

NARCISTICKÁ PORUCHA OSOBNOSTI – DIAGNOSTIKA A LÉČBA

Mgr. Petra Houbová¹, MUDr. Ján Praško, CSc.¹, MUDr. Marek Preiss¹, MUDr. Erik Herman²

¹Psychiatrické centrum, 3. LF UK, Centrum neuropsychiatrických studií, Praha

²Psychiatrická ambulance 1. LF UK Praha

Narcistická porucha osobnosti se projevuje trvalou potřebou grandiozity, obdivu od druhých a nedostatkem empatie. Lidé s narcistickou poruchou osobnosti bývají velmi přecitlivělí na zranění sebevědomí. Mohou reagovat defenzivně hněvem, pohrdáním nebo nezájmem a přitom ve skutečnosti jsou zahlceni pocity šoku, zranění a studu. Narcismus se může vyvíjet v neempatické, kritické a ponižující výchově rodiči. Dítě si vytváří přesvědčení, že pocit hodnoty či smyslu je dosahován získáváním úspěchů a obdivu. Rodiče selhávají v přiměřeném zrcadlení dětské přirozené touhy idealizace. Jinou možností je, že dítě naopak dostává od rodičů nadměrné projevy idealizace a ty pak zabudovává do svých představ o sobě. Empiricky se zdají být centrální pro patologii narcistické poruchy osobnosti konflikty a deficity týkající se sebevědomí.

Lidé s narcistickou poruchou osobnosti hledají léčbu pro pocity úzkosti, deprese, závislost na návykových látkách, problémy v zaměstnání nebo vztahové problémy, které se druhotně vyvíjejí v souvislosti s jejich narcismem. Bývá pro ně obtížné požádat o pomoc, protože to považují za známku slabosti a zraňuje to jejich sebevědomí. Také věří, že jim může porozumět pouze osoba, která dosahuje srovnatelného sociálního statutu nebo známosti. Psychodynamické přístupy v léčbě varují v důrazu na interpretace hněvu a zahořklosti či empatii a reflektování (nebo zrcadlení) pozitivních stránek sebevědomí. Zdá se být důležité zjistit současné vnější a historické zdroje konfliktů a citlivosti sebevědomí. Aktivní konfrontace může být užitečná pokud se podařilo rozvinout dobrý terapeutický vztah. Jinak však zranitelnost pacienta potřebuje daleko větší nepodmíněnou podporu. Kognitivně-behaviorální přístupy zdůrazňují důležitost narcistického chování a projevování v interpersonálních vztazích. Idealizace a devalvace může dobře reagovat na hraní rolí a racionální introspekci a intelektuální přístup může pomoci řadě lidí s narcistickou poruchou osobnosti. Skupinová psychoterapie může být užitečná pro zvýšení pozornosti pro grandiozitu, nedostatek empatie a devalvací druhých.

Klíčová slova: narcistická porucha osobnosti, grandiozita, zranitelnost, diagnóza, etiologie, psychodynamický přístup, kognitivně-behaviorální terapie, skupinová psychoterapie

NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDER – DIAGNOSIS AND TREATMENT

Narcissistic personality disorder is a pervasive pattern of grandiosity, need for admiration and lack of empathy. Persons with narcissistic personality disorder can be very vulnerable to threats to their self-esteem. They may react defensively with range, disdain, or indifference but are in fact struggling with feelings of shock, humiliation, and shame. Narcissism may also develop through unempathic, neglectful, and/or devaluing parental figures. The child may develop the belief that a sense of worth, value, or meaning is contingent upon accomplishment of achievement. Parents failed to adequately mirror an infant's natural need for idealization. Other possibility is that infant received excessive idealization by parental figures, which incorporated into self-image. Conflicts and deficits with respect to self-esteem have been shown empirically to be central to the pathology of narcissistic personality disorder.

Persons with narcissistic personality traits seek treatment for feeling of anxiety, depression, substance-related disorder, and occupational or relational problems that are secondary to their narcissism. It is difficult for them even to admit that they need help, as this admission is itself an injury to their self-esteem. They also believe that they can only be understood by persons of a comparably high social status or recognition. Psychodynamic approaches to the treatment of narcissistic personality disorder vary in the extent to which emphasis is given to an interpretation of underlying anger and bitterness, or to the provision of empathy and a reflection (or mirroring) of a positive regard and self-esteem. It does appear to be important to identify the current extent and historical source of the conflicts and sensitivities regarding self-esteem. Active confrontation may at times be useful, particularly when the therapeutic alliance is strong, but at other times the vulnerability of the patient may require a more unconditional support. Cognitive-behavioral approaches emphasize increasing awareness of the impact of narcissistic behaviors and statements on interpersonal relationships. The idealization and devaluation can be responsive to role playing and rational introspection, an intellectual approach that may itself be valued by some persons with narcissistic personality disorder. Group therapy can be useful for increasing awareness of the grandiosity, lack of empathy, and devaluation of others.

Key words: Narcissistic personality disorder, grandiosity, vulnerability, diagnosis, etiology, psychodynamic approach, cognitive-behavioral therapy, group therapy.

Úvod

Narcismus ve své zdravé formě znamená pozitivní vnímání sebe sama spojené s přijetím vlastních silných i slabých stránek. Je stabilní, není až tak závislý na mínění

ostatních a drobná selhání ho nijak zásadně neohroží. Patologický narcismus používá nadřazenosti, aby bylo možno zakrýt těžké pocity méněcennosti. Vysoké sebevědomí se snadno vytratí, pokud není potvrzováno

druhými. V důsledku snadné zranitelnosti se pak jako následek kritiky, odmítnutí nebo nezájmu mohou objevit pocity zahanbení, deprese a zlosti, kterým se snaží narcistický jedinec uniknout. Nedokáže tedy přiměřeně

zpracovávat selhání a neúspěch, jeho sebejistota je velmi křehká.

U jedinců s narcistickou poruchou osobnosti byly nejspíše frustrovány potřeby uznání, lásky a pozornosti. Často se ve své historii setkávali s negativní zpětnou vazbou, která byla směřována přímo vůči nim a ne vůči jejich určitému chování. Tuto zpětnou vazbu si pak interpretovali tak, že jsou vyloučení a odmítnuti. Mají potom obavy, že když se ukáže, jací doopravdy jsou, budou zavrženi. Časem se naučí, že se jim jako takovým uznání nedostane, ale že ho mohou získat díky určitým způsobům chování. Dá se předpokládat, že toto negativní schéma má svůj původ v dětství a že vzniklo v důsledku negativních zpětných vazeb vztahově důležitých osob (32).

