

Marta Nowak¹, Joanna Hyrnik¹, Małgorzata Janas-Kozik^{1,2}

Nieprawidłowo kształtująca się osobowość w okresie adolescencji – trudności diagnostyczne oraz dylematy terapeutyczne

Abnormal personality development during adolescence – diagnostic difficulties and therapeutic dilemmas

¹ Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, ul. Gabrieli Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec

² Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice

Correspondence to: Małgorzata Janas-Kozik, Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, ul. Gabrieli Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec, tel.: 32 720 77 60, faks: 32 720 77 60, tel. kom.: 0 606 820 812, e-mail: mjkozik@o2.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Klasyfikacja ICD-10 opisuje zaburzenia osobowości jako głęboko utrwalone paradygmaty zachowań, odbiegające od przeciętnych wzorców przyjętych w danej kulturze. Charakteryzują się mało elastycznymi reakcjami na różne sytuacje indywidualne i społeczne oraz trudnościami na wielu płaszczyznach funkcjonowania psychologiczno-społecznego. Osobowość to wewnętrzny system regulacji pozwalający na adaptację i wewnętrzną integrację myśli, uczuć i zachowania w określonym środowisku w wymiarze czasowym (poczucie stabilności). Terminem zaburzenie określa się efekt niedopasowania potrzeb, sposobu ich zaspokajania i sposobu realizacji zadań jednostki na danym etapie życia do wymogów społecznych, czyli aktywności własnej do wymagań społecznych i kulturowych obowiązujących w środowisku jednostki. W przypadku podejrzenia nieprawidłowo kształtującej się osobowości u młodego człowieka problem stanowi wyraźny brak kryteriów diagnostycznych dla dzieci i adolescentów, którzy przejawiają znacznie trwalsze i niepoddające się zmianom mechanizmy funkcjonowania. Celem pracy jest ukazanie problematyki osobowości nieprawidłowo kształtującej się na przykładzie dwóch pacjentek w okresie adolescencji z zaburzeniami odżywiania oraz cechami nieprawidłowo kształtującej się osobowości – w kierunku neurotycznej i z pogranicza. W prezentowanych przypadkach występuje podobieństwo kliniczne objawów w zakresie odżywiania się, jednak rola tych symptomów w życiu chorych oraz ich rozumienie są różne. W neurotycznej organizacji osobowości główne mechanizmy obronne skupiają się wokół wyparcia oraz innych zaawansowanych rozwojowo działań defensywnych, a w przypadku zaburzeń typu *borderline* dominują przede wszystkim prymitywne obrony, co miały pokazać przedstawione przypadki chorych.

Słowa kluczowe: zaburzenia osobowości, adolescencja, jadłowstręt psychiczny, osobowość neurotyczna, osobowość *borderline*

Summary

The ICD-10 classification describes personality disorders as deeply fixed behavioural patterns, which are abnormal when compared to average patterns accepted by a given community, and which are characterized by a low flexibility of reactions to various individual and social situations, as well as difficulties in various scopes of the sociopsychological functioning. Personality is the internal regulating system enabling adaptation and internal integration of thoughts, feelings and behaviour in a given environment within a timeframe (the feeling of stability). Disorder is an outcome of maladjustment of the needs, the way of their fulfilment and the manner of tasks realisation by an individual at a specific stage of his or her life to the social requirements, in other words it is the maladjustment of the individual activity to the social and cultural requirements operating in the environment of the individual. In the case of a possibility of

an abnormal personality development in a young person, the diagnostic difficulty consists in a lack of clear diagnostic criteria for children and adolescents, who reveal much more permanent and insusceptible to changes mechanisms of functioning. The aim of this paper is to present a differentiation based on defining the functioning organization of neurotic and borderline personalities, on the basis of two examples of female patients during the period of adolescence who reveal eating disorders. Presented cases reveal similarities within the clinical symptoms of eating disorders, but the role of these symptoms in patients' lives is different, as is the understanding of them. In the neurotic organization of personality the main defensive mechanisms are focused around denial and other developmentally advanced defensive activities, and in the case of the borderline disorders mainly primitive defensive activities dominate, which is presented by the clinical illustrations.

