

15. dni dynamickej psychoterapie 24. októbra 2019 PN Ph. Pinela, Pezinok

Zdravý vs. patologický narcizmus I. - pohľad psychiatra

Andrea Heretiková Marsalová

Súhrn

Pojem narcizmus priniesol do psychologickej literatúry S. Freud. Existuje veľa definícií a typológií narcizmu. MKCH-10 pracuje s kategoriálnym modelom a zaraduje narcistickú poruchu osobnosti medzi špecifické poruchy osobnosti. DSM-5 prináša aj alternatívny model narcistickej poruchy osobnosti založený na dimenzionálnom prístupe. Psychodynamická terapia narcizmu je ilustrovaná na prácach H. Kohuta a O. Kernberga. Farmakoterapia narcistickej poruchy osobnosti má primárne symptomatický charakter. Najčastejšie sú indikované antidepresíva a anxiolytiká.

Kľúčové slová: narcizmus, narcistická porucha osobnosti, diagnostické kritériá, MKCH-10, DSM 5, psychoterapia, farmakoterapia.

Summary

The term narcissism brought to psychological literature S.Freud. There are many theories and typologies of narcissism. ICD-10 works with categorial model and ranks narcissistic personality disorder to specific personality disorders. DSM-5 brings also alternative model of narcissitic personality disorder based on dimensional approach. Psychodynamic psychotherapy of narcissism is illustrated in works of H.Kohut and O.Kernberg. Pharmacotherapy of narcissistic personality disorder has primary symptomatic character. Mostly are indicated antidepressants and anxiolytics.

Key words: Narcissism, Narcissistic Personality Disorder, Diagnostic Criteria, ICD-10, DSM-5, Psychotherapy, Pharmacotherapy.

Úvod

Podľa Schlegela (2005) zaviedol termín **narcizmus** do psychologickej literatúry Sigmund Freud roku 1911. 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. Z vývinového hľadiska je primárny narcizmus štádium medzi autoerotizmom a obrátením sa k vonkajším objektom (Freud, 1969). Rovnako neskorší dynamickí autori zdôrazňujú pri narcizme poruchy postoja k sebe a poruchy regulácie pohody, sebaúcty a identity, grandiozitu, nadmernú potrebu obdivu a chýbanie empatie (Henseler, 1984) a typickú vzťahnosť k sebe (Schlegel, 2005). Narcistická porucha teda vždy súvisí s poruchou sebavedomia. Výstižné sú aj Greenbergove diagnostické kritériá (Houbová a kol., 2005):

- Chýbanie schopnosti samoregulovať vlastnú sebaúctu.
- Sebaopímanie je závislé od mienky druhých. Venujú veľa energie tomu, aby sa zapáčili druhým.
- Prítomnosť dvoch extrémnych a nerealistických pohľadov na seba, meniacich sa v závislosti od okolností (perfektný-bezcenný, vtedy upadajú do sebanenávistnej depresie s pocitmi poníženia).

Vznikol rad - aj klinicky užitočných - **typológií narcistických osobností**. Gabbard (1994) rozlišuje dva extrémne typy, ktoré tvoria póly kontinua. *Nešťimaví* majú potrebu byť v centre pozornosti, vychvaľujú sa, snažia sa urobiť dojem na druhých, sú arogantní, agresívni, neuvedomujú si, aké reakcie vzbudzujú u druhých ľudí. *Ostražití, hypervigilantní* sú citliví na reakcie druhých, pozorne načúvajú, čo o nich hovoria, striehnu na náznaky kritiky a znehodnotenia. Sú hanbliví, sebaúctu sa snažia udržať vyhýbaním sa zraňujúcim situáciám. Gabbard uvádza aj príbuznú typológiu Rosenfelda, ktorý rozlišuje *hrubokožie* a *tenkokožie* narcistické osobnosti. Balint (in Henseler, 1984) postavil svoju typológiu na reakcii na nevyhnutný zánik harmónie medzi matkou a dieťaťom. Rozlišuje *filobata* (z gr. slova bathos – hĺbka), člo-

