

Narcistická porucha osobnosti a deprese

Mgr. Zuzana Sedláčková¹, prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.², PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.^{1,2},
MUDr. Dana Kamarádová, Ph.D.², doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.²

¹Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

²Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice Olomouc

Narcistická porucha osobnosti je charakterizována velikášstvím, přesvědčením o vlastní jedinečnosti a výlučnosti, silnou potřebou obdivu a relativně nízkou mírou empatie. V případě neúspěchu, nezdaru nebo nadměrné zátěže se snadno rozvíjí komorbidní porucha úzkostného nebo afektivního spektra. Jedny z nejčastějších komorbidních poruch jsou depresivní porucha nebo dystymie, které významně zhoršují adaptaci i schopnost se se zraněním nebo neúspěchem vyrovnat a zvyšují riziko suicidia. Při komorbiditě s depresivní poruchou se léčba primárně soustředí na zmírnění depresivních příznaků, zpravidla podáváním antidepresiv. Často však přetrvává reziduální depresivní symptomatologie a zvýšená zranitelnost, která souvisí s nezpracovanými problémy a zraněními, které vyžadují dlouhodobou systematickou psychoterapii.

Klíčová slova: narcistická porucha osobnosti, depresivní porucha, komorbidita, farmakoterapie, psychoterapie.

Narcissistic personality disorder and depression

Narcissistic personality disorder is characterized by grandiosity, a belief in personal uniqueness and exclusivity, a need for limitless admiration or an insufficient level of empathy. Comorbid disorder of anxiety or affective spectrum is easily developed in case of failure, reverse or overload. Some of the most common comorbidities are depression or dysthymia, which significantly impair the adaptation and ability to cope with injury or failure and increase the risk of suicide. In case of comorbid depressive disorder the treatment is primarily focused on alleviating depressive symptoms, usually by using antidepressants. However, residual depressive symptoms and increased vulnerability, associated with untreated problems and injuries, often persist that require long-term systematic psychotherapy.

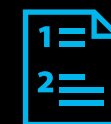
Key words: narcissistic personality disorder, depressive disorder, comorbidity, pharmacotherapy, psychotherapy.

Psychiatr. praxi 2015; 16(3e): e3–e10

Úvod

S fenoménem narcizmu se v literatuře setkáváme již koncem 19. století, kdy Havelock Ellis popisuje prožívání sexuálních pocitů prostřednictvím obdivu sebe samého. Začátkem 20. století je

to Sigmund Freud, který mluví o nevyhnutelnosti lásky k vlastní osobě, která je krokem k lásce objektivní. Narcizmus je z tohoto pohledu přirozenou součástí vývoje člověka. V dalších koncepcích Freud rozlišuje primární a sekundární narcizmus. Primární



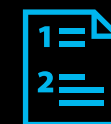
narcizmus reprezentuje zaujetí dítěte sebou samým. Sekundární narcizmus se vztahuje k ego-ideálu, týkajícího se budoucích potřeb a přání. Jestliže nedochází k dostatečnému naplňování potřeb a tužeb jedince, výrazně trpí jeho sebevědomí a objevují se pocity méněcennosti (1–3). V roce 1931 Freud předložil koncept tzv. „narcistického libidozního typu“, který je nezávislý a obtížně zastrašitelný. Lidé tohoto typu působí na druhé jako „osobnosti“ a snadno mohou převzít roli vůdce. Anna Reichová rozšířila tyto představy o myšlenku, že regulace sebevědomí je centrálním problémem narcizmu a redefinovala patologický narcizmus jako obrannou reakci na nízké sebevědomí. Libido je koncentrováno především na sebe sama, na úkor objektu lásky a tím dosahuje pocitů sebevědomí a sebepřijetí, které jsou závislé na trvalém dosycování (4). Karen Horneyová (5) přímo mluví o „kompenzatorním narcizmu“, což zahrnuje jedince, který má přehnaná měřítka na sebe sama a bez stálé snahy jich dosahovat se nepřijímá takový, jaký je. Potřebuje potvrzení okolí, že se chová správně. Ocenění druhými pomáhá jedinci překrýt vlastní pocity méněcennosti a nedostačivosti. Kernberg (6) interpretoval narcistickou osobnost jako jedno z možných vyústění hraničně strukturované osobnosti, využívající stejné primitivní obranné mechanismy (splitting, projektní identifikace), avšak je zde vyšší hladina fungování ega, které je patologicky grandiózní. Chápal narcistickou osobnost jako patologickou, která neodpovídá žádnému vývojovému stadiu člověka. Naproti tomu Kohut (7) popisoval narcistické self jako vývojově „normální“, ale neodpovídající reálnému věku pacienta, tj. „dítě v dospělém těle“. Dle Kohuta se narcistická osobnost vyvinula vlivem neempatických rodičů, které své dítě nedokázali dostatečně oceňovat a také pro dítě pak nebyli dobrým objektem

