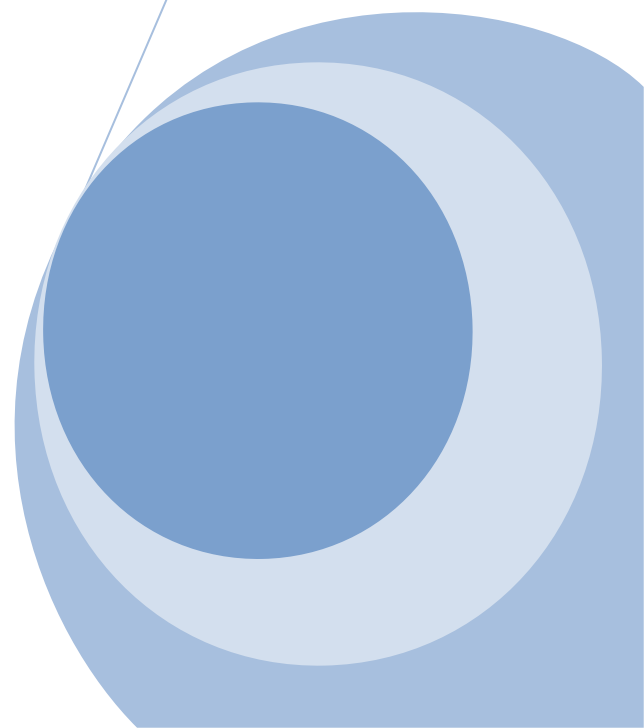
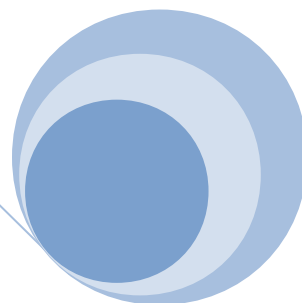


Tulburare a de personalit ate narcisistic ă

Diagnostic și intervenție



Cuprins

Rezumat.....	3
1.Descrierea și diagnoza tulburării de personalitate narcisistice.....	6
1.1.Introducere.....	6
1.2.Delimitări conceptuale: Ce este o tulburare de personalitate?.....	7
1.3.Diagnoza: de la normalitate la anormalitate (DSM-IV versus ICD-10).....	10
1.4.Diagnostic diferențial.....	15
1.5.Instrumente de diagnostic.....	16
1.6.Epidemiologie.....	17
1.7.Specificul NPD – referințe din literatura de specialitate.....	18
2.Intervenția psihoterapeutică în tulburarea de personalitate narcisistică...20	
2.1.Schema-Focused Therapy.....	20
2.2.Abordarea cognitiv-comportamentală.....	32
2.2.1.Cognițiile disfuncționale - elementul central al teoriei cognitive referitor la tulburările de personalitate.....	32
2.2.2.Conceptualizarea Tulburării de Personalitate Narcisistice în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale.....	34
2.2.3. Intervenția CBT în Tulburarea de Personalitate Narcisistică.....	37
2.3.Abordarea dinamic-psihanalitică.....	44
2.3.1. Conceptualizare.....	44
2.3.2.Terapia.....	49
2.4.Perspectiva interpersonală.....	50
2.5.Abordarea cognitiv-analitică.....	53
2.5.2.Conceptualizarea.....	53
2.5.2.Terapia.....	53
Bibliografie.....	54
Anexa 1.....	59

Rezumat

Lucrarea noastră debutează prin conturarea unui *portret exhaustiv al persoanei cu tulburare de personalitate narcisistică (NPD)*, explicând ce anume reprezintă tulburările de personalitate, cum se stabilește diferența dintre anormalitate și normalitate și care sunt *criteriile* care trebuie îndeplinite pentru ca un diagnostic de *NPD* să poată fi pus (potrivit *DSM -IV -TR*). În continuare sunt detaliate *instrumentele de diagnostic* utile, complicațiile care pot afecta procesul diagnozei și *potențialele comorbidații*.

Informațiile epidemiologice sunt completate de aspecte ce alcătuiesc tabloul *clinic specific NPD*, așa cum reies ele din literatura de specialitate (incluzând comportamentele de risc, problemele de relaționare, incapacitățile empatică și metacognitive implicate, dar și aspecte pozitive, de tipul succeselor profesionale la care indivizii cu NPD pot ajunge).

Partea a doua a lucrării prezintă principalele abordări psihoterapeutice ce încearcă să explice NPD. Fiecare abordare încearcă să explice această tulburare prin prisma teoriilor pe care le are la bază, propunând și intervenții specifice.

Prima abordare descrisă în cadrul lucrării este Schema-focused therapy. Aceasta este diferită de alte forme de terapie prin aceea că le intergrează și le depășește prin accentul pus pe nevoile de atașament și recunoaștere ale copilului, care nu au fost satisfăcute în copilăria mică. Este explicat modul în care fiecare dintre aceste nevoi a fost transpusă în comportamente compensatorii narcisistice și în scheme dezadaptative. Se apreciază că există 18 astfel de scheme timpurii, cauzate de 5 grupe de factori: lipsa de legături emoționale sănătoase, lipsa de autonomie, stabilirea de limite nerealiste, direcționare spre ceilalți și hipervigilența și inhibiția. Terapia Schema-focused este modală, adaptată dispoziției fluctuante a acestor pacienți, fiind grefată pe 3 „moduri de a fi”: copil singuratic, adult superior, sau, detașat. Combaterea fiecăruia dintre aceste 3 moduri este transformată în obiectiv specific al acestui tip de terapie. Intervenția are două faze: evaluarea/educarea și schimbarea, lucrarea prezentând pentru ambele faze strategii și tehnici specifice, precum și o inventariere detaliată a tehnicilor cognitive,

emoționale și comportamentale utilizate. Nu sunt omise nici aspectele care țin de construirea unei relații terapeutice și de posibilele obstacole în terapie, în loc de concluzii fiind oferit un ghid al răspunsurilor corecte în abordarea pacienților cu NPD.

Următoarea perspectivă prezentată este cea **cognitiv-comportamentală**. Una din principalele asumptii ale teoriei cognitive referitor la tulburările de personalitate se referă la rolul cognițiilor disfuncționale, ce sunt considerate un element de perpetuare a acestora. Tulburarea de personalitate narcisistică este conceptualizată ca nevoia de a fi special și superior în vederea evitării sentimentului de inferioritate. Unul din principalele scopuri ale narcisistului este de a combate sentimentul de inferioritate cu orice preț și de a menține o stimă de sine pozitivă.

Credințele centrale identificate de perspectiva cognitiv-comportamentală în cadrul NPD: narcisistul consideră că anumite circumstanțe sau bunuri materiale reprezintă o dovadă și o validare a superiorității, statutului special și importanței; celelalte persoane sunt văzute ca obiecte sau unelte în încercările sale de a obține succes și narcisistul petrece foarte mult timp comparându-se cu ceilalți și judecând valoarea celorlalți; de asemenea, el consideră că numai dacă este suficient de puternic, poate să fie total încrezător și lipsit de dubii; aceste persoane pot fi foarte critice, cu păreri personale rigide și dominante în comunicare, deoarece consideră că o persoană superioară are o judecată superioară; indivizii narcisiști consideră că imaginea este totul și verificarea și menținerea imaginii reprezintă o grijă permanentă; narcisiștii tind să exagereze slăbiciunile și nevoile celorlalți și propriile virtuți și merite.

Intervenția cognitiv-comportamentală afirmă că în lucrul cu pacienții narcisiști, este foarte important să li se ofere sprijin în ceea ce privește punctele lor forte, iar structura terapiei trebuie adaptată în funcție de particularitățile acestora. Sunt necesare reflecții sau comentarii favorabile pentru a stabili o relație pozitivă cu pacientul și pentru a îl determina să rămână angajat în procesul terapeutic. În cadrul lucrării sunt prezentate o serie de strategii și tehnici cognitiv-comportamentale recomandate în terapia cu persoanele cu NPD.

În continuare, este prezentată **abordarea dinamic-psihanalitică**, mai exact conceptualizările propuse de Freud - eșecul de a direcționa libido-ul către țintele corecte - și de Jung- care vede introversia sau centrarea pe sine specifică personalității narcisistice

mai degrabă ca pe o încercare de adaptare decât patologie. Pentru Kernberg, personalitatea narcisistică este o compensare, o defensă împotriva “ arestului” timpuriu în dezvoltare. Mediul familial este fundamental în dezvoltarea fanteziilor de grandoare. O atitudine rece sau de respingere din partea îngrijitorilor dăunează conceptului de sine și pregătește scena pentru dezvoltarea unor mijloace patologice de reglare a stimei de sine. Dat fiind un concept despre sine inadecvat sau inferior, copilul este gata să adopte un mecanism de apărare. Kohut vede narcisismul ca un proces în dezvoltare, narcisismul grandoman fiind un arest developmental cauzat de empatie inadecvată sau defectuoasă în copilărie.

Abordarea interpersonal se concentrează pe tranzacțiile dintre emițător și receptor în comunicarea interpersonală, pe dificultățile interpersonale ale personalităților narcisistice. Spre deosebire de psihanaliză care vede narcisismul ca pe un mecanism de apărare al sinelui cauzat de relații deficitare, lipsite de empatie, cu îngrijitorii primari, Benjamin argumentează că forța din spatele dezvoltării personalităților narcisistice este de fapt supraevaluarea parentală sau cel puțin nevoia ca propriul copil să fie perfect. Conform acestei abordări, istoria timpurie a personalității narcisistice este plină de căldură și iubire intensă, o adorație similară cu venerarea. Părinții sunt concentrați în a-și face copilul să se simtă special, iar copilul nu învață că ceilalți sunt ființe separate cu identitatea lor legitimă.

Abordarea cognitiv-analitică pune accentul pe teoria atașamentului și nevoile nesatisfăcute de atașament ale pacienților.

1. Descrierea și diagnoza tulburării de personalitate narcisistice

1.1. Introducere

“ Dacă aș fi puțin mai umil, aș fi perfect!” (Ted Turner)

- ◆ Mirele care nu i-a permis logodnicei sale să o numească domnișoară de onoare pe prietena ei supraponderală, pe motiv că nu putea accepta ca aceasta să apară lângă el în pozele de nuntă;
- ◆ Antreprenorul care a început o ședință cu angajații săi prin a le spune că nimeni niciodată nu va ajunge nicăieri atât timp cât lucrează pentru altcineva;
- ◆ Femeia care avea o asemenea încredere în bunul său gust, încât își făcuse o rutină din a redecora casa fiicei sale, fără măcar a o întreba pe aceasta;
- ◆ Tânărul care se considera atât de chipeș încât în fiecare seară, înainte de culcare își făcea câte o poză cu un Polaroid, pentru a își immortaliza chipul;
- ◆ Bărbatul care le cerea iubitelor sale să doarmă în fotoliu, pentru a nu îi deranja lui somnul.

Narcisismul nu e doar o combinație de stimă de sine monumentală și de nesimțire (Carl Vogel). În mitul grecesc, tânărul Narcis se rupe de lume pentru a își contempla chipul în apa unei fântâni. În viața reală însă narcisiștii au nevoie disperată de lumea înconjurătoare: pentru ca aceștia să le valideze valoarea.

Cu toții am întâlnit oameni care se prezintă pe ei înșiși în mod constant drept superiori celorlalți, adesea cu o aroganță inviolabilă. Astfel de oameni sunt atât de preocupați de ei înșiși, încât, adesea se pierd în fanteziile lor autoinduse, referitoare la atotputernicia lor, la resursele lor infinite, la inteligența lor scilipitoare și inegalabila lor popularitate. Rolul bogatei lor vieți fantasmatică este tocmai acela de a le proteja eul și imaginea de sine de o realitate mult mai puțin strălucitoare decât ar vrea ei să accepte. Având în vedere părerea excesiv de bună pe care o au despre ei înșiși, este evident cum este posibil ca adesea să își stabilească scopuri atât de nerealiste. Astfel de oameni, deși

ei înșiși invidioși, se consideră demni de invidia celorlalți. Ei nu numai că se consideră mai buni decât ceilalți, dar îi privesc pe aceștia cu condescendență pentru inferioritatea lor sau pur și simplu îi etichetează drept mediocri, așteptând din partea lor să le vină în întâmpinarea tuturor nevoilor și dorințelor lor, să îi scutească pe ei de treburile banale, executându-le în locul lor, pentru ca ei să își poată atinge și desăvârși gloria.

Dorința lor acerbă de a fi în centrul atenției este susținută de puternica stimă de sine, ceea ce poate face ca ei să pară atractivi și chiar fermecători, dar, în genere, doar pe termen scurt. Cei care trăiesc în preajma unor astfel de oameni mărturisesc că se simt adesea simple extensii ale lor, că sunt printre cei mai dificili oameni cu care au interacționat vreodată și că impresia lor este că trăiesc doar pentru a fi exploatați fără limite și fără rușine de către personalitățile accentuate. Aceasta deoarece egocentricitatea lor îi face indiferenți față de drepturile și bunăstarea altora, și, uneori, chiar față de normele și legile sociale. Totala lor lipsă de considerație față de sentimentele altora le permite să profite de bunăvoința celorlalți, să îi critice în mod dur și să le rănească sentimentele în mod intenționat. Justificările acțiunilor lor sunt cel mai adesea raționalizări, menite să îi plaseze pe ei întotdeauna într-o lumină favorabilă, de eșecurile lor făcându-se întotdeauna vinovați alții. Când se simt confrunțați sau sub presiune, au tendința de a reacționa cu o atitudine chiar și mai lipsită de considerație, expeditivă, iar în unele situații cu o furie exagerată. Astfel de indivizii întruhidează pattern-ul din DSM-IV-TR (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revised) pentru tulburarea de personalitate narcisistică (Narcissistic Personality Disorder – NPD).

1.2. Delimitări conceptuale: Ce este o tulburare de personalitate?

Termenul de personalitate se referă la disponibilitățile generale și caracteristice pe care le exprimă o persoană și care conturează identitatea ei specifică.

O tulburare de personalitate este un pattern durabil de experiență internă și de comportament care deviază considerabil de la cererile culturii individului, este pervaziv și inflexibil, are debutul în adolescență sau precoce în perioada adultă, este stabil în decursul timpului și duce la detresă sau deteriorare (DSM-IV).

Pentru a diagnostica o tulburare a personalității trebuie evidențiate unele trăsături convergente care să determine o alterare semnificativă în sfera relațiilor sociale și profesionale de care subiectul în cauză poate fi sau nu conștient.

Aceste trăsături se manifestă în două (sau mai multe) din următoarele domenii:

1. cunoaștere (adică modurile de a se percepe și interpreta pe sine, alte persoane și evenimentele);
2. afectivitate (adică, gama, intensitatea, labilitatea și adecvarea răspunsului emoțional);
3. funcționare interpersonală;
4. controlul impulsului.

Patternul durabil:

- este inflexibil și pervaziv în raport cu o gamă largă de situații personale și sociale;
- duce la o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare;
- este stabil și de lungă durată, iar debutul său poate fi trasat retrospectiv cel puțin până în adolescență sau la începutul perioadei adulte.
- nu este explicat mai bine ca manifestare sau consecință a unei alte tulburări mentale;
- nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de exemplu, un drog de abuz, un medicament) sau ale unei condiții medicale generale (de exemplu, un traumatism cranian).

Trăsături comune caracteristice tulburărilor de personalitate:

1. Trăsăturile sunt **pervazive** (extensive) și persistente;
2. Sunt **ego-sintonice** (acceptabile eului) și nu ego-distonice (străine eului);
3. Sunt **alloplastice** și nu autoplastice (pacientul încearcă să schimbe mediul, și nu pe sine); Rezultă conflicte și nemulțumiri;
4. Pacientul își menține trăsăturile cu **rigiditate**;

5. Mecanismele de apărare includ: **fantezia, izolarea, acting-out-ul, proiecția, întoarcerea spre sine;**
6. Pacientul manifestă fixație în dezvoltare și **imaturitate;**
7. El nu conștientizează și **nu solicită ajutor;**
8. Dezvoltarea inegală a personalității cu **deficitul valorilor etice.** Logica este subordonată impulsurilor.

Prin urmare, nu este suficient ca o persoana să aibă doar câteva trăsături specifice unei tulburări, sau să le manifeste doar în contexte disparate, pentru a putea fi diagnosticată cu o tulburare de personalitate. Există 10 tipuri de astfel de tulburări. Se estimează că aproximativ 10-13% din populația generală prezintă tulburări de personalitate. DSM-IV împarte tulburările de personalitate pe baza similitudinilor descriptive în trei grupe (Figura 1), NPD făcând parte din clusterul B: personalități emoționale și dramatice (în această grupă fiind și tulburările de personalitate antisocială, borderline și histrionică).