Key words: personality disorders, adolescence, anorexia nervosa (AN), neurotic personality, borderline personality

WPROWADZENIE

Termin „zaburzenia osobowości” dotyczy szeregu sztywnych i dysfunkcyjnych cech charakteru, które albo w sposób znaczący utrudniają funkcjonowanie jednostki, albo powodują subiektywne przeżywanie znacznego cierpienia⁽¹⁾. Według ICD-10 zaburzenia osobowości to głęboko utrwalone paradygmaty zachowań, odbiegające od przeciętnych wzorców przyjętych w danej kulturze. Charakteryzują się one mało elastycznymi reakcjami na różne sytuacje indywidualne i społeczne oraz trudnościami na wielu płaszczyznach funkcjonowania psychologiczno-społecznego⁽²⁾. Problem stanowi wyraźny brak kryteriów diagnostycznych dla dzieci i adolescentów, którzy przejawiają znacznie trwalsze i niepoddające się zmianom mechanizmy funkcjonowania. Osobowość charakteryzuje się ciągłością w czasie od co najmniej 3. roku życia przez dzieciństwo, adolescencję po wiek dojrzały. Patologia osobowości (nieprawidłowo kształtująca się osobowość) staje się terminem określającym adolescentów przejawiających istotne kliniczne, trwałe, nieprzystosowawcze wzory myślenia, odczuwania, motywacji czy zachowania, które prowadzą do cierpienia lub dysfunkcji, czyli zaburzeń osobowości⁽³⁾. Teorie dynamiczne wyodrębniają różne mechanizmy kształtowania się osobowości oraz podkreślają fundamentalne znaczenie procesu wychowania i socjalizacji w formowaniu się zaburzeń osobowości⁽⁴⁾. W związku z tym w procesie rozwoju dziecka może kształtować się jego patologiczna osobowość. Zdaniem Kernberg (1990) dzieci przejawiają wzory spostrzegania, wiązania się i myślenia o otoczeniu i samych sobie, a także wyróżniające się cechy, włącznie z takimi, jak: egocentryzm, zahamowanie, społeczność, aktywność i wieloma innymi. Uzasadnione jest użycie terminu „zaburzenia osobowości”, gdy cechy te i wzorce, trwające na przestrzeni czasu oraz w różnych sytuacjach, niezależnie od wieku, stają się sztywne, dezadaptacyjne i chroniczne, powodując znaczne osłabienie funkcjonowania, jak również subiektywne cierpienie⁽⁵⁾. Badania rozwojowe ukazują, w jaki sposób relacje interpersonalne służą jako matryce do konstruowania modeli interpersonalnych podobnie jak używanie modeli intrapsychicznych do organizowania interpersonalnej rzeczywistości. Intrapsychiczna organizacja, która ulega ciąglemu wzrostowi i rozwojowi, jest podatna na zniekształcenia oraz tworzenie się odbiegających od normy mechanizmów przeżywania i funkcjonowania, powodując patolo-

gizację relacji interpersonalnych. Prospektywne badania Block i Block (1980), LaFreniere i Sroufe (1985) dokumentują, jak konstelacje temperamentalne, dewiacyjne wzory przywiązania i zakłócenia we wczesnym dzieciństwie rozwijają się w ekstremalną i przedwczesną sztywność relacji międzyludzkich, mechanizmów radzenia sobie i doświadczania⁽⁶⁾. Bemporad, Smith, Hanson i Cicchetti (1982) zarysowali kryteria diagnostyczne dla zaburzeń typu *borderline* u dzieci i młodzieży, składające się z określonych przez ten zespół badaczy cech. Należą do nich: paradygmatyczna fluktuacja funkcjonowania z nagłymi przejściami pomiędzy prepsychotycznymi a neurotycznymi poziomami testowania rzeczywistości, brak „sygnału lęku” oraz podatność na stany paniki zdominowane przez wszechogarniające oznaki cielesnej dysocjacji, unicestwienia czy porzucenia. Wymienia się tutaj zakłócenia w procesie i treści myśli, które gwałtownie tracą powiązanie, stając się idiosynkratyczne, jak również zakłócenia w relacjach, związane z dużą trudnością w rozróżnieniu pomiędzy sobą (*self*) a innymi w momencie stresu, z problemem w dostrzeganiu potrzeb innych ludzi czy też w integrowaniu w spójny związek odseparowanych fragmentów doświadczeń emocjonalnych. Kolejne cechy to brak kontroli impulsów z nieumiejętnością pomieszczenia intensywnych afektów, odraczania gratyfikacji, kontrolowania wściekłości czy modulowania destrukcyjnych lub autodestrukcyjnych tendencji⁽⁶⁾. Vela i wsp. (1983) opisują sześć charakterystycznych cech związanych z nieprawidłowo kształtującą się osobowością: zakłócenia w relacjach interpersonalnych, zakłócenia w poczuciu rzeczywistości, nasilony lęk, poważne problemy ze sferą impulsów, symptomy podobne do neurotycznych oraz nierówny lub zaburzony rozwój⁽⁶⁾.

CEL PRACY

Celem pracy jest ukazanie problematyki osobowości nieprawidłowo kształtującej się na przykładzie dwóch pacjentek w okresie adolescencji z zaburzeniami odżywiania oraz cechami nieprawidłowo kształtującej się osobowości – w kierunku neurotycznej i z pogranicza.