Narcistická porucha osobnosti je charakterizována organizací osobnosti, která probíhá „na dvou rovinách“. Na povrchu je manifestní „grandiózní self“, pod kterým existuje skutečné self narcistické osobnosti. Grandiózní self je utvářeno v raném dětství jako obrana proti frustrující realitě. Takový jedinec se ztotožňuje se svým vlastním ideálním obrazem, aby mohl být nezávislý na hodnocení druhých lidí. To, co není s ideálem slučitelné, je vytěsněné nebo projikované na druhé. Přetrvávání tohoto grandiózního self ale nepříznivě ovlivňuje osobnostní vývoj, především rozvoj ega, superega a objektních vztahů (21). Narcistické objektívní vztahy jsou neúplné a typicky se pohybují mezi „dobrým“ a „zlým“. Švrakíc (34) považuje rozdělení vnitřního světa (koexistenci grandiózního a skutečného self), nezralé superega a částečné objektívní vztahy za základní strukturální charakteristiku narcistické poruchy osobnosti. Následkem přetrvávání grandiózního self se narcistickému jedinci nedostává schopnosti regulace vlastní sebehodnoty, je extrémně závislý na ocenění zvnějšku. To vede k velké zranitelnosti. Narcistický jedinec potřebuje podporu od druhých, ale má často problém jejich pomoc přijmout; cokoliv, co dostává, evokuje pocit závisti – osoba, která je schopna mu pomoc dát, může být vnímána jako lepší.

Diagnostika

Narcistická porucha osobnosti byla poprvé zařazena do oficiální klasifikace v roce 1980 (DSM-III). Termín vymezil poprvé Havelok Ellis (1989/1933) jako „autoeroticismus, tj. sexuální uspokojení bez spojení/vztahu s druhou osobou“. Mezi typické projevy narcistické poruchy osobnosti patří pocity velikášství, vlastní důležitosti a jedinečnosti, nabubřelé sebevědomí, grandiózní projevy, stavění se na odívání druhým, přecitlivělost na kritiku, zveličování svých výkonů a jedinečnosti, snění o vlastních úspěších (tabulka 1).

Tabulka 1: Diagnostická kritéria MKN-10 pro narcistickou poruchu osobnosti (Smolík 2002)

A. Musí být splněna hlavní kritéria pro specifické poruchy osobnosti.

B. Jedinec musí vykazovat nejméně pět z následujících charakteristik:

1. velikáská představa o vlastní důležitosti (např. jedinec přeceňuje dosažené úspěchy a svoje vloh, očekává, že bude považován za lepšího, než jsou ostatní, aniž by tomu odpovídaly výsledky jeho činnosti)
2. zaujetí fantaziemi o absolutním úspěchu, moci, vlastní skvělosti, kráse nebo ideální lásce
3. víra, že je „zvláštní“ a jedinečný a že může být pochopen a být ve spojení opět pouze se zvláštními nebo vysoce postavenými lidmi nebo institucemi
4. potřeba nekonečného obdivu
5. představa o zvláštní privilegovanosti, neoprávněné očekávání zvláště slibného způsobu léčby nebo automatického splnění jeho přání a očekávání
6. využívání interpersonálních vztahů ve svůj prospěch tak, že využívá výsledků jiných osob k dosažení vlastních cílů
7. chybění empatie, váhavost a neochota rozpoznat nebo se vžít do pocitů nebo potřeb jiných lidí
8. často závidí jiným nebo věří, že jiní závidí jemu
9. arogantní, zpupné chování nebo přístupy.

Tabulka 2: Dva polární typy narcistické poruchy osobnosti

Netečný typ (tlustokožec)	Ostražitý typ (tenkokožec)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Není si vědom reakcí druhých. 2. Je arogantní a agresivní. 3. Je zaujat sám sebou. 4. Potřebuje být středem pozornosti. 5. Má „vysílač“, nikoliv však „přijímač.“ 6. Je zcela odolný vůči zranění od ostatních. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Je vysoce senzitivní vůči reakcím druhých. 2. Je inhibován, stydlivý a často nenápadný. 3. Věnuje více pozornosti okolí než sobě. 4. Vyhýbá se pozornosti druhých. 5. Pozorně naslouchá a hledá náznaky kritiky a opovržení od druhých. 6. Snadno zranitelný, náchylný k pocitům studu a ponížení.

Narcistickou poruchu osobnosti řadí Millon (26) do skupiny tzv. „mezilidsky nevyrovnané“, kam zařazuje také závislou, histriónskou a antisociální poruchu osobnosti. Mezilidsky nevyrovnané osobnosti se silně kloní k jednomu nebo druhému extrému polaritě (např. závislý typ se téměř výhradně orientuje na získávání podpory a obdivu od druhých). Spojuje je vyznačenost na ose **já vs. jiní** – histriónský a závislý vzorec s orientací na **druhé**, antisociální a narcistický orientované na **já**. Narcistická osobnost je výrazná v zaměření na **já** oproti nevýraznému zaměření na **jiné**. Další výrazná charakteristika je **pasivita** (očekávají, že svět jim bude pomáhat bez jejich přispění).

Millon (26) definuje narcistické osobnosti v popisu metody MCMI-III takto: „Narcistní jedinci jsou charakterizováni svým egotickým sebe-zapojením, rozkoš jim primárně způsobuje pouhé pasivní bytí nebo soustředování se na sebe. Raná zkušenost je naučila nadhodnocovat svou vlastní cenu. Toto sebevědomí a nadřazenost mohou být založeny na falešných předpokladech; tzn. že mohou být neudržitelné v reálných nebo dospělých činech. Nicméně narcisté bezstarostně předpokládají, že ostatní rozpoznají jejich výlučnost. Zachovávají tedy vzezení arogantního sebe-ujštění a bez velkého přemýšlení, nebo dokonce vědomého záměru blahosklonně využívají druhých ke svému vlastnímu prospěchu. Ačkoli pocty od druhých jsou vítány a podporovány, jejich ovzduší snobské a domyšlivé nadřazenosti nevyžaduje příliš mnoho potvrzení skrze opravdový úspěch nebo sociální souhlas. Jejich povznesená sebesto-

ta, že věci budou fungovat dobře, jim dává málo stimulů pro zapojení se do sociálního života, kde jsou nutné kompromisy.

V praktickém vyšetření se Millon doporučuje zaměřit na funkční a strukturální oblasti (26). Mezi funkční řadí expresivní jednání, interpersonální chování, kognitivní styl a regulační mechanismus, mezi strukturální sebeobraz, reprezentaci objektu, morfologickou organizaci, náladu a temperament.

