

a

KAPITOLY MODERNEJ PSYCHIATRIE

MUDr. Andrea Marsalová

NARCIZMUS A NARCISTICKÁ PORUCHA OSOBNOSTI

recenzent: MUDr. Ľubica Forgáčová, PhD.

atestačná práca 2006



Vydané s podporou spoločnosti Lundbeck



MUDr. Andrea Marsalová
atestačná práca 2006

NARCIZMUS A NARCISTICKÁ PORUCHA OSOBNOSTI

recenzent: MUDr. Ľubica Forgáčová
predhovor: prof. MUDr. Ivan Žucha, Csc.

Vydané s podporou spoločnosti Lundbeck





PREDHOVOR

Kto sa stretne so slovom „narcizmus“, môže sa predovšetkým opýtať: PREČO vznikol mýtus o Narkisovi. Všeobecne sa vie alebo tuší, že mýty obsahujú základné ľudské problémy, také základné, že ich môžeme označiť ako pra-problémy, významné pre pochopenie ľudskej existencie všeobecne. Majú silný archetypový náboj. Sú silnými významovými žiaričmi. S osobami Promethea, Oidipa, Herakla sa vyrovnávame dodnes a čokoľvek si o nich pomyslíme, cítime čosi nedomyslené, neuhádnuté: sú trvalými pokušeniami myslenia.

Narkissos sa videl v zrkadle vodnej hladiny. Demonštroval nástroj, ktorý je pukušiteľský: zrkadlo. Možno si všimnúť, že zrkadlo je objekt s archetypovým pôsobením, je mimoriadne intenzívny významový žiarič. Všimnime si trvalú prítomnosť zrkadla vo svete rozprávok.

Ak chceme, môžeme sa opýtať: nie je akási podobnosť mýtu o rajskom jablku s mýtom o Narkisovi? Adam s Evou, keď zjedli jablko, sa spoznali. Narkissos sa spoznal, keď videl svoj obraz.

Narkissos narcizmus je analóg Adamovho a Evinho spoznania sa: je, ak chceme, antropogénny.

Valéryho, moderného človeka, fascinoval námet Narkissa: vďaka jeho silnej potrebe sebareflexie.

Ak je dnešná kultúra kultúrou (aj) extrémnej sebareflexie a potreby sebareflexie, rozvíja pra-námet gréckeho mýtu.

Všetko, čo sa v ľudskom svete používa, môže sa zneužívať. Ľudská duša, alebo ľudský mozog, ako chceme, dostali dar: narcizmus. Dar sa môže zneužiť: čo príroda formuje, môže deformovať.

Vznikajú „narcistické“ poruchy, deformity, zneužitia antropogénneho narcizmu.

Andrea Marsalová sa zamýšľa nad patológiou tohto pra-fenoménu.

Dnešná psychopatológia mieni byť explicitná: preto sa robia pokusy o zavedenie explicitných kritérií diagnostiky. Andrea Marsalová vymenúva tieto kritériá podľa diagnostických systémov, ktoré dnes uplatňujú svoj nárok na platnosť. Čitateľ si azda uvedomí, že explicitnú diagnostiku treba podoprieť klinickou osobnou skúsenosťou a klinickou intuíciou.

Psychopatológia od počiatku myslí, aj keď sa občas snaží zriekať sa svojej snahy, patogeneticky. Praotec náuky o narcizme ako o poruche, Freud, myslel náruživu patogeneticky, psychopatogeneticky, teda hľadal vysvetlenia. Stal sa vzorom. Jeho štýl práce sa stal takmer neprekonateľne príťažlivý aj pre jeho žiakov, nasledovníkov, napodobňovateľov, zlepšovateľov, epigónov, epigónov epigónov. Psychopatológ, ktorý cíti v sebe trochu ctižiadosti a tvorivosti, chce prispieť svojim, hoci malým, občas významným príspevkom.

Andrea Marsalová veľmi poučene a zrozumiteľne vedie čitateľa cez prales interpretácií, hypotéz, pokusov a návrhov. Ktovie, či Zakladateľ Freud by sa zo svojich pokračovateľov tešil alebo by im vyčítal herézu.

Čo je obsahom našej skúsenosti s ľuďmi, ktorých diagnostikujeme ako „narcistickú poruchu“ alebo inú formu deformity narcizmu, (pripomeňme si, že schizofrénia sa mohla

vykladať ako „narcistická neuróza“), interferuje aj s našou skúsenosťou s ľuďmi, ktorých sme označili inou diagnózou: napríklad s hysterickou poruchou, s histriónskou poruchou, so schizotypovou poruchou, s hraničnou poruchou. Interferencia je často taká výdatná, že naša rozlišovacia schopnosť zlyháva. Musíme mať na pamäti neostrú ohraničenosť významov slov, ktoré v psychopatológii a v psychopatogenetických úvahách používame. Andrea Marsalová ako naša sprievodkyňa obdivuhodne manifestuje snahu a obratnosť rozlišovať.

Podobná je jej obratnosť pri vysvetľovaní psychoterapeutických techník. Ako sa čitateľ presvedčí, terapeutická technológia je mimoriadne nejednotná.

Dnešná psychopatológia sa snaží rešpektovať mozog ako stroj, ktorý produkuje psychiku. Usiluje sa hľadať „mechanizmy“: fyziologické a patofyziologické operácie mozgu, ktoré majú podstatný vzťah k deformitám psychiky. Hoci toto úsilie je dosiaľ fragmentárne, a treba mať na zreteli riziko „mozgových mytológií“, poznatky sa hromadia. Hoci ide o dosiaľ neusporiadanú hromadu, je nádej, že sa budú systemizovať. Duša a mozog sa vo vedeckom poznaní k sebe približujú. Andrea Marsalová nezanedbala ani tento problém.

Psychopatológia sa nezaobíde bez kazuistík. Andrea Marsalová demonštruje prípady zo svojej klinickej praxe. Ukazuje jednotu faktu a interpretácie, „nahej“ skúsenosti a jej implicitnej „hlĺbky“, ktorú možno teoreticky zobraziť a zovšeobecniť.

Textu predpovedám peknú budúcnosť. Nezapadne v knižniciach, ale bude sa s ním pracovať.

prof. MUDr. Ivan Žucha, CSc.

OBSAH

PREDHOVOR (prof. MUDr. Ivan Žucha, Csc.).....	3
ÚVOD	7
1 NARCIZMUS, NARCISTICKÁ PORUCHA OSOBNOSTI	9
1.1 História a vymedzenie pojmu	9
1.2 Zdravý a patologický narcizmus	10
1.3 Psychodynamické teórie narcizmu	11
1.3.1 S. Freud	11
1.3.2 H. Kohut	13
1.3.3 O. Kernberg	16
1.3.4 Príspevky ďalších autorov (K. Horney, W.G. Joffe a J. Sandler, H. Argelander, M. Balint)	18
1.4 Typológie narcistických osobností	21
2 NARCISTICKÁ PORUCHA OSOBNOSTI	23
2.1 Neurotická štruktúra osobnosti versus porucha osobnosti	23
2.2 Epidemiológia	26
2.3 Etiológia a patogenéza	26
2.4 Všeobecné diagnostické kritériá MKCH-10 a DSM-IV pre špecifickú poruchu osobnosti	28
2.5 Diagnostické kritériá MKCH-10 pre narcistickú poruchu osobnosti	29
2.6 Vývoj diagnostických kritérií pre narcistickú poruchu osobnosti v DSM-III a DSM-IV	30
2.7 Klinický obraz, priebeh	33
2.8 Diferenciálna diagnostika a komorbidita	35
3 TERAPIA NARCISTICKEJ PORUCHY OSOBNOSTI	35
3.1 Psychoanalýza a dynamická psychoterapia	36
3.1.1 Všeobecné zásady a ciele terapie	36
3.1.2 Prenos a protiprenos	39
3.1.3 Odpor a obranné mechanizmy	41
3.1.4 Interpretácie, iné zásahy a náhľad	43
3.2 Skupinová psychoterapia	44

3.3 Kognitívne-behaviorálna terapia	45
3.4 Podporná psychoterapia	46
3.5 Iné psychoterapeutické metódy	47
3.6 Farmakoterapia	48
4 PSYCHIATRICKO-PSYCHOTERAPEUTICKÉ KAZUISTIKY	49
4.1 Psychiatricko-psychoterapeutická kazuistika I.	49
4.2 Psychiatricko-psychoterapeutická kazuistika II.	53
ZÁVER	59
POUŽITÁ LITERATÚRA	61

ÚVOD

Je viacero dôvodov, prečo som si za tému atestačnej práce zvolila narcizmus a narcistickú poruchu osobnosti:

Teória osobnosti, diagnostika i klasifikácia porúch osobnosti zostávajú dodnes čiastočne otvorené. Poruchy osobnosti patria k najviac diskutovaným a kontroverzným kapitolám psychiatrie.

Teória narcizmu a zákonitosti vývoja narcistického regulačného systému sú predpokladom pre pochopenie zdravej psychiky. Vysvetľujú vývoj zrelej osobnosti akceptujúcej vlastné limity.

Narcizmus sa týka každého človeka. Zdravý narcizmus je nevyhnutný k plnohodnotnému životu, vedie k tvorivým výkonom. Súčasná spoločnosť kladie nadmerný dôraz na úspech. Je otázkou prístupu, čo je normálne a čo prehnaná ctižiadostivosť, čo považovať za prejav zdravého, čo už patologického narcizmu.

Poruchy vo vývoji narcistického systému majú pre jedinca ďalekosiahle dôsledky, sú dôležité pri vzniku mnohých psychických porúch: niektorých depresí, suicidálneho správania, adaptačných porúch, psychosomatických symptómov, závislostí aj nebezpečného riskovania.

Patologický narcizmus, narcistické poruchy, zahŕňajú veľkú skupinu pacientov, často s odlišným klinickým obrazom, inou úrovňou fungovania aj prognózou. Narcistický pacient je častým pacientom navštevujúcim psychiatrov a najmä psychoterapeutov. Okolo pojmu narcizmus je stále veľa protirečení a diskusií. Faktom je, že je to porucha aj v dnešnej dobe často prehliadaná a nesprávne diagnostikovaná.

Dôvodom výberu tejto témy je v neposlednom rade aj môj záujem o danú problematiku a takisto určitá skúsenosť s pacientmi s narcistickou poruchou v rámci klinickej psychiatrickej i psychoterapeutickej praxe.

Ďakujem svojej školiteľke MUDr. Ľubici Forgáčovej, PhD. Z Psychiatrickej kliniky SZU v Bratislave za odborné vedenie a kritické pripomienky pri písaní mojej práce.

Ďakujem aj MUDr. Jozefovi Haštovi, primárovi Psychiatrického oddelenia v Trenčíne, za konzultácie a cenné rady pri písaní psychiatricko-psychoterapeutických kazuistik.

V neposlednom rade ďakujem prof. MUDr. Ivanovi Žuchovi, CSc., ktorého predhovor pozdvihol môj text do pre mňa nečakaných výšin.

1 NARCIZMUS, NARCISTICKÁ PORUCHA OSOBNOSTI

1.1 História a vymedzenie pojmu

Termíny narcizmus a narcistická porucha môžu byť vykladané rôzne, nie sú patentované (Schlegel, 2005). Dnes existuje konsenzus, že narcistická porucha súvisí s poruchou seba-vedomia.

V hovorovej reči rozumieme pod pojmom narcis samolúbeho muža. Pre narcizmus je dôležitá konfigurácia krása, chlad, pýcha, niekedy miesto krásy je zdrojom sebalásky moc (Tyl, 2005).

Názov je odvodený zo starogréckeho mýtu o krásnom mladíkovi Narkissovi. Graves (2004) vo svojej knihe gréckych mýtov podrobne popisuje príbeh o Narkissovi. Pochádzal z Thespií a bol synom modrej nymfy Leiriopy, ktorú znásilnil riečny boh Kefissos. Veštec Teiresias vyjaval Leiropu, že Narkissos sa dožije požehnanej staroby, ak nikdy nespozná sám seba. Narkissos bol krásny a hrdý, odmietol nespočet milencov oboch pohlaví. Zamilovala sa doň i nymfa Échó, ktorá mohla len opakovať výkriky druhých. Bol to trest za to, že zdržovala Héru a tým odvieďla jej pozornosť od Diových milieniek, horských nýmf.

Échó sa dostala do blízkosti Narkissa raz, keď zabľúdil počas lovu. Ponúkala sa mu, ten ju však odmietol so slovami, že radšej zomrie, akoby s ňou spal. Utrápiť sa láskou a zahanbením, zostal po nej len slabý hlas, ozvena blúdiaca po horách.

Narkissov najvytrvalejší nápadník bol Amenius. Narkissos mu poslal meč, aby sa zabil. Amenius tak spravil na jeho prahu, predtým prosil bohov, aby ho pomstili. Artemis prosbu vypočula, zariadila, aby sa Narkissos zamiloval do vlastného obrazu. Stalo sa tak, keď sa uvidel v studničke v Donakóne v Thespiách. Keď spoznal, že obraz patrí jemu, bol nešťastný. Utešovalo ho len to, že mu jeho dvojník bude verný. Vrazil si dýku do hrude. Z jeho krvi vyrástol biely kvet narcis s krvavočerveným stredom.

Termín **narcizmus** pochádza z klinického popisu perverzie a zvolil ho v roku 1899 Näcke na označenie takého správania, pri ktorom „individuum zaobchádza s vlastným telom podobne, ako sa inak zaobchádza s telom sexuálneho objektu, to znamená, že ho so zaľúbením pozoruje, hladí, láska, až týmito úkonmi dosiahne úplné ukojenie“ (Freud, 1971, s. 114). Termín narcizmus uviedol do psychologickéj literatúry Freud v roku 1911. Výraz narcizmus použil prvýkrát v práci Tri úvahy k sexuálnej teórii, kde odvodzuje homosexualitu z narcizmu.

Pojem narcistická porucha používal Freud (1969) prevažne v súvislosti s psychózami. Narcistické neurózy, demenciu praecox a melanchóliu vysvetľoval stiahnutím objektného libida na libido jáske, teda odvrátením libida od objektov (ako i súčasťou snahou o vyliečenie, teda úsilím libida dospieť znovu k objektom).

Freudova definícia narcizmu ako libidinózneho obsadenia sebareprezentácie sa postupne rozšírila. Pojem narcizmus sa v psychoanalytickej literatúre používa pre:

1. označenie rôznych stavov seba-vedomia, od narcistického povznášajúceho pocitu po hlbokú sebaneistotu,
2. pre určitú libidinóznú vývojovú úroveň,

3. ako charakteristika narcistického objektného vzťahu,
4. ako sexuálna perverzia (Henseler, 1984).

Praško a spolupracovníci (2003) uvádzajú, že všetci neskorší autori, ktorí sa zaoberali narcizmom, sa opierali o Freuda.

Podľa Henselera (1984) narcizmus zahŕňa stavy, v ktorých sa prejavujú poruchy postoja k sebe a poruchy regulácie pohody, sebaúcty a identity. Typické pre ľudí s narcistickou poruchou osobnosti je grandiozita, nadmerná potreba obdivu a chýbanie empatie.

Podľa Schlegela (2005) je pre narcizmus typická vzťahnosť k sebe. Narcis sa vždy vzťahuje k sebe a naopak, ak sa niekto vzťahuje k sebe, je narcistický.

Tyl (2005) uvažuje o narcizme v kontexte dejín a kultúry, napríklad Dona Juana považuje za reinkarnáciu Narkissa a predchodcu súdobého narcizmu. Zmieňuje aj diktátorov, od Caliguly po Hitlera a Stalina. Narcizmus je základným psychoanalytickým konceptom našej doby a kultúrnym fenoménom obrovského rozsahu.

1.2 Zdravý a patologický narcizmus

Nie je ľahké určiť bod, kedy zdravý narcizmus, dôležitý pre sebaúctu človeka, prechádza do patologického. Heretik a Uhrová (1998) uvádzajú výrok Pahla, podľa ktorého je pre zvládanie komplikovaných vonkajších a vnútorných situácií potrebné mať k dispozícii dostatočné množstvo spoľahlivého narcizmu a istého pozitívneho obrazu seba, t.j. istú mieru **zdravého narcizmu**. Narcizmus posudzujeme rozdielne v závislosti od etapy životného cyklu. Inak hodnotíme prejavy v puberte, inak v dospelosti, alebo v tzv. kríze stredného veku. Určité správanie môže byť v určitom veku patologicky narcistické, inokedy je prejavom zdravej sebaúcty (Gabbard, 1994). Žijeme v narcistickej kultúre so strachom zo starnutia, v honbe za hmotnými statkami, slávou, prestížou. Jedno z diagnostických kritérií narcistickej poruchy osobnosti, interpersonálne zneužívanie, je v našej spoločnosti bežné. Pracovná anamnéza môže byť zavádzajúca. Pre **patologický narcizmus** môže svedčiť povrchnosť v profesionálnej oblasti, kedy úspech a obdiv je dôležitejší ako skutočná fundovanosť a prínosnosť v danom odbore. Nie je však výnimkou ani to, keď nadmerne vysoké nároky na seba môžu pri adekvátnych schopnostiach viesť k významným činom (Gabbard, 1994).

Patologický narcizmus možno ľahšie identifikovať podľa kvality interpersonálnych vzťahov, podľa schopnosti milovať, byť empatický a ohľaduplný voči druhým, podľa schopnosti tolerovať zmeny v dlhotrvajúcich vzťahoch a uvedomiť si svoj podiel na interpersonálnych konfliktoch. Ľudia s narcistickou poruchou osobnosti pristupujú k ľuďom ako k objektom, ktoré môžu využiť na uspokojenie vlastných potrieb, bez ohľadu na ich pocity a potreby (Rohr, 2001). Často ukončujú vzťahy po krátkom čase, zvyčajne vtedy, keď začne mať partner požiadavky, ktoré nie sú v súlade s ich potrebami.

1.3 Psychodynamické teórie narcizmu

1.3.1 S. Freud

Najdôležitejšou Freudovou prácou na tému narcizmus je práca k uvedeniu narcizmu z r. 1914. Tému narcizmu sa Freud venoval i v dielach *Tri úvahy k sexuálnej teórii*, *O autobiograficky popísanom prípade paranoje*, *Totem a tabu*, *Prednášky k úvodu do psychoanalýzy*, *Životopis*.

Schlegel (2005) uvádza, že pojem narcizmus používal Freud vo viacerých významoch:

1. *sebaláska*,
2. *presvedčenie o vlastnej moci a význame*,
3. *obava o vlastnú somatickú vitalitu a integritu*,
4. *sebestačnosť a nezávislosť*,
5. *stav dieťaťa v maternici*,
6. *vzťah k ideálnemu obrazu seba samého*,
7. *zvláštnosť určitých objektných vzťahov*,
8. *intenzívnejšia potreba byť milovaný ako potreba milovať*

Schlegel (2005) podrobne vysvetľuje jednotlivé významy ako ich chápal Freud.

ad 1. Pod pojmom *sebaláska*, *autoerotizmus* uvádzal Freud telesné slasti malého dieťaťa. Medzi štádiom autoerotizmu a láskyplného vzťahu k matke vydělil štádium primárneho narcizmu.

Narcizmus ako perveziu pohlavne zrelého jedinca vysvetľuje fixáciou na včasné infantilné štádium sebalásky. Freud bol ovplyvnený sexuológom Näckem, ktorý ako sebalásku označoval eroticky-sexuálnu náklonnosť k vlastnej osobe v zmysle anomálie (Freud, 1969). Libido sa normálne upína k objektom, je výrazom snahy dosiahnuť na týchto objektoch určité ukojenie. Ak upustí od týchto objektov a dosadí namiesto nich vlastné Ja, hovorí Freud o narcizme. V norme ide o stav pôvodný, z ktorého sa počas vývoja jedinca vyvíja láska k objektom. Freud (1969) rozlišuje medzi narcizmom a egoizmom. Tvrdí, že narcizmus je libidinóznym doplnkom egoizmu. Keď sa povie egoizmus, ide o úžitok jedinca. Ak sa povie narcizmus, ide o jeho libidinózne ukojenie. Sú to pojmy do značnej miery oddelené. Človek môže byť egoistický a súčasne nadmerne narcistický, teda môže mať malú potrebu objektu. Homosexualitu Freud chápal ako fixáciu vo vývinovom štádiu medzi primárnym narcizmom a láskou k objektu druhého pohlavia.

ad 2. Presvedčenie, že malé dieťa prechádza štádiom, v ktorom si pripadá *mocné a vševedúce*, dával Freud do súvislosti s pozorovaniami prírodných národov, ktoré napr. verili, že môžu myšlienkami alebo rituálmi spôsobovať zmeny v prírode. Za narcistické zranenie považoval Freud všetko, čo spôsobuje stratu sebahodnotenia. Sebahodnotenie naopak pomáha zvyšovať všetko, čo človek vlastní, čo dosiahol, každá skúsenosť potvrdzujúca aspoň zvyšky infantilného pocitu všemocnosti. Freud videl zmysel konvenčných religióznych predstáv najmä v utešovaní ľudí neustále narcisticky zraňovaných. Náboženstvo sľubuje napr. život po smrti, čím kompenzuje najpálčivejší bod narcistického systému, potrebu ne-

smrteľnosti Ega. Za narcistické zranenia pre celé kultúrne ľudstvo považuje fakt, že človek je vysoko vyvinuté zviera, Zem nie je stredom vesmíru a Ego-vedomie jednotlivca je v neustálom boji s pudmi.

ad 3. K narcizmu Freud radí aj *zaujatie vlastným telom*, ktoré je zvýraznené u somatických pacientov, ale hlavne u hypochondrov. Uvádza, že takýto ľudia sťahujú svoje libido z objektov vonkajšieho sveta a koncentrujú ho na svoje telo. Choroba a smrť sú naopak v rozpore s narcizmom.

ad 4. Freud popisuje ženy, obzvlášť pekné ženy, ktoré venujú náklonnosť partnerovi, aby boli milované ako *sebestačné*. (Jeho kritici v tom vidia naopak závislosť od obdivu a pozornosti.)

ad 5. Freud označuje *stav dieťaťa v maternici* ako narcistický, je v stave blaženej izolácie, akoby sebestačné.

Freud (1969) uvádza niekoľko stavov, kedy je objektné libido stiahnuté späť do Ja: spánok, zamilovanosť, telesné ochorenia. Spánok je stav, kedy je objektné obsadenie likvidované. U spiaceho je znova vytvorené prapôvodný stavu rozdelenia libida, plný narcizmus, kedy libido a jásky záujem sú nerozlišiteľne spojené v plne sebestačnom Ja, v spánku sa dostávame do stavu sebestačnosti a bezobjektovosti.

Podľa Freudových kritikov, je nezmyselné označovať bezobjektový stav za narcizmus. Doporučujú napr. pre stav dieťaťa v maternici namiesto narcizmu označenie absolútna nevztiahnutosť k objektom.

ad 6. Narcizmus v zmysle sebalásky je v dospelosti presunutý na *narcistický Ego-ideál*. Ideál núti Ego k vytesneniu, alebo k sublimácii. Svedomie, Superego stráži Ego-ideál, je to stelesnenie rodičovskej, neskôr spoločenskej kritiky (Freud, 1989).

ad 7. Freud (1969) hovorí o voľbe partnera podľa infantilných vzorov, u ktorého sa cíti jedinec bezpečne ako kedysi u rodičov, ako o *voľbe objektu podľa oporného bodu* (dnes označovaný ako anaklitický typ voľby objektu). Freud upozorňuje na nápadné sexuálne preceňovanie, kedy zamilovaná osoba ustupuje do pozadia.

Naopak, pri narcistickom type voľby objektu je modelom voľby milujúci sám. Objekt je podobný, niekedy len v niektorých rysoch, napr. u homosexuálov je zhoda v pohlaví. Takisto postoj nežných, preceňujúcich rodičov voči svojim deťom je ovplyvnený narcisticky.

ad 8. Narcisticky sa správa ten, pre koho *byť milovaný* je cieľom pri voľbe objektu. Cit sebahodnoty má podľa Freuda tri zdroje: časť primárnu, *reziduum infantilného narcizmu*, druhá časť vyplýva z *naplnenia Ego-ideálu*, tretou časťou sú *uspokojivé vzťahy k ľuďom*.

Freud (1969) rozlišoval pudy jáske (sebazáchovné) a sexuálne, energiu s tým spojenú označil ako libido, rozlišoval asexuálne a sexuálne libido. Obe skupiny pudov sa môžu dostať navzájom do rozporu, vtedy sexuálne pudy formálne podľahnú a prejavujú sa regresívnymi okľukami. Neukojenie sebazáchovných pudov, hladu a smädu, nikdy nemá za následok ich zvrat do úzkosti, no premena neukojeného libida na úzkosť patrí k najčastejšie pozorovaným javom. Freud sa pokúsil vysvetliť narcizmus aj z hľadiska *psychológie pudov*. So zavedením narcizmu v zmysle sebalásky revidoval svoju teóriu pudov. Začal rozlišovať Ego-pudy od objektných pudov a Ego-libido od objektného libida. Pod pojmom libido chá-

pal energiu pudu lásky. Freud narazil na problém, keď zistil, že objektne vzťahy môžu byť vybudované aj z narcistických motívov.

