

Małgorzata Janas-Kozik^{1,2}, Irena Krupka-Matuszczyk²,
Antoni Jakubczyk³, Joanna Hyrnik¹, Joanna Albert¹

Rozumienie zachowań autodestrukcyjnych młodzieży. Analiza porównawcza na przykładzie dwóch pacjentek – z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego i z depresyjnymi zaburzeniami zachowania

Understanding adolescents' autodestructive behaviours.

A comparative analysis based on two cases

– diagnosed with anorexia nervosa and juvenile depression

¹ Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, ul. G. Zapolskiej 3, Sosnowiec

² Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii ŚAM, ul. Ziołowa 45/47, Katowice

³ Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 1-9, Warszawa

Correspondence to: dr n. med. Małgorzata Janas-Kozik, Oddział Psychiatrii Wieku Rozwojowego i Psychoterapii, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, ul. G. Zapolskiej 3, 42-200 Sosnowiec-Klimontów, tel.: 032 266 50 52, e-mail: mkozik@centrum-pediatrii.com.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Wstęp: Jednym z najczęściej powtarzających się objawów świadczących o występowaniu zaburzeń w okresie adolescencji są różne formy zachowań autodestrukcyjnych. Rozumienie funkcji objawu – zachowań autodestrukcyjnych – ma znaczący wpływ na formę oraz dynamikę procesu terapeutycznego, a więc ma także wyraźny związek z możliwością uzyskania poprawy w zakresie funkcjonowania pacjenta w wielu obszarach. **Cel pracy:** Celem pracy była próba zrozumienia genezy i mechanizmów autodestrukcyjnych w zaburzeniach odżywiania się w przypadku takich zachowań, jak samookaleczenia i próby samobójcze występujące w innych obszarach psychopatologii typowych dla okresu adolescencji. **Materiał i metoda:** Ilustrację kliniczną dotyczącą wybranej problematyki stanowi porównawcza analiza dwóch przypadków – pacjentki z rozpoznaniem depresji młodzieńczej, z samookaleczeniami i próbami samobójczymi, oraz chorej z jadłowstrętem psychicznym. **Wnioski:** Liczne podobieństwa i związki w rozumieniu objawów chorej z jadłowstrętem psychicznym i pacjentki z depresją młodzieńczą wskazują na wspólne problemy okresu adolescencji, których rozwiązania wymaga dorastanie. Podobne problemy intrapsychiczne i interpersonalne mogą być rozwiązywane poprzez odmienne objawy psychopatologiczne.

Słowa kluczowe: zachowania autodestrukcyjne, adolescencja, jadłowstręt psychiczny, depresja młodzieńcza

Summary

Introduction: One of the more frequent symptoms of the adolescent period disturbances are different forms of autodestructive behaviours. Understanding the function of autodestructive behaviour symptoms has a significant influence on the form and dynamics of the therapeutic process and – as a result – has an impact on the improvement of the functioning of the patient in many areas of life. **Objective:** The aim of this paper is an attempt to understand the genesis and the autodestructive mechanisms in eating disorders in comparison with such behaviours as self-inflicted injuries and suicide attempts present in other areas of psychopathology

typical to the adolescent period. **Material and method:** The clinical picture consists of a comparative analysis of two cases: a patient diagnosed with juvenile depression with self-inflicted injuries and suicide attempts and a patient diagnosed with anorexia nervosa. **Conclusions:** Numerous similarities and connections in the understanding of symptoms shown by the anorexia nervosa patient and the juvenile depression patient point to common problems of the adolescent period, which need addressing and solving. Similar intrapsychic and interpersonal problems can be solved by different psychopathological symptoms.

Key words: autodestructive behaviours, adolescence, anorexia nervosa, juvenile depression

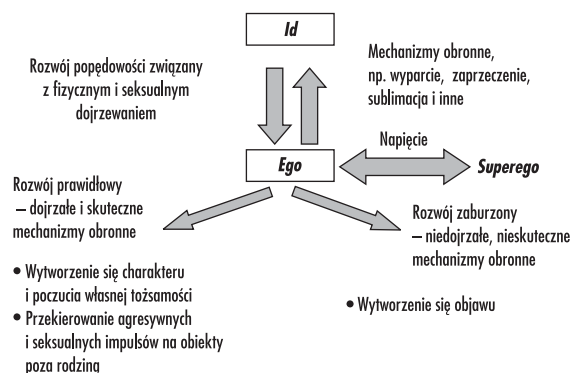
WSTĘP

Przegląd literatury oraz doświadczenia kliniczne wskazują na stale rosnącą liczbę zachorowań z powodu zaburzeń odżywiania się. Mówi się także o wzrastającej liczbie zachowań autodestrukcyjnych wśród hospitalizowanej młodzieży. Prawdopodobieństwo wystąpienia tego typu zachowań w grupie dorastających pacjentów wynosi 7-14% i wzrasta w okresie starszej adolescencji do 20-45% przypadków^(1,2). Statystyki te pokazują, że ten okres rozwojowy należy uznać za niewątpliwie trudny i burzliwy. U młodych osób niejednokrotnie zachodzą rozwijać się zaburzenia emocjonalne, a psychiatria razem z socjologią od wielu lat próbują wyjaśnić, dlaczego w tym okresie życia młody człowiek szczególnie narażony jest na zachwiania równowagi psychicznej. Kolejnym nurtującym problemem jest konieczność rozważania, kiedy prezentowane przez pacjenta zaburzenie jest normą rozwojową przypisaną temu etapowi, a kiedy już patologią wymagającą terapii.

