

Ewelina Rejner-Cupiał, Piotr Halkiewicz

Psychoterapia narcystycznego pacjenta młodzieżowego

– propozycja modelu leczenia¹

słowa kluczowe: *psychoterapia grupowa, adolescencja, patologiczny narcyzm, psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu, setting*

Wstęp

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie propozycji modelu, w ramach którego może odbywać się psychoterapia młodzieżowego pacjenta z problematyką narcystyczną. Zarówno z naszych obserwacji, jak i ogólnodostępnych danych (WHO, 2003) wynika, iż rośnie odsetek młodzieży przejawiającej długotrwałe problemy w zakresie regulacji własnego zachowania, problemy w realizacji obowiązku szkolnego czy nawiązywaniu satysfakcjonujących więzi z innymi. Zróżnicowana problematyka i wieloczynnikowe podłoże psychopatologii pacjentów młodzieżowych stanowią duże wyzwanie dla terapeutów z nimi pracujących, nie dziwi zatem fakt opracowywania specyficznych wersji terapii dedykowanych dla poszczególnych problemów. W codziennej praktyce klinicznej jednym z większych wyzwań jest praca z pacjentem o zaburzonej strukturze osobowości, który z reguły przejawia niską motywację do leczenia oraz wymaga przestrzegania ścisłych ram terapii. Wspomniane problemy w dwojnasób dotyczą młodzieżowych pacjentów narcystycznych, którzy ze względu na złożony kontekst rozwojowy oraz rodzinny wymagają różnorodnych oddziaływań ukierunkowanych na próbę „rozmontowania” wielkościowego self, a ostatecznie – próbę osiągnięcia zmiany strukturalnej.

Problem zaburzeń osobowości wśród dzieci i młodzieży – kontrowersje

Wśród psychopatologii wieku dziecięcego oraz okresu dorastania szczególnie wiele kontrowersji budziła jak dotąd kwestia rozpoznawania zaburzeń osobowości. Główne zarzuty dotyczyły normatywnej niestabilności rozwoju w okresie dorastania, gdzie trudno orzekać o istnieniu czegoś już zorganizowanego patologicznie (patrz np. Bleiberg, 1994). Ponadto istniejące klasyfikacje diagnostyczne nie pozwalały na dokonywanie takich diagnoz, choć głównym powodem był brak wystarczających badań w tym obszarze, a nie brak teoretycznej zgody (w opisie zaburzeń osobowości już w DSM II znajdujemy informację, że rozpoczynają się one w okresie dzieciń-

¹ Podziękowania dla Ewy Stachowiak oraz Pawła Glity. Tekst powstał jako opracowanie wystąpienia autorów na VIII Sympozjum PTPPd w Krakowie w dniach 15–16 września 2018 r.

stwa i adolescencji). Złożoność zagadnienia potęguje fakt, że istnieją zasadnicze różnice pomiędzy psychiatrycznym, a więc objawowym podejściem do diagnozowania zaburzeń osobowości, a psychodynamicznym spojrzeniem na organizację psychiki. Obecne rozwiązania w naszym obszarze kulturowym (ICD-10) uniemożliwiają diagnozę zaburzeń osobowości w okresie adolescencji, klasyfikacja DSM-V dopuszcza taką możliwość od 13. roku życia². Z perspektywy psychodynamicznej zastanawiamy się, na ile możemy mówić o trwałości psychopatologicznej organizacji struktur psychicznych w okresie adolescencji. Autorzy o orientacji psychoanalitycznej (w szczególności P. F. Kernberg, E. Bleiberg) zwracali uwagę na grupę pacjentów o wyraźnym rysie osobowościowym, którzy spełniali kryteria diagnostyczne zaburzeń osobowości dorosłych, lecz nie można było im postawić takiego rozpoznania. Obecnie wiele lat badań (szczególnie badań podłużnych) wspiera intuicję klinicystów, dotyczącą grupy pacjentów przejawiających wyraźne cechy zaburzeń osobowości w okresie adolescencji, które nieleczone przetrwają najprawdopodobniej do wieku dorosłego (patrz np. Cohen i in., 2005). Naszym zadaniem jako terapeutów nie jest rozstrzygnięcie sporu dotyczącego istnienia zaburzeń osobowości w okresie adolescencji, lecz próba skutecznego terapeutycznego oddziaływania na tę grupę pacjentów, których problematykę można określić jako osobowościową. Dlatego nasza propozycja polega na specjalnym traktowaniu tych pacjentów, *tak jakby* mieli zaburzenia osobowości, co przede wszystkim oznacza konieczność uzbrojenia się w terapeutyczną cierpliwość, określenie możliwych do zrealizowania zmian wskutek procesu terapii, ale przede wszystkim – przyjęcie określonej metody pracy.

Oblicza narcyzmu wśród młodzieży.

Narcyzm rozwojowy a psychopatologiczny – różnicowanie

Okres dorastania to trudny czas dla utrzymywania stabilnego poczucia własnej wartości. Ze względu na liczne biologiczne zmiany dokonujące się w organizmie, młody człowiek zaczyna inaczej wyglądać (rzadko w taki sposób, w jaki by oczekiwał); nastolatek podejmuje nowe wyzwania, znaczenia nabiera identyfikacja z grupą rówieśniczą. Praktycznie w każdym z obszarów życia adolescenta poczucie własnej wartości jest narażone na wahania – nie dziwi zatem fakt dużego zaabsorbowania sobą, tym, jak się „wypadnie” na tle innych. Niemniej istnieje zasadnicza różnica między normalnym rozwojowym narcyzmem a narcyzmem patologicznym, a zdecydowana większość młodzieży wykazuje stale rosnące poczucie własnej wartości w miarę zdobywania życiowych doświadczeń (Birkeland i in., 2012, w: Normandin i in., 2014). W normalnym narcyzmie młodzieżowym mamy do czynienia ze zdolnością do zależności oraz doświadczania opieki z wdzięcznością, zdolnością do angażowania się w różnorodne aktywności oraz tolerancją statusu osoby początkującej w danej dziedzinie (zdolność do doświadczania

² W proponowanej wersji ICD-11 rozpoznawanie zaburzeń osobowości u dzieci i młodzieży będzie najprawdopodobniej możliwe, zmianie ulegnie natomiast system klasyfikacji tych zaburzeń (Sampogna, 2017).

i wytrzymywania frustracji związanej z uczeniem się). W patologicznym narcyzmie pacjenci zaprzeczają zależności, wykazują brak wdzięczności za opiekę, silną potrzebę triumfu bądź rezygnację i dewaluację różnych aktywności. Młodzieżowi pacjenci narcystyczni doświadczają olbrzymich trudności wynikających z braku akceptacji stanu bycia początkującym, co przekłada się na liczne trudności szkolne i problemy w zadaniach wymagających rywalizacji. Można powiedzieć, że pacjenci ci czują, iż jeżeli nie są najlepsi, są nikim (Yeomans, 2011).

13-letni pacjent podczas sesji terapeutycznych chwalił się swoimi nieprzeciętnymi umiejętnościami związanymi kolejno z naprawą motocykli, gotowaniem, nagrywaniem i miksowaniem muzyki, bieganiem na długie dystanse oraz pływaniem na poziomie profesjonalnym. Po pewnym czasie pacjent zaczął z wyraźną pogardą wypowiadać się na temat szkolnego basenu, sposobu nauczania na lekcjach WF-u, niskiego poziomu umiejętności sportowych kolegów. Po czasie okazało się, że uczestniczył w szkolnych eliminacjach do turnieju pływackiego, w których zajął jedno z ostatnich miejsc.