pro identifikaci. U dítěte tedy nebyly naplňovány potřeby pozornosti a potvrzení, což může vést k dlouhodobému nedostatku sebedůvěry a celoživotní snaze je získávat.

Jestliže je narcizmus přítomen *ve zdravé míře*, člověk vnímá své pozitivní i negativní stránky, je zdravě sebevědomý a není výrazně ovlivnitelný názorem ostatních na svou osobu. Je schopen se vypořádat s vlastními neúspěchy. *Akcentované narcistické rysy* popisujeme u osob, které mají přehnanou potřebu vyzdvihoval vlastní úspěchy, jsou velmi soutěživé. Mají zvýšenou potřebu být oceňováni okolím. Pokud nejsou oceněni nebo jsou kritizováni, pociťují křivdu. Navzdory některým akcentovaným rysům jsou však schopni obstojně spolupracovat s okolím. V případě *narcistické poruchy osobnosti* je kooperace s okolím obtížnější, jelikož tyto lidé jsou extrémně zranitelní v případě jakékoliv kritiky či odmítnutí, které v nich snadno vyvolají pocity smutku, hanby nebo vzteku. Zažívají pocity méněcennosti či ublíženosti (8). Pokud kdokoliv narušuje jejich nadnesené představy o sobě, nepodporuje je v nich, nebo je dokonce devaluje, reagují přecitlivěle a prudce. Neúspěch, nezáměr či kritika jsou pro ně velmi bolestné, protože zasahují to, co se celý život snaží kompenzovat. Sami nedokáží ocenit druhé, pokud v něčem uspějí; často závidí nebo úspěchy druhých znevažují. Pokud si úspěch druhého připustí, „bolí“ je to, protože se sami cítí neschopní. V případě opakované kritiky rozvíjí chronický strach z odmítnutí, bývají bojovní nebo se snaží upoutat jinou aktivitou nebo na jiném místě.

Diagnostika

V rámci diagnostiky narcistické poruchy osobnosti můžeme rozlišovat míru závažnosti osobnostní psychopatologie. Pokud



jsou projevy méně závažné, hovoříme o osobnostní akcentaci ve směru narcizmu (což není považováno za poruchu z pohledu Mezinárodní klasifikace nemocí MKN). V takovém případě sice dochází k narušování optimálního fungování jedince v každodenním životě, problémy však nedosahují velké závažnosti, mohou se vyskytovat pouze dočasně či v určitých ohraničených situacích. Jestliže se narcistické projevy objevují trvale, lze uvažovat o narcistické poruše osobnosti. Pacient pak musí splňovat minimální diagnostická kritéria pro poruchu osobnosti (9). V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) je narcistická porucha osobnosti umístěna v přílohách v kategorii poruch, které jsou popisovány jako „s neurčitým klinickým nebo vědeckým statusem“.

