

Daniel Melerowicz^{1,2}

**NARCYSTYCZNE ZABURZENIE OSOBOWOŚCI,
NARCYZM ZŁOŚLIWY, ANTYSPOŁECZNE
ZABURZENIE OSOBOWOŚCI – GRANICE
SKUTECZNOŚCI PSYCHOTERAPII PSYCHODYNAMICZNEJ**

**NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDER, MALIGNANT NARCISSISM,
AND ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER – THE LIMITS
OF THE EFFECTIVENESS OF PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY**

¹Laboratorium Psychoterapii „Struktura”

²Uniwersytet SWPS, Wydział Psychologii w Katowicach

**psychodynamic psychotherapy
malignant narcissism
antisocial personality**

Streszczenie

Celem artykułu jest omówienie wybranych koncepcji narcyzmu, ze szczególnym uwzględnieniem jego podtypów, cech patologii narcystycznej oraz możliwości i ograniczeń psychoterapii w pracy z tą grupą pacjentów. Szczególna uwaga została poświęcona różnicom między narcyzmem a organizacją osobowości borderline oraz złożoności złośliwego narcyzmu, który często stanowi granicę skuteczności oddziaływań terapeutycznych. W artykule zastosowano podejście jakościowe, łączące analizę teoretyczną z zakresu psychoterapii psychodynamicznej z opisem przypadku klinicznego, co pozwoliło na pogłębioną refleksję nad trudnościami diagnostycznymi i terapeutycznymi. Wyniki wskazują, że w pracy z osobami o strukturze narcystycznej i antyspołecznej celem nie jest pełna rekonstrukcja osobowości, lecz ograniczenie szkód i poprawa funkcjonowania, a interwencje wspierające mogą złagodzić destrukcyjne wzorce zachowań, choć nie prowadzą do trwałych zmian strukturalnych.

Summary

The aim of this paper is to discuss selected theoretical concepts of narcissism, with particular emphasis on its subtypes, the characteristics of narcissistic pathology, and the possibilities and limitations of psychotherapy when working with this group of patients. Special attention is given to the distinctions between narcissism and borderline personality organization, as well as the complexity of malignant narcissism, which often marks the boundary of therapeutic effectiveness. The article employs a qualitative approach, combining theoretical analysis from the field of psychodynamic psychotherapy with a clinical case study, allowing for an in-depth reflection on diagnostic and therapeutic challenges. The findings indicate that, in work with individuals exhibiting narcissistic and antisocial personality structures, the primary therapeutic goal is not full personality reconstruction, but rather harm reduction and improvement of daily functioning.

Supportive interventions may help mitigate destructive behavioral patterns, although they do not lead to deep structural change.

Narcyzm jest zjawiskiem wielowymiarowym, które od dekad stanowi przedmiot zainteresowania psychoanalityków, psychoterapeutów oraz klinicystów pokrewnych dziedzin. W literaturze naukowej funkcjonują jego różne definicje i interpretacje, od tradycyjnej psychoanalitycznej koncepcji jako libidinalnego obsadzenia Ja, po współczesne rozumienie jako mechanizmu regulacji poczucia własnej wartości. W ujęciu klinicznym narcyzm mieści się na kontinuum pomiędzy normalnym procesem psychologicznym a patologią, obejmując różne poziomy nasilenia i manifestacji.

Otto Kernberg opracował szczegółową klasyfikację narcyzmu, wskazując na jego kluczowe aspekty, takie jak regulacja poczucia własnej wartości, wewnętrzne reprezentacje obiektów, rola superego oraz mechanizmy obronne. Dokonał także podziału narcyzmu na normalny dziecięcy, normalny dorosły oraz patologiczny, w tym najbardziej złożoną formę – złośliwy narcyzm. Jego prace, oparte na dogłębnym rozumieniu patologii osobowości, rzucają światło na mechanizmy funkcjonowania pacjentów narcystycznych oraz wyzwania terapeutyczne, jakie stawiają oni przed klinicystami.

Celem niniejszego artykułu jest omówienie wybranych koncepcji dotyczących narcyzmu, w tym jego podziału, kluczowych cech patologii narcystycznej oraz możliwych podejść terapeutycznych. Szczególną uwagę poświęcono różnicom między narcyzmem a organizacją osobowości borderline oraz specyfice złośliwego narcyzmu, który ze względu na swoje złożone mechanizmy stanowi granicę możliwości oddziaływać psychoterapeutycznych. Praca ta ma również na celu podkreślenie znaczenia diagnozy różnicowej oraz potencjalnego ryzyka związanego z pracą z pacjentami narcystycznymi.

Psychodynamiczne ujęcie narcyzmu – teoria

Narcyzm jako wymiar osobowości od dawna stanowi przedmiot intensywnych badań teoretycznych i klinicznych w ramach podejścia psychodynamicznego. W jego klasycznym ujęciu, wywodzącym się z tradycyjnej psychoanalizy, definiowany jest jako libidinalne obsadzenie Ja. Oznacza to, że energia popędowa koncentruje się na Ja, zapewniając mu wewnętrzne wzmocnienie i integrację [1]. Współczesne koncepcje narcyzmu wykraczają poza te ramy, definiując go jako mechanizm regulacji poczucia własnej wartości i szacunku dla siebie, który może przybierać formy zarówno normalne, jak i patologiczne.