METODA

Metoda pracy obejmuje analizę i porównanie przypadków klinicznych pacjentek hospitalizowanych na Oddziale Psychia-

trii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, objętych psychoterapią indywidualną prowadzoną w oparciu o rozumienie psychodynamiczne, terapią rodzinną w modelu systemowym oraz oddziaływaniami behawioralnymi. Obie chore trafiły do szpitala z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, jedna – postaci restrykcyjnej, a druga – bulimiczno-wydalającej. Obserwacja pacjentek w warunkach szpitalnych z równoległe prowadzoną psychoterapią pozwoliły na rozszerzenie wstępnego rozpoznania i podjęcie właściwej interwencji terapeutycznej.

OPISY PRZYPADKÓW

PRZYPADK 1.

Dominika, lat 14 (maj 2008 roku). Na oddziale Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego (PiPWR) przebywała od grudnia 2007 do maja 2008 roku. Od października 2007 roku leczona ambulatoryjnie psychiatrycznie z powodu postaci restrykcyjnej jadłowstrętu psychicznego (AN-R). Objawy pojawiły się mniej więcej półtora roku przed hospitalizacją. Waga przy przyjęciu 32 kg (poniżej 3. percentyla) dla wzrostu 154 cm (10. percentyl), waga oczekiwana 40 kg (10. percentyl). W trakcie hospitalizacji rozpoczęto farmakoterapię sertralina, a następnie mianseryną z powodu objawów depresyjnych (smutek, przygnębienie, zaburzenia zasypiania, lęk przed przyszłością).

Wywiad rodzinny

Uczennica pierwszej klasy gimnazjum, rodzice – wykształcenie zawodowe (ojciec emeryt, matka pracuje w sklepie), są w trakcie rozwodu, pozostają jednak we wspólnym mieszkaniu. Sytuacja ta nie zmieni się po zakończeniu sprawy rozwodowej z powodów materialnych. Matka pacjentki obecnie w związku nieformalnym z nowym partnerem. Siostra – 26 lat, matka 4-letniego syna. Występowania zaburzeń psychicznych w rodzinie nie podają.

Terapia indywidualna

Początkowo pacjentka była bardzo zamknięta w sobie, przesadnie ugrzecziona, wykazywała opór i lęk przed kontaktem. Na pierwszym spotkaniu wykonała rysunek – „obraz siebie”. Praca przedstawiała zaburzony obraz własnego ciała z widoczną ambiwalencją: lewa strona postaci posiadała kobiece kształty, prawa była ich pozbawiona. Na tym etapie chora pozostawała mało refleksyjna i przejawiała silny opór przed próbami konfrontacji z problemem. Wypierała seksualność („podoba mi się dziewczęce ciało pozbawione kobiecych kształtów”). Podczas omawiania rysunku była skrupowana, zawstydzona. Twierdziła, że jej problemy w kontaktach z rówieśnikami wynikały z braku zainteresowania chłopcami, co było przyczyną odsunięcia się od koleżanek. Opisywała epizod sprzed choroby, gdy zakochała się w koledze z klasy i po początkowym zauroczeniu przeżyła odrzucenie z powodu nieodwzajemnienia uczuć – obserwowano ambiwalencję w kontaktach z chłopakiem. W trakcie kolejnych spotkań widoczne były kontrola wagi oraz opór w terapii przed wyrażaniem własnych emocji (tłumienie złości). Tematem dalszych sesji była