W literaturze przedmiotu niejednokrotnie poruszano problem podobieństwa pomiędzy mechanizmami i zachowaniami autodestrukcyjnymi występującymi w zaburzeniach odżywiania się oraz mechanizmami i zachowaniami autodestrukcyjnymi dostrzeganymi w kręgu psychopatologii okresu dorastania, np. depresyjnych zaburzeniach zachowania. Favazza i wsp. jako pierwsi wskazali autodestrukcyjny, związany z zaburzeniami kontroli impulsu charakter symptomów występujących w zaburzeniach odżywiania się, odwołując się do terminu zespołu zamierzonych samouszkodzeń⁽³⁾. Zachowania autodestrukcyjne mogą przyjmować dwie formy: bezpośrednią (tradycyjną) i pośrednią (nietradycyjną). W pierwszej mamy do czynienia z celowym zadawaniem sobie cierpienia poprzez zachowania, takie jak nacięcia i przypalanie skóry, szczypanie, drapanie oraz uniemożliwienie gojenia się ran. Druga forma odnosi się do innych działań mających na celu wywołanie cierpienia, jak stosowanie różnych leków (w dawkach nieterapeutycznych) i innych substancji chemicznych oraz samogłodzenie, prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających^(4,5). Samookaleczenia są najczęściej spotykane w grupie zaburzeń depresyjnych i osobowości, a dotyczą około 63-80% przypadków⁽⁶⁾. Natomiast symptomy występujące w jadłowstręciu psychicznym (AN), ta-

kie jak: samogłodzenie, prowokowanie wymiotów, używanie środków przeczyszczających i odwadniających, uznane są za formy zachowań autodestrukcyjnych w ich nietradycyjnej (pośredniej) postaci^(3,5-7).

Jak wcześniej wspomniano, omawiana problematyka odnosi się do okresu dorastania. Aby zrozumieć tę fazę rozwoju, konieczne wydaje się wyjaśnienie, jakie zmiany zachodzą wtedy w psychice jednostki. Blos uznaje adolescencję za ostatnią fazę rozwoju psychoseksualnego, kiedy po okresie utajenia zostają wznowione wszystkie rozpoczęte w dzieciństwie procesy rozwojowe. Także wszystkie wcześniejsze konflikty i relacje dziecka powinny uzyskać swoje definitywne rozwiązanie właśnie w tej fazie rozwojowej. Z jednej strony u adolescenta ostatecznie kształtuje się tożsamość seksualna – wypracowanie poczucia kobiecości i męskości oraz określenie własnej roli związanej z płcią, z drugiej strony następuje proces „powtórnej indywiduacji”, z którym związane jest stopniowe separowanie się od rodziców i opuszczanie ich jako pierwotnych obiektów miłości i autorytetów⁽⁸⁾. Według teorii analitycznej wraz ze stopniowym dojrzewaniem fizycznym równowaga, jaką jednostka osiągnęła w fazie latencji, zostaje zakłócona przez ilościowe i jakościowe zmiany w popędach. *Ego*, które ukształtowało się w dzieciństwie, zostaje ponownie zagrożone lękiem wywołanym przez rozwój popędów związanych z dojrzewaniem fizycznym i seksualnym. Konflikt powstający w obszarze *ego*, *superego* i *id* obrazuje rysunek 1. *Ego* wykorzystuje wszystkie dostępne obrony w celu opanowania napięć i nacisków związanych z pochodnymi po-



Rys. 1. Rozwój konfliktowości w okresie adolescencji

pędów. W normalnym przypadku prowadzi to do wytworzenia się u adolescenta charakteru i przekierowania seksualnych impulsów na obiekty poza rodziną. Młody człowiek separuje się wtedy od swoich rodziców, nawiązując bliskie i znaczące relacje poza domem. Jeśli jednak wyczerpią się wszelkie dostępne wewnętrzne siły, obrony i zasoby *ego* adolescenta lub nastąpi całkowite wycofanie kateksji z obiektów zewnętrznych, procesy rozwojowe mogą ulec poważnym zakłóceniom, a nawet całkowitemu zatrzymaniu. Według Anny Freud przejawy adolescencji często mogą zbliżać się nawet do tworzenia objawów z klasy neurotycznych, psychotycznych lub społecznych i stapiać się często ze stanami *borderline* lub wszystkimi formami zaburzeń psychicznych w ich wstępnej, zahamowanej lub w pełni rozwiniętej postaci⁽⁹⁾. W przedstawieniu rozumienia genezy oraz mechanizmów pośrednich oraz bezpośrednich form zachowań autodestrukcyjnych u pacjentek w okresie adolescencji pomogą dwa przypadki kliniczne.