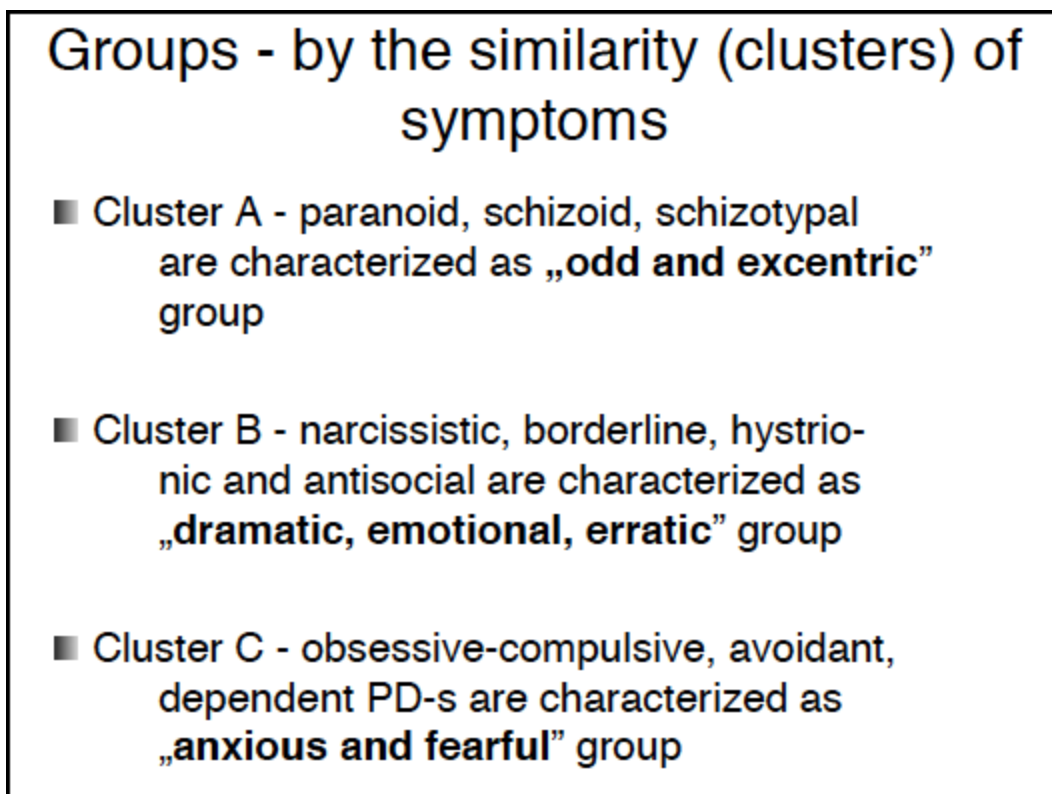


Figura 1

1.3. *Diagnoza: de la normalitate la anormalitate (DSM-IV versus ICD-10)*

Nu este suficient ca un individ sa fie egoist sau să reclame beneficii personale pentru a îl putea diagnostica drept narcisist – fiind necesar un pattern cronic de gândire și comportamente aberante, prezente într-o varietate de situații.

Potrivit DSM-IV (2000) pentru a stabili un diagnostic de NPD, acest pattern este unul de grandoare, începe în tinerețe și este constant în mai multe contexte după cum indică 5 sau mai multe din următoarele criterii:

1. Un simț grandios al propriei importanțe (individul își exagerează reușitele și talentele și pretinde să fie recunoscut ca superior fără ca reușitele să îi fie comparate cu ale altora);
2. O preocupare cu fantezii de succes nelimitat, putere, inteligență, frumusețe sau iubire ideală;
3. O convingere că el/ea este special/ă și unic/ă și nu poate fi înțeles/înțeleasă, nu trebuie să se asocieze decât cu alți oameni speciali și sus-puși (sau instituții);
4. O nevoie pentru admirație excesivă;
5. Un sentiment că lucrurile “i se cuvin” (așteptări nerealiste de tratamente speciale și de complianță necondiționată din partea celorlalți);
6. Un stil interpersonal exploatare (profită de alții pentru a își atinge propriile scopuri)
7. Lipsa empatiei (nu este dispus să recunoască sau să identifice sentimentele și nevoile celorlalți);
8. Invidierea celorlalți sau impresia că ceilalți îl/o invidiază;
9. Atitudini și comportamente de superioritate și aroganță.

Experții au sugerat că pacienții care întrunesc criteriile DSM-IV pentru NPD prezintă diverse combinații ale trăsăturilor din lista de criterii. În baza acestor variații, Theodore Millon a identificat 5 subtipuri ale personalității narcisistice (Millon et al., 2004), după cum urmează:

1. **Naricistul amoroș** – având și trăsături histrionice, este întruchiparea unui Don Juan al zilelor noastre: erotic, exhibitionist, seducător, cu un accentuat narcisism corporal. Cu toate că jocul lui de obicei implică posibilitatea unei relații exclusive, el nu este înclinat spre intimitate autentică, alegând în schimb să facă mai multe

cuceriri în același timp. Demonstrațiile repetate ale calităților lui sexuale adesea devin o obsesie, victoria (re)consolidându-i impresia de putere. Partenerii lui sunt priviți ca simple obiecte sexuale, care odată cucerite nu mai prezintă interes. Confruntarea, critica sau pedepsele nu reușesc să îi schimbe nimic din acest mod de a fi – el respingând astfel de manifestări, drept dovezi ale geloziei și inferiorității partenerilor.

2. **Narcisistul compensatoriu** – acest subtip se pliază pe părțile esențiale ale conceptualizării psihanalitice, incluzând agresivitatea pasivă, negativismul și trăsăturile evitante. Este produsul “rănilor” din copilăria timpurie, cărora, pentru a le face față, dezvoltă o iluzie a superiorității personale. Viața devine pentru el o căutare a îndeplinirii aspirațiilor de statut, recunoaștere și prestigiu. De exemplu, orice diplomă sau certificat dobândit de un astfel de narcisist poate fi înrămat și expus pe un perete, sau poate fi foarte plisctisitor în timp ce expune o biografie completă a fiecărei mici victorii personale. În același timp el este extrem de sensibil la reacțiile celorlalți, luând act de cel mai mic semn de critică sau dezaprobare, dar spre deosebire de personalitățile evitante, reactionând cu o fațadă de superioritate. Uneori îl caracterizează procrastinarea, fuga din realitate și teama de evaluare.
3. **Narcisistul elitist** – întruchiparea pattern-ului pur al tulburării și în același timp ceea ce Wilhelm Reich (1933) numea “narcisistul falic”: auto-suficient, arrogant, energic, impresionant și nepotrivit în calitate de subordonat în orice ierarhie. Fațada lui de superioritate este construită de aceasta dată în baza unei stime de sine excesive, și nu pentru a compensa sentimentele de inferioritate, ca în cazul narcisistului compensatoriu. Teama lui nu este de a fi inadecvat, ci de a fi obișnuit. Reich spune că astfel de personalități pot fi întâlnite printre cadrele militare, piloți, atleți, exemple ilustrative în acest sens fiind Napoleon și Mussolini (Anexa 1). Astăzi lista rămâne deschisă pentru avocați, chirurgi, antreprenori și orice alte profesii care presupun îndrăzneala și competitivitate exacerbată. Elitistul se promovează pe sine însuși, prin laudă, fraudă, exagerări, se consideră semi-zeu, emite pretenții exagerate – în acest fel creând o mare discrepanță între ceea ce pretinde a fi și ceea ce este.

4. **Narcisistul fanatic** – include trăsături paranoide. Acesta dă dovadă de hipervigilență, suspiciozitate și omnipotență în același timp. Este, de regulă, un individ rănit profund, care ulterior se ferește cu toate resursele de orice i-ar putea destabiliza imaginea de sine idealizată pe care și-a construit-o, văzând la tot pasul invidie și clevertiri. El îi îndepărtează pe cei din jurul său prin gelozie, hipercriticism și acuzații nefondate.
5. **Narcisistul lipsit de principii** – are și trăsături antisociale, nu internalizează valorile morale și este ceea ce s-ar numi “un șarlatan” : lipsit de scrupule, oportunist, fraudulos, exploator, la limita legii. Poate fi găsit în închisori sau în programe de reabilitare sau dezintoxicare. Adesea este răzbunător și nu are pic de considerație față de victimele sale. Îi face plăcere să îi umilească pe ceilalți sau să le câștige încrederea și apoi să îi dezamăgească, deviza lui fiind că “aceia care se lasă înșelați, o merită”. Relațiile lui rezistă atât timp cât narcisistul are ceva de câștigat, iar mediul lui familial este tumultuos și adesea vizitat de forțele de ordine. Fiind atât de preocupat de propriul lui interes, este indiferent față de adevăr. Dacă este confruntat, poate reacționa cu o atitudine de nevinovăție, negând acuzațiile printr-o reprezentație de politețe și bunăvoință, iar atunci când vinovăția lui este evidentă devine nonșalant și deloc impresionabil.

Utilizarea termenului în domeniul psihologiei personalității pornește de la psihologul britanic Havelock Ellis, care l-a utilizat în 1898 pentru a descrie o formă patologică de dragoste de sine (masturbarea). O decadă mai târziu, Otto Rank a publicat prima lucrare psihanalitică referitoare la narcisism, dar este Sigmund Freud cel care a consacrat termenul, în 1914, în lucrarea sa *Despre Narcisism*, în care propunea o conceptualizare psihodinamică a dezvoltării eului, începând cu stadiile pre-oedipale. Ulterior cercetările s-au extins și în sfera altor paradigme. Începând cu 1950 a crescut considerabil și interesul pentru această tulburare, privită însă ca un fenomen și nu ca un diagnostic oficial. NPD a fost introdusă drept o categorie nosologică nouă în DSM-III, care a fost publicat în 1980. Și astăzi perspectivele asupra originii NPD continuă, fiind privită de unii drept o problemă de caracter, iar de alții drept o problemă de învățare –

această a doua perspectivă, având avantajul optimismului, deoarece experiențele de învățare pot fi corectate.

Iată, deci, cum cu toate că este prezentă în paginile istoriei printre figurile regale sau oamenii înstăriți (Anexa 1), personalitatea narcisistică pare a deveni mai proeminentă abia spre sfârșitul secolului al XX-lea, fiind studiată în special în SUA, în rândul claselor sociale mai avantajate (Warren & Capponi, 1995). Acesta este și motivul pentru care NPD nu figurează în Clasificarea Internațională a Bolilor (The International Classification of Diseases), echivalentul european pentru DSM-IV, considerându-se că este o expresie culturală, specific americană și fără o incidență prea mare în alte părți ale globului (Figura 2). În sprijinul acestei poziții vin date care arată că în societățile colectiviste probabilitatea unor astfel de pattern-uri comportamentale este mult mai redusă și că prevalența tulburării pare a fi mult mai mare în profesii asociate cu stataturi înalte (medicină, drept, știință, artă, sport de performanță și politică).

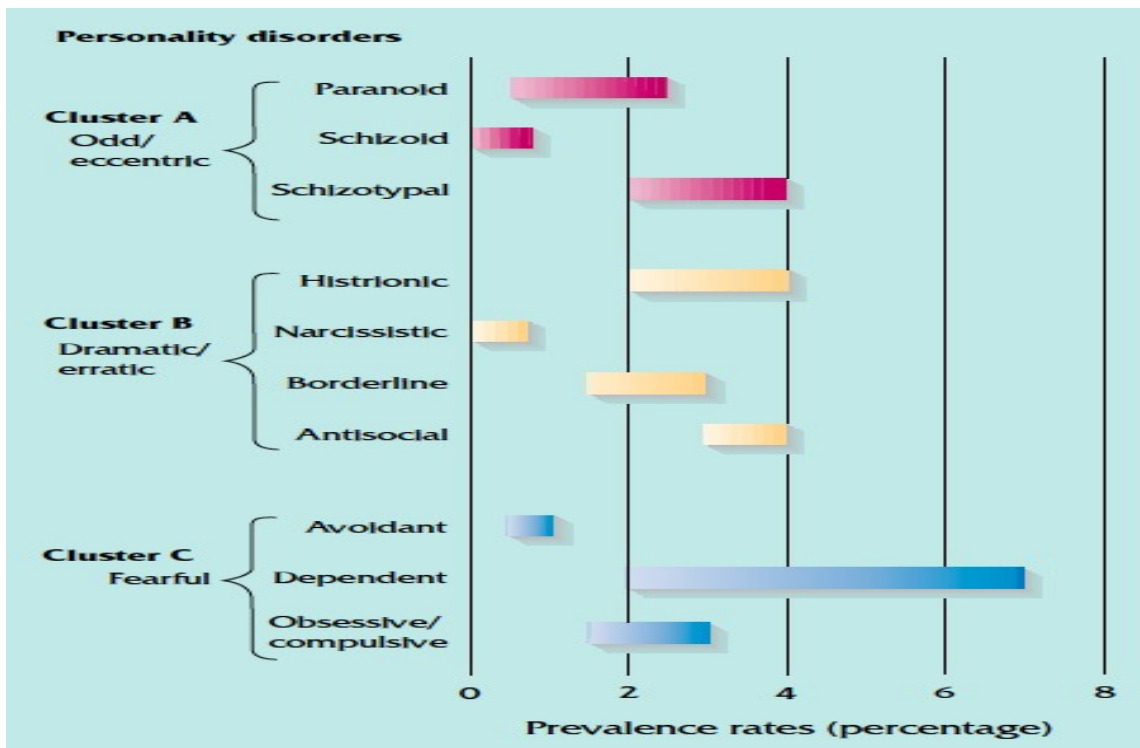


Figura 2

Controversa acceptării NPD ca o tulburare de personalitate rămâne deschisă, având în vedere că societatea însăși este cea care valorizează trăsături narcisistice (Lasch, 1978) prin încurajarea unei viziuni despre propria persoană ca fiind un erou, un cuceritor

sau un expert. Până și stilul “încrezător în sine” este o caracterizare a indivizilor care cred în ei înșiși, se consideră speciali și meniți să îndeplinească lucruri mărețe (Oldham & Morris,1995). Prin urmare, au fost propuse și variante funcționale, încadrabile în normalitate ale stilului narcisist, prin adecvarea stimei de sine la realitate, prin acceptarea laudelor și admirației fără infatuare și prin luarea în calcul a normelor sociale și a drepturilor semenilor.

Specificitatea culturală a tulburării se reflectă și în slaba validitate discriminatorie a constructelor utilizate drept criterii în DSM-IV și în faptul că prevalența sa este cea mai scăzută dintre tulburările de pe Axa II.

Totuși, nu trebuie să pierdem din vedere faptul că tulburarea, așa cum este ea descrisă în DSM-IV, incriminează nu doar grandomania, ci și neacceptarea normelor realității și conduce la relații problematice cu ceilalți. Prin urmare, management-ul acestei tulburări nu este o chestiune de opțiuni sau care trebuie argumentată, ci o necesitate. În acest sens, se impune diagnoza și intervenția terapeutică. Procesul diagnostic ridică însă o serie de dificultăți pe care le vom analiza în cele ce urmează, în încercarea de a aduce un plus de acuratețe demersului terapeutic.

Printre aspectele importante care ghidează procesul diagnostic se numără: întrunirea a cinci sau mai multe din cele nouă criterii din DSM-IV, identificarea comorbidităților, căutarea permanentă a validării corectitudinii diagnosticului de-a lungul timpului, căutarea modalităților de coroborare a diagnosticului prin luarea în calcul a istoricului de tratamente al pacientului, a istoricului infraționalității, a perspectivelor apropiaților și a răspunsului la tratamentele anterioare.

Toate aceste aspecte, au menirea de a combate dificultățile inevitabile create de interpretările eronate, minciunile și exagerările pe care pacienții le prezintă terapeutului, din dorința de a apărea în ochii acestuia într-o lumină favorabilă.

Pe de altă parte trebuie să avem în vedere că astfel de pacienți nu se prezintă aproape niciodată la terapie din proprie inițiativă, iar atunci când o fac sunt de regulă motivați de probleme de altă natură, ei nefiind conștienți de tulburarea de care suferă. De asemenea, pericolul renunțării la terapie la cea mai mică critică sau confruntare este extrem de ridicat. În aceeași ordine de idei, pentru mult timp NPD a fost chiar considerată imposibil de tratat, datorită slabei motivații pentru schimbare pe care acești pacienți o au

– ei se consideră superiori și nu cred că pot optimiza nimic la persoana lor, iar problemele sunt întotdeauna generate de ceilalți, care nu știu să îi aprecieze la adevărata lor valoare. Nu trebuie să pierdem din vedere nici stima de sine vulnerabilă pe care acești indivizi o au, pentru că reacțiile lor la critică pot fi spectaculoase, sau pot fi răniți profund de atitudinile dezaprobatoare. Uneori, funcționarea lor profesională poate fi foarte scăzută din simplul motiv că nu vor să se angajeze în nici un fel de competiție care le-ar putea demonstra că nu sunt de fapt cei mai buni. În plus, pentru astfel de indivizii îmbătrânirea și pierderea poziției prin pensionare pot avea efecte devastatoare în plan psihic.

Alte complicații în diagnostic se datorează instrumentelor utilizate, costurilor tratamentului (casele de asigurări de sănătate nefiind dispuse să plătească decât, cel mult, pentru programe scurte de intervenție psihoterapeutică pentru condiții medicale subliminale, deoarece acestea, deși cronice, nu produc distres așa cum o fac problemele acute).