Freudove úvahy o presunutelnosti libida z objektu na Ego tvoria základ jeho učenia o narcizme a tiež jeho psychoanalytickej teórie schizofrénnych psychóz, ktoré označoval ako *narcistické neurózy*. Autizmus, ako aj veľikášsky blud pri schizofrénii vysvetľoval presunutím libida z objektu na Ego (Freud, 1969).

S teóriou libida súvisí aj rozlišovanie primárneho a sekundárneho narcizmu. Pod **primárnym narcizmom** chápal jednak vývinové štádium medzi autoerotizmom a obrátením sa k vonkajším objektom, inokedy zas bezobjektové bytie dieťaťa v maternici, prvotný stav zaujatia dieťaťa sebou samým na začiatku života. **Sekundárny narcizmus**, Ego-ideál, považoval za súčasť aspirácie jedinca v neskoršom období života. Megalomanický a perzekučný blud pri schizofrénii, alebo hypochondriu považoval za sekundárny narcizmus.

1.3.2 H. Kohut

Za posledných 30 rokov sa najviac kontroverzných postojov výkladu narcizmu ohraničilo okolo názorov Kohuta a Kernberga. Ich teoretické formulácie sa zásadne líšia (Adler, 1986). Čiastočne to súvisí s rozdielnou populáciou pacientov, ktorých liečili.

Kohut, pracoval s aktívnymi, dobre fungujúcimi ambulantnými pacientami, dosť solventnými, aby si mohli dovoliť psychoanalýzu. Zväčša boli zamestnaní, popisovali pocity prázdnoty, smútku, a najmä vzťahové problémy.

Schlegel (2005) sa odvoláva na Kohutove diela pojednávajúce o narcizme: Formy a formovania narcizmu, Psychoanalytická liečba narcistických porúch osobnosti, Narcizmus, Úzdrava Self. Zdôrazňuje, že Kohut vychádza z toho istého pojmu narcizmu ako Freud, modelom ktorého je bezobjektívny stav dieťaťa v maternici. Hovorí o primárnej identite matky a dieťaťa ako o *pôvodnom narcizme*. Táto symbióza plynule pokračuje aj po pôrode.

S pôvodným narcizmom identifikuje aj predstavu štádia, v ktorom dieťa samo seba prežíva ako dokonalé, ide o stav prežívaný slastne. Pôvodný stav sa, prirodzene, nezachová, reziduum pôvodného narcizmu však pretrváva celý život.

Na štádium pôvodného narcizmu nadväzuje podľa Kohuta štádium pozostávajúce z dvoch základných pozícií, foriem narcistického libida, jedna by sa dala popísať ako – som dokonalý, čím vzniká veľké Self. Druhá: ty si dokonalý, ale ja som časťou teba, ide o idealizáciu rodičovského imaga. Obe vývojové línie vedú k *zrelému narcizmu*:

1. Utvorenie grandiózneho, veľkého Self je prvým krokom vo vývine smerom ku zrelým narcistickým postojom. Pre toto obdobie sú charakteristické fantázie o vlastnej moci, potreba obdivu od druhých. V ďalších fázach sú veľikáške fantázie i exhibicionistické nároky nahradené pozitívnym sebahodnotením a radosťou z vlastných aktivít. Dochádza k integrácii grandióznych fantázií do reálne orientovanej organizácie Ega.
2. Poznaním dieťaťa, že rodičia nie sú všemocní, dochádza ku sklamaniu sa v idealizovanom rodičovskom imagu, čo vedie k zvnútorneniu idealizovaných rodičovských postáv a vzniká Ego-ideál. Ego-ideál je podľa Kohuta základom pre egosyntónne hodnoty, pre zrelú formu obdivu k druhým.

Schopnosť akceptovať ohraničenosť vlastného života a konať v súlade s tým, je podľa Kohuta prejavom zrelého narcistického postoja. Narcistické obsadenie je presunuté zo seba na účasť na nadosobnej a nadčasovej existencii. Najvyššou formou vývinu pôvodného narcizmu je podľa Kohuta múdrosť, v ktorej sa kombinuje znalosť na základe skúseností, orientácia podľa pevného systému hodnôt, humor a zrieknutie sa narcistických ilúzií, pri vedomí vlastnej pomínutelnosti, pri zachovanej sebaúcte.

Schlegel (2005) upozorňuje na to, že Kohut nehovorí o narcistických neurózach, aj keď sa podľa neho jedná o neurózy. Hovorí o narcistických poruchách osobnosti, aby sa vyhol zmiešaniu s Freudovým pojmom narcistickým neuróz, pod ktorými Freud chápal endogénne psychózy, podľa neho duševné ochorenia pri ktorých chýba prenos voči terapeutovi.

Kohut predpokladá, že *narcistická porucha osobnosti vzniká ako dôsledok fixácie vo včasnom štádiu vývinu libida, v štádiu archaického grandiózneho Self a archaického exhibicionizmu a idealizácie rodičovských postáv.*

Gabbard (1994) uvádza, že podľa Kohuta *bojujú narcistickí pacienti s defektným Self, ktoré ustrnulo v bode vývoja, kde je vysoko náchylné ku fragmentácii.* Narcistickí jedinci sú za blokovani v vývojovom štádiu, kedy vyžadujú špecifické reakcie osôb ako podmienku pre udržanie kohézneho Self. V opačnom prípade majú tendenciu k fragmentácii Self. Príčinu tohto stavu vidí Kohut v *nedostatočnej empatii rodičov*, ktorí na prejavy exhibicionizmu dieťaťa v tej vývojovej fáze, keď boli primerané, nereagovali schvalovaním a obdivom. Chýbala tzv. iskrička v matkiných očiach, ktorou by odpovedala na exhibicionizmus svojho dieťaťa. Tieto utvrdzujúce odpovede sú podľa Kohuta nevyhnutné pre normálny vývoj, v opačnom prípade to vedie k narušeniu sebadôvery a pocitu hodnoty dieťaťa. Ponímanie Self dieťaťa sa fragmentuje, snaží sa zúfalo byť dokonalé, zapôsobiť na rodiča, aby získalo ocenenie, po ktorom prahne. Rodičia už nie sú pre dieťa objektom pre idealizáciu a identifikáciu s nimi. Ak sa matka, často sama narcisticky nezrelá, nedokáže vcítiť do potrieb dieťaťa, jej reakcie sú nespoľahlivé a neprimerané. Legitímne potreby sebaopotvrdenia dieťaťa tým trpia.

Niektorí rodičia narcistických pacientov boli *naopak príliš zhovievaví*. Grandiozitu podporovali nadmerným zrkadlením. Dieťa zahŕňali obdivom, takže sa toto mohlo cítiť výnimočné a nadané. Tieto deti sa snažia naplniť očakávania rodičov a zostávajú závislé na ich pochvale. Snažia sa dosiahnuť dokonalosť a vytvárajú tzv. falošné Self, neautentickú, navonok prezentovanú osobnosť naplňujúcu predstavy rodičov, no znemožňujúcu reálne prežívanie jedinca. Dieťa neskôr prežíva negatívne, že ostatní na neho reagujú inak ako rodičia. V dospelosti sa taký jedinec cíti vo vnútri prázdny, nehodnotný, krehký.

Ďalšou možnosťou, ktorá môže viesť k narcistickému obrazu hypervigilantného typu sú rôzne varianty *incestuózneho vzťahu medzi matkou a synom*, kde syn má potom o sebe grandióznu predstavu spolu s paranoidným očakávaním odplaty alebo opustenia za oidiálne prehršky.

Hašto (2005) analogicky ďalej rozvádza, že Kohut rozlišoval rôzne klinické obrazy ako dôsledky rozdielneho druhu frustrácie narcistických potrieb. Pri *hypostimulovanom Self* pacientom v dôsledku dlhodobého nedostatku stimulujúcej podpory zo strany rodičov v detstve, chýba v dospelosti vitalita, pacienti pôsobia znudene, nezúčastnene, tak sa aj

sami prežívajú. Pocit neživosti sa dieťa môže snažiť prekonať udieraním hlavou o stenu, obsedantnou masturbáciou, adolescent nebezpečnými aktivitami, dospelý baživou promiskuitou, perverziami, hazardnými hrami, excitáciou psychoaktívnymi látkami, nadmernou spoločnosťou. Kohut upozorňoval, že za týmito aktivitami možno nájsť prázdnu depresiu. Fragmentované Self sa prejavuje hlbokou stratou kontinuity v čase a jeho koherencie v priestore, vznikajúcimi už po zvonku nevýznamných zážitkoch odmietania. Stav správdza hlboká úzkosť, môžu sa objaviť pocity nesúdržnosti rôznych častí tela, prechodné hypochondrické ideácie.

Jedinec s *hyperstimulovaným Self*, nevie mať v dospelosti radosť z úspechov, je intenzívne ctižiadostivý. *Preťažené Self* je podobné hyperstimulovanému, dieťa bolo vystavované vlastným emóciám a nepohode bez pomoci empatického druhého, čo sa v dospelosti môže prejavovať v neschopnosti sebauspokojenia, sebaupokojenia, ľahko vzniká úzkosť, nepokoj. Pomáha empatické spojenie s druhým človekom.

Schlegel (2005) zdôrazňuje, že podľa Kohuta je nesprávne správanie rodičovskej postavy najdôležitejšou príčinou narcistických inhibícií vývinu. Ani dramatické udalosti v živote malého dieťaťa, ako smrť, ochorenie alebo iný druh bezmocnosti rodiča nehrajú tak významnú úlohu. Dochádza k fixácii archaických fantázií veľkého Self alebo fixácii predstavy ideálneho objektu, k nadmernej potrebe obdivu a ideálneho správaniu sa okolia, k intolerancii narcistických zranení. Je zablokovaný vývin k realistickému narcistickému prežívaniu a správaniu.

Kohut (1991) vyvinul koncept o *úzdrave Self*. Self je buď pevné, silné, stabilne koherentné, čo sa prejavuje v zdravom sebavedomí a sebaupresadzovaní, alebo je Self krehké, slabé, labilne koherentné, čo sa prejavuje v zníženej sebaúcte až v pocite nezmyselnosti vlastnej existencie. Self je slabé u toho, kto ako malé dieťa v čase konsolidácie Self nemal k dispozícii vzťahovú osobu, ktorá by bola spoľahlivá, empatická voči jeho potrebám. Kohut popisuje primárne poruchy Self pri psychózach, borderline poruchách, schizoidných a paranoidných osobnostiach, ako aj pri narcistickej poruche osobnosti a narcistických poruchách správania. (Pod narcistickými poruchami správania chápe Kohut abnormný sklon k rozláďam, napríklad v súvislosti s precitlivosťou voči pohrdaniu, sklon k hypochondrii alebo depresii. Sú to podľa Kohuta poruchy súvisiace so vzťahom k druhým ľuďom a prostrediu, ako sú perverzie, kriminalita alebo baživé správanie.) Narcistické Self považuje Kohut za archaické „normálne“ Self, akoby zmrazené vo svojom vývoji, akoby bol pacient dieťaťom v dospelom tele.

Zohľadňovanie potreby úzdravy Self v Kohutovom zmysle sa v psychoterapii uplatňuje tak, že psychoterapeut bez ohľadu na symptómy, pre ktoré ho pacient vyhľadal, vždy berie do úvahy, či má pred sebou pacienta so silným alebo slabým Self.

Pri adekvátnej výchove sa grandiózne Self premení na zdravé ambície, idealizované rodičovské imago sa zvnútorní ako ideály a hodnoty. (Imago znamená, že nejde o niekoho takého, akým skutočne je alebo bol, ale o subjektívnu predstavu o ňom.)

Kohut vytvoril pôvodne 2-osovú teóriu, podľa ktorej predpokladá, že narcistické potreby pretrvávajú počas celého života, paralelne s vývojom v oblasti objektnej lásky, vysvetľuje

koexistenciu narcistických potrieb ako i k objektu sa vzťahujúcich potrieb. Ako deti dospievajú, pokúšajú sa stratenej dokonalosti raného vzťahu matka – dieťa čeliť jednou z dvoch stratégií – *grandióznym Self* alebo *idealizáciou rodičovského imaga*. Vo svojej knihe Úzdrava Self (1991) Kohut neskôr rozšíril túto koncepciu na tripolárne Self, ide o Self-objektové potreby, ktoré majú svoj pôvod v želaní po splnutí, čo sa postupne transformuje do *imitujúceho správania*.

Gabbard (1994) uvádza Kohutovo tvrdenie, že v priebehu celého života každý z nás potrebuje reakcie od blízkych osôb. Do istej miery nevnímame osoby v okolí len ako nezávislých jedincov, ale aj ako zdroj uspokojenia Self. Je to potreba uspokojenia a gratifikácie.

Termín Self-objekt popisuje rolu, ktorú znamenajú iní ľudia pre Self čo sa týka zrkadlenia, idealizácie a sebaúcty. Z hľadiska Self sú druhí považovaní za objekty, ktoré uspokojujú potreby Self, teda nie za osoby, ale skôr za funkcie. Každý človek vníma do určitej miery druhých ako zdroj svojho uspokojenia, je to potreba upokojujúcej a potvrdzujúcej funkcie Self-objektov. Podľa Kohuta Self-objekty pretrvávajú celý život, nie je možné oddelenie od Self-objektov. Každý potrebuje utvrdenie, empatiu od druhých, aby si zachoval vlastné sebahodnotenie.

Narcistický pacient je bez Self-objektov nekompletný. Patologicky potrebuje Self-objekt, aby mu pomohol udržať pocit súdržnosti Self. Táto potreba je tak veľká, že ľudia v blízkosti sú doslova spotrebovaní, hovorí sa o orálnom hneve. Narcistickí pacienti nemajú kapacitu na empatiu, zdieľanie a milovanie iných. Fungujú tak, pretože sa k nim tak správali rodičia. Do určitej miery sú všetky deti narcistickým rozšírením svojich rodičov, čo uľahčuje normálny vývin prostredníctvom procesov introjekcie a identifikácie. Rodičia, ktorí až príliš používajú deti ako narcistické sebarozšírenie, odovzdávajú pocit, že láska je odmena za hranie role, že uspokojenie prichádza od bytostí, ktoré sú perfektné. Falošné Self sa stáva u narcistickej poruchy dominantné. Hodnotiaci proces, pri ktorom sa posudzuje správanie, sa introjikuje a prežíva ako kritika. Narcistickí pacienti sú vnútorne kritickí, snažia sa o dokonalosť, čo tiež projikujú na druhých. Cítia sa ako krehkí, podradní a prázdni. Arogantné správanie je obrannou kompenzáciou krehkosti (Robinson, 2001). Cieľom liečby je zbavenie potreby archaických Self-objektov a získanie schopnosti využívať zrelšie Self-objekty.

Kohut nekládol dôraz na Ego a na pudy, oidipálne konflikty zahrňujúce sexualitu a agresiu považoval za vedľajšie produkty vývojovo mladších porúch vo vzťahu k Self a Self-objektom. Agresiu Kohut vníma ako sekundárny jav, ako zrozumiteľnú odpoveď na zlyhanie rodičov, ako narcistickú zlosť pri neuspokojení potreby zrkadlenia a idealizovania.

1.3.3 O. Kernberg

Kernberg sa otázkam narcizmu venoval v dielach Hraničná organizácia osobnosti, Závažné poruchy osobnosti: Psychoterapeutické stratégie, Narcistická porucha osobnosti v psychiatrii, Patologický narcizmus a narcistická porucha osobnosti: teoretické pozadie a diagnostická klasifikácia, Normálna a patologická láska.

Gabbard (1994) pripomína, že Kernberg pracoval v nemocnici s jednoduchšími, arogantnými, agresívnymi jedincami, často s antisociálnymi črtami. Narcistickú poruchu osobnos-

ti teda popisuje u veľmi rozdielnych pacientov: u antisociálnych, ale aj u dobre sociálne fungujúcich. Spoločnú majú poruchu sebahodnotenia, od sebaaprečňovania až velikášstva, po pocity menejcennosti a podriadenosti, vrátane stavov, kde tieto rozporenia alterujú, pričom jedno môže byť vedomé, jedno nevedomé.

Na rozdiel od Kohuta, ktorý oddelil narcistickú poruchu osobnosti od borderline pacientov vzhľadom k ich nedostatočne kohéznejmu Self, Kernberg považoval obrannú organizáciu narcistickej osobnosti ako podobnú borderline poruche osobnosti. Oba stavy považoval za najťažšie liečiteľné poruchy. Tvrdil, že u ťažko chorých pacientov sa typická borderline problematika kombinuje s narcistickou. Narcistickú poruchu osobnosti považoval za jeden z niekoľkých osobnostných typov s borderline organizáciou osobnosti. Narcistické a borderline osobnosti rozlišoval na základe toho, že prví majú integrované, ale patologické grandiózne Self, čo má za následok deštruktívne znehodnocovanie objektových obrazov. Narcistickí pacienti sa identifikujú s ich idealizovanými seba-obrazmi, aby tak popreli svoju závislosť od vonkajších objektov – iných ľudí, ako aj vnútorných obrazov týchto objektov. Zároveň popierajú neprijateľné črty svojich vlastných seba-obrazov tak, že ich projikujú na iných (Kernberg, 1999). Ego využíva primitívne obrany typické pre borderline pacientov ako štiepenie, projektívnu identifikáciu, omnipotenciu, znehodnocovanie, idealizáciu, popretie.

Kernberg na rozdiel od Kohuta vidí narcistické požadovačné a nenásytne Self ako vysoko patologickú štruktúru, ktorá sa nepodobá normálnemu vyvíjajúcemu sa Self dieťaťa s milým exhibicionizmom. Grandiózne Self sa bráni proti závislosti od druhých, čo sa môže prejavovať ako sebestačnosť. (Narcistický pacient napríklad tvrdí, že sa ho netýka terapeutova neprítomnosť počas dovolenky.) Narcistickí pacienti majú vďaka patologickému grandióznemu, ale predsa integrovanému Self, konzistentnejšiu úroveň fungovania Ega v porovnaní s borderline pacientami. Prejavy slabosti Ega, ako slabá kontrola impulzov a nízka tolerancia úzkosti sú u narcistických pacientov menej časté. V porovnaní s borderline poruchou narcistickí pacienti lepšie sociálne fungujú. Sú ale narcistickí pacienti fungujúci na borderline úrovni, vyznačujú sa grandiozitou, slabou kontrolou impulzov, príležitostne vyžadujú hospitalizáciu.

Schlegel (2005) vychádza z Kernbergovho diela Hraničné poruchy a patologický narcismus, podľa ktorého analýza narcistického pacienta odhalí vystupňovanú orálnu agresiu, teda agresiu zameranú na to, aby človek niečo dostal. Kernberg vníma agresiu ako jav primárny, nie ako zrozumiteľnú reakciu na vonkajšiu neschopnosť iných. Prejavuje sa intenzívnou závišťou, neustálym porovnávaním s druhými a pocitmi menejcennosti vedúcimi k snahe poškodiť a zničiť to dobré u iných. Idealizáciu potom Kernberg vníma ako obranu voči nenávisti, závišti, pohrdaniu a znehodnocovaniu.

Kernberg (1999) považuje preoidipovsky podmienenú závišť za najdôležitejšiu z nevedomých konfliktov u narcistických osôb. Je to špecifická forma hnevu a odporu proti potrebnému objektu, ktorý je prežívaný ako frustrujúci a odopierajúci. Predmet túžby sa tak stáva zároveň i zdrojom trápenia. Reakciou na toto utrpenie je vedomá i nevedomá túžba zničiť, privlastniť si. Nešťastím narcistickej osobnosti je, že toto zlostné privlastnenie a vymáhanie toho, čo sa odopiera a čo je predmetom závišti, nevedie k uspokojeniu, pretože je tam sú-

časne nevedomá nenávisť voči tomu, čo je žiaduce. Silná preoidipovská závisť ovplyvňuje vstup do oidipovskej situácie. Nevedomá závisť matke sa stáva nevedomou závisťou oidipovskému páru. Manželstvo narcistického človeka sa nevedome stáva kópiou oidipovského páru, ktorý musí byť zničený. Potreba zničiť pár pramení z primitívnej agresie voči oidipovskému páru. Nevedomá závisť a závisť dobrého vzťahu medzi rodičovským párom sa môžu premeniť napríklad na závisť voči manželskému partnerovi, na deštruktívne pranie proti vlastnému fungovaniu človeka ako súčasti páru (Kernberg, 1999).

1.3.4 Príspevky ďalších autorov (K. Horneyová, W.G. Joffe a J. Sandler, H. Argelander, M. Balint)

Narcizmus podľa Karen Horneyovej

Schlegel (2005) vychádzajúc z Horneyovej diel týkajúcich sa narcizmu: Nové cesty v psychoanalýze a Neuróza a ľudský rast, uvádza, že Horneyová popisuje narcizmus ako preceňovanie Ega a robenie sa krajším. Tieto zvláštnosti však neinterpretuje ako sebalásku v zmysle Freudovej teórie libida. Freudovu teóriu libida otvorene odmieta. Potrebu istoty považuje za rovnako dôležitú ako ukojenie pudových potrieb. To, že narcis seba samého miluje a obdivuje, je podmienené tým, že si pripisuje domnelé hodnoty. Narcis je podľa Horneyovej vždy neurotikom. Narcizmus je dôsledkom otrasenej sebadôvery a sebaúcty, čo môže viesť až k úplnému potlačeniu spontánneho individuálneho Ega. O idealizovanom a grandióznom Self hovorí ako o reakcii na nedostatočné potvrdenie dieťaťa neempatickými rodičmi. Velikášske predstavy o vlastnej osobe sú náhradou za zníženú sebadôveru. Neúspechy a konfrontácie s vlastnými nedostatkami vedú na spôsob bludného kruhu k ďalšiemu sebavyvyšovaniu.

Narcizmus je obsiahnutý v pojme sebaidealizovanie, neurotická hrdosť, ale aj narcistický charakter. Sebaidealizácia je kompenzovaná sebanenávisťou a pohrdaním vlastnou osobou. Na miesto zdravej sebadôvery sa pri sebaidealizácii dostáva neurotická hrdosť. Je to pozadie chorobnej citlivosti a zraniteľnosti, ktoré sa objavujú, keď je spochybná ideálna predstava o sebe.

Horneyová popisuje expanzívnych neurotikov, ktorí sú prehnane sebavedomí, arogantní, vyžadujú obdiv a poslušnosť. Horneyová medzi nimi rozlišuje tri podskupiny: narcistickú, perfekcionistickú a arogantne-pomstychtivú. Ďalšou skupinou sú neurotici opovrhujúci svojím Self. Cítia sa menejcenne, bezmocne, zväčša ustupujú, prispôsobujú sa, sú závislí a zvyšene túžia po láske.

Narcizmus podľa W.G. Joffeho a J. Sandlera

Podľa psychoanalytikov Joffeho a Sandlera sa narcistické poruchy týkajú postoja k vlastnému Self a regulácie dobrého cítenia sa a sebaúcty. Niektoré depresívne reakcie chápu ako narcistické poruchy.

Schlegel (2005) približuje teóriu narcizmu Joffeho a Sandlera vychádzajúc pritom z ich dvoch spoločných prác: o niektorých pojmových problémoch v súvisi so štúdiom narcistických porúch a Komentáre k psychoanalytickej psychológii adaptácie. Autori sa pokúsili formulovať psychológiu vzťahu k sebe z hľadiska psychológie pudov a teórie libida. Rozlišovali

medzi ideálnym a reálnym sebaobrazom. Každý nosí v sebe okrem reálneho obrazu seba aj sotva vedomý ideálny obraz seba samého, iní autori označujú túto psychickú reprezentáciu seba ako ideálne Self.

Schlegel (2005) uvádza Freudovo tvrdenie, že ideálne Self, vedome alebo nevedome považované za stelesnenie ideálneho stavu, zodpovedá narcistickému Ego-ideálu. To, čo človek projikuje ako svoj ideál, je náhradou za stratený narcizmus jeho detstva, kedy si bol podľa Sandlera sám sebe ideálom. Ide o dynamicky sa meniaci ideálny obraz vlastnej osoby, ktorý sa prežíva ako reálny, hrá dôležitú funkciu pri stabilizácii sebahodnotenia, pre reálne Self.

Ilúzie o idealizovaných objektoch sa takisto len sčasti menia pod vplyvom vnímania reality. Tak ako Superego je znútornením bezchybnej a všemocnej rodičovskej autority, je Egoideál znútornením ideálnych hodnôt prevzatých z ilúzie o dokonalosti.