Pro diagnózu narcistické poruchy osobnosti je v první řadě nezbytné, aby pacient naplňoval obecná kritéria pro diagnózu poruchy osobnosti dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Dále musí splňovat specifická kritéria pro narcistickou poruchu osobnosti (stejná kritéria jako v DSM-IV-TR a DSM-5), resp. minimálně 5 kritérií z níže uvedených:

1. grandiózní představy o vlastní důležitosti (např. zveličuje vlastní schopnosti a úspěchy, očekává, že s ním ostatní budou jednat jako s nadřazeným navzdory nepřiměřeným úspěchům),
2. zaujetí fantaziemi o nekonečném úspěchu, síle, oslnivosti, kráse či ideální lásce,
3. víra ve vlastní jedinečnost a neobyčejnost; přesvědčení, že jedinci porozumí jenom podobně jedineční nebo vysoce postavení lidé nebo prestižní instituce a pouze s nimi by se měl stýkat,
4. potřeba přehnaného obdivu,

5. pocit výlučnosti, nesmyslné očekávání příznivého zacházení a plnění svých přání,
6. v sociálních vztazích vykořisťování ostatních, využívání jiných pro dosažení vlastních cílů,
7. nedostatek empatie, neochota rozpoznat nebo se vžít do pocitů a potřeb druhých,
8. časté pocity závidění vůči druhým nebo přesvědčení, že ostatní závidí jemu,
9. arogantní, povýšenecké postoje a chování.

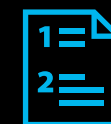
Narcistická porucha osobnosti se dle DSM-5 (9) projevuje pervazivním vzorcem veličáství (ve fantazii nebo chování), potřebou být zbožňován a nedostatkem empatie. Projevuje se již v časně dospělosti a v rozličných kontextech. Kritéria jsou zcela totožná s kritérii, které jsou zmíněny v příloze MKN-10.

Epidemiologie

Výzkumy uvádí rozličné hodnoty prevalence narcistické poruchy osobnosti v populaci. DSM-5 uvádí 0–6,2 % výskyt jedinců s touto poruchou v běžné populaci (9). Podle Kleina et al. (10) je její prevalence 3,9 % v populaci. Vyšší je výskyt u mužů ve srovnání s ženami.

Etiopatogeneze

Ke vzniku a rozvoji narcistické poruchy osobnosti může přispívat řada faktorů. Byla zjištěna dědičnost osobnostních projevů nadřazenosti, namyšlenosti či pohrdání (11, 12). Heredita přímo narcistické poruchy osobnosti však prokázána nebyla. Ze sociálních faktorů dominuje vliv primární rodiny. Jestliže rodiče a jiné



blízké osoby u dítěte nepodporují rozvoj sebevědomí, nejsou empatičtí či dítě ponižují (13), může u jedince v dospělosti dojít k vytvoření labilní rovnováhy a sebehodnocení, a ostatní jedince může často nadhodnocovat či podhodnocovat. Jedinec si pak svoji hodnotu zvyšuje prostřednictvím dosahování úspěchu. Pokud se to nedaří, upadá do rezignace, pocitů bezmoci a beznaděje, nebo se otupuje únikem do závislosti. Ve výchově má negativní vliv nejenom podhodnocování dítěte, ale i přehnané idealizování, které si jedinec dlouhodobě integruje. Toto „labilní sebevědomí“, závislost na ocenění a obdivu, se pak projevuje v dalších vztazích po celý život. Jedince může rovněž formovat celkové společenské klima, kdy mohou některé hodnoty (ego-centrismus, úspěch, vnější „image“) posilovány médii (5).

Komorbidity narcistické poruchy osobnosti a deprese

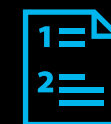
Narcistická porucha osobnosti se často vyskytuje s dalšími psychickými poruchami. Z poruch osobnosti je častá komorbidity s disociální poruchou osobnosti (14), hraniční poruchou osobnosti (15) a z aktuálních poruch zejména s afektivními poruchami (16), úzkostnými poruchami, poruchami příjmu potravy (17) či zneužívání návykových látek (18). Nejčastěji se vyskytující komorbidity u narcistických jedinců je pravděpodobně dystymie. Vlivem opakovaného vystavení neúspěchu a ponížení narcistický jedinec dlouhodobě ztrácí nerealisticky zvýšené sebevědomí, uvědomuje si ztrátu své grandiozity a může se vnímat jako „falešný“ (19). Častý je rovněž výskyt komorbidní depresivní poruchy (9).