Narcistické rysy není vždy jednoduché psychologicky správně diagnostikovat a obraz osobnosti může být snadno překryt aktuálním stavem, vzniklým často na počátku psychiatrické hospitalizace (27).

Greenberg vymezuje tři diagnostická kritéria narcistické poruchy osobnosti:

1. Chybění schopnosti regulovat vlastní sebeúctu vnitřně svými prostředky
2. Sebepečetí závisí na tom, co si o nich myslí druzí. Musí věnovat velké množství energie tomu, aby se druhým zalíbili a aby od nich dostali potvrzení, které si neumějí sami dát.
3. Přítomnost dvou extrémních a nerealistických pohledů na sebe měnících se v závislosti na okolnostech
 - a. Vidí se buď jako naprosto perfektní, nebo naopak jako naprosto bezcenní. Bez ochranného pocitu dokonalosti upadají do sebenenávistné deprese a zažívají silné pocity ponížení.
 - b. Udržení sebeúcty jako primární životní cíl.

Vztahy s druhými zakládají většinou na tom, jestli vidí druhého jako někoho, kdo má

kapacitu zvyšovat nebo alespoň potvrzovat jejich sebeúctu. Pokud ho nemohou pro tento účel použít, ztrácejí o něj zájem. Greenberg nabízí mimo jiné i rychlý způsob, jak diagnostikovat narcistickou poruchu osobnosti: podívat se na tři „S“: senzitivitu, zaměřením se na status a stud.

Lowen (19) rozlišuje pět různých typů narcistické poruchy vzhledem k její závažnosti a její specifické podobě – čím více je jedinec narcistický, tím méně se identifikuje se svými pocity a tím více se identifikuje se svým obrazem:

1. Falicko-narcistický charakter – nejméně patologická forma narcismu. Spočívá v přehnaném ulpívání na sexuální image – např. muži, kteří své ego používají pro svádění žen. Ženský protějšek k falicko-narcistickému muži tvoří hysterický charakter – jde víceméně o silnou identifikaci ženskou sexualitou. Taková žena bude pravděpodobně sebevědomá, arogantní, energická, svůdná, svou hodnotu bude odvozovat od své sexuální přitažlivosti.

2. Narcistický charakter – ještě více velikášský obraz ega – pokládají se za nejlepší, nejatraktivnější, mají potřebu být perfektní před sebou i před druhými. Mohou být opravdu úspěšní a výkonní, ale jejich sebeobraz je v kontrastu s jejich skutečným já.

3. Hraniční osobnost – jejich fasáda se snadno rozsype pod nánošem emocionálního stresu. Ten, kdo pod ní zůstává, je jako malé bezmocné dítě. U jiných hraničních osobností je velikášství schované, protože nemůže být podpořeno dosaženými úspěchy. Takový člověk pak působí spíše jako zranitelný a závislý.

4. Psychopatická osobnost – považují se za nadřazené ostatním lidem a vykazují značnou míru arogance. Podobně jako ostatní narcistické osobnosti popírají své city. Typické jsou acting outy, většinou asociálním způsobem.

5. Paranoidní osobnost – vykazuje zřetelné megalomaničké přesvědčení. Věří tomu, nejen že se na ni lidé dívají, ale také se o ní baví, případně proti ní něco chystají, protože ona je tak důležitá či výjimečná.

Změny projevů osobnosti v průběhu psychiatrické hospitalizace ztěžují adekvátní diagnostiku osobnosti a tím i nasměřování další, pohospitalizační péče o pacienta. Vliv aktuálního psychického stavu (27) výrazně ovlivňuje výsledky některých diagnostických metod, především dotazníkových. Pro klinickou praxi doporučujeme diagnostikovat osobnost po odeznění aktuálního depresivního, úzkostného, psychotického či jiného stavu, tedy nejlépe ke konci hospitalizace. V opačném případě se vystavujeme riziku falešně pozitivní diagnózy, a to především pokud k diagnostice používáme výhradně či převážně dotazníky. Dále se domníváme, že pokud dotazníkové metody ukazují poruchu osobnosti a strukturovaný

rozhovor (nebo i jen klinický rozhovor) ne, je vhodnější dát přednost výsledkům rozhovoru. Za klinicky nejvalidnější považujeme vyšetřit osobnost dvakrát stejnými metodami a v případě snížení symptomatiky ve druhém vyšetření považovat první vyšetření za falešně pozitivní. Pro zvýšení validity vyšetření poruch osobnosti považujeme za nezbytné kombinovat různé metody, minimálně ty, které zkoumají latentní konstrukt nespojený s mezinárodní klasifikací nemocí (např. dotazník temperamentu a charakteru, TCI), jsou spojeny s mezinárodní klasifikací nemocí (např. Millonův MCMI-III) a jsou založeny na přímém dotazování a pozorování chování (strukturovaný rozhovor pro poruchy osobnosti, IPDE).

Epidemiologie a komorbidita

Přibližně 18% mužů a 6% žen v populaci může být charakterizováno rysy namyšlenosti, arogance nebo pohrdání druhými (3), ale pouze část z nich vyhovuje kritériím pro narcistickou poruchu osobnosti (podle Klein et al 1995 – 3,9%, podle Drake et al 1988 – 3,5%, podle Torgersen et al. 2001 – 0,8% populace). V klinické psychiatrické klientele si lidé s narcistickou poruchou osobnosti objevují častěji (2–20%), ale přesto je to pravděpodobně nejméně frekventovaně diagnostikovaná porucha osobnosti (8). V případech neúspěchu nebo přetížení se mohou objevit komplikace ve formě úzkostné, konverzní nebo somatizační poruchy, disociační poruchy, sexuálních problémů nebo depresivní poruchy (2). Častá je také komorbidita s dalšími poruchami osobnosti, zejména pak s disociační, histriónskou, paranoidní a hraniční (37).

Etiologie a patogeneze

Zdá se, že pro heretabilitu nebyla nalezena žádná potvrzení (Jang a Vernon 2001, Nigg a Goldsmith, 1994), i když se zdá, že jsou důkazy pro dědičnost rysů osobnosti projevujících se jako arogance, pohrdání a namyšlenost (Jang et al., 1998, Plomin a Caspi, 1999). Etiopatogenní faktory u narcistické poruchy osobnosti však budou pravděpodobně hlavně sociologické, psychodynamické a interpersonální. Zdá se, že současná západní společnost se stala egocentrickou, snadno pohrdající, s důrazem na úspěch, image, a postupně ztrácí sebestřesahující modely mezilidského soužití, důraz na vztahy, ideály (2).