ZACHOWANIA AUTODESTRUKCYJNE W PRZEBIEGU ZESPOŁU DEPRESYJNEGO – ILUSTRACJA KLINICZNA I (M.)

Pacjentka 16-letnia, przyjęta do Oddziału Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego (PiPWR) z rozpoznaniem depresyjnych zaburzeń zachowania (depresja młodzieńczej). Wśród objawów prezentowanych przez pacjentkę wyodrębniono depresję „czystą” oraz depresję z niepokojem i rezygnacją^(za 10). Od dwóch lat M. skarżyła się na obniżony nastrój, poczucie pustki, bezsensu życia i lęk przed przyszłością (depresja „czysta”). Prezentowała wyraźnie zaniżoną samoocenę, utrzymując się myśli samobójcze. Mówiła także o poczuciu ciągłego zmęczenia i trudnościach z koncentracją, co objawiało się obniżeniem wyników w nauce (depresja z rezygnacją), obserwowano również zmienność nastroju i autodestrukcyjne zaburzenia zachowania – samookaleczenia (depresja z niepokojem)⁽¹⁰⁾. Do oddziału PiPWR dziewczyna została skierowana po podjętej próbie samobójczej przez podcięcie żył na nadgarstkach. Wcześniej była leczona psychiatrycznie w warunkach ambulatoryjnych oraz w psychoterapii grupowej.

Jednym z poważniejszych objawów prezentowanych przez M. w czasie leczenia były zachowania autodestrukcyjne. Formy tych zachowań są charakterystyczne dla zaburzeń wieku młodzieńczego. Według relacji M. od dwóch lat dokonywała regularnie samouszkodzeń w formie nacięć ostrymi przedmiotami (najczęściej żyłką) na skórze ramion i przedramion. Zgłaszała często myśli samobójcze, wyraźnie twierdziła, że nie widzi już sensu i możliwości dalszego życia.

W celu głębszego zrozumienia i wyjaśnienia funkcji objawów autoagresywnych u pacjentki niezbędne jest opisanie jej funkcjonowania w rodzinie oraz opis prowadzonej terapii.

Podczas pobytu w Oddziale PiPWR pacjentka uczestniczyła w terapii indywidualnej, grupowej i rodzinnej. Terapia odbywała się w wymiarze dwóch na tydzień czterdziestopięciminutowych sesji indywidualnych i jednej sesji grupowej w trakcie dwumiesięcznego pobytu dziewczyny w oddziale. W tym czasie odbyły się też cztery sesje rodzinne. M. chętnie podjęła pracę terapeutyczną. Bardzo chciała przyjść do szpitala, gdyż twierdziła, że nie daje sobie już rady z przeżywanymi uczuciami ciągłego smutku, przygnębienia i apatii. Mówiła też o dużym poczuciu winy związanym z samookaleczeniami i próbą samobójczą. Jej zachowanie podczas sesji pokazywało, że szybko i stosunkowo łatwo weszła w bliską zależność z terapeutką. Przez dłuższy okres prowadzonej terapii prezentowała tylko przeniesienie pozytywne. Dużo i spontanicznie mówiła o sobie, pozytywnie reagowała na wszelkie interwencje terapeutki, twierdziła, że jest zadowolona ze spotkań i nie prezentowała żadnej formy negacji, złości lub jakiegokolwiek innej formy aktywnego oporu. Nie dystansowała się także do wypowiedzi terapeutki, przyjmując je bezkrytycznie i w nieprzepracowanej formie. Takie zachowanie mogło świadczyć o znacznym tłumieniu i zaprzeczaniu agresywnym impulsom czy fantazjom wobec terapeutki i w konsekwencji mówić o dużych trudnościach M. w świadomym przeżywaniu i ekspresji złości wobec osób znaczących. Przemawiał za tym także fakt, że pomimo pozornego przyjmowania interpretacji objawów i deklarowanej współpracy z terapeutką zachowania autodestrukcyjne przez dłuższy czas (półtora miesiąca) utrzymywały się w podobnym nasileniu. Pacjentka nadal uważała, że nie potrafi powstrzymać się od samookaleczeń, wprawiając tym samym terapeutkę w poczucie bezradności. Ta bierno-agresywna forma oporu, jak się później okazało, była szczególnie charakterystyczna dla relacji pacjentki z matką. Początkowo pacjentka wiązała swoje problemy z trudnościami w relacjach z rówieśnikami, które pojawiły się w drugiej klasie gimnazjum. Była odrzucana i nieakceptowana przez klasę, miała bardzo wąskie grono znajomych, a przyjaźnie zwykle kończyły się konfliktami. Twierdziła, że nie potrafi porozumieć się z grupą rówieśniczą, czuła się „inna”, niezrozumiana. Miała w związku z tym bardzo krytyczny stosunek wobec samej siebie. Czuła się mało inteligentna, miała wrażenie, że nic jej się nie udaje, bardzo przeżywała każdą porażkę i krytykę. Ponieważ odbierała siebie jako mało atrakcyjną, nie była również zainteresowana chłopcami i nie próbowała nawiązywać z nimi bliższych relacji niż koleżeńskie. Zaprzeczała także wszelkim tego typu pragnieniom. Właśnie w związku z tymi doświadczeniami mówiła o poczuciu samotności, pustki, ciągłego przygnębienia i apatii. Na tym etapie terapii dziewczyna sądziła, że zachowania autoagresywne pomagają jej rozładować trudne emocje i poradzić sobie z napięciem związanym z nimi. W późniejszej fazie spotkań terapeutycznych na pierwszy plan wysunęły się relacje wewnątrzrodzinne. Dziewczyna