Prevalence komorbidní deprese u primární diagnózy narcistické poruchy osobnosti pravděpodobně není známa. Jestliže

však byla zkoumána komorbidní narcistická porucha osobnosti u depresivních jedinců, její prevalence se pohybovala mezi 8,1 – 16,4 % (20, 21).

Bibring (22) spojuje výskyt deprese s tím, jak člověk vnímá své reálné já a čím chce ve skutečnosti být. Výrazný rozdíl mezi aktuálním a ideálním já vede k sebekritice a podhodnocování. Depresi lze dle něj chápat jako „emocionální korelát částečného nebo úplného rozpadu sebehodnocení ega, jelikož nebylo schopno dosáhnout svých tužeb“. Kernberg (6) uvádí, že výskyt deprese u narcistických jedinců může být důsledek dlouhodobých pocitů ponížení či studu, které pramení z přehnané citlivosti na nedocnění nebo vnější kritiku. Komorbidní deprese posiluje negativní schémata o sobě a zvyšuje dlouhodobě labilitu jedince. Epizoda deprese zesílí původní zranitelnost, což přetrvává i po jejím odeznění, proto jsou časté reziduální příznaky a další neúspěchy pak provokují další epizody. Rekurence depresivní poruchy u narcistických jedinců je velmi častá. Zhoršení psychického stavu je „sesadí“ z pozice jedinečného bezchybného člověka a okolí je začne vidět „skutečně“, z jejich subjektivního hlediska jako méněcenné a selhávající. Tato změna je pro partnery (často s rysy závislosti) obtížně zvladatelná a dochází k rozchodu. To je další zranění pro tak už zdeptaného a bezmocného pacienta. Zdravotním stavem pacienta může být ohrožena rovněž jeho pracovní prestiž, jestliže zastává pracovní pozici, kde je na něj nahlíženo jako na jedinečného specialistu. Ztráta pozice výlučnosti jedince v soukromém i pracovním životě podporuje chronifikaci deprese. Suicidální rozlady i pokusy jsou pak dlouhodobým rizikem.

Při depresi se může jedinec s narcistickou poruchou osobnosti chovat mrzutě, dramaticky i neurčitě, jako by zasněně.



Depresivními symptomy může vysvětlovat své vlastní neúspěchy. Může obviňovat druhé, že mu nejsou dostatečnou oporou. Depresivní náladu ventiluje prostřednictvím zraňování okolí (19). V hlubší depresi naopak nadměrně obviňuje sebe, že všechno v životě zkazil, ztratil se v něm. I hluboká deprese může být jedinečná v tom, že je nejhorší ze všech.

Léčebné přístupy

V případě dvou komorbidních psychiatrických diagnóz se musíme soustředit na terapii obou poruch. Nejprve se zaměřujeme na poruchu projevující se akutními příznaky, v tomto případě depresi. Je to proto, že deprese je spojena s bezmocí, beznadějí, pacient je hůře schopen pracovat psychoterapeuticky a je zvýšené riziko suicidia. Deprese může zmírňovat některé narcistické projevy (23). Řada narcistických rysů (například zaměřenost na sebe sama, pocity křivdy, sebedramatizace) se však naopak mohou zostřovat v průběhu terapie akutní epizody deprese a terapie je jimi nezbytně ovlivňována (25). Po stabilizaci stavu, tj. když pacient dosáhne zmírnění depresivní symptomatologie, je možné se začít soustředit na terapii poruchy osobnosti, která vyžaduje dlouhodobou psychoterapii. Část pacientů s narcistickou poruchou osobnosti však po úlevě z deprese terapii rychle ukončuje a o další psychoterapeutickou péči nemá zájem, protože „na to nemají čas“.