REA - Ambulancia psychiatrie a psychoterapie, s.r.o., Bratislava
Adresa pre korešpondenciu: Andrea Heretiková Marsalová,
 REA - Ambulancia psychiatrie a psychoterapie, Istrijská 8/B, 841 07
 Bratislava IV, Bratislava
 e-mail: andrea.marsalova@gmail.com

veka zámerne sa vystavujúceho nebezpečenstvu, ktorý ľudské objekty pokladá za nebezpečné a nevypočítateľné. Na zachovanie harmónie potrebuje dobré vzťahy k neosobnému svetu. *Oknofil* (z gr. slova okneo - hanbiť sa) sa naopak obáva rizika, predpokladá, že ľudské objekty sú spoľahlivé a blahodarné, dostupné, nekladú odpor, sú oporou. Má strach, že ho ostatní opustia a že bude úplne odkázaný na seba.

Narcistická porucha osobnosti

Epidemiológia narcistickej poruchy je málo preskúmaná, prevalenčné údaje sú uvádzané veľmi rôznorodo. Prevalencia narcistickej poruchy osobnosti je podľa DSM-IV 0,6-6,2 % populácie, z toho 50-75 % tvoria muži (DSM-5, 2015). Torgessen a kol. (2001) tvrdia, že kritériá pre narcistickú poruchu osobnosti spĺňa len 0,8 % populácie. V klinickej psychiatrickej populácii však môže byť incidencia podstatne vyššia, pohybuje sa medzi 2-16 %. (Höschl a kol., 2004).

V **etiológii** narcistickej poruchy osobnosti je podľa psychoanalytickej teórie rozhodujúce **preoidipálne obdobie** (separačno-individuálna, preverbálna fáza vývinu). Podľa Poněšického (1999) k narcistickej poruche môžu viesť tri situácie: včasná masívna frustrácia, nadmerné hýčkanie vedúce k závislosti od priazne okolia, zanedbávanie.

Medzinárodná klasifikácia chorôb MKCH-10 zaraďuje narcistickú poruchu medzi tzv. Iné špecifické poruchy osobnosti, F60.8 (Smolík, 1996). Je charakterizovaná trvalým veľikáštvom a pozornosťou sebahodnoteniu. Okrem splnenia hlavných kritérií pre špecifické poruchy osobnosti, má byť prítomných minimálne 5 z nasledovných charakteristík:

1. veľikášska predstava o sebe,
2. fantázie o vlastnej výnimočnosti,
3. viera, že je zvláštny a jedinečný,
4. potreba obdivu,
5. predstava o zvláštnej privilegovanosti,
6. využíva výsledky iných na vlastné ciele,
7. chýbanie empatie,
8. závidí,
9. arogantné správanie.

Podobne v **Diagnostickom a štatistickom manuáli DSM-IV** a aj **DSM-5** je narcistická porucha osobnosti zaradená medzi špecifické poruchy osobnosti klastra B, ktorý sústreďuje dramaticko-emozívne osobnosti. DSM-5 však prináša aj nový **alternatívny model porúch osobnosti (AMPD)**, kde je plne *dimenzionálny prístup*. Vychádza z predpokladu, že medzi normou a patológiou je plynulý prechod (APA, 2015). Pri 6 poruchách osobnosti (antisociálna, vyhýbavá, hraničná, narcistická, obsedantno-kompulzívna, schizotypová) sa konštatuje, že sú maladaptívnou variantou osobnostných črt. Opierajú sa o modifikovaný model osobnosti FFM (five-factor model), ktorý pracuje s 5 črtami - negatívna afektivita, odstup, antagonizmus, dezinhibícia a psychotizmus. Predpokladá sa, že týmto systémom (okrem faktora psychotizmu) bude pracovať aj MKCH-11 (Heretik, jr., 2019). V rámci AMPD sú pre narcistickú poruchu osobnosti diagnostické kritériá A a B:

A. *Identita* (chce získať sebapotvrdenie, aby reguloval sebaúctu, sebahodnotenie je kolísavé).

Sebariadenie (stanovuje si ciele, ktorými získa ocenenie, zbytočne vysoké/ nízke normy).

Empatia (prehnane naladený na reakcie druhých, ale len ak sa ho týkajú, preceňuje/ podceňuje dopad svojho chovania na druhých).

Intimita (povrchné vzťahy, pre vlastný zisk).