1.4. Diagnostic diferențial

Nu în ultimul rând procesul diagnostic este frecvent îngreunat de greșeli de diagnosticul diferențial. Cu referire la aceste greșeli, primul aspect care solicită o atenție sporită vizează tulburările din același cluster, datorită similarităților care există între ele. Astfel, ne putem aștepta ca narcisiștii cu niveluri scăzute de funcționare să aibă și **Tulburare de Personalitate Borderline (BPD)**, în special dacă sunt femei; dacă sunt bărbați fiind mai mare probabilitatea ca ei să prezinte trăsături ale **personalității antisociale sau paranoide**. Recent, terapeuții au tras atenția și asupra faptului că atunci când o persoană cu NPD trece printr-un eveniment traumatic, i se pune diagnosticul de **Post-Traumatic-Stress-Disorder**, considerat în forma pură și făcând abstracție de trăsăturile narcisistice ale persoanei.

Pe filonul aceleiași idei, este important de stabilit și dacă pacientul nu încearcă să consolideze fragilitatea imaginii sale despre sine prin **consum de alcool sau abuz de substanțe**, sau dacă simptomele narcisistice nu sunt induse de efectele substanțelor consumate.

Diagnosticul diferențial trebuie să excludă și mania și hipomania, **tulburarea de personalitate schizotipală, histrionică și pe cea obsesiv-compulsivă**, precum și schimbările de personalitate datorate unei condiții medicale generale.

De asemenea, pacienții cu NPD, pot întruni și criteriile pentru diagnostice separate, de pe Axa I (precum depresia majoră, tulburarea bipolară, etc.). În același timp pacienții care nu au decât NPD, pot apărea ca având o **tulburare pe Axa I**, atunci când grandomania lor trece drept mania din tulburarea bipolară. Așadar, rezultă de aici importanța uriașă care trebuie acordată evaluării naturii și duratei exacte a simptomelor precum și păstrării în minte a faptului ca tulburările de personalitate sunt pattern-uri cronice, de lungă durată, și nu episoade de patologii trecătoare.

1.5. Instrumente de diagnostic

Sursele de informație în baza cărora se stabilește, de regulă, un diagnostic de NPD sunt reprezentate de: istoria pacientului și descrierile sale, relațiile membrilor familiei sau ale altor cunoscuți, rezultatele la chestionarele de diagnostic. Un astfel de chestionar adesea utilizat în practica terapeutică este SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Disorders).

Cel mai uzual instrument de diagnostic pentru NPD este totuși *Narcissistic Personality Inventory* (NPI). Publicat pentru prima dată de Robert R. Raskin și Calvin S. Hall în 1979, NPI-ul cuprinde 223 de itemi, conținând afirmații pereche, una care să reflecte trăsături narcisistice și cealaltă care să reflecte trăsături non-narcisistice. Subiecții sunt rugați să aleagă una dintre cele două opțiuni. NPI-ul este folosit la scară largă atât ca instrument diagnostic cât și în cercetare.

Analiza factorială pentru NPI a fost realizată pe baza a 3 studii. Primul studiu vizează 4 factori: exploatativitate / pretențiozitate; leadership / autoritate; superioritate / aroganță și preocupare de sine / admirație de sine. În cel de-al doilea studiu datele corelează pozitiv cu dimensiuni ale personalității precum: dominanță, exhibiționism, extraversie, stimă de sine, auto-monitorizare; și corelează negativ cu umilință, modestie, anxietate socială, etc.. Cel de-al treilea studiu demonstrează corelația puternică dintre scorurile acordate de grup pentru narcisism și scorurile obținute la NPI. Considerate

împreună, cele trei studii dovedesc validitatea de construct a NPI-ului.

Alte câteva astfel de teste utile ar mai fi: Personality Diagnostic Questionnaire-4 (PDQ-4), Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III), International Personality Disorder Examination (IPDE), și Structured Interview for the DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV). Până în prezent nu există teste de laborator care să certifice prezența tulburării, totuși incidența ridicată a abuzului de substanțe la pacienții cu această tulburare poate conduce la obținerea unor rezultate toxicologice care să indice posibilitatea existenței unei patologii de personalitate.

1.6. Epidemiologie

Prevalența NPD este sub 1% în rândul populației generale. Se apreciază că tulburarea reprezintă între 2 și 16 % dintre pacienții internați. Tulburarea este mai frecventă în rândul bărbaților, aproximativ 50-75%, decât în al femeilor (DSM-IV-TR). Nu există date cu referire la prevalența tulburării în funcție de apartenența la grupuri etnice sau rasiale.

Debutul tulburării se consideră a fi în adolescență (Rienzi et al., 1995), perioadă căreia astfel de manifestări îi sunt specifice, diferența venind din aceea că majoritatea adolescenților încetează să mai afișeze astfel de comportamente, pe când cei care suferă de NPD continuă și după aceasta vârstă. Pe măsură ce timpul trece, la aceștia simptomele se accentuează.

Dacă stăm să ne gândim, ne apare ca firesc faptul că tulburarea este mai degrabă una specific masculină decât feminină, deoarece bărbații sunt în general considerați mai exploatare și reclamanți (Tschanz, Morf, & Turner, 1998). Această perspectivă ar putea sugera și o origine socială a tulburării.

Există însă și poziții care contestă această discrepanță în privința prevalenței NPD între bărbați și femei, argumentând că trăsăturile de personalitate se manifestă distinct la cele două sexe și pledând pentru reformularea criteriilor de diagnostic din DSM într-o manieră mai puțin sexistă.

În altă ordine de idei, este important de notat referitor la NPD că nu îi împiedică pe oameni să ocupe sau să aspire la poziții profesionale care implică putere, bogăție și prestigiu. De multe ori ei au chiar succese în domenii de top, dar în același timp, odată ajunși în astfel de poziții pot face mult rău celor care depind de ei. Înfațișarea narcisiștilor este de obicei foarte îngrijită, atractivă, transpunând și la nivel fizic excesiva lor preocupare de propria persoană.

1.7. Specificul NPD – referințe din literatura de specialitate

Pentru narcisiști, partea bună este că atunci când ceva rău se întâmplă, ei nu simt nici îndoieli nici remușcări. Într-un studiu recent, de exemplu, cercetătorii cereau diadelor de participanți să efectueze o sarcină care era din start sortită eșecului. În timp ce majoritatea oamenilor aveau tendința de a își proteja partenerul, cei cu NPD considerau că eșecul se datorează totalmente partenerului (Keith Campbell, 1992).

În altă ordine de idei, persoanele cu NPD ori își idealizează obiectul, ori îl devalorizează. Lucrurile sunt văzute în alb și negru, obiectul este ori bun ori rău. Atributele “rele” sunt întotdeauna proiectate, transferate sau externalizate în alt mod, cele “bune” sunt internalizate pentru a putea sprijini grandiozitatea sa, inflația narcisismului și a fantasmelor de grandoare, dar și pentru a evita **durerea asociată cu deziluzionarea**. Studiile lui Cassidy (1988) asupra relației dintre stima de sine la vârsta de 5-6 ani și calitatea atașamentului timpuriu mamă– copil, sprijină teoria lui Bowlby și anume: construcția sinelui derivă din experiențele timpurii zilnice cu figurile de atașament.

Studiile demonstrează o înclinație sporită spre comportamente de risc la persoanele diagnosticate cu NPD, investigațiile referindu-se la domenii specifice: jocuri de noroc (Lakey, Rose, Campbell, & Goodie, 2008), condus agresiv (Britt & Garrity, 2006), strategii riscante de investiții financiare (Foster, Misra, & Reidy, 2007); sau la trăsături specifice care se asociază comportamentelor de risc: căutarea de senzații (Emmons, 1981) și impulsivitatea (Foster & Trimm, 2008; Vazire & Funder, 2006).

Lucrarea "The Impact of Narcissism on Leadership and Sustainability" a lui Bruce Gregory, arată ca narcisiștii pot fi extrem de eficienți profesional și că uneori, în contexte interpersonale, de dragul unei imagini personale favorabile pot fi chiar răbdători, rezonabili și concilianți. Marga Reimer (2009) subliniază totuși discrepanța

dintre implicarea convențională și implicarea conversațională, sugerând că narcisiștii nu sunt decât în foarte mică măsură capabili de limbaj, raționament sau responsabilitate morală. De altfel, sugestia cercetatoarei este că toate tulburările de cluster B ar trebui excluse din DSM-IV, pentru că ele nu reprezintă probleme de sănătate mentale ci probleme de morală.

Persoanele cu NPD experiențiază dificultăți în a accesa stările mentale și în a face distincții între diverse forme de experiențe subiective, atât ale lor, cât și ale altora, ceea ce îl determină pe Procacci (Procacci, Dimaggio, & Semerari, 1999; Procacci, Popolo, Petrilli, & Dimaggio, 2007) să susțină că acești pacienți au o metacogniție disfuncțională, datorată în parte breșelor în formarea unui vocabular emoțional datorită relațiilor deficitare cu părinții în timpul copilăriei mici, și, în parte datorită inabilității lor de a conștientiza gândurile și emoțiile proprii și de a identifica cauza din spatele emoțiilor respective.

2. **Intervenția psihoterapeutică în Tulburarea de Personalitate Narcisistică**

2.1. *Schema-Focused Therapy*

Ce este Schema-Focused Therapy?

Schema-Focused Therapy, fondată de Jeffrey Young, este o metodă de terapie integrativă, care reunește tehnici din multiple abordări, precum terapia cognitiv-comportamentală, teoriile atașamentului, abordările centrate pe emoții sau modele psihodinamice, pentru a trata o varietate mare de pacienți cu dificultăți emoționale pe termen lung. Premisa teoriilor care stau la baza acestui tip de terapie este faptul că dificultățile emoționale au origini în dezvoltarea individului pe parcursul copilăriei și a adolescenței. Ședințele de terapie se pot desfășura individual, în cuplu/familie sau în grup (Young, 1999).

Acest tip de terapie se diferențiază de clasică terapie cognitiv comportamentală, care funcționează cu precădere pentru tulburările de pe axa I, prin mai multe elemente: se pune mai mult accent pe relația terapeutică, pe afecte (prin tehnici de imagerie, joc de rol) și dispoziții. Discuțiile pun accentul în mai mare măsură decât în CBT pe copilărie și procesele de dezvoltare pentru a se putea vedea originea diferitelor scheme cognitive formate.

Asumpția de bază de la care pornește Schema Therapy este faptul că originile primare ale celor mai severe tulburări de personalitate sunt nevoi emoționale din copilărie care nu au fost satisfăcute, legate în special de abuzul sau neglijența parentală (Young, 1999).

Nevoile de bază ale copilului:

- atașament securizant, în care părintele să fie văzut ca o bază stabilă în viața copilului (conform Teoriei Atașamentului)
- protecție împotriva abuzurilor
- iubire, atenție și căldură
- acceptare și laudă
- empatie
- autonomie

- validarea sentimentelor și a nevoilor
- impunerea unor limitări realiste

Ce se întâmplă atunci când nevoile de bază ale copilului nu sunt îndeplinite?

Conform teoriei dezvoltate de Young (1999), atunci când aceste nevoi nu sunt satisfăcute, se dezvoltă scheme, modalități de coping și „moduri” dezadaptative. Acestea au consecințe nefaste asupra vieții de adult, precum: pierderea sau lezarea capacității de a forma atașamente și relații sănătoase; afectarea stimei de sine și a stabilității emoționale; dezvoltarea unor ulburări pe axa I sau II și distorsionarea procesării cognitive în situațiile corelate cu cele în care nevoile nu au fost satisfăcute.

Nesatisfacerea nevoilor este strâns legată de incapacitatea de a forma atașamente securizante în viață. Astfel, majoritatea pacienților cu tulburări severe de personalitate, precum Tulburarea de personalitate de tip Borderline sau Tulburarea de personalitate Antisocială, au probleme serioase legate de atașament.

Din acest motiv, scopul primar al Schema Therapy este de a ajuta pacienții să își satisfacă nevoile emoționale primare într-o manieră adaptativă, prin relații sănătoase, incluzând formarea de atașamente securizante. Este important nu doar să se reducă simptomatologia, ci și să se îmbunătățească calitatea relațiilor interpersonale.

Care sunt nevoile care nu au fost satisfăcute în copilăria și adolescența celor care suferă de Tulburare de Personalitate Narcisistică?

La prima vedere, un pacient care suferă de NPD pare o persoană sigură pe ea, emană un aer de superioritate și pare că a fost extrem de răsfățat în copilărie, că toată lumea i-a făcut pe plac, iar aceste lucruri stau la baza comportamentelor sale. În realitate însă, copilăria acestor copii nu este nici pe departe atât de idilică. În cele mai multe cazuri, ei trăiesc singuri și izolați de căldura parentală. Acești copii duc lipsă de căldură fizică (ținut în brațe), emoțională și de afecțiune, de empatie și înțelegere, nu sunt acceptați pentru ceea ce reprezintă ei și nu sunt lăudați suficient. Părinții nu le impun suficiente limite și reguli cât să le permită o dezvoltare armonioasă și corectă și de multe ori îi folosesc sau îi manipulează pentru a-și satisface propriile nevoi. Copilul învață că pentru a fi iubit și băgat în seamă (ceea ce în mod natural ar trebui să se întâmple cu orice

copil), el trebuie să atingă anumite standarde de performanță foarte ridicate. Astfel, acești copii au performanțe ridicate pe anumite domenii (academice, artistice, etc.) însă nu sunt deloc buni în stabilirea și menținerea relațiilor sociale. Părinții le spun că sunt speciali și de aceea nu se pot adapta. Acest lucru îi face să se simtă diferiți, dezvoltându-le comportamentele dezadaptative ulterioare și atitudinea față de ceilalți oameni. Fiind privați de satisfacerea acestor nevoi, acești copii învață că regulile nu trebuie respectate atâta timp cât ai performanțe ridicate, ceea ce duce la apariția simptomatologiei specifice de tip narcisist în perioada adultă (Torres, 2002).

Ce sunt schemele dezadaptative și cum se dezvoltă acestea?

Schema dezadaptativă timpurie este o temă recurentă sau un pattern pervaziv, formată din amintiri, emoții, cogniții și reacții neurobiologice, cu privire la sine și la relațiile interpersonale, care s-a dezvoltat în timpul copilăriei și a adolescenței și a fost susținută de experiențele din timpul vieții și care este disfuncțională într-o oarecare măsură. Fiecare schemă dezadaptativă se dezvoltă dintr-o nevoie de bază nesatisfăcută și nu se poate „vindeca” singură (Young, 1999).

Cele 18 scheme dezadaptative timpurii:

1. Datorate lipsei unei legături emoționale sănătoase cu părintele și sentimentul de respingere:

- Abandon/ Instabilitate- sentimentul că cei din jur sunt impredictibili și instabili și că își vor retrage suportul emoțional în orice moment dat
- Lipsă de încredere/Abuz- expectanța ca cei din jur să te rănească, umilească, mintă, manipuleze sau să profite de tine
- Deprivare emoțională- absența atenției, căldurii, empatiei, protecției din partea celor din jur
- Defectuoșitate/Rușine- se referă la relații- sentimentul că nu ești demn de a fi iubit de către ceilalți
- Izolare socială/Alienare- sentimentul că ești diferit, că nu aparții nicăieri

2. Datorate lipsei autonomiei și a autoeficacității percepute:

- Dependență/Incompetență- inabilitatea de a face față responsabilităților cotidiene
- Vulnerabilitate la rănire/boală- teama exagerată de catastrofă iminentă și inabilitatea de a o opri
- Sine nedezvoltat- implicare emoțională exagerată și apropiere de ceilalți, în detrimentul dezvoltării sinelui
- Predispoziție spre eșec- cu privire la domenii de performanță- credința că eșecul este inevitabil

3. Datorate lipsei stabilirii limitelor realiste:

- Drepturi exagerate/ Grandiozitate- sentimentul de superioritate față de ceilalți, dreptul la privilegii speciale
- Insuficiența auto-controlului/ auto-disciplinei- dificultatea sau refuzul de a avea suficient auto-control și toleranță la frustrare pentru a atinge scopuri

4. Direcționate spre ceilalți:

- Subjugare- supresia nevoilor/ emoțiilor pentru a evita abandonul sau furia celor din jur
- Sacrificiu de sine- focus pe satisfacerea nevoilor celorlalți, în detrimentul satisfacerii propriilor nevoi
- Căutarea aprobării/ recunoașterii- încercări excesive de a obține aprobare din partea celorlalți

5. Datorate supravigilenței și inhibiției:

- Standarde nerealiste/ Critică excesivă- credința că trebuie să atingă standarde foarte înalte, pentru a evita critica
- Inhibiție emoțională- inhibiție excesivă a acțiunilor, sentimentelor sau comunicării spontane
- Negativitate/ Pesimism- tendința de a pune accentul pe aspectele negative ale vieții
- Punitivitate- credința că oamenii trebuie pedepsiți aspru pentru greșelile lor

Aceste scheme își au originile în experiențe negative din copilărie sau adolescență, temperamentul copilului sau al părintelui (de exemplu, un copil anxios, care are un părinte anxios va dezvolta probabil o schemă de vulnerabilitate) și nu în ultimul rând, sunt influențate de aspecte culturale (religie, etnie, status socio-economic, etc.) (Young, 1999).