Regulacja poczucia własnej wartości, będąca kluczowym aspektem narcyzmu, jest zależna od złożonych interakcji między strukturami psychicznymi. Zgodnie z teorią Kernberga [2, 3], superego, poprzez swoje żądanie doskonałości oraz dziecięce zakazy, wywiera istotny wpływ na ego, co może prowadzić do obniżenia poczucia własnej wartości. W sytuacji, gdy reprezentacje obiektów zostają obsadzone libidinalnie, Ja zyskuje wsparcie poprzez pozytywne obrazy osób, które są darzone miłością i przez które jednostka czuje się kochana. Jednak konflikty związane z agresją mogą osłabić to obsadzenie, wpływając na reprezentację obiektu oraz na miłość do siebie, co skutkuje destabilizacją poczucia własnej wartości.

Kernberg [3] zaproponował rozróżnienie trzech typów narcyzmu: normalnego dziecięcego, normalnego dorosłego oraz patologicznego. Normalny dziecięcy narcyzm odgrywa

kluczową rolę w rozwoju osobowości, ponieważ jego fiksacja lub regresja do mechanizmów charakterystycznych dla tego etapu życia może prowadzić do patologii charakteru. Dziecięcy narcyzm obejmuje regulację poczucia własnej wartości poprzez gratyfikacje odpowiednie do wieku, w tym dziecięce „systemy wartości”, które często są związane z żądaniami lub zakazami [4]. Z kolei normalny dorosły narcyzm charakteryzuje się stabilną strukturą Ja, dobrze zintegrowanymi reprezentacjami obiektu, dojrzałym superego oraz zdolnością do zaspokajania potrzeb popędowych w kontekście trwałych relacji z obiektem. Na tym poziomie regulacja poczucia własnej wartości pozostaje zdrowa i stabilna.

W przypadku patologii narcystycznej Kernberg zwraca uwagę na możliwość fiksacji na poziomie dziecięcego narcyzmu lub regresji do tego etapu. Tego typu patologia często objawia się nadmierną zależnością od dziecięcych gratyfikacji, co utrudnia adaptację w dorosłości. Najcięższą formą patologii jest narcystyczne zaburzenie osobowości, które może przybierać różne nasilenie, od łagodnych trudności w relacjach interpersonalnych po głębokie zaburzenia tożsamości i funkcjonowania.

Tabela 1. Poziomy nasilenia narcystycznego zaburzenia osobowości

poziom 1	Pacjenci, którzy na zewnątrz prezentują się „neurotycznie”, na ogół funkcjonują sprawnie, jednak często doświadczają istotnych trudności w utrzymywaniu długotrwałych relacji intymnych oraz stabilnych, długofalowych interakcji zawodowych lub związanych z pracą.
poziom 2	Pełne spektrum typowych klinicznych manifestacji tego zespołu. W takich przypadkach zaburzenie osobowości wymaga podjęcia zdecydowanego leczenia.
poziom 3	Pacjenci funkcjonują na wyraźnym poziomie borderline. Oprócz charakterystycznych objawów narcystycznego zaburzenia osobowości, osoby te cechują się znacznym brakiem tolerancji na lęk, trudnościami w kontroli impulsów oraz istotnym ograniczeniem funkcji sublimacyjnych, czyli zdolności do podejmowania produktywnych lub twórczych działań wykraczających poza zaspokajanie podstawowych potrzeb. W praktyce klinicznej często obserwuje się u tych pacjentów długotrwałą lub poważną niezdolność do pracy zawodowej oraz trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu intymnych relacji miłosnych. Pewna grupa pacjentów na tym samym poziomie nasilenia nie wykazuje typowych cech borderline, jednak przejawia istotne zachowania antyspołeczne. Z perspektywy prognostycznej takie osoby klasyfikowane są w tej samej kategorii, co pacjenci funkcjonujący na poziomie borderline, ze względu na podobny stopień trudności w zakresie ich terapii i funkcjonowania społecznego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Kernberg [3]

Pacjenci z ostatniej grupy (poziom 3) mogą reagować na psychoterapię psychodynamiczną skoncentrowaną na przeniesieniu, ale z indywidualnych powodów może ona być przeciwwskazana – w takim przypadku bardziej adekwatne byłyby interwencje podtrzymujące.

Narcystyczne zaburzenie osobowości (NZO) charakteryzuje się szerokim wachlarzem patologicznych cech, które odnoszą się zarówno do struktury Ja, jak i relacji interpersonalnych, funkcjonowania superego oraz doświadczania stanów afektywnych. Kluczowe aspekty tego zaburzenia obejmują następujące obszary:

Patologia Ja – pacjenci z narcystycznym zaburzeniem osobowości wykazują nadmierny egocentryzm oraz silną zależność od podziwu ze strony innych. Ich myślenie o sobie często

jest zdominowane przez fantazje o sukcesie, wielkości i wyjątkowości. Równocześnie unikają oni konfrontacji z faktami, które mogłyby podważyć idealizowane wyobrażenia na temat siebie, ponieważ prowadzi to do destabilizacji ich poczucia własnej wartości. Napady niepewności związane z obrazem własnej osoby dodatkowo zakłócają ich przekonanie o swojej wyjątkowości i wielkości.

Patologia relacji – relacje interpersonalne pacjentów z NZO są naznaczone znaczną patologią. Często odczuwają oni zarówno świadomą, jak i nieświadomą zazdrość wobec innych osób, a ich interakcje z otoczeniem są zdominowane przez pragnienie wykorzystywania ich oraz poczucie uprzywilejowania. Często dewaluuja innych ludzi, wykazując jednocześnie niezdolność do autentycznej zależności od nich. Potrzeba podziwu, w połączeniu z płytkością emocjonalną, brakiem empatii i trudnością w zaangażowaniu się w relacje czy wspólne cele, znacząco ogranicza ich zdolność do budowania trwałych więzi.