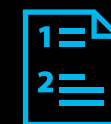
Přítomnost poruchy osobnosti může negativně ovlivňovat terapii komorbidní deprese. Patologický narcizmus je spojen s nízkou adherencí ve farmakoterapii i psychoterapii (24). Výraznou roli hraje i samotný přístup pacienta. Pokud příznaky podporují jeho výjimečnost, může spolupráce drhnout. Pacient si to však vůbec nemusí uvědomovat a zpravidla nejde o záměrnou ma-

nipulaci. Pokud však vnímá příznaky poruchy jako obtěžující, zejména pokud mu brání v činnosti, kde tuší úspěch, často rychle vyhledá pomoc. Rovněž může pomoc vyhledat sám v případě akutní krize, ať už v osobním nebo profesním životě. Velmi často však přivedou do léčby pacienta příbuzní, především v době, kdy nepracuje, je uzavřený, s nikým se nestýká, rezignoval na život, nebo se dostává do léčby po suicidálním pokusu.

Klinicky se zdá, že přítomnost narcistické poruchy osobnosti má negativní vliv na léčbu depresivní poruchy, což se může projevit zhoršenou adherencí, delším trváním epizody či častější rekurencí. Výzkum v této oblasti však chybí. Je otázkou, jaký má vliv terapie depresivní poruchy na projevy narcistické poruchy. Fava et al. (21) zjistili, že při snižující se závažnosti depresivní symptomatiky došlo u části pacientů k redukci kritérií pro narcistickou poruchu osobnosti. Tato problematika vyžaduje hlubší dlouhodobé studie.

Farmakoterapie a psychoterapie

Terapie aktuální depresivní epizody probíhá zejména farmakoterapeuticky, především pokud se jedná o středně těžkou nebo těžkou depresivní fázi. Rovněž se aplikuje podpůrná psychoterapie s cílem podporovat adaptivní zvládající strategie. Často je nezbytné v terapii pokračovat nezávisle na odeznění depresivní epizody. Dlouhodobá farmakoterapie pomáhá zamezit relapsu deprese. Rovněž při psychoterapii deprese s komorbidní narcistickou poruchou osobnosti se nejprve pracuje na redukci depresivní symptomatiky. K tomu se využívá například kognitivní restrukturalizace a postupné zvyšování aktivity prostřednictvím systematického plánování činností a sebeodměňování.



Nebyla zjištěna specifická farmakoterapeutická metoda pro léčbu narcistické poruchy osobnosti (25). V případě komorbidní psychiatrické diagnózy jsou často indikována psychofarmaka s cílem redukovat symptomy komorbidní poruchy. Antidepresiva jsou indikována také s cílem snížení celkového arousalu, což ideálně sníží negativní prožívání jedince („otupí možnost narcistického zranění“) a pomůže mu vnímat sebe i okolí s větším klidem a odstupem.

Pro léčbu poruch osobnosti je metodou volby psychoterapie, která však nemusí být vždy úspěšná, a je nezbytné, aby probíhala po dostatečně dlouhou dobu. Základem jakékoliv psychoterapie u pacientů s narcistickou poruchou osobnosti je podpora, pochopení a přijetí. Konfrontace je kontraproduktivní, protože v pacientovi prohlubuje pocity méněcennosti.

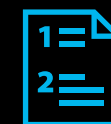
Psychodynamické terapie

Psychodynamické přístupy se ve velké míře věnují terapii právě narcistických jedinců. Praško et al. (25) shrnuje a konfrontuje přístupy Kernberga a Kohuta, kteří se zabývali terapií narcistické poruchy osobnosti. Kohut prosazuje důležitost empatického porozumění pacientovým pocitům. Zdůrazňuje, že idealizace je normální vývojovou potřebou, tudíž i v terapii by měla být umožněna idealizace terapeuta pacientem. Terapeut by neměl komentovat pacientova sdělení a reagovat na odpor (který slouží k ochraně self). Měl by se zaměřovat na pozitivní vlastnosti pacienta. Naopak Kernberg nahlíží na idealizaci jako obranu. Doporučuje konfrontovat pacienta s jeho odporem, negativními i pozitivními vlastnostmi. Rovněž se liší jejich cíle v terapii. Kohut chce dosáhnout psychické stability jedince a podpořit rozvoj