konfliktowa sytuacja rodzinna, jednak pacjentka obawiała się konfrontacji z towarzyszącymi jej emocjami. Lek towarzyszył jej również w okresie przedświątecznym. Święta Bożego Narodzenia zbliżały ją do wypieranych konfliktów – bliskości z matką czy z ojcem, obawy przed utratą jednego z rodziców w efekcie zbliżania się do drugiego. W tym czasie pacjentka prezentowała depresyjność, w związku z doznawaniem utraty (rozwód rodziców) oraz brakiem nad nią kontroli. Obserwowano objawy depresyjne pod postacią smutku, lęku przed przyszłością, drażliwości, zaburzeń snu. W momencie przyrostu masy ciała u chorej nasilał się obniżony nastrój, pojawiała się natrętna potrzeba porównywania się z innymi pacjentkami, poczucie winy po spożyciu posiłków. W tym okresie chętnie podejmowała pracę nad własną emocjonalnością, głównie złością. Pokonywała opór, dzięki czemu objawy mogły być psychologizowane. W czasie rozwodu rodziców zgłaszała myśli suicydalne i dokonała samookaleczenia. Wstydziała się własnego zachowania autoagresywnego. Tłumaczyła je trudnością w radzeniu sobie z napięciami. Była zła z powodu utraty kontroli nad własnymi impulsami. W trakcie spotkań pacjentka nie wyrażała wprost złości, natomiast próbowała zyskać kontrolę w relacji terapeutycznej poprzez omawianie problematyki objawów dotyczących jedzenia. Niewyraźalny gniew w relacji z terapeutą dotyczył głównie konfrontowania dziewczynki z jej emocjami oraz z brakiem kontroli i wpływu na sytuację rodzinną, a także wskazywania kierunków separacji emocjonalnej i samorozwoju. W kolejnych sesjach chora przejawiała opór. Bardzo zbliżyła się z 20-letnią pacjentką przebywającą na oddziale również z powodu zaburzeń odżywiania. Bliski kontakt z dziewczyną umożliwiał budowanie własnej tożsamości, początkowo w oparciu o mocną idealizację koleżanki. Po niedługim czasie pacjentka odseparowała się od 20-letniej koleżanki z oddziału oraz doznawała większej ambiwalencji w relacji z nią. Przestała ją idealizować i pozwalała sobie na wyrażanie względem niej gniewu – mówiła o chęci przeciwstawienia się jej w kwestii, na przykład zjadanych posiłków, w celu obrony własnego zdania. Separacja od koleżanki i jej bardziej adekwatne postrzeganie skłoniły pacjentkę do rozmów o doświadczeniu poczucia winy wobec matki i obawie przed wyrażeniem złości (strach przed karą w postaci odrzucenia). Obserwowano u chorej krytycyzm w jej kontaktach zarówno z matką, jak i z ojcem. Terapia na tym etapie polegała głównie na wyrażaniu złości względem rodziców: „zachowują się jak błazny, ciągle coś wypominają, myślą tylko o sobie. Wstydzę się za nich”. Często w rozmowach wspominała o ojcu, denerwując się na niego i zaprzeczając jednocześnie smutkowi i tęsknocie za nim. W końcowym etapie terapii znacznie częściej nawiązywała do tematów dotyczących własnego rozwoju. Częściej wyrażała obawy na temat własnej wartości, tego, jak zostanie ponownie przyjęta przez klasę, jak będą ją postrzegać koleżanki. W tym czasie terapia obejmowała głównie przepracowywanie bardziej świadomych obszarów konfliktowych, budowania własnej tożsamości i rozpoczynania procesu separacji emocjonalnej od rodziców. Pacjentka wypisana do domu z planowaną do osiągnięcia wagą.

PRZYPADEK 2.

Klaudia, lat 20, w kontakcie od czerwca 2006 do czerwca 2009 roku. W tym okresie dwukrotnie hospitalizowana na oddziale PiPWR w Centrum Pediatrii w Sosnowcu. Pierwszy raz od czerwca do sierpnia 2006 roku z powodu jadłowstrętu psychicznego, postaci bulimiczno-wydalającej (AN-BW). Później w psychoterapii indywidualnej w trybie ambulatoryjnym, przerwanej w związku z powtórnią hospitalizacją (kwiecień – czerwiec 2008 roku) z powodu nasilenia objawów AN-BW oraz dużej niestabilności stanu psychicznego. Po wypisie kontynuowała leczenie w trybie ambulatoryjnym. Przy pierwszym przyjęciu do szpitala 17-letnia dziewczyna, wcześniej nieleczona psychiatrycznie, skierowana z PZP dla Dzieci i Młodzieży po jednorazowej konsultacji. Zaczęła ograniczać jedzenie mniej więcej od pół roku (styczeń 2006 roku). Tydzień przed przyjęciem prawie całkowicie zaprzestała spożywania posiłków – nic nie jadła, radykalnie zmniejszyła także ilość przyjmowanych płynów. Waga 38,6 kg (BMI=13,78 kg/m²). Negowała chęć dalszego odchudzania. Nastroj obniżony, myśłom i tendencjom suicydalnym zaprzeczała. Włączono farmakoterapię: sulpiryd w dawce 50 mg raz na dobę. Gdy pacjentka ponownie trafiła na oddział, okazało się, że od roku utrzymywała stałą wagę 46 kg (BMI=16,4 kg/m²). Przy przyjęciu waga 45 kg (BMI=15,9 kg/m²). Od 2 lat występowały napady objadania się, nawet kilkakrotnie w ciągu doby. Dziewczyna zaprzeczała prowokowaniu wymiotów. Używała środków przeczyszczających. Okresowo nadużywała Tussipect, żeby „powstrzymać napady jedzenia”. Podała również nową informację o próbie samobójczej w okresie szkoły podstawowej – zażyła leki przeciwdepresyjne matki z powodu problemów w szkole (w izbie przyjęć wykonano płukanie żołądka, niehospitalizowana). Bez myśli i tendencji samobójczych, bez objawów psychotycznych. Farmakoterapia: fluoksetyna w dawce 20 mg 2 razy na dobę, Lerivon w dawce 10 mg raz na dobę, z powodu objawów depresyjnych pod postacią smutku, przygnębienia, częstego płaczu, okresowego rozdrażnienia, myśli rezygnacyjnych, lęku przed przyszłością i zaburzeń snu.