Diferenciální diagnóza

Hraniční porucha osobnosti – bývá zřetelnější zoufalství, suicidální a sebezpoškozující tendence nebo i činy. Obě poruchy se mohou vyskytovat současně.

Histriónská porucha osobnosti – tito lidé chtějí pozornost za každou cenu, i když by

měli zažít ostudu; narcistický klient velmi těžko snáší kritiku, zesměšnění.

Somatizační porucha – převažují tělesné obtíže; obě poruchy se mohou vyskytovat současně.

Závislá porucha osobnosti – chybí emocionální způsob projevu, tlak na výkon, obdiv a výjimečnost.

Interpersonální vztahy

Švrakić (34) popisuje interpersonální vztahy utvářené narcistickými osobami ve třech rovinách:

a) Interpersonální vztahy utvářené grandiózním self – zahrnují zrcadlení (střídání idealizace a devalvace), nedostatek empatie, pseudoaltruismus, nárokování si, egocentrismus, svádění, patologická závislost na lichocení.

b) Interpersonální vztahy utvářené skutečným já – zahrnují závist a agresivitu vůči druhým, snahu o splynutí se silnou osobou, čímž se snaží překonat svůj pocit méněcennosti, selektivní interpersonální nechuť (snaží se vyloučit ze svého okolí ty osoby, ve kterých poznávají některé z vlastních nepřijatelných rysů spojených se skutečným já), patologická netolerance ke kritice.

c) Interpersonální vztahy utvářené nezralým superegem – zahrnují parazitismus a využívání druhých, nedůvěru vůči druhým, interpersonální pragmatismus a patologickou rivalitu.

Yontef (36) vnímá narcistické klienty jako konfluentní a závislé na poli. Když jsou na určitém poli závislí, prožívají sami sebe jako část tohoto pole, hranice nejsou dále diferencovány. Se svým okolím pak zacházejí jako se zcela samozřejmým podpůrným systémem. Významní druzí nejsou pojmáni jako skutečně odlišní autonomní jedinci s vlastními potřebami a zájmy.

Podle Sachseho (32) vyhledávají narcistické jedinci takové partnery, kteří jsou ochotni se za ně za každých okolností postavit a často se dokonce i vzdávají své autonomie, aby se jim dostalo náklonnosti, např. partnery se závislou osobnostní strukturou. Ze začátku většinou do vztahu hodně investují – obdarovávají svého partnera, dávají mu pocit důležitosti. Postupně je tento partner manipulován k tomu, aby převzal některé závazky narcistického jedince, až se to stane zvykem. Je možné říci, že platí, že narcistické osobnosti si hledají partnery podle toho, jak snadno jsou manipulovatelní. Nedokáží se do druhých vcítit, uvědomit si jeho vlastní potřeby.

Psychodynamické aspekty

Freud zmínil pojem narcismus poprvé 10. listopadu 1909 na přednášce Vídeňské

psychoanalytické společnosti: narcismus je „nutné vývojové stádium přechodu od autoerotizmu k objektní lásce. Zamilovanost do vlastní osoby (= vlastních genitálií) je nevyhnutelným vývojovým stádiem. Odtud se přechází k podobným objektům (23). Popsal primární narcismus (zaujetí dítěte sebou samým na začátku života) a sekundární narcismus (ego-ideál, který se týká pozdějších přání a tužeb člověka v životě). Kernberg (1967) viděl narcistickou osobnost jako jedno z vyústění hraničně strukturované osobnosti, avšak zde je vyšší hladina fungování ega, které je ale patologicky grandiózní. Hraniční klienti mají také často jen slabou kontrolu impulzů a hůře tolerují úzkost než narcističtí klienti. Zdůrazňoval, že narcistické self je vysoce patologická struktura, která neodpovídá žádnému vývojovému stadiu dítěte. Kohut (1971) pojímá narcistické self jako vývojově „normální“, ale neodpovídající chronologickému vývojovému stadiu klienta – jde vlastně o „dítě v dospělém těle“. Zdůrazňoval, že narcističtí klienti potřebují přijetí od okolí, aby si dokázali udržet pocit vlastní hodnoty, stabilní self. Pokud tyto reakce od okolí nedostávají, jejich self je náchylné k fragmentaci. Tento stav chápal jako důsledek selhání rodičů, kteří nedokázali být dostatečně empaticí a nereagovali na přirozený exhibicionismus dítěte oceněním, což následně vedlo k narušení sebedůvěry dítěte. Každý člověk potřebuje reakce od svých blízkých osob, protože druhé nevnímáme jen jako nezávislé jedince, ale i jako zdroj uspokojení self. Tuto potřebu nikdy zcela nepozbýváme, ale cílem terapie by měla být schopnost navázat vztah se zralějšími osobami a zmírnění závislosti na jejich potvrzení. Pokud nejsou v dostatečné míře uspokojeni potřeby dítěte týkající se náklonnosti, potvrzení, pozornost a potvrzení, dítě se dostává stále blíže k postoji typu – „Nenávidím tě za to, že mi nedáváš to, co mi přísluší, ale neukážeš ti, že něco potřebuji.“ (31) K narcistickému vývoji může docházet i u dětí, se kterými rodiče zacházejí jako s výjimečnými a které tvoří narcistickou extenzi svých rodičů – nahrazují jim jejich vlastní pocity méněcennosti. Jsou pak velmi závislí na jejich pochvala, snaží se splnit jejich očekávání, být dokonalí. Mohou pak vytvářet falešné self – neautentickou osobnost, která naplňuje představy rodičů, ale znemožňuje skutečné prožívání člověka. Lowen (1985) koncept primárního narcismu odmítá. Narcismus vnímá jako poruchu, která se odvíjí od narušeného vztahu rodič – dítě.

Zrcadlení

Narcistická osobnost může zažívat sama sebe jako grandiózní skrze projekci vlastní dokonalosti do vnějšího objektu a následnou identifikaci s projektovanou velkolepostí. Nee-

xistují situace nebo objekty, které by byly pro zrcadlení nevýznamné. Analogicky s mýtem o Narcisovi je možné říct, že objekt, do kterého je velkolepost projektována, představuje zrcadlo, které ukazuje a potvrzuje důležitost a zvláštnost narcistické osobnosti (Švrakić, 1990). Pokud je podle Kohuta aktivována grandiózní self, bude se klinický obraz lišit podle toho, jaký ze tří podtypů zrcadlení je mobilizován: narcistická osoba může požadovat nespornou dominanci nad objekty (fúzíjící přenos) nebo očekává, že se druzí budou cítit a chovat přesně tak jako ona (přenos dvojníka), nebo očekává obdiv a uznání od externalizovaných objektů (přenos pravého zrcadla) (Švrakić, 1990, str. 194).