B. kritériá tvoria dve patologické črty osobnosti:

Grandiozita (otvorené alebo skryté nároky, sebeckosť, verí, že je lepší ako iní, povýšenecký).

Vyžadovanie pozornosti (chce byť stredobodom, vyžaduje obdiv). Obe patria medzi aspekt *antagonizmu*.

Ďalšie, nepovinné špecifikátory sú: manipulativnosť, klamárstvo, bezohľadnosť pri malígnom narcizme a depresivita, úzkostnosť pri „zraniteľnom“ narcizme.

Psychoterapia narcistickej poruchy osobnosti

Vo všeobecnosti platí, že psychoterapia narcistickej poruchy osobnosti súvisí s mierou egodystónnosti ako motivácii ku zmene a tiež s typom narcizmu („hrubokožci“ vs. „tenkokožci“). Ide vždy o dlhodobý proces, ktorý vyžaduje trpezlivú prácu so vzťahom, prenosom a protiprenosom a vybudovanie dobrej terapeuticko-aliancie (Marsalová, 2008). Za reprezentantov dlhodobej dynamickej psychoterapie narcistickej poruchy osobnosti môžeme pokladať H. Kohuta (1991) a O. Kerneberga (1999). Podľa Gabbarda (2005) je *Kohutov prístup* vhodný najmä pre skupinu „vulnerabilných“ (tenkokožcov) pacientov, pretože zdôrazňoval empatiu, vyhýbanie sa ostrej kritike, venovanie pozornosti pacientovmu pokroku a pozitívnym stránkam). *Kernbergov prístup* je vhodný skôr pre skupinu „závistlivých“ (hrubokožcov), je viac konfrontačný. Prehľadne zhrnul znaky oboch prístupov k liečbe narcistickej poruchy osobnosti (NPO) Praško a spol. (2003):

H. Kohut:

1. Prijíma idealizáciu ako normálnu vývojovú potrebu.
2. Empaticky prijíma pacientove pocity ako zrozumiteľnú reakciu na zlyhanie rodičov.
3. Empaticky prijíma pacientove zdelenia bez komentára, vníma odpor ako zdravú psychickú aktivitu, ktorá chráni Self.
4. Vyzdvihuje pacientovu lepšiu stránku.
5. Podporuje pacientov vývoj.
6. Cieľom terapie je pomôcť pacientovi dosiahnuť psychickú stabilitu a nadviazať primerané vzťahy.

O. Kernberg:

1. Interpretuje idealizáciu ako obranu.
2. Pomáha pacientovi vidieť jeho podiel na problémoch vo vzťahoch.
3. Konfrontuje a interpretuje odpor ako obranný mechanizmus.

4. Skúma pozitívnu, ale i negatívnu stránku pacienta.
5. Zameriava sa na závisť a jej dôsledky - neschopnosť požiadať o pomoc a pomáhať.
6. Cieľom terapie je umožniť pacientovi zažiť pocity viny a záujem o druhých, integrovať idealizáciu a dôveru s hnevom a pohrdaním.

Farmakoterapia narcistickej poruchy osobnosti

Podľa Benkerta a Hippia (2002) je narastajúci trend použitia farmakoterapie porúch osobnosti, vrátane narcistickej. Ide prevažne o krátkodobú farmakoterapiu nižšími dávkami psychofarmák. Liečba porúch osobnosti sa opiera najmä o klinické skúsenosti a takisto štúdie (Kosová, 2004). Neočakáva sa zmena osobnosti, ale možno predpokladať ovplyvnenie temperamentových črt osobnosti, nálady a impulzivity. Symptomatická liečba sa riadi podľa fenotypovej podobnosti iným psychickým poruchám. Môže ísť o liečbu akútneho stavu napr. suicidality, ktorá sa vedie rovnakými postupmi ako pri inej krízovej intervencii v psychiatrii. Pri dlhodobej patológii viazanej skôr na osobnostné črty môže ísť o ovplyvňovanie premenných, ako sú impulzivita, agresivita, úzkosť, poruchy nálad. Ako model pre farmakologické ovplyvnenie osobnostných (temperamentálnych) črt cez neurotransmitery môže poslúžiť *Cloningerova teória osobnosti*. Podľa nej každý symptóm je viazaný na motivačnú dimenziu reprezentovanú príslušnými neurotransmitermi. Impulzivita a agresivita súvisí s *vyhľadávaním nového* (dopaminový systém), úzkosť a depresia s *vyhýbaním sa poškodeniu* (kyselina gama-aminomaslová, GABA, sérotonín) afektívna dysregulácia so *závislosťou od odmeny* (noradrenalin, sérotonín) a únavnosť a frustračná tolerancia s *odolnosťou* (glutamát, sérotonín) (Kosová, 2004).