Patologia superego – dysfunkcje w zakresie superego manifestują się u pacjentów z NZO w różnym stopniu nasilenia. Na łagodniejszym poziomie obserwuje się deficyty zdolności do przeżywania smutku i żałoby. Regulacja poczucia własnej wartości u takich osób jest bardziej związana z wahaniami nastroju niż z wewnętrznym, skoncentrowanym samokrytycyzmem. Superego pacjentów z NZO bywa często zdeterminowane kulturą „wstydu” zamiast „winy”, a ich system wartości charakteryzuje się dzieciennym i niestabilnym charakterem. W bardziej zaawansowanych przypadkach patologia superego przejawia się w przewlekłych zachowaniach antyspołecznych, braku odpowiedzialności oraz niezdolności do przeżywania poczucia winy za dewaluujące innych działania. Szczególnym zjawiskiem w tym kontekście jest zespół złośliwego narcyzmu, łączący cechy narcystyczne, zachowania antyspołeczne, egosyntoniczną agresję oraz tendencje paranoiczne.

Przewlekłe poczucie pustki i nudy – to jedna z najbardziej charakterystycznych cech pacjentów z NZO. Stan ten jest podstawowym elementem ich wewnętrznego doświadczenia Ja, prowadząc do silnego głodu bodźców. W efekcie pacjenci ci często poszukują sztucznego wywoływania reakcji afektywnych, co prowadzi do zwiększonego ryzyka nadużywania substancji psychoaktywnych i uzależnień [5].

Podstawowe trudności w terapii pacjenta narcystycznego

Terapia pacjentów z zaburzeniami narcystycznymi wiąże się z licznymi wyzwaniem, wynikającymi z ich charakterystycznych mechanizmów obronnych oraz specyficznych cech osobowości. Głównym problemem jest ich niezdolność do zaakceptowania zależności od terapeuty, którą postrzegają jako formę upokorzenia. W odpowiedzi na tę trudność często podejmują próbę prowadzenia autoanalizy, co utrudnia rozwój autentycznej relacji terapeutycznej. Charakterystyczną cechą pacjentów narcystycznych jest także ich rywalizacyjne nastawienie wobec terapeuty, któremu towarzyszy podejrzenie, że kieruje się on wyłącznie obojętnością lub interesownością. Nie są w stanie uwierzyć, że terapeuta może być spontanicznie zainteresowany ich osobą czy autentycznie zatroskany ich losem [6]. Taka dynamika sprzyja pojawieniu się obronnej idealizacji terapeuty, a jednocześnie zazdrości – zarówno świadomej, jak i nieświadomej – dotyczącej kreatywności, kompetencji czy zdolności terapeuty do budowania relacji. Pacjenci z NZO mają skłonność do tworzenia

układu, w którym w gabinecie może być „tylko jedna wielka osoba”. Dewaluują terapeutę, aby utrzymać swoje poczucie wyższości i znaczenia. Jednym z najbardziej destrukcyjnych elementów tej dynamiki są negatywne reakcje terapeutyczne i konflikty wywoływane przez zazdrość. W takich sytuacjach pacjent często czuje się gorszy, szczególnie wtedy, gdy musi przyznać, że terapeuta mu pomógł. Dodatkowym wyzwaniem są przewlekłe tendencje samobójcze, które w przypadku pacjentów narcystycznych mają charakter wyrachowany i zimno-sadystyczny, co odróżnia je od impulsywnych działań samobójczych typowych dla pacjentów z osobowością borderline [7].

Kluczowe znaczenie diagnozy różnicowej w rozpoznawaniu zaburzeń borderline oraz narcystycznego i antyspołecznego zaburzenia osobowości

Kernberg szczegółowo analizuje różnice między narcystyczną strukturą osobowości a organizacją osobowości borderline, wskazując na kluczowe odmienności w funkcjonowaniu psychicznym pacjentów doświadczających tych zaburzeń. Zgodnie z jego koncepcją, struktura narcystyczna cechuje się „zintegrowanym, choć wysoce patologicznym, wielkościowym Ja” [8]. W przypadku patologicznego narcyzmu fragmentaryczne i zubożone reprezentacje siebie są organizowane wokół wielkościowego *self*, które pełni funkcję mechanizmu obronnego. Dzięki temu pacjent unika rozproszenia tożsamości i osłabienia funkcji psychicznych, charakterystycznych dla osobowości borderline [8].

W jednym z artykułów poświęconych pracy z niemal nieuleczalnymi pacjentami narcystycznymi Kernberg [9] zwraca uwagę na szczególną trudność, jaką stanowi narcyzm złośliwy. Uznaje go za jedno z największych wyzwań psychoterapii, wyznaczające granice możliwości terapeutycznych. Podkreśla, że terapeuci narażeni są na istotne ryzyko w relacjach z pacjentami narcystycznymi, w tym na konflikty, potencjalne szkody osobiste, a także na niebezpieczeństwo wciągnięcia w sadomasochistyczne dynamiki relacyjne. Praca z takimi pacjentami wiąże się również z dyskomfortem wynikającym z konieczności konfrontacji z sadystycznymi wyobrażeniami, które mogą pojawić się podczas procesu terapeutycznego. Czynniki te stanowią poważne wyzwanie dla poczucia bezpieczeństwa terapeuty, które jest kluczowym warunkiem skutecznego prowadzenia terapii w tej grupie pacjentów. Nasilenie agresywno-paranoicznych zachowań często ogranicza możliwości psychoanalitycznych oddziaływań terapeutycznych. Paradoksalnie jednak te same zachowania, które potwierdzają poczucie mocy i wyjątkowości pacjentów, mogą być użyteczne w interpretacji przeniesienia. Na przykład zachowania samobójcze lub parasamobójcze bywają wyrazem triumfalnej agresji wobec rodziny, terapeuty czy świata, który nie spełnia ich oczekiwań.

