

Narcisoidni poremećaj ličnosti

Ižaković, Stela

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:142:265811>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-28**



FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Stela Ižaković

Narcisoidni poremećaj ličnosti

Završni rad

Mentor: doc. dr. sc. Ana Kurtović

Osijek, 2019.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Preddiplomski studij psihologije

Stela Ižaković

Narcisoidni poremećaj ličnosti

Završni rad

Područje društvenih znanosti, polje psihologija, grana klinička i zdravstvena
psihologija

Mentor: doc. dr. sc. Ana Kurtović

Osijek, 2019.

IZJAVA

Izjavljujem s punom materijalnom i moralnom odgovornošću da sam ovaj rad samostalno napravio te da u njemu nema kopiranih ili prepisanih dijelova teksta tuđih radova, a da nisu označeni kao citati s napisanim izvorom odakle su preneseni. Svojim vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam suglasan da Filozofski fakultet Osijek trajno pohrani i javno objavi ovaj moj rad u internetskoj bazi završnih i diplomskih radova knjižnice Filozofskog fakulteta Osijek, knjižnice Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku i Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu.

JMBAG: 0122223952

Potpis: 

U Osijeku, 14.09.2019.

Sažetak

Narcisoidni poremećaj ličnosti prema DSM-5 pripada skupini B poremećaja ličnosti zajedno s antisocijalnim, histrionskim i graničnim poremećajem. Odnosi se na tip poremećaja kod kojega je karakteristično egoistično, agresivno i zavidno ponašanje popraćeno nedostatkom empatije, labilnim samopoštovanjem i precijenjenom slikom o sebi i svojim sposobnostima. Znanstveno je dokazano kako nije svako narcisoidno ponašanje nužno i patološko, odnosno postoje i normalne razine narcisoidnosti za koje je čak i poželjno da postoje. Kada se jednom takvo normalno narcisoidno ponašanje pretvori u obrazac patološkog i ukoliko ispunjava kriterije određene prema DSM-5, narcisoidni poremećaj ličnosti može se dijagnosticirati. Pokazalo se kako on nije jednostavni homogeni entitet, te se može manifestirati u različitim tipovima poput npr. grandiozni vs. vulnerabilni i otvoreni vs. prikriveni koji su detaljnije opisani u ovom radu. Sama dijagnoza ovog poremećaja ozbiljno utječe na život osobe, a posebice na njegove interpersonalne odnose. Uz to, bit će razmotreni i mogući uzroci nastanka ovog poremećaja, a neke od najpoznatijih teorija za objašnjavanje etiologije patološke narcisoidnosti su psihodinamska, kognitivna, genetska i sociokulturalna. Kada se jednom otkriju uzroci nastalog poremećaja, tada je terapeutu lakše voditi terapiju, ali da bi se narcisoidna osoba uopće otvorila i govorila o svojim problemima najprije treba postići kvalitetan odnos između njih, a terapeut u tome može uspjeti ukoliko klijentu na različite načine dočara konstrukt empatije, koji narcisoidna osoba ne poznaje.

Ključne riječi: narcisoidni poremećaj ličnosti, grandioznost, vulnerabilnost, tretman

Sadržaj:

1. Uvod.....	1
2. Definicija i klasifikacija poremećaja ličnosti.....	2
3. Narcisoidni poremećaj ličnosti.....	3
3.1. Normalni i patološki narcizam.....	4
3.2. Grandiozni i vulnerabilni narcizam.....	5
3.3. Otvoreni i prikriveni narcizam.....	7
3.4. Moždana struktura kod narcisoidnog poremećaja ličnosti.....	7
4. Dijagnoza, etiologija i tretman narcisoidnog poremećaja ličnosti.....	8
4.1. Dijagnostička i popratna obilježja narcisoidnog poremećaja ličnosti.....	8
4.2. Etiologija narcisoidnog poremećaja ličnosti.....	10
4.2.1. <i>Psihodinamske teorije</i>	10
4.2.2. <i>Kognitivne teorije</i>	11
4.2.3. <i>Teorije nasljeđa</i>	12
4.2.4. <i>Sociokulturalne teorije</i>	13
4.3. Tretman i intervencije narcisoidnog poremećaja ličnosti.....	14
5. Zaključak.....	16
6. Literatura.....	18