Neexistuje cieleňá farmakoterapia narcistickej poruchy osobnosti (Markovitz in Houbová a kol., 2005). Pri liečbe **úzkosti a depresie** platí, že pacienti s poruchou osobnosti odpovedajú na liečbu horšie ako pacienti bez poruchy osobnosti (Sedláčková a kol., 2013). Pri liečbe úzkosti je dôležitá prevažujúca symptomatológia. Pri kognitívnej úzkosti (anticipačnej, s obavami a predtuchami) možno použiť benzodiazepínové anxiolytiká (BZD), pri chronickej úzkosti antidepressíva zo skupiny selektívnych inhibítorov spätného vychytávania sérotonínu (SSRI), pri somatickej úzkosti (vegetatívnej labilité - s potením, palpitáciami, tremorom, hnačkami) SSRI, buspiron, inhibítory monoaminoxidázy (IMAO), či betablokátory. Pri závažnej (pseudopsychotickej) úzkosti aj antipsychotiká (AP) (Höschl a kol., 2004).

V klinickej praxi sa z antidepressív najčastejšie využívajú antidepressíva zo skupiny **inhibítorov spätného vychytávania sérotonínu prípadne aj noradrenalinu** (SSRI, SARI, SNRI). V štúdiách s pacientmi s hraničnou poruchou osobnosti - v rámci porúch osobnosti relatívne blízkou narcistickej poruche - došlo po liečbe *fluoxetínom* ku zlepšeniu u depresívnych aj nedepratívnych pacientov v parametroch impulzivita, hostilita, depresivita a vzťahovnosť. Pri liečbe *sertralínom* a *fluvoxamínom* došlo k poklesu v kolísaní nálad. *Trazodon* znižoval agresivitu (Praško, 2008).

Použitie preparátov zo skupiny tricyklických antidepressív (TCA) a IMAO môže v dôsledku noradrenergického pôsobenia viesť k nárastu impulzivity.

Na dysfóriu a atypickú depresiú sú vhodné inhibítory spätného vychytávania sérotonínu, IMAO, naopak nie sú vhodné TCA (Höschl a kol., 2004).

Anxiolytiká majú dobrú účinnosť na afektivitu, znižujú hostilitu a tenziu, priaznivo ovplyvňujú poruchy spánku. Pri BZD hrozí vznik závislosti a môžu viesť k dezinhibícii, k obklokovaniu zlosti a agresie, preto ich treba indikovať opatrne a krátkodobo, skôr pri nasadzovaní antidepressív alebo v kombinácii s antipsychotikami. Na chronickú úzkosť možno použiť *buspiron* či *guajfenesin*.

Antipsychotiká možno podávať len v nízkych dávkach vzhľadom k nízkej tolerancii k nežiaducim účinkom u pacientov s poruchami osobnosti. Indikované sú na ovplyvnenie impulzivity, atypickej depresie, či dysfórie. *Tiaprid* sa dá použiť u pacientov s komorbiditou závislosti od psychotropných látok. Zo skupiny *atypických antipsychotík* existujú štúdie o použití *quetiapínu*, *olanzapínu*, *risperidónu* pri hraničných poruchách osobnosti, teda poruche pomerne blízkej narcistickej poruche osobnosti. Použitie *aripiprazolu* viedlo ku zlepšeniu psychopatológie v posudzovacích škálach bez prítomnosti vážnejších nežiaducich účinkov (Nickel in Praško, 2008).