Joffe a Sandler poukázali na to, že Self aj objekty môžu byť obsadené nielen libidom, ale aj agresiou. Zdôrazňujú, že pudový hlad nie je jediná potreba. Existuje ľudská potreba istoty a pohody. K tendencii pudového získania slasti a k vyhnutiu sa strasti treba teda priradiť aj snahu o dosiahnutie stavu pohody, istoty a bezpečia. Narcistické utrpenie je podľa autorov poruchou ukojenia tejto potreby. Ukojenie narcistickej potreby je dôležitejšie ako ukojenie pudových potrieb. Na rozdiel od pudových potrieb, ktoré po ukojení na nejakú dobu ustúpia, sú narcistické potreby nemenné. Nedostatok ukojenia v tejto oblasti sa prejavuje úzkosťou, nepohodou, nedostatočnou sebaúctou, pocitmi menejcennosti, hanbou a vinou. Každý takéto emócie niekedy pociťuje, pretože neexistuje trvalé optimálne ukojenie potreby pohody a istoty. Za patológiu považujú autori hyperkompenzáciu nedostatočného sebavedomia veľkášskymi fantáziami, identifikáciu s idealizovanými postavami, narcistické motívy pri voľbe objektov, nutkavé sexuálne potreby, sklon k sebapoškodzovaniu s masochistickými rysmi, depresívne rozklady pri zlyhávaní obrán.

Emočný stav istoty a pohody dávajú Joffe a Sandler do súvislosti s úrovňou narcistického obsadenia seba alebo s cítením sa byť milovaným. Túžba udržať si tento centrálny emočný stav je možno najsilnejším motívom vývinu Ega. Ideálny obraz seba, ktorý si človek vytvorí, zodpovedá najvyššiemu stupňu pohody a súčasne narcistického ukojenia. Čím menšia je diskrepancia medzi aktuálnym obrazom o sebe a ideálnym sebaobrazom, o to vyššie je sebahodnotenie. Deje sa tak i zrením, ktoré umožňuje lepšiu adaptáciu na požiadavky pudov a reality. Joffe a Sandler hovoria o progresívnej individuácii, ktorá neustále pokračuje situáciami prinášajúcimi bolesť.

Narcizmus podľa Michaela Balinta

Balint sa téme narcizmu venoval v práci *Slasť z úzkosti a regresia a Terapeutické aspekty regresie*. Schlegel (2005) na základe tejto práce približuje teoretický prístup Balinta k narcizmu. Hnacou silou vývoja narcistického systému je potreba pohody, bezpečia, istoty, harmónie ale aj potreba moci, hodnoty, jedinečnosti, nezávislosti. Úlohou narcistického regulačného systému je znovunastoliť harmonický primárny stav ako aj vyhnúť sa prapôvodnému narcistickému zneisteniu. Rôzne teórie narcizmu zdôrazňujú raz jeden, raz druhý aspekt.

Vývoj Ega znamená vzdalovanie sa od primárneho narcizmu a vyvoláva intenzívnu túžbu opäť ho získať. Najranejší psychofyziologický stav dieťaťa je prenatálna jednota matky a dieťaťa. Je to stav harmónie, pohody, neprítomnosť napätia, samozrejme istoty a bezpečia. Plod nerozlišuje medzi sebou samým a objektami okolia, ešte neexistuje „mimo neho“, neexistujú ohraničené objekty. Podobný stav predpokladáme pre postnatálne obdobie, kedy dojča kŕmiacu a opatrujúcu matku nepocituje ako oddelený objekt. Podľa Freuda ide o štádium primárneho narcizmu, subjektívny stav veľkolepej nezávislosti od prostredia, podľa iných autorov pôvodný stav, pôvodný narcizmus, t.j. stav, ktorý predchádza jednak vzťahu k sebe, jednak k objektom mimo seba. Balint hovorí o štádiu *primárnej lásky*, čím myslí primitívny, ale na objekt zameraný vzťah na začiatku, kedy objekty nie sú prežívané ako ohraničené jednotky, ale ako okolie, difúzna, neohraničená a nezničiteľná substancia. Okolie je podľa Balinta intenzívne obsadené v zmysle závislosti a iritability plodu a dieťaťa prostredím. V tom spočíva hlavný rozdiel oboch prístupov. Primárny narcizmus je stav neskalenej harmónie. Teória primárnej lásky postuluje rušiteľnosť, ktorý je len v priaznivom prípade harmonický.

Balint rozpracoval dve opačné formy reakcií na nevyhnutný zánik pôvodnej harmónie medzi dieťaťom a matkou, ktoré sám nazval oknofiliou a filobatiou.

Podľa Henselera (1984) sú Filobat a Oknofil reakčné typy na nedostatočnosť primárnych objektov. **Filobat** má pripomínať akrobata skáčuceho do výšky (z gréckeho slova „bathos“ hĺbka). Balint tak označuje ľudí, ktorí sa zámerne vystavujú nebezpečenstvu a vychutnávajú si to. Filobat sa pokúša dosiahnuť pôvodnú harmóniu pomocou dobrých vzťahov k neosobnému svetu. Celý svet je pre neho milujúcou matkou. Filobat rozvíja schopnosti zaobchádzať s elementami ako vzduch, zem, oheň, voda, teda archaickými symbolmi matky. Rád sa vystavuje rizikám týchto elementov, napríklad tým, že zdoláva hory, plaví sa na mori alebo lieta aj za nepriaznivého počasia. Ľudské objekty, aj keď pre neho nie sú ľahostajné, pokladá za nebezpečné a nevypočítateľné, na ktoré sa nedá spoľahnúť – možno ich použiť ako ochranné prostriedky, ktoré možno podľa potreby vziať alebo odložiť.

Oknofil (z gréckeho slova „okneo“ hanbiť sa, báť sa, viazať sa) sa naopak obáva rizika, keď je ohrozená jeho istota, viaže sa na niečo pevné a isté. Oknofil zaobchádza so svojimi objektami narcisticky. Pomocou prilnutia sa uisťuje, že je s objektom neoddeliteľnou súčasťou. Schlegel (2005) uvádza, že podľa Balinta Oknofil predpokladá, že objekty sú spoľahlivé a blahodarné, dostupné, nekladú odpor, sú oporou. Oknofil sa pokúša o zachovanie pôvodnej harmónie, pričom popiera fakt, že symbióza s matkou je definitívne preč a on sám je autonómne individuum. Snaží sa nadviazať a udržať intímne objektné vzťahy. Má strach, že ho ostatní opustia a že bude úplne odkázaný na seba. Úzkostne sa viaže na ľudí a práve tým sa vystavuje nebezpečenstvu, že bude pocitovaný ako obťažujúci a teda odmietnutý.

Cieľom liečby narcistických pacientov by malo byť pomôcť im vytvoriť medziľudský vzťah, ktorý znamená zážitok jednoty a harmónie, no nedochádza k prílišnému nalepeniu sa alebo naopak, degradácii druhého na úžitkový predmet.

Narcizmus podľa Hermana Argelanderera

To, čo Balint označuje ako filobatia, sa presne kryje s Argelanderovým pojmom *narcistický postoj*. Schlegel (2005) uvádza Argelanderovu kazuistickú štúdiu, v ktorej pacient Flieger (Letec) s narcistickým charakterom, je typickým filobatom. Argelander predpokladá, že Letec sa pokúša znovunastoliť stratenú jednotu s matkou a svoje schopnosti používa na to, aby sa dostal do kontaktu s „neosobnými šírínami“.

Schlegel (2005) uvádza Argelanderovu knihu Pokus o nové formulovanie primárneho narcizmu, v ktorej autor tvrdí, že túžba ľudstva prebádať vesmír, plávať po mori a lietať vo vzduchu vyplýva z nevedomých narcistických fantázií. Výsledkom môžu byť výdobytky ako je letectvo a námorníctvo, ale aj deštruktívne aktivity, ako príliš rýchla jazda autom. Narcistické nároky, ktoré primárne predpokladajú, že vieme lietať, chodiť po vode a že sa nemusíme starať o prírodné zákony, môžu narážať na prírodné zákony a ohroziť tak telesnú existenciu. Kto nekontrolovane podľahne primárnym narcistickým potrebám, môže prísť o život, padnúť, utopiť sa. Narcistický charakter vzniká podľa Argelanderera identifikáciou s obdivovanou osobou, čo vedie k vytvoreniu veľmi silného Ego-ideálu. Ak človek disponuje dobrým potenciálom schopností a inteligencie, môže to viesť k navonok úspešnej a uspokojivej životnej dráhe.

Argelander upozorňuje, že podobne ako libidinózne, sú aj narcistické túžby vytesňované, bránime sa im, agujeme ich. Osudy libida sa prejavujú v neurózach, narcizmus v psychózach a v narcistických poruchách.

1.4 Typológia narcistických osobností

Psychodynamická literatúra o narcistickej poruche osobnosti zahŕňa rad klinických obrazov od seba značne vzdialených. Narcistická porucha osobnosti sa popisuje ako kontinuum, na koncoch ktorého sú extrémne a temer opačné typy. Medzi krajnými bodmi kontinua sa nachádzajú jedinci spoločensky jemnejší a príjemnejší (Gabbard, 1994). Gabbardova typológia popisuje 2 extrémny kontinua:

Nevšímaví, ktorí sa prihovárajú akoby väčšiemu publiku, zriedka nadväzujú očný kontakt. Neuvedomujú si, aké reakcie vyvolávajú u druhých, že ich napríklad nudia. Majú potrebu byť v centre pozornosti, vychvaľujú sa, snažia sa urobiť na druhých dojem, sú arogantní, agresívni.

Ostražití, hypervigilantní, mimoriadne citliví na reakcie druhých, preto neustále zameriavajú pozornosť na druhých, podobne ako paranoidní pacienti, pozorne počúvajú, čo hovoria druhí, striehnu na náznaky kritiky a znehodnotenia. Sú hanbliví, držia sa v úzadí zo strachu z odmietnutia a pokorenia. V jadre ich vnútorného sveta je hlboký pocit hanby, súvisiaci s ich tajným prianím prejavovať sa grandióznym spôsobom. Sebaúctu sa snažia udržať vyhýbaním sa zraňujúcim situáciám.

Gabbard (1994) uvádza ďalšie typológie narcistických pacientov:

Rosenfeld, podobne ako Gabbard, rozlišuje „*hrubokožích*“ a „*tenkokožích*“ narcistických pacientov. Kernberg popisuje *závistlivý typ* vyžadujúci si pozornosť a obdiv. Je to typ podobný Gabbardovmu nevšímavému typu. Kohut popisuje narcisticky *vulnerabilný typ* s tendenciou k fragmentácii Self, blízky hypervigilantnému typu podľa Gabbarda.

Hašto (2005) uvádza typológiu narcistických porúch osobnosti podľa Kohuta a Wolfa:

- *osobnosti bažiace po zrkadlení* (túžiaci po obdive, znížené sebavedomie kompenzujú predvádzaním sa),
- *po ideáloch bažiace osobnosti* (prežívajú seba ako hodnotných len ak sú v spojení s druhými, ktorých obdivujú),
- *po alteregu bažiace osobnosti* (snažiac sa zaplniť vnútornú prázdnotu vzťahom s druhým, s ktorým sa podobajú),
- *po splynutí túžiace osobnosti* (vyžadujúce neustálu prítomnosť Selfobjektu),
- *kontaktu sa vyhýbajúce osobnosti* (túžia po kontakte, no boja sa odmietnutia).

Burstein delí narcistických pacientov do 4 skupín: *túžiaci (craving)*, *paranoidní*, *manipulatívni* a *falicko narcistickí*.

Wink analyzoval 6 MMPI škál narcizmu. Odhalil 2 relatívne korelujúce faktory, ktoré označil ako *skrytý* (vulnerabilita – senzitivita) a *otvorený* (grandiozita – exhibicionizmus) *narcizmus*. Spoločnými črtami oboch foriem narcizmu sú nedostatok ohľadu voči ostatným, namyslenosť. Prvá skupina, *vulnerabilne senzitívna* je introvertovaná, úzkostná, zraniteľná životnými traumami. Jedinci v druhej skupine, *grandiózne-exhibicionistickej* sú extrovertovaní, agresívni. Mnohí pacienti vykazujú črty oboch typov.

Pre názornosť nasleduje schematické znázornenie dvoch polárnych typov podľa Gabbarda a Rosenfelda (Praško a kol., 2003):

Nevšímavý, bezohľadný, hrubokožec (oblivious):	Ostražitý, hypervigilantný, tenkokožec:
Neuvedomuje si reakcie druhých.	Je vysoko senzitívny voči reakciám druhých.
Je arogantný, agresívny.	Je inhibovaný, hanblivý, často nenápadný.
Je zaujatý sám sebou.	Venuje viac pozornosti okoliu než sebe.
Potrebuje byť v centre pozornosti.	Vyhýba sa pozornosti druhých.
Má vysielač, nemá prijímač.	Pozorne počúva a hľadá náznaky kritiky a opovrzenia od druhých.
Je úplne odolný voči zraneniu od ostatných.	Je ľahko zraniteľný, náchylný k pocitom hanby a poníženia.

Podľa diagnostických kritérií MKCH-10 i DSM-IV možno identifikovať takzvaných arogantných, vystatovačných jedincov, ktorí sa snažia byť v centre pozornosti. Plachí, ticho grandiózni narcistickí jedinci, extrémne precitliveli na urážky, a preto vyhýbajúci sa centru pozornosti sa podľa kritérií neidentifikujú.

2 NARCISTICKÁ PORUCHA OSOBNOSTI

2.1 Neurotická štruktúra versus porucha osobnosti

Dôvodom zaradenia tejto kapitoly je fakt, že jedným z problémov pri klasifikácii porúch osobnosti je aj rozlíšenie medzi neurózou a poruchou osobnosti.

Neurotik trpí svojou povahou, svojimi vnútornými konfliktami, snaží sa vysporiadať sám so sebou. Neuróza je prevažne ego-dystónna porucha.

Človek s poruchou osobnosti nemá vedomie chorobnosti, trpí akoby vinou druhých ľudí a okolností. Ťažkosti s okolím neinternalizuje ako konflikt medzi Id a Superego, nereflektuje neprimeranosť vlastných očakávaní a vlastného správania. Jeho pozornosť je zameraná na správanie druhých ľudí, ktorých berie na zodpovednosť. Výnimkou sú jedinci so schizoidnou a vyhýbavou poruchou osobnosti, ktorí sa nesnažia meniť druhých. Porucha osobnosti je prevažne ego-syntónna porucha. (Výnimku tvoria závislá, vyhýbavá a obsedantne-kompulzívna porucha osobnosti, teda poruchy klastra C podľa DSM-IV, ktoré sú ego-dystónne.)

Často používané kritérium na odlišenie poruchy osobnosti a neurózy je, že porucha osobnosti je vrodená, neuróza získaná v ranom detstve. Nie je to však presné, aj pri neuróze hrá úlohu vrodená dispozícia a osobnosť naopak ovplyvňujú aj vplyvy okolia, napríklad narušený primárny objektový vzťah v ranom detstve.

Bräutigam (1993) popisuje vývoj termínu **neurózy**. Cullen, ktorý v r. 1776 pojem zaviedol, ho používal pre všetky nezápalové ochorenia nervového systému a psyché. Neskôr sa pojem neurózy zužoval, boli vylúčené organické ochorenia nervového systému, organicky podmienené psychózy, neskôr psychické vývojové poruchy somatogénne podmienené, endogénne psychózy, neskôr aj psychopatické vývoje.

V posledných desaťročiach bol pojem neurózy znovu rozšírený, používa sa pre všetky nepsychotické psychické poruchy a reakcie.

Bräutigam (1993) charakterizoval neurózu nasledovnými charakteristikami:

1. Čas vzniku poruchy a symptomatika súvisia s vnútornou konfliktovou situáciou, ktorej podstatné zložky sú nevedomé.
2. Neurotik je narušený v citovom vzťahu k sebe samému, k svetu i druhým ľuďom.
3. U neurotikov môžeme zistiť fixáciu infantilných komplexov, ktoré sú nespracované, afektívne nabité, nevedomé, majú pôvod v minulosti a fungujú ako bloky, ktoré majú vplyv na súčasné postoje.
4. Typické neurotické symptómy sú fóbie, úzkosť, vtieravé myšlienky, rozlady.

S pojmom neurózy je spojená predstava, že rozhodujúce sú nepriaznivé vplyvy prostredia, najmä vplyv neurotizujúcich rodičov v prvých piatich rokoch. Hereditárne štúdie poukazujú na význam dispozície k neuróze. Podľa Bosselmana (Bräutigam, 1993) vzniká neuróza vtedy, keď sa skombinujú štyri faktory: vrodené dispozície, nepriaznivé vplyvy prostredia, charakteristické obranné postoje voči prirodzeným potrebám a akútne záťažové vedúce k zosilneniu potrieb, prípadne zníženiu obranných síl.

Podľa psychoanalytickej teórie sú neurotické symptómy kompromismi medzi pudmi a cenzurujúcimi obrannými silami pri nie celkom vydatenej obrane. Psychická porucha je potom regresiou na vývojové štádium raného detstva, v ktorom došlo k inhibícii vývoja. Bod, v ktorom došlo k inhibícii, k fixovaniu vývoja libida, rozhoduje o type symptomatiky, usudzujeme naň preto z prítomných symptómov.

Freud (1969) delil neurózy na *aktuálne neurózy* (neurasténiu a úzkostnú neurózu) a *psychoneurózy* (konverznú hystériu, fóbiu, obsedantnú neurózu a paranoidnú schizofréniu). Neskôr rozlišoval *prenosové neurózy* (hystériu a obsedantnú neurózu) a *narcistické neurózy* (schizofréniu a depresiu, porušené objektové vzťahy). Pojem neuróz podľa Freuda sa však neujal.

Bräutigam (1993) rozlišuje *neurózy s typickými symptómami* ako sú obsesie, fóbie, úzkosť, rozlada, depersonalizácia, hypochondria, hysterická obrna a *neurózy s charakteristickými postojmi alebo ťažkými deformáciami osobnosti* (hysterická, obsedantná, depresívna a schizoidná neurotická štruktúra). Uvádza štyri základné typy *neurotických štruktúr* podľa Schultz-Henckeho: hysterický, obsedantný, depresívny a schizoidný typ. V miernej podobe predstavujú nepatologickú alternatívu postoja k svetu, ktoré dávajú jedincovi charakteristický ráz. Od normy potom existujú prechody k neurotickým abnormitám osobnosti (hysterickej, obsedantnej, depresívnej a schizoidnej neurotickej štruktúre). Určitá abnormita osobnosti má pri manifestnom neurotickom ochorení tendenciu k príslušnej neuróze, nie je to však pravidlom.

Ďalej uvádza šesť základných neurotických štruktúr podľa Freuda:

1. Orálny charakter (Typické preň je baženie po jedle a ľuďoch, závislosť na druhých, sublimáciou je labužníctvo a rečenie, reaktívne výtvyry: askéza, nespoločnosť.)
2. Análny charakter (So sklonom k zlostným afektom, sadistickým impulzom, nenávisťou, pomstychtivosťou. Reaktívny výtvyrom je poriadkumilovnosť, pedantéria, šporovlivnosť, lakomosť, tvrdohlavosť, intolerancia.)
3. Uretrálny charakter (ctižiadostivý, panovačný, rivalizujúci)
4. Falický charakter (U žien sa prejavuje závisťou, rivalitou, pocitmi menejcennosti voči mužom.)
5. Narcistický charakter (Prejavujúci sa sebaláskou, túžbou byť milovaným. Sublimáciou sú herci, vodcovské typy.)
6. Genitálny charakter (zrelý, láskyplný, priateľský)

Niektorí autori uvádzajú narcistickú poruchu medzi neurózami, respektíve ponechávajú v názve termín neuróza.

Bräutigam (1993) spomína pojem narcistickej neurotickej štruktúry spolu so schizoidnou neurotickou štruktúrou. Popisuje ju ako poruchu objektových vzťahov s regresívnym stiahnutím libida na vlastné Self. Vnímanie druhých je deformované vlastným sebaobrazom takého jedinca, okoliu nevenuje toľko pozornosti ako vlastnej osobe. Prevládajú predstavy o vlastnej grandiozite. V jadre narcistických porúch vidí Bräutigam slabosť vlastného sebavedomia. Pri poruche narcistického regulačného systému a pri chýbaní internalizovaných

dobrych objektov, používa pacient druhých ľudí na narcistickú gratifikáciu, posilňovanie vlastného sebedomia. Príčinou vzniku narcistickej štruktúry je podľa Bräutigama (1993) odmietanie a frustrácia v prvých dvoch rokoch života.

Poněšický (1999) uvádza narcistickú poruchu osobnosti pod pojmom **narcistická neuróza** a radí ju medzi rané preoidipálne vývojové poruchy, na rozdiel od zreých neuróz vznikajúcich v neskoršom, oidipálnom období. Cituje tvrdenie Zepfa, že narcistické potreby smerujú k vyhnutiu sa strasti a napätiu, získaniu stavu pohody a istoty. Neurotická potreba naopak smeruje ku slasti, ku kontaktu s druhými, k zážitkom a často ku zvýšeniu napätia, aj keď je spojené s úzkosťou. Slasť u narcistických pacientov slúži znova len k narcistickým potrebám.

Slovo **osobnosť** má množstvo rozličných významov. Podľa integratívnej definície je osobnosť organizáciou, ktorá do množstva rozličných spôsobov správania, do ktorých človek vstupuje, vnáša usporiadanosť. Pozostáva z temperamentu, charakteru a inteligencie. Temperament predstavuje biologickú stránku osobnosti, charakter sociálnu a psychologickú stránku a inteligencia modifikuje obe tieto zložky (Dušek a Janík, 1974).

V prehľade Halla a Lindzeya (2002) sú uvedené rôzne prístupy klasikov k pojmu osobnosť. Rôznorodosť prístupov ilustrujem, bez nároku na systematickosť, na prístupe Freuda, Junga, Sullivana a Eysencka:

Osobnosť sa podľa Freuda skladá z troch hlavných inštancií: *Id*, *Ego* a *Superego*. *Id* predstavuje neinhibované impulzy, *Superego* svedomie a *Ego* racionálne myslenie. *Id* je pôvodný osobnostný systém, z ktorého sa vyvíja *Ego* a *Superego*. Operuje na základe princípu slasti, pokúša sa dosiahnuť slasť a vyhýba sa bolesti. *Ego* sa vyvíja z *Id*, aby organizmu umožnilo vyrovnávať sa s realitou. Riadi sa princípom reality. *Superego* sa vyvíja z *Ega* a reprezentuje rodičovské hodnoty alebo spoločenské normy. *Id* aj *Superego* sú neracionálne.

Osobnosť podľa Junga je jednota, ktorá zahŕňa 4 funkcie: *myslenie*, *citenie*, *intuíciu*, *vnímanie* a 2 postoje: *introverziu*, *extroverziu*, ktorých kombinácia vytvára *osobnostné typy*.

Podľa H. S. Sullivana možno osobnosť posudzovať len v kontexte jej *interpersonálneho správania*. Osobnosť považoval za relatívne trvalý vzorec opakujúcich sa interpersonálnych situácií, ktoré charakterizujú ľudský život.

Eysenck tvrdil, že osobnosť je súhrn aktuálnych alebo potencionálnych vzorcov správania sa, ktoré sú determinované dedičnosťou a prostredím, vznikajú a rozvíjajú sa mechanizmami učenia a prostredníctvom interakcie inteligencie, charakteru, temperamentu a konštitúcie.

Osobnosť je integrovaný celok, relatívne stabilný vo svojich charakteristických rysoch, teda trvalých vzorcoch vnímania, myslenia a vzťahov voči okoliu i sebe samému. V prípade, že sú osobnostné rysy nepružné, maladaptívne a spôsobujú významné narušenie v sociálnej alebo profesionálnej oblasti, prípadne spôsobujú subjektívnu nepohodu, hovoríme o poruchách osobnosti. **Porucha osobnosti** predstavuje dlhodobú a významnú odchýlku od spôsobov, ktorými priemerný človek v danej kultúre vníma, myslí, cíti a utvára si vzťahy s druhými (Smolík, 1996). Prejavy maladaptívneho správania sú hlboko zakotvené v štruktúre osobnosti, zreteľne sa manifestujú v dobe dospievania, trvajú väčšiu časť dospelosti,

v strednom a staršom veku sa zväčša stávajú menej nápadné. Porucha osobnosti nie je spôsobená inou duševnou poruchou, organickým poškodením mozgu, somatickým ochorením, prípadne intoxikáciou.

V súvislosti s poruchami osobnosti sa často používa pojem ego-syntónnej poruchy, čo znamená, že prejavy sú subjektívne vnímané ako integrálna súčasť, jedinec je s nimi uzrovaný a nesnaží sa ich zbaviť. Ego-syntónna povaha porúch osobnosti sťažuje ich diagnostiku. Pacient nemusí odhaliť určité problémy, keďže sú pre neho ego-syntónne, nepovažuje ich za problémy.