Objektní volba

Objektní volba je dalším nevědomým způsobem, jak dosáhnout žádaného sebeobrazu identifikací s hodnotným objektem. Jako objekty identifikace volí narcističtí jedinci významné osoby nebo i neživé objekty (jako např. sociální status, materiální bohatství) (Švrakić, 1990).

Obranné mechanismy

Snad nejčastěji tyto klienti užívají **ideali-zace** – snaží se stýkat se s důležitými lidmi, v jejichž přítomnosti či blízkosti se cítí být hodnotnějšími. **Za účelem zvýšení svého sebevědomí se často identifikují s významnými a výjimečnými lidmi.** Jako důsledek zklamání nerealistických očekávání, která mohou být i nevědomá, přichází devalvace (Praško et al., 2003).

V současné analytické literatuře je pojem narcistické poruchy osobnosti poněkud matoucí, protože zahrnuje řadu obrazů od sebe i značně vzdálených. Z popisného pohledu je možné uvést dva polární typy: **netečný a ostražitý** typ (Gabbard, 2000) (tabulka 2).

V posledních 30 letech se nejvíce kontroverzních postojů výkladu narcismu ohraničilo kolem názorů Kohuta a Kernberga. Kohut (1971) se domníval, že narcisticky narušení jedinci vývojově ustrnuli na stadiu, ve kterém potřebují specifické reakce od osob v jejich okolí, aby si udrželi stabilní pocit své osoby (self). Pokud nejsou tyto reakce k dispozici, jejich self je náchylné ke fragmentaci. Kohut uvádí, že v průběhu celého života každý z nás potřebuje reakce od blízkých osob v okolí. Jinými slovy do jisté míry nevnímáme okolní osoby pouze jako nezávislé jedince, avšak i jako zdroje pro uspokojení self. Tuto potřebu potvrzení a gratifikace od ostatních nikdy zcela nepozbýváme. Cílem terapie je poté odklon od archaických primitivních objektů ke schopnosti navázat vztah se zralějšími a přiměřenějšími osobami a zmírnit závislost na jejich potvrzení. Kernbergovy teoretické formulace

(1975, 1991) se zásadně liší od Kohutových. Teoretické odlišnosti se mohou rovněž odvíjet od rozdílné populace pacientů, kterou autoři studovali. Kohut léčil většinou aktivní, dobře v realitě fungující ambulantní pacienty, kteří byli schopni si platit psychoanalýzu, zároveň si však stěžovali na chronické pocity prázdnoty, deprese a obzvláště na problémy ve svých vztazích. Kernberg spíše pracoval s pacienty v nemocnicích a jeho klinické popisy představují primitivnější, arogantnější a agresivnější pacienty, než které léčil Kohut. Kernberg viděl na rozdíl od Kohuta narcistické pacienty jako velmi podobné hraničním (emočně nestabilním) pacientům. Odlišnost od hraničních pacientů viděl v tom, že narcistický pacient má integrované self, které je však patologicky grandiózní. Hraniční pacienti na rozdíl od narcistických mají často slabou kontrolu impulzů a nízkou toleranci vůči úzkosti. Kohut se domníval, že narcistické self je vývojově „normální“, avšak odpovídá ranějšímu vývojovému stadiu, než ve kterém se pacient chronologicky nachází. Kernberg naproti tomu vyzdvihuje, že exhibicionistické předvádění se dítěte je okouzlující a radostné, což je v protikladu k nenasycenosti a neuspokojitelným požadavkům narcistického pacienta.

V souvislosti s narcistickými pacienty se hovoří o „narcistickém vzteku“, který se objevuje, když nejsou uspokojeny potřeby přijetí, pochvaly a ocenění, což pacient prožívá jako zranění, odmítnutí nebo urážku. Jedna z manifestací narcistické agrese je chronická intenzivní závist, vyplývající z pocitu, že ti druzí mají něco lepšího než pacient, neboť druzí se cítí lépe než on.

Psychodynamická terapie

Klienti s touto poruchou osobnosti patří mezi nejčastější klienty psychoanalytických terapií. Důvodem, proč se rozhodnou vyhledat léčbu, bývají nejčastěji problémy ve vztazích nebo deprese, která se objevila po narcistickém zranění. Kohut zdůrazňuje empatii jako základní prvek terapie a vyhýbá se kritickým postojům. Klient má mít možnost zidealizovat si terapeuta, který by ho měl spíše přijímat než interpretovat. Terapeutickou změnu očekává spíše v nevědomé oblasti. Kernberg vidí idealizaci jako obranný mechanismus proti pocitům vzteku a závislosti a doporučuje je interpretovat spíše než jen přijímat – tím je jeho přístup více konfrontační než Kohutův. Zastává názor, že potřeby narcistických klientů neodpovídají normálnímu vývoji, proto je nutné je konfrontovat. Jako cíl léčby vidí kognitivní porozumění, kterého lze dosáhnout vhodnými interpretacemi primitivních obranných mechanismů. Narcistický klient není schopen snášet závislost ani pocívat vůči terapeutovi vděčnost; terapeut může „ničit“

jen svou nenávistí a závistí. Postupně může klient terapeuta vnímat jako rodičovskou postavu, která toleruje jeho agresivitu, aniž by byla sama zničena nebo toužila po odplatě (9). Kernberg dává velký důraz na neutralitu terapeuta, jen tak je podle něj umožněna terapeutická práce – interpretace přenosu, zejména klientovy agrese (tabulka 3).

Souhrnně lze říci, že Kohutova technika je spíše vhodná pro odtazitý typ narcistických pacientů a Kernbergova pro netečný typ. Oba autoři se domnívají, že léčba narcistických pacientů je velmi těžká, někteří pacienti především s antisociálními rysy se pokládají za neléčitelné. Některé rysy však přispívají k příznivé prognóze: schopnost prožít smutek a truchlení, více pocitů viny než paranoidity v přenosu, schopnost sublimovat primitivní afekty, relativně dobrá kontrola pudových impulzů a dobrá motivace.

Kohut a jiní self-psychologové vyvinuli přístupy, kterou jsou sice metodologicky psychoanalytické, ale obsahují hodně podpůrných elementů (17). Patří sem empatická akceptace pacienta a rozvoj dvou typů vztahů:

- **idealizující přenos**, ve kterém terapeut má roli idealizované matky a
- **zrcadlící přenos**, ve kterém pacient vnímá terapeuta jako objekt podobný jemu samotnému.