Kernberg [9] podkreśla, że kluczowe w terapii jest rozróżnienie między zespołem złośliwego narcyzmu, który może być podatny na leczenie, a antyspołecznym zaburzeniem osobowości, które pozostaje poza zasięgiem współczesnych metod terapeutycznych. Zrozumienie tych różnic ma fundamentalne znaczenie dla skutecznego doboru strategii terapeutycznych i minimalizacji ryzyka niepowodzenia w terapii. Autor przedstawia złośliwy narcyzm jako formę patologiczną, która łączy cechy narcystycznego zaburzenia osobowości z zachowaniami antyspołecznymi, nasilonymi tendencjami paranoicznymi oraz

syntoniczną agresją ego, skierowaną zarówno na siebie, jak i na innych. Charakteryzuje tę grupę pacjentów jako wykazującą wyniosłość, skrajny egocentryzm oraz brak empatii i zainteresowania innymi, przy jednocześnie silnej potrzebie uzyskania podziwu i aprobaty. Zachowania te są dodatkowo wzmacniane przez skłonność do pogardy i wykorzystywania innych oraz intensywną, wszechobecną zazdrość. Osoby te często doświadczają chronicznego uczucia nudy, które ogranicza ich zdolność do czerpania trwałego zadowolenia z życia. Ich świat wewnętrzny jest ubogi w „dobre obiekty”, czyli reprezentacje wspierających i satysfakcjonujących relacji, co prowadzi do dominacji wyidealizowanych obrazów siebie. Kernberg [10] podkreśla, że niezdolność do przeżywania smutku, tęsknoty i depresji jest podstawową cechą ich osobowości. Silne przekonanie o własnej wielkości i doskonałości pozwala im unikać uznania, że są zależne od innych ludzi. Autor określa osoby cierpiące na narcystyczne zaburzenie osobowości mianem „sfiksowanych oralnie”, co odnosi się do ich żarłocznego i niezrównoważonego głodu zarówno zasobów psychicznych, jak i materialnych. Zauważa również strukturalne podobieństwa między patologicznym narcyzmem a organizacją osobowości borderline. Oba zaburzenia charakteryzują się zależnością od prymitywnych mechanizmów obronnych, takich jak rozszczepianie, zaprzeczanie, identyfikacja projekcyjna, wszechmoc oraz prymitywna idealizacja. Co więcej, zarówno pacjenci z cechami narcystycznymi, jak i borderline mają skłonność do inicjowania konfliktów, które często są podsycane intensywną agresją wyrażaną w komunikacji. Ich życie psychiczne jest pozbawione podtrzymujących relacji, a głównymi elementami ich wewnętrznej rzeczywistości pozostają wyidealizowane reprezentacje siebie. Ludzie w otoczeniu „narcyza” są przez niego traktowani instrumentalnie, wyłącznie jako środki do osiągnięcia własnych celów, a ci, którzy nie spełniają jego oczekiwań, postrzegani są jako zagrożenie. U podstaw funkcjonowania takich pacjentów leży obraz wściekłego, pustego Ja, przepełnionego gniewem i bezsilnością, które odzwierciedla ich głęboko zakorzeniony lęk przed światem, postrzegany jako pełen nienawiści i mściwości, podobnie jak oni sami [8].

Yeomans [11] szczegółowo analizuje różnice między narcyzmem złośliwym a antyspołecznym zaburzeniem osobowości, wskazując na kluczowe aspekty, które odróżniają te dwa zaburzenia. Podkreśla, że „socjopaci i psychopaci” (osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości) cechują się całkowitą obojętnością wobec innych, co oznacza, że nie wykazują żadnej potrzeby nawiązywania relacji. Z kolei osoba, u której rozpoznajemy narcyzm złośliwy, mimo destrukcyjnych cech swojej osobowości, ma pewną potrzebę nawiązywania połączeń z innymi, choć uważa, że dopóki nie „napompuje” swojego wielkościowego Ja, nie ma nic wartościowego do zaoferowania. Jednym z kluczowych elementów w zrozumieniu narcyzmu złośliwego jest konflikt, który występuje między pragnieniem kontaktu z innymi a agresywnymi impulsami wobec nich. Właśnie ten konflikt daje nadzieję na skuteczność terapii, gdyż wskazuje na obecność wewnętrznego napięcia, z którym pacjent zmaga się w relacjach interpersonalnych. W przypadku socjopatii brak jest podobnych konfliktów, a instrumentalne traktowanie innych służy wyłącznie zaspokajaniu własnych potrzeb i przyjemności, bez odczuwania jakiegokolwiek ambiwalencji.