Scheme dezadaptative timpurii specifice NPD:

Dintre schemele explicate anterior, schema dezadaptativă de bază prezentă la oamenii care suferă de NPD este „Grandoarea”. Aceasta este credința că ei sunt superiori celorlalți oameni; că au drepturi și privilegii speciale; că nu sunt obligați să respecte regulile reciprocității care ghidează interacțiunea socială normală. Adesea implică insistența acestuia că poate avea orice își dorește, indiferent dacă este realist sau nu, dacă ceilalți consideră că este rezonabil, sau dacă cei din jur au de suferit. Se poate manifesta de asemenea ca o accentuare exagerată a superiorității percepute (că este cel mai plin de succes, faimos, bogat) cu scopul de a obține putere sau control, nu neapărat atenție sau aprobare. Uneori include o competitivitate crescută față de ceilalți sau o tendință de a-i domina pe aceștia prin: subminarea puterii celorlalți, impunerea unui punct de vedere, sau manipularea comportamentală a celorlalți cu scopul îndeplinirii propriilor dorințe, cu o totală lipsă de empatie sau îngrijorare față de nevoile sau sentimentele celor din jur.

Alte scheme relevante în NPD sunt „Deprivarea emoțională”, care interferează puternic cu abilitatea de a experiența normal intimitatea, iubirea și acceptarea, și „Defectuoșitatea”, sentimentul că este inferior și nu merită să fie iubit (Young & Flanagan, 1998). Aceste scheme îi determină să nu le permită celor din jur să se apropie prea mult de ei, din teama de a nu fi expuși sau umiliți. Totodată, au tendința de a supracompensa prin diferite comportamente menite să îi facă mai dezirabili în fața celorlalți.

Ca și scheme secundare în NPD, Young și Flanagan (1998) numesc: „Căutarea aprobării”, „Standarde nerealiste”, „Subjugare” sau „Lipsa de încredere”. Acestea se datorează faptului că adesea acești copii au fost presați să de către părinți să atingă anumite standarde de performanță, s-au chinuit să se ridice la înălțimea acestor standarde

deși nu făceau față și nu le plăcea și au rămas cu senzația că pot fi iubiți doar dacă au anumite performanțe și că sunt deosebiți față de ceilalți copii.

Care sunt modalitățile de coping la mediul familial ostil cele mai dezadaptative?

Schemele dezadaptative se formează în mediile familiale care creează copiilor stres și le afectează dezvoltarea. Pentru a face față acestor stresori, copiii dezvoltă diferite modalități de coping: Acestea pot fi răspunsuri:

- *de predare*- îi lași pe ceilalți să te trateze așa, în speranța că în final te vor lăsa în pace (comportamente de complianță)
- *de evitare*- prin blocarea emoțiilor/ evitarea situațiilor (comportamente: abuz de substanțe, detașare, izolare socială, suprastimulare, refugiu în muncă)
- *de supracompensare* (specifice în NPD)- prin abuzarea celorlalți pentru ca aceștia să nu vadă că te simți slab, sau prin setarea unor standarde foarte înalte când te simți ca fiind un ratat (comportamente: agresivitate, manipulare, cerințe absolutiste, perfecționism, control) (Young, 1999).

Abordarea „modală” în Schema Focused Therapy

La pacienții cu tulburări de personalitate nu merge o abordare foarte structurată, datorită dispoziției lor flucutante și a dificultăților emoționale. De aceea, Young propune o abordare modală a acestor tulburări. Un „mod” poate fi definit ca totalitatea emoțiilor, cognițiilor și comportamentelor specifice, care sunt activate într-un anumit moment. Este starea în care ne aflăm într-un anumit moment, incluzând scheme, răspunsuri de coping, reacții neurobiologice activate deodată. Pacienții își schimbă modul în acord cu stimuli interni sau externi (Torres, 2002).

În NPD, pacienții oscilează între 3 moduri diferite:

1. *Copil singuratic, nedemn de iubire*- acest „mod” se activează de obicei când sunt singuri. Când se află în acest „mod”, se simt izolați, neiubiți, singuri, respinși și au impresia despre ei că sunt mediocri, că nu au nimic special, sunt goi și neacceptați social. Acest mod este declanșat atunci când duce lipsă de validare și statut special și când se află în absența stimulilor sau a distractorilor.

2. ***Exagerat, superior, îndreptățit*** (self-aggrandizer) -acest mod se activează în prezența altor oameni. Se caracterizează prin faptul că arată ca și cum s-ar simți superior și apare ca și compensare pentru modul copilului singuratic și neiubit. Este competitiv, caută statut, crede ca are multe drepturi, are o atitudine superioară și este critic față de ceilalți. făcându-i să se simtă prost în moduri foarte subtile. Sunt foarte lipsiți de empatie. Acesta este considerat modul implicit al celor care suferă de NPD.
3. ***Detășat și axat pe auto-liniștire și auto- stimulare*** (Detached self-soother, self-stimulator) – se declanșează când sunt singuri, în lipsa surselor de validare și caută comportamente de liniștire sau stimulare pentru a nu simți singurătatea și a evita declanșarea modului copilului singuratic. Se caracterizează prin comportamente gen refugiu în muncă, căutarea stimulărilor, comportamente de adicție sau interese solitare.

Comportamentul narcisistului în contextul relațiilor intime

Problema relațiilor intime este foarte important de abordat, deoarece, pentru pacientul care suferă de NPD, relațiile interpersonale sunt experiențiate ca surse de validare și aprobare. Relația cu partenerul devine astfel principala modalitate de îndeplinire a nevoii de validare socială, ceea ce face ca traiul alături de o astfel de persoană să fie foarte dificil pentru partenerul de viață.

În primul rând, este important de menționat faptul că aprobarea devine un substitut pentru căldura și grija parentală de care a fost lipsit. Este total lipsit de empatie față de partener, cu excepția momentelor în care se află în modul „Copilul singuratic”. Atunci când partenerul primește aprobare, pacientul resimte invidie și percepe această situație ca și cum atenția cuvenită lui (substitutul pentru grija parentală) i s-ar fi luat și ar fi fost dată altcuiva. Inițial, partenerul de viață este idealizat, deoarece a primi atenție de la o persoană perfectă și ideală le crește valoare (acest lucru se întâmplă ca și compensare pentru schema de „Defectuoșitate”). La început, narcisiștii se simt mândri să fie văzuți cu partenerii lor, se laudă cu ei și le atribuie calități exagerate. O dată cu trecerea timpului și cu evoluția relației, partenerul este devalorizat gradual, criticat pentru aproape orice și făcut să se simtă inferior, mai ales în prezența altor persoane (Torres, 2002).

INTERVENȚIE

În Schema-focused therapy, intervenția are două faze: evaluarea/educarea și schimbarea

Scopurile terapiei sunt:

- identificarea și educarea pacientului cu privire la schemele centrale de viață
- explorarea originilor acestor scheme și legarea acestora de evenimente de viață
- conștientizarea emoțiilor legate de schemă (prin referirea la diferite comportamente sau probleme)
- identificarea metodelor de coping disfuncționale

Scopurile adaptate la NPD-abordare modală:

- ajutarea „copilului singuratic” să se simtă îngrijit și înțeles și să facă și el acest lucru cu ceilalți
- confruntarea modului „self-aggrandizer”- o dată ce „copilul singuratic” obține sentimentul de îngrijire și înțelegere, este mai ușor să faci pacientul să renunțe la superioritate și nevoie de aprobare
- reducerea comportamentelor specifice modului de „detașare prin auto-liniștire/auto-stimulare” în favoarea comportamentelor reale de grijă și iubire (Young, 1999).

1.Evaluarea/ educarea pacientului:

Tehnici și strategii:

- *Interviu focusat pe istoria de viață*- se discută exemplele semnificative din prezent înspre trecut pentru identificarea nevoilor de bază care nu au fost îndeplinite
- *Biblioterapia*- după explicarea conceptelor de nevoie, schemă, strategii de coping, se sugerează citirea anumitor capitole pentru aprofundare
- *Identificarea schemelor*- *Young Schema Questionnaire*- YSQ-L- pentru evaluarea schemelor

- *Legarea schemelor descoperite de evenimentele de viață semnificative*
- *Evaluarea originilor schemelor- Young Parenting Inventory-* pentru a vedea ce comportamente ale părinților au fost relevante în formarea schemelor și ce sentimente are pacientul față de părinții săi
- *Tehnici focusate pe emoții pentru evaluarea schemelor- tehnica imageriei dirijate-* pacientul este rugat să își aducă aminte „imagini” din copilărie; prima imagine adusă în discuție este probabil cea mai încărcată emoțional și va fi relevantă în reliefarea schemelor. Se lucrează apoi pe aceste imagini pentru schimbare prin dialog imaginar între copil-părinte. Pacientul este încurajat să discute despre acestea, deși sunt supărătoare. Apoi, emoțiile care au ieșit la suprafață în urma discuțiilor sunt legate de emoții din situații actuale de viață. Pacientul înțelege originile problemelor sale și de ce a dezvoltat anumite scheme, răspunsuri de coping și patternuri de viață (Torres, 2002).

Sfaturi pentru formarea unei bune relații terapeutice:

- fii atent la indiciile care arată că anumite scheme pot fi declanșate în timpul ședinței și ajută pacientul să le conștientizeze (de exemplu, indicatori non-verbali)!
- lucrați împreună pentru a identifica evenimente declanșatoare!
- discutați ce scheme și răspunsuri de coping au fost activate!
- legați momentele din terapie în care anumite scheme au fost activate cu evenimente din afara terapiei!
- atenție la momentele în care schemele terapeutului sunt declanșate!! (Young et al., 2003)

2. Schimbarea

Tehnici/strategii

COGNITIVE

1. *Reatribuire-* se face o fișă pe care se notează astfel: pe prima coloană- dovezile care susțin schema, atât din copilărie, cât și din viața adultă; pe a doua coloană-

- întrebări care ajută la formarea unei perspective sănătoase asupra dovezilor: „a fost vina mea?”, „Ce alte explicații există?”, „Pot să schimb asta?”
2. *Restructurare cognitivă*- fișă pe trei coloane: pe prima coloană- dovezi împotriva schemei; pe a doua coloană- contraargumente aduse primei coloane; pe a treia coloană- argumente împotriva celei de-a doua coloane, adică informații care susțin prima coloană
 3. *Dialog imaginar*- între schema dezadaptativă și varianta sănătoasă
 4. „*Flashcards*”- cartonașe cu afirmații de coping, adaptate pentru situațiile problematice (Torres, 2002).

EMOȚIONALE

1. „*Limited reparenting*”, definită ca încercarea terapeutului de a îndeplini acele nevoi emoționale ale pacientului care nu au fost îndeplinite în copilărie, respectând totodată limitele sănătoase ale relației terapeutice

Componente:

- un nivel ridicat de căldură și înțelegere
- onestitate, directivitate, evitarea atitudinii neutre
- empatie, validarea sentimentelor, corelate cu corectarea distorsiunilor
- terapeutul poate să își lase pacientul să îl vadă ca pe o persoană, nu doar ca pe un terapeut
- creșterea stimei de sine prin laude
- self-disclosure din partea terapeutului, unde e adecvat
- acordarea timpului în plus față de ședință, în funcție de severitate: la telefon, sms sau mail
- imagerie- terapeutul joacă rolul părintelui

Atenționări speciale:

- atenție la propriile scheme!
- atenție la gradul de „self-disclosure”!
- atenție la impunerea limitelor în ceea ce privește acordarea de timp în afara ședințelor! (Torres, 2002).

COMPORTAMENTALE:

1. Ruperea patternurilor comportamentale dezadaptative:

- clarificarea patternurilor de coping dezadaptative și a consecințelor negative ale acestora
- pacientul scrie jurnale și fișe de monitorizare ale acestor strategii de coping dezadaptative
- cu ajutorul imageriei și a jocului de rol, pacientul exersează noi strategii de coping cu ajutorul terapeutului
- pacientul exersează singur aceste strategii, atunci când situațiile problematice apar

2. Reducerea evitării comportamentale:

- identificarea obstacolelor prin imagerie dirijată
- corelarea acestor obstacole de scheme și moduri
- exerciții de imagerie, prin care pacientul să învețe ce trebuie să își spună când apar obstacolele
- cartonașe pe care să le citească când se află într-o situație de evitare (Torres, 2002).

Care sunt obstacolele întâlnite când lucrezi cu pacienți cu NPD?

- neagă că suferă de distres psihologic
- nu își recunosc emoțiile sau gândurile dureroase
- încercările CBT clasice de a disputa cognițiile iraționale legate de sine („entitlement”) de obicei eșuează
- refuză să își facă temele
- doresc să dețină controlul asupra tratamentului și superioritatea față de terapeut
- schemele terapeutului sunt declanșate de acești pacienți și atitudinea lor, ceea ce împiedică progresul rapid

Cum pot fi depășite aceste obstacole?

- stabilirea egalității și a respectului prin fermitate și asertivitate
- explorarea originilor detașării și a grandorii în raport cu persoanele semnificative
- confruntarea rezistenței la imagerie prin explorarea obstacolelor și referirea la „copilul singuratic”
- folosirea imageriei pentru a accesa copilul singuratic
- numirea celorlalte moduri și explorarea lor
- discutarea importanței relaționării intime a copilului singuratic cu cineva semnificativ în viața pacientului
- negocierea cu modurile dezadaptative pentru a trece de blocajele în intimitate
- confruntarea căutării aprobării fără a da pacientului impresia că este devalorizat (îi poți spune că îți pasă de el, nu de performanțele, aspectul său)
- confruntarea comportamentului de superioritate fără a da pacientului impresia că este devalorizat, prin impunerea limitelor (îi poți spune că îți pasă de el, dar și de tine și de ceilalți pacienți, așa că nu îi poți oferi tratament special)
- confruntarea criticilor pe care le aduce terapeutului
- ajutarea pacientului să își identifice sentimente de singurătate și pustietate spirituală, pentru a le putea folosi la a-l motiva și la a-l determina să continue terapia
- trecerea cu demnitate peste incidentele neplăcute în care pacientul încearcă să facă terapeutul să se simtă inferior- este foarte important ca terapeutul să nu atace înapoi și să nu se apere- aceste lucruri îi vor demonstra doar vulnerabilitatea
- menținerea unei imagini de persoană vulnerabilă în ceea ce privește pacientul (Young, 1999).

GHIDUL RĂSPUNSURILOR CORECTE ÎN ABORDAREA PERSOANELOR CU NPD:

1.Nu te apăra și nu ataca înapoi!

2.Cunoaște-și drepturile și prezintă-i-le într-o manieră non-agresivă. Nu accepta să faci ceva dacă nu te simți confortabil făcând acel lucru!

3. **Stabilește cu pacientul că relația terapeutică este bazată pe respect reciproc, nu pe principiul stăpân sclav!**
4. **Recunoaște când sentimentele tale sunt rănite și recunoaște-ți greșelile imediat!**
5. **Empatizează cu punctul lui de vedere, confruntându-i totodată impresia de superioritate!**
6. **Caută dovezi de vulnerabilitate și prezintă-i-le ca posibilitate cu orice ocazie!**
7. **Treci cu demnitate peste incidente specifice și roagă pacientul să exploreze motivația din spatele afirmației!**
8. **Caută patternuri narcisistice comune și scoate-le în evidență prin întrebările corecte. Acestea pot fi:**
 - **comportamente condescendente, competitive, de superioritate**
 - **comentarii pozitive sau negative care sunt critice, de judecare sau evaluative**
 - **legate de statut- afirmații care reliefează accentul pus pe aspectul/ performanța exterioară în loc de calitățile interioare (Young et al., 2003)**
10. **Etichetează afirmațiile specifice anumitor moduri în care se află pacientul.**

2.2. Abordarea cognitiv-comportamentală

2.2.1. Cogițiile disfuncționale - elementul central al teoriei cognitive referitor la tulburările de personalitate

Una din principalele asumții ale teoriei cognitive referitor la tulburările de personalitate se referă la rolul cogițiilor disfuncționale. Potrivit acestei teorii, nota caracteristică este dată de credințele iraționale ce caracterizează și perpetuează aceste tulburări (Beck & Freeman, 1990; Pretzer & Beck, 1996). De exemplu, persoanele cu tulburare de personalitate evitantă prezintă cogiții de tipul “Sunt incapabil social și nimeni nu mă iubește” și “Nu pot să tolerez emoțiile neplăcute”.