adekvátních vztahů. Prosazuje více empatický přístup. Kernberg prosazuje, aby pacient integroval své pozitivní i negativní aspekty. Propaguje více konfrontační metody než Kohut. Oba se zaměřují na analýzu přenosu. Kohut uvádí dva typy přenosu, které se mohou v terapii vyskytnout. Při idealizovaném přenosu se dostává terapeut do role idealizované matky. U zrcadlícího přenosu se jedinec s terapeutem ztotožňuje. Rovněž uvádí termín transmutující internalizace využitelný v terapii, která může následovat po pacientově frustraci. Určitá míra frustrace je přítomna v životě každého jedince. Příkladem je, když se dítě cítí frustrováno, jelikož si s ním rodiče někdy nemohou hrát. Tyto běžné frustrace jsou však součástí normálního vývoje a jsou nezbytné pro vývoj psychických struktur. V psychodynamické terapii je kopírován tento přirozený proces, tudíž určitá pochybení v léčbě jsou podmínkou pro úspěšnou terapii. Terapeut může být například nedostatečně empatický na počátku terapie. Následně však pacientovi projevuje adekvátní respekt a podporu, které si pacient internalizuje (7).

Kognitivně behaviorální terapie

Psychoterapeutická práce se zaměřuje na změnu způsobů vnímání sebe sama i okolí. Zjišťuje základní potřeby pacienta (bezpečí, přijetí, ocenění) i způsoby narcistické hyperkompenzace v průběhu života, které tyto potřeby měly uměle zajistit skrze obdiv, jedinečnost, vítěznost (25). Probírá výhody a nevýhody hyperkompenzačních strategií, jejich dopady na okolí a alternativní možnosti zajištění základních potřeb, které by byly spojeny s vyšší reciprocitou a mohly zajistit lepší přijetí a vzájemnost s blízkými, místo jedinečnosti, výjimečnosti a slávy. V tomto procesu je důležité projít zraňující události v průběhu života, zejména z dětství,



zpracovat je a vyrovnat se s nimi bez hyperkompenzace. Jakmile dojde ke zmírnění depresivních symptomů, může se terapie zaměřit na modulaci maladaptivních postojů jedince k sobě i okolí. Dále se pracuje s významnými emočními zážitky z dětství a jejich reskripcí. Budují se stabilnější a realističtější postoje a požadavky k sobě i druhým. Člověk se učí být méně závislý na hodnocení okolím a vlastním úspěchu. Během zpracování těchto událostí pacient prožívá výrazné emoce, učí se je přijmout, kultivovat a zvládnout.

Zároveň je potřebné paralelně pracovat na současné životní situaci. Změny a nečekané události v pacientově okolí jej lehce vyvedou z rovnováhy a zvýší hladinu prožívaného stresu. Hádka v rodině či neúspěch v práci mohou v jedinci vyvolat pocity hněvu, ale i méněcennosti a zbytečnosti, které jsou možným podkladem pro rozvoj depresivních myšlenek. Opakující se problémy podporují udržování depresivní symptomatiky nebo její relaps. Pacient se proto učí nacházet adaptivní zvládající strategie, které budou úspěšně redukovat míru prožívaného stresu. Podporující diskutování současných zraňujících podnětů a možných adaptivních reakcí na ně, ujasňování si současných priorit v životě, zejména ve vztazích, probírání konfliktů s důležitými lidmi, hraní rolí a hledání přiměřenější komunikace, jsou základní prvky práce pozitivně ovlivňující pacientovu životní situaci.

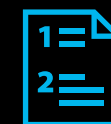
Závěry

Depresivní porucha je jednou z možných komorbidit narcistické poruchy osobnosti. Depresivní rozlady jsou spojené s výraznou ztrátou naděje a suicidálními ideacemi. Léčba depresivní poruchy může být obtížnější a zdlouhavější vlivem komorbidní poruchy

osobnosti. V případě deprese a komorbidní narcistické poruchy osobnosti se terapie nejprve soustředí na zmírnění aktuálních depresivních symptomů, především prostřednictvím psychofarmak. Dlouhodobě je indikována systematická psychoterapie s cílem redukovat maladaptivní postoje k sobě i druhým a zmírnit kompenzátorní strategie.