W pracy z pacjentami narcystycznymi Yeomans zwraca uwagę na specyficzną dynamikę przeniesienia i przeciwprzeniesienia. Osoby z narcyzmem złośliwym często sprawiają wrażenie, jakby były całkowicie odizolowane od terapeuty, co tworzy doświadczenie braku przeniesienia. Tacy pacjenci funkcjonują w samotności, a ich izolacja emocjonalna

może wywoływać w terapii poczucie, że jest dla nich niewidzialny, co znacząco komplikuje proces terapeutyczny. Przeciwp przeniesienie stanowi w takich przypadkach istotne wyzwanie. Yeomans podkreśla, jak ważne jest rozróżnienie między uczuciami terapeuty wynikającymi z jego własnych doświadczeń a tymi, które są prowokowane przez pacjenta. Przytacza przykład pacjentki, która podczas sesji telefonicznej zarzuciła terapii, że jest „potworem” po tym, jak dźwięk otwieranego okna wywołał u niej lęk. Doświadczenie to wywołało w terapii głębokie poczucie winy i przeświadczenie, że faktycznie jest niewrażliwy na potrzeby innych. Przykład ten ilustruje, jak pacjenci z narcyzmem złośliwym potrafią przetransferować swoje wewnętrzne konflikty na terapeutę, wprowadzając go w stan intensywnej emocjonalnej reakcji.

Przykład kliniczny: trudności diagnostyczne – narcyzm złośliwy czy antyspołeczne zaburzenie osobowości

Kontekst zgłoszenia i pierwsze wrażenie: Pacjent, 40-letni mężczyzna, został skierowany do psychologa/psychoterapeuty przez ośrodek pomocy społecznej z powodu obniżonego nastroju spowodowanego trudną sytuacją materialną. W chwili zgłoszenia nie pracował od kilkunastu miesięcy, nie pozostawał w żadnym związku i mieszkał sam w lokalu, który otrzymał od miasta. Nigdy nie był żonaty, nie miał dzieci. Utrzymywał się ze wsparcia pomocy społecznej, rodziców oraz dorywczych prac, które jednak szybko porzucał lub był zwalniany z powodu wybuchów złości. Pozyskane środki wydawał głównie na doraźne potrzeby, takie jak odżywki do wzrostu mięśni czy solarium. Nie pił alkoholu, ale korzystał z innych środków psychoaktywnych, które trudno było jednoznacznie określić (tzw. dopalacze). Edukację ukończył na poziomie zawodowym. Jedyną długotrwałą aktywnością, jaką zajmował się od kilku lat, była kulturystyka – jednak na poziomie amatorskim. Pacjent często ćwiczył na siłowni i przyjmował odżywki białkowe, co spowodowało, że był niezwykle postawnym mężczyzną. Jego wygląd fizyczny zdecydowanie mógł wzbudzać strach.

Pacjent podjął cotygodniową terapię w placówce publicznej, deklarując chęć poprawy nastroju i sytuacji życiowej. Jako jej cele ustalono znalezienie stałego zatrudnienia oraz radzenie sobie z gniewem (nieuleganie impulsom agresywnym, powstrzymywanie się od natychmiastowych reakcji).

Podczas pierwszych spotkań mężczyzna wyróżniał się dominującą i głośną postawą, szybko przejmując inicjatywę w rozmowie i przedstawiając swoją sytuację w sposób dramatyczny, co wzbudzało niepokój i wrażenie rywalizacji w terapii. Skarżył się na obniżony nastrój, lęki, trudności finansowe i konflikty rodzinne. Jego relacje z innymi wydawały się bardzo powierzchowne, a osoby niespełniające jego oczekiwań były devaluowane. Kontakty z rodzicami ograniczały się do instrumentalnego korzystania z ich wsparcia. Dane biograficzne pacjenta wskazywały na liczne problemy z prawem (napaści, wyłudzenia), trudności w relacjach rodzinnych oraz brak trwałych związków. Pacjent cechował się brakiem wglądu w swoje działania, przypisując winę za swoją sytuację zewnętrznym czynnikom i innym osobom. Jego deklarowany smutek i lęk nie znajdowały odzwierciedlenia w zachowaniu – wydawał się pewny siebie, często pogodny i rozbawiony.

Na podstawie takich cech osobowości, jak poczucie wielkościowości, wyolbrzymianie zdolności i osiągnięć, arogancja, wyniosłość, brak empatii oraz poczucie posiadania prawa do wykorzystywania i nadużywania innych zdiagnozowano u pacjenta narcystyczne zaburzenie osobowości F60.81 [301.81]. Od początku istniało również podejrzenie osobowości antyspołecznej F60.2 [301.7], a to z powodu takich zachowań, jak niszczenie własności, naruszanie reguł społecznych, agresja wobec ludzi, kłamstwa i oszustwa, wywoływanie bójek, napaści na innych bez planowania tych działań, niespłacanie swoich długów oraz nieutrzymywanie stałej pracy.

Diagnoza psychodynamiczna: pacjent wykazywał rozproszenie tożsamości, co przejawiało się w niezintegrowanym obrazie Ja oraz osób znaczących. Jego relacje były spolaryzowane – mężczyzna postrzegał innych jako idealnych lub całkowicie złych, w zależności od tego, czy spełniali jego potrzeby. Jego obraz siebie był niespójny, a zachowanie chaotyczne, co prowadziło do trudności w pracy i tworzeniu dojrzałych relacji intymnych. Mechanizmy obronne pacjenta zostały oparte na rozszczepieniu, dewaluacji i regresji. Zachował zdolność testowania rzeczywistości, choć miał trudności w zrozumieniu zasad współżycia społecznego. Jego relacje z obiektami były nastawione wyłącznie na zaspokajanie własnych potrzeb, bez wzajemności, a funkcjonowanie moralne cechowały poważne deficyty – brak poczucia winy i wstydu. Wykazywał intensywną agresję wobec innych, obejmującą zarówno przemoc werbalną, jak i fizyczną. Dodatkowo pacjent miał trudności w łączeniu uczuć miłosnych z zachowaniami seksualnymi, co pogłębiało jego izolację emocjonalną.