1. Uvod

Tijekom života ljudi se susreću s različitim životnim izazovima i situacijama koje za pojedinca mogu biti nepovoljne te mu prouzrokovati različite razine stresa. Katkad se u takvim situacijama pojedinac ne može snaći, posebice u onima koje su popraćene visokim razinama stresa, te one mogu dovesti do negativnih ishoda što najčešće vodi ka osjećaju nemoći, razdražljivosti, anksioznosti, tuge ili agresije. Ovisno o vrsti situacije i kakav ona utjecaj ima na osobu, ovisi koji će se simptomi javiti. Upravo iz tog razloga, svaka osoba u bilo kojem trenutku može proživljavati simptome specifične za određeni psihički poremećaj, te ukoliko se ti trenutni simptomi pretvore u životni obrazac pojedinca, tek tada se može dijagnosticirati psihički poremećaj. Veliki broj čimbenika kao što su biološki, odgojni, psihološki, socijalni i sl., utječu na to hoće li osoba oboljeti od određenog psihičkog poremećaja ili ne, a najvažniji prediktor je da ti simptomi traju duže vrijeme, ometaju svakodnevni život osobe i onemogućuju mu dobru prilagodbu na okolinu (Davison i Neale, 2002).

Dakle, *psihički poremećaj* može se definirati kao stanje u kojem ponašanje i percepcija osobe nije prilagođena okolini, odskaače od prihvatljivog i predstavlja mu smetnju, a ne može se staviti u kontekst situacije u kojoj se nalazi (Bratko, 2002). Takvo stanje povezano je s funkcionalnim promjenama središnjeg živčanog sustava te u većini slučajeva ima kratak vremenski tijek i povoljnu prognozu bez ostavljanja ozbiljnih trajnih posljedica (Begić, 2016). Najčešća podjela je na somatoformne, shizofrene, anksiozne, poremećaje raspoloženja i poremećaje ličnosti. Kada je riječ o *poremećajima ličnosti*, oni su najčešće popraćeni nekim drugim psihičkim poremećajem, no pojavljuju se i samostalno (Bratko, 2002). Odnose se na relativno dugotrajne načine ponašanja, mišljenja, emocionalnog doživljavanja i percipiranja koji onemogućuju kvalitetnu i uspješnu socijalnu prilagodbu. Osobe koje pate od određenog poremećaja ličnosti nisu u stanju učiti iz vlastitog iskustva i svoje ponašajne postupke doživljavaju uobičajenim bez ikakvog osjećaja krivnje (Sindik, 2006).

Poremećaji ličnosti mogu se podijeliti se na tri podvrste: *anksiozni*, *ekscentrični* i *dramatični*, a u svakoj su svrstani međusobno srodni poremećaji. U skupinu dramatičnih tako su svrstani granični (*eng. borderline*), antisocijalni, histrionski i narcisoidni poremećaj ličnosti (Begić, 2016). Najslabije proučavan je upravo *narcisoidni poremećaj ličnosti* (Russ, Shedler, Bradley i Westen, 2008), a općenito se odnosi na sklonost pretjerane usmjerenosti prema sebi samome (Ellis i sur., 2008). Mnoga istraživanja pokazala su kako osobe koje boluju od narcisoidnog poremećaja ličnosti mogu biti okarakterizirani ili psihološkom otpornosti i visokim samopoštovanjem, koje se smatraju adaptivnim osobinama (Sedikdes, Rudich, Gregg,

Kumashiro i Rusbult, 2004) ili mogu iskazivati agresiju, neprijateljsku nastrojenost, imati slabe međuljudske odnose i druge neadaptivne osobine (Campbell, Foster i Finkel, 2002). Na temelju toga, došlo je do zaključka kako ipak postoje različiti oblici navedenog poremećaja. Tako osnovna podjela narcisoidne patologije uključuje vulnerabilni i grandiozni narcizam, a ključna razlika između njih vidljiva je u izražavanju emocija, načinu na koji se ponašaju prema drugima i samopoštovanju (Cain, Pincus i Ansell, 2008).

U ovom radu, detaljnije će biti opisan već navedeni narcisoidni poremećaj ličnosti. Osnovne karakteristike narcisoidne ličnosti su prenapuhan osjećaj jedinstvenosti i važnosti, potreba za dobivanjem pažnje i divljenja od strane drugih ljudi, ali i apsolutni gubitak razumijevanja za druge u svojoj okolini. Uz to, precjenjuju svoje sposobnosti, preuveličavaju svoja dostignuća te očekuju pohvale i onda kada nema razloga za time (Begić, 2016).