Evidențierea cognițiilor disfuncționale și a rolului lor reprezintă principala diferență între teoria cognitivă și celelalte teorii care au încercat să explice tulburările de personalitate, ca de exemplu psihanaliza (Kernberg, 1996), teoria evoluționistă (Millon & Davis, 1996a), teoria interpersonală (Benjamin, 1996) sau neurobiologică (Cloninger, 1987; Depue, 1996). Prin urmare, cognițiile disfuncționale reprezintă principalul element pe care se centrează intervenția psihoterapeutică cognitivă (Beck 1996, 1998). Acestea reprezintă elementul principal al conceptualizării cazului și un prim obiectiv al intervenției. Identificate corect, aceste cogniții disfuncționale-cheie reflectă una sau mai multe teme centrale ce leagă istoria de viață a pacientului de strategiile compensatorii și reacțiile dezadaptative. Pe măsură ce terapeutul și clientul lucrează împreună pentru a identifica și modifica aceste cogniții, se pot observa îmbunătățiri în multe domenii de activitate (Beck, 1998). Deși evaluarea credințelor disfuncționale ale pacienților se face în primul rând în cadrul interviului clinic (Beck, 1995), chestionarele de tip self-report pot facilita acest proces. De exemplu, Scala de Atitudini Disfuncționale (Dysfunctional Attitude Scale (Weissman & Beck, 1978)) este un chestionar de tip self-report care a fost folosit pentru a identifica atitudinile și credințele disfuncționale caracteristice ce evidențiază tendințele depresive ale pacienților. Numeroase cogniții specifice tulburărilor de personalitate pot fi evaluate folosind un astfel de chestionar. Există numeroase astfel de chestionare (semi)structurate pentru diagnosticarea tulburărilor de personalitate (de ex. Structured Clinical Interview for DSM, First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1995; Personality Disorder Examination, Loranger, Susman, Oldham & Russakoff, 1987; Structured Interview for DSM Personality, Pfohl, Blum & Zimmerman, 1997). Cu toate acestea, nici unul din instrumente nu evaluează credințele disfuncționale. Același lucru este valabil și pentru instrumentele de tip self-report precum Personality Diagnostic Questionnaire—Revised (PDQ-R; Hyler, Skodol, Oldham, Kellman & Doidge, 1992) și Millon Multiaxial Clinical Inventory (MMCI; Millon, Millon & Davis, 1994). În 1990, Beck, Freeman și colaboratorii au listat un set de credințe disfuncționale ce corespund din punct de vedere teoretic și clinic tulburărilor de personalitate. Beck & Beck (1991) au încorporat aceste seturi de credințe în cadrul unui instrument de tip self-report numit Personality Belief Questionnaire (PBQ). Acest chestionar cuprinde nouă scale ce pot fi administrate împreună sau separat și sunt corespunzătoare pentru nouă tipuri de tulburări

de personalitate de pe Axa II din cadrul DSM-III-R. Observațiile clinice în urma aplicării acestui chestionar au arătat faptul că cu cât una din credințele listate în PBQ este mai caracteristică pentru un pacient, cu atât acesta este mai predispus să îndeplinească criteriile pentru tulburarea respectivă (Beck et al., 2001).

Trebuie menționat însă că acest chestionar nu este suficient pentru a stabili un diagnostic și este recomandat să se utilizeze și alte instrumente pentru evaluarea credințelor disfuncționale ale pacienților în cadrul terapiei (Beck, 1996). Istoria de viață a pacienților, problemele și simptomele curente, analiza funcțională a comportamentului pot oferi informații importante cu privire la credințele pacientului. Însăși relația terapeutică poate reprezenta un context util pentru evaluarea anumitor credințe disfuncționale.

2.2.2. Conceptualizarea Tulburării de Personalitate Narcisistice în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale

Tulburarea de personalitate narcisistică este conceptualizată ca nevoia de a fi special și superior în vederea evitării sentimentului de inferioritate. Tendințele narcisistice pot fi moștenite (Livesle, Schroeder, Jackson, & Jang, 1994) și / sau dezvoltate de către părinții care tind să supracompenseze propriile sentimente de inferioritate și lipsă de importanță. În loc să fie acceptate și tratate ca sentimente normale și tranzitorii, aceste experiențe sunt văzute ca amenințătoare și se încearcă combaterea lor prin căutarea unor surse externe de validare; când aceste validări nu apar sunt amorțate sentimente de inferioritate și mai puternice. De aceea, încercările de a combate sentimentul de inferioritate cu orice preț și de a menține o stimă de sine pozitivă se transformă în strategii de compensare în vederea preamării personale. Celelalte persoane sunt percepute ca fiind puternice și recunoașterea și validarea de către acestea sunt cruciale pentru ca narcisistul să simtă că este valoros ca persoană. În același timp, în cadrul strategiilor compensatorii ale narcisistului se regăsesc și atenția sporită față de defectele celorlalți și asocierea cu persoane care reflectă aspectul pozitiv și superior al imaginii lor de sine (Beck, Freeman & Davis, 2003). Evitarea feedback-ului negativ, întăririle intermitente ale propriului comportament și comportamentele exploatareii susțin credințele compensatorii de superioritate.

Deși strategiile pacienților narcisiști au potențial adaptativ în obținerea succesului, acestea devin totuși dezadaptative deoarece persoanele urmăresc în mod compulsiv propriile interese, reacționând în mod rigid la amenințările imaginii de sine, exploatează pozițiile de putere și nu posedă abilități adaptative (mai ales în ceea ce privește împărtășirea lucrurilor cu ceilalți sau identificarea cu grupul) (Beck, Freeman & Davis, 2003).

Reacțiile negative din partea narcisiștilor apar mai ales atunci când comportamentele centrate pe sine provoacă în rândul celorlalți controverse, dezaprobare sau dezgust. Persoana experiențiază asta ca pe o “insultă narcisistică” și va deveni furioasă, defensivă și va cere un tratament special. De asemenea, persoana poate să devină depresivă sau anxioasă și foarte critică, având dorința de a îi pedepsi pe ceilalți, deoarece sentimentul său de a fi valoros și important depinde exclusiv de a avea succes și de a fi admirat de către ceilalți. Mai mult, persoanele cu tulburare narcisistică au o toleranță scăzută la disconfort și afectivitate negativă.

Credințele centrale ale narcisistului

Credința centrală a narcisistului se referă la inferioritate și lipsa de importanță. Această credință este activată doar în anumite circumstanțe și de aceea poate fi observată mai ales ca răspuns la amenințări ale stimei de sine. Credința manifestată este o atitudine compensatorie de superioritate; “Sunt o persoană rară și specială” sau “Sunt superior celorlalți” sau “Ceilalți ar trebui să admită cât de special sunt eu”. În terapie, pacientul narcisist caută admirație pentru calitățile sale speciale, însă refuză să exploreze sentimentele de inferioritate, preferând să vadă sursa problemei ca fiind una exterioară.

Asumpții condiționale

Dovezi ale superiorității

Narcisistul consideră că anumite circumstanțe sau bunuri materiale reprezintă o dovadă și o validare a superiorității, statutului special și importanței. De aceea, acest pacient crede că “Trebuie să reușesc pentru a îmi demonstra superioritatea”. Dovezile pe care le caută se pot referi la a deține influență în cadrul comunității, a avea un venit semnificativ, a fi atractiv din punct de vedere fizic, a avea o mașină bună, a locui în

cartierul “potrivit”, a avea reușite personale sau a fi membru în grupuri exclusiviste. De asemenea, narcisistul crede că “Dacă nu am success, înseamnă că nu valorez nimic ca persoană” (Beck, Freeman & Davis, 2003).

Relațiile sunt ”unelte”

Celelalte persoane sunt văzute ca obiecte sau unelte în încercările sale de a obține succes și narcisistul petrece foarte mult timp comparându-se cu ceilalți și judecând valoarea celorlalți. Dacă el consideră că celelalte persoane au potențialul de a îl ajuta în vreun fel, acestea vor fi idealizate și urmate. Dacă în schimb sunt percepute ca inferioare, vor fi îndepărtate sau folosite pentru un scop anume apoi abandonate. Credința sa este că ”Foarte puține persoane merită să le acord din timpul meu. Celelalte mă plictisesc”. Valoarea celorlalți este dată de măsura în care aceștia îl pot servi sau îl admiră. Narcisiștii pot experienția anxietate dacă altcineva solicită atenție specială din partea unei persoane pe care ei o consideră importantă și asta poate provoca o criză în relație (Beck, Freeman & Davis, 2003).

Putere și drepturi cuvenite

Narcisistul crede că “Dacă sunt suficient de puternic, pot să fiu total încrezător și lipsit de dubii”. Ca o modalitate de a își demonstra puterea, narcisiștii pot depăși limitele, pot lua decizii unilaterale, pot să îi controleze pe ceilalți. Pierderea puterii poate determina o criză, ceea ce va duce la ostilitate, rezistență și posibil depresie.

Aceste persoane pot fi foarte critice, cu păreri personale rigide și dominante în comunicare, deoarece consideră că o persoană superioară are o judecată superioară. Procesele cognitive sunt caracterizate de gândirea de tipul “black-and-white”, inferențe arbitrare și generalizare.

Pacienții narcisiști consideră de asemenea că o condiție a puterii este că ”ceilalți trebuie să îmi satisfacă nevoile” și că “nevoile nimănui nu trebuie să interfereze cu nevoile mele”. Dacă ceilalți nu îi satisfac nevoile, atunci aceștia merită să fie pedepsiți (Beck, Freeman & Davis, 2003).

Conservarea imaginii de sine

Indivizii narcisiști consideră că imaginea este totul deoarece este “armura” propriei valori. Verificarea și menținerea imaginii este o grijă permanentă. Gândurile automate tipice exagerează posibilitatea de a fi observat într-o manieră pozitivă și de aceea tind să se compare constant cu alți indivizi cu statut social înalt. Un pacient a spus la un moment dat ”Dumnezeu mă admiră”. Dacă nu reușesc să arate bine sau să fie admirați pot deveni furioși, având numeroase ruminări și frici asociate cu credințele central negative (Beck, Freeman & Davis, 2003).

Asumpții privind contribuții merituoase

Narcisiștii tind să exagereze slăbiciunile și nevoile celorlalți și propriile virtuți și merite. “Ceilalți au nevoie de mine” și “Le fac o mare favoare” pot fi exemple de raționalizări auto-gratificatoare sau exploatare.

Asumpții privitoare la afecte

Persoanele cu tulburare narcisistică tind să supraevalueze implicațiile negative ale unor emoții precum tristețea, vinovăția sau incertitudinea, văzând aceste afecte ca pe o dovadă de slăbiciune ce le amenință imaginea de sine. Pacientul narcisist are o toleranță scăzută la frustrare și se așteaptă ca dorințele sale să fie satisfăcute imediat. Când acest lucru nu se întâmplă el experiențiază ceea ce a fost denumit în literatura de specialitate “insulta narcisistică”. Credințele sale pot fi “Dacă îmi doresc ceva, e extrem de important să obțin acel lucru”, “Ar trebui să mă simt fericit și confortabil tot timpul”, “Dacă eu nu sunt fericit, nimeni nu poate fi fericit”, “Trebuie să mă simt special pentru a fi fericit” (Beck, Freeman & Davis, 2003).

2.2.3. Intervenția CBT în Tulburarea de Personalitate Narcisistică

Când vin la terapie, pacienții cu tulburare narcisistică se află de obicei în stadiul de “ante-contemplare” în ceea ce privește schimbarea (din cadrul stadiilor schimbării descrise de Freeman și Dolan, 2001). În acest stadiu aflat între precontemplare și contemplare, pacientul se opune schimbării – “Sunt bine așa cum sunt acum și nu am

nevoie să fii aici sau să mă schimb. Iar tu nu poți să mă schimbi!”. Chiar și atunci când simt un nivel ridicat de stres, pacienții narcisiști sunt ambivalenți în ceea ce privește tratamentul și sunt reticenți în privința angajării în auto-evaluare pentru că aceasta amenință să le activeze credința centrală referitoare la inferioritate. Mecanismul de coping utilizat în cadrul acestei tulburări se referă la externalizarea surselor de stres. Ceva ar trebui să fie diferit, dar nu sunt ei cei care trebuie să se schimbe (Beck, Freeman & Davis, 2003).

Strategii colaborative

Strategiile caracteristice acestei tulburări (care de multe ori sunt defensive) pot să provoace cu ușurință enervarea, anxietatea terapeutului sau erori de judecată. Chiar de la prima ședință, acești pacienți pot critica locația sau amenajarea cabinetului, pot avea o atitudine arogantă sau se pot aștepta la un tratament special din partea terapeutului. Astfel de comportamente pot îngreuna exprimarea empatiei și stabilirea unei legături emoționale cu persoana. Pe de altă parte, este posibil și ca pacientul să încerce să îl flateze pe terapeut și să îl atragă în propriul său entourage de persoane ”excepționale”.

Cea mai importantă strategie poate fi o abordare consistentă ce pornește de la conceptualizarea credințelor narcisistice și a strategiilor și ajustarea propriilor expectanțe la răspunsurile pacientului. Terapeuții se pot simți descurajați dacă se așteaptă la un proces terapeutic ușor prin aplicarea tehnicilor cognitive. Pacienții narcisiști au mari dificultăți în a colabora cu ceilalți. Ei au nevoie să fie ghidați în mod repetat în cadrul contemplării problemelor înainte să accepte orice influență din partea terapeutului. Aceste persoane pot să perceapă terapia ca pe o amenințare și au nevoie de asistență pentru a percepe terapia ca pe un proces de auto-angajare (Beck, Freeman & Davis, 2003).

Este foarte probabil ca acești pacienți să se simtă îndreptățiți să primească un tratament special și de aceea vor trivializa recomandările concrete standardizate. Ei se așteaptă să se simtă mai bine fără să depună efort sau să își asume riscuri.

În lucrul cu pacienții narcisiști, este foarte important să li se ofere sprijin în ceea ce privește punctele lor forte, iar structura terapiei trebuie adaptată în funcție de particularitățile acestora. Sunt necesare reflecții sau comentarii favorabile pentru a

stabili o relație pozitivă cu pacientul și pentru a îl determina să rămână angajat în procesul terapeutic, însă trebuie avut grijă ca acestea să se refere la comportamente dezirabile.

De multe ori reacțiile emoționale față de acești pacienți trec dincolo de paramentrii normali (atât în sens pozitiv, cât și negativ), terapeutul fiind nevoit să utilizeze alte modalități de coping. Este important ca aceste reacții să fie identificate și analizate, altfel pot reprezenta reale amenințări la adresa tratamentului. Este recomandată utilizarea unor instrumente speciale în acest sens, ca de exemplu Dysfunctional Thought Record.

Intervenții specifice

În lucrul cu pacienții narcisiști, este foarte important să li se ofere sprijin în ceea ce privește punctele lor forte, iar structura terapiei trebuie adaptată în funcție de particularitățile acestora. Sunt necesare reflectări sau comentarii favorabile pentru a stabili o relație pozitivă cu pacientul și pentru a îl determina să rămână angajat în procesul terapeutic (Beck, Freeman & Davis, 2003). Există numeroase tehnici cognitive ce pot fi utilizate pentru a ghida persoanele cu tulburare de personalitate narcisistică în procesul de colectare a datelor și testarea ipotezelor în ceea ce privește problemele cu care se confruntă:

- *Pie-charts* – analizarea și proporționarea factorilor implicați în problema cu care se confruntă pentru a ajuta pacienții să vadă problema în termeni mai complecși și pentru clarificarea priorităților;
- *Jocuri de rol* – mai ales cu inversarea rolurilor, poate fi o tehnică utilă pentru dezvoltarea empatiei și înțelegerea perspectivelor celorlalți;
- *Scala emoțiilor* – o metodă utilă pentru diminuarea reacțiilor emoționale în fața criticii sau a situațiilor frustrante;
- *Revizuirea opțiunilor și alternativelor*;
- *Stabilirea de obiective și împărțirea acestora pe etape graduale*
- *Descoperirea ghidată* (guided discovery) – poate fi utilizată pentru explorarea credințelor de grandoare și pentru dezvoltarea unor alternative raționale;

- *Hipnoterapia* – poate fi de asemenea un instrument important pentru a schimba modul de gândire al narcisiștilor (Dowd, 2000).

Lista de probleme, agenda și motivația pentru tratament

Deoarece pacienții cu tulburare de personalitate narcisistică se tem de expunerea la sentimentele de inferioritate, este necesară stabilirea imediată a unei liste concrete de probleme pornind de la dificultățile cu care pacientul se confruntă (Beck, Freeman & Davis, 2003).

Ambivalența în legătură cu terapia poate fi abordată prin revizuirea avantajelor și dezavantajelor sale în ceea ce privește problemele enunțate anterior. Astfel pacientul este ajutat să perceapă terapia ca pe o opțiune avantajoasă de autoangajare.

Pe măsură ce terapia avansează prin concentrarea pe probleme specifice, este recomandată utilizarea unui instrument standardizat de evaluare a credințelor narcisistice și a intensității lor; un astfel de instrument poate fi Personality Belief Questionnaire (PBQ)

Este de obicei util (1) să fie abordate imediat orice criză sau comportament distructiv, (2) să se acorde importanță oricărui simptom de pe Axa I și (3) să fie modificate credințele iraționale prin experimente comportamentale și descoperire ghidată (Beck, Freeman & Davis, 2003).