Kwalifikacja: na podstawie klasyfikacji patologii osobowości według Ottona Kernberga uznano, że pacjent przejawiał niski poziom organizacji osobowości borderline z silnymi cechami narcystycznymi, a być może antyspołecznymi. Mężczyzna miał słabą zdolność mentalizacji, trudności w utrzymaniu szczerej relacji terapeutycznej i funkcjonował na niskim poziomie intelektualnym. Dominująca diada reprezentacji *self* i obiektu wyglądała następująco: silne, wszechmocne, okrutne *self* w relacji do słabego, wystraszonego obiektu. Diada ta zmieniała się podczas sesji wielokrotnie, kiedy to terapeuta był postrzegany jako silny i okrutny. Pacjentowi zaproponowano na początku trwania procesu psychodynamiczną psychoterapię ekspresywną, jednak po kilku miesiącach zmieniono ją na zorientowaną psychodynamicznie psychoterapię wspierającą (POST) o nieokreślonym czasie trwania. Częstotliwość sesji ustalono na jeden raz w tygodniu.

Historia terapii: w pierwszych miesiącach pracy z pacjentem sesje charakteryzowało duże napięcie i poczucie zmagania się. Pacjent był nadmiernie pobudzony, dominujący i sprawiał wrażenie gotowego do wybuchu. Zdawał się kontrolować przebieg sesji, co interpretowano jako przejaw onnipotentnej kontroli wynikającej z jego lęku przed krytyką. Często odwracał role w relacji terapeutycznej, prezentując się jako silnego i dominującego, a terapeutę przypisując rolę słabego i niepewnego.

Po kilku tygodniach klimat sesji uległ zmianie – pacjent wydawał się bardziej zrelaksowany, a relacja terapeutyczna stała się mniej napięta. Pojawiły się elementy idealizacji połączonej z dewaluacją terapeuty, co interpretowano jako wynik przeniesienia paranoiczno-narcystycznego. Pacjent zaczął mówić bardziej chaotycznie o swoim życiu, a jego narracje były skrajnie zniekształcone – idealizujące lub dewaluujące. Podczas kolejnych sesji projektował na terapeutę prymitywne emocje, takie jak zawiść i złość, co prowadziło

do identyfikacji terapeuty z tymi uczuciami. Terapeuta odczuwał silne emocje, takie jak litość, pogarda, a nawet znużenie, co utrudniało utrzymanie koncentracji i zaangażowania w terapię. Pacjent z kolei wydawał się zadowolony z sesji, traktując je jako przestrzeń do dominowania i narzucania własnych narracji. W wyniku superwizji terapeuta zdał sobie sprawę, że pacjent przejął kontrolę nad procesem terapeutycznym, wykorzystując strategię zastraszania i dewaluacji. Uświadomił sobie również konieczność uzyskania informacji z zewnętrznych źródeł, co zgodnie z koncepcją Kernberga może być kluczowe w pracy z pacjentami o takich cechach.

W trakcie 3.–6. miesiąca terapii pacjent nadal prezentował trudności we współpracy, które przybierały formę manipulacji (przekonywał terapeutę o chęci pracy nad sobą oraz sympatii w stosunku do niego, podczas gdy poza gabinetem mówił o stracie czasu i „robieniu terapeuty w balona”), dewaluacji (coraz częściej otwarcie naśmiewał się z komentarzy terapeuty, twierdząc, że są zupełnie nietrafione: „to, co pan mówi, jest do bani”, „co to za bełkot”) oraz otwartej i ukrytej agresji (pacjent opowiadał, jak urwał lustro samochodu lub rysował samochody osób, które uważał za wrogie, jednocześnie dodając, że wie, czym każdy „tutaj” jeździ). Zgodził się na konsultację terapeuty z innymi pracownikami instytucji, jednak informacje, które przekazywał, były niespójne i niezgodne z rzeczywistością. Próby skonfrontowania go z kłamstwami wywoływały silne reakcje obronne, w tym gwałtowną dewaluację osoby terapeuty. Podczas sesji pacjent często unikał refleksji, prezentował arogancką postawę i był otwarcie agresywny (bardzo mocne podnoszenie głosu aż do krzyku, wulgaryzmy). W rozmowach dominowała skrajna dewaluacja osób trzecich oraz brak zdolności do autokrytyki. Zauważono również zjawiska opisywane przez Biona [12] jako „syndrom arogancji”, obejmujące agresję, brak refleksji oraz ciekawość skupioną na słabościach innych, zamiast na introspekcji. W pewnym momencie pacjent oskarżył terapeutę o spisek mający na celu pozbawienie go środków finansowych, co wywołało u niego gwałtowną agresję słowną i groźby („wiem, czym pan jeździ”, „wiem, czym jeździsz”, „już nie żyjesz”, „zniszczyć cię”). Konflikt zakończył się przerwaniem współpracy z inicjatywy pacjenta, przy jednoczesnych skargach na terapeutę do kierownictwa instytucji. Terapeuta uznał w takiej sytuacji za bezzasadne dalsze prowadzenie terapii, jednak formalne wymogi ośrodka (instytucja publiczna) nakładały na niego obowiązek jej kontynuowania, jeśli pacjent się na to zdecyduje. Po jakimś czasie pacjent wrócił na sesję, prezentując skruchę i wyrażając wdzięczność, jednak jego przeprosiny wydawały się pozbawione autentycznego poczucia winy. Powrót wynikał z potrzeby uzyskania konkretnej korzyści, bez chęci analizy wcześniejszych zachowań. Ten wzorec powtarzał się kilkakrotnie, co wskazywało na trudności pacjenta w budowaniu trwałej i autentycznej relacji terapeutycznej.