Młodzieżowi pacjenci narcystyczni są zgłaszani lub zgłaszają się na leczenie z różnych powodów (częste absencje szkolne, brak relacji rówieśniczych, zachowania agresywne w środowisku domowym, arogancja i wyniosłość w stosunku do dorosłych, dylematy dotyczące orientacji i identyfikacji seksualnej, samookaleczenia, próby samobójcze, lęki). Część z nich nie budzi diagnostycznych wątpliwości – już podczas pierwszych konsultacji prezentują wyniosłą postawę, wyraźnie dewaluują terapię, mają wygórowane mniemanie o sobie i poczucie specjalnego uprzywilejowania. Z naszych doświadczeń wynika, że zdecydowanie częściej na leczenie zgłaszają się pacjenci, których patologia narcystyczna początkowo nie rzuca się w oczy. Tej części pacjentów bliżej odpowiada opis *cienkoskórnego narcyzmu*, zaproponowany przez Rosenfelda (Gabbard, 2009). Narcystyczna problematyka tych pacjentów, jak wspomniano, często jest widoczna dopiero po pewnym czasie, kiedy znaczenia nabiera fakt zaskakującej podatności na zranienie, tendencji do biernego odwetu na innych, skrytego, przeżywanego w samotności poczucia triumfu i satysfakcji związanej z górowaniem nad innymi.

Kryteria diagnostyczne

W odniesieniu do młodzieżowych pacjentów narcystycznych praktykujemy przyjęcie zasadniczo tych samych kryteriów, które obowiązują w przypadku osób dorosłych, co jest propozycją między innymi Pauliny Kernberg (Kernberg, 2000). Pacjenci o wyraźnej problematyce narcystycznej przejawiają problemy w następujących czterech obszarach (Kernberg, 2013):

- *Patologia Ja*: osoby te prezentują wygórowane mniemanie o sobie, domagają się szczególnych przywilejów i traktowania, z pogardą i wyższością wypowiadają się o innych; w innych przypadkach wydają się ciepłe, niepewne, mocno skrzywdzone przez los, a ich pogarda i poczucie wyższości są skrywane przed innymi.

Przykłady kliniczne: 14-letni pacjent został skierowany na leczenie z powodu nasilonej agresji w warunkach domowych (agresja fizyczna wobec matki, ojca, młodszego brata). Uczył się bardzo dobrze, nie miał żadnych relacji rówieśniczych, wolny czas spędzał na czytaniu książek o polityce i nauce. Dotychczasowa diagnoza – zespół Aspergera. Wypowiadał się w specyficzny, „książkowy” sposób, używał wyszukanych stwierdzeń i sformułowań. W stosunku do terapeuty początkowo był podporządkowany, przymilny, po rozmowie na temat powodów zgłoszenia jawnie pogardliwy i wyższościowy. Początkowo nie zgadzał się na warunki kontraktu, ponieważ jest „ponad to”. Nie widział potrzeby terapii grupowej, ponieważ jego rówieśnicy mają „zatrważająco niski iloraz inteligencji”. W stosunku do terapeuty był kontrolujący, nie dopuszczał go do głosu: „Nie rozmawiam z osobami poniżej pewnego poziomu, a znaczna część psychologów jest poniżej tego poziomu”.

15-letnia pacjentka została skierowana na leczenie przez lekarza psychiatrę w związku z licznymi samookaleczeniami oraz deklarowaniem myśli samobójczych, unikaniem realizacji obowiązku szkolnego, brakiem relacji rówieśniczych. Problemy występowały od piątej klasy szkoły podstawowej, ze zmiennym nasileniem. Gdy przebywała w szkole, skarżyła się na doświadczanie lęku, którego nie potrafiła z niczym powiązać. Miała dwie internetowe przyjaciółki, o zbliżonych problemach, wobec których często doświadczała czegoś, co nazywała „wstrętem”, a co sprawiało, że przez kilka dni się do nich nie odzywała. W terapii budziła silną potrzebę opieki i „wykazania się”. Po pewnym czasie uwidaczniał się wzorzec relacji, w której pacjentka odrzucała innych, wyraźnie ich dewaluowała, w żaden sposób nie łącząc tych doświadczeń z sytuacjami bycia zranioną poprzez uwagi innych.

- **Patologia relacji z innymi:** relacje młodzieżowych pacjentów narcystycznych często są powierzchowne, krótkotrwałe, przy głębszym badaniu zazwyczaj okazuje się, że wyraźnie nierówne – narcystyczny pacjent często wykorzystuje inną osobę do otrzymywania uczucia podziwu, często występuje w roli doradcy, „terapeuty” innej osoby, zazwyczaj doświadcza jednak szybko uczucia znużenia i zrywa relację w reakcji na doświadczane zranienie.

15-letni pacjent pochwalił się na sesji, że jest w związku z dziewczyną. Opisując ją, podkreślał, że jest najpiękniejszą dziewczyną w całej szkole, że wszyscy ją podziwiają i że związek z nią sprawi, że inni będą mu zazdrościć. Nie przejawiał zainteresowania tym, jaka ta dziewczyna faktycznie jest, nie był zainteresowany tym, co ją ciekawi i co lubi.

- **Patologia superego:** młodzieżowi pacjenci narcystyczni przejawiają zasadniczą trudność w przeżywaniu stanu smutku i żałoby, ich depresyjność wynika bardziej z dostrzegania – i potrzeby usilnego zaprzeczania – zasadniczym defektem w nich samych; ponadto pacjenci ci mogą często przejawiać zachowania antyspołeczne o różnymi poziomie nasilenia, podejmować mściwy odwet na innych bez wyrzutów sumienia.

15-letni pacjent atakował fizycznie rodziców w reakcji na stawianie granic w postaci ograniczenia możliwości gry na konsoli. Po jednej z poważnych kłótni uderzył

matkę w twarz, podbijając jej oko. Następnie chciał tak jak zwykle służyć do mszy świętej w pobliskim kościele, gdzie był ministrantem. Nie przejawiał wyrzutów sumienia po swoim agresywnym wybuchu i był wyraźnie zdziwiony, kiedy ojciec poinformował księdza o sytuacji w domu, uniemożliwiając mu na jakiś czas pełnienie funkcji ministranta.

- **Przewlekłe poczucie pustki i nudy:** u młodzieżowych pacjentów narcystycznych często obserwuje się doświadczanie stanu nudy, braku zaangażowania oraz potrzeby tłumienia i zagłuszania tych uczuć; pacjenci ci często „wyłączają się” podczas wielogodzinnych rozgrywek na komputerze, spędzają czas w bierny sposób, zdają się do niczego nie dążyć i z niczego nie czerpać większej satysfakcji. Nierzadko potrzeba tłumienia objawia się eksperymentowaniem z substancjami psychoaktywnymi, piciem alkoholu.

15-letni pacjent wiele godzin dziennie spędzał na graniu na konsoli. Wybierał gry, w których czuł się lepszy od innych; wygrywając, miał dużą potrzebę „pogrzebienia” przeciwnika przez docinki i złośliwości. Poza graniem na komputerze nie dokonywał inwestycji w naukę ani w sport, czasami udzielał się na forach internetowych, wypowiadając się na różne tematy, popisując się wiedzą; nie był zainteresowany nawiązywaniem znajomości z innymi ludźmi, których uważał za „nudziarzy” i „nieudaczników”.

Przyjmując perspektywę teorii Otto Kernberga (Kernberg, 1993), młodzieżowi pacjenci narcystyczni, podobnie jak pacjenci dorośli, mogą mieć osobowość zorganizowaną odpowiednio na neurotycznym, wyższym poziomie borderline oraz niższym poziomie borderline. Diagnoza poziomu funkcjonowania osobowości poprzez wywiad strukturalny pozwala na zaproponowanie adekwatnego modelu pracy, w tym terapii skoncentrowanej na przeniesieniu w wersji dla adolescentów (TFP-A; patrz dalej).