Funkcjonowanie na oddziale

Obserwowano znacząco różne funkcjonowanie pacjentki podczas dwóch pobytów na oddziale. Podczas pierwszej hospitalizacji była słabo zmotywowana, na wzrost wagi reagowała lękiem. Niechętnie współpracowała i „oszukiwała” przy posiłkach. Po czasie podjęła współpracę. Nastąpiła poprawa w zakresie nastroju; zmniejszanie się obaw przed przytyciem, stabilizacja stanu emocjonalnego oraz przyrost masy ciała (BMI=17,6 kg/m²). W kontakcie indywidualnym początkowo skoncentrowana na problemach, trudnościach związanych z jedzeniem, wadze oraz chęci szybkiego opuszczenia oddziału. Nie chciała mówić o relacjach rodzinnych i wątkach osobistych. Relację z matką przedstawiała jako konfliktową. Z czasem zaczęła opowiadać o nieporozumieniach pomiędzy rodzicami, dużej niechęci do dziadków. Formalnie mieszkała z ojcem. Poruszano kwestie dotyczące obrazu siebie, lęku przed utratą kontroli, wyrażania emocji za pomocą jedzenia. Domi-

nowało wyraźne i silne pragnienie wyjątkowości. W kontekście relacji z rodzicami pacjentka zauważyła wyraźną poprawę w kontaktach z matką – mówiła, że mają więcej wspólnych tematów, że zbliżyły się do siebie. Przeżywała konflikt spowodowany koniecznością wyboru, z kim zamieszka, oraz dylemat dotyczący powrotu do szkoły w miejscu zamieszkania. W czasie drugiego pobytu na oddziale pacjentka była zmotywowana do leczenia. Nastąpiła częściowa poprawa w zakresie objawów – nie prowokowała wymiotów, okresowo pojawiał się lęk związany z przyrostem wagi (waga niestabilna, zmienna, wahania pomiędzy 45 a 42,9 kg). Początkowo ujawniała silną niechęć do konfrontacji z własną dorosłością. Podkreślała, że nie jest dorosła, prosiła o zwracanie się do niej po imieniu, deklorowała, że „czuje się dzieckiem”. Zauważono, że u pacjentki po wizytach matki nasilały się problemy związane z jedzeniem. Jednocześnie nawiązała szereg relacji z innymi chorymi z oddziału. Mówiła o istotnej poprawie samopoczucia w grupie w porównaniu z poprzednią hospitalizacją. Pojawiły się pragnienia bliskości oraz akceptacji ze strony innych. W sesjach często omawiano problem złości do matki. Ojciec nie odwiedzał pacjentki. Chora zmierzyła się z pragnieniem bliskości i lękiem przed nią. Pojawiły się fantazje o opuszczeniu oddziału – „nie mogę być tu tak długo, bo się przyzwyczaję”. Niedługo potem przyznała się do posiadania syropu Tussipect, niemniej utrzymywała, że go nie zażywała. Zdarzenie to odczytano jako prowokację odrzucenia poprzez wypis z powodu złamania regulaminu oddziału. Po pewnym czasie podczas rutynowej kontroli sal znaleziono w szafce puszkę piwa. Tego samego dnia, przed sesją indywidualną pacjentka uciekła z oddziału przez okno. Została wypisana.

Podstawowe dane o rodzinie

C I, P I, SN, o czasie, Apgar 9, karmiona naturalnie do 3. miesiąca życia, rozwój psychoruchowy w okresie dzieciństwa prawidłowy. Brat 2 lata młodszy – 15 lat, uczeń gimnazjum. Rodzice rozwiedzeni. Matka – wykształcenie wyższe, leczy się z powodu depresji; ojciec – wykształcenie podstawowe, pracownik fizyczny. Choroby w rodzinie: babcia (ze strony matki) – choroba afektywna dwubiegunowa, leczy się; dziadek – choroba alkoholowa.

Wybrane dane z wywiadu od matki

Zdaniem matki problemy córki zaczęły się co najmniej rok wcześniej, w III klasie gimnazjum. Często chorowała na infekcje górnych dróg oddechowych, co matka uznawała za „manipulację” ze strony córki, która chciała być najlepsza i jeśli w jej mniemaniu nie nauczyła się wystarczająco (na ocenę celującą), „symulowała” chorobę. W zastępstwie „chorowania” okresowo wagarowała. Gimnazjum ukończyła jeszcze w miejscu zamieszkania. Do liceum wyjechała do innego miasta. Wybór ten uzasadniała tym, że „podobno się jej miasto”, i faktem, że szkoła jest „lepsza”. Powodem decyzji była także zła atmosfera w domu. Z relacji matki wynika, że ojciec „od zawsze znęcał się psychicznie” nad nią i dziećmi; był agresywny werbalnie, wulgarny. Matka kilkakrotnie wyprowadzała się z domu z dziećmi, potem wracała. Od pół roku pacjentka na weekendy przyjeżdżała z internatu do ojca. Jako powód podawała „brak