Kernbergův přístup obsahuje také **interpretaci přenosu** a více **konfrontačních metod**, jako je zdůrazňování pacientova výběru a použití obranných mechanismů (14). Kernberg však sám u pacientů s těžší narcistickou poruchou se sekundárními zisky a nízkou tolerancí afektů doporučuje expresivní a podpůrnou psychoterapii.

Greenberg nabízí několik léčebných doporučení týkajících se terapie narcistické poruchy:

1. empatické naladění – pokusit se vidět věci z jejich úhlu pohledu
2. zrcadlící interpretace narcistické zranitelnosti
3. porozumění tomu, jak jejich výkyvy v náladě a v sebedůvěře jsou propojeny s vnímáním toho, jak je druzí vidí
4. dovednost péče o sebe
5. zaměření pozornosti na jejich pozitivní kvality skutečného já
6. přerámování jejich negativních stránek
7. podpoření klientova skutečného já, experimentování s jeho přímým vyjadřováním.

Benjaminová (1) v interpersonální psychoterapii navrhuje jako terapeutický nástroj poukazování na břímě, které s sebou nese člověk usilující o kontinuální bezpodmínečný obdiv. Další důležitý bod je naučit se nebyť

zranitelný vůči nezájmu a nedostupnosti permanentního sebe-potvrzování v běžných mezilidských vztazích. Má se poukazovat na velkou cenu, často placenou zdravím, pocitem štěstí a kvalitou vztahů obětovanou za tyto zaryté sebe-hýčkájící požadavky.

Skupinová psychoterapie

Narcistický klient může těžit ze skupinové terapie, ale je pro něj těžké být ve skupině v jiné než výjimečné roli. Soupeří s ostatními členy skupiny i s terapeutem, dokáže se snadno prosadit, často začíná hovořit jako první, bývá zraněný, pokud není akceptováno jeho „výsadní postavení“.

Přenosové a protipřenosové fenomény

Klient s narcistickou poruchou osobnosti potřebuje pro sebe takového terapeuta, který je „ten nejlepší ve svém oboru“, „kapacita“, nemůže pracovat s kýmkoliv. Terapeut je buď idealizován jako dokonalý, nebo zase naopak devalvován jako neschopný. Častou verzí také bývá idealizace současného terapeuta a devalvace předešlých terapeutů. Protipřenosové se naopak může objevit pozice vzájemného obdivu s klientem, pocity zklamání, nuda, pocit manipulace ze strany klienta, zlost, dotčenost při znevážení klientem (25). Při menší osobní angažovanosti terapeuta se může objevit nuda jako protipřenosový fenomén. Kohut (17) popsal dva typy vztahů, které v sobě obsahují podpůrný element: idealizující přenos, kdy terapeut zaujímá roli idealizované matky, a zrcadlící přenos, kdy klient vnímá terapeuta jako objekt, který je podobný jemu samému.

Je důležité vytvořit si s klientem dobrý terapeutický vztah, ve kterém se klient může odvážit otevřít pro něj ponižující témata. Je možné, že bude mít tendenci určovat pravidla – na čem se smí pracovat a na čem ne, jak má terapeut reagovat a jak ne. Toto stanovování pravidel ze strany klienta může být pro terapeuta značně obtížné; zejména pokud sám nemá své narcistické stránky zpracované, bude velmi snadno zažívat zlost. Potom se může stát, že terapie

se změni na „souboj o moc“. Sachse (32) uvádí jako terapeutické cíle u narcistické poruchy osobnosti mimo jiné:

1. Terapeut musí společně s klientem vytvořit takový terapeutický vztah, ve kterém se klient nebude cítit jako méněcenný.
2. Klient si musí uvědomit, že je součástí problému a že na něm může pracovat. Je třeba, aby udělal rozhodnutí, že na něm pracovat chce. Terapeut akceptuje klientovu definici problému s tím, že je ale třeba situaci přesně zanalyzovat a porozumět jí, aby bylo možné najít řešení problému.
3. Klient se musí naučit se znovu začít chovat autenticky.

Kognitivně-behaviorální terapie

Cílem terapie je zmírnit přecitlivělost na zranění, zvýšit citlivost a vnímavost pro pocity potřeby druhých lidí i sebe samotného, „otužit“ se proti kritice a projevům nesouhlasu. Změna stylu spočívá v uvědomování si vlastních kognicí, nácivku empatie, zvládnání pocitů vzteku, impulzivity, zmírnění přecitlivělosti. Změna schémat se týká uvědomění a zpochybňování automatických negativních myšlenek, analýzy a zpochybňování maladaptivních schémat a testování schémat pomocí behaviorálních experimentů. Klient s narcistickou poruchou osobnosti často vyžaduje speciální zacházení a bývá uražen, pokud se mu ho nedostává, respektive dostává stejnou péči jako ostatní klienti. Spouštěčem bývá většinou kritika, porovnávání se s druhými, které klient považuje za lepší a úspěšnější, nebo nedostatek obdivu. Dekompensace má podobu výbuchů hněvu, žárlivých nebo závistivých epizod či depresivních propadů. Jádřová schémata, která se týkají vlastní neschopnosti, kompenzatorně přeměňuje v pohled na sebe jako na výjimečného člověka, který dosahuje daleko větších kvalit než ostatní lidé a pro něhož neplatí běžná pravidla. Kognitivní styl zahrnuje nekritické, ale velmi křehké pozitivní sebehodnocení. Afektivní styl se projevuje buď mírně nadnesenou náladou nebo v případě zranění

Tabulka 3: Psychoterapeutické techniky Kohut versus Kernberg (podle Praško et al. 2003)

Kohut	Kernberg
1. Přijímá idealizaci jako normální vývojovou potřebu.	1. Interpretuje idealizaci jako obranu.
2. Empaticky přijímá pacientovy pocity jako srozumitelnou reakci na selhání rodičů.	2. Pomáhá pacientovi vidět jeho podíl na problémech ve vztazích.
3. Přijímá pacientova sdělení bez komentáře, vnímá odpor jako zdravou psychickou aktivitu, která chrání self.	3. Konfrontuje a interpretuje odpory jako obranný mechanismus.
4. Vyzdvihuje pacientovu lepší stránku.	4. Zkoumá jak pozitivní, tak negativní stránku pacienta.
5. Podporuje pacientův vývoj.	5. Zaměřuje se na závist a její důsledky – neschopnost říci si o pomoc a opěťovat ji.
6. Cílem terapie je pomoci pacientovi dosáhnout psychické stability a navázat přiměřené vztahy.	6. Cílem terapie je umožnit pacientovi prožít pocity viny a zájem o druhé, integrovat idealizaci a důvěru se vzteky a pohrdáním.

výbuchy vzteku. V chování se často objevují manipulace druhými ve svůj vlastní prospěch, neschopnost rovnocenného vztahu, horší vnímavost k potřebám a pocitům druhých lidí (25). Pacient si zpravidla představuje sám sebe jako úspěšného, mocného, obdivuhodného, krásného, žáducího a předpokládá, že mu porozumí jen výjimeční lidé. Vyžaduje obdiv a poslušnost; nesnáší kritiku a nesouhlas. To, že využívá druhé pro své vlastní potřeby, považuje za samozřejmé. Cílem terapie je zmírnění přecitlivělosti na zranění, zvýšení schopnosti rozumět druhým i sobě samotnému, lepší uvědomování si a respektování potřeb a pocitů druhých.