Trudności w pracy z narcystycznym pacjentem młodzieżowym

Psychoterapia każdego pacjenta młodzieżowego musi brać pod uwagę perspektywę rozwojową i wynikające z niej zasadnicze zmiany, jeżeli chodzi o technikę terapii. Narcystyczni pacjenci młodzieżowi, podobnie jak inni pacjenci w tej grupie wiekowej, rzadko są zainteresowani pogłębioną refleksją na temat ich funkcjonowania, sporo czasu zajmuje im również związanie się z terapeutą, umożliwiające pracę terapeutyczną. Inną trudnością w pracy z tymi pacjentami jest utrzymywanie spójnej koncepcji leczenia; wielorakie problemy, z którymi zgłaszają się pacjenci, czasami wymagają interwencji behawioralnych czy systemowych, co może sprawiać, że przestajemy myśleć o problemach narcystycznego pacjenta jako efekcie jego psychopatologii, a bardziej jako efekcie niekorzystnych warunków środowiskowych czy rodzinnych. Często bolączką terapeutów młodzieżowych jest intensywność przeciwprzeniesienia w pracy z młodzieżowymi pacjentami i wynikająca z tego tendencja do moralizowania i „wychowywania” kosztem postawy terapeutycznej. Odrębnym, a niezwykle

istotnym zagadnieniem jest kwestia oddziaływań rodziców podczas procesu terapii narcystycznego nastolatka. Częste postawy rodziców to nadmierna ochrona przed frustracją, szczególnie w przełomowych momentach terapii. Zdarza się, że po usłyszeniu ważnego komentarza od grupy czy omówieniu ważnej problematyki w terapii pacjent reaguje zachowaniem typu acting out, co rodzic odbiera jako nieskuteczność oddziaływań terapeutycznych i informuje o zakończeniu leczenia. Inna postawa rodziców to jawna bądź ukryta dewaluacja terapeuty i terapii, co w większości wypadków uniemożliwia zawiązanie pozytywnego przymierza z pacjentem. Ostatnią kwestią, na którą warto zwrócić uwagę, jest kwestia świadomego i nieświadomego celu terapii. Część narcystycznych pacjentów młodzieżowych proponuje adekwatne cele terapeutyczne, ale po pewnym czasie widzimy, że terapia zdaje się im służyć do czerpania wtórnych korzyści. Niezwykle ważne pozostaje więc staranne przeprowadzenie kwalifikacji do terapii (por. dalej).

W kierunku modelu leczenia

Psychoterapia młodzieży w ramach ośrodka, w którym pracujemy, od lat opiera się na terapii indywidualnej oraz grupowej; młodzież pozostaje również, w miarę potrzeb, w kontakcie z lekarzem psychiatrą. Pracując z młodzieżą w różnych przedziałach wiekowych, przekonujemy się o potrzebie włączania rodziców w proces terapeutyczny, co przekłada się na proponowanie – w pierwszej kolejności – psychoedukacji (Glita, 2017), a w pewnych przypadkach oddziaływań systemowych. Pracując z narcystycznymi pacjentami młodzieżowymi, zauważamy olbrzymią wartość łączenia terapii indywidualnej oraz grupowej, postrzegamy te formy terapii jako często uzupełniające się i wspierające.

Psychoterapia indywidualna w oparciu o model terapii skoncentrowanej na przeniesieniu w wersji dla adolescentów (TFP-A)

Z dużym zainteresowaniem odnotowaliśmy fakt rozwoju koncepcji terapii skoncentrowanej na przeniesieniu w wersji dla adolescentów (TFP-A), której opis przedstawiła Lisa Normandin wraz z zespołem (Normandin i in., 2014). Terapia TFP-A przyjmuje założenia „dorosłej” wersji TFP, opisane między innymi w pracy *Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu w leczeniu zaburzeń osobowości borderline* (Yeomans i in., 2015). Podobnie jak w „dorosłej” wersji TFP, praca ogniskuje się na materiale „tu i teraz”, skupia się na specyficznych taktikach oraz strategiach leczenia, spotkania odbywają się raz lub dwa razy w tygodniu. W porównaniu do TFP wersja terapii skoncentrowanej na przeniesieniu dla młodzieży różni się między innymi w następujących punktach:

- Stosowanie technik „zmiękczących” (psychoedukacja, wsparcie, pochwała) obok technik „twardych” (klaryfikacja, konfrontacja, interpretacja). W pracy z narcystycznym pacjentem młodzieżowym w zależności od potrzeb przeprowadzamy psychoedukację w różnych momentach leczenia, wspieramy w realizacji

rozwojowych celów, chwalimy, gdy pacjent czyni postępy w terapii, ryzykuje nowe zachowanie czy nowy sposób reakcji.

Przykład psychoedukacji:

Rozmawialiśmy trochę o tym, że kiedy mówisz, że kontakt z tatą nie ma dla ciebie znaczenia, to nie pozwalasz sobie na to, by odczuć smutek. Być może się zastanawiasz, czemu miałyby to mieć znaczenie. Kiedy się smucimy, przyznajemy, że coś było dla nas ważne i utrata tego spowodowała, że czujemy się gorzej. Uczucie smutku nas zmienia i dopiero kiedy odczuwamy stratę, możemy się zastanowić, co dalej, możemy przyznać, że zależy nam na tym, by być z kimś blisko i czuć się zaopiekowanym.

- **Równowaga między omawianiem relacji przeniesieniowej a omawianiem relacji pozaprzemiesieniowych.** Młodzieżowy pacjent informujący na sesji o określonych zachowaniach swojego rodzica i swojej reakcji na nie może dostarczać zarówno ważnego materiału w zakresie relacji z terapeutą (co umożliwi np. analizowanie występujących w przeniesieniu diad), jak i istotnego pozaprzemiesieniowego komunikatu dotyczącego rzeczywistości pacjenta. Terapeucie często trudno się zdecydować, w którym kierunku podążyć, jednak jesteśmy zdania, że nie możemy zaniedbywać rzeczywistości pacjenta i – w określonych momentach – powinniśmy omawiać realne doświadczenia z rodzicami, nie odnosząc się w danym momencie do przeniesienia.

Pacjentka opowiedziała o tym, że po sesji rodzinnej jej matka zamknęła się w swoim pokoju i żadnym słowem nie nawiązała do wcześniejszej poruszającej wymiany zdań. Dziewczyna w reakcji na to również „zamknęła się w sobie”. Terapeuta dostrzegł, że pacjentka opisywała typ relacji, w której doświadczała siebie jako pragnące, stęsknione self w relacji do opuszczającego, zawodzącego obiektu. Ten typ relacji był często omawiany na poprzednich sesjach, również w kontekście oczekiwań pacjentki wobec terapeuty „tu i teraz”. Terapeuta uznał jednak, że oczekiwanie pacjentki w stosunku do sesji rodzinnej – spodziewanego wpływu na matkę i jej relację z pacjentką – nie było bezzasadne; docenił fakt, że pacjentka wprost zdaje się przyznawać do własnych potrzeb zależnościowych i wyraził współczucie z powodu zachowania matki, co pokierowało dalszą pracą terapeutyczną w obszarze przeżycia matki jako opuszczającej i niedającej wsparcia w kluczowych momentach.

- **Stosowanie wsparcia oraz pochwał przy realizacji rozwojowych zadań.** Część narcystycznych pacjentów młodzieżowych żyje w dużej izolacji społecznej, opuszcza szkołę, zaniedbuje swoje plany na przyszłość. Rozmowa w obszarze możliwych sposobów przełamania impasu w różnych sferach zawiera elementy sugestii, wsparcia, co zdecydowanie nie zgadza się z tradycyjnym poglądem na neutralność terapeuty, wydaje się nam jednak niezbędna.

To, że zdecydowałaś się spotkać z nią twarzą w twarz i wyjaśnić sprawę, to kawał dobrej roboty. Pamiętam, że wcześniej w takich sytuacjach zazwyczaj albo się wycofywałaś, albo w pokrętny sposób pisałaś coś przez Internet, co budziło jeszcze więcej nieporozumień.