była najstarszym dzieckiem w rodzinie. Relację z matką początkowo określała jako bardzo dobrą, bliską, a nawet przyjacielską. Skarżyła się tylko na nadmierną drażliwość, wybuchowość i krytycyzm matki. Ojciec rzadko pojawiał się w jej wypowiedziach. Pacjentka niechętnie o nim opowiadała, posługując się przy tym zwykle krytycznymi opiniami mamy, która określała ojca jako osobę „mało zajmującą” i nieodpowiedzialną. Bliższy kontakt dziewczynki z ojcem wywoływał u matki złość i niezadowolone. Dewaluowała ona obraz ojca w oczach córki. Zdarzały się sytuacje, w których razem z matką śmiały się z zachowań i wypowiedzi ojca, co wskazywałoby na znaczną identyfikację pacjentki z obiektem macierzyńskim i zaprzeczenie potrzeby kontaktu i bliskości z ojcem i konfliktowi edypalnemu. M. postrzegała związek rodziców jako chłodny i konfliktowy. Dominującą i najbardziej znaczącą osobą w domu była matka. Ona też podejmowała decyzje związane z życiem rodziny, także z wychowywaniem dzieci. Ojciec był całkowicie wycofany, nieinformowany o ważniejszych sprawach dotyczących domu, także o problemach córki. Pacjentka twierdziła, że w domu najtrudniej porozumieć się jej z młodszym bratem. Ich relacja miała wyraźnie charakter rywalizacyjny. W trakcie sesji rodzinnych tylko wobec niego otwarcie i swobodnie wyrażała złość. Czuła się często przymuszana do opieki nad nim. Zachowania brata odbierała zwykle jako złośliwe i prowokacyjne. Miała poczucie, że brat jest faworyzowany przez matkę i jego potrzeby są ważniejsze. Stąd często zachowywała się wobec niego agresywnie, co z kolei wywoływało silne konflikty z matką. Nasunęło to przypuszczenie, że złość kierowana do brata w rzeczywistości dotyczy relacji pacjentki z matką. Kiedy dziewczyna weszła w fazę adolescencji, charakter jej relacji z matką był nadal bardzo symbiotyczny. Matka traktowała córkę jako „przedłużenie siebie” i w związku z tym miała wobec niej oczekiwania takie same, jak wobec siebie w młodości. Stąd u M. można było zaobserwować znaczne trudności separacyjne wobec obiektu. M. miała podobne do matki zainteresowania, styl ubierania i funkcjonowania. Wyrażała najczęściej także podobne opinie i sądy. Za wszelkie zachowania będące manifestacją własnej odrębności i próbą separacji matka zwykle karała córkę poprzez okazywanie złości, smutku oraz odrzucenie. Dlatego dziewczynka prezentowała bardzo duże poczucie winy za jakiegokolwiek próby kształtowania własnej autonomii i indywidualności, stąd również mogły wynikać trudności w kontaktach z rówieśnikami, a także niechęć do tworzenia bliższej relacji z chłopcami oraz chłodna relacja z ojcem. Cały afekt pacjentki był bowiem skoncentrowany na matce. M. nieświadomie starała się spełniać wszystkie oczekiwania matki i bardzo przeżywała jej niezadowolone oraz negatywne wypowiedzi na swój temat. Tak bliski zależnościowy związek M. z matką musiał spowodować u niej narastanie złości, która w żaden akceptowany sposób nie mogła być wyrażona, a samo jej przeżywanie powodowało na-

rastanie lęku i poczucia winy. Samookaleczenia w postaci nacięć skóry zdarzały się zwykle bezpośrednio po kłótniach z matką i były próbą poradzenia sobie z nieakceptowanymi, agresywnymi emocjami i obniżają związany z nimi niepokój. Jednakże ważniejszą funkcją, jaką pełniły dokonywane samouszkodzenia, była ich rola separacyjna. Zwracanie wrogości przeciwko sobie jest jedną z obron, jakie *ego* stosuje, chroniąc się przed zbytnią identyfikacją i zależnością od rodzica⁽¹¹⁾. M. często doznawała silnego lęku związanego z utratą poczucia odrębności *self* – lęk dezintegracyjny. Z drugiej strony, reakcja matki na autonomię wywoływała silny lęk separacyjny związany z obawą przed odrzuceniem i całkowitą utratą obiektu – w tym przypadku obrazu dobrej matki. Dokonywanie nacięć zwykle niwelowało uczucie lęku, będąc w rzeczywistości formą agresji wobec wewnętrznego obrazu matki i przez to jedyną dostępną dla pacjentki formą zachowań separacyjnych.