własnego pokoju”, ponieważ matka z młodszym bratem mieszkała u swoich rodziców (po rozwodzie wyprowadziła się z mieszkania). Decyzja pacjentki o wyjeździe z miasta rodzinnego oraz szkole z internatem zbiegła się z rozwodem rodziców. Tym sposobem uniknęła konieczności dokonania wyboru, z którym rodzicem będzie mieszkać. Podczas pobytu w internacie miewała okresy całkowitego ograniczenia jedzenia, doprowadzała się do stanu wycieńczenia. Kiedy jej stan się pogorszył, matka zdecydowała o hospitalizacji. Jej zdaniem córka jest w stosunku do niej „agresywna” słownie oraz przestała ją akceptować.

Klaudia trafiła do terapii ambulatoryjnej w celu kontynuacji leczenia po hospitalizacji. Po pierwszym wypisie na zmianę ograniczała jedzenie i spożywała duże ilości pokarmów. Z czasem ustabilizowała wagę. Po wyjściu ze szpitala deklarowała chęć powrotu do domu, ale ostatecznie podjęła decyzję o wyjeździe na kolejny rok szkolny do innego miasta. Za namową matki po 2 miesiącach wróciła. Decyzja matki zbiegła się w czasie z ustabilizowaniem masy ciała (październik 2006 roku) po powrocie do domu. Pacjentka zaczęła wówczas omawiać podczas sesji fantazje o zamieszkaniu z matką. Podjęła naukę w liceum ogólnokształcącym, w II klasie. Miała trudności z zaadaptowaniem się w szkole – zdecydowano o indywidualnym trybie nauczania. Została u ojca, ponieważ matka z młodszym synem mieszkała u swoich rodziców, z którymi Klaudia była skonfliktowana, szczególnie z babcią. U ojca przebywała około roku. W tym czasie matka postanowiła „wywalczyć” dla siebie mieszkanie, oczekując, że córka przeprowadzi się do niej. Powodem, dla którego Klaudia zdecydowała się zostać z ojcem, był lęk oraz poczucie, że „nie chce zostawiać go samego”. W tym okresie ojciec podjął pracę za granicą, często wyjeżdżał na dłużej, w efekcie czego pacjentka pozostawała sama w domu. Nasiliły się u niej objawy lękowe (grudzień 2006 roku), trudności ze snem, izolacja od rówieśników; często bała się wychodzić z domu. Zdarzały się okresy, kiedy przyjeżdżała tylko na sesje terapeutyczne. Lęk pojawiał się głównie nocami, zaczęła bać się zostawać sama w pustym w domu i „uciekała” do nowego mieszkania matki, gdzie spała. Jednocześnie trudno jej było przyznać się do pragnienia bliskości z matką. Pojawiły się strach, okresowo bliżej nieokreślony, koszmarne sny, ponadto obawa przed większą liczbą ludzi (więcej niż dwie osoby). Pacjentka twierdziła, że „lęk był zawsze”, lecz wcześniej potrafiła sobie z nim poradzić. Kiedy zaczęła doświadczać lęku, nastąpiła zmiana w relacji terapeutycznej – mówiła odtąd spontanicznie o różnych problemach, często o złym obrazie siebie, że w ogóle „jest złym człowiekiem”, że piła, zdarzyło jej się zażyć narkotyki. Wspominała o „przesiadaniu w knajpach”, rodzicom nie podobało się jej towarzystwo. Uważała, że wtedy „była głupia i wredna”. Przytoczyła epizod drobnej kradzieży, żeby „zaszpanować przed chłopakami”. Jej zdaniem „rodzina uważa ją za czarną owcę” i ona również tak się czuła. Miała większą zdolność do opisywania historii swojego życia, refleksji, była również żywo zainteresowana zrozumieniem występujących u niej objawów oraz przyczyn swoich problemów. Wiosną 2007 roku przeprowadziła się do matki. Zaczęła częściej mówić o konfliktach z nią. Uważała, że matka się wymądrza i mogłaby w ogóle nie ist-