- **Zachęta do mentalizacji.** W większym stopniu niż w przypadku pacjentów dorosłych proponujemy interwencje pobudzające mentalizację narcystycznego pacjenta młodzieżowego, poprzez pytania w rodzaju: „Co myślisz o tym, co powiedziałem?”, „Jak myślisz, jakie mógł mieć ku temu powody?”

Elementy terapii poprzez zabawę w ramach TFP-A

Pracując z nastolatkami z różnych środowisk (często deficytowych, przy znaczących zaniedbaniach emocjonalno-społecznych) dostrzegamy potrzebę „równoważenia” pracy konfrontacyjno-wglądowej z innymi aktywnościami, jak wspólna gra, rysunek czy nawet gotowanie. Tego typu aktywności nazywamy „terapią poprzez zabawę” i naszym zdaniem są uzupełnieniem i w pewnym sensie rozszerzeniem technik wspierających, wspomnianych w TFP-A. Głównym kryterium stosowania takiego podejścia jest wiek pacjenta³. Zgoda na ten typ aktywności często wynika z widocznego mniejszego poziomu dojrzałości emocjonalnej tych pacjentów, obniżonej zdolności do symbolizacji afektu, mniejszej zdolności do wytrzymywania napięcia. Jesteśmy zdania, że ten typ pracy może stanowić uzupełnienie dialogu w duchu TFP-A i sprawić, że pacjent doświadczy korektywnego doświadczenia emocjonalnego w relacji z dorosłym. Najczęściej, wraz z upływem lat i dorastaniem tych pacjentów, potrzeba stosowania technik terapii poprzez zabawę maleje, a jej miejsce zajmuje dialog w duchu terapii skoncentrowanej na przeniesieniu.

Leczenie w ramach TFP-A

Terapia indywidualna w nurcie terapii skoncentrowanej na przeniesieniu odbywa się raz lub dwa razy w tygodniu. Proces terapii jest poprzedzony przeprowadzeniem wywiadu strukturalnego (*Personality Assesment Interview*), weryfikującego między innymi motywację nastolatka do zmiany oraz umożliwiającego ocenę funkcji takich jak pamięć, uwaga, testowanie rzeczywistości, mentalizacja oraz zdolność do utrzymywania przymierza terapeutycznego mimo intensywnych emocji (Normandin i in., 2014). Terapeuta proponuje następnie wstępną konceptualizację problemu. Autorzy opracowania na temat TFP-A wskazują fakt, który pokrywa się z naszymi obserwacjami, że nastolatkom trudno jest jednoznacznie opowiedzieć się za potrzebą zmiany (przyznać, że ma problem). Znacznie częściej skłonny jest uznać takie ujęcie problemu, z którego wynika, że z pewnych przyczyn (najczęściej nieświadomych) zachowuje się w taki, a nie inny sposób. TFP-A jest zalecana w przypadku pacjentów zdolnych co najmniej w części uznać problem i wziąć za niego odpowiedzialność; przeciwwskazaniem jest właściwe antyspołeczne zaburzenie osobowości oraz liczne korzyści wtórne z procesu leczenia. W przypadku narcystycznych nastolatków za dobry prognostyk udanego leczenia uznajemy

³ Zazwyczaj wiek pacjentów, którym proponujemy ten typ aktywności, to wiek poniżej 13. roku życia.

oznaki tego, że pacjent zdaje się być momentami smutny i doświadcza – często niezwerbalizowanego – poczucia straty.

Cele terapii skoncentrowanej na przeniesieniu w wersji dla adolescentów (TFP-A)

Praca z nastolatkami z patologicznym narcyzmem w ramach podejścia TFP-A zakłada, że możliwe jest dążenie do tego, co nazywamy zmianą strukturalną. Z naszych doświadczeń wynika, że zmiana u nastolatka wiąże się zazwyczaj z „odblokowaniem” procesu rozwojowego i umożliwieniem pełniejszego uczestnictwa w relacjach interpersonalnych, co daje znaczące zmiany również w postrzeganiu siebie. Zmiana dokonuje się zarówno poprzez konkretne interwencje, jak i długoterminową relację terapeutyczną; główną strategią leczenia pozostaje dążenie do integracji rozszczepionych zinternalizowanych relacji z obiektem. Zmniejszenie intensywności rozszczepienia sprawia, że możliwe jest postrzeganie znaczących innych w sposób bardziej zbalansowany, co dla nastolatka z patologicznym narcyzmem oznacza, że może on, na przykład, doświadczyć rozwojowej żałoby po symbolicznej utracie rodziców, wytrzymać ten stan i dążyć do nawiązywania relacji z nimi w sposób bardziej dojrzały.

Psychoterapia grupowa w leczeniu patologicznego narcyzmu u młodzieży

Drugi obok psychoterapii indywidualnej opartej o TFP-A filar leczenia młodzieży z patologicznym narcyzmem stanowi psychoterapia grupowa. Jak twierdzi Peter Blos, adolescencyjny głód obiektu i zubożenie ego po stracie dziecięcego obiektu rodzicielskiego znajdują zaspokojenie w grupie rówieśniczej (Blos, 1967). Grupa rówieśnicza stanowi zatem lustro społeczne o wielkiej sile wpływu.

Obserwacja pacjenta w grupie daje psychoterapeucie cenny materiał do pracy, niejednokrotnie trudny do zaobserwowania w kontakcie indywidualnym, zwłaszcza kiedy siła projekcyjnej identyfikacji pacjenta jest duża, a jego osąd rzeczywistości mocno zniekształcony. Z naszej praktyki wynika, że obserwacja pacjenta w rówieśniczym środowisku, biorącego aktywny udział w procesie grupowym i reagującego w określony sposób na sytuacje społeczne, pozwala na głębszą niż w kontakcie gabinetowym weryfikację diagnozy strukturalnej i zrozumienie mechanizmów funkcjonowania pacjenta. Diagnozy postawione w gabinetach były, nawet przez nas samych, wielokrotnie modyfikowane – z poczuciem lepszego rozumienia i poznania świata wewnętrznego pacjenta – dzięki obserwacji jego aktywności w grupie terapeutycznej.

Siła sprawcza psychoterapii grupowej polega także na odarciu przekazu kierowanego do pacjenta z „poprawności politycznej”, tak typowego dla psychoterapii indywidualnej. Rówieśnik prawdę mówi bardziej wprost, bezpośrednio i językiem emocji, co dotyka i trafia często szybciej niż intelektualnie opracowany i emocjonalnie wyważony przekaz dorosłego.

Rozmowa z pacjentem 16-letnim, który od kilku lat realizuje obowiązek szkolny przez nauczanie w domu, nie utrzymuje żadnych kontaktów rówieśniczych. Grupa zna go już bardzo dobrze – często unika sesji po tym, jak bierze słowa kolegów do siebie i przeżywa je jako krzywdzące. W relacji do pozostałych pacjentów jest wycofany, skoncentrowany na sobie. Prawie się nie angażując w pracę grupy, wyraża po raz kolejny rozczarowanie psychoterapią.

Pacjent: Właściwie to nie wiem, po co tu jestem, nic mi ta grupa nie daje, jestem tu tylko, bo rodzice mi każą, nie uważam, żebym miał z czymś problem. Dogaduję się z ludźmi i nie czuję się samotny.

Kolega z grupy, śmiejąc się: Toś, stary, objawił nam prawdę! Taka z ciebie dusza towarzystwa jak ze mnie Casanova. Lubię cię, ziomeczku, ale weź tu nie śmieszkuje. Też jesteś trochę przegrywem życiowym. Prawie z nami nie gadasz, a potem nam wciskasz, że cię olewamy.