Podobną funkcję pełniły nawracające myśli samobójcze pacjentki. Chora nie kojarzyła samobójstwa z unicestwieniem siebie, nie miała także wyobrażenia śmierci jako ostatecznego końca. Zwykle fantazjowała o śmierci jak o wyzwoleniu, poczuciu całkowitej wolności, często też odwoływała się do prawa wyboru, możliwości decydowania o własnym życiu. Samobójstwo dla M. w rozumieniu psychodynamicznym byłoby bowiem całkowitym zniszczeniem nie siebie, lecz wewnętrznego wyobrażenia złej części matki i przez to umożliwiłoby całkowitą separację. Objawy autodestrukcyjne pacjentki mogły być także silnie związane z depresyjnym podłożem jej problemów. Depresyjność w wieku adolescencji wiąże się z utratą dziecięcych, dobrych obrazów rodziców. Młody człowiek coraz bardziej konfrontuje się z rzeczywistym obrazem rodzica, z jego ograniczeniami i niedostatkami. Nie mając jeszcze ukształtowanej tożsamości i oparcia w sobie, doznaje poczucia depresyjnej wewnętrznej pustki i braku. Objaw może stać się wtedy także obroną przed poczuciem przejmującego smutku i samotności, a rezygnacja z niego jest bardzo trudna. Dokonywanie samouszkodzeń, planowanie ich, fantazjowanie o nich były bardzo mocno wkomponowane w osobowość pacjentki i miały wręcz charakter obsesyjno-kompulsyjny. M. w rzeczywistości bardzo obawiała się utraty objawów i zmiany swojego funkcjonowania. Zachowania autoagresywne dawały jej prawdopodobnie możliwość utrzymania stabilizacji, pozwalając rozwiązywać konflikty zewnętrzne na poziomie intrapsychnicznym.

Obie formy zachowań autodestrukcyjnych u pacjentki (samouszkodzenia, nawracające myśli „s”) były prawdopodobnie agresywnymi impulsami skierowanymi nie wobec siebie, lecz wobec wewnętrznego obrazu matki. Stąd także kompulsyjny charakter objawu, który umożliwiał pacjentce radzenie sobie z depresyjnością i konfliktami fazy adolescencji.

Rozumienie charakteru objawów u M. pozwoliło we właściwy sposób ukierunkować terapię, a także zrozumieć

charakter oporu pacjentki. Prezentowane zaburzenia były wyraźnie związane z zahamowaniem prawidłowego rozwoju i niemożnością psychologicznego wejścia w okres adolescencji, co wiązało się z trudnościami separacyjnymi wobec matki i niekorzystnym rozwiązaniem lęków separacyjnych. M. emocjonalnie pozostawała w okresie atencji. Interwencje terapeutyczne zostały nakierowane na interpretację oporu. To dało chorej zgodę na wyrażanie i przeżywanie złości w terapii i możliwość ambiwalentnego przeżywania terapeutki rozumianej tutaj jako przeniesieniowej matki. W późniejszej fazie terapii M. zaczęła dystansować się od matki, złościąc się na nią, na przykład za niesprawiedliwe traktowanie. Zaczęła także dyskutować z poglądami i opiniami matki. Bardziej ambiwalentnie postrzegała ojca.

Terapia rodzinna pozwoliła omówić te zmiany w całym systemie i obniżyć lęk matki związany z kształtującą się autonomią córki.

Terapia grupowa miała również na celu poprawę funkcjonowania M. w środowisku rówieśniczym, co obniżyło jej depresyjne poczucie pustki związane z utratą wyobrażenia idealnego rodzica.

W momencie wypisu ze szpitala całkowicie wycofały się zachowania autodestrukcyjne (samookaleczenia, myśli samobójcze). Pacjentka zgłaszała także znaczną poprawę samopoczucia i nastroju. Obecnie kontynuuje terapię w warunkach ambulatoryjnych w formie terapii grupowej. Chociaż zdarzającą się stany wzmożonego niepokoju, to jednak rzadko już rozwiązywane są poprzez nacięcia na ciele, pacjentka z większą łatwością prezentuje zachowania separacyjne (złości, buntu, niezadowolenia). Znacznie poprawiły się także jej relacje z rówieśnikami, z którymi spędza obecnie większość czasu. Pomimo że w dalszej terapii M. istnieje ryzyko wystąpienia innych zaburzeń okresu dorastania (np. zaburzenia zachowania), za istotny można uznać fakt odblokowania rozwoju pacjentki i jej emocjonalnego wejścia w fazę adolescencji.

ZACHOWANIA AUTODESTRUKCYJNE W PRZEBIEGU JADŁOWSTRĘTU PSYCHICZNEGO – ILUSTRACJA KLINICZNA II (I.)