Literatura

1. Freud S. Instincts and their vicissitudes. In: Strachey J (ed): The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. 14, 1915. Hogarth, London 1957; 109–140.
2. Freud S. Libidinal types. In: Strachey J (ed): The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. 21, 1931. Hogarth, London 1957; 217–220.
3. Freud S. Metapsychological supplement to the theory of dreams. In: Strachey J (ed): The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. 14, 1917. Hogarth, London 1957; 217–235.
4. Reich A. Pathological forms of self-esteem regulation. In Morrison AP (ed.): Essential Papers on Narcissism. Psychoanalytic Study of the Child 1960; 15: 205–232.
5. 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.
6. Kernberg OF. Borderline personality organization. J Am Psychoanalytical Assoc 1967; 15: 641–685.
7. Kohut H. The analysis of self: the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorder. New York, International Universities Press 1971.
8. Houbová P, Praško J, Preiss M, Herman E. Narcistická porucha osobnosti – diagnostika a léčba. Psychiatrie pro praxi 2004; 6: 40–44.



9. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th eds. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
10. Klein DN, Riso LP, Donaldson SK, Schwartz JE, Anderson RL, Oiumette PC, Lizardi H, Aronson TA. 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.
11. 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.
12. Plomin R and 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.
13. Kernberg OF. Narcissistic personality Disorder. In: Michels R (ed): *Psychiatry*, vol 1. JB Lippincott, Philadelphia, PA 1991; 1–12.
14. Hart SD, Hare RD. The association between psychopathy and narcissism – Theoretical views and empirical evidence. In: Ronningstam E (ed): *Disorders of Narcissism – Diagnostic, Clinical and Empirical Implications*. American Psychiatric Press, Washington. 1998; 415–436.
15. Kernberg OF, Otto F, Kernberg MD. F.A.P.A., developer of object relations psychoanalytic therapy for borderline personality disorder. Interview by Lata K. McGinn. *Am J Psychother* 1998; 52(2): 191–201.
16. Stormberg D, Ronningstam E, Gunderson J, Tohen M. Pathological narcissism in bipolar patients. *J Person Disord* 1998; 12: 179–185.
17. Steiger H, Jabalpurwala S, Champagne J, Stotland S. A controlled study of trait narcissism in anorexia and bulimia nervosa. *Int J Ea. Disord* 1997; 22: 173–178.
18. Vaglum P. The narcissistic personality disorder and addiction. In: Derksen J, Maffei C, Groen H (eds): *Treatment of Personality Disorders*. Kluwer/Plenum, New York. 1999; 241–253.

19. Millon T. *Disorders of Personality: Introducing a DSM/ICD Spectrum from Normal to Abnormal*. 3rd eds. New York: Wiley, 2011.
20. Fava M, Alpert JE, Borus JS, Nierenberg AA, Pava JA, Rosenbaum JF. Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late onset major depression. *Am. J. Psychiatry* 1996; 153: 1308–1312.
21. Fava M, Farabaugh AH, Sickinger AH, Wright E, Alpert JE, Sonawalla S, Nierenberg AA, Worthington JJ: Personality disorders and depression. *Psychol. Med* 2002; 32: 1049–1057.
22. Gilbert P. *Counselling for depression*. London: SAGE Publications Inc., 2000.
23. Ronningstam E, Gunderson J, Lyons M. Changes in pathological narcissism. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 253–257.
24. Smith TE, Deutsch A, Schwartz F, Terkelsen K. The role of personality in the treatment of schizophrenic and schizoaffective disorder patients: a pilot study. *Bull Menninger Clin* 1993; 57: 88–99.
25. Praško J, Herman E, Horáček J, Kosová J, Možný P, Pašková B, Preiss M, Šlepecký M. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003.

Článek doručen redakci: 13. 5. 2015

Článek přijat k publikaci: 13. 9. 2015

Mgr. Zuzana Sedláčková

Katedra psychologie,

Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Křížkovského 512/10, 779 00 Olomouc

sedlackovaa.zuzana@gmail.com