Kwalifikacja do grupy terapeutycznej

Udział w psychoterapii grupowej powinien być poprzedzony staranną kwalifikacją. Celem tego etapu pracy jest dokonanie diagnozy strukturalnej oraz przygotowanie pacjenta i jego rodziców do właściwej psychoterapii. W przypadku zaburzenia narcystycznego kluczowe jest zmniejszenie lęku pacjenta. Może on dokonywać wobec grupy projekcji swojego surowego superego, w wyniku czego doświadcza silnego poczucia gorszości oraz obaw przed ujawnieniem na forum swojej słabości. Przeciwwagą dla tego rodzaju lęku jest ukryta chęć przegładania się w lustrze społecznym oraz pragnienie uzyskania kontroli w bliskich relacjach. Zbudowanie w umyśle pacjenta obrazu psychoterapii jako narzędzia do zyskania wiedzy o sobie okazuje się często wytrychem pomagającym adolescentowi przełamać opór przed podjęciem psychoterapii grupowej. W przypadku gdy poziom lęku przed wejściem w grupę jest wysoki, korzystnym rozwiązaniem jest przygotowanie pacjenta do leczenia w grupie w toku psychoterapii indywidualnej (Sugar, 1986; Korolczuk, 2010). Zignorowanie lęku pacjenta na etapie kwalifikacji wiąże się często z jego późniejszym drop outem.

Wśród kryteriów przyjęcia na psychoterapię nie powinno się znajdować założenie o konieczności wyrażenia przez nastolatka wprost i bezpośrednio chęci podjęcia leczenia. Adolescent znajdujący się rozwojowo w okresie separacji od autorytetów pozostaje w konflikcie wewnętrznym w sytuacji konieczności wiązania się z dorosłym. Dodatkowo odsłonięcie przed terapeutą potrzeby zależności wiąże się dla nastolatka z patologicznym narcyzmem z przeżyciem wstydu, który jest zagrożeniem wobec kruchej ego. Lepszym sposobem oszacowania motywacji do leczenia jest próba odnalezienia obszarów cierpienia oraz wtórnych korzyści z prezentowanych objawów. Patologiczny narcyzm u młodzieży leczy się trudno, jako że багаż życiowych negatywnych doświadczeń jest zbyt mały, aby pacjenci ci odczuwali motywację do pracy nad sobą. Poniesione straty są często mniejsze niż osiągnięte z tytułu objawów korzyści. Dlatego niemożliwe jest prowadzenie psychoterapii nastolatka z wyłączeniem jego

rodziny. Ważnym elementem jest zbudowanie przymierza z rodzicami i uprzedzenie ich o prawdopodobieństwie pojawienia się dewaluacji terapeuty przez nastolatka, która może skutkować odmową leczenia. Rodzice narcystycznych adolescentów często bywają skontrolowani przez psychopatologię dziecka i nieświadomie wzmacniają objawy poprzez obniżanie wymagań wobec swoich dzieci oraz uleganie ich naciskom, nieraz pod groźbą zachowań agresywnych lub autoagresywnych.

16-letnia pacjentka trafiła do ośrodka z diagnozą zespołu Aspergera, sama określała swoje trudności mianem fobii społecznej. Naukę szkolną realizowała w domu, przez nauczanie indywidualne. Budowała powierzchowne i krótkotrwałe relacje internetowe. Rodzice postrzegali jej cierpienie jako niezależny od niej wynik deficytów o podłożu biologicznym, stąd dostosowywali się do oczekiwań córki oraz nie stawiali żadnych wymagań. Pacjentka zyskała wiele wtórnych korzyści z objawów oraz całkowicie straciła motywację do leczenia. Po pewnym czasie jej udziału w terapii jasnym stało się, że spełnia kryteria patologicznego narcyzmu, a nie zespołu Aspergera. Omówienie z rodzicami diagnozy oraz ich nieświadomego udziału we wzmacnianiu objawów pomogło sformułować plan terapii oparty na stopniowym wdrażaniu adekwatnych do wieku i możliwości pacjentki wymagań.

Podobnie jak w przypadku wszelkich innych rozpoznań (z wyjątkiem tych ze spektrum autyzmu) pacjenci z diagnozą patologicznego narcyzmu nie trafiają do grup jednorodnych ze względu na charakter objawów i strukturę osobowości. Grupy te cechuje homogeniczność pod względem poziomu dojrzałości, wieku, siły ego, potencjału intelektualnego, a także heterogeniczność pod względem płci, natury trudności i sposobów radzenia sobie (Sugar, 1986; Gabbard, 2009). Maksymalna różnica wieku pomiędzy osobami w grupie powinna wynosić trzy lata, aby czynnikiem zbliżającym uczestników były aktualne zadania rozwojowe.

Szczególną uwagę na etapie kwalifikacji do grupy terapeutycznej powinny zwracać obecne w wywiadzie zachowania antyspołeczne. Z uwagi na bezradność psychoterapii wobec właściwego antyspołecznego zaburzenia osobowości konieczne jest rozeznanie, kiedy wynikają one z deficytu superego, a kiedy stanowią obronę przed depresją. Poniższe dwa opisy pacjentów prezentujących zachowania antyspołeczne stanowią dowód na konieczność przeprowadzania dogłębnej diagnozy w toku wydłużonego procesu kwalifikacyjnego.

Sebastian I. Pacjent zgłosił się na terapię grupową w ramach DOP w wieku 17 lat. Powodem zgłoszenia były zachowania agresywne w stosunku do rówieśników, udział w „ustawkach”. Pacjent był kibicem lokalnej drużyny piłkarskiej. Wychowywał się z babcią i dziadkiem, z rodzicami miał kontakt sporadyczny. Żył w urazie wobec matki, która, według przeżycia pacjenta, doprowadziła do rozpadu związku małżeńskiego, zdradzając ojca. Wypowiadał się o niej wulgarnie, wielokrotnie podkreślał, że nigdy nie wybaczy jej tego, że zostawiła go i założyła nową rodzinę. Ten wątek budził w terapeutach współczucie i chęć pomocy pacjentowi. Dodatkowo S. doświadczał uciążliwych objawów w postaci drętwienia kończyn, jak tłumaczył, w sytuacjach emocjonujących, często w obliczu złości, co sugerowało konfliktowy

stosunek do własnej popędowości. Deklarował chęć do zmiany, nie chciał już ulegać agresywnym odreażowaniom, miał do nich krytyczny stosunek. Na pierwszym spotkaniu zrobił wrażenie osoby zdeterminowanej do pracy nad sobą, zdolnej okazywać wdzięczność (wobec dziadka, który się nim opiekował, kiedy matka odeszła).

Od pierwszych dni leczenia stało się jasne, że S. będzie trudnym uczestnikiem grupy. Na pierwszej sesji zawiązał podgrupę, którą nazwał Wielką Piątką, orzekając, że jest to grupa, w której najważniejsze są solidarność i wzajemne wspieranie się. Wybrał do niej chłopców, którzy prezentowali się jako najsilniejsi, najbardziej pewni siebie. Wprowadził w grupie podział na lepszych i gorszych, czym poradził sobie z lękiem związanym z wejściem w nową społeczność. Z czasem okazało się, że solidarność i wzajemne wspieranie się są niczym innym jak przykrywką dla rozwijania w grupie antyspołecznych wartości oraz propagowania istnienia jej drugiego życia, w tajemnicy przed terapeutkami. W stosunku do nich pacjent był pozornie przymilny, odpowiadał na zadane pytania, był punktualny i systematyczny. Zależało mu na tym, żeby odbierano go jak osobę niewinną, współpracującą. Posługiwał się masywną projekcją agresji, przeżywając na przemian różne osoby jako chcące mu zaszkodzić; siebie natomiast jako jednoznacznie skrzywdzonego, uprawnionego do zemsty. Pozostawał zamknięty na jakiegokolwiek informacje zwrotne. Wyznawał zasadę: albo jesteś ze mną, albo przeciwko mnie.

W grupie budził strach. Większość podążała za jego przewodnictwem, aby uniknąć konfrontacji oraz realizować własne agresywne impulsy bez konfliktu wewnętrznego, w imię zasad, jakie proponował lider. Inni, wycofani, milczeli na temat jego zachowań, choć wiadomo było, że nie popierają proponowanych przez S. wartości. Terapeutki w przeciwprzeniesieniu doświadczały silnego paranoicznego lęku, któremu towarzyszyły fantazje o byciu obiektem agresywnego ataku po wyjściu z pracy.