Pacjentka 15-letnia, przyjęta do Oddziału PiPWR z rozpoznaniem AN. Objawy jadłowstrętu psychicznego utrzymywały się od około roku. Chora ilościowo oraz jakościowo ograniczała spożywane pokarmy, koncentrowała się na stosowaniu przeróżnych diet, uprawiała intensywny wysiłek fizyczny w celu uzyskania idealnej sylwetki. Zaburzonemu obrazowi ciała towarzyszył duży lęk przed przytyciem. W chwili przyjęcia była wyniszczona, BMI wynosiło 14,8, nie miesiączkowała od około roku. Prezentowała także obniżony nastrój i napęd psychomotoryczny. Przed przyjęciem nie podejmowała prób leczenia AN. Przy omawianiu prezentowanego przypadku należy zwrócić uwagę na wyjątkowo silne dążenie pacjentki do utrzy-

mania objawów. Charakter relacji, jaki tworzyła z terapeutką, sprawiał wrażenie walki. Na jakiegokolwiek próby wykroczenia w rozmowie poza tematy związane z sylwetką czy jedzeniem pacjentka reagowała złością bądź zamykaniem się w sobie, jakby nie istniała poza obszarem choroby i dzięki niej zyskiwała tożsamość. Rezygnacja z pewnych zachowań oraz zmiana i utrata kontroli nad ciałem, czyli przejawy powrotu do zdrowia, miałyby stanowić dla niej permanentną porażkę. Wyjaśniając ten silny mechanizm oporu, charakter tworzonych przez pacjentkę relacji oraz funkcję prezentowanych objawów, należy przedstawić jej sposób funkcjonowania oraz relacje rodzinne.

Podczas 2,5-miesięcznego pobytu w Oddziale pacjentka była objęta psychoterapią indywidualną i uczestniczyła w psychoterapii grupowej. Sesje indywidualne miały miejsce dwa razy w tygodniu po czterdzieści pięć minut każda, natomiast psychoterapia grupowa – w układzie trzech półtoragodzinnych spotkań w tygodniu. Odbyło się także sześć spotkań rodzinnych.

Nawiązanie kontaktu z I. było bardzo trudne. Brak krytycyzmu wobec objawów choroby implikował brak motywacji oraz chęci do leczenia. Początkowy etap leczenia koncentrował się na uświadomieniu istnienia problemu oraz pokazywaniu chorobowych mechanizmów jej zachowań. Lęk, który przeżywała, był tak silny, że na nawet minimalny przyrost masy ciała reagowała nasileniem objawów. Starła się znowu kontrolować jedzenie, dołączyły się nawet objawy przeczyszczające przewód pokarmowy pod postacią prowokowania wymiotów. Pomimo realnego wychudzenia i wyniszczenia pozostawała bezkrytyczna. Na tym etapie siła mechanizmów chorobowych oraz ich usztywnienie było tak duże, że nie była zdolna do konfrontacji z autodestrukcyjnym charakterem objawów.

Kiedy uzyskała poczucie krytycyzmu wobec symptomów choroby, zaczęto w kontakcie indywidualnym omawiać ich znaczenie. Objawy AN, takie jak samogłodzenie, intensywny wysiłek fizyczny oraz w późniejszym etapie także prowokowanie wymiotów, miały zdaniem pacjentki umożliwić jej zrealizowanie potrzeby bycia lepszą. Wartość nadrzędną stanowiła szczupła sylwetka. Poczucie kontroli nad ciałem dawało poczucie kontroli nad całym życiem. Chora dążyła do zneutralizowania dyskomfortu, który wiązał się ze znacząco obniżoną samooceną. Szczególnie wyraźny był związek pomiędzy negatywnym obrazem siebie, jaki posiadała, a jej relacją z bliźniaczą siostrą, od której czuła się gorsza. Wielokrotnie podkreślane przez wiele osób podobieństwo między nimi wzmacniało brak poczucia odrębności i wyjątkowości I. Miała za to wrażenie, że jest cieniem swojej siostry. Zazdrościła jej wyników w nauce, dużo większej łatwości w nawiązywaniu kontaktów. Bezradna wobec zalewającej złości zapragnęła zmienić wygląd, a będąc chudsza, w jej odczuciu wygrywała rywalizację. Miała wtedy też wrażenie, że staje się osobą bardziej wyjątkową, ponieważ