W ostatniej fazie terapii (6.–8. miesiąc) narastały w terapeutę wątpliwości co do jej skuteczności. Pacjent wykazywał ograniczoną zdolność do refleksji. Jego silna pogarda wobec innych, a często również wobec terapii, znacząco utrudniała pracę analityczną. W związku z powyższym terapeuta zdecydował się na zastosowanie elementów psychodynamicznej psychoterapii wspierającej (POST). Po pierwsze sesje stały się bardziej ustrukturalizowane, a terapeuta bardziej dyrektywny – kierował rozmową, unikał analizy przeniesienia, wprowadził jasne zasady dotyczące współpracy (nie można krzyczeć). Wzmacniał ego pacjenta – ograniczał jego impulsywność poprzez wskazywanie, jakie konsekwencje mogą mieć konkretne zachowania, a jednocześnie podkreślał momenty,

kiedy zachowanie pacjenta pomagało w interakcjach. Prowadził psychoedukację i modelował społecznie akceptowane zachowania, ucząc redukowania napięcia (liczenie, techniki oddechowe, świadome odraczanie reakcji), analizował także z pacjentem proces poszukiwania pracy zawodowej.

W wyniku wprowadzenia jasnych zasad i braku analizy przeniesienia pacjent wykazywał największą poprawę – sesje były mniej chaotyczne, a bardziej skupione na konkretnym celu. Techniki oddechowe i świadome odraczanie reakcji przyniosły widoczną poprawę w kontroli impulsywności. Mężczyzna rzadziej reagował agresywnie i częściej starał się powstrzymać natychmiastowe wybuchy. Skupienie na analizie zachowań pacjenta w relacjach z innymi oraz ich konsekwencji spotkało się z większą otwartością z jego strony. Wydawał się chętny do nauki strategii społecznych, które mogły mu przynieść korzyści, choć nie doszło do głębszych zmian w strukturze jego osobowości. Pod koniec spotkań pacjent funkcjonował nieco lepiej, wywołując mniej konfliktów. W ósmym miesiącu terapii przyjął ofertę pracy jako ochroniarz. Wówczas zakończył terapię, informując terapeutę w sposób lakoniczny i deprecjonujący – „spieprzam z tego syfu”.

Diagnoza różnicowa: Narcyzm złośliwy a antyspołeczne zaburzenie osobowości

Narcyzm złośliwy i antyspołeczne zaburzenie osobowości wykazują wiele podobieństw, szczególnie w zakresie braku empatii, agresji i instrumentalnego traktowania innych (terapeuta podczas pracy jest narażony na ryzyko zarówno w obszarze psychologicznym, jak i realnym [9]), co powoduje, że ich rozróżnienie bywa bardzo trudne. Kluczowa różnica polega na istnieniu wewnętrznego konfliktu, który występuje wyłącznie u osób cierpiących na złośliwy narcyzm. Po tym, jak poczuć się lepiej (często kosztem innych), wykazują potrzebę nawiązania z nimi relacji. Z kolei osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości nie potrzebują bliskiego połączenia z innymi ludźmi, stanowią oni jedynie „narzędzie” do osiągnięcia określonych celów. Poza tym u takich pacjentów nie można rozpoznać oznak wewnętrznego konfliktu dotyczącego własnej wartości – nie potrzebują uznania, lecz dążą do dominacji i kontroli [11]. Właśnie brak jakiegokolwiek konfliktu nie daje nadziei na wewnętrzną zmianę w wyniku terapii w przypadku tych ostatnich.

Po zakończeniu pracy z opisanym w powyższym przykładzie pacjentem terapeuta zrewidował wcześniejszą diagnozę. Uznał, iż cierpi on na antyspołeczne zaburzenie osobowości na podstawie takich cech, jak patologiczne wielkościowe *self*, silnie przeniknięte agresją oraz stany arogancji, wyższości i pogardliwych uczuć względem terapeuty, ale przede wszystkim widoczny od samego początku brak konfliktu pomiędzy chęcią bliskiej relacji z kimkolwiek czy nawet potrzeby uznania ze strony innych.

Psychodynamiczna psychoterapia wspierająca (POST) wydawała się zdecydowanie bardziej zasadna niż psychoterapia oparta na przeniesieniu (TFP). Jednak w związku z faktem, że pacjent wykazywał wybitnie duże trudności w budowaniu relacji terapeutycznej, być może bardziej efektywna okazałaby się forma psychoedukacji w połączeniu z technikami poznawczo-behawioralnymi. Przy czym na uwagę należy mieć fakt, iż tego typu pacjenci mogą wykorzystywać „techniki psychologiczne” dla własnych korzyści.

Podsumowanie

Narcyzm, jako wielowymiarowe zjawisko psychologiczne, został gruntownie zbadany w ramach podejścia psychodynamicznego, które uwzględnia zarówno jego strukturalne, jak i funkcjonalne aspekty. Patologiczny narcyzm, szczególnie w swojej złośliwej odmianie, cechuje się głębokimi deficytami w zakresie funkcjonowania Ja, relacji z innymi oraz superego. Osoby z tym zaburzeniem wykazują intensywne mechanizmy obronne, takie jak rozszczepienie, dewaluacja i identyfikacja projekcyjna, które utrudniają nawiązywanie autentycznych relacji oraz skuteczne uczestnictwo w terapii. Ich wewnętrzny świat jest wypełniony wyidealizowanymi obrazami siebie, podczas gdy relacje z innymi pozostają instrumentalne i pozbawione wzajemności.