Komentowanie agresywnego zachowania i jego funkcji powodowało nasilające się poczucie krzywdy pacjenta, wypowiedane nie wprost groźby, prowokowanie konfliktów, dewaluowanie kompetencji terapeutek. Okazało się także, że grupa w tajemnicy pod naciskiem S. utrzymywała fakt stosowania przemocy fizycznej wobec jednego z członków grupy (S. uczył kolegów z Wielkiej Piątki chwytów sztuk walki na koledze – koźle ofiarnym grupy); wprowadził również na oddział marihuanę. Terapeutki czuły, że to on sprawuje władzę w grupie.

Wezwanie dziadka – opiekuna prawnego pacjenta pogłębiło tylko uczucie braku nadziei zespołu terapeutycznego, jako że dziadek usilnie zaprzeczał psychopatologii wnuczka, wspierając jego antyspołeczne zachowania. Sam w przeszłości przebywał w więzieniu. Sebastian podziwiał jego siłę i umiejętności radzenia sobie w życiu.

Narzędzia, jakimi dysponowaliśmy, okazały się zbyt słabe wobec głębokich urazów narcystycznych, jakich doznał ten chłopak w życiu, oraz wobec antyspołecznego ideału ego, który posiadał, a który był również wartością dla jego dziadka, jednocześnie jedyne faktyczne wsparcie S. Cierpienie pacjenta z tytułu objawów było słabsze niż jego poczucie krzywdy w relacji do terapeutek pokazujących mu jego zniekształcony obraz rzeczywistości. Ostatecznie zespół podjął decyzję o usunięciu go z grupy, jako że analiza jego struktury osobowości nie pozwalała dostrzec

przejawów depresyjności leżącej u podłoża antyspołecznych zachowań. Zaproponowano mu psychoterapię indywidualną, jednak pacjent po krótkim udziale zrezygnował z niej – powodem był silny uraz narcystyczny spowodowany „znieważeniem” w postaci odsunięcia go od grupy.

Sebastian II. Pacjent zgłosił się do kontaktu indywidualnego w wieku 17 lat, z powodu agresywnych zachowań wobec rodziców, odcięcia od kontaktów rówieśniczych, obniżenia nastroju i wagarowania, z powodu którego powtarzał pierwszą klasę liceum ogólnokształcącego. W trakcie spotkań diagnostycznych prezentował się jako silnie kontrolujący, nadwrażliwy na krytykę i nadmiernie jej wyczekujący, podejrzliwy; był silnie napięty i odpowiadał na pytania zdawkowo, pomimo że do kontaktu zgłosił się z własnej inicjatywy. Bez poczucia wstydu i nieadekwatności swojego zachowania, w obecności terapeutki, groził ojcu i matce przemocą, jeśli źle się o nim wypowiedzą lub obnażą jego słabości, za które uważał lęk społeczny i kompleksy dotyczące własnego wyglądu. Pacjent był masywnej budowy, poruszał się niezgrabnie i zamasyście, co budziło lęk pomieszany z niechęcią. Sprawiał wrażenie osoby skłonnej do impulsywnych odreagowań w reakcji na niewielki bodziec, do tego wysokość jego potencjału intelektualnego budziła wątpliwości.

S. z początku funkcjonował jako osoba wycofana, nie komentował spraw innych ani nie poruszał własnych; w trakcie przerw pozostawał wycofany, spędzał je samotnie. Grupa zauważała jego zmieniający się wygląd – zaczął golić głowę, podwinął nogawki spodni, założył glany z kolorowymi sznurówkami i czarną kurtkę. W połączeniu ze swoją masywną sylwetką budził jednoznacznie nieprzyjemne skojarzenia. W ten nieświadomy sposób adaptował się do nowej sytuacji i odstraszal rówieśników, obawiając się z ich strony wyśmiania i upokorzenia, czego dawniej, w okresie gimnazjalnym, doznawał w klasie. Wszedł, podobnie jak pierwszy S. w grupę, na którą projektował agresywne impulsy, przeżywał ją jako zagrażającą, a siebie jako zmuszonego bronić się, by przetrwać. Kiedy poczuł się bezpieczniej, tzn. przekonał się, że nie jest w grupie obiektem drwin, stopniowo zaczął ujawniać swoją agresywną część, najpierw w postaci ironii, potem coraz ostrzejszych i bardziej raniących wobec kolegów żartów, aż do jawnego obśmiewania i wytykania słabości, dewaluacji postępow innych, upokarzania ich. Wielokrotnie kłamał, oszukiwał i wprowadzał terapeutów w błąd w związku z powodami nieobecności na sesjach, symulował urazy, wypadki i choroby. Manipulował matką, która się go bała, zmuszał ją, aby usprawiedliwiała jego nieobecności, co też robiła. Jednocześnie nie dawał dostępu do żadnych informacji na swój temat. Z nieświadomym lękiem przed byciem skrzywdzonym przez grupę poradził sobie sam, wchodząc w rolę agresora. Rozmowa z nim przypominała przesłuchanie. Pacjent stosował wszelkie wybiegi, aby nie można było niczego się o nim dowiedzieć. Sprawiał wrażenie, jakby wszystko, co powie, mogło być wykorzystane przeciwko niemu.

Obserwując, podobnie jak w pierwszym opisanym przypadku, brak zmiany w reakcji na komentarze terapeutyczne oraz długotrwałe przeniesienie paranoidalne, postawiono S. warunki dotyczące dalszego udziału w terapii grupowej, zaostrożono kontrakt w stosunku do niego, ryzykując jego odejściem z terapii. Przeprowadzo-

no także stanowczą rozmowę z rodzicami pacjenta, w której omówiono jego psychopatologię i wyjaśniono znaczenie ich zachowań dla umacniania problematyki syna. Obydwa te posunięcia przyniosły dobre efekty. Pacjent, już wówczas – jak się okazało – związany z grupą, postanowił zabiegać o możliwość pozostania w niej – oczywiście potajemnie, nie mówiąc o tym nikomu. Matka, przy pomocy ojca, przestała wspierać antyspołeczne zachowania syna i pozostawała w stałym kontakcie z terapeutami.

Zmiana, której dokonał S., przeszła oczekiwania zespołu terapeutycznego. Z czasem pacjent porzucił przynależność do grupy nacjonalistów, obśmiewając ich hipokryzję i sprzeczności w przekonaniach. Zapuścił nieco włosy, zaczął dbać o wygląd, przeszedł na dietę, rozpoczął treningi na rowerze i uregulował wagę. Nawiązał relacje rówieśnicze. Wrócił do szkoły i nauki z klasą po semestrze nauczania indywidualnego. Wybrał klasę wojskową, co można rozumieć jako sublimację popędu agresji oraz zdrowsze rozwiązanie pragnień posiadania silnego obiektu ojcowskiego niż przynależność do grupy skinheadów. Cieszył się na spotkania z grupą, w trakcie przerw pozostawał z nią w żywym kontakcie. Zaczął przyznawać się do przeżywania lęku społecznego. Przyjmował komentarze grupy o tym, że „zgrzywa twardziela, a w środku jest miękki jak kurczaczek” i śmiał się z uczestnikami grupy wspominając, jak bojowo był nastawiony na początku.