2. Definicija i klasifikacija poremećaja ličnosti

Dijagnoza poremećaja ličnosti iziskuje razmatranje dugotrajnog modela funkcioniranja, a određene, tj. presudne, crte ličnosti se moraju manifestirati do rane odrasle dobi. U obzir se moraju uzeti i prolazna psihološka i duševna stanja i karakteristike koje se javljaju u svakodnevnim situacijama kao odgovor na određene stresore koja, iako dovode do doživljavanja istih ili sličnih simptoma specifičnih za određene poremećaje ličnosti, ne moraju nužno dovesti do razvitka istog (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Tek kada dođe do stanja u kojem su osobine ličnosti koje pojedinac posjeduje nefleksibilne, neadaptivne i rezultat značajnog funkcionalnog oštećenja ili osobne patnje, moguće je dijagnosticirati poremećaj ličnosti (American Psychiatric Association, 2013).

Dakle, *poremećaji ličnosti* odnose se na obrasce unutarnjeg ponašanja i doživljavanja koji značajno odstupaju od kulturalnih normi, poprilično su stabilni kroz duži vremenski period i dovode do funkcionalnog oštećenja ili osobne patnje. Prema DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), u poremećaje ličnosti ubraja se 10 poremećaja, koji su podijeljeni u tri glavne grupe u odnosu na njihovo podudaranje u simptomima i opisima. U skupinu A ili ekscentrične poremećaje ubrajaju se shizoidni, shizotipni i paranoidni poremećaj, a glavne karakteristike su neuobičajeno ili ekscentrično ponašanje. U skupinu B ili dramatične poremećaje smješteni su antisocijalni, granični, histrionski i narcisoidni poremećaj ličnosti, a okarakterizirani su dramaturizirajućima, nedosljednima ili emocionalnima. Skupina C ili

anksiozni poremećaji uključuje ovisni, izbjegavajući i opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti, a osobe ovih poremećaja većinom su anksiozne ili uplašene.

Prilikom dijagnosticiranja poremećaja ličnosti, simptomi i različite karakteristike uobičajene za neki poremećaj, moraju utjecati na život osobe duži vremenski period, posebno od razdoblja rane odrasle dobi pa na dalje, i ne smiju se manifestirati isključivo samo sa simptomima nekog drugog psihičkog poremećaja (American Psychiatric Association, 2013). Stoga, kvalificirana osoba treba procijeniti stabilnost crta kroz vrijeme i u različitim situacijama. Ponekad je jedan razgovor dovoljan kako bi se postavila dijagnoza, međutim ponekad je teško i u dužem razdoblju postaviti dijagnozu jer odrednice koje definiraju poremećaj ličnosti osoba ne mora doživljavati problematičnim.

- Postotak čestine pojavljivanja poremećaja ličnosti u općoj populaciji iznosi od 10 do 13%, a postotci određenih vrsta poremećaja ličnosti u općoj populaciji su sljedeći (Marčinko, Jakovljević, Rudan i sur., 2015):
- Paranoidni poremećaj ličnosti = 0,5-2,5%
- Shizotipni poremećaj ličnosti = 3%
- Antisocijalni poremećaj ličnosti = 3% kod muškaraca i 1% kod žena
- Granični poremećaj ličnosti = 2%
- Histronski poremećaj ličnosti = 2-3%
- **Narcisoidni poremećaj ličnosti = 2-16%**
- Izbjegavajući poremećaj ličnosti = 0,5-1%
- Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti = 1%

3. Narcisoidni poremećaj ličnosti

Narcisoidni poremećaj ličnosti vrlo je rasprostranjen, ima poprilično visok komorbiditet s drugim psihijatrijskim dijagnozama i karakterizira ga psihosocijalna onesposobljenost i značajno funkcionalno oštećenje (Stinson, Dawson, Goldstein, Chou, Huang, Smith i Grant, 2008; prema Caligor, Levy i Yeomans, 2015). Unatoč tome, on je jedan od najslabije proučavanih poremećaja ličnosti što dovodi do javljanja velike konfuzije u pogledu valjanosti, pouzdanosti, specifičnosti i osjetljivosti dijagnostičkih kriterija