Atingerea obiectivelor și semnificația succesului

Atingerea unor obiective înalte este un lucru extrem de important pentru narcisiști. Însă eforturile crescute și frustrarea inerente unei astfel de dorințe vor amorsa probabil credințele centrale negative. De multe ori încercările de a atinge anumite obiective sunt zădărnice de atitudinea lor conform căreia li se cuvine tot, de bazarea excesivă pe fantezii, de expectanțe inflexibile privind propria grandoare și de efort insuficient. În acest caz pot fi folosite atât strategii cognitive cât și comportamentale pentru alcătuirea unui plan mai eficient de atingere a obiectivelor și de examinare a credințelor referitoare la succes (Beck, Freeman & Davis, 2003).

Legăturile interpersonale și perspectivele celorlalți

Unul din principalele obiective în terapia cu persoanele cu tulburare narcisită este acela de a îmbunătăți abilitățile interpersonale, deși este foarte probabil ca un astfel de training să fie perceput ca o insultă narcisistică. În afară de abilitățile sociale de bază, acestor pacienți le lipsesc abilitățile de ascultare, de empatizare, de preocupare față de ceilalți și de acceptare a sentimentelor celorlalți. Principalele limite ce necesită revizuire sunt cele fizice, sexuale și emoționale, ca și cele referitoare la atenția acordată sieși și celorlalți. O modalitate prin care poate fi abordată perspectiva celorlalți este ca terapeutul să solicite feedback în timpul ședințelor. Judecățile și comparațiile pot fi etichetate ca violări ale granițelor personale, în vreme ce descrierile nonevaluative și acceptarea pot fi văzute ca alternative acceptabile și empatică (Beck, Freeman & Davis, 2003).

Credințe disfuncționale despre sine și despre emoții

În primul rând, încrederea în sine distorsionată poate afecta în mod semnificativ abilitatea pacientului de a percepe critic propriile credințe. Acceptarea unor alte influențe și schimbarea perspectivei prin acceptarea unor informații externe poate fi văzută ca o slăbiciune sau pierdere a puterii, fapt ce este foarte periculos pentru imaginea de sine. Pacientul își poate spune “Odată ce iau o decizie, trebuie să o mențin cu orice preț” și “Dacă mă razgândesc, o să par slab și inferior”. Mai mult, el consideră că “A accepta influențe din partea celorlalți înseamnă a-i lăsa pe aceștia să câștige și acceptarea înfrângerii înseamnă umilire” și “Oamenii încrezători și de succes nu se răzgândesc niciodată și nu își schimbă opinia”. Explorarea alternativelor la aceste credințe este un pas important în terapie. O modalitate de a obține acest lucru ar fi definirea motivelor și circumstanțelor în care pot fi implementate credințele alternative. De exemplu, până și cei mai încrezători oameni își schimbă opinia când situația o cere sau în anumite contexte, cum ar fi relațiile cu cei apropiați.

Credința acestor persoane conform căreia ar trebui să se simtă confortabil, fericite și încrezătoare tot timpul este un alt aspect important ce necesită a fi abordat în terapie. Un prim pas este sprijinirea pacientului prin empatie și validare. Apoi, poate fi util să se evidențieze faptul că expectanțele privitoare la o stare afectivă pozitivă continuă sunt auto-defensive deoarece creează un context în care orice emoție negativă devine o amenințare pentru stima de sine. Este necesară identificarea avantajelor și dezavantajelor

unor astfel de expectanțe și a alternativelor lor. Mai mult, experiențierea unor emoții negative (funcționale) este ceva normal și face parte din provocările vieții (Beck, Freeman & Davis, 2003).

Mentținerea progresului

Este important ca terapeutul să păstreze legătura cu pacientul narcisist de-a lungul timpului, chiar dacă ședințele nu sunt foarte dese. O asemenea legătură poate să susțină persistența eforturilor funcționale și a credințelor funcționale și să evidențieze orice regres în procesul de schimbare. Pot fi anticipate principalele obstacole pe care pacientul le-ar putea întâmpina și de aceea ar fi util ca pacientului să i se ofere un rezumat al principalelor tehnici utilizate în terapie.

Temele de casă – un element important în terapia cognitiv-comportamentală

Colaborarea dintre terapeut și pacient și eforturile depuse în cadrul ședințelor de terapie ajută la stabilirea cadrului în care au loc procesele de schimbare. Cu toate acestea, timpul petrecut în cadrul ședințelor este limitat și insuficient în vederea obținerii obiectivelor stabilite. De aceea, temele de casă sau lucrul de unul singur între ședințe reprezintă un proces esențial în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale.

Avantajele temelor de casă sunt numeroase. Dintre acestea, pot fi enumerate:

- Extinderea contactului terapeutic – pacientul are astfel posibilitatea să fie implicat în activități relaționate cu terapia mai multe ore pe săptămână;
- Oferirea unei perspective asupra nivelului de motivație a pacientului – complianța la temele de casă arată în ce măsură pacientul este dispus să aloce din timpul și resursele sale pentru a atinge scopurile terapeutice;
- Acordarea posibilității pacientului de a practica singur abilitățile învățate în cadrul ședinței de terapie;
- Posibilitatea utilizării temei ca mijloc de a implementa anumite experimente comportamentale pentru a îi permite pacientului să testeze multe din ideile și asumțiile identificate în terapie;
- Implicarea persoanelor semnificative pentru pacient în cadrul terapiei;

- Temele reprezintă un element esențial în prevenirea recăderilor (Freeman & Rosenfield, 2002).

Ce teme de casă pot fi folosite pentru persoanele cu tulburări de personalitate

Așa cum am precizat anterior, temele de casă reprezintă un element esențial în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale și de aceea este foarte importantă discutarea acestora în ședințe, a rezultatelor, a efectelor și a problemelor în complianță. Pentru pacienții cu tulburări de personalitate este extrem de util și semnificativ să relaționeze temele cu gândurile automate și emoțiile, astfel încât credințele centrale să poată fi identificate. Mai mult, terapeutul are astfel posibilitatea de a întări comportamentele și cognițiile adaptative, de a identifica obstacolele și de a încuraja pacienții să se reeticheteze în termeni adaptativi. Identificarea cu noile etichete încurajează comportamentele și cognițiile viitoare consistente cu noua etichetă (Schulthesis, 1988). De asemenea, terapeutul poate oferi feedback corectiv în vederea unor comportamente și cogniții adaptative (Freeman & Rosenfield, 2002).

Prin evidențierea consecințelor dezadaptative pacientul poate fi motivat să se schimbe. De exemplu, o persoană ce suferă de tulburare narcisistică poate să nu fie conștientă de faptul că atitudinea sa este cea care a dus la respingere din partea celorlalți în numeroase relații, fapt ce a determinat apariția depresiei. Efectuarea unor exerciții comportamentale și analizarea în cadrul ședințelor a consecințelor diferitelor comportamente poate ajuta pacientul să conștientizeze aceste aspecte.

Unul din aspectele importante abordate în terapia cu persoanele cu tulburări de personalitate se referă la deficiențele în ceea ce privește abilitățile lor de relaționare; aceste deficiențe sunt abordate în cadrul unor traininguri speciale. Aceasta este o abordare predominant comportamentală. Este recomandat un exercițiu colaborativ în care pacientului i se cere să găsească puncte comune cu celelalte persoane, fapt ce ar putea determina reducerea perfecționismului și a sentimentului de superioritate, oferind în același timp un background comun cu ceilalți de la care pacientul ar putea să pornească în încercările sale de relaționare. O temă de casă prin care se urmărește abordarea hipersensibilității la evaluare și scăderea sentimentului de grandoare ar fi ca pacientul să ceară feedback de la ceilalți. Terapeutul poate folosi acest exercițiu și pentru a aborda

interpretări mai adaptative ale evenimentelor, pentru a analiza importanța evaluării și pentru a spori toleranța la frustrare. De asemenea, se poate crește eficiența acestei proceduri și se poate reduce tendința pacientului de a citi gândurile celorlalți cerându-i-se acestuia să prezică ce tip de feedback îi vor oferi ceilalți și apoi să evalueze răspunsurile (Freeman & Rosenfield, 2002).

2.3. Abordarea dinamic-psihanalitică

2.3.1. Conceptualizare

Rank (1911) a fost cel care a publicat prima lucrare psihanalitică în ceea ce privește narcisismul, acesta fiind relaționat cu vanitatea și auto-admirația (citată în Pulver, 1970).

Sigmund Freud (1856-1939) este însă creditat cu promulgarea și prezentarea unei prime teorii psihanalitice coerente a narcisismului. El a descris tranzițiile de la libido direcționat spre subiect la libido direcționat spre obiect prin intermedierea acțiunii părinților. Pentru a fi sănătos și funcțional, tranzițiile trebuie să fie line și neperturbate. Nevrozele sunt rezultatul acestor perturbări.

Freud a conceput fiecare stadiu ca o premisă pentru celălalt. Astfel, dacă un copil ajunge la obiectele dorinței sale și eșuează în a le atrage dragostea și atenția- copilul va regresa în faza anterioară, faza narcisistică. Prima apariție a narcisismului este adaptativă; ea învață copilul să iubească un obiect, asigură gratificarea prin disponibilitate, predictibilitate și permanență. Dar regresia la „narcisismul secundar” este dezadaptativă. Este un indiciu al eșecului de a direcționa libido-ul către țintele corecte (spre obiecte, cum ar fi părinții copilului).

Dacă acest pattern de regresie persistă și prevalează, se formează o „nevroză narcisistică”. Narcisistul își stimulează repetat sinele pentru a deriva plăcere și gratificare. Este „leneș” pentru că ia calea „ușoară” de a se orienta spre sine și de a-și investi resursele în interior, decât să facă un efort și să caute obiecte libidinale altele decât sinele. Narcisistul preferă lumea fanteziei în locul realității, concepția grandomană despre sine în locul evaluării realiste, masturbarea și fanteziile sexuale în locul sexului adult și matur.

Freud a publicat o singură lucrare dedicată exclusiv narcisismului în 1914.

Reacțiile semnificative la teoria psihanalitică au început pe la mijlocul anilor 30, incluzând emergența școlilor de psihologie a eului neo-freudiene, relația cu obiectul și teoria socială. Aceste teorii au pus accentul pe întâietatea relaționării altfel decât pe sine, și de aceea au început să dezvolte un model al narcisismului ca deficit, acesta având originea în problemele timpurii de relaționare cu îngrijitorii (McWilliams, 1994).

Carl Gustav Jung (1875-1961) a avut o imagine mentală a psihicului ca un depozit uriaș de arhetipuri (reprezentări conștiente ale comportamentelor adaptative). Pentru Jung, fanteziile sunt doar o modalitate de a accesa aceste arhetipuri și de a le elibera. Conform psihologiei Jungiene, regresia nu poate avea loc. Orice reîntoarcere la fazele timpurii ale vieții mentale, la faze timpurii de coping, la alegeri timpurii- este interpretată ca o modalitate a psihicului de a folosi o strategie de adaptare. Regresiile sunt procese compensatorii intenționate să mărească adaptarea și nu metode de a obține sau asigura o gratificare.

De fapt, există puține diferențe între Freud și discipolul lui, Jung. Este mai degrabă o chestiune de semantică. Când investiția libidinală în obiecte (Obiectul primar) eșuează în a produce gratificarea, apare dezadaptarea. Acest fapt este periculos, deoarece este activat narcisismul secundar. Această trăsătură crește adaptarea, este funcțională și adaptativă și declanșează comportamente adaptative. Ca un by-product, asigură gratificarea. Suntem gratificați când suntem liniștiți cu modelul nostru despre mediul în care trăim. Procesul compensator are două rezultate: adaptare crescută și gratificare inevitabilă.

Poate cea mai importantă diviziune între ei este în ceea ce privește introversia. Freud privește introversia ca un instrument în serviciul patologiei (introversia este indispensabilă narcisismului, spre deosebire de extraversie care este o condiție necesară pentru orientarea libidoului către obiect).

Spre deosebire de Freud, Jung privește introversia ca un mijloc necesar în serviciul unei căutări psihice nesfârșite pentru strategii de adaptare (narcisismul fiind o astfel de strategie). Repertoriul Jungian de adaptare nu discriminează de narcisism. Pentru Jung este la fel de legitimă ca orice altă alegere. Dar chiar și Jung recunoaște că nevoia de a căuta o altă adaptare înseamnă că acea adaptare a eșuat. Cu alte cuvinte,

căutarea în sine este un indicator pentru o stare patologică. Nu introversia per se este patologică, ci modul în care este folosită.

Jung face o distincție între introverți (aceia care se concentrează de obicei pe sinele lor decât pe obiecte din exterior) și extraverți (preferința inversă). Nu numai că introversia a fost o funcție în întregime normală și funcțională în copilărie, ci rămâne normală și naturală chiar dacă predomină viața mentală.

Totuși, focusarea obișnuită și predominantă a atenției pe sine până la excluderea celorlalți este definiția narcisismului patologic. Ceea ce diferențiază patologicul de normal este gradul. Narcisismul patologic este exclusiv și pervaziv. Alte forme ale narcisismului nu sunt. Așadar, deși nu există o stare sănătoasă a introversiunii obișnuite și predominante, rămâne o chestiune de formă și grad a introversiei. Adesea un mecanism sănătos și adaptativ devine defectuos. Când acest lucru se întâmplă, apare nevroza. Freud privește narcisismul ca un Punct, în timp ce Jung îl privește ca pe un continuum (de la sănătate la boală).

Teoriile psihanalitice mai recente sunt divizate între teoria relațiilor cu obiectul a lui Otto Kernberg (1975, 1984) și psihologia sinelui a lui Heinz Kohut (1968, 1971, 1977). Pentru Kernberg (1975, 1984), personalitatea narcisistică este în esență o organizare defensivă. Narcisiștii eșuează în dezvoltarea de concepții integrate despre sine și alte obiecte. Cu alte cuvinte, reprezentările lor ale obiectelor sunt divizate în componente toate bune- toate rele, asemănător cu alte tipuri de personalitate care funcționează la nivelul borderline. Cu toate acestea, narcisiștii dezvoltă o organizare intrapsihică care compensează într-o oarecare măsură difuzia identitară și emoțiile care fluctuează rapid. Pentru a obține un sine mai coeziv, narcisiștii îmbină sinele ideal, obiectul ideal și imaginea despre sine. Deși această fuziune distorsionează realitatea, cu toate acestea permite o continuitate mai mare a experienței și adaptare socială într-o oarecare măsură.

În formularea lui Kernberg, apoi, personalitatea narcisistică este o compensare, o defensă împotriva “arestului” timpuriu în dezvoltare.

Fuziunea dintre imaginea despre sine și sinele ideal duce la concepții de grandoare și omnipotență. Este clar din această perspectivă, că orice greșeli minore în

acest peisaj rigid al personalității ar zdruncina solul care compune mecanismele de apărare ale persoanei, deschizând căi spre simptome psihologice acute.

În timp ce această fuziune dintre sinele ideal și imaginea de sine explică grandomania narcisiștilor, fuziunea dintre celălalt ideal și imaginea de sine explică nevoia lor de admirație și sentimentul de îndreptățire. Celălalt ideal este de admirat atâta timp cât este reverențios și pe deplin devotat în a susține iluzia de importanță centrală și de neegalat a narcisitului.

Mai mult decât atât, pentru că celălalt ideal este contopit cu sinele ideal, cei care se asociază cu narcisistul trebuie să fie de asemenea perfecți. Imperfecțiunea la ceilalți este incongruentă cu imaginea de sine și duce adesea la ridiculizare și dispreț.

Teoria lui Kernberg arată că mediul familial este fundamental în dezvoltarea fanteziilor de grandoare. Pe de o parte, este probabil ca îngrijitorii să fie reci și indiferenți, poate chiar să trimită mesaje care sunt răuvoitoare și agresive. Evident, acest fapt dăunează conceptului de sine și pregătește scena pentru dezvoltarea unor mijloace patologice de reglare a stimei de sine.

Dat fiind un concept despre sine inadecvat sau inferior, copilul este gata să adopte un mecanism de apărare. Familia suplimentează acest fapt prin găsirea în copil a unui talent excepțional, poate rolul de geniu al familiei, care devine un refugiu din sinele inferior și inadecvat, compensând astfel neglijarea și respingerea parentală. Dacă circumstanțele duc la o identitate de sine integrată și normală, un sine grandios devine atractiv, doar dacă acesta este singurul sine pe care îngrijitorii sunt dispuși să-l accepte. Deși patologică, asemenea iubire cere adoptarea rolului compensator de geniu sau om special, un mijloc de a-și regla stima de sine în fața unui mediu familial deprivat de căldură și iubire autentică. În majoritatea timpului, conform lui Kernberg (1975, 1984), sinele grandios deține controlul.

