poszukują kontaktu ze sobą, swojego „prawdziwego ja” czy własnej niezależności twórczej.

W tym sensie naszą strategię adaptacyjną możemy nieświadomie postrzegać jako normatywną dla okresu adolescencji. W strategii tej przeważa tłumienie, podporządkowanie (czasami tylko zewnętrzne), praca, odmawianie sobie wielu rzeczy, pewna doza masochizmu i przystosowań do wymagań otoczenia. Czynniki te dominują nad buntem, impulsywnością, kreatywnością, agresywnością i popędowością zachowań. Jeszcze inną strategią adaptacyjną byłoby poszukiwanie przez adolescenta jakiegoś rozwiązania po przebytej traumie, radzenie sobie z poczuciem niespójności własnego self i oscylowanie pomiędzy regresją a próbą zaprzeczenia własnym emocjom. Paradoksalnie istotną grupą osób diagnozowanych jest właśnie młodzież stosująca dokładnie opozycyjną wobec „lekarskiej” strategię rozwoju w adolescencji. Zderzenie się różnych doświadczeń i strategii rozwoju może powodować określone skutki, które istotnie mogą wpływać na procedury diagnozy i leczenie podejmowane przez psychiatrę.

W tym momencie może pojawić się pytanie o przeciwprzeniesienie. Wydaje się, że klinicysta stosujący opisaną wyżej strategię adaptacyjną może reagować negatywnymi emocjami wobec uczuć, zachowań i impulsów, które sam stłumił, opanował czy podporządkował innym celom. Te negatywne emocje mogą zawierać w sobie elementy zazdrości, zawiści, frustracji, niepokoju i lęku, zwłaszcza wtedy, kiedy dana osoba uważała je za w jakiś sposób zagrażające spójności jej świata wewnętrznego i dążeniu do wyznaczonych sobie celów. W tym sensie zachowanie pacjenta stosującego odmienną strategię adaptacyjną może wydawać się niezrozumiałe, chaotyczne, szalone, zagrażające, podczas gdy w rzeczywistości nie musi takie być lub też nie jest bardziej niebezpieczne niż strategia bezwzględnej podporządkowania się normom dorosłych kosztem zapanowania nad własną spontanicznością i popędowością. Przeżywanie w przeciwprzeniesieniu psychiatry lęk, niepokój czy nawet nieświadoma zazdrość może prowadzić do chęci zapanowania nad chaotycznym i nieprzystosowanym światem wewnętrznych przeżyć adolescenta poprzez narzucenie mu własnej strategii adaptacyjnej. Sprzyjać temu może postawa, którą profesorowie psychologii klinicznej z University of Rhode Island – Charles Boisvert i David Faust [5] nazywają orientacją w kierunku patologii, której towarzyszy używanie języka psychopatologii do komunikowania się, wyjaśniania i tworzenia ram interwencji.

Klinicysta w kontekście własnych nieświadomych emocji, kierując się w swoim mniemaniu dobrem pacjenta, może sięgać po język psychopatologii i etykiety psychiatrycznej, które posłużą mu do opisu zachowań problematycznych, budzących lęk, aczkolwiek nie manifestujących wyrazistych cech psychopatologii. Niejednokrotnie w sensie objawowym adolescent nie przejawia żadnych ewidentnych symptomów

zaburzeń, klinicysta stwierdzić jednak może, że jego zachowanie jest „dziwaczne”, a sądy „pseudofilozoficzne”. Pacjent unikający kontaktu będzie wydawał się w „skąpym” kontakcie, może budzić „głęboki niepokój”, a w niezrozumiałych zachowaniach i fascynacjach możemy „wyczuć” – bo nie stwierdzić – objawy psychozy. Temu głębokiemu niepokojowi i wyczuciu psychozy nie towarzyszy jednak należyta troska o spełnianie kryteriów rozpoznania wg ICD czy DSM, ponieważ nieświadome przekonanie o konieczności interwencji i ratowaniu młodego człowieka, czy zapobieżeniu katastrofie, może być tak silne i narzucające się, że wszelkie wątpliwości zostają zepchnięte na plan dalszy. Efektem może być więc np. rozpoznanie i leczenie „prodromów”, które są jedynie nieprzystosowawczymi i trochę dziwnymi zachowaniami młodego człowieka (efektem jego buntu, specyficznej kreatywności czy traumy). „Klienci jednakże zostają zatrzymani w metaforze i definiują rzeczywistość sztywno w obrębie granic metafory lingwistycznej. Może to w znaczącym stopniu pogarszać rozumienie własnego zachowania i powodować jego patologizację. [...] Klient może używać takiej metafory do permanentnej transformacji własnego self i świata własnych percepcji zgodnie z ustalonym schematem” [5, s. 251].