Praca terapeutyczna z pacjentami o złośliwej formie narcyzmu oraz z antyspołecznym zaburzeniem osobowości stawia przed terapeutami szczególnie wysokie wymagania. Te zaburzenia, zlokalizowane na granicy możliwości terapeutycznych, często wykazują ograniczoną podatność na psychoterapię. Pacjenci ci rzadko są zdolni do głębszej refleksji, a ich silna wrogość oraz tendencja do dewaluacji relacji terapeutycznej utrudniają proces terapeutyczny.

Opisywany w niniejszym artykule przypadek pacjenta ilustruje te trudności w sposób szczególnie wyrazisty. Mężczyzna, mimo zgłoszenia się na terapię, nie wykazywał zdolności do autentycznej refleksji nad własnym zachowaniem, a jego podejście do relacji terapeutycznej było głównie instrumentalne. W początkowej fazie pracy dominowały u niego mechanizmy obronne w postaci dewaluacji i agresji, które w znacznym stopniu komplikowały proces terapeutyczny. Tendencja do konfrontacji oraz potrzeba dominacji sprawiały, że klasyczne psychodynamiczne podejście analityczne okazywało się nieskuteczne.

Zastosowanie psychodynamicznej terapii wspierającej (POST) pozwoliło na ograniczenie destrukcyjnych zachowań i stworzenie minimalnej przestrzeni do pracy nad bardziej adaptacyjnymi strategiami funkcjonowania. Kluczowe interwencje obejmowały ustrukturalizowanie sesji i wprowadzenie jasnych zasad współpracy, co stopniowo ograniczało impulsywność pacjenta oraz jego skłonność do eskalacji napięcia w kontakcie z terapeutą. Szczególnie skuteczne okazały się techniki redukcji napięcia, takie jak kontrola oddechu i świadome odraczanie reakcji, które w niewielkim stopniu wpłynęły na poprawę regulacji emocji.

Pomimo wprowadzenia interwencji wspierających, pacjent nie wykazywał oznak głębszej zmiany w strukturze osobowości, a jego funkcjonowanie w relacji terapeutycznej było nadal silnie oparte na instrumentalnym traktowaniu terapeuty. Decyzja o zakończeniu terapii również wpisywała się w ten schemat – pacjent nie uznał jej wartości jako procesu refleksyjnego, lecz potraktował ją jako etap w swoim życiu, który przestał być użyteczny po uzyskaniu doraźnych korzyści.

Opisany przypadek potwierdza, że w pracy z osobami o strukturze antyspołecznej kluczowym celem nie jest rekonstrukcja osobowości, lecz ograniczenie szkód i poprawa ich codziennego funkcjonowania. Interwencje wspierające pozwalają na pewne złagodzenie destrukcyjnych wzorców zachowań, lecz nie prowadzą do głębokiej zmiany strukturalnej. W omówionym przypadku udało się w ograniczonym stopniu poprawić umiejętności

adaptacyjne pacjenta w kontekście społecznym i zawodowym, jednak jego podstawowe wzorce relacyjne oraz sposoby regulacji emocji pozostały niezmienione.

Przedstawiona historia pracy terapeutycznej skłania również do refleksji nad zasadnością kontynuowania terapii w instytucjach, gdy pacjent wielokrotnie przerywa proces, traktując go w sposób instrumentalny – zamiast wymuszać dalsze zaangażowanie terapeuty, warto rozważyć wprowadzenie instytucjonalnych granic, które uniemożliwiałyby pacjentowi powrót i ponowne wykorzystywanie terapii jako narzędzia do osiągania doraźnych korzyści, bez rzeczywistej gotowości do pracy nad sobą.

Piśmiennictwo

1. Freud S. *Dzieła wybrane* (t. 5). Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1997.
2. Kernberg OF. Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. *J Am Psychoanal Assoc.* 1970; 18: 51–85.
3. Kernberg OF. *Borderline conditions and pathological narcissism*. Lanham, Maryland: Rowman and Littlefield, Inc.; 1975.
4. Kernberg OF. Narcystyczne zaburzenia osobowości w okresie dojrzewania. W: Walewska K, red. *Psychoanaliza współcześnie. Dziecko w terapii*. Warszawa: Wydawnictwo MediPage; 2008, s. 104–117.
5. Kernberg OF. Narcystyczne zaburzenie osobowości. W: Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO, red. *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości. Podręcznik kliniczny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013: s. 315–348.
6. Kohut H. *The restoration of the self*. Madison: International Universities Press; 1977.
7. Kernberg OF. Narcissism, aggression, and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship: New developments in the psychopathology and psychotherapy of severe personality disorders. New Haven: Yale University Press; 2014.
8. Wood R. *A Study of Malignant Narcissism. Personal and Professional Insights*. London: Routledge; 2023.
9. Kernberg OF. The almost untreatable narcissistic patient. *J Am Psychoanal Assoc.* 2007; 55(2), 503–539.
10. Kernberg OF. The temptations of conventionality. *Int Rev Psychoanal.* 1989; 18, 191–204.
11. Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF. *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2006.
12. Bion WR. *Po namyśle*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2004.

Adres: daniel.melerowicz@gmail.com