V minulosti boli poruchy osobnosti označované ako *psychopatie*, v psychoanalytickej literatúre sa stretne s pojmom *abnormné vývoje osobnosti*.

Poruchy osobnosti sú diagnostikované asi u polovice psychiatrických pacientov. Môžu komplikovať liečbu koexistujúceho psychiatrického ochorenia a sú predisponujúcim faktorom rôznych duševných porúch i somatických ochorení.

2.2 Epidemiológia

Odhadovaná prevalencia narcistickej poruchy osobnosti podľa DSM-IV je nižšia ako 1% populácie. V klinickej populácii môže byť prevalencia 2-16 % (Balon, 2004).

Práško so spolupracovníkmi (2003) uvádzajú, že sa jedná o pravdepodobne častú poruchu, presné údaje chýbajú. Houbová so spolupracovníkmi (2005) publikujú údaje, kde podľa Costa 18% mužov a 6 % žien má rysy namyslenosti, arogancie a pohrdania druhými. Len časť však spĺňa kritériá pre narcistickú poruchu osobnosti, podľa Kleina 3,9%, podľa Drake 3,5%. Podľa Torgersen a spolupracovníkov (2001) 0,8% populácie spĺňa kritériá pre narcistickú poruchu.

U mužov je táto porucha diagnostikovaná častejšie ako u žien (Golomb a kol., 1995), podľa Robinsona (2001) až trikrát častejšie.

2.3 Etiológia a patogenéza

Etiológia porúch osobnosti je multifaktoriálna. U niektorých hrajú významnejšiu úlohu faktory biologické, u iných psychologické, temperamentové, rodinné (výchovné), kultúralne a environmentálne.

K *biologickým* faktorom patrí genetická záťaž, prenatálne a perinatálne poškodenie, úrazy hlavy, infekčné a iné ochorenia mozgu v detstve (Balon, 2004). Teórie o tom, že gény a prostredie sa vzájomne ovplyvňujú a hrajú úlohu pri rozvoji určitej poruchy sa v poslednom čase začali uplatňovať aj pri vysvetľovaní etiológie duševných ochorení. Pojmy ako „genotyp“ (genetická predispozícia, vulnerabilita), „fenotyp“ (výsledok ovplyvňovania genotypu a prostredia) a „markery“ (neurofyziologické, neuroanatomické, biochemické, endokrinologické a neuropsychologické indikátory vulnerability) sa postupne začínajú používať i v psychiatrii (Forgáčová, 2005). Pri poruchách osobnosti sa vyskytujú zmeny v rôznych biologických funkciách a neurobiologických markeroch, napríklad zvýšené hladiny pohlavných hormónov, nízke hladiny monoaminoxidázy v trombocytoch, zmena hladiny

endorfínov, nižšie hladiny kyseliny 5-hydroxyindoloctovej (čo je hlavný metabolit serotonínu) v likvore, porucha sledovacích očných pohybov, predĺženie a zníženie evokovanej odpovede P300 na EEG. Nie je potvrdené, či sú to etiologické faktory, či naopak dôsledky jednotlivých porúch (Balon, 2004).

Coid (1999) rozdelil poruchy osobnosti podľa príčin do štyroch skupín: na poruchy, kde má väčší vplyv prostredie (napríklad antisociálna porucha), kde je dôležitejšia dedičnosť (napríklad vyhýbavá, závislá porucha osobnosti), s vyrovnaným podielom (napríklad hraničná porucha osobnosti) a s nedokázanými etiologickými faktormi (napríklad narcistická, histriónska porucha osobnosti).

V kapitole 1.3 Psychodynamické teórie narcizmu je etiopatogenéza poruchy narcistickej regulácie z *psychodynamického* hľadiska uvedená podrobne. Podľa psychoanalytickej teórie rozhodujúce obdobie pre vznik narcistickej poruchy je obdobie preoidipálne, separačno-individuálna fáza, teda preverbálna fáza vývinu. Vzniká vplyvom deficientného potvrdenia malého dieťaťa sociálnym prostredím.

Z vývojovo-psychologického hľadiska uvažuje Poněšický (1999) o troch situáciach, ktoré môžu viesť k tejto poruche:

- *včasná masívna frustrácia s následnou úzkosťou a „hladom“ vo vzťahoch,*
- *nadmerné hýčkanie vedúce k závislosti od priazne okolia,*
- *zanedbávanie.*

Kým u prepsychotických osobností s možnosťou vývoja schizofrénie ide o poruchu vo vývojovej fáze odlišenia seba od druhého a u borderline porúch o neschopnosť integrovať rôzne protichodné aspekty seba samého a ostatných, ide pri narcistických poruchách o neistotu sebaocenenia.

Len pre zaujímavosť uvádzam pozorovanie Porcerelli a Sandlera (1995), ktorí zistili, že u vzpieračov a kulturistov so súčasným abúзом anabolických steroidov bolo signifikantne vyššie skóre pre patologický narcizmus a signifikantne nižšie skóre pre empatiu. Nie je potvrdené, či narcistické rysy viedli k užívaniu anabolík, alebo boli naopak výsledkom ich užívania.

2.4 Všeobecné diagnostické kritériá MKCH-10 a DSM-IV pre špecifickú poruchu osobnosti

Všeobecné diagnostické kritériá MKCH-10 pre špecifickú poruchu osobnosti (F60)

Uvádzam doslovné znenie všeobecných diagnostických kritérií MKCH-10 pre F60 Špecifickú poruchu osobnosti podľa Smolíka (1996).

G1. Je priekazné, že charakteristická a trvalá vnútorná štruktúra a prejavy správania jedinca sú ako celok zreteľne odchylné od očakávaného prijateľného priemeru správania danej spoločnosti, respektíve od normy. Táto odchýlka sa musí prejavovať vo viac ako v jednej z nasledujúcich oblastí:

- (1) poznávanie, to znamená spôsoby vnímania a interpretácie vecí, ľudí a udalostí, formovanie prístupov k sebe a ostatným a predstáv o sebe a ostatných,
- (2) emotivita (rozsah, intenzita a primeranosť emočného vzruchu a odpovede),
- (3) ovládanie vlastných impulzov a uspokojovanie potrieb,
- (4) spôsob správania k ostatným a zvládanie interpersonálnych situácií.

G2. Odchýlka sa musí prejavovať ako výrazne neprispôsobivé, maladaptívne alebo iným spôsobom dysfunkčné správanie v rámci širšieho okruhu osobných a sociálnych situácií, nie je obmedzená len na špecifický „spúšťač“ moment alebo na špecifickú situáciu.

G3. Spôsob správania podľa kritéria G2 je príčinou osobných ťažkostí, alebo má nepriaznivý dopad na sociálne prostredie, alebo má oba dôsledky.

G4. Musí byť priekazné, že odchýlka je stála alebo dlhotrvajúca a že začala vo veku neskorého detstva alebo puberty.

G5. Odchýlku nie je možné vysvetliť ako prejav alebo dôsledok inej duševnej poruchy dospelého veku, aj keď súčasne s odchýlkou sa môžu vyskytovať, alebo na ňu nasadať epizodické alebo chronické stavy z F00-F59 alebo F70-F79.

G6. Ako možná príčina odchýlky musí byť vylúčené organické ochorenie, úraz alebo dysfunkcia mozgu. (Pokiaľ je možné dokázať organickú príčinu, mala by byť použitá kategória F07.)

Všeobecné diagnostické kritériá DSM-IV pre poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti boli po prvýkrát zaradené do klasifikácie Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch DSM-III v roku 1980.

Uvádžam všeobecné diagnostické kritériá pre poruchy osobnosti podľa dnes platnej americkej klasifikácie DSM-IV z roku 1994:

- A. Pretrvávajúce vzorce, sústava vnútornej skúsenosti, zážitkov, pocitov či cítenia a správania jedinca, ktoré sú ako celok zreteľne odlišné od očakávaného prijateľného priemeru správania danej spoločnosti, respektíve od normy. Tento pretrvávajúci vzorec sa prejavuje vo viac ako v jednej z nasledujúcich oblastí:
- (1) vnímanie, poznávanie (napríklad spôsoby vnímania a interpretácie samého seba, druhých ľudí a udalostí),
 - (2) emotivita (napríklad rozsah, intenzita, labilita a primeranosť emočnej odpovede),
 - (3) interpersonálne fungovanie,
 - (4) kontrola vlastných impulzov.
- B. Pretrvávajúci vzorec je nemenný, nepoddajný a všetko prestupujúci, prejavuje sa ako výrazne neprispôsobivé, maladaptívne alebo iným spôsobom dysfunkčné správanie v rámci širšieho okruhu osobných a sociálnych situácií.
- C. Spôsob správania vedie ku klinicky významnému distresu alebo poruche v sociálnej, profesionálnej, alebo inej dôležitej oblasti fungovania.

- D. Odchýlka je stála alebo dlhotrvajúca a začiatok sa dá vypátrať aspoň od obdobia puberty alebo ranej dospelosti.
- E. Odchýlku nie je možné vysvetliť ako prejav alebo dôsledok inej duševnej poruchy.
- F. Odchýlka nie je spôsobená priamym fyziologickým vplyvom substancií (napríklad abúzom psychotropných látok, užívaním liekov), alebo všeobecnými zmenami zdravotného stavu (napríklad traumou hlavy).

2.5 Diagnostické kritériá MKCH-10 pre narcistickú poruchu osobnosti

V MKCH-10 je narcistická porucha osobnosti zaradená do kategórie F60.8 **Iné špecifické poruchy osobnosti**. Narcistická porucha osobnosti spolu s pasívne-agresívnou poruchou osobnosti sú v dodatku k Výskumným diagnostickým kritériám MKCH-10-VDK ako poruchy s nie celkom istou klinickou a vedeckou oprávnenosťou.

Nasledujú diagnostické kritériá pre narcistickú poruchu osobnosti podľa MKCH-10, teda identické s americkými kritériami (Smolík, 1996):

1. Definícia

Hlavnými prejavmi sú trvalé veľikášstvo a nadmerná pozornosť venovaná sebahodnoteniu.

2. Diagnostika

Diagnostické kritériá MKCH-10 pre Narcistickú poruchu osobnosti

A. Musia byť splnené hlavné kritériá pre špecifické poruchy osobnosti.

B. Jednotlivec musí vykazovať najmenej 5 z nasledovných charakteristík:

- (1) veľikášska predstava o vlastnej dôležitosti (napríklad jednotlivec preceňuje dosiahnuté úspechy a svoje vlohy, očakáva, že bude považovaný za lepšieho, než sú ostatní, bez toho, že by tomu zodpovedali výsledky jeho činnosti),
- (2) zaujatie fantáziami o absolútnom úspechu, moci, vlastnej výnimočnosti, kráse alebo ideálnej láske,
- (3) viera, že je zvláštny a jedinečný a že môže byť pochopený a byť v spojení znova iba so zvláštnymi a vysoko postavenými ľuďmi a inštitúciami,
- (4) potreba nekonečného obdivu,
- (5) predstava o zvláštnej privilegovanosti, neoprávnené očakávania zvlášť slubného spôsobu liečby alebo automatického splnenia jeho prián a očakávaní,
- (6) využívanie interpersonálnych vzťahov vo svoj prospech tak, že využíva výsledky iných osôb na dosiahnutie vlastných cieľov,
- (7) chýbanie empatie, váhavosť a neochota rozpoznať alebo sa vžiť do pocitov alebo potrieb iných ľudí,
- (8) často závidí iným alebo verí, že iní závidia jemu,
- (9) arogantné, spupné správanie alebo prístupy.

2.6 Vývoj diagnostických kritérií pre narcistickú poruchu osobnosti v DSM-III a DSM-IV

Narcistická porucha osobnosti bola do oficiálnej klasifikácie zaradená v roku 1980 (DSM-III).

Vzhľadom k tomu, že sa mi zdá výstižnejší popis narcistickej poruchy osobnosti v DSM-III, citujem časti týkajúce sa kritérií pre narcistickú poruchu z oboch manuálov, z DSM-IV aj 3. revízie DSM-III (Blashfield a Breen, 1989).

Diagnostické kritériá DSM-III pre narcistickú poruchu osobnosti

Nasledujúce kritériá sú charakteristické pre súčasné a dlhodobé pôsobenie jedinca, nie sú obmedzené len na epizódy ochorenia a spôsobujú buď významné poškodenie v sociálnom alebo profesionálnom pôsobení, alebo subjektívne obtiaže.

- A. Velikášsky pocit vlastnej dôležitosti a jedinečnosti, napr. nadsadzovanie úspechov a schopností, sústredenie sa na výnimočnú podstatu vlastných problémov.
- B. Zaujatie fantáziami o neobmedzenom úspechu, sile, brilantnosti, kráse alebo ideálnej láske.
- C. Predvádzanie sa: osoba vyžaduje stálu pozornosť a obdiv.
- D. Chladná ľahostajnosť alebo výrazné pocity hnevu, poníženia, hanby, pokorenia alebo prázdnoty ako odpoveď na kritiku alebo ľahostajnosť druhých alebo na porážku.
- E. Aspoň dve z nasledujúcich charakteristík narušenia interpersonálnych vzťahov:
 - (1) nároky: očakávanie zvláštnej priazne bez spätnej zodpovednosti, napríklad prekvapenie alebo hnev, keď ľudia nerobia, čo on žiada,
 - (2) interpersonálne zneužívanie: využívanie výhod vydaných inými osobami k uspokojeniu vlastných priání a pre vlastný postup, prehliadanie osobnej integrity a práv ostatných,
 - (3) vzťahy, ktoré kolíšu medzi extrémami nadmernej idealizácie a znehodnocovania,
 - (4) chýbanie empatie: neschopnosť rozpoznať, ako druhí cítia, napríklad neschopnosť pochopiť úzkosť, nešťastie niekoho, kto je vážne chorý.

Klasifikácia porúch osobnosti patrí k najkontroverzným kápitólám psychiatickej klasifikácie. Psychodynamicky orientovaní psychiatri uprednostňujú dimenzionálnu klasifikáciu pred prístupom kategoriálnym, kedy porucha je charakterizovaná klinickými syndrómami. Pri hlbšej znalosti osobnosti pacienta stáva sa problémom zaradiť ho do jednej skupiny poruchy osobnosti. Dimenzionálna klasifikácia vychádza z premisy, že poruchy osobnosti sú maladaptívne varianty osobnostných rysov, vzájomne sa prelínajúcich a prechádzajúcich plynule do normy.

Kategória narcistická porucha osobnosti stále nie je presná, má neuspokojivú reliabilitu, často slúži ako označenie pre osobnosť, pre ktorú nevie lekár nájsť žiadnu diagnózu (Yalom, 1999).

DSM-IV (Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch DSM-IV vypracovaný Americkou psychiatickou spoločnosťou, APA) klasifikácia porúch osobností môže byť považovaná za dimenzionálnu.

Rozdeľuje špecifické poruchy osobnosti do troch základných podskupín (klastrov, trsov):

- A. Podivínske, excentrické osobnosti (paranoidná, schizoidná, schizotypová porucha osobnosti).
- B. Dramatické, emocionálne a nestále osobnosti (antisociálna, hraničná, histriónska a narcistická).
- C. Úzkostné, bojzlivé osobnosti (vyhýbavá, závislá, obsedantne-kompulzívna porucha osobnosti). Podľa klasifikácie DSM-III-R patrila do klastra C aj pasívne-agresívna porucha osobnosti.

Jedna, prípadne viaceré poruchy osobnosti, spolu s výraznejšími črtami nesúvisiacimi s poruchou, sa zaznamenávajú na osi II.

Diagnostické kritériá DSM-IV pre narcistickú poruchu osobnosti 301.81

Nasledujú diagnostické kritériá DSM-IV pre narcistickú poruchu osobnosti, podľa ktorého boli zostavené aj kritériá pre MKCH-10:

Pretrvávajúci vzorec grandiozity (vo fantázii alebo v správaní), potreba obdivu, chýbajúca empatia, so začiatkom v ranej dospelosti, prejavujúca sa aspoň piatimi z nasledujúcich bodov:

- (1) má veľikášsku predstavu o vlastnej dôležitosti (napríklad preceňuje dosiahnuté úspechy a svoje vlohy, očakáva, že bude považovaný za mimoriadneho, bez toho, že by tomu zodpovedali dosiahnuté úspechy),
- (2) opája sa fantáziami o neobmedzenom úspechu, moci, výnimočnosti, kráse alebo ideálnej láske,
- (3) verí, že je výnimočný a jedinečný, že môže byť pochopený výnimočnými jedincami, prípadne, že môže byť v spojení s inými výnimočnými alebo vysoko postavenými osobami alebo inštitúciami,
- (4) vyžaduje nadmerný obdiv,
- (5) má predstavu o zvláštnej privilegovanosti, napr. neoprávnené očakávania zvlášť sľubného spôsobu liečby alebo automatického splnenia vlastných očakávaní,
- (6) využíva interpersonálne vzťahy vo svoj prospech tak, že využíva výsledky iných osôb k dosiahnutiu vlastných cieľov,
- (7) má nedostatok empatie: nemá ochotu rozpoznať alebo sa vžiť do pocitov alebo potrieb iných ľudí,
- (8) často závidí iným alebo verí, že iní závidia jemu,
- (9) má arogantné, spupné správanie alebo postoje.

Iné diagnostické kritériá

Houbová so spolupracovníkmi (2005) uvádzajú Greenbergove 3 diagnostické kritériá narcistickej poruchy osobnosti:

1. Chýbanie schopnosti regulovať vnútorne, svojimi prostriedkami vlastnú sebaúctu.
2. Sebaaponímanie je závislé od mienky druhých. Musia venovať veľké množstvo energie tomu, aby sa druhým zapáčili a aby od nich dostali potvrdenie, ktoré si sami nevedia dať.

3. Prítomnosť dvoch extrémnych a nerealistických pohľadov na seba, meniacich sa v závislosti od okolností. Vidia sa buď ako perfektní, alebo bezcenní. Bez ochranného pocitu dokonalosti upadajú do sebanenávistnej depresie a zažívajú silné pocity poníženia. Udržanie sebaúcty je ich primárny životný cieľ.

Millon (2003) zaraďuje narcistickú poruchu osobnosti do skupiny medziľudsky nevyrovnané, kam radí aj závislú, histriónsku a antisociálnu poruchu osobnosti. Medziľudsky nevyrovnané osobnosti sa silne klonia k jednému alebo druhému extrému polarity. Spája ich vyhranenosť na osi *ja versus druhí*, pri histriónskej a závislej poruche s orientáciou na druhých, pri antisociálnej a narcistickej s orientáciou na ja. Ďalšou výraznou charakteristikou je pasivita, očakávanie, že svet im bude pomáhať bez ich príspevku.

Houbová so spolupracovníkmi (2005) uvádzajú päť rôznych typov narcistickej poruchy osobnosti podľa Lowena:

1. *Falicko-narcistický charakter* – je najmenej závažná forma narcizmu. Spočíva v prehnanom ulpievaní na sexualite, svoju hodnotu jedinec odvodzuje od sexuálnej príťažlivosti.
2. *Narcistický charakter* – s grandióznym obrazom Ega.
3. *Hraničná osobnosť* – pôsobí skôr zraniteľne a závislo.
4. *Psychopatická osobnosť* – nadradení a arogantní jedinci s asociálnym správaním.
5. *Paranoidná osobnosť* – vzhľadom k presvedčeniu o vlastnej dôležitosti veria, že sa na nich dávajú, rozprávajú sa o nich, prípadne niečo proti nim chystajú.

Vplyv aktuálneho psychického stavu výrazne ovplyvňuje nielen klinický rozhovor, ale aj použitie diagnostických, najmä dotazníkových metód. U hospitalizovaných pacientov je vhodné diagnostikovať poruchu osobnosti až po odznení aktuálneho depresívneho, úzkostného, či iného stavu.

Ronningstam a Gunderson, autori, ktorí sa pokúšali identifikovať užitočné kritériá pre narcistickú poruchu osobnosti (1990), neskôr, na základe údajnej instability narcistickej psychopatológie, spochybňujú validitu narcistickej poruchy osobnosti ako diagnostickej kategórie (Ronningstam a Gunderson, 1995).

S určitými výnimkami sa osobnostná patológia u adolescentov podobá patológii u dospelých, je diagnostikovateľná vo veku od 14 do 18 rokov. Kategórie a kritériá vyvinuté pre dospelých nie sú však pre diagnostiku adolescentov optimálne. Je vhodné použiť empiricky a klinicky upravenú klasifikáciu pre adolescentov (Westen a kol., 2003).

2.7 Klinický obraz, priebeh

Klinický obraz narcistickej poruchy osobnosti sa pokúsím zhrnúť podľa jednotlivých funkcií.

Objektívne psychiatricky: Vzhľad býva často bezchybne upravený, môžu mať drahé klenoty a doplnky. Spolupráca, napríklad pri vyšetrení, trvá dovtedy, kým rozhovor naplnia ich prania a očakávania. Reč je často dobre modulovaná a artikulovaná. Emócie sú bez problémov vyjadrované a pestré, ale môžu sa javiť ako demonštrované (Robinson, 2001).

Emotivita: Na náznak kritiky, odmietnutia, nezájmu reagujú prudkými emóciami. Môžu reagovať depresívnymi rozladami alebo afektami zlosti (Nestor, 2002). Tzv. narcistický hnev sa objavuje, keď nie sú uspokojené potreby prijatia, pochvaly a ocenenia, čo prežívajú ako zranenie, odmietnutie a urážku. Jedna z prejavov narcistickej agresie je chronická intenzívna závisť, vyplývajúca z pocitu, že druhí sa cítia lepšie ako oni.

Myslenie a sebahodnotenie: Nadmerná pozornosť venovaná sebahodnoteniu, zveličujú svoje výkony a jedinečnosť. Obsahy myslenia spojené s grandióznym pocitom úspechu, moci, ašpirácií, konexií a vedomostí, len vzácnne sa zaoberajú inými. V myslení badať tendenciu k sofistikovanosti, môže byť i tangenciálne. Vhľad a úsudok môžu byť zhoršené. Sú si vedomí toho, že sa ostatní o nich menej zaujímajú, reagujú ostro, keď sú konfrontovaní so svojím podielom na situácii. Keďže ich sebavedomie je grandiózne, sú zvýšene zraniteľní na čokoľvek, čo sa dotkne ich sebavedomia. Na neúspech nedokážu reagovať adaptívne, katatýmne spracúvajú význam takých udalostí. Podľa Forda a spolupracovníkov (1988) je narcistická porucha osobnosti (spolu s histriónskou, hraničnou a antisociálnou) často spojená s fenoménom klamania.

Somaticky: Schlegel (2005) uvádza pozorovanie Kohuta, že narcisticky narušení ľudia sú často citliví na chlad, majú nedostatočnú schopnosť regulovať kožnú teplotu tak, aby mali príjemný pocit tepla. Kohut to vysvetľuje tým, že táto schopnosť regulácie sa získava cez teplo pri telesnom kontakte s matkou. Takisto pozoroval, že narcisticky zraniteľní ľudia reagujú na zranenie zahanbením a následnou vazokonstrikciou v koži a slizniciach, sú náchylnejší na infekty horných dýchacích ciest.

Správanie a sociabilita: Trpia pocitmi prázdnoty, osamelosti a nedostatočnej empatie, popisujú to ako neschopnosť priblížiť sa k druhým, tešiť sa z ich prítomnosti, prežívať lásku.

Vo vzťahoch sú akoby v ľahkej vzdialenosti, snažia sa vytvoriť ilúziu o svojej samostatnosti. Prejavujú sa grandiózne, vyžadujú obdiv, aby ich okolie hodnotilo ako originálnych, očarujúcich, zvláštnych. Neradi odpúšťajú a neoslavujú úspechy iných (Praško a kol., 2003). Majú pocit oprávnenosti ku zneužitiu druhých, vyžadujú zvláštne pravidlá, ktoré si vďaka svojej údajnej výnimočnosti zaslúžia. Riziko samovraždy a vraždy nie je vysoké, no zvyšuje sa s narcistickým zranením (Robinson, 2001).

Švrakič (1990) popisuje interpersonálne vzťahy, ktoré vytvárajú narcistické osoby v troch rovinách:

1. *Interpersonálne vzťahy tvorené grandióznym Self:* zahŕňajú zrkadlenie, striedanie idealizácie a devalvácie, nedostatok empatie, pseudoaltruizmus, egocentrizmus, zvädzanie, závislosť od lichotenia.
2. *Interpersonálne vzťahy tvorené skutočným Ja:* obsahujú závisť a agresivitu voči druhým, snahu o splynutie so silnou osobou, intolerancia kritiky, snaha o vylúčenie osôb, ktoré majú niektoré z ich neprijateľných rysov spojených so skutočným Ja.
3. *Interpersonálne vzťahy tvorené nezrelým Superegom:* zahŕňajú parazitizmus a využívanie druhých, nedôveru voči druhým, pragmatizmus vo vzťahoch, rivalitu.