Dar sinele grandios este o adaptare care ascunde nu numai un sine inadecvat, defectuos, ci și furie orală- o agresivitate intensă, ascunsă, îndreptată inițial către îngrijitorii care nu au fost dispuși să ofere iubire necondiționată. Iubitele sau soțiile care au fost subiectul idealizării se pot simți brusc complet devalorizate, imaginea în întregime pozitivă- all good fiind înlocuită cu o imagine în întregime negativă- all bad, de persecuție.

Pentru că sinele grandios este o compensație, narcisiștii sunt foarte sensibili la comentariile care par să discrediteze calitățile imaginii lor sacre despre sine. Cu cât sinele grandoman este mai fragil, cu atât narcisiștii sunt mai sensibili și furia orală este mai ușor de adus la suprafață.

Scrierile lui Heinz Kohut s-au concentrat în mare măsură pe dezvoltarea personalității narcisistice.

Această orientare a devenit cunoscută ca psihologia sinelui (self-psychology), nume datorat adăugării integrative a sinelui făcută de Kohut, la bazele analitice clasice ale naturii umane: pulsunile sexuale și agresive ale id-ului și structurile psihice moderatoare ale Ego-ului și Superego-ului. În contrast, Kohut transformă sinele în elementul central al dezvoltării, esența a ceea ce înseamnă să fii om.

La fel ca și Freud, Kohut afirmă că dezvoltarea începe într-o stare de inconștiență numită *narcisism primar*, în care sinele nu există încă. Din fericire, copilul își începe viața cu o mamă care răspunde nevoilor lui, fiind îngrijit. Curând, copilul realizează că recompensele vin nu din interiorul sinelui, ci din lumea externă și dezvoltă ceea ce se numește “self-objects” (figurile semnificative de atașament în dezvoltarea noastră). Nevoia de self-objects continuă și la vârsta adultă, mai ales în perioade de stres.

Acestea nu sunt doar imagini de bază ale celorlalți, ci interpretări perceptuale ale altora importante pentru sine. La început, copilul așteaptă o îngrijire absolut perfectă- să fie schimbat sau hrănit imediat ce are nevoie. Deoarece mama nu este capabilă de o îngrijire perfectă, copilul începe să se simtă nesigur dacă nevoile lui vor fi îndeplinite în continuare.

Această incertitudine este însoțită de un sentiment copleșitor de vulnerabilitate. Pentru a compensa, copilul caută să se întoarcă la “strălucirea” narcisismului primar prin idealizarea părintelui și prin dezvoltarea unui sine grandoman, care oferă un sentiment de omnipotență. Kohut vede astfel sinele grandoman nu ca o structură intrapsihică patologică, ci ca un fenomen normal în dezvoltare.

Pe măsură ce empatia se dezvoltă normal, se va renunța la sinele grandoman și cererile infantile continue vor fi transformate gradual în ambiții realiste. Apare arestul developmental când empatia maternă în acest stadiu este deficitară; apoi sinele grandios continuă ca un mecanism de apărare împotriva vulnerabilităților unei lumi nedrepte.

Deși narcisiștii folosesc o varietate de mecanisme defensive, abordările psihanalitice contemporane pun accentul pe grandomanie, raționalizare și fantezie. Narcisiștii nu pot tolera nici un defect, oricât de mic, în perfecțiunea sinelui.

Din cauza acestei intoleranțe, narcisiștii trebuie să găsească mijloace prin care să prelucreze informația care este străină percepțiilor proprii- date care le spun că îi exploatează pe ceilalți, că ei fac greșeli etc.

O mare parte din această informație este pur și simplu negată sau reprimată. Narcisiștii folosesc adesea raționalizarea pentru a construi realități alternative care pornesc de la esența efectivă a evenimentelor, dar le schimbă semnificația pentru a exclude greșeli sau exploatări. Odată ce se dovedește că un scenariu salvează aparența și îl pune pe narcisist în cea mai bună lumină posibilă, înlocuiește versiunea inițială a evenimentelor și devine modelul realității cu care narcisistul operează - narcisistul nu îi exploatează pe ceilalți, ceilalți ar trebui să fie flatați că narcisistul trăiește cu ei; narcisistul nu face greșeli, narcisistul este un vizionar care îndeplinește visuri pe care ceilalți nu le pot înțelege; narcisistul nu este un dictator, este un autocrat).

2.3.2. Terapia

Terapia psihodinamică a personalității narcisistice este în general bazată pe formularea lui Kernberg sau Kohut. Kernberg (1984) descrie o psihoterapie expresivă care tinde să fie mai confruntativă, cu scopul de a-i ajuta pe subiecți să înțeleagă originea furiei lor conștiente sau inconștiente, examinând transferul negativ asupra terapeutului și adresarea folosirii defenselor cum ar fi proiecția sau identificarea proiectivă.

Această abordare urmează esența teoriei lui Kernberg conform căreia sinele “grandoman” servește ca un mecanism de apărare împotriva lipsei de coeziune a unei funcționări borderline a personalității și ascunde furia orală îndreptată spre figurile timpurii de atașament.

Astfel, terapia se focalizează asupra modului în care consecințele acestor relații timpurii sunt reluate în relația cu terapeutul. Probabil odată ce indivizii înțeleg legătura, este deschisă calea spre insight în patologiile altor relații.

În contrast, modelul lui Kohut prezice că narcisismul grandoman este un arest developmental cauzat de empatie inadecvată sau defectuoasă în copilărie. De aceea,

terapia caută să recreeze frustrări timpurii, terapeutul oferind constant empatie și reflectare adecvată, ajutând astfel subiectul să treacă dincolo de nevoia unui sine grandoman.

2.4. Perspectiva interpersonală

Perspectiva interpersonală se concentrează pe tranzacțiile dintre emițător și receptor în comunicarea interpersonală. Fiecare participant negociază conținutul schimbului, în așa fel încât ambele părți primesc mesaje congruente cu imaginea despre sine și se simt validați. Comunicările care nu sunt validante susțin o concepție alternativă a sinelui și sunt experiențiate ca provocatoare de anxietate.

Credința că totul li se cuvine este o trăsătură centrală, definitorie a acestui pattern de personalitate. Narcisiștii se așteaptă în mod constant la un tratament special, ca și când ar deține imunitate diplomatică de la reguli și convenții. Regulile, legile și jurămintele sunt pentru oamenii obișnuiți.

Mai mult, mulți narcisiști încalcă standardele interpersonale și sociale acceptate într-un efort conjugat de a se consolida pe sine ca excepționali, de a-și întări imaginea de sine de a fi unici și speciali sau pentru a evita înfrângerea (Gunderson & Ronningstam, 1990).

Simțul de îndreptățire caracteristic personalităților narcisistice fuzionează cu o altă trăsătură cardinală: lipsa empatiei. Uneori se extinde la corpurile fizice ale altora, cum ar fi cazul hărțuirii sexuale sau violenței domestice (Rothschild, Dimson, Storaasli, & Clapp, 1997). Narcisiștii se simt îndreptățiți să aștepte favoruri speciale, fără să ofere nimic în schimb.

Dificultățile interpersonale ale personalităților narcisistice sunt cel mai evidente în viața de familie, unde familia este nevoită sa-i îndeplinească dorințele și sa-i anticipeze nevoile. Este probabil ca narcisiștii să experiențieze mai multe divorțuri în cursul vieții (Beck et al., 1990), în mare parte din cauza sentimentului lor de îndreptățire și tendinței de a dojeni pe ceilalți pentru cea mai mică imperfecțiune în același timp punându-și propriile acțiuni într-o lumină pozitivă nerealistă (Gosling, John, Craik, & Robins, 1998).

Nu este surprinzător că partenerii lor posedă adesea trăsături masochistice sau cel puțin o măsură aproape de patologie a neîncrederii în sine. Masochistul este atras de încrederea în sine a narcisitului, care acceptă considerația masochistului și disponibilitatea lui/ei de a-și sacrifica sinele pentru satisfacția narcisitului.

Famiile narcisitului joacă un rol secundar în termeni de priorități personale. Oricine fără relevanță directă în îndeplinirea gloriei personale este lăsat la periferia sistemului familial. Membrii familiei nu sunt percepuți ca persoane reale, ci sunt valorizați mai degrabă în termenii a ce ar putea însemna pentru narcisit, decât în termenii de ce ar putea însemna prin ei înșiși.

Copiii pot fi expuși ca niște bibelouri pentru frumusețea sau inteligența lor, dar dragostea pe care o primesc este condiționată de faptul ca ei să rămână așa. Această vedere egocentrică asupra lumii face aproape imposibil pentru narcisiști să-și conștientizeze abuzurile, fie explicit, printr-un sentiment de îndreptățire, fie implicit prin absența autenticității în relații. Acesta este, conform lui McWilliams (1994, p. 175), cel mai dureros cost al narcisimului, “o capacitate împietrită de a iubi”

Dezvoltarea interpersonală a personalității narcisitice a fost schițată în detaliu de Benjamin (1996). Deși narcisiștii caută să-și perfecționeze sinele, Benjamin susține că forța din spatele dezvoltării lor este de fapt supraevaluarea parentală sau cel puțin nevoia ca propriul copil să fie perfect. Conform acestei abordări, istoria timpurie a personalității narcisistice este plină de căldură și iubire intensă, o adorație similară cu venerarea. În așa mare măsură părinții sunt concentrați în a-și face copilul să se simtă special, încât ei eșuează în a-și dezvălui propriile sentimente și nevoi. Astfel, copilul nu învață că ceilalți sunt ființe separate cu identitatea lor legitimă.

Copilăria mică, perioada caracterizată de psihanaliziști ca stadiul anal, este poate perioada cea mai critică în dezvoltarea narcisimului patologic, potrivit perspectivei interpersonale. Aici începe să se dezvolte sentimentul de omnipotență al copilului, având în vedere că îngrijitorii răspund rapid și automat la fiecare cerere. Aceasta este perioada de dezvoltare a autonomiei, importantă pentru definirea sinelui.

Benjamin argumentează că disciplina pe care părinții normali o administrează în această perioadă îi învață pe copii că propriile acțiuni îi afectează pe ceilalți și că ceilalți sunt persoane reale, de asemenea. Părinții viitorilor narcisiști continuă sa-i trateze cu

indulgență, să înlăture toate barierele din calea progresului lor. Fără aceste mesaje, copiii pot dezvolta un egocentrism și o lipsă totală de empatie. În mod firesc, fiind adulți ei așteaptă favoruri și indulgențe și devin furioși atunci când aceste lucruri nu sunt oferite imediat

Terapia

Dintr-o perspectivă interpersonală, narcisiștii trebuie să descrească îndreptățirea, invidia și grandomania arogantă. Benjamin (1996) susține că asemenea persoane au nevoie de empatie moderată, consistentă și acurată care reflectă propria experiență interioară neplăcută și de ghidare spre cauza de la baza acelei experiențe. Narcisiștii ar putea lua în considerare schimbarea dacă ei cred că aceasta va produce răspunsuri mai favorabile de la ceilalți. Determinarea elementelor care ar trebui validate este crucială.

Benjamin (1996) sugerează ca terapeutul să identifice indivizii care în trecut au fost centrați emoțional pe narcisist și conectarea acelei perspective cu situația curentă. Dacă mama a fost complet devotată clientului, terapeutul ar putea întreba “ Ce ar spune mama ta dacă ar afla că rivalul tău a apărut în ziar”.

Ideea de aici este că subiectul și-a dezamăgit mama prin eșecul de a deveni ceea ce a fost considerat de ea: centrul universului. Prin creșterea conștientizării acestei legături, invidia ar trebui să scadă, însă narcisistul nu va dori să ofere nimănui un control atât de mare asupra vieții lui. Multe dintre ideile lui Benjamin au originile în abordarea paradoxală în terapie, divizând patologia împotriva ei înșiși. Prin înfățișarea grandomaniei ca o nevoie, acesta devine incongruentă cu o imagine despre sine puternic și auto-determinat.

Tendința narcisistului de a-și externaliza vina, conform lui Benjamin, poate fi contracarată prin asumarea unor mici greșeli de către terapeut. Astfel, narcisistul vede o persoană cu status care este confortabilă cu imperfecțiunile proprii firesc umane, fără a avea nevoia de a le proiecta asupra altora. Modelul terapeutului permite narcisiștilor o cale de scăpare din istoria lor timpurie de învățare, unde au fost lăudați necondiționat pentru “perfecțiune” și s-au simțit ratați dacă au fost văzuți ca lipsindu-le perfecțiunea. Alte strategii interpersonale ar putea fi de asemenea eficiente. Terapiile de cuplu și familie oferă o oportunitate de ajutor în ruperea patternurilor care suțin comportamentul narcisist, ducând la interacțiuni gratificante noi și autentice.

2.5. Abordarea cognitiv- analitică

2.5.1. Conceptualizare

Terapia cognitiv-analitică pune accentul pe teoria atașamentului și nevoile nesatisfăcute de atașament ale pacienților. Stările de atașament relaționează cel mai bine cu două concepte în TCA: roluri reciproce și stări. Rolurile reciproce (RR) sunt proceduri generalizate care guvernează interacțiunea noastră cu ceilalți. Având originea în relațiile de atașament timpurii, dar dezvoltându-se de asemenea mai târziu în viață, RR caracterizează relația pacientului cu ceilalți, cu terapeutul și relația lui cu el însuși. Se dezvoltă două roluri care sunt definite în relație unul cu altul., deci reciproce. Astfel, pentru a dobândi un rol submisiv în copilărie, de exemplu, cere prezența unei alte persoane care este dominatoare. Mai târziu, persoana este capabilă să îndeplinească ambele roluri, într-o oarecare măsură și să prezică și să determine rolul celuilalt în relație cu sinele. TCA accentuează importanța crucială a înțelegerii reciprocității rolurilor în psihopatologie, ca simptome ale rolurilor dăunătoare sau ineficiente care pot fi detreminate și menținute de RR ale altora.

Pe baza cercetărilor sale în tulburarea de personalitate borderline, Ryle (e.g. 1995b, 1997b) a evidențiat un alt concept: o stare în TAC se referă la experiența subiectivă a rolurilor reciproce (core states) (Jellema, 1999).

2.5.2. Terapia

Procedurile folosite în terapia cognitiv-analitică (TCA) sunt secvențele repetitive de gânduri, percepții, emoții, comportamente, care sunt implicate în execuția scopurilor și intențiilor noastre (Ryle ,1985, 1990, 1995a). Rolurile reciproce (RR) sunt proceduri generalizate care guvernează interacțiunea persoanei cu alții; conceptele analitice de tranfer și contra-transfer sunt exemple de RR (Ryle, 1998).

Termenul de Proceduri de Rol Reciproce (PRR) poate fi utilizat când aspectele active, procedurale sau secvențiale ale relaționării cu rolul sunt avute în vedere. Descrierile comportamentului, relațiilor și transferurilor oferă dovezi pentru RR ale pacientului; procedurile dezadaptative, inclusiv PRR, sunt punctul central al terapiei.

Bibliografie

- Ambardar, Sheenie; Eth, Spencer - *Narcissistic Personality Disorder: Differential Diagnoses & Workup*, New York Medical College; 2009;
- American Psychiatric Association – Personality Disorders in *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*; Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2005;
- Beck, A. T.; Freeman, A.; David, Denise D. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford Press and Associates.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. (2003). *Cognitive Therapy of Personality Disorders, Second Edition*. In P. A. Salkovskis, *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford Press and Associates.
- Beck, J. S. (1996). Cognitive therapy of personality disorders. In P. A. Salkovskis, *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 165–181). New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1998). Complex cognitive therapy treatment for personality disorder patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62 (2), 170–194.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Beck, J. S. (1991). *The Personality Belief Questionnaire*. Unpublished assessment instrument. Bala Cynwyd, PA: The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
- Beck, A. T., Butler, A. C., Brown, G. K., Dahlsgaard, K. K., Newman, C. F., Beck, J. S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1213–1225.
- Benjamin, L. S. (1996). An interpersonal theory of personality disorders. In J. F. Clarkin, & M. F. Lenzenweger, *Major Theories of Personality Disorder* (pp. 141–220). New York: Guilford Press.
- Cain, N. M.; Pincus, A. L.; Ansell, E. B. (2008). *Narcissism at the Crossroads: Phenotypic Description of Pathological Narcissism Across Clinical Theory,*

- Social/Personality Psychology and Psychiatric Diagnosis, *Clinical Psychology Review*, 28.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573–588.
- Cooper, A. M. (1984). *Narcissism in Normal Development, in Character Pathology*. Edited by Zales M. New York, Brunner/Mazel.
- Czuchta Romano, D.M. (2004). A self-psychology approach to narcissistic personality disorder: A nursing reflection. *Perspectives in Psychiatric Care*, 40, 20-28.
- Depue, R. A. (1996). A neurobiological framework for the structure of personality and emotion: Implications for personality disorders. In J. F. Clarkin, & M. F. Lenzenweger, *Major Theories of Personality Disorder* (pp. 347–390). New York: Guilford Press.
- Dhawan, N.; Kunik, M. E.; Oldham, J. Coverdale, J. (2010). Prevalence and Treatment of Narcissistic Personality Disorder in the Community: A Systematic Review, *Comprehensive Psychiatry*, 51.
- Dimaggio, G., Procacci, M., Nicolo, G., Popolo, Raffaele; S., Antonio, C., Antonio; Lysaker, P. H. (2007). Poor Metacognition in Narcissistic and Avoidant Personality Disorders: Four Psychotherapy Patients Analysed Using the Metacognition Assessment Scale, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14.
- Dowd, E.T. (2000) *Cognitive Hypnotherapy*. Jason Aronson Inc. Maryland, US.
- Emmons, R. A. (1984). *Factor analysis and construct validity of the Narcissistic Personality Inventory*; University of Illinois at Urbana-Champaign.
- Evans, D. & Allen, H. (2009). *Mental Health Nursing Made Incredibly Easy*, London, Lippincott, Williams and Wilkins.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Part I: Description, *Journal of Personality Disorders*, 9, 83–91.
- Foster, J. D., Shenese, J. W., Goff, J. S. (2009). Why Do Narcissists Take More Risks? Testing The Roles of Perceived Risks and Benefits of Risky Behaviors, *Personality and Individual Differences*, 47.