Poszukiwanie rozwiązań: badanie przeciwprzeniesienia i rozwojowe kategorie diagnostyczne

Przeciwprzeniesienie staje się coraz częściej obiektem analiz terapeutów i badań empirycznych. Wiemy np., w jaki sposób płęć może rzutować na pracę z osobą wykorzystaną seksualnie lub dlaczego mężczyźni omijają kwestię zaburzeń obrazu ciała, a terapeutki częściej przeżywają negatywne emocje w kontakcie z pacjentkami z anoreksją (choć praca i jednych, i drugich wydaje się równie skuteczna) [2]. Wiemy też, że przeciwprzeniesienie nie ma wpływu determinującego i jeżeli jest analizowane, może stawać się niezwykle wartościowym narzędziem w pracy z pacjentem. D. Satir i wsp. w opublikowanej w 2009 r. pracy [2] identyfikują 6 typów przeciwprzeniesienia występującego podczas terapii dziewcząt w okresie dojrzewania z diagnozą jadłowstrętu psychicznego. Są to kolejno: 1) złość i frustracja, 2) ciepło i kompetencja, 3) agresja i seksualność, 4) bezradność i niekompetencja, 5) znudzenie i złość na rodziców, 6) nadmierne zaangażowanie i niepokój.

Obecność wzorca przeciwprzeniesienia jest naturalna i spójna z osobowością klinicysty. Samo w sobie nie jest ono niczym „patologicznym” ani złym. Istotne jest jednak, aby klinicysta znał swoje własne ograniczenia i zasoby związane z przeciwprzeniesieniem na tyle, żeby nie wpływały one determinująco na kwestię diagnozy i terapii. Systemy diagnostyczne DSM i ICD poprzez wyodrębnienie kryteriów rozpoznawania zaburzeń chronią pacjenta i klinicystę przed arbitralnością i jednostronnością diagnozy. Z drugiej zaś strony, poprzez wykluczenie kategorii zdrowia i naturalnych kryzysów rozwojowych, mogą powodować nadmierną etykietyzację i patologizację niechorobowych zachowań. Warto dodać, że alternatywne systemy – np. PDM [6] – w kategoriach problemów i zaburzeń młodzieży wyodrębniają rozpoznania tzw. zdrowych reakcji, w obrębie których mieszczą się normalne reakcje na stres czy kryzysy rozwojowe zupełnie nieobecne w DSM. W podobnym kierunku zmierzała opubliko-

wana znacznie wcześniej niż PDM koncepcja depresji młodzieńczej Jacka Bomby [7] uwzględniająca aspekt rozwojowy, środowiskowy i zasoby własne adolescenta. W tym sensie użycie nowych, pojemnych, nie wykluczających dotychczasowego dorobku, kategorii, uzupełniających (jak w przypadku PDM) DSM, mogłoby służyć większej precyzji i mniejszej jatrogenizacji poprzez diagnozę. Z drugiej strony wspierałoby uczestniczenie klinicysty w psychoterapii własnej i superwizji, co umożliwiłoby mu uzyskanie głębszego wglądu w swoje nieświadome motywy w kontakcie z pacjentem młodzieżowym i ograniczało ich wpływ na dalsze działania.

Na koniec chciałbym zacytować fragment piosenki „Załoga G” zespołu Hurt opisujący świat emocji młodego człowieka:

„[...]
*Miewam nieczyste intencje,
 Łamię własne zasady
 Jestem niekonsekwentny, drażliwy i niezdolny,
 Nie potrafię słuchać, a sam bez przerwy gadam
 Jak gdybym istniał tylko ja,
 a światem rządził szatan” (8).*

Zastanawiające, jakie wnioski można by z tego wyciągnąć, sięgając wyłącznie do języka psychopatologii.