Zapojení do terapie

Pacient zpravidla vyžaduje speciální pravidla, bývá uražen, pokud je léčen „stejně jako druzí“. Zrcadlení je náročné, protože pacient snadno prožívá narcistické zranění při jakémkoliv náznaku kritiky nebo konfrontace. Je potřebné ho zpočátku dostatečně vyslechnout a vyjádřit pochopení pro jeho prožívání, nikoliv však souhlas s jeho postoji.

Analýza vzorců

Spouštěčem frustrace bývá neúspěch, porovnávání se s druhými, které pacient pokládá za úspěšnější, kritika, nedostatek obdivu nebo neposlušnost ze strany druhých. Často druhým závidí nebo předpokládá, že druzí závidí jemu. Vzorcem dekompenzace jsou žárlivé nebo závistivé epizody, výbuchy hněvu nebo propady bolestnému smutku při zranění.

Tabulka 4: Důležité komponenty KBT modelu narcistické poruchy osobnosti (Praško et al 2003)

Jádrové přesvědčení o sobě	Jsem méně než druzí. Manifestní kompenzátorní: jsem více než druzí.
Jádrové přesvědčení o druhých lidech	Druzí jsou lepší. Manifestní kompenzátorní: druzí jsou horší.
Odvozené předpoklady	Jsem výjimečný, lepší než druzí, běžná pravidla pro mě neplatí. Když se mnou druzí zacházejí normálně, znamená to, že si o mně myslí, že jsem horší. Druzí musí uspokojovat moje potřeby. Druzí nemají právo mě kritizovat. Jsem originál, a protože jsem něco lepšího, mám nárok na zvláštní zacházení a privilegia.
Nedostatečně rozvinuté strategie	Zvládání afektů, reciprocita, sdílení, empatie, uvědomování si vlastních kognicí, identifikace se skupinou
Nadměrně rozvinuté strategie	Sebezdůrazňování, soutěživost, přecitlivělost
Zaměření pozornosti	Porovnání se s druhými, kritika
Nejčastější způsoby zpracování informací	Nekritické přeceňování sebe, projektivní identifikace
Typické chování	Soutěživost, vyžaduje zvláštní zacházení

Jádrová schémata o vlastní méněcennosti jsou **kompenzatorně** proměněná na pohled na sebe jako na výjimečného člověka, lepšího než druzí, pro kterého běžná pravidla neplatí. Týkají se výlučnosti a sebestřednosti. Od světa očekává, že jej bude obdivovat a poslouchat.

Afektivní styl se projevuje buď mírně nadnesenou náladou nebo výbuchy vzteku až zuřivosti při „zranění“.

Kognitivní styl obsahuje nekritické, ale labilní pozitivní sebehodnocení.

V **chování** pacient zpravidla manipuluje druhými ve svůj prospěch, není schopen navázat rovnocenný vztah, je neochotný brát ohled

na potřeby a pocity druhých. Může se chovat k druhým arogantně, nadřazeně a hrubě (tabulka 4).

Změna vzorců

Hlavním cílem terapie je zvýšit schopnost a ochotu pacienta brát ohled na pocity a potřeby druhých. Pacient je přecitlivělý na kritiku a nesouhlas, potřebuje se „otužit“ proti jejich projevům a zároveň být empatický k protějšku. Terapeutické metody změny jsou následující:

a) Změna stylu: nácvik uvědomování si vlastních kognicí; nácvik zvládání vzteku; ná-

Tabulka 5: Příklad kognitivní rekonstrukce a restrukturační

Situace	Automatické myšlenky	Emoce	Chování	Racionální reakce	Akce
Pozdní příchod domů a výčitky partnerky.	Nechápe mě, že mám svoji práci. Neumí mě ocenit. Neumí si vážit, koho má, a jak se o vše starám.	Sebelítost Vztek Napětí	Demonstrativní odchod za sportem.	Má pravdu, byl jsem v práci dlouho. Taky potřebuje, abych se jí věnoval. Mohl jsem jí dát vědět, že přijdu později	Zavolám jí, když se zdržím. Omluvím se za svoje arogantní chování. Půjdeme na večeři, výběr nechám na ní.
Dysfunkční schéma: Mám právo na speciální zacházení a toleranci k tomu, co dělám.					
Vliv na vztahy: Vyžaduje speciální pravidla a výhody Má vysoké nároky na partnera Nedokáže se vcítit do potřeb druhého		Vliv na práci: Musí být vždy úspěšný Vybírá si individuální obor Nedokáže spolupracovat v týmu, protože zásadně se všemi soutěží Potíže se vztahem s nadřízeným, který neuznává požadovanou „privilegia“		Vliv na životní styl: Pěstuje individuální sporty Je málo doma, musí se věnovat „svým zájmům“ Utrácí za exkluzivní oblečení, auto, dovolenou Stýká se s exkluzivními přáteli	
Akomodovaný postoj: Všichni lidé jsou originály a zároveň v něčem stejní. Všichni máme stejná práva a pravidla, na kterých se musíme vzájemně dohodnout. Nejsem horší než druzí, ani oni nejsou horší než já.					
Potenciální vliv na vztahy: Dohoda s manželkou o domácích povinnostech a trávení volného času. Větší tolerance k chování manželky, snížení nároků na ni. Lepší vcítění do manželčiny potřeb a do potřeb dětí.		Potenciální vliv na práci: Nemusí zůstat tak často přesčas Lepší spolupráce v týmu Zlepšení vztahu s nadřízeným		Potenciální vliv na životní styl: Více možností trávit příjemně volný čas s partou známých i rodinou společně Menší výdaje na „luxus“ Zrušení kontaktu se „snoby“	
Dovednosti, které je potřebné se naučit: empatické naslouchání, přijímání kritiky, požádání si o kritiku, uzavírání kompromisů a dohod					

cvik empatie; nácvik zvládnání impulzivitu; nácvik zmírnění přecitlivělosti.

b) Změna schémat: analýza a zpochybňování automatických myšlenek; analýza a zpochybňování maladaptivních schémat; testování schémat pomocí behaviorálních experimentů (tabulka 5).