Zo **stabilizátorov nálad** prichádzajú do úvahy *valproát* zmiernujúci intenzitu afektov, hostilitu a agresivitu a *lamotrigín*, ktorý tiež znižuje agresivitu a hostilitu. Na ovplyvnenie „afektívnej“ agresivity, vychádzajúcej z frustrácie a pocitu ohrozenia, je možné nasadiť *lítium*, *valproát* a SSRI (Praško, 2008, Höschl, 2004).

Záver

Pri poruchách osobnosti sa často a prehnane zdôrazňuje trvalosť a nemennosť abnormných črt osobnosti. Rolu však môžu mať priebehové charakteristiky. Prvá polovica života prináša viac narcistickeho uspokojenia. Ľudia s NPO horšie znášajú starnutie pre strácanie atribútov mladosti. V strednom veku postupne zlyháva snaha o spoločenský status, kariérny rast, vzťahy, mení sa výzor, klesá kondícia. To môže viesť k dekompenzáciám stavu, tiež k workoholizmu, vyhoretiu, komplikovaným vzťahom, plastickým operáciám, abúзом psychoaktívnych látok a pod. Sú prípady, keď sa príznaky po 40. roku života zmiernia, ale rozvíja sa pesimizmus.

Andrew Sean Greer v románe *Less* prináša úvahu starnúceho, homosexuálneho spisovateľa: „Uvedomil si, že ani po rozchode si nedovolil byť naozaj sám.... Prečo táto nekonečná potreba partnera v role zrkadla? Aby v ňom uvidel svoj odraz? Isteže, smúti - oplakáva stratu milenca, kariéry, románu, mladosti - tak prečo radšej nezahaliť zrkadlá, neroztrhnúť si rúcho nad srdcom a nepovolit sám sebe truchlenie? Možno by mal tú samotu aspoň skúsiť.“

Literatúra

- APA:** Diagnostický a štatistický manuál DSM-5. Hogrefe: Praha, 2015.
- Benkert, O., Hippus, H.:** Príručka psychiatrickej farmakoterapie. Vyd. F: Trenčín, 2002.
- Freud, S.:** Vybrané spisy III. Práce k sexuální teorii a k učení o neurosách. Avicenum: Praha, 1969.
- Gabbard, G.:** Psychodynamic psychiatry in clinical practice. The DSM-IV Edition. American Psychiatry Press, Washington, 1994.
- Greer, A.S.:** Less. Odeon: Praha, 2017
- Henseler, H.:** Teória narcizmu. Interný materiál Psychiatrického oddelenia NsP: Trenčín, 1984.
- Heretik, A., jr.:** Aktuálne pohľady na poruchy osobnosti a ich dôsledky pre prax a výskum. Univerzita Komenského: Bratislava, 2019.
- Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J.:** Psychiatrie. Tigris: Praha, 2004, 2. vyd.
- Houbová, P., Praško, J., Preiss, M.:** Narcistická porucha osobnosti - diagnostika a liečba. Psychiatria pre prax, 6, 2005, 1. s. 20-26.
- Kernberg, O.:** Normální a patologická láska, Portál: Praha, 1999.
- Kohut, A.:** Úzdrava Self. Psychoanalytické nakl.: Praha, 1991.
- Kosová, J.:** Symptomatická farmakologická liečba poruch osobnosti in C. Höschl a kol., c.d. 2004, s. 563-566.
- Marsalová, A.:** Narcizmus a narcistická porucha osobnosti. Lundbeck: Bratislava, 2008.
- Praško, J. a kol.:** Poruchy osobnosti. Portál: Praha, 2015, 2.vyd.
- Praško, J.:** Hraničná porucha osobnosti. In D. Seifertová a kol., 2008, s. 401-426.
- Seifertová, D. Praško, J., Horáček, J., Höschl, C.:** Postupy v léčbě psychických poruch. Medical Tribune CZ: Praha, 2008.
- Schlegel, L.:** Základy hlbinej psychológie I-III. Vyd F: Trenčín, 2005.
- Smolík, P.:** Duševní a behaviorální poruchy. Jessenius/Maxdorf: Praha, 1996.
- Torgessen, S., Kringlen, E., Cramer, V.:** The prevalence of personality disorders in a community sample. J Arch Psychiat, 58, 2001, 6, s. 590 – 596.

Do redakcie došlo 12.11.2019.