Priebeh narcistickej poruchy osobnosti

Priebeh, ako pri všetkých poruchách osobnosti je chronický, s obdobiami dekompenzácie. Môže byť komplikovaný komorbiditou – somatizačnou poruchou, konverznou poruchou, disociačnou poruchou, sexuálnymi poruchami alebo depresiou (Praško a kol., 2003).

V *detskom veku* sa narcistická porucha nediagnostikuje, pravdepodobne sa prejavuje poruchami správania.

Podľa Gabbarda (1994) môže mať narcizmus v *ranej dospelosti* istú výhodu. Problémom narcistických pacientov však býva kvalita intímnych vzťahov. Objektové vzťahy slúžia u narcisticky narušených jedincov k popretiu nedostatkov Self-ideálu. Sú na objekte závislí, no pre zaistenie sebavedomia si potrebujú uchovať pocit nezávislosti. Z objektu sa stáva objekt narcistický, závislosť je akceptovaná, kým plní narcistickú funkciu, je idealizovaný, navyše obohatený vlastnosťami ideálneho Self. Narcisticky narušený človek je odkázaný na svoje narcistické objekty. Keďže jeho regresívne prežívanie mu zhoršuje schopnosť zvnútorňovania objektov, potrebuje takmer ich neustálu prítomnosť. Odlúčenie znamená hrozbu. Gabbard (1994) uvádza Lochovu tézu o závislosti na reálnej prítomnosti idealizovaného objektu ako rozhodujúcej dispozícii k depresívnym klinickým obrazom. Uvádza tiež názor Rosenfelda, že subjekt sa k narcistickému objektu správa ako k ideálnemu a nenahraditeľnému, ale ako individuum je pre neho bezvýznamným, čo je prejav odštiepenej agresie. Objekt sa cíti využívaný, subjekt začína byť sklamaný. Na odvrátenie sklamaní používa mechanizmus vyhnutia. Subjekt sa zo vzťahu stiahne. Idealizácia partnera sa postupne mení na znehodnocovanie, prípadne nudu, pacienti hľadajú iných partnerov, kvôli svojej potrebe obdivu a dokonalého súladu. Postupne sa znižuje počet vzťahových osôb, hlbšie vzťahy zlyhávajú, existujú len povrchné kontakty.

V *strednom veku*, medzi tridsiatkou a štyridsiatkou sa zvyknú usadiť, vzhľadom k prílišnej vulnerabilite a závislosti, pociťujú strach z pokorenia ich partnerom, t.j. strach z fragmentácie Self.

Vo vyššom veku sa môžu narcistickí pacienti cítiť osamelí, nemilovaní, kvôli vlastnej závislosti (ktorú by mali nahradiť obdivom) sa nevedia tešiť z úspechov mladších ľudí, ani vlastných detí.

Starnutie znášajú narcistickí pacienti ťažko. Aby si dokázali, že nestarnú, podávajú mimoriadne športové výkony, alebo majú mimomanželské vzťahy. Väčšinu narcistických uspokojení zažije človek v puberte a ranej mladosti, určité v dospelosti. Potom pribúdajú chronické ochorenia, telesné a psychické obmedzenia, odlúčenie, straty, osamelosť. Konfrontácia grandiózneho Self s limitmi a dočasnou ľudského života je nevyhnutná.

2.8 Diferenciálna diagnostika a komorbidita

- *Disociaálna porucha osobnosti*: Narcistický pacient využíva druhých, ale racionalizuje si to ušľachtilými motívmi, jeho ciele sú získanie uznania jeho jedinečnosti, nadradenosti. Pri disociaálnej poruche osobnosti človek verí, že svet je založený na koristení, preto racionalizácie nepotrebuje, ciele sú prevažne materialistické (Praško a kol., 2003).

- *Hraničná porucha osobnosti*: Pri tejto poruche je zjavnejšie zúfalstvo, sú prítomné suikidálne a sebaoškodzujúce tendencie a konanie. Obe poruchy môžu koincidovať. Hraniční pacienti sa cítia byť extrémne odkázaní na významné objekty a správajú sa k nim regresívne, sú plní pasívnych očakávaní. Narcistickí pacienti, v rámci psychoanalytickej teórie, že Ego sa uchýľuje k fantazijnej jednote s omnipotentným Self-objektom, sa cítia byť nezávislí od pomoci druhých (Mentzos, 2004).
- *Histriónska porucha osobnosti*: Títo ľudia chcú pozornosť za každú cenu, aj za cenu hanby. Narcistický pacient veľmi ťažko znáša kritiku a zosmiešnenie.
- *Somatizačná porucha*: V popredí sú telesné ťažkosti. Obe poruchy môžu koincidovať.
- *Závislá porucha osobnosti*: Chýba tu emocionálny spôsob prejavu, tlak na výkon, obdiv a výnimočnosť (Praško a kol., 2003).
- *Hypománia, depresívna epizóda, dystýmna porucha*: Mentzos (2004) vysvetľuje možný vznik manického, respektíve depresívneho stavu nasledovne: v situácii straty narcistického uspokojenia, môže dospelý reagovať buď negáciou závislosti od okolia mobilizáciou veľikáškého Ja, alebo naopak úplným podriadením a závislosťou na ich priazni. Mobilizáciou archaického Nadja sa snaží získať odpustenie a znovuprijatie. Je to akoby opakovanie vzorcov správania z raného detstva, kedy ako dieťa nedostávalo dostatok podpory, chvály spolu s vyváženou kritikou, potom kompenzačne zostávalo pri svojom veľikášskom Ja, alebo naopak, snažilo sa prehnaným prispôbením predstavám rodičov získať ocenenie a priazeň.

3 TERAPIA NARCISTICKEJ PORUCHY OSOBNOSTI

Na rozdiel od pacientov s inými poruchami osobnosti, narcistickí pacienti často vyhľadávajú pomoc. Patria medzi najčastejších pacientov psychodynamických terapií. Motiváciou k liečbe sú vzťahové problémy, dysfória po narcistickom zranení. V terapii vidia prostriedok na zvýšenie sebaúcty.

Stanovenie si tradičnej freudovskej normy psychologického zdravia – byť schopný pracovať a milovať – ako cieľ terapie je diskutabilné. Narcistickí pacienti môžu byť v zamestnaní veľmi úspešní. Môžu si nájsť partnera, ktorého osobnostná štruktúra bude komplementárna k ich vlastnej a dosiahnuť tak uspokojivý kompromis vo vzťahu. Cieľom v liečbe je skôr pomôcť pacientovi akceptovať samého seba bez podpory grandiozity (Robinson, 2001).

Praško so spolupracovníkmi (2003) uvádzajú Benjaminovej odporúčenie poukazovať v terapii na to, aké je to zatažujúce usilovať o neustály obdiv. Za dôležité považuje naučiť pacienta nebyť zraniteľný nezaujmom a nemožnosťou permanentného obdivu v medziludských vzťahoch. Treba zdôrazniť, že cena za tieto nesplniteľné požiadavky je vysoká, je to pacientovo zdravie, chýbajúci pocit šťastia a zlá kvalita vzťahov.

3.1 Psychoanalýza a dynamická psychoterapia

3.1.1 Všeobecné zásady a ciele terapie

Informácie v nasledujúcej časti som čerpala najmä z práce Gabbarda (1994). Podrobnejšie uvediem dva rozdielne prístupy v liečbe narcistických pacientov, Kohutov a Kernbergov. Obaja sa napriek odlišným teoretickým i praktickým prístupom zhodujú v tom, že psychoanalýza je u väčšiny pacientov s narcistickou poruchou osobnosťou metódou voľby. Obaja však zároveň tvrdia, že liečba narcistických pacientov je veľmi ťažká.

Kohut zdôrazňoval *empatiu* ako základný kameň terapie. Pacientovi má byť umožnená idealizácia terapeuta. Je potrebné pochopenie voči pacientovmu pokusu znovuaktivovať narušený rodičovský vzťah tak, že tlačí terapeuta k tomu, aby vyhovel jeho potrebe schvaľovania, idealizovania a napodobňovania.

Schlegel (2005) zdôrazňuje Kohutom doporučovanú vnímavosť voči pacientovým pocitom zahanbenia, nepochopenia, prichytenia, napríklad pri prerieknutí pacienta. Treba sa vyhýbať ostrej kritike, kladeniu otázok. Venovať pozornosť pacientovmu pokroku. Vyzdvihovať pacientove pozitívne stránky. Pomôcť hľadať vhodné Self-objekty. Nenútiť k separácii a autonómii. Kohut očakáva terapeutickú zmenu predovšetkým v nevedomej oblasti. *Cieľom terapie* je odklon od archaických primitívnych objektov ku schopnosti nadviazať vzťah so zrelšími a primeranejšími osobami a zmierniť závislosť od ich potvrdenia.

Úspešná liečba vedie k rozšíreniu možností nadväzovať pravé objektovo-libidinózne vzťahy, zvýrazňuje sa orientácia na vlastný samostatný systém hodnôt, upevňuje sa zdravá sebaistota a radosť zo zmysluplnej činnosti a úspechu. Cez vciťovanie sa do druhých sa rozširuje osobnosť, rozvíja kreativita, humor a životná múdrosť, závislá i od veku a skúseností.

Gabbard (1994) vo svojej práci uvádza terapeutický prístup Kernberga. Kernbergov prístup je viac *konfrontačný* ako Kohutov. Tvrdil, že je žiaduce s pacientom konfrontovať jeho závisť, odmietanie pomoci druhých, nenásytnosť a požadovačnosť a skúmať ich z hľadiska dopadu na pacientovo okolie. Prijatie niečoho pozitívneho od terapeuta stupňuje pacientovu závisť, vyvoláva totiž jeho pocity menejcennosti. Preto v takých situáciách možno poznamenať: „Možno potrebujete zamietnuť moje slová, aby ste sa vyhli pocitom závisťi“. Pacient obranne používa znehodnocovanie terapeuta, je potrebné túto snahu neustále s pacientom konfrontovať.

Kernberg sa významne líši od Kohuta takisto v *cieľoch liečby*. Domnieva sa, že kognitívne porozumenie umožnené interpretačnou prácou je základom terapeutického procesu. Medzi terapeutické ciele patrí prepracovanie pocitov viny, vytvorenie záujmu o druhých, integrácia idealizácie a dôvery s hnevom a pohrdaním, teda integrácia pozitívnych a negatívnych častí pacienta. Pacient sa musí vysporiadať s pocitmi závisťi voči terapeutovi.

Kernberg popisoval 3 úrovne *narcistickej štruktúry osobnosti dôležité z hľadiska prognózy terapie*:

1. Vysoká úroveň organizácie – dobre fungujúci, často úspešní, často vznikajú problémy vzťahové v strednom veku (middleage crises).
2. Na strednej úrovni fungovania osobnosti – so vzťahovými problémami, pocitmi prázdnoty a neurotickými príznakmi. Sú to pacienti vhodní na hlbinnú analýzu, majú relatívne dobrú prognózu.
3. Na najnižšej úrovni, borderline úrovni fungovania osobnosti – s primitívnymi obrannými mechanizmami, slabým Ja, so zlou toleranciou úzkosti, a zlou kontrolou impulzov. Prognosticky sa jedná o skupinu najmenej priaznivú, vhodná je podporná psychoterapia prípadne kombinovaná s hlbinnou. Zvlášť nepriaznivá je prítomnosť aj antisociálnych črt.

Kernberg považuje narcistických pacientov s antisociálnymi črtami za neliečiteľných.

Prognosticky priaznivá je schopnosť tolerovať smútok a trúchlenie, v prenose prevaha pocitov viny nad paranoiditou, určitá schopnosť sublimovať primitívne pudenie, kontrolovať impulzy a motivácia pacienta.

U narcistických pacientov na borderline úrovni je výhodnejšia podporná psychoterapia, pri výraznej slabosti Ega a najmä zlej kontrole impulzov, prednostne v ústavnej starostlivosti.

Pre názornosť uvádzame prehľad odporúčaných zásad terapie podľa Kohuta a Kernberga (Praško a kol., 2003):

Kohut:	Kernberg:
1. Prijíma idealizáciu ako normálnu vývojovú potrebu.	1. Interpretuje idealizáciu ako obranu.
2. Empaticky prijíma pacientove pocity ako zrozumiteľnú reakciu na zlyhanie rodičov.	2. Pomáha pacientovi vidieť jeho podiel na problémoch vo vzťahoch.
3. Empaticky prijíma pacientove vyjadrenia bez komentára, vníma odpor ako zdravú psychickú aktivitu, ktorá chráni Self.	3. Konfrontuje a interpretuje odpor ako obranný mechanizmus.
4. Vyzdvihuje pacientovu lepšiu stránku.	4. Skúma pozitívnu, ale i negatívnu stránku pacienta.
5. Podporuje pacientov vývoj.	5. Zameriava sa na závisť a jej dôsledky – neschopnosť požiadať o pomoc a pomáhať
6. Cieľom terapie je pomôcť pacientovi dosiahnuť psychickú stabilitu a nadviazať primerané vzťahy.	6. Cieľom terapie je umožniť pacientovi zažiť pocity viny a záujem o druhých, integrovať idealizáciu a dôveru s hnevom a pohrdaním.

Gabbard (1994) zastáva názor, že Kohutov prístup je vhodný skôr pre skupinu ostrážitých, hypervigilantných, „tenkokožích“, naopak Kernbergova technika skôr pre skupinu nevšímavých, „hrubokožích“. Vzhľadom k rôznorodosti príčin i klinických obrazov narcistických porúch, treba ku každému pacientovi pristupovať individuálne, odhaľovať spolu s ním pôvod jeho ťažkostí bez rigidnej snahy o zosúladenie sa s teóriami. V terapii postupovať tak, ako si to vyžaduje konkrétny pacient. Sú pacienti, ktorí netolerujú iný ako empatický prístup vychádzajúci z Kohutovho modelu. Naopak, niektorí pacienti sa cítia byť pochopení viac pri konfrontačnom prístupe podľa Kernberga. Niektorí, napriek tvrdeniu puristov, že tieto dve teórie sú nezlučiteľné, potrebujú kombináciu horeuvedených prístupov, napríklad na začiatku terapie Self-psychologický prístup, po vybudovaní terapeutickej aliancie viac konfrontačný prístup. Základom zostáva *terapeutický vzťah*.

Hašto (1999) pripomína, že Balint nazýva narcistických pacientov ako pacientov so základnou poruchou. Zážitok hlbokého pokoja a bezpečia, pocit splyvania so svetom a iné vrcholné zážitky v psychoterapii sa javia ako regresia do stavu primárneho narcizmu, respektíve primárnej lásky. Regresia a stav primárnej lásky umožňuje pozitívny zvrät v terapii, môžu viesť k lepšiemu fungovaniu osobnosti, k tzv. novému začiatku. Štádium liečby, ktoré Balint nazýva novým začiatkom, zodpovedá regresii na obdobie raného detstva, dá sa chápať ako nový začiatok v schopnosti milovať. Pacient prežíva návrat do obdobia, kedy bola jeho primárna láska zmarená frustráciami. Psychoterapeutický vzťah mu poskytuje toľko istoty, že môže regresovať na naivnú formu lásky, bez úzkosti, zloby a podmienok. Nový začiatok ktorý sa vyznačuje tým, že u pacientov sa v náznakoch objavujú na objekt zamerané priania. Zo začiatku sa môžu objavovať proti vlastnej vôli, môžu vyvolávať úzkosť. Po prekonaní odporov, sa k nim pacient otvorene priznáva a ich možné uspokojenie je prežívané so slasťou. Ide o typ túžob, kedy od terapeuta pacient potrebuje konkrétne prejavy náklonnosti,

láskavé slovo, oslovovanie krstným menom, niečo si od terapeuta požičať, prípadne dostať, môcť sa ho dotknúť, držať ho za ruky, byť pohladený. Ak takéto pranie terapeut pacientovi s taktom a opatrnosťou, v príhodnú dobu a v primeranom čase splní, v pacientovi to navodí pohodu a pokoj, následne je to možné analyticky spracovať. V prípade, že terapeut pacientovi nevyjde v ústrety, môže ten stratiť vnútornú istotu, má pocity znehodnotenia a zatrpknutosti. Môže to viesť k agresívnym fantáziám a impulzom s následnými pocitmi viny. Pacient by mal s terapeutom prežiť medziľudský vzťah zbavený zloby, v ktorom si môže dovoliť dôverovať, cíti sa bezpečne a môže skúmať hlbšie vrstvy svojej osobnosti. Ide o jednostranný primárne objektový vzťah, resp. primárnu lásku. Môže sa vzdať obranných mechanizmov, ktoré mu slúžia na zmiernenie úzkosti z oddania sa a z potreby lásky. Po takomto zážitku je pacient schopný rozvíjať zrelšie formy lásky.

Sandler so spolupracovníkmi (1994) zdôrazňujú, že v psychoanalýze sa od prenosu odlišuje kvalita vzťahu pacienta k lekárovi, ktorá sa nazýva **terapeutická aliancia**, liečebné spoločenstvo, pracovné spojenectvo, terapeutický kontrakt medzi pacientom a lekárom. Zakladá sa na pacientovom vedomom i nevedomom prání spolupracovať, na jeho schopnosti prijímať terapeutovu pomoc pri prekonávaní vnútorných ťažkostí. Predpokladom je akceptovanie vlastnej potreby popasovať sa s vnútornými problémami a zúčastňovať sa na analytickej práci napriek vnútorným a vonkajším odporom. Ku zložkám liečebného spojenectva patria schopnosť uvažovať o sebe ako o druhom človeku, schopnosť znášať určité množstvo frustrácie, prítomnosti určitého stupňa základnej dôvery, identifikácia s cieľmi liečby. Terapia sa dá zahájiť aj bez silného liečebného spojenectva, ale istá forma kontraktu je na začiatku nutná. Liečebné spojenectvo sa môže a má vytvoriť v priebehu terapie.

3.1.2 Prenos, protiprenos

Prenosové i protiprenosové fenomény sú pri liečbe narcistickej poruchy silné.

Sandler so spolupracovníkmi uvádzajú Greensonovu definíciu prenosu: „**Prenos** je prežívanie takých pocitov, popudov, fantázií a obrán voči určitej osobe v prítomnosti, ktoré sú vo vzťahu k tejto osobe *neprimerané a sú opakovaním, premiestnením reakcií, ktoré začali vo vzťahu k dôležitým osobám vo včasnom detstve*. Aby reakcia mohla byť považovaná za prenos, musí mať dve charakteristiky: musí to byť opakovanie minulosti a neprimerané v prítomnosti“ (Sandler a kol., 1994, s. 23). Uvádzajú i definíciu Fenichela, že prenos je zmiešaním minulosti a prítomnosti vo vzťahu k terapeutovi.

Počas liečby narcistickej poruchy osobnosti je terapeut buď *idealizovaný* ako dokonalý, alebo *devalvovaný* ako neschopný. Častá je idealizácia súčasného a devalvácia predchádzajúcich terapeutov. Pacient môže terapeuta prehliadať spôsobom, akým ho prehliadali jeho rodičia. Ide o *proces projektívnej identifikácie*, aspekt pacienta je projikovaný na terapeuta, ktorý by mal pacientovi pomôcť, aby ho reintrojikoval.

Kohut a Wolf (1984) zdôrazňujú nutnosť empatickej akceptácie pacienta a rozvoj *idealizujúceho, zrkadliaceho a twinship prenosu*:

1. *Idealizujúci prenos* je opakovaním normálnej vývojovej fázy. Pacient vníma terapeuta ako všemohúceho rodiča, ktorého prítomnosť upokojuje a lieči, terapeut je v roli idealizovanej matky. Hašto (2005) vysvetľuje, že v idealizujúcom prenose sa aktivujú potreby splynutia s určitou osobou, v ktorej si idealizujú silu a pokoj.
2. *Zrkadliaci prenos* je prejavom grandiózne-exhibicionistického Self. V zrkadliacom prenose oživa detská potreba schvaľujúceho a potvrdzujúceho zrkadlenia, na ktorú v detstve okolie nedostatočne reagovalo. Pacient vníma terapeuta ako objekt podobný jemu samému, hľadá u neho schvaľujúcu odpoveď.
3. *Twinship prenos*, prenos dvojníka je stav, kedy pacient má potrebu byť taký ako terapeut. Schlegel (2005) pripomína odporúčenie Argelander, že terapeut by mal umožniť pacientovi identifikovať sa s terapeutovým emočným svetom podobne, ako sa tomu učí dieťa od rodiča. Problém je, že narcistický pacient často berie terapeuta ako ľudský objekt, s ktorým sa nechce dostať do tesnej blízkosti, pretože mu nedôveruje.
Švakič (1990) analogicky uvádza tri podtypy zrkadlenia podľa Kohuta:

1. *fúzujúci prenos* – kedy narcistická osoba požaduje dominanciu nad objektami,
2. *prenos pravého zrkadla* – keď očakáva obdiv a uznanie od externalizovaných objektov,
3. *twinship prenos* – kedy narcistická osoba očakáva, že sa druhí budú cítiť a správať presne ako on.

Uvedené Self-objektové prenosi by nemali byť interpretované predčasne. Terapeut by mal pacienta viac prijímať, upokojsovať ako interpretovať. Vhodná intervencia: „Je to zraňujúce, keď s Vami nie je zaobchádzané tak, ako cítite, že by ste si to zaslúžili“. Treba sa vyhnúť opakovaniu zlyhania v empatii, ako k tomu dochádzalo u rodičov, ktorí opakovane pacientovi tvrdili, že jeho pocity sú iné než tie, ktoré popisuje.

Kernberg (Gabbard, 1994) zdôrazňoval, že sa treba zamerať nielen na pozitívny, ale aj negatívny prenos, aby sa nezvyšoval strach pacienta z vlastného hnevu a závisť a nespôsobil ich odštiepenie. Negatívne prenosové fenomény majú byť interpretované.

Schlegel (2005) uvádza Kohutovo pozorovanie, že pri frustrácii v priebehu liečby môže dôjsť k regresii prenosu a môže byť naznačená *fragmentácia Self*, ktorá má zodpovedať regresii na autoerotické štádium. Treba citlivo vnímať známky fragmentácie Self pacienta počas sedenia. K dekompenzácií v zmysle fragmentovaného Self môže v terapii dôjsť napríklad po neempatických interpretáciách (Hašto, 2005). Keď fragmentácia vznikne, treba sa zamerať na predchádzajúcu udalosť viac ako na obsah fragmentácie. Treba vnímať ako pacient znovuprežíva traumy prežitú vo vzťahu s rodičmi.

Pojem **protiprenos** má viacero významov. Sandler so spolupracovníkmi (1994) využili Littleho prehľad rôznych výkladov protiprenosu:

1. Pôvodný Freudov názor, že protiprenos sú vlastne odpory v analytikovi z aktivácie jeho vnútorných konfliktov, narušujú jeho schopnosť porozumieť a ochromujú ho pri vedení analýzy, pretože spôsobujú slepé miesta, je dnes už prekonaný.
2. Podľa Reichovej je protiprenos prenosom analytika na pacienta. Pacient sa stáva náhradou za dôležitú osobu analytikovho detstva.

3. Podľa Balinta zahŕňa protiprenos osobnostné charakteristiky analytika, ktoré sa odrážajú v jeho práci a môžu spôsobovať ťažkosti pri vedení terapie. Je súhrnom vedomých a nevedomých postojov analytika k pacientom.
4. Podľa Gitelsonovej znamená protiprenos špecifické obmedzenia analytika vyvolané určitým druhom pacientov a taktiež špecifickú reakciu analytika na prenosy pacientov.
5. Heimanová zastávala názor, že protiprenos je vhodnou a normálnou emočnou odozvou na pacienta. Môže to byť dôležitá terapeutická pomôcka, je základom empatie a porozumenia.

Obmedzenie významu protiprenosu len na analytikov prenos na pacienta je príliš zjednodušujúci. Naopak, rozšírenie pojmu na všetky analytikove vedomé a nevedomé postoje, prípadne jeho všetky osobnostné rysy vedie k bezobsažnosti termínu protiprenos. Podľa Sandlera a spolupracovníkov (1994) je najužitočnejšie protiprenos chápať ako *špecifickú odozvu analytika na špecifické kvality pacienta*.