Ukončení léčby

Vzhledem k vysoké zranitelnosti je zde velké riziko předčasného ukončení terapie. Pro klienta může být velmi těžké překonat období v terapii, kdy se zdánlivě žádné změny nedostavují nebo když je vystaven konfrontaci. Pokud se tímto krizovým okamžikem podaří projít, je důležitým kritériem možného ukončení terapie to, že klient je schopen navazovat pro něj uspokojivé a blízké interpersonální vztahy a nemusí již dále potlačovat ani popírat pro něj dříve nepřijatelné emoce.

Farmakoterapie

Pro narcistickou poruchu osobnosti nebyla zjištěna žádná cílená farmakoterapie (Markovitz et al., 2001). Podávání léků je na místě v době dekompenzace do depresivní, úzkostné nebo somatoformní poruchy. V době dekompenzace může pomoci podávání anti-depresiv, které snížením celkového tenzního nabuzení umožní větší odstup od soutěžení a srovnávání a otupí nesmírně bolestné emoce narcistických zranění.

*Tento článek byl podpořen grantem
IGA MZ ČR: NF7580*

Literatura

1. Benjamin LS. Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders. Guilford Press, New York, 1993.
2. Cooper AM and Ronningstam E. Narcissistic personality disorder. In Tasman A and Riba MB (eds): Review of Psychiatry, vol 11. American Psychiatric Press 1992; 80–97.
3. Costa PT and McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual. Psychological Assessment Resources. Odessa, FL 1992.
4. Drake RE, Adler DA, Vaillant GE. Antecedents of personality disorders in a community sample of men. J Pers Disord 1988; 2: 60–68.
5. Freud S. Sebrané spisy. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1999.
6. Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, 3rd ed. American Psychiatric Press 2000.
7. Greenberg E. Krátký průvodce hraniční, narcistickou a schizoidní poruchou osobnosti. Nepublikovaný text. Institut pro Gestalt terapii, Praha.
8. Gunderson JG, Zanarini MC, and Kiesel CL. Borderline personality disorder: A review of data on DSM-III-R description. J Pers Disord 1991; 5: 340–352.
9. Hartmann HP. Narzißtische Persönlichkeitsstörungen. In: Psychotherapeut Springer-Verlag, 1997; 42: 69–84.
10. Jang KL, McCrae RR, Angleitner A, et al. Heritability of faced-level traits in a Gross-cultural twin sample: Support for a hierarchical model of personality. J Pers Soc Psychol 1998; 74: 1556–1565.
11. Jang KL and Vernon PA. Genetics. In: Livesley WJ (ed): Handbook of Personality Disorders. Guilford Press, New York 2001; 177–195.
12. Kernberg O. Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York, Aronson 1975.
13. Kernberg OF. Borderline personality organization. J Am Psychoanalytical Assoc 1967; 15: 641–685.
14. Kernberg OF. Narcissistic personality disorder. In: Michels R, Cavenar JO, Cooper AM, (eds.): Narcissistic personality disorder in psychiatry. Philadelphia, PA, JB Lippincott, 1987.
15. Kernberg OF. Narcissistic personality disorder. In: Michels R (ed): Psychiatry, vol 1. JB Lippincott, Philadelphia, PA 1991; 1–12.
16. Klein DN, Riso LP, Donaldson SK, et al. Family study of early-onset dysthymia: Mood and personality disorders in relatives of outpatients with dysthymia and episodic major depressive and normal controls. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 487–496.
17. Kohut H. The analysis of self: the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorder. New York, International Universities Press 1971.
18. Kohut H. The Restoration of the Self. International Universities Press. New York, 1997.
19. Lowen A. Narcissism – Denial of the True Self. New York, Collier Books 1985 – český překlad: Zuzana Korecká – www.muweb.cz/www/narcis, 4. 8. 2004.
20. Markovitz P. Pharmacotherapy. In: Livesley WJ (ed): Personality Disorders. Guilford Press, New York 2001; 475–493.
21. Masterson J. The Narcissistic and Borderline Disorders. New York, Brunner/Mazel 1981.
22. Nigg JT, Goldsmith HH. Genetics of personality disorders: Perspectives from personality and psychopathology research. Psychol Bull 1994; 115: 345–380.
23. Nunberg H, Federn E. Protokolle der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung. Frankfurt a M Fischer, Band II 1977.
24. Plomin R, Caspi A. Behavioral genetics and personality. In: Pervin L and John O (eds): Handbook of Personality, 2nd ed. Guilford Press, New York 1999; 251–276.
25. Praško J, et al. Poruchy osobnosti. Praha, Portál 2003.
26. Preiss M. Theodore Millon – teorie osobnosti a jejich poruch. Psychiatrie 2003; 7: 91–95.
27. Preiss M, Rodriguez M, Houbová P. Vliv akutního stavu na diagnostiku poruch osobnosti. Psychiatrie 2003; 7: 18–21.
28. Raskin R, Novacek J, Hogan R. Narcissistic self-esteem management. J Pers Soc Psychol 1991; 60: 911–918.
29. Rhodewalt F, Madrian JC, Cheney S. Narcissism, self-knowledge, organization, and emotional reactivity: The effect of daily experience on self-esteem and affect. Pers Soc Psychol Bull 1998; 24: 75–87.
30. Ronningstam E, Gunderson JG. Identifying criteria for Narcissistic personality Disorder. Am J Psychiatry 1990; 147: 918–922.
31. Röhr HP. Narcissismus – vnitřní žalář. Portál, Praha 2001.
32. Sachse R. Histrionische und Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Göttingen, Hogrefe-Verlag 2002.
33. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Praha, MAXDORF 2002.
34. Švráček DM. The Functional Dynamics of the Narcissistic Personality. In: American Journal of Psychotherapy, Vol. XLIV, No. 2, April 1990.
35. Torgersen S, Kringle E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry 2001; 58: 590–596.
36. Yontef G. Awareness Dialogue and Process. Essays on Gestalt Therapy. New York, Gestalt Journal Press 1993.
37. Widiger TA, Trull TJ. Performance characteristics of the DSM-III-R personality criteria set. In: Widiger TA, Frances AJ, Pictus HA, et al. (eds): DSM-IV Sourcebook, vol.4. American Psychiatric Association, Washington 1998; 357–373.