Obie historie terapii zaczęły się podobnie, jednak poziom głębokości zaburzeń okazał się inny, choć obaj pacjenci prezentowali obronnie agresywny wobec lęku stosunek do otoczenia oraz nasilone cechy narcystyczne. W drugim przypadku jednak o powodzeniu terapii zdecydowało kilka czynników. Po pierwsze siła grupy – drugi opisywany przez nas pacjent dołączył do grupy działającej, otwartej, w której wartości grupowe i proterapeutyczne zostały już ukonstytuowane i były podzielane przez większość. Młodzież ani na moment nie podążyła za jego propozycją agresywnego, dewaluującego stosunku do innych; początkowo byli cierpliwi wobec jego niedostosowania i rozumieli je jako wyraz lęku przed pokazaniem słabych stron, później jednak zakomunikowali mu otwarcie, że jeśli nie zacznie powstrzymywać swoich agresywnych komentarzy, opowiedzą się za usunięciem go z grupy. Po drugie ważne okazało się wsparcie środowiska domowego – możliwość nawiązania przymierza terapeutycznego z opiekunami oraz jego brak w pierwszym przypadku, co miało kluczowe znaczenie dla dalszego przebiegu procesu.

Gdyby uwzględnić jedynie przekaz werbalny, deklarowane wartości i przekonania, pierwszy pacjent prezentował się przy kwalifikacji bardziej obiecująco. Sytuacja ta pokazuje, jak bardzo zwodnicze może być opieranie się jedynie na sferze słownej w trakcie diagnozy wstępnej oraz jak trudno uzyskać wystarczająco szeroki obraz psychopatologii pacjenta w trakcie pierwszego kontaktu.

Setting

W literaturze dotyczącej psychoterapii psychodynamicznej młodzieży rekomenduje się łączenie różnych form terapii (Sugar, 1986; rekomendacja Amerykańskiego Towar-

rzystwa Psychiatrycznego). Dylematy i kontrowersje dotyczą łączenia psychoterapii indywidualnej i grupowej.

W przypadku starszych (powyżej 16. roku życia) adolescentów z patologicznym narcyzmem, u których rozwojowo wzrasta umiejętność symbolizacji, a jednocześnie relacja z obiektem budowana jest w oparciu o rozszczepienie, próba łączenia obydwu form skutkuje zazwyczaj obronnym używaniem jednej z nich. Psychoterapeuta indywidualny z reguły staje się obiektem idealizacji, psychoterapeuci grupowi przeciwnie – poddani są dewaluacji; lub odwrotnie. W obydwu przypadkach trudno jednak o budowanie całościowego obrazu pacjenta. Nawet częste superwizje i ścisła współpraca całego zespołu leczącego okazują się niewystarczające, z uwagi na silne identyfikacje terapeutów z poszczególnymi częściami pacjenta, co utrudnia realizację głównego zadania terapeutycznego, jakim jest integracja różnych aspektów jego osobowości. Jeśli z kolei psychoterapię grupową i indywidualną prowadzi ten sam terapeuta, naraża się na pomieszanie procesów przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowych pochodzących z obydwu procesów. Pacjent z patologicznym narcyzmem może reagować urazem na konieczność podzielenia się „swoim” terapeutą z grupą, kontrolować terapeuta, aby nie ujawniał przed grupą niepożądanych treści z sesji indywidualnych, wciągać go w nieświadomą koalicję, dzięki której terapeuta będzie wobec niego mniej konfrontacyjny, a bardziej wspierający lub też kontynuować na sesjach grupowych wątki z indywidualnych spotkań, powodując tym samym wyłączenie innych niż terapeuta słuchaczy.

Podobne trudności występują w przypadku młodszych adolescentów (do 16. roku życia), jednak tym razem łączenie formy grupowej i indywidualnej niesie za sobą również pewne korzyści. W okresie tym dominuje bowiem tendencja do rozładowywania wewnętrznego napięcia poprzez acting out (Blos, 1967). Nagromadzenie emocjonalnych treści po intensywnych sesjach terapii grupowej pięć razy w tygodniu powoduje silną potrzebę odreagowania, czego buforem staje się psychoterapia indywidualna (ze spotkaniami raz w tygodniu). Psychoterapeuta indywidualny pełni rolę ego obserwującego i niesie pomoc w opracowaniu treści emocjonalnych wyniesionych ze spotkań grupowych, czym przyczynia się do zminimalizowania ryzyka acting outu i drop outu. Z reguły u pacjenta z patologicznym narcyzmem opracowuje dominujące w relacji z grupą poczucie krzywdy, które doprowadza do nasilenia obron narcystycznych. Interwencje mają także na celu osłabienie surowego superego pacjenta, które z obawy przed krytyką często doprowadza do unikowego stylu funkcjonowania (np. tzw. fobie szkolne). Obserwacje wyniesione z sesji grupowych to materiał do konfrontowania pacjenta.

Rola terapeutów w młodzieżowej grupie terapeutycznej

Bycie psychoterapeutą grupy młodzieżowej wymaga specyficznego, twardo-miękkiego podejścia (Anastasopoloulos, 2008). Z jednej strony adolescenta, zwłaszcza dotkniętego patologicznym narcyzmem, cechuje kruchość ego; z drugiej strony, zgodnie z koncepcją Otto Kernberga (Kernberg, 1993), podstawowym narzędziem zmiany struktury

osobowości jest konfrontacja. Dlatego też rola terapeuty grupy młodzieżowej to ciągle oscylowanie pomiędzy podejściem empatycznym i konfrontacyjnym. Obydwie te postawy przeplatają się na sesjach i znajdują odzwierciedlenie w określonych strategiach terapeutycznych. Postawa nastawiona na rozumienie pacjenta zakłada empatyzowanie z jego cierpieniem, aktywizowanie go i udzielanie pomocy w przełamywaniu oporu, elastyczne podejście do kontraktu, przyjmowanie zainteresowanej postawy (zadawanie pytań, wracanie do kwestii poruszonych na ostatniej sesji itd.), a także zabezpieczenie pacjenta przed rolą „kozła ofiarnego” przez monitorowanie agresywnych odreagowań grupy wobec niego.

17-letni pacjent został porzucony przez swoją dziewczynę. Po krótkiej reakcji depresyjnej nastąpił okres jej dewaluacji, obmyślania planu zemsty, planowania przygodnych relacji nastawionych na przedmiotowe traktowanie partnerek. Pacjent podkreślał własną atrakcyjność, dzięki której „nie może opędzić się od dziewczyn”. Pełen zachwyty nad sobą relacjonował grupie znajomość tajników sztuki uwodzenia. Przechwalanie się pacjenta budziło w grupie dystans, śmiech i zażenowanie, koledzy z grupy ukradkiem robili sobie z niego żarty.

Terapeutka: Rozumiem, Filip, że jesteś zdruzgotany tym, że Paulina z tobą zerwała. Wydaje się, że po tym wydarzeniu nie myślisz już o sobie dobrze, czujesz się nieudacznikiem. To nie jest dla ciebie łatwy do wytrzymania stan, dla nikogo by nie był. Żeby pozbyć się tego uczucia bycia bezwartościowym, planujesz zemstę i przygodne związki. Chcesz teraz traktować dziewczyny tak, jak sam czuleś się potraktowany.

[...]

Do pozostałych was mam prośbę, żebyście powiedzieli Filipowi, dlaczego się śmiejecie. Wydaje się, że on nie widzi niczego zabawnego w swoim zachowaniu i zamiast waszego śmiechu, potrzebuje informacji wprost.

Postawa „twarda” opiera się z kolei na stosowaniu konfrontacji i interpretacji oraz stawianiu pacjentom warunków w przypadku, gdy terapia używana jest obronnie, a w życiu pacjent unika podejmowania zmian (np. powrót do szkoły, znalezienie pracy, ograniczenie ilości czasu spędzanego przy komputerze), a także wnoszeniu przemilczanych tematów, obnażaniu słabości (np. poprzez posłużenie się techniką życiorysu), przestrzeganiu kontraktu, „rozmontowywaniu” wielkościowego self.