Dôležité je zvládnutie protiprenosových problémov. V protiprenose hrozí u terapeuta nevedenie si vlastných *narcistických* potrieb, inokedy *nuda*, pocit, že je *manipulovaný*, prípadne *bezmocnosť*, *dotknutosť* pri znevážení (Praško a kol., 2003). Rozvinutie idealizujúceho prenosu prináša nebezpečie, že terapeut protiprenosovo akceptuje pacientovu predstavu o svojej výnimočnosti. Môže vzniknúť vzájomný *obdiv*. Trvanie býva len krátke, nevyhnutne prichádza devalvácia. Pre terapeuta je neľahké zvládať protiprenosové pocity, ktoré súvisia so znehodnocovaním a osočovaním terapeuta bežným u narcistických pacientov. Môže to viesť k terapeutovým *pocitom neschopnosti*, *zbytočnosti*, *hnevu* až protiprenosovej *nenávisťi* voči pacientovi. Je nutné vyhnúť sa trestajúcim protiaktiám (Gabbard, 1994). Hypervigilantná narcistická porucha vyvoláva v terapeutovi protiprenosové pocity, že ho chce pacient *kontrolovať*. (Pacient môže napríklad aj najmenší pohyb vyhodnocovať ako prejav odmietania, nudy. Je možné, podľa Kernbergovho prístupu, upozorniť ho na to, že má nerealistické očakávania a že nemôže druhých prinútiť, aby sa podľa toho správali. Self-psychologická intervencia by mohla popísať to, že pacienta zraňuje i seba menšia reakcia terapeuta, pretože má pocit, že sa mu napríklad dostatočne nevenuje.)

Treba si uvedomiť, že nielen pacient, ale i terapeut môže byť nositeľom narcizmu. Narcistický pacient sa dožaduje významného terapeuta. Preto sú narcistickí pacienti často liečení narcistickými terapeutmi.

3.1.3 Odpor a obranné mechanizmy

Odpor bol pôvodne chápaný ako pacientov vzdor proti vybavovaniu spomienok a voľných asociácií. Tento pojem bol čoskoro rozšírený na všetko, čo prekáža postupu a cieľom terapie a vychádza z pacienta. Odpor je pojem viac klinický ako psychologický.

Sandler so spolupracovníkmi (1994) uvádzajú Deutschovej trojstupňovú klasifikáciu odporu:

- intelektualizujúce odpory, kedy sa pacient pokúša nahradiť prežívanie pochopením,
- prenosové odpory a
- odpory vynorujúce sa v dôsledku potreby brániť sa voči hromadeniu materiálu z detstva.

Odporúčajú riadiť sa aj Gloverovým popisným rozlišovaním odporov na:

- odpory zrejme, masívne (napríklad prerušenie liečby, neskoré príchody, zabudnutie na sedenie, mlčanlivosť, odmietanie analytických výkladov, roztržitosť, zaspávanie) a
- odpory nenápadné (ukryté za zdanlivým vyhovením, súhlasom so všetkým, prinášanie takého materiálu, o ktorý má terapeut záujem).

Odpory sú prekonávané interpretáciami a inými zásahmi terapeuta. Dôležitou súčasťou terapie sú zásahy upovedomujúce pacienta o jeho odporoch, snaha, aby ich považoval za prekážky, ktoré je nutné pochopiť a prekonať.

Sandler so spolupracovníkmi (1994) súhlasia s Freudovým názorom, že odpor je úzko spätý s obrannými mechanizmami. Kým obrany sú súčasťou pacientovej psychologickej štruktúry, odpory sú realizáciou jeho pokusov chrániť sa pred ohrozením rovnováhy v priebehu terapie. V psychoanalýze hrá dôležitú úlohu analýza odporov cestou analýzy obrán.

Sandler so spolupracovníkmi (1994) používajú pojem **agovanie (acting-out)** v dvoch hlavných významoch:

1. Na popis prejavov správania, ktoré nastanú počas terapie a sú s ňou v príčinnej súvislosti. Psychické obsahy, priania, spomienky, ktoré v analytickej situácii znovu ožili, sa prejavia nie rozpomenutím, ale odohraním. Ak sa týkajú osoby analytika, hovorí sa o agovaní v prenose. Agovanie v pôvodnom zmysle sa vyskytuje v terapeutickom prostredí i mimo neho.
2. Na popis habituálneho typu akcií a správania daných osobnosťou a jej patológiou, ktoré majú viac vzťah k jedincovi ako k liečebnému procesu. Agovanie je potom opakovanie infantilnej situácie, akoby sa sociálne správanie používalo na riešenie intrapsychických konfliktov.

Obranné mechanizmy sú duševné procesy, ktorých cieľom je redukcia úzkosti, operujú nevedomo a popierajú, alebo skresľujú realitu. Ak chce človek uniknúť otrasu sebacitu má k dispozícii obranné mechanizmy, patriace k rôznym vývojovým štádiám. Narcistický systém je náchylný k regresii, často získavajú prevahu *vývojovo rané mechanizmy*. Podľa Henselera (1984) sa jedná o:

- vynorenie sa infantilne zvýraznených Ego-ideálov, ktoré sa predpokladajú aj u objektov,
- veľkášske fantázie o vlastnej osobe, idealizovanie objektov,
- identifikácia na úkor identity,
- oslabenie kontroly reality vo vzťahu k sebe a objektom,
- čiastočnú reexternalizáciu trestajúcich a potvrdzujúcich aspektov Superega.

Gabbard (1994) uvádza primitívnejšie obranné mechanizmy osobnosti charakteristické pre poruchy osobnosti a psychózy: štiepenie, projektívnu identifikáciu, introjekciu a vytesnenie. *Štiepenie* je typický obranný mechanizmus u borderline pacientov. Kleinová ho povýšila do kľúčovej pozície emočného prežívania počas prvých mesiacov života. Umožňuje dieťaťu oddeliť dobré od zlého, príjemné od nepríjemného, je to spôsob, akým je ohrozujúce oddelené od ohrozeného. Sekundárne sa potom vyvíja do psychologickej obrany. Podľa

Kernberga (1999) je štiepenie základnou príčinou slabosti Ega a klinicky sa prejavuje často sa meniacim protichodným správaním, nedostatkom kontroly impulzov, idealizáciou a podhodnocovaním, koexistenciou protichodných striedajúcich sa sebareprezentácií.

Projektívna identifikácia je trojstupňový nevedomý proces, kedy vlastné aspekty sú prísúdené niekomu inému: 1. pacient projikuje seba-reprezentáciu na terapeuta, 2. terapeut sa nevedome identifikuje s tým, čo pacient projikuje, začína sa tak cítiť, respektíve konať, 3. terapeut materiál spracuje a reintrojkuje pacientovi.

Introjekcia je nevedomý proces, pri ktorom je externý objekt symbolicky zvnútornený a prežívaný ako súčasť seba.

Vytesnenie je priamym popretím traumatických zážitkov.

Podľa Praška so spolupracovníkmi (2003) je najčastejším obranným mechanizmom u narcistických pacientov *idealizácia*. Na rozdiel od zdravého jedinca, môže narcisticky narušený človek reagovať na ublíženie nezrelými obrannými mechanizmami, *popretím reality a idealizáciou* vlastnej osoby a blízkych objektov. Oživením starých reprezentácií grandiózneho Self a idealizovaných objektov sa sebaoprávanie vracia späť do *infantilného veľikášstva*. *Devalvácia* prichádza ako dôsledok sklamaní nerealistických nevedomých očakávaní. Akonáhle sa spochybní zvýšené sebavedomie, objavia sa rovnako prehnané pocity menejcennosti. Obraz o sebe kmitá medzi extrémami.

3.1.4 Interpretácie, iné zásahy a náhľad

Termín interpretácia sa používa vo viacerých významoch, ako synonymum všetkých verbálnych zásahov a taktiež ako zvláštny druh verbálnych zásahov. Podľa Sandlera so spolupracovníkmi (1994) v psychoanalytickej literatúre termín interpretácia znamená:

- analytikove závery o nevedomom význame pacientových tvrdení a zmysle jeho správania,
- predávanie úsudkov a záverov terapeuta pacientovi,
- všetky analytikove poznámky,
- verbálne zásahy špecificky zamerané na dosiahnutie dynamických zmien prostredníctvom náhľadu.

Sandler so spolupracovníkmi (1994) sa prikláňajú k názoru Greensona, že interpretácia je uvedenie nevedomého významu, zdroja, pôvodu, typu, alebo príčiny danej psychickej udalosti do vedomia. Len jeden zásah k tomu obvykle nestačí. Za hybné interpretácie považujú zmeny navodzujúce interpretácie, zasahujúce pacientovo Nadja, dotýkajú sa bezprostredne prebiehajúcich procesov. Odvolávajú sa na Freudove odporúčanie, že interpretáciu nemožno povedať ihneď ako na ňu terapeut príde, je nutné správne časovanie, len vtedy má nádej na úspech. Thomä a Kächele (1993) takisto považujú za dôležité počkať, kým sa nevedomé procesy manifestujú v prenose takým spôsobom, aby ich bolo možné terapeuticky účinne interpretovať.

Pri liečbe narcistických pacientov sa interpretácie najčastejšie týkajú idealizácie a devalvácie v prenose, čierno-bieleho videnia reality, pocitov zníženého sebavedomia, nadmernej ctižiadosti, príčin problémov vo vzťahoch, strachu zo závislosti, z opustenia, zo zahanbenia.

Od interpretácie sa odlišujú ďalšie analytické techniky a zásahy:

1. Zasvätenie pacienta do procedúry, nevyhnutné k tomu, aby sa vytvorilo a udržalo analytické usporiadanie sedení.
2. Rekonštrukcia úsekov pacientovho života.
3. Otázky, ktorými sa získava a objasňuje materiál.
4. Príprava k interpretácii, napríklad upozornenie na opakujúce sa skúsenosti v živote pacienta, ktoré ten vníma ako vzájomne nesúvisiace.
5. Konfrontácie pútajú pozornosť k javu, ktorý treba zvýrazniť, aby si pacient uvedomil, že to, čomu sa doposiaľ vyhýbal, vyžaduje hlbšie pochopenie.
6. Klarifikácia pomáha pacientovi orientovať sa v súbore psychických dejov, s ktorými bol konfrontovaný. Ide o oddeľovanie významných detailov od nepodstatného materiálu.
7. Prepracovanie je možné po dosiahnutí náhľadu. Cieľom je dodať náhľadu väčšiu účinnosť a v pacientovi vytvoriť dôležité a trvalé zmeny náplňou prepracovania.

Sandler so spolupracovníkmi (1994) uvádzajú Horneyovej postreh, že niekedy dobrá interpretácia, aj pacientom pociťovaná ako správna, môže vyvolať negatívnu reakciu:

1. Pacient ju môže prijať ako podnet k súťaži s terapeutom. Pacient nereaguje na obsah interpretácie, ale na terapeutovo umenie.
2. Interpretáciu môže pacient cítiť ako úder namierený proti vlastnej sebaúcte. Akoby terapeut súčasne s odkrytím pacientových obtiaží vyjadroval aj svoje pohrdanie. Táto reakcia súvisí s nadmernou potrebou lásky a precitlivosťou voči odmietnutiu.

Intelektuálna znalosť psychoanalytického názoru na zdroj poruchy je neúčinná. Nevyhnutnou súčasťou účinného náhľadu je aj istá forma emočného prežitku. *Náhľad* (pochopenie) možno považovať za emočný alebo dynamicky účinný, ak pacientovi pomôže, aby si uvedomil fakt, ktorý sám o sebe môže i nemusí byť emóciou, ale uvoľňuje alebo spúšťa emočnú odpoveď.

3.2 Skupinová psychoterapia

Dynamickú skupinovú psychoterapiu je vhodnejšie kombinovať s individuálnou psychoterapiou, samostatná skupinová psychoterapia má viacero úskalí. Narcistický pacient má zväčša búrlivejší, ale produktívnejší priebeh liečby v skupine než v individuálnej terapii (Yalom, 1999). V skupine sa od neho totiž čaká, že sa bude deliť o čas, bude mať pre ostatných pochopenie, bude sa do nich vcíťovať, pomáhať im, zaujímať sa o ich pocity, bude dostávať kritické spätné väzby. Narcistickí pacienti často posudzujú užitočnosť skupiny podľa toho, koľko minút z času terapeuta a skupiny dostali (Yalom, 1999).

V jednej skupine by mal byť maximálne jeden narcistický pacient. Hypervigilantný pacient už návrh ísť do skupiny berie ako známku toho, že o neho terapeut nemá záujem. Väčšine narcistických pacientov vyhovuje, že majú publikum, no berú si nadmerne veľa priestoru. Môžu sa cítiť príliš mimoriadni na to, aby boli v skupine, preto sa stavajú do role koterapeuta.

Podľa Praška so spolupracovníkmi (2003) majú narcistickí pacienti problém byť v skupine v inej ako zvláštnej úlohe, od začiatku o nich zreteľne vieme, presadia sa, súperia s terapeutami, stavajú sa do pozície expertov.

Výhoda skupinovej psychoterapie je v tom, že pacienti musia prijať fakt, že aj druhí majú svoje potreby. Naučia sa tiež, ako pôsobia na druhých. Prenosové i protiprenosové reakcie sa v rámci skupiny akoby zriedia. Skupina dáva možnosť testovať realitu, konfrontačné spätné väzby od členov skupiny narcistickým pacientom ukazujú, že ich ostatní berú vážne, uznávajú ich schopnosť prevziať zodpovednosť za svoje činy a zmeniť správanie. Ignorovanie ani prílišná zhovievavosť nie sú prospešné (Yalom, 1999).

3.3. Kognitívne-behaviorálna terapia (KBT)

V kognitívne-behaviorálnej terapii sa pacient učí nahradiť nevhodné spôsoby správania a myslenia, naučené a udržiavané vonkajšími a vnútornými faktormi, vhodnejšími alternatívami.

Dôležité zložky KBT modelu narcistickej poruchy osobnosti podľa Praška so spolupracovníkmi (2003):

Jadrové presvedčenie o sebe:	Som menej ako druhí.
Jadrové presvedčenie o druhých:	Druhí sú lepší. Manifestné kompenzátorne: Druhí sú horší.
Odvodené predpoklady:	Som výnimočný, lepší ako druhí, bežné pravidlá pre mňa neplatia. Keď so mnou druhí zaobchádzajú normálne, znamená to, že si o mne myslia, že som horší. Druhí musia uspokojovať moje potreby. Druhí nemajú právo ma kritizovať. Som originál, a pretože som niečo lepšie, mám nárok na zvláštne zaobchádzanie a privilégia.
Nedostatočne rozvinuté stratégie:	Zvládanie afektov, reciprocita, zdielanie, empatia, uvedomovanie si vlastných kognícií, identifikácia so skupinou.
Nadmerne rozvinuté stratégie:	Sebazdôrazňovanie, súťaživosť, precitlivosť.
Zameranie pozornosti:	Porovnávanie sa s druhými, kritika.
Najčastejšie spôsoby spracovania informácií:	Nekritické sebaprečňovanie, projektívna identifikácia.
Typické správanie:	Súťaživosť, vyžaduje zvláštne zaobchádzanie.

Cieľom terapie pri narcistickej poruche je zmiernenie precitlivelosti na zranenia, zvýšenie empatie, rešpektovanie potrieb a pocitov druhých, zvýšenie schopnosti porozumieť si.

Pacienti sú podporovaní, aby obmedzovali svoje vnútorné porovnávanie sa a nezameriavalí sa proti druhým. Namiesto dosahovania cieľov je zdôrazňované, aby sa z aktivít tešili.

Nasledujú KBT postupy pri narcistickej poruche osobnosti, ako ho uvádzajú Praško so spolupracovníkmi (2003):

Analýza vzorcov správania, myslenia, emotivity:

Spúšťačom frustrácie býva neúspech, porovnávanie sa s druhými, podľa pacienta úspešnejšími, kritika, nedostatok obdivu. Pacient často závidí, alebo predpokladá, že závidia jemu, žiarli, hnevá sa, smúti.

Jadrové schémy o vlastnej menejcennosti sú kompenzačné premenené na pohľad na seba ako na výnimočného, lepšieho ako druhí, pre ktorého neplatia bežné pravidlá. Očakáva obdiv.

Afektívny štýl sa prejavuje mierne nadnesenou náladou, alebo výbuchmi hnevu až zúrivosti pri narcistickom zranení.

Kognitívny štýl obsahuje nekritické, ale labilné pozitívne sebahodnotenie.

V správaní manipuluje druhými vo svoj prospech, nie je schopný nadviazať rovnocenný vzťah, môže sa správať arogantne, nadradene.

Zmena vzorcov:

- *Zmena štýlu:* nácvik uvedomovania si vlastných kognícií, nácvik zvládania hnevu, nácvik empatie, nácvik zvládania impulzivitu, nácvik zmiernenia precitlivelosti.
- *Zmena schém:* analýza a spochybňovanie automatických myšlienok, analýza a spochybňovanie maladaptívnych schém, testovanie schém pomocou behaviorálnych experimentov.
- *Systematická desenzitizácia* môže znížiť hypersenzitivitu na kritiku.
- *Hranie rolí:* môže byť kladený dôraz na to, ako sa môže niekto cítiť v určitej situácii. Alternatívny spôsob pri zaobchádzaní s inými je uvedomovanie si, že pocity druhých sú dôležité (Robinson, 2001).
- *Preberanie kognícií,* ktoré by mohli viesť k predčasnému ukončeniu liečby.

3.4 Podporná psychoterapia

Podporná a expresívna psychoterapia je indikovaná u pacientov s antisociálnymi rysmi, nezaujmom o ostatných, s paranoiditou, chronickou zlosťou. Pacientovi môže identifikácia s terapeutom pomôcť k lepšiemu fungovaniu (Praško a kol., 2003).

Hašto (1999) považuje Rogersom zdôrazňovanú empatiu, akceptovanie a pravosť za nosné piliere každej psychoterapie. V podpornej psychoterapii je obzvlášť dôležitý bezpečný a podporný terapeutický vzťah. Uvádza aj Frankovo tvrdenie, že vzťah musí byť spoľahlivý, dôveryhodný a emocionálny, čo pomáha pacientovi cítiť sa prijatým a zvyšuje jeho motiváciu a morálku. Empatická a povzbudzujúca komunikácia je dôležitá najmä v počiatočnom období terapie. Konfrontácia, dávkovaná jemne, sa používa na uvedomenie si nepríjemných dôsledkov správania. Má byť zameraná na charakteristický spôsob hodnotenia seba a druhých, znehodnocovania druhých a vyvyšovanie seba. Typické je delenie udalostí na pochvaly a kritiku. Pochvaly sú často iluzórne, kritika je vnímaná vzťahovačne, drobné neúspechy sú vnímané ako tragédie. Je dôležité oddeliť príčiny od následkov, pre príčiny je potrebné vyjadriť pochopenie, o následkoch treba uvažovať spolu s pacientom.

Praško so spolupracovníkmi (2003) uvádzajú radu Bakera – použiť v terapii analógiu o prechádzke po dome krivých zrkadiel, ako i návod Horowitza – konfrontovať pacienta

s katatýmny posudzovaním vonkajších udalostí. Citujú aj Novalisom odporúčanú otázku: „Čo by sa stalo, keby ste získali všetko, čo si prajete?“, ktorou sa často odkryje, že by sa nezmenilo nič, pacient by bol naďalej nešťastný.

Je potrebné, aby pacient porozumel, že grandiozita v správaní ho chráni pred pocitmi nedostatočnosti. Sú to zbytočné a nadmerné očakávania a ciele.

Aj pri motivácii pacienta ku zmene, trvá liečba roky.

3.5 Iné psychoterapeutické metódy

Katatýmne-imaginatívna psychoterapia (KIP), Proces-orientovaná psychoterapia (POP)

V terapii narcistickej osobnosti máme možnosť priblížiť sa k obsahu súvisiacim s pre-verbálnym obdobím, obdobím rozhodujúcim pre osud narcizmu, prácou so snami, respektíve dennými snami pri katatýmne-imaginatívnej psychoterapii. Je možné dostať sa tak k obsahom dôležitým, či rozhodujúcim pre ťažkosti pacienta, najmä k ich afektívnemu významu (Heretik a Uhrová, 1998).

KIP využíva imaginácie, plastickú predstavivosť človeka. V predstavách sa v podobe symbolov zobrazujú vnútorné konflikty človeka, súčasné aj minulé. Pracuje sa pod „ochranou symbolov“. Heretik a Uhrová (1998) uvádzajú ciele KIP v terapii narcistickej poruchy osobnosti prostredníctvom imaginácií:

- prepojenie dobrého a zlého (či vo vzťahu subjektu, či objektu), ktoré je pri narcistickej poruche osobnosti rozštiepené,
- uvoľnenie prístupu k narcistickému natankovaniu,
- odhalenie a čerpanie z narcistických zdrojov.

POP je psychodynamicky orientovaný neojungiónsky smer. Primárnym procesom sa v POP rozumie tá časť psychického prežívania osobnosti, s ktorou sa jedinec identifikuje a je väčšinou uvedomovaná. Sekundárny proces tvoria neidentifikované, neakceptované a prevažne nevedomé zložky psychiky. Heretik a Uhrová (1998) považujú za základný cieľ POP pomôcť klientovi nájsť prístup k sekundárnemu procesu, integrovať ho a dosiahnuť tak väčšiu úplnosť, zrelosť osobnosti. Uvádzajú, že narcizmus, z pohľadu POP jeho primárny proces, vytvára určité kontinuum. Na jednom póle sú ľudia s narcistickou poruchou osobnosti, na druhom s depresívnymi poruchami. V strede sa nachádzajú jedinci so zdravým narcizmom. V sekundárom procese pacientov s narcistickou poruchou osobnosti je úzkosť, prázdno, nepotvrdenie, niečo čo si sami nepripustia. V sekundárnom procese depresívnych pacientov je potencia extatických, grandióznych zážitkov vlastnej výnimočnosti a neopakovateľnosti. Sny a imaginácie sú možnosťou ako týchto jedincov priblížiť k vlastným sekundárnym procesom, za účelom integrácie ich osobnosti.

3.6 Farmakoterapia

V liečbe porúch osobnosti sa stále viac používa aj medikácia, väčšinou nízke dávky psychofarmák cielených na symptómy, či už zmeny nálad, úzkosť, alebo mikropsychotických epizód. Dôležité je odlíšenie od súčasne sa vyskytujúcich porúch na osi i podľa DSM-IV, ktoré by sa mali liečiť prednostne (Benkert, Hippus, 2002). Kombinácia psychoterapie a medikamentóznej liečby môže byť poskytovaná jednou osobou – psychiatrom. V prípade, že psychoterapiu prevádza psychoterapeut – nelekár, je potrebná vzájomná spolupráca psychoterapeuta a psychiatra (Balon, 2004).

Houbová so spolupracovníkmi (2005) uvádza Markovitzovo tvrdenie, že neexistuje cieľená farmakoterapia pre narcistickú poruchu osobnosti. Narcistickí pacienti môžu prežívať kolísanie nálad. Pri dekompenzácií do depresívnej, úzkostnej, prípadne somatoformnej poruchy je indikované podávanie liekov. Vhodné sú antidepresíva, ktoré znížením arousalu umožnia znížiť súťaživosť, porovnávanie sa, zmiernia negatívne emócie narcistických zranení (Praško a kol., 2003). V prípade agresivity a násilného správania sú indikované selektívne inhibítory reuptaku serotonínu, ďalej trazodon, lítium, betablokátory a nízke dávky antipsychotík. Nízke dávky antipsychotík sú vhodné i na liečbu chronickej závislosti od psychoaktívnych látok. Napriek odklonu od klasických antipsychotík pre ich nežiadúce účinky, najmä riziko tardívnych dyskinéz, sú u porúch osobnosti indikované napríklad v krátkodobej liečbe úzkosti. Takisto môžu byť podávané atypické antipsychotiká, pri ktorých sa predpokladá nižšie riziko tardívnych dyskinéz (napríklad quetiapín, olanzapín) (Balon, 2004).

Čo sa týka trvania psychofarmakoterapie, väčšinou je potrebná dlhodobá liečba (Benkert, Hippus, 2002).

4 PSYCHIATRICKO-PSYCHOTERAPEUTICKÉ KAZUISTIKY

Nasledujú dva prípady pacientov, u ktorých sa významne uplatňuje porucha narcistickej regulácie. Sú ambulantne liečení v prebiehajúcej dlhodobej individuálnej dynamickej psychoterapii, v druhom prípade i v kombinácii s podpornou farmakoterapiou.

V texte sú graficky odlišené anamnestické údaje pacienta a klinický obraz od psychodynamických interpretácií, ktoré sú písané kurzívou. V oboch prípadoch som rešpektovala pranie pacientov nekontaktovať ich príbuzných, preto kazuistiky neobsahujú objektívne anamnestické údaje.

Na uverejnenie kazuistik sme získali informovaný súhlas od pacientov. Niektoré anamnestické údaje sú pozmenené.

4.1 Psychiatricko-psychoterapeutická kazuistika I

44-ročná žena, stredoškolsky vzdelaná, bez neuropsychiatrickej heredity a závažnej somatickej komorbidity. V minulosti jednorazovo navštívila psychiatra, psychofarmaká neužívala. Pred pol rokom navštívila psychiatrickú ambulanciu, „pretože by si chcela dať do poriadku vzťahy“.