nieć. Często krzyczała na matkę, kilkakrotnie ją uderzyła, wyzywała. Pojawiła się chęć zażywania leku nasennego. Pediatra zapisał Pramolan. Dawkowała sobie lek samodzielnie, zwiększając dawkę. W okresie od czerwca do października 2007 roku z Klaudią nie było kontaktu terapeutycznego. Pojawiła się z końcem października 2007 roku, przyznając się, iż bardzo „cierpi” i obawia się, że „już zawsze tak będzie”. Był to czas intensywnego testowania relacji terapeutycznej oraz prowokowania lekarzy, by zaopiekowali się nią, wyznaczając jej granice, w efekcie czego trafiła na oddział po raz drugi. Objawy bulimiczne w przebiegu jadłowstrętu psychicznego nasiliły się; obserwowano szereg zachowań o charakterze *acting out* pod postacią samookaleceń (nacięcia skóry nadgarstków) w związku z pojawiającymi się napięciami. Nadużywała leków psychotropowych. Kilkakrotnie upiła się, wyjeżdżała z domu, nie informując matki o celu podróży oraz godzinie powrotu. Miała widoczne trudności ze skontenerowaniem napięcia wiążącego się z intensyfikacją procesu terapeutycznego, widoczna była naprzemienna idealizacja oraz dewaluacja postaci terapeutki, którą w relacji przeniesieniowej przeżywała jako obiekt matczyny. Po drugim pobycie na oddziale kontynuowała leczenie ambulatoryjne. Moment przełomowy w relacji terapeutycznej związany był z przerwą urlopową terapeutki, podczas której chora wyraźnie doświadczała lęków separacyjnych. Zaczęła przyjmować interpretacje przeniesień i oporu, a także odnosić się do relacji terapeutycznej, do osoby terapeutki oraz wyrażać emocje negatywne. Okazywała również wdzięczność oraz dostrzegała efekty zmian w wyniku terapii. Podjęła aktywność plastyczną i spontanicznie zaczęła przynosić swoje rysunki. Stanowiły one formę komunikatu, ekspresji emocji, często miały charakter symboliczny i nawiązywały do kontaktów z terapeutką – pacjentka początkowo niechętna do omawiania swoich prac, później podjęła ich analizę. W tym okresie znacząco poprawiło się funkcjonowanie społeczne chorej. Zaczęła nawiązywać nowe relacje rówieśnicze, trenować taniec, co postrzegano jako ekspresję własnej seksualności. W relacji z matką w mniejszym stopniu doświadczała chwiejnych i zmiennych emocji, przestała także odbierać ją jako wrogo nastawioną do siebie. Pojawiły się wątki rywalizacyjne w relacji z bratem. Zaczęła akceptować swoją dorosłość i przygotowywać się do zaległej matury, podjęła dorywczą pracę zarobkową. Na poziomie objawowym uzyskano stabilizację masy ciała, pacjentka opanowała napady jedzenia i wymiotów, nie zgłaszała napadów lęku. Nastrojów okresowo bywał zmienny, ale kontrolowany przez chorą. Pod kontrolą lekarza prowadzącego odstawiono leki. Dzięki terapii pacjentka używa dojralszych form mechanizmów obronnych, jednakże w sytuacjach napięcia wciąż reaguje okresową regresją do mechanizmów prymitywnych. Nadal pozostaje pod opieką psychoterapeutyczną.

PODSUMOWANIE

Przedstawiono dwa przypadki pacjentek w okresie adolescencji, prezentujące podobieństwo w zakresie objawów klinicznych pod postacią zaburzeń odżywiania się. W przypadku pierwszym objawy jadłowstrętu psychicznego (postać

	Dominika, lat 14	Klaudia, lat 20
Rozpoznanie	Zaburzenia odżywiania się: jadłowstręt psychiczny – postać restrykcyjna	Nieprawidłowo rozwijająca się osobowość; jadłowstręt psychiczny – postać bulimiczno-wydalająca
Główne problemy/ prezentowane objawy	<ul style="list-style-type: none"> • znaczna utrata masy ciała • zaburzone postrzeganie własnego ciała • nadmierne kontrolowanie • obniżenie nastroju • problemy w relacjach rówieśniczych • zaniżona samoocena • trudność w wyrażaniu emocji 	<ul style="list-style-type: none"> • znaczna utrata masy ciała • zaburzone postrzeganie własnego ciała • kontrola vs utrata kontroli nad jedzeniem • chwiejność emocjonalna • zachowania autoagresywne • trudności w funkcjonowaniu i nawiązywaniu trwałych relacji interpersonalnych • skłonność do zachowań typu <i>acting out</i>
Rozumienie: prezentowane mechanizmy obronne	<ul style="list-style-type: none"> • neurotyczne mechanizmy obronne • zaprzeczanie problemom • tłumienie emocji • racjonalizacja • wyparcie 	<ul style="list-style-type: none"> • niedojrzałe mechanizmy obronne • rozszczepienie • zaprzeczenie • idealizacja/dewaluacja • projekcja
Relacja z obiektem	<ul style="list-style-type: none"> • obiekt przeżywany całościowo, podczas pracy terapeutycznej widoczna ambiwalencja • obiekt matczynej przeżywany jako wiążący, dający bliskość, ale również prowokujący dużą złość • uczucie złości do matki dotyczyło głównie obszarów wiązania • konfliktowość względem obrazu ojca: duża złość i depresyjność w związku z doświadczanym uczuciem opuszczenia z jednoczesną tęsknotą i dużą potrzebą bliskości • widoczna edypalność – obawa przed zbliżaniem się do ojca spowodowana lękiem przed utratą matki, z jednoczesną potrzebą bliskości obojga rodziców 	<ul style="list-style-type: none"> • obiekt rozszczepiony • we wczesnej fazie terapii atak na więź – trudności w utrzymaniu settingu • problematyka zaburzonych granic • wyraźne trudności w tolerowaniu ambiwalencji i frustracji • złość wyrażana w trudny do skontenerowania sposób • wrogość • doświadczane poczucie pustki i nudy • poszukiwanie stymulacji • zaprzeczona seksualność
Funkcje ego	<ul style="list-style-type: none"> • rozwój poznawczy w normie • zdolność do myślenia abstrakcyjnego, psychologizowania objawów • doświadczanie poczucia ciągłości 	<ul style="list-style-type: none"> • rozwój poznawczy w normie • zdolność do myślenia abstrakcyjnego • zdolność psychologizowania objawów początkowo uboga, w późniejszym okresie duża
Kierunki pracy	<ul style="list-style-type: none"> • nazywanie tłumionych emocji • nazywanie potrzeb • praca nad adekwatnym obrazem własnego ciała • praca nad rozwojem własnej kobiecości • praca nad minimalizowaniem kontroli w relacji i dojrzałym wyrażaniem własnych emocji i potrzeb • praca nad zwiększeniem własnej samooceny • omawianie obszarów konfliktowych • praca nad podejmowaniem separacji • praca nad podejmowaniem aktywności rówieśniczych 	<ul style="list-style-type: none"> • kontenerowanie oraz integrowanie rozszczepionych części obiektu oraz <i>self</i> • neutralizowanie siły oraz zmienności afektów • opanowanie zachowań <i>acting out</i> • wzmocnienie tolerancji frustracji oraz zdolności odraczania gratyfikacji • budowanie zdolności przeżywania ambiwalencji • poprawa społecznego funkcjonowania • identyfikacja z rolą kobiety