ma siłę i potrafi nad sobą zapanować. Poprzez funkcjonowanie w pozycji chorej zyskiwała także poczucie wyjątkowości w relacji z rodzicami. I. miała bardzo silną potrzebę bliskości z matką i dotkliwie doświadczała rozdzielenie z nią. W przeżyciach pacjentki postać matki była idealizowana, a jej nieobecność stawała się źródłem dużego niepokoju. I. silnie identyfikowała się z matką, natomiast duże podobieństwo do ojca przypisywała swojej siostrze. Poprzez takie przeżywanie relacji zdobywała matkę jakby na swoją wyłączność. Relacje pacjentki z matką cechowała duża zależność, co świadczyło o nieprzepracowanej problematyce separacyjnej. Dla I. najważniejszym obiektem relacji była matka. Siostra zdecydowanie lepiej funkcjonowała w grupie rówieśniczej. Z punktu widzenia procesu rozwojowego lęk przed nawiązaniem kontaktu z rówieśnikami miał charakter separacyjnego lęku i wiązał się z obawą przed utratą miłości obiektu. W relacjach chorej postać ojca pojawiała się rzadko. W funkcjonowaniu rodziny pełnił on bierną rolę, a taką pozycję wzmacniała wykonywana przez niego praca wiążąca się z koniecznością częstych oraz długotrwałych wyjazdów. W związku z taką realnością doświadczała poczucia braku stabilności i bezpieczeństwa. Chroniąc się przez niepokojem wywoływanym przez tę sytuację, niejako zdewaluowała postać ojca, pozbawiając go znaczenia dla niej samej oraz przypisując postaci matki pozycję osoby dominującej w rodzinie. Pojawienie się objawów choroby miało znaczenie symbolicznego przywoływania nieobecnego ojca pomimo poczucia niezależności od niego, które deklarowała.

Pacjentka nie prezentowała typowych zachowań autodestrukcyjnych z kręgu samouszkodzeń, a istnieniu myśli samobójczych zaprzeczała. Nie utożsamiała także głodzenia się czy wymiotów z formami autoagresji. Zaprzeczała także wyobrażeniu własnej śmierci jako możliwego efektu wyniszczenia i wychudzenia organizmu. Poprzez niszczenie własnego ciała niejako używała go jako obiektu prześladowczego, realizując agresywne impulsy bezpośrednio na nim, a przemieszczając emocje z relacji, której one dotyczą. Będąc silnie związaną z matką, nosiła w sobie pragnienia separacyjne, realizację których uniemożliwiał lęk przed utratą zarówno miłości obiektu, jak i relacji do niego. Pokazanie wrogich impulsów w relacji było dla pacjentki tożsame z jej zniszczeniem, co uruchamiało lęk dezintegracyjny. Aby funkcjonować w środowisku rówieśniczym, musiałaby zrezygnować z bliskości z matką, co oznaczałoby konfrontację ze zbyt silnym lękiem. Z tego powodu I. praktycznie poza relacjami rodzinnymi innych relacji nie posiadała, miała bardzo słabo ukonstruowane granice *ego*.

O symbiotycznym charakterze relacji z matką świadczy także nieprzepracowanie problematyki edypalnej. Pacjentka zaprzeczyła obecności ojca w edypalnej triadzie, pozostając w preedypalnej symbiotycznej relacji z matką. Zaowocowało to zaburzeniami tożsamości w zakresie psychoseksualnym oraz zahamowaniem rozwoju w tym

obszarze, z czym dobrze koresponduje charakter symptomów jadłowstrętu psychicznego oraz konsekwencji, jakie wywołują. Pacjentka zaprzeczyła identyfikacji z matką i zbudowała poczucie samostanowienia, decydując o tym, jaką kobietą będzie, jak będzie wyglądała itp. Musiała jednocześnie z tych pragnień zrezygnować z obawy przed złością matki za dorastanie i odejście od niej. Pozostała więc z nierozwiązanym dylematem, odreagowując złość na własnym ciełe.

Realizowanie autoagresywnych impulsów pełniło również funkcję obrony przed agresywnymi fantazjami dotyczącymi uczucia zawiści i poczucia pustki z powodu utraty. Poprzez objawy choroby I. zdobywała poczucie odrębności, autonomii, odzyskując niejako utraconą wyjątkowość oraz miłość matki, którą symbolicznie odbierała siostrze. Jednocześnie w formie głodzenia się, wymiotowania czy narażania ciała na zbyt wielki wysiłek symbolicznie dokonywała zniszczenia wyobrażenia złej części obiektu w sobie.

W paradygmacie psychodynamicznym o głębokości emocjonalnego zaburzenia świadczą m.in. zidentyfikowane mechanizmy obronne osobowości. W przypadku omawianej pacjentki wyraźne były cechy wskazujące na obecność rozszczepienia. Dotyczyło ono ciała i emocji, obrazu siebie oraz obrazu obiektu (matki) i przejawiało się zarówno w realnych relacjach pacjentki, jak i wewnętrznych relacjach do obiektu. Tak więc zachowania autodestrukcyjne pod postacią objawów anorektycznych nie służyły samozniszczeniu, były bardziej wynikiem próby poradzenia sobie z nieświadomą, emocjonalną konfliktowością rozgrywającą się w rzeczywistości oraz w psychice pacjentki.

Pacjentka zakończyła psychoterapię przed czasem – nie powróciła z przepustki, w związku z czym została z Oddziału wypisana. Także wbrew zaleceniom nie kontynuowała leczenia ambulatoryjnie. W kontekście relacji przeniesieniowej można też mówić o narcystycznym triumfie nad obiektem (terapią) uczynionym bezsilnym wobec dążeń i działań pacjentki. Tak zwane wypadnięcie z terapii można w tym przypadku rozumieć też w kontekście rodzinnym jako zablokowanie procesu separacji oraz dążenia rodziny do utrzymania *status quo* – brak decyzji o kontynuacji leczenia staje się tożsame z realizacją oczekiwań córki powstrzymujących proces zmiany.