Z anamnézy:

RA: Pacientka pochádza z tzv. dobrej rodiny, vždy boli tak trochu rarita, netradičná rodina, vo všetkom, otec si na tom zakladal a učil to aj dcéry. Matka sa otcovi podriaďovala. Má sestru dvojčicu, ktorá sa narodila ako prvá. Matka počas tehotenstva nevedela, že čaká dvojčicu, preto bolo jej narodenie prekvapením. Cíti sa rodičmi odmietnutá, nemala sa narodiť. Matka nemala dostatok mlieka, preto dvojčicu nekojila. Na ich prvý rok matka spomína ako na veľmi náročné obdobie, kedy bola na všetko sama, bola nevyzpatá a nestihala. Manžel jej nepomáhal. *(Z uvedeného sa dá usudzovať na neuspokojivé preverbálne obdobie pacientky.)*

S matkou nemali nikdy blízky vzťah. Mama dozerala najmä na to, aby si dcéry plnili povinnosti, chodili na krúžky a boli slušné. Jej častou obavou bolo, čo povedia ľudia. Matka bola „vždy úžasná“, snažila sa pozitívne myslieť, nikdy pred deťmi neplakala, nehádala sa s otcom. Matka má teraz 75 rokov, je relatívne zdravá, sporadicky sa navštevujú.

Otca vždy obdivovala, mala ho radšej ako matku. Bol to atraktívny muž, ženám sa páčil. Bol stále v práci, neužíla si ho. Bol uzavretý, ufrflaný, zahľadený do seba. Ako 65-ročný zomrel na infarkt myokardu. *(Rodičov si dodnes idealizuje.)* Pacientka sa domnieva, že otcovi sa nepáčila, že v puberte boli aj so sestrou akési nevýrazné a rozhodne nie pekné, snáď preto otec trval na ich nápadnom oblečení. Navyše, jeho obľúbenkyňou bola jej sestra dvojča. Otec sa vždy pokúšal šokovať okolie a byť iný ako sú ostatní, to učil aj dcéry. *(Otec nepožehnal v dcére ženskosť. Neakceptoval jej reálny vzhľad. Pacientka i sestra sa stotožnili s otcovým idealizovaným pohľadom na ne ako na výnimočné a zaujímavé. Pacientka sama si neverí, no od detstva má pocit, že nielen jej rodina, ale aj ona je niečím mimoriadna.)* Ako dieťa nadmerne jedla, dodnes si pamätá otcove: „ty pekne papáš“. *(Jedným z možných vysvetlení nadmerného príjmu potravy u dieťaťa je jeho túžba po výžive poskytujúcom objekte, po zrkadliacich rodičoch. Frustrované dieťa siaha po orálnej stimulácii, poskytuje mu radosnú skúsenosť.)*

Sestra, jej skôr narodená dvojica, bola vždy dominantnejšia, úspešnejšia, v súčasnosti má harmonické manželstvo, darí sa jej v práci. Sestre závidí, samú seba považuje celý život za „tú druhú“, tú podobnú niekomu úspešnejšiemu ako ona sama. *(Je to narcisticky zraňujúca konštelácia.)*

OA: Pacientka neprekonala závažnejšie telesné ochorenia. V mladosti bola vyšetrená internistom so záverom neurocirkulačná asténia. Neskôr, pre vyššie hodnoty tlaku krvi, začala užívať antihypertenzívum. Nepravidelne užíva magnézium na lepší spánok. Máva častejšie infekty horných dýchacích ciest. Neznáša návštevy lekárov, najmä stomatólogov. Z chorôb sa zvlášť obáva rakoviny. *(Je zjavné hypochondrické zameranie klientky na zdravie. Pri záťaži zvykne reagovať ľahkými somatickými ťažkosťami, najmä vegetatívnymi, ktoré veľmi ťažko znáša. Môže sa jednať o aktivácie nepohody z preverbálneho obdobia. Možno uvažovať o senzitivácii na stres.)* Hrozí sa novej operácie. Doteraz bola operovaná len jedenkrát, pred 3 rokmi pre dermoidnú cystu, „bolo to jej trojča“. *(Cystu si symbolicky vysvetlila ako trojča, možno aby nebola tá posledná. Nevedome môže brať cystu ako výsledok deštruktívneho vlastného pôsobenia na ďalšieho konkurujúceho súrodenca.)*

SA: V profesionálnej sfére nikdy nemala problémy, vždy bola ctíziadostivá a snaživá. Na základnej a strednej škole sa dobre učila, dúfala, že si tým získa otcove uznanie. *(Ide o potrebu narcistickej gratifikácie.)* Aktuálne pracuje v zahraničnej firme, dosiahla dobré postavenie, finančne je slušne zabezpečená.

Prvú lásku mala ako 17-ročná, on bol starší, na schôdzky často meškal, trápil ju. Druhou známostou bol jej budúci manžel, bol o 10-rokov starší. Zobrali sa, pretože otehotnela, mala len osemnásť, bolo to vo štvrtom ročníku gymnázia. Pol roka po pôrode znova otehotnela, šla na umelé prerušenie tehotenstva. Manžel od začiatku nadmerne pil, postupne začali mať nehody, on nadviazal mimomanželský vzťah. Snažili sa manželstvo „lepiti“, nakoniec sa rozviedli. Syn mal vtedy 8 a dcéra 13 rokov. Deti vychovala prakticky sama.

Je 7 rokov rozvedená. Býva so synom, ktorý má 15 rokov. 20-ročná dcéra je rok vydatá, býva s manželom.

S mužmi mala vždy problémy. Jej vnútornou formulkou preto je: „no jasné, to sa dalo čakať“. Je to o opakovaných sklamaníach a podrazoch zo strany jej bývalých partnerov. Považuje sa za tandemového človeka, nevie byť sama, bojí sa samoty. *(Jedná sa o borderline rys.)* Asi 5 rokov má vážny vzťah s o 10-rokov starším mužom. Nie je to „kôšer“ vzťah, on je ženatý. Ale ona nie je taká ako ostatné, čo chodia so ženatými. Ich vzťah je mimoriadny, cíti k nemu obdiv, úctu, je mu oddaná, pripomína jej otca. *(V detstve sa naučila deliť sa s obľúbenejšou sestrou o otca, teda deliť sa o muža s inou ženou, „tou prvou“.* Možno to je jeden z dôvodov, prečo v dospelosti dokáže roky tolerovať neuspokojivý trojuholníkový vzťah, kde je znova tou druhou. *I keď súčasne aj prvou, má s ním exkluzívny vzťah, o ktorom manželka nevie. Okrem toho, nemá rada konflikty a snaží sa im vyhnúť aj za cenu nedoriešenia problému.)* Hodnotí sa ako samostatná, no psychicky závislá od svojho priateľa. Chcela, aby jej bol barličkou, no vzťah ju skôr zaťažuje.

Považuje sa za priateľského a spoločenského človeka, ktorý viac dáva ako berie. Má veľa známych, no žiadnu bližšiu priateľku. Pohybuje sa zväčša medzi úspešnými, spoločensky zdatnými ľuďmi, niekedy im závidí, niektorých upodozrieva z toho, že jej neprajú a možno aj závidia. *(Napriek jej vnútornému pocitu, že viac dáva ako berie, je nielen obeťou ale súčasne i víťazom, na jednej strane si veci odopiera, na druhej chce veľa.)*

Objektívne psychiatricky: Jedná sa o bezchybne upravenú, sympaticky pôsobiacu ženu, dodržiavajúcu spoločenské konvencie. Mimika a pantomimika primerane živá. Hlas primeranej hlasitosti, so zreteľnou artikuláciou, očný kontakt udržiava. Pri relevantných témach prítomný drobný psychomotorický nepokoj, oči vtedy upiera do zeme. V rozhovore zabieha do nepodstatných detailov. Na prípadné otázky odpovedá po kratšej latencii, zvažuje slová.

Diagnóza:

Podľa typológie uvedenej v knihe Gabbarda (1994) jedná sa o narcistickú poruchu osobnosti, hypervigilantný typ, resp. narcisticky vulnerabilný typ podľa Kohuta. Wink by takýto obraz označil pojmom skrytý narcizmus. Ide o strednú úroveň fungovania osobnosti s neurotickými príznakmi. Intoleranciu samoty možno hodnotiť ako borderline rys.

Horeuvedený klinický obraz nespĺňa kritériá MKCH-10 pre narcistickú poruchu osobnosti, vzhľadom k tomu, že klasifikácia zahŕňa len tzv. nevšimavý typ, nie typ hypervigilantný.

Pacientka, v kontraste s navonok nedostatočným sebavedomím, verí, že je iná, lepšia ako ostatní. Od okolia čaká takisto takéto hodnotenie. Je presvedčená o vlastnej výnimočnosti. Vo vzťahu k iným je priateľská, navonok viac dáva a zaujíma sa o druhých. Má len povrchné, na výhodnosti založené kontakty. (*Využitie druhých ako Selfobjektov.*) Stýka sa prednostne s vyššie postavenými, úspešnými ľuďmi. Jej partnerský vzťah je takisto založený na výhodnosti.

Napriek starostlivo upravenému zovňajšku a bezchybnému modernému oblečeniu, pôsobí skromným a nenápadným dojmom. V spoločnosti sa cíti aj vďaka spoločenskej zručnosti a dobremu ovládaniu spoločenských pravidiel prirodzene, drží sa však skôr v úzadí, nepotrebuje byť v centre pozornosti. Správa sa ako hanblivý a nenápadný človek. V kontraste s tým je jej vnútorné presvedčenie o vlastnej mimoriadnosti a pranie zaujať a prejavovať sa výnimočným spôsobom. (*Je ľahko zraniteľná, náchylná k pocitom zahanbenia. Dôsledne sa vyhýba možným zraňujúcim situáciám. Trpí komplexom menejcennosti skrytým za grandióznou fantáziou o sebe.*) Pacientka má aj rysy vyhýbavej, úzkostnej poruchy osobnosti. (*Jej vyhýbanie sa pozornosti druhých je spôsobené strachom z odmietnutia, prípadne strápania.*) Venuje viac pozornosti okoliu než sebe. Vie byť pozorným poslucháčom, neustále pritom hľadá náznaky kritiky a znehodnotenia. Je citlivá na reakcie terapeuta i druhých ľudí.

Terapia:

Pacientka sa po úvodnom interview zdala vhodná na individuálnu psychoterapiu, schopná znášať určité frustrácie, tolerovať nevyhnutnú úzkosť. Tlak utrpenia pôsobil motivačne pre spoluprácu v psychoterapii.

Dohodli sme sa na individuálnej dynamickej psychoterapii s frekvenciou sedení raz do týždňa hodinu, v počte hodín predbežne 50. Doporučovanú alternatívu, skupinovú psychoterapiu, odmietla s tým, že potrebuje individuálny prístup, keďže jej problémy nie sú bežné.

Za cieľ terapie na začiatku označila riešenie neuspokojivého vzťahu s partnerom a lepšie spoznanie samej seba. Cieľ terapie sme postupne spoločne predefinovali, respektíve rozšírili o snahu pochopiť a zlepšiť fungovanie vo všetkých vzťahoch a spoznať seba, najmä príčiny nedostatočného sebavedomia.

Na začiatku terapie bol potrebný suportívny, nekonfrontačný prístup založený najmä na empatii. Pacientka potrebovala dostávať v terapii sebatpotvrdenie. *(Pri tomto pokuse znovuoaktivizovať narušený vzťah s rodičmi v ranom detstve sa objavuje zrkadliaci prenos. Pacientka hľadá u terapeuta schvaľujúcu odpoveď, ktorú kedysi ako dieťa hľadala a nedostávala od matky.)*

Počas terapie vznikajúci pozitívny prenos, vyplýva už aj z faktu, že pacientku niekto pozorne počúva a prejavuje o ňu záujem. *Prechodne došlo až k idealizácii terapeuta, ktorý možno podľa Kernberga hodnotiť aj ako možný prejav skrytej agresie. Podľa Kohuta ide o napĺňanie potreby kontaktu s ideálnym druhým* (Schlegel, 2005). Terapeut musí byť pripravený na zvládnutie nepríjemnej následnej devalvácie.

Počas terapie sa pacientka neustále pokúšala prekračovať hranice. Zakaždým sa snažila o predĺženie vopred vymedzeného času hodiny. Chvilu pred ukončením otvorila závažný problém, alebo sa snažila prejsť do bežnej konverzácie. Opakovane volala terapeutovi na mobil. Snažila sa zistiť niečo zo súkromia terapeuta, nosila drobné darčeky, prosila o vybavenie lekára špecialistu z iného odboru pre seba, prípadne blízkych známych. (Snahu o nadštandardný vzťah presahujúci rámec terapie, twinship prenos, nie je v prvej fáze terapie vhodné interpretovať.)

Pacientka zatiaľ absolvovala 20 sedení. Až doteraz bolo potrebné predovšetkým prijatie, upokojuvanie, pochopenie, dávať najavo, že terapeut verí pocitom, ktoré pacientka popisuje. Nebolo by vhodné nútiť ju k predčasnej separácii a autonómii. Postupne, vzhľadom na už vytvorený uspokojivý terapeutický vzťah, je možné začať využívať aj viac konfrontačný, interpretujúci prístup. *(Kritériom správne načasovanej interpretácie je, že ju pacientka vie pochopiť nielen racionálne, ale aj emocionálne.)* Doteraz nebolo nutné siahnúť k farmakoterapii. V prípade dekompenzácie je možné krátkodobé symptomatické nasadenie psychofarmák, napríklad pri depresívnej dekompenzácii je indikované nasadenie antidepresív.

Rozbor:

U pacientky možno v jej vzťahoch k druhým pozorovať Švrakičom popisované vzťahy (Houbová, 2005) tvorené pacientkiným grandióznym Self (so zrkadlením, striedaním idealizácie a devalvácie, nedostatkom empatie), vzťahy tvorené skutočným Ja (obsahujúce závisť, snahu o splynutie so silnou osobou, intoleranciu kritiky) a vzťahy ovplyvnené nezrelým Superegom (zahŕňajúce využívanie druhých, pragmatizmus vo vzťahoch, rivalitu).

Pacientka sa snaží vyrovnat nedostatok sebalásky a sebahodnoty tak, že vyhladáva záujem a obdiv druhých. Čaká, že niekto druhý, jej splní jej túžbu byť milovaná. (Sama nemá zdroje, z ktorých by si mohla priebežne sebedomie dopĺňať. Bola naučená, že lásku dosiahne, keď nebude sama sebou – ide o problém falošného Self – keď sa podriadi očakávaniam druhých, keď podá dobré výkony. Verí, že pre lásku musí veľa urobiť, musí si ju zaslúžiť. Je tak zvyknutá z útleho detstva, kedy sa snažila o matkinu a otcovu priazeň.) Voľba partnerov má svoje zákonitosti. Ani v prípade pacientky nie je voľba priateľa náhodná. Jej partner vykazuje črty, ktoré jej samej chýbajú. *Úlohou partnera je akoby za ňu odžiť jej chýbajúce, nežité stránky. V detstve nezakúsila nepodmienujúcu lásku, preto je aj v partnerskej láske nezrelá. Na partnerovi chorobne visí, žiarli, má strach a pochybnosti. Presúva zodpovednosť za vlastné nešťastie na partnera. Vzťah je založený na princípe, milujem ťa, lebo ťa potrebujem („chcela ho mať ako barličku“), máš to, čo mne chýba („on je dominantný, otvorene ľuďom hovorí, čo chce“).*

Partnera si prevažne idealizovala, snažila sa mu prispôbiť vo všetkom a tak sa spoluzúčastniť jeho veľkosti. Idealizácia druhého sa dá podľa Kernberga (Schlegel, 2005) chápať ako projekcia vlastného prania vyniknúť, spôsobiť, ako dosiahnuť vlastnú idealizáciu. Sprievodným javom je závisť, ktorú sa snaží potlačovať, takisto ako aj rivalizáciu s idealizovaným partnerom.

V okamihoch, keď si pacientka začína byť partnerom istá (keď v dôsledku ochorenia chrbtice bol na nej prechodne viac závislý), a takisto, keď hrozila strata jeho dobrého postavenia v zamestnaní (uvažoval o odchode do dôchodku), začína sa s ním nudiť, devalvuje ho, pohráva sa s myšlienkami o rozchode. *(Narcistické vzťahy pokračujú len dovtedy, kým poskytujú narcistické uspokojenie. Ak partner prestane splňať kritériá na obdiv, je zväčša opustený, nahradený iným úspešnejším objektom.)*

Rodičia, ktorí ju pravdepodobne nedokázali milovať takú, aká bola, musia pre ňu stratiť svoj do dnes určujúci význam. Cesta k jej vnútornému šťastiu a sebavedomiu nevedie cez riešenia zvonka. Musí sa naučiť viac vnímať svoje potreby, prijímať samú seba a oslobodiť sa od svojej snahy po výnimčnosť a zaujímavosť. Ona sama, za pomoci terapeuta, musí objaviť vlastnú hodnotu, pochopiť príčiny nedostatočného sebavedomia a zmeniť chybné vzorce správania a vzťahov.

4.2 Psychiatricko-psychotherapeutická kazuistika II

24-ročný muž, študent VŠ pedagogickej, doposiaľ psychiatricky neliečený, s neuropsychiatrickou hereditou (matka liečená pre depresiu, otec alkoholik), zo somatického nálezu významne popopáleninové zjazvenie tváre a hornej časti hrudníka.

Z anamnézy:

RA: Matka sa už pred narodením syna liečila pre depresie. Vždy ho zneisťovala premenlivosť jej nálad, jej chlad striedajúci sa až s obťažujúcou starostlivosťou. S matkou býva v jednej domácnosti. Vychádzajú lepšie ako v detstve, i keď ho nedostatočne rešpektuje. *(Ako dieťa pravdepodobne nedostával od svojej depresívnej matky to, čo potreboval, sama mala problémy so sebou ako aj s manželom alkoholikom. Raz bola nedosiahnuteľná, inokedy zahlcujúca, intruzívne hyperprotektívna. Syn s matkou si vymenili úlohy, on sa snažil o jej šťastie. Keď sa mu to nedarilo, mal pocity viny. Uspokojiť matkine potreby sa prechodne stalo jeho životným cieľom, ide o proces parentifikácie. Nemal pocit, že je milovaný kvôli sebe samému, ale vďaka odvedenému výkonu. Lásku chápal ako uznanie výkonu. Malo to jednu výhodu, k uznaniu sa dá dopracovať, veril teda, že aj k láske sa dá dopracovať. Neskôr sa stal akoby matkiným partnerom.)*

Otca si pamätá len útržkovito. Bol alkoholik, zomrel na úraz v opitosti keď mal pacient 5 rokov. Napriek tomu ho má v spomienkach obsadeného pozitívne, bol zmierlivý, zábavný, ale slabý.

Súrodencov nemá. Nevie o tom, že by sa niekto zo širšej rodiny liečil na psychiatrii.

OA: Ako 4-ročný sa oblieral vriacou polievkou, odvtedy má zjazvenú polovicu tváre, krk a ramię. Počas terapie doposiaľ o svojom fyzickom nedostatku nehovoril *(môže sa jednať o mechanizmus skotomizácie)*.

SA: Štúdium mu nikdy nerobilo problémy, učil sa rýchlo a ľahko. Na základnej škole vyhrával olympiády, učil sa, lebo sa chcel ukázať. Vadil mu konvenčný prístup učiteľov. Je študentom VŠ pedagogickej, počas praxe si overil, že vie učiť zaujímavejšie a invenčnejšie. Je aktívny v študentskej organizácii, rád a bez problémov vystupuje pred ľuďmi, opakovane ho zvolili do študentskej rady. Vie si predstaviť v budúcnosti byť politikom, poslancom. *(Verejný vystupovanie je pre neho niečo ako povolený exhibicionizmus. Prehnaná potreba uznania, ctižiadost' a veľikášske fantázie môžu byť niekedy stimulom k výkonom.)*

TO: Psychiatra vyhľadal sám, jeho prvá veta bola: „Som exhibicionista a impotent.“ Nikdy to nikomu nepovedal, ale kvôli novému partnerskému vzťahu sa toho chce zbaviť. Ako 5-ročný sa ukazoval plyšovému mackovi, ako 8-ročný naschvál močil na verejnosti, ako 11-ročný exhiboval na ulici. Nikdy nemal problém s políciou, len raz s učiteľkou, keď ho nažaloval spolužiak. Raz ho obťažoval kamarát gay, nič mu to nehovorilo. Jeho sexuálne fantázie bývajú o nahých ženách, prípadne o tom, ako je on pred nimi nahý, po masturbácii dosiahne orgazmus. *(Exhibicionizmus je pre neho nutkavý rituál, ktorým sa seba potvrdzuje. Akoby upozorňoval na to, že je muž. Vystupuje v dominantnej pozícii na diaľku. Nie je schopný blízkeho kontaktu. Na jednej strane chce ocenenie, lásku, prijatie, potrebuje ale neutralitu, dištanciu od ľudí. Zo žien má strach, vystupuje ako skrytý agresor. Psychodynamicky možný koreň v detskej interakcii s depresívnou matkou. „Ona ma nevidí“, „Ona na mňa nereaguje“. Bräutigam (1988) považuje exhibicionizmus za demonštráciu moci bezmocným.)*

Pol roka má priateľku, vedú neuspokojivý intímny život, pri pokuse o sexuálny styk má nedostatočnú erekciu a necíti vzrušenie. Priateľka je trpezlivá, nič mu nevyčíta, jeho to ale trápi. Akoby splyval v prežívaní s partnerkou, napriek zjavným odlišnostiam je partnerka prežívaná ako jemu podobná. *(Zdá sa, že ju vysoko hodnotí aj vďaka jej schopnosti a ochote uspokojiť jeho narcistické potreby.)* Bojí sa, aby sa od priateľky nestal závislý, opakovane ju podviedol. *(Narcistický človek sa bojí závislosti od druhého. Promiskuitné správanie môže byť obranou pred hroziacou závislosťou, ale i pokusom o nadobudnutie chýbajúceho citu sebahodnoty.)*

Ďalší problém je, že sa cíti citovo prázdny, akoby necítil emócie druhých. Niekedy aj naschvál premýšľa o „nesmrteľnosti chrústa“, o politike, o pseudofilozofických problémoch, potom nemá prístup k emóciám. *(V terapii je nutné zistiť, čo sa skrýva pod potlačenými, vytesnenými emóciami, čo je pod pocitmi prázdna. Pravdepodobne súvisia s pocitmi opustenosti, keď nie je zrkadlený. Postupne sa v terapii naučil svoje pocity vyjadrovať aj cez telo – tlak v bruchu, tremor, sucho v ústach.)*

Občas býva „rozbitý“, v puberte to volal, že sa nudí, teraz to pozoruje ako rozpadanie sa, chaos. Vtedy hrozí, že bude exhibovať. *(Počas sedení som venovala zvýšenú pozornosť známkam fragmentácie Self pacienta. Keď fragmentácia vznikla, zamerala som sa na predchádzajúcu tému, interakciu viac ako na popis či obsah fragmentácie. Často sa jednalo o udalosti pripomínajúce traumy prežité vo vzťahu s rodičmi, čím došlo k znovuprežívaniu.)* Aj v súčasnosti často pociťuje nudu, dnes tak volá stav prázdna, často predchádza rozpadaniu sa. *(Nuda, ktorú pociťuje môže byť spôsobená pocitmi prázdnoty, nedostatku lásky, ktorá sa nedá zahnať ani nadmernými aktivitami.)*

Mal celkom dobrých kamarátov, s ktorými ale pre občasné nedorozumenia definitívne ukončil vzťah. *(Nepripúšťa si pocity viny a hanby, snaží sa za pomoci vzťahov a ich manipuláciou dosiahnuť narcistickú rovnováhu. Netoleruje bežný ambivalentný vzťah, pred čiastočnou kritikou dáva prednosť ukončeniu vzťahu.)* Má zopár priateľov, s ktorými naďalej udržiava kontakt. Často sa cíti priateľom nepochopený, zraňuje ho to, navonok sa však vtedy k nemu správa zlostne až agresívne. *(Po prípadnom nedorozumení mu priateľ dočasne prestáva potvrdzovať jeho hodnotu, nezvyšuje mu jeho sebaúctu, čím je vždy neprimerane zranený a zneistený. Narcisticky narušený človek podmieňuje vzťahy s ľuďmi aj tým, či niekto môže zvyšovať alebo potvrdzovať jeho sebaúctu. V opačnom prípade o vzťah stráca záujem. Frustračné zážitky vedú k pomstychtivej agresii.)*

Asi pred rokom mal samovražedné myšlienky, chcel sa obesiť na starodávnom lustri, pred zrkadlom, znelo by Mozartovo Rekviem. Ale nikdy to neurobí, matka by to neprežila. *(Aj predstava suicídia bola mimoriadna.)*

Abúzy: Od 14-tich rokov nepravidelne fajčí marihuanu, na začiatku ho to presahovalo, neskôr mal pocit, že to ovláda on. Rád konzumuje alkohol, od smútku i od radosti. Mal obdobie, keď pil do nemoty. *(Abúzu alkoholu a marihuany možno, okrem prítomnosti genetickej záťaže po otcovi, porozumieť aj psychodynamicky ako snahe o okamžité uspokojenie potrieb, ako náhradu za nedostatok lásky a neschopnosť milovať.)*

Objektívne psychiatricky: Na prvý pohľad upúta zjazvením tváre po popálení, je nižšej zavalitej postavy, oblečený ležérne, hygienický štandard je mierne znížený. Očný kontakt udržiava. Pri zvýšenej intrapsychickej tenzii prítomná hyperhidróza, drobný psychomotorický neklud, xerostomia. Na prípadné otázky odpovedá stručne, často až po opakovanej explorácii.