Трудности при диагностике пациентов в периоде полового созревания – субъективные факторы со стороны врача

Содержание

Адоlescенция это период интенсивного развития и изменений в жизни человека. В этом периоде усилиются различные кризисы развития, поведение, окрашенное бунтом и неприспособления. Появляются тоже симптомы некоторых психических нарушений, как правило в форме неспецифических продромальных явлений. До врача-психиатра является необходимым установление диагноза и введение лечения, которое в условиях существенных изменений в периоде развития может быть особенно трудным. В статье обсуждено влияние противоперенесения на предпринимаемые диагностические критерии, в том, прежде всего собственной адоlescенции врача как фактора, существенно формирующего несознательные поведения по отношению к молодежи.

Diagnoseprobleme der Patienten in Adoleszenz – subjektive Faktoren seitens des Arztes

Zusammenfassung

Adoleszenz ist eine Zeit der intensiven Entwicklung und der Veränderungen im Leben eines Menschen. In dieser Zeit werden zahlreiche Entwicklungskrisen, Meuterei-Verhalten und Nichtanpassung intensiver. Es erscheinen auch Symptome mancher psychischer Störungen, vor allem als nicht spezifische prodromale Syndrome. Zur Aufgabe des Psychiaters gehört die Stellung einer Diagnose und Behandlung, die in den Bedingungen der signifikanten Entwicklungsveränderungen besonders schwer sein kann. Im Artikel wurde der Einfluss der Gegenübertragung auf das Treffen der diagnostischen Entscheidungen besprochen, darunter vor allem auf den Verlauf der eigenen Adoleszenz des Arztes als ein Faktor, der signifikant die unbewussten Haltungen gegenüber dem Verhalten von Jugendlichen gestaltet.

Les difficultés diagnostiques chez les patients adolescents – les facteurs subjectifs de la part des psychiatres**Résumé**

L'adolescence est la période du développement intensif et des changements importants dans la vie des hommes. Durant ce temps on observe plusieurs crises du développement, des comportements de révolte et de l'inadaptation. En même temps on observe des symptômes de certains troubles psychotiques, d'habitude comme symptômes non-spécifiques prodromiques. Dans ces conditions le psychiatre doit faire le diagnostic et initier la thérapie et cela peut causer des difficultés. Cet article décrit l'influence du contre-transfert sur le diagnostic, surtout de l'influence de l'adolescence propre du médecin comme facteur formant les attitudes inconscientes envers les jeunes gens.

Piśmiennictwo

1. Laufer M. *Psychological development in adolescence: „danger signs”*. W: Laufer M, red. *The suicidal adolescent*. London: Karnac Books; 1995, s. 4.
2. Satir DA, Thompson-Brenner H, Boisseau CL, Crisafulli MA. *Countertransference reactions to adolescents with eating disorders: relationships to clinician and patient factors*. *Int. J. Eat. Disord.* 2009; 42 (6): 511–521.
3. Brotman AW, Stern T A, Herzog DB. *Emotional reactions of house officers to patients with anorexia nervosa, diabetes, and obesity*. *Int. J. Eat. Disord.* 1984; 3 (4): s. 71–77.
4. Franko DL, Rolfè S. *Countertransference in the treatment of patients with eating disorders*. *Psychiatry.* 1996; 59 (1), s. 108–116.
5. Boisvert CM, Faust D. *Iatrogenic symptoms in psychotherapy. A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems*. *Am. J. Psychother.* 2002; 56 (2): 244–259.
6. PDM Task Force. *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring: MC: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006.
7. Bomba J. *Depresja młodzieńcza*. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL; 2004, s. 266–279.
8. Hurt. *Zaloga G*. W: Hurt. *Czat*. Luna Music; 2005.

Adres: Cezary Żechowski
05-509 Józefosław, ul. Magnolii 8 m. 2

Otrzymano: 11.02.2011
Zrecenzowano: 6.01.2012
Otrzymano po poprawie: 8.02.2012
Przyjęto do druku: 20.02.2012
Adiustacja: L. Sz.