- Freeman, A. & Rosenfield, B. (2002). Modifying Therapeutic Homework for Patients with Personality Disorders. *Psychotherapy in Practice*, 58(5), 513–524.
- Gunderson, J.G., Ronningstam, E.(1990). The Diagnostic Interview for Narcissistic Patients. *Archives of General Psychiatry*, 47, 676-680.
- Hyer, S. E., Skodol, A. E., Oldham, J. M., Kellman, H. D., & Doidge, N. (1992). Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire—Revised: A replication in an outpatient sample. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 73–77.
- Jellema, A. (2000). Insecure Attachment States: Their Relationship to Borderline and Narcissistic Personality Disorders and Treatment Process in Cognitive Analytic Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*,7, 138–154
- Kernberg, O. F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. In J. F. Clarkin, & M. F. Lenzenweger, *Major Theories of Personality Disorder* (pp. 106–140). New York: Guilford Press.
- Kernberg, O.F. (1984). Narcissistic personality disorder, in *Psychodynamic Psychotherapy for personality disorders*. *American Psychiatric Publishing*.
- Kohut, H., Wolf, E.S. (1978). The disorders of the self and their treatment: an outline. *The International Journal of Psychoanalysis*, 59, 413-425.
- Livesley, W. J., Schroeder, M. L., Jackson, D. N., & Jang, K. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: implications for classifications. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 6-17.
- Loranger, A. W., Susman, V. L., Oldham, J. M., & Russakoff, L. M. (1987). The Personality Disorder Examination: A preliminary report. *Journal of Personality Disorders*, 1, 1–13.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic structure in the clinical process*. Guilford press.
- Millon, T., & Davis, R. (1996). *An evolutionary theory of personality disorders*. In J. F. Clarkin, & M. F. Lenzenweger, *Major Theories of Personality Disorder* (pp. 221–246). New York: Guilford Press.
- Millon, T., Millon, C., & Davis, R. D. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory—III*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Milon, T. (2000). *Personality disorders in modern life*. John Willey & Sons.

- Millon, T., Grossman, S., Millon, C.; Meagher, S., Ramnath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life*; Second Edition, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
- Pretzer, J. L., & Beck, A. T. (1996). A cognitive theory of personality disorders. In J. F. Clarkin, & M. F. Lenzenweger, *Major Theories of Personality Disorder* (pp. 36–105). New York: Guilford Press.
- Reimer, M. (2010). *Moral Aspects of Psychiatric Diagnosis: the Cluster B Personality Disorders, Neuroethics*.
- Rivas, L. A. (2001). Controversial Issues in the Diagnosis of Narcissistic Personality Disorder: A review of the Literature, *Journal of Mental Health Counseling*, 23.
- Ronningstam, E. (2005). *Narcissistic Personality Disorder*, *Corsini Encyclopedia of Psychology*, Harvard University Medical School.
- Rothschild, B., Dimson, C., Storaasli, R., Clapp, L. (1997). Personality Profiles of Veterans Entering Treatment for Domestic Violence. *Journal of Family Violence*, 12(3), 259-273.
- Sperry, L. *Cognitive Behavior Therapy of DSM – IV – TR Personality Disorders: Highly Effective Interventions for Most Common Personality Disorders*; New York;
- Shulman, D. G., Ferguson, G. R. (1988). Two Methods of Assessing Narcissism: Projective and The Narcissistic Personality Inventory (NPI), *Journal of Clinical Psychology*, 44(6).
- Torres, C.(2002). *Early Maladaptive Schemas and Cognitive Distortions in Psychopathy and Narcissism*.
- Vaknin, S. (2003). (2003). *Malignant Self Love:Narcissism Revisited, Fourth, Revised, Printing*; Prague and Skopje: Narcissus Publication.
- Vogel, C. (2006). A Field Guide To Narcissism, *Psychology Today*, 68-74.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. Paper presented at the meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago, November.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. The Guilford Press, New York.

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (Third Edition). Professional Resources Press, Sarasota, Florida.

Young, J., & Flanagan, C. (1998). *Schema-focused therapy for narcissistic patients*. In Ronningstram, E. F. (Ed), (1998). *Disorders of Narcissism. Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*. 239-268. American Psychiatric Press Inc. Washington, DC.

www.mentalhelp.net

www.minddisorders.com/Kau-Nu/Narcissistic-personality-disorder.html

www.sciencedirect.com

Anexa 1

Personalități sau personaje din filme și cărți ce întrunesc criteriile pentru Tulburarea de Personalitate Narcisistică



NIETZSCHE

Friedrich Wilhelm Nietzsche (n. [15 octombrie 1844, Röcken](#) - d. [25 august 1900, Weimar](#)) este unul din cei mai importanți [filozofi germani](#) din a doua jumătate a secolului al XIX-lea, care a exercitat o influență considerabilă, adesea controversată, asupra gândirii filozofice a generațiilor ce i-au urmat.



PICASSO

Pablo Diego José Francisco de Paula Juan Nepomuceno María de los Remedios Cipriano de la Santísima Trinidad Martyr Patricio Clito Ruíz y Picasso Lopez (n. [25 octombrie 1881, Malaga](#) - d. [8 aprilie 1973, Mougins/Cannes](#)), artist plastic spaniol. Picasso nu s-a putut mulțumi în viață cu un singur rol. Va juca multe, reale și imaginare, dar pe toate cu aceeași pasiune. A fost andaluz și catalan, spaniol și francez. A fost un

copil genial, la [Paris](#) un străin "iresponsabil", din cauza căruia însă cartierul [Montmartre](#) a intrat în legendă. A fost un amant pasional, soț și tată. Dar mai presus de orice, a fost cea mai strălucită personalitate artistică a secolului al XX-lea, unul dintre marii maeștri ai penelului, care a rupt definitiv cu convențiile stilului iluzionist și figurativ, dominant încă din perioada [Renașterii](#). Așa cum tablourile cubiste au descompus realitatea, și opera lui Picasso este o oglindă care permite urmărirea artei în secolul al XX-lea și totodată viața particulară a artistului. Pânzele lui ne amintesc de un jurnal intim care glorifică frumusețea și erotismul femeilor iubite. Optzeci de ani de activitate artistică - pictură, sculptură, poezie - reflectă multilateralitatea creației lui Picasso care trăiește pentru artă și prin artă.



CHAPLIN

Charles (Charlie) Spencer Chaplin, actor și regizor englez, s-a născut la [Londra](#), în [Marea Britanie](#) la data de [16 aprilie 1889](#). Este considerat a fi unul dintre cele mai mari staruri de cinema din [secolul XX](#). Cele mai renumite filme ale sale sunt *City Lights* (*Luminile orașului*), *Modern Times* (*Timpuri noi*) și *The Great Dictator* (*Dictatutul*). S-a stins din viață la [25 decembrie 1977](#) în localitatea Vevey din [Elveția](#).



SELLERS

Peter Sellers (născut **Richard Henry Sellers** la [8 septembrie 1925](#) – d. [24 iulie 1980](#)) a fost un [actor](#) englez de film.



JOAN CRAWFORD

Joan Crawford (pe numele adevărat *Lucille Fay LeSueur*) (23.03.1908 - 10.05.1977), dansatoare și actriță americană de film supranumită "regina Hollywood-ului". În adolescență se produce în diferite trupe de balet pe Broadway. La 19 ani câștigă un concurs de dans și un contract cinematografic. Hollywood-ul o lansează zgomotos, ca pe o "selfmade woman". A fost una din puținele vedete feminine capabile să-și păstreze statutul timp de patru decenii. Între 1932 - 1936 rivalizează cu prima divă a vremii, Greta Garbo, după care intra în conul de umbră al fimelor de serie. Apariția din *Femeile* (*The Women*, 1939), îi refăce prestigiul, iar aceea din *Mildred Pierce* (1945) i-l încununează cu premiul Oscar. Rolurile devin mature, complexe, susținute de talentul înnăscut și bogata ei experiență interpretativă. În *Ce s-a întâmplat cu Baby Jane* (*What Ever Happened to Baby Jane?*, 1962), actrița oferă celebrei Bette Davis o replică profesională magistrală. "Puține dintre filmele sale au fost filme mari; ea însă a avut întotdeauna succes de public, mai ales feminin" (Leslie Halliwell).



MARLON BRANDO

S-a născut la 03 Apr 1924. S-a stins din viață în data de 01 Jul 2004, la vârsta de 80 ani. Câștigător al premiului Oscar, recunoscut ca fiind unul dintre cei mai mari actori de film ai secolului 20. S-a făcut remarcant mai ales datorită rolurilor din filmele *Un tramvai numit dorință* și *On the Waterfront*, ambele regizate de către Elia Kazan la începutul anilor 1950. Stilul său actoricesc, combinat cu aparițiile sale publice ca outsider al Hollywood-ului anilor 1950 și 1960, au avut o influență majoră asupra generației de actori ce i-au urmat.



EVA PERON

María Eva Duarte de Perón (numită și **Evita**) (n. [7 mai 1919](#) – d. [26 iulie 1952](#)) a fost soția președintelui [Argentinei](#), [Juan Perón](#). În anii '40 și '50 ai secolului XX, datorită ei, privirile întregii lumi s-au întors asupra orașului [Buenos Aires](#) și asupra Argentinei.



” Oamenii de geniu sunt meteori destinați să ardă pentru a-și lumina secolul”.

Napoleon Bonaparte (în [franceză](#): *Napoléon Bonaparte*; n. [15 august 1769](#), [Ajaccio, Corsica](#) - d. [5 mai 1821](#), în [insula Sfânta Elena](#)), cunoscut mai târziu ca **Napoleon I** și inițial ca **Napoleone di Buonaparte**, a fost un lider politic și militar al [Franței](#), ale cărui acțiuni au influențat puternic politica europeană de la începutul [secolului al XIX-lea](#).

Născut în [Corsica](#) și specializat pe profilul de ofițer de artilerie în Franța continentală, Bonaparte a devenit cunoscut în timpul [Primei Republici Franceze](#) și a condus campanii reușite împotriva [Primei](#) și [celei de-a Doua](#) [Coaliții](#), care luptau împotriva Franței. În [1799](#) a organizat o [lovitură de stat](#) și s-a proclamat Prim Consul; cinci ani mai târziu s-a încoronat ca Împărat al francezilor. În prima decadă a secolului al XIX-lea a opus armatele [Imperiului Francez](#) împotriva fiecărei puteri majore europene și a dominat [Europa](#) continentală printr-o serie de victorii militare. A menținut [sfera de influență](#) a Franței prin constituirea unor alianțe extensive și prin numirea prietenilor și membrilor familiei în calitate de conducători ai altor țări europene sub forma unor [state clientelare](#) franceze.

[Invazia franceză a Rusiei](#) din [1812](#) a marcat un punct de cotitură în destinul lui Napoleon. [Marea sa Armată](#) a suferit pierderi covârșitoare în timpul campaniei și nu s-a recuperat niciodată pe deplin. În [1813](#), [a Șasea Coaliție](#) l-a înfrânt la [Leipzig](#); în anul următor [Coaliția](#) a invadat Franța, l-a forțat pe Napoleon să abdice și l-a exilat pe insula [Elba](#). În mai puțin de un an, a scăpat de pe Elba și s-a întors la putere, însă a fost învins în [bătălia de la Waterloo](#) din iunie [1815](#). Napoleon și-a petrecut ultimii șase ani ai vieții sub

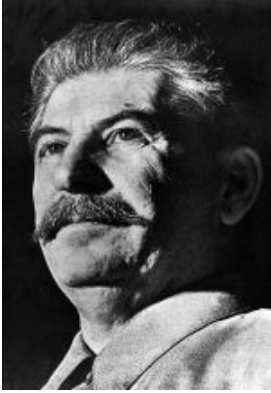
supraveghere britanică pe [insula Sfânta Elena](#). O autopsie a concluzionat că a murit de [cancer la stomac](#), deși [Sten Forshufvud](#) și alți oameni de știință au continuat să susțină că a fost otrăvit cu arsenic.

Conflictul cu restul Europei a condus la o perioadă de [război total](#) de-a lungul continentului, iar campaniile sale sunt studiate la academii militare din întreaga lume. Deși considerat un tiran de către oponenții săi, el a rămas în istorie și datorită creării [codului napoleonian](#), care a pus fundațiile legislației administrative și judiciare în majoritatea țărilor [Europei de Vest](#).



Benito Mussolini: “Este umilitor să stai cu mâinile încrucișate pe când alții scriu istoria. Nu contează cine învinge. Pentru a face un popor mare, este necesar să-i trimiți la lupta chiar dacă pentru asta trebuie să-i dai picioare în fund”.

Benito Amilcare Andrea Mussolini ([29 iulie, 1883, Predappio](#) lângă [Forlì](#) – [28 aprilie, 1945, Giulino di Mezzegra](#) lângă [Como](#)) a fost conducătorul fascist al [Italiai](#) între anii [1922](#) și [1943](#). A creat un stat [fascist](#) utilizând [propaganda](#) și [teroarea](#) de stat. Folosindu-și [carisma](#), controlul total al mediei și intimidarea rivalilor politici, a ruinat sistemul democratic de guvernare existent. Intrarea sa în cel [de-al doilea război mondial](#) alături de [Germania](#) lui [Hitler](#) a făcut din Italia o țintă a atacurilor Aliate, ceea ce a dus în final la căderea și moartea sa. În noiembrie 2004 a fost votat al 34-lea mare italian într-un sondaj de opinie TV.



“Eu sunt focul, Rusia e oțelul. Împreună suntem invincibili”.

Iosif Stalin - Dictator absolut al Uniunii Republicilor Sovietice Socialiste din 1929 pînă la moartea sa, în 1953, Stalin a făcut din țara sa o superputere mondială, chiar dacă a instaurat unul dintre cele mai represive regimuri politice din istorie. Sub conducerea lui Iosif Stalin, URSS a devenit în scurt timp un stat industrializat, și ieșind învingătoare din cel de-[al doilea razboi mondial](#), a devenit o superputere. În același timp însă, tirania lui Stalin a dus la ruina societății rusești.

În țara sa, este numit « tatăl nostru cel multiubit », « dragul și preaiubitul nostru Stalin », « cel mai mare conducător din toate timpurile și dintre toate popoarele ».



Hitler: “În cazul în care natura nu dorește ca indivizii mai slabi să se unească cu cei mai puternici, ea dorește cu atât mai puțin ca o rasă superioară să se îmbine cu una inferioară,

deoarece toate eforturile ei de sute și mii de ani, pentru a creea un stadiu evolutiv mai bun, s-ar putea dovedi inutile” .

Adolf Hitler (n. [20 aprilie 1889](#), [Braunau am Inn](#), [Austria](#) — d. [30 aprilie 1945](#), [Berlin](#)), lider al [Partidului Muncitoresc German Național-Socialist](#), [cancelar](#) al Germaniei din [1933](#), iar din [1934](#) conducător absolut („*Führer*”) al Germaniei, a fost unul din cei mai cruzi dictatori din istoria omenirii. Ajuns la putere în [1933](#), liderul mișcării [naziste](#) Hitler a dus o politică de pregătire și de declanșare a celui de [Al Doilea Război Mondial](#), precum și de punere în aplicare a unui plan naționalist și rasist de exterminare în masă a evreilor și altor "indezirabili", precum și de lichidare a adversarilor politici.

Filme sau cărți în care apar personaje cu simptomatologie narcisistică:

- All About Eve
- American Psycho
- Basic Instinct
- Cruel Intentions
- Crime and Punishment
- House MD
- Laura
- Paradise Lost
- Peter Pan
- The Picture of Dorian Gray de Oscar Wilde
- There Will Be Blood
- White Oleander
- The Riddler, a comic book supervillain
- To Die For, Nicole Kidman's personajul își dorește cu orice preț să apară la televizor, chiar dacă asta implică să își omoare soțul. O evaluare psihiatrică a cazului ei conchidea că “ea poate fi considerată o personalitate narcisistică prototipică, întrunind 8 din cele 9 criterii de diagnostic”.