Posługująca się rozszczepieniem 16-letnia pacjentka mówiła o przemocy fizycznej, której doświadczyła ze strony ojca. Przeżywała siebie jako jednoznacznie pokrzywdzoną. Nie dostrzegała swojego sprawstwa, była nieświadoma prowokacji, które wobec ojca stosowała. Spotkania terapeutów z rodzicem pozwoliły zyskać bardziej całościowy obraz sytuacji i zrozumieć mechanizmy rządzące w ich relacji. Wniesienie informacji podanych przez ojca na sesję grupową spowodowało silne wzburzenie dziewczyny, jej poczucie krzywdy i bycia zdradzoną. Z czasem jednak możliwe stało się zintegrowanie pacjentki poprzez pokazanie jej wkładu w tę sadomasochistyczną relację.

Korzyści z psychoterapii narcystycznego pacjenta młodzieżowego

Z naszych doświadczeń wynika, że wycofanie z kontaktów z rówieśnikami, w tym tak zwane fobie szkolne, u podłoża których leży nierzadko cienkoskórny patologiczny narcyzm, to obecnie częsty wśród młodzieży zgłaszającej się na terapię problem. Grupa terapeutyczna stanowi wówczas jedyne źródło doświadczeń społecznych.

Nastoletni pacjent z patologicznym narcyzmem, jeśli tylko jest gotowy do wglądowej pracy (ma wystarczające poczucie cierpienia z tytułu objawów, poziom lęku przed grupą, który go nie paraliżuje, oraz wystarczający poziom funkcjonowania poznawczego do korzystania z interpretacji) może odnieść znaczące korzyści z psychoterapii grupowej. Przede wszystkim może przełamać lęk w relacjach rówieśniczych oraz zmienić obraz siebie, w którym dominuje bycie dziwnym, innym, nierozumianym. Udział w grupie terapeutycznej wpływa na poprawę jego stanu w zakresie werbalizacji stanów wewnętrznych, rozwijającej się w miejsce zachowań typu acting out. Przyczynia się do ustabilizowania poczucia własnej wartości, na co składa się szereg drobniejszych osiągnięć, to jest zwiększenie tolerancji na przyjmowanie informacji zwrotnych na swój temat, zmniejszenie lęku przed porażką, uznanie własnych ograniczeń i słabości itp.

Pacjenci poddani takim długotrwałym oddziaływaniom zyskują zdolność do uznania zależności od innych oraz angażowania się w długotrwałe aktywności, relacje i cele rozwojowe. Potrafią coraz lepiej znosić i rozpoznawać takie wewnętrzne stany jak smutek, poczucie winy, zazdrość. W miejsce rywalizacji pojawiają się wdzięczność, wzajemność i zdolność do romantycznego zakochiwania się. Sami nastolatki wielokrotnie podkreślają, że wartość dla nich stanowi także zyskanie wiedzy o funkcjonowaniu człowieka, która wypływa z obserwacji innych członków grupy oraz psychoedukacji, będącej elementem terapii nastolatków. Silne relacje w grupie sprzyjają także przeżywaniu fascynacji innymi. Przyczyniają się do uzyskania nowych wzorców do identyfikacji, co z kolei chroni przed rozwojem rozproszonej tożsamości.

19-letni pacjent, który spędzał ok. 14 godz. na dobę, grając w gry komputerowe, nie podejmował żadnej stałej aktywności życiowej – nie uczył się, nie pracował. Obserwowanie i słuchanie o życiu innych członków grupy doprowadziło go do konfrontacji z myślą, że nie ma niczego interesującego do zaoferowania drugiej osobie w kontakcie – nie wie, czym się interesuje, nie ma o czym rozmawiać, co z kolei jest powodem jego negatywnego obrazu siebie, dominującego poczucia wstydu i prowadzi do wycofania z wszelkich rówieśniczych relacji.

Podsumowanie

Priorytetem podczas przyjmowania do leczenia nastoletniego pacjenta jest ocena poziomu zaburzenia osobowości. W tym celu posługujemy się diagnozą struktury osobowości, która jest nadrzędna wobec diagnozy objawowej. Wobec nastoletnich pacjentów z patologicznym narcyzmem stosujemy psychoterapię indywidualną

oraz grupową. Leczenie w ramach psychoterapii indywidualnej przebiega w zgodzie z modelem terapii skoncentrowanej na przeniesieniu; wskazane są modyfikacje techniki w zależności od wieku, poziomu dojrzałości oraz zasobów środowiska rodzinnego. Psychoterapia grupowa umożliwia omawianie i przepracowanie zjawisk zachodzących w relacjach społecznych w sposób bardziej skuteczny, zapewnia również potrzebne dla rozwoju nastolatka odniesienie społeczne. Różnorodność problematyki narcystycznej, nakładająca się na dynamiczny proces rozwojowy, wymusza na terapię podejście oparte na elastyczności i wielokierunkowości (oddziaływania behawioralne, terapia rodzin itd.).

Literatura

- Anastasopoulou D. (2008). Setting i naruszenie granic w psychoterapii psychoanalitycznej adolescentów. W: K. Walewska (red.), *Psychoanaliza współcześnie. Dziecko w terapii*, s. 137–150. Warszawa: Wydawnictwo MediPage.
- Bleiberg E. (1994). Normal and pathological narcissism in adolescence. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 30–52.
- Blos P. (1967). The Second Individuation Process of Adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 162–186.
- Cohen P., Crawford, T., Johnson J.G., Kasen S. (2005). The Children in the Community Study of Developmental Course of Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19(5): 466–86.
- Gabbard G.O. (2009). *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Glita P. (2017). Pacjent młodzieżowy i jego terapeuta w kontekście rodzinnym – perspektywa psychodynamiczna. *Psychoterapia psychodynamiczna w Polsce*, 4, 92–109.
- Hawryłko-Zygmunt B., Jurkowski K., Łukasik M., Piotrkowska M., Sękowski M. (2016). Psychoterapia adolescentów w ramach Ambulatorium Leczenia Zaburzeń Osobowości. *Psychoterapia psychodynamiczna w Polsce*, 3, 112–127.
- Kernberg O. (1993). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. Yale University Press.
- Kernberg P. (2008). Narcystyczne zaburzenia osobowości w okresie dojrzewania. W: K. Walewska (red.), *Psychoanaliza współcześnie. Dziecko w terapii*, s. 104–17. Warszawa: Wydawnictwo MediPage.
- Kernberg O.F. (2013). Narcystyczne zaburzenie osobowości. W: J.F. Clarkin, P. Fonagy, G.O. Gabbard (red.), *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości. Podręcznik kliniczny*, s. 315–348. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Korolczuk A. (2010). Psychoterapia grupowa w Młodzieżowym Oddziale Psychiatrycznym. *Psychoterapia*, 2 (153), 55–68.
- Normandin L., Ensink K., Yeomans F. E., Kernberg O.F. (2014). Transference focused psychotherapy for personality disorders in adolescence. W: C. Sharp, J.L. Tackett (red.), *Handbook of borderline personality disorders in children and adolescents*, s. 333–360. London: Springer.
- Pawlik J. (2008). *Psychoterapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe*. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia.
- Sampogna G. (2017). Projekt wytycznych diagnostycznych dla zaburzeń psychicznych: raport dla członków WPA. *Psychiatria Polska*, 51 (3), 397–406.
- Schier K. (2000). *Terapia psychoanalityczna dzieci i młodzieży: przeniesienie*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Sugar M. (1986). *The adolescent in group and family therapy*. Chicago: The University of Chicago Press.

- WHO (2003). Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO directions. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf [Dostęp 20.02.2019].
- Yeomans F. (2011). Commentary on Elsa Ronningstam's 'Narcissistic Personality Disorder'. *Personality and Mental Health*, 5, 238–242.
- Yeomans F.E., Clarkin J.F., Kernberg O.F. (2015). *Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu w leczeniu zaburzeń osobowości borderline. Podręcznik kliniczny*. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej.

Ewelina Rejner-Cupiał
Piotr Halkiewicz
Ośrodek Terapii i Psychoedukacji KOMPAS w Będzinie
ewelina.rejner@o2.pl
phalkiewicz@gmail.com