MATKA I CÓRKA – ZABURZENIA RELACJI W KONTEKŚCIE POWSTAWANIA OBJAWÓW AUTODESTRUKCYJNYCH

Oba prezentowane przez autorów przypadki odnoszą się do problematyki okresu adolescencji i fazy powtórnej indywidualizacji. Pomimo że zewnętrzne funkcjonowanie pacjentek, a w szczególności obraz ich psychopatologii, były odmienne, łatwo można było u nich zauważyć wiele cech wspólnych, jak: nadmiernie zaniżoną samoocenę, trudności w relacjach z rówieśnikami oraz płcią przeciw-

do autodestrukcji konfrontuje przede wszystkim z poczuciem bezradności, w przeciwprzeniesieniu wyrażającym się niechęcią do pacjentki lub chęcią rezygnacji z terapii pod jakimkolwiek pretekstem. Omawiane chore pomimo odmiennej manifestacji klinicznej – depresyjnych zaburzeń zachowania oraz jadłowstrętu psychicznego – używały podobnych objawów w celu poradzenia sobie z własną problematyką. Zachowania autoagresywne stanowiły jedyny dostępny sposób, żeby poradzić sobie z koniecznością neutralizowania konfliktu związanego z lękami oraz pragnieniami separacyjnymi, niwelowaniem poczucia winy za fantazje o porzuceniu obiektu. Stanowiły także sposób radzenia sobie z agresywnymi impulsami wobec obiektu oraz lękiem dezintegracyjnym. W prezentowanych przypadkach zachowania autodestrukcyjne można także uznać za formę obrony przed depresyjnością.

Przedstawiony przez nas sposób rozumienia zachowań autodestrukcyjnych na przykładzie omówionych prezentacji implikuje w procesie psychoterapii dążenie do umożliwienia przekierowywania kateksji emocji z relacji z matką na obiekty zewnętrzne – wzmacniania kontaktów rówieśniczych, przywrócenia zdolności ambiwalentnego przeżywania relacji z matką, wzmocnienia procesu nabywania odrębności i budowania tożsamości oraz włączenie systemu rodzinnego w proces psychoterapii w celu utrwalenia wszystkich omówionych powyżej zmian.

Pomimo odrębnych rozpoznań postawionych u przedstawianych chorych – AN (jednostka nozologiczna), depresja młodzieńcza (kategoria objawowa), problematyka związana z tymi zaburzeniami w kontekście zachowań autodestrukcyjnych jest wspólna dla problemów i konfliktów okresu adolescencji i narzuca terapeutę konieczność pracy z zagadnieniami okresu dorastania, z jego kluczowym problemem, czyli powtórną separacją – indywiduacją⁽¹⁵⁾.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Hawton K., James A.: Suicide and deliberate self harm in young people. *Br. Med. J.* 2005; 330: 891-894.
2. Namysłowska I.: Adolescencja – wiek dorastania. W: Namysłowska I. (red.): *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 231-246.
3. Favazza A.R., DeRosear L., Conterio K.: Self-mutilation and eating disorders. *Suicide Life Threat. Behav.* 1989; 19: 352-361.
4. Kocalevent R.D., Fliege H., Rose M. i wsp.: Autodestructive syndromes. *Psychother. Psychosom.* 2005; 74: 202-211.
5. Miller T.R., Taylor D.M.: Adolescent suicidality: who will *ideale*, who will act? *Suicide Life Threat. Behav.* 2005; 35: 425-435.
6. Chapman A.L., Specht M.W., Cellucci T.: Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experimental avoidance play a role? *Suicide Life Threat. Behav.* 2005; 35: 388-399.
7. Rosenberg H.J., Jankowski M.K., Sengupta A. i wsp.: Single and multiple suicide attempts and associated health risk factors in New Hampshire adolescents. *Suicide Life Threat. Behav.* 2005; 35: 547-557.
8. Blos P.: The second individuation process of adolescence. *Psychoanal. Study Child.* 1967; 22: 162-186.
9. Freud A.: Adolescence. W: *The writings of Anna Freud*. Int. Univ. Press 1968; 4: 136-166.
10. Bomba J.: Depresja młodzieńcza. W: Namysłowska I. (red.): *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 266-276.
11. Freud A.: *Ego i mechanizmy obronne*. PWN, Warszawa 1997.
12. Moore B.F., Fine B.D.: *Słownik psychoanalizy*. Wyd. J. Santorski, Warszawa 1996.
13. Tomkiewicz S.: Depresja wieku dojrzewania. W: Wawelska K., Pawlik J. (red): *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*. PWN, Warszawa 1992.
14. Bleiberg E.: *Personality disorders in children and adolescents*. Basic Books, NY 2000.
15. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. *Badawcze kryteria diagnostyczne*. „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków – Warszawa 1998.