Tabela 1. Różnice między neurotyczną organizacją osobowości a zaburzeniami osobowości typu borderline na przykładzie omawianych przypadków

restrykcyjna) rozumiano jako patologiczny sposób rozwiązywania konfliktowości, wskazujący na neurotyczny poziom organizacji osobowości. Z kolei w przypadku drugim widoczna jest duża zmienność zarówno w zakresie prezentowanych objawów psychopatologicznych, mechanizmów obronnych, jak i sposobie funkcjonowania w relacji psychoterapeutycznej. Różnorodność obrazu pacjentki – deficyt/konflikt oraz jego zmienność w toku terapii, implikuje postawienie diagnozy nieprawidłowego rozwoju osobowości w kierunku *borderline*. Występują jednocześnie objawy jadłowstrętu psychicznego, jego postaci bulimiczno-wydalającej.

Według przeglądu literatury Grilo zaburzenia osobowości wśród pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i bulimią psychiczną występowały średnio dwukrotnie częściej niż w grupach kontrolnych, co upoważnia do postawienia jako dominującej diagnozy zaburzeń osobowości lub, w przypadku chorych w okresie adolescencji, do zalecenia obserwacji w kierunku nieprawidłowo kształtującej się osobowości⁽⁷⁾.

W odróżnieniu od neurotycznej organizacji osobowości, w której główne mechanizmy obronne skupiają się wokół wyparcia oraz innych zaawansowanych rozwojowo działań defensywnych, w przypadku zaburzeń typu *borderline* dominują przede wszystkim prymitywne obrony⁽⁶⁾, co miały zobrazować przedstawione przypadki kliniczne.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Moore B.E., Fine B.D.: Słownik psychoanalizy. Wyd. Jacek Santorski & Co, Warszawa 1996: 200-201.
2. Janas-Kozik M., Krupka-Matuszczyk I., Hyrnik J. i wsp.: Zaburzenia odżywiania się oraz uzależnienie od środków psychoaktywnych. Prezentacja przypadku z mieszanym obrazem klinicznym w kontekście zaburzeń osobowości typu *borderline*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2005; 5: 52-55.
3. Westen D., Chang C.: Personality pathology in adolescence: a review. Adolescent Psychiatry 2000; 25: 61-101.

4. Jakubik A.: Zaburzenia osobowości W: Bilikiewicz A. (red.): Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998: 344.
5. Kernberg O.F., Selzer M.A., Koenigsberg H.W. i wsp.: Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007: 18-19.
6. Bleiberg E.: Borderline disorders in children and adolescents: the concept, the diagnosis, and the controversies. Bull. Menninger Clin. 1994; 58: 169-176.
7. Janas-Kozik M., Krupka-Matuszczyk I., Hyrnik J., Sołowiów R.: Zmienna i ciągła diagnoza w procesie psychoterapii pacjentki z zaburzeniami odżywiania się. Postępy Psychiatr. Neurol. 2005; 14 (supl. 1/20): 103-106.