Diagnóza:

Pri hlbšej znalosti osobnosti pacienta môže byť problémom zaradiť ho do jednej skupiny poruchy osobnosti. V tomto prípade sa jedná o narcistickú poruchu osobnosti, s prítomnými schizoidnými a antisociálnymi rysmi, čo potvrdilo i psychodiagnostické vyšetrenie (ROR, FDT).

Pacient aj podľa klasifikácie MKCH-10 spĺňa kritériá pre narcistickú poruchu osobnosti. Jeho prejavy správania sú zreteľne odchylné od prijateľného priemeru, čo sa prejavuje pri ovládaní vlastných impulzov a uspokojovaní potrieb, v spôsobe správania k ostatným, v zvládaní interpersonálnych situácií. Neprispôsobivé správanie sa prejavuje v rôznych situáciách a je príčinou osobných ťažkostí pacienta. Odchýlka je dlhotrvajúca, začala vo veku neskorého detstva.

Hlavným prejavom je nadmerná pozornosť venovaná sebahodnoteniu. Od detstva má veľkáske fantázie o vlastnej dôležitosti, očakáva, že bude považovaný za lepšieho. Vidí sa buď ako perfektný, alebo bezcenný. Venuje sa predstavám o mimoriadnom úspechu, moci, vlastnej výnimočnosti. Verí, že je zvláštny a jedinečný a preto sa snaží byť v kontakte prednostne so zvláštnymi a vysoko postavenými ľuďmi (rád jedná s autoritami) a inštitúciami (v mene študentskej organizácie bol opakovane v parlamente). Myslí si, že iní mu závidia. Často sa správa arogantne, spupne, cynicky. Má nedostatok empatie voči druhým, nezaujímajú ho potreby iných ľudí, (sám konštatuje, že sa nevie vžiť do pocitov druhých a že ho to ani veľmi nezaujímá).

Terapia:

Dohodli sme sa na dlhodobej psychoterapii s pravidelnými stretnutiami raz do týždňa.

Je to pacient dobre spolupracujúci, schopný sledovať svoje intrapsychické dianie a spájať, ako i chápať interpretácie. Vzhľadom k tlaku utrpenia je dostatočne motivovaný pracovať na sebe. Na začiatku potreboval zo strany terapeuta najmä empatiu, až potom bol schopný akceptovať niektoré interpretácie.

Prenos vznikol, aj vzhľadom k tomu, že terapeutom je žena približne vo veku jeho matky, veľmi výrazne. Idealizujúci prenos bol zjavný z pacientových poznámok, snov, ako aj z jeho mimoriadnych očakávaní od terapeuta.

Idealizujúci prenos, strieda snaha o *devalváciu terapeuta*, kedy vystupuje arogantne, znehodnocujúco. Medzi sedeniami si číta psychoterapeutickú literatúru a počas hodiny terapeuta niekedy skúša, prípadne dáva rady. Niekoľko hodín bol až bojovne odmietavý. (*Môže to byť opakovanie detských opatrení na obranu pred dôsledkami detských agresívnych želaní, voči náklonnosti k matke.*) Pacient si samozrejme nie je svojich prenosov vedomý, v terapeutickú situáciu ich opakuje a je na terapeutovi prenos identifikovať a vo vhodnom čase interpretovať.

Protiprenosové pocity boli najmä materinské, ochraňujúce. Supervízia upozornila na tendenciu terapeuta postupne preberať zodpovednosť za pacienta na seba z pozície vsetolerujúcej matky. Je potrebné urobiť zodpovedným jeho a vymedziť terapeutický rámec.

Ďalším protiprenosovým pocitom bol dojem, že je terapeut chvíľami len inštrumentom, ktorý má dať pacienta do poriadku. (Pacient sa ku terapeutovi správa tak, ako aj k iným ľuďom, využíva ho. Na začiatku terapie je nutné nechať pacienta fungovať naučeným spôsobom, postupne, po vytvorení vzťahu, je vhodné ho s tým konfrontovať. Je to možné dosiahnuť zameraním sa na situáciu tu a teraz, sledovaním aktuálneho stavu vzájomného vzťahu. Vyjadrením pocitov, ako sa terapeut

cíti, keď je používaný na vyplnenie pacientových potrieb, ukazuje, ako sa asi môžu cítiť aj druhí vo vzťahu s ním. Ide o akúsi dovýchovu pacienta v rámci interakčnej intervencie.)

Pacient nás nevedome tlačí do úlohy, aby sme sa správali tak, ako jeho vzťahovo blízke osoby v minulosti. Ak terapeut reaguje inak, vytvára emočnú korektívnu skúsenosť, čo je dôležitým terapeutickým faktorom.

Pocit, ktorého sa najviac obáva je zahanbenie. Prvá spomienka na zahanbenie bola, keď sa učiteľka dozvedela o tom, že sa vonku odhaľoval. (*Citlivosť na udalosti otriasajúce sebavedomím, citlivosť voči narcistickým zraneniam patrí medzi základné symptómy narcistickej poruchy a priamo súvisia so sebahodnotením. Zranenie je tu sekundárne. Po egosyntónnom impulzívnom akte. V terapii treba byť citlivý k pacientovým pocitom zahanbenia, nepochopenia, prichytenia, napríklad pri prerieknutí pacienta, vyhýbať sa ostrej kritike, nadmernému kladeniu otázok. Venovať pozornosť pacientovu pokroku. Vyzdvíhať pacientove pozitívne stránky.*) To, že si nedokáže vybaviť takmer nič z obdobia do 4-5 rokov, znamená, že je to pre neho príliš ťažké obdobie. Terapia by mala postupne sprístupniť vedomiu zabudnuté a vytesnené zranenia, napríklad prácou so snami a prepracovať ich.

Sám so sebou sa cíti biedne, cíti prázdno, rozpadá sa. (*Potrebuje Self-objekty, matku, priateľku, terapeuta, priateľov, ktorí mu dodávajú silu. Pacient si zabezpečuje kontrolu a vzdialenosť od ľudí: jeho macko, ktorému sa ako 5-ročný ukazoval holý, bol jeho prechodným objektom, ktorý mal pod kontrolou a ktorý ho zrejme v jeho fantázii obdivoval. Potrebuje vzdialenosť od matky – cíti sa s ňou dobre, keď sa ona zaoberá niečím iným, od priateľky – podvádzal ju s inou ženou, od terapeuta – už prvou vetou, že je exhibicionista, si od neho zabezpečil istú vzdialenosť. Ale tiež hneď od začiatku chce byť prijatý aj s niečím odsudzovaným. Možno aby predišiel sklamaniam, keby bol raz kvôli svojej úchyľke odmietnutý neskôr, keď by ho to už viac bolelo.*)

V úvode terapie popisoval občasné nutkanie exhibovať, zlyhal však len dvakrát. Po dohovore, že môže v prípade nutkania zatelefonovať terapeutovi, sa mu raz podarilo exhibovaniu vyhnúť. Počas terapie opakovane konštatoval, že vďaka sedeniam sa mu darí vyhýbať sa exhibovaniu, dokonca aj v situáciách, ktoré k tomu v minulosti viedli. (*V pacientovi sú prítomné dve opačné tendencie, strach z odhalenia exhibicionizmu a súčasne túžba po tom. Externalizáciu možno nazvať to, keď pacient namiesto pocitom viny kvôli exhibovaniu, promiskuitnému správaniu, čaká na výčitky terapeuta.*)

V súčasnosti má náročné obdobie, kedy je partnerka v zahraničí a on má ťažký semester v škole. Na otázku, čo mu pomôže, odpovedá, že terapeut. (*V dôsledku nedostatočne vytvoreného Ego-ideálu, pacient hľadá sily vo svojom okolí, od ktorého očakáva pomoc a podporu.*) Vzhľadom k prechodnej dekompenzácii stavu v záťaži, zvýšenej impulzivite a zvýrazneniu schizoidných rysov osobnosti (s pocitmi rozpadania sa), dohodli sme sa na dočasnej neuroleptickej medikácii (quetiapin 200 mg v jednej dávke večer). Liečbu toleruje dobre, pomerne rýchlo došlo k ústupu popísanej symptomatiky.

Aj po zlepšovaní stavu kombináciou psychoterapie s farmakoterapiou, sa bude pacient musieť opakovane konfrontovať s výrazným kolísaním sebavedomia, so závažnejšími i menej závažnými narcistickými zraneniami a takisto s horším zvládaním záťaže, ktorá môže opakovane viesť k dekompenzácii stavu. Ako terapeut sa snažím pomôcť objaviť pacientovi jeho hodnotu. Nie pre

výkon, ale preto, že je. Musí sa prestať báť lásky a náklonnosti voči druhému, potrebuje uveriť, že to neznamená jeho zraniteľnosť a závislosť.

Rozbor:

Pacient má vlastnosti oboch typov Gabbardovej typológie (Gabbard, 1994). Pre typ nevšímavý, bezohľadný je typické, že si neuvedomuje, aké reakcie vyvoláva u druhých, že ich napríklad nudí, má potrebu byť v centre pozornosti, vychvaľuje sa, snaží sa urobiť na druhých dojem, je arogantný, zaujatý sám sebou. Sebaúctu sa snaží udržať vyhýbaním sa zraňujúcim situáciám. Pacient sa v určitých situáciách správa agresívne. Má však aj vlastnosti typické pre hypervigilantný typ, napríklad zaujíma sa o hodnotenie druhými. Jedná sa o pacienta s borderline úrovňou fungovania osobnosti, so zreteľne slabým Ja, zlou toleranciou úzkosti a zlou kontrolou impulzov, teda prognosticky pacienta menej priaznivého z hľadiska vyliečenia.

Spĺňa Greenbergove diagnostické kritériá narcistickej poruchy osobnosti (Houbová a kol., 2005):

1. Chýbanie schopnosti regulovať vnútorne, svojimi prostriedkami vlastnú sebaúctu.
2. Sebaopínanie je závislé od mienky druhých.
3. Prítomnosť dvoch extrémnych a nerealistických pohľadov na seba, meniacich sa v závislosti od okolností.

Symptómy uvedeného pacienta priamo súvisia s jeho sebahodnotením. Sú to prehnaná potreba uznania, ctižiadosť, nadmerná citlivosť na udalosti otriasajúce sebavedomím, citlivosť voči narcistickým zraneniam. V dôsledku nedostatočne stabilného sebavedomia hľadá sily vo svojom okolí, od ktorých očakáva pomoc a podporu. Frustračné zážitky a pocity prázdna vedú k exhibicionizmu, užívaniu drog, agresii, cynizmu. Vďaka dobrým intelektovým schopnostiam pacienta, môže byť jeho ctižiadosť stimulom k výkonom a cestou k úspechu.

Na záver kazuistiky ešte úvaha o cieľoch terapie, napriek tomu, že by boli ťažko dosiahnuteľné aj u lepšie fungujúcich narcistických pacientov. Ideálny cieľ liečby by mohol byť stav, kedy pacient cíti k druhým súciti, náklonnosť, nie zlosť. Vie sa voči druhým brániť, nezraňuje ich, je tolerantný k chybám druhých, na svoje nedostatky pozorá s humorom, je poctivý, aj za cenu nevýhod. Nechce druhým vládnuť, ale spolupracovať, vie sa držať aj v pozadí, teší sa zo spoločnosti priateľov. Sexuálny zážitok nie je cieľom, ale možnosťou ako prejavíť lásku, sexualita už nie je sebaopotvrdzovaním. Žije tu a teraz, zaujíma sa o dianie okolo, práca nie je únikom pred sebou, dôležité je, aby ho uspokojovala, nie dodávala sebavedomie. Nezávisí len od hodnotenia okolia, je sebakritický, bez sebazničujúcich tendencií. Vie prijať svoje pocity: žiarlivosť, vinu, nenávisť, bolesť, zlosť aj bezmocnosť.

ZÁVER

V práci som sa pokúsila podať ucelený pohľad na problematiku narcizmu a porúch narcistickej regulácie. V úvode som vymedzila pojem narcizmu a zdôraznila rozdiel medzi zdravým a patologickým narcizmom. Vyšla som z raných prác S. Freuda, ktorý problematiku uviedol do odbornej literatúry. Sledovala som ďalší vývin názorov, prevažne psychodynamických autorov, až po súčasnosť. Z moderných teórií som sa sústredila najmä na práce H. Kohuta a O. Kernberga. Podala som prehľad názorov na etiopatogézu s dôrazom na psychodynamické súvislosti, na epidemiológiu, klinický obraz a diferenciálnu diagnostiku narcistickej poruchy osobnosti podľa MKCH-10 a rôznych verzií DSM.

Klinický obraz i priebeh sú modifikované mnohými faktormi. V praxi sa častejšie stretávame s pacientami so zmiešanou poruchou osobnosti, respektíve komorbiditou, preto diagnostika nie je vždy jednoznačná. Užitočné pre stanovenie stratégie terapie môžu byť i neštandardné typológie, ktoré narcistické osobnosti rozdeľujú na nevšímavé a hypervigilantné (Gabbard, 1994), filobatov a oknofilov (Balint in Schlegel, 2005). Pri narcistických poruchách osobnosti sa najviac používa dlhodobá psychodynamická psychoterapia. Z tohto dôvodu som väčšiu časť kapitoly o terapii venovala psychodynamickým metódam – vytváraniu terapeuticko-aliancie, práci s prenosom a protiprenosom, interpretáciám a podobne. Stručne som popísala aj kognitívne-behaviorálny prístup, skupinovú a podpornú psychoterapiu a prácu niektorých „menšinových“ terapií (KIP, POP) s narcistickou poruchou.

To, že diagnostika narcistickej poruchy osobnosti nie je jednoduchá, som ilustrovala na dvoch psychiatricko-psychoterapeutických kazuistikách pacientov, ktorých mám v starostlivosti. Aj keď ide v oboch prípadoch o ešte neukončené terapie, potvrdilo sa, že základom je vybudovanie dobrej terapeuticko-aliancie a tpežlivá práca so vzťahom, prenosom i protiprenosom. Ide o dlhodobý proces, úspech závisí aj od motivácie a spolupráce pacienta a citlivého vedenia terapie. Dôležité je realistické stanovenie cieľov terapie. Supervízia je potrebná nielen u začínajúcich psychoterapeutov.

Pre zložitosť problematiky narcistickej poruchy osobnosti je na mieste integratívny prístup a pre častú komorbiditu aj komplexná psychoterapeutická a farmakologická liečba.

POUŽITÁ LITERATÚRA

1. ADLER, G.: *Psychotherapy of the narcissistic personality disorder patient: two contrasting approaches*. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1986 (4), s. 430-436.
2. BALON, R.: *Poruchy osobnosti in: Hoschl, C., Libiger, J., Švestka, J.: Psychiatrie, druhé, doplněné vydání*. Tigis 2004, s. 540-555.
3. BENKERT, O., HIPPIUS, H.: *Průručka psychiatrické farmakoterapie*. Vydavatelstvo F, Trenčín, 2002.
4. BLASHFIELD, R.K., BREEN, M.J.: *Face of validity of the DSM-III-R personality disorders*. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1989 (12), s. 1575-1579.
5. BRĀŤUTIGAM, W.: *Základy sexuologie. Úvod do kliniky, teorie a terapie sexuálních konfliktů a poruch*. ODZ, I/ 1, Trenčín, 1988.
6. BRĀŤUTIGAM, W.: *Reakcie, neurózy, poruchy osobnosti. Vnútorný študijný materiál, NsP Trenčín*, 1993.
7. COID, J.W.: *Aetiological risk factors for personality disorders*. *British Journal of Psychiatry*. 174, 1999 (1), s. 530-538.
8. COSTA, P.T.: *Revised NEO Personality Inventory and NEO Five-Factor Inventory. Professional Manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL 1992.
9. DSM-III. *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti*. 3. revize. Edice Zprávy č. 74, Výskumný ústav psychiatrický, Praha 1989, s. 303-314.
10. DSM-IV. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition*. American Psychiatric Association, Washington, DC 1994, s. 658-661.
11. FORD, C.V., KING, B.H., HOLLENDER, N.H.: *Lies and liars: psychiatric aspects of prevarication*. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1988 (5), s. 554-562.
12. FORGÁČOVÁ, Ľ.: *Problematika schizofrenického spektra in: Pečeňák, J. a kol.: Kapitoly o schizofrénii*. Vydavateľstvo Osveta, Martin 2005, s. 24-40.
13. FREUD, S.: *Vybrané spisy I: 1 Přednášky k úvodu do psychoanalýzy, 2 Nová řada přednášek k úvodu do psychoanalýzy*. Státní zdravotnické nakladatelství, Praha 1969.
14. FREUD, S.: *Vybrané spisy III: Práce k sexuální teorii a k učení o neurosách*. Avicenum zdravotnické nakladatelství, Praha 1971, *K uvedením narcizmu*, s. 115-134.
15. FREUD, S.: *O člověku a kultuře*. Odeon, Praha 1989.
16. GABBARD, G.: *Psychodynamic psychiatry in clinical practice. The DSM-IV Edition*, American Psychiatric Press, Washington 1994.
17. GOLOMB, M. et al.: *Gender differences in personality disorders*. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1995 (4), s. 579-582.
18. GRAVES, R.: *Řecké mýty*. KMa 2004, s. 289-291.
19. HALL, C.S., LINDZEY, G.: *Psychológia osobnosti*. Slovenské pedagogické nakladateľstvo, Bratislava 2002.
20. HARRIS, J.C.: *The metamorphosis of Narcissus*, *Archives of General Psychiatry*, 62, 2005 (2), s. 124-125.
21. HAŠTO, J.: *Nasycovanie „narcistických potrieb“ ako terapeutický faktor*. *Psychiatria*, 6, 1999 (4).
22. HAŠTO, J.: *Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti*. Vydavateľstvo F, Trenčín 2005.
23. HENSELER, H.: *Teória narcizmu*. Interný materiál Psychiatrického oddelenia NsP, Trenčín 1984.
24. HERETIK, A., UHROVÁ E.D.: *Narcizmus v sne a sen o narcizme*. *Psychiatria*, 5, 1998 (3), s. 140.
25. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J.: *Psychiatrie, druhé, doplněné vydání*. Tigis 2004.
26. HOUBOVÁ, P., PRAŠKO, J., PREISS, M.: *Narcistická porucha osobnosti - diagnostika a liečba*. *Psychiatria pre prax*, 6, 2005 (1), s. 20-26.
27. HUČÍN, J.: *Jak vidíte sami sebe? Psychologie dnes*, 11, 2005 (1), s. 11-15.
28. JANÍK, A., DUŠEK, K.: *Diagnostika duševných porúch*, 2.vydanie, Avicenum, Praha 1987.
29. KERNBERG, O.F.: *Normální a patologická láska*. Portál, Praha 1999.
30. KOCOURKOVÁ, J.: *Narcistická porucha osobnosti*. *Pelikán*, 12, 2004 (5/6), s. 21-22.
31. KOHUT, H. a WOLF E.S.: *Poruchy seba (selbst, Self) a ich liečba*. Interný materiál Psychiatrického oddelenia NsP, Trenčín 1984.
32. KOHUT, H.: *Úzdrava Self*. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1991.
33. KRATOCHVÍL, S.: *Základy psychoterapie*. Portál, Praha 2002.
34. LENZENWEGER, M.F.: *Major theories of personality disorders*. New York, Guilford 1996.
35. LOWEN, A.: *Narcissism- Denial of the True Self*. New York, Collier Books 1985.
36. MASTERSON, J.: *The narcissistic and Borderline Disorders*. Guilford Press, New York, Brunner/ Mazel 1981.
37. MENTZOS, S.: *Psychodynamické modely v psychiatrii*. Vydavateľstvo F, Trenčín 2004.

38. MENTZOS, S.: *Rozumíme sami sobě?* Kindler Verlag GmbH, Munchen 1982.
39. MILLON, T.: *Teorie osobnosti a jejích poruch.* Psychiatrie, 7, 2003, s. 91-95.
40. NESTOR, P.C.: *Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features.* American Journal of Psychiatry, 159, 2002 (12), s. 1973-1978.
41. PEČEŇÁK, J. a kol.: *Kapitoly o schizofrénií.* Vydavatelství Osveta, Martin 2005.
42. PONĚŠICKÝ, J.: *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie.* Triton, Praha 1999.
43. PONĚŠICKÝ, J.: *Fenomén ženství a mužství. Psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy.* Triton, 2. vydání, Praha 2004.
44. PORCERELLI, J.H., SANDLER, B.A.: *Narcissism and empathy in steroid users.* American Journal of Psychiatry, 152, 1995 (11), s. 1672-1674.
45. PRAŠKO, J. a kol.: *Poruchy osobnosti.* Portál, Praha 2003.
46. ROBINSON, D.J.: *Poruchy osobnosti podle DSM-IV.* Vydavatelství F, Trenčín 2001, s. 93-103.
47. ROHR, H.-P.: *Narcismus- vnitřní žalář.* Portál, edice Spektrum, Praha 2001.
48. RONNINGSTAM, E., GUNDERSON, J.: *Identifying criteria for narcissistic personality disorder.* American Journal of Psychiatry, 147, 1990 (7), s. 918-922.
49. RONNINGSTAM, E., GUNDERSON, J., LYONS, M.: *Changes in pathological narcissism.* American Journal of Psychiatry, 152, 1995 (2), s. 253-257.
50. SANDLER, J., DARE, CH., HOLDER, A.: *Pacient a analytik.* Psychoanalytické nakladatelství, Praha 1994.
51. SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy, průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika,* Jessenius, Maxdorf 1996.
52. SCHLEGEL, L.: *Základy hlbinnej psychologie, díl I, II, III.* Vydavatelství F, Trenčín 2005.
53. ŠVRÁKÍČ, D.M.: *The functional Dynamics of the Narcissistic Personality.* American Journal of Psychotherapy, 44, 1990 (2).
54. TORGERSEN, S., KRINGLEN, E., CRAMER, V.: *The prevalence of personality disorders in a community sample.* Archives of General Psychiatry, 58, 2001 (6), s. 590-596.
55. THOMĚ, H., KÄCHELE, H.: *Psychoanalytická praxe.* MACH, Hradec Králové 1993.
56. TYL, J.: *Metamorfóza Narcise: z mytologie do psychopatologie, z psychopatologie do dějin.* Revue psychoanalytická psychoterapie, 7, 2005 (1), s. 24-38.
57. YALOM, I.D.: *Teorie a praxe skupinové psychoterapie.* Nakladatelství Konfrontace, Hradec Králové 1999.
58. YALOM, I.D.: *Chvála psychoterapie.* Portál, Praha 2003.
59. WESTEN, D. et al.: *Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative.* American Journal of Psychiatry, 160, 2003 (5), s. 952-966.

Narcismus a narcistická porucha osobnosti
MUDr. Andrea Marsalová

pre Lundbeck Slovensko s.r.o.
vydala Zuzana Čičelová v roku 2008
grafický design © Zuzana Čičelová
tlač: Peter Prekop Print Production

vydanie 1.

Lundbeck Slovensko s.r.o.
Zvolenská 19
821 09 Bratislava 2

ISBN 978-80-969505-7-7

KAPITOLY MODERNEJ PSYCHIATRIE

MUDr. František Kuzma
Parafrenia, história pojmu a postavenie v súčasnosti
atestačná práca 2002

Mgr. Mária Andrášiová, PhD.
Analýza snov
dizertačná práca 2002

Mgr. Anton Heretik, PhD.
Psychoedukácia v liečbe schizofrénie
dizertačná práca 2001

MUDr. Ľubica Forgáčová, PhD.
Vzťah paranoidného syndrómu k osobným dispozíciám
dizertačná práca 2003

MUDr. Marek Zelman
Symptomatické demencie
atestačná práca 2005

MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.
Porovnanie účinnosti a bezpečnosti monoterapie
a kombinovanej farmakoterapie schizoafektívnej poruchy
(depresívny typ)
dizertačná práca 2007

MUDr. Andrea Marsalová
Narcizmus a narcistická porucha osobnosti
atestačná práca 2006



Lundbeck Slovensko
Zvolenská 19
821 09 Bratislava 2

www.lundbeck.com

ISBN 978-80-969505-7-7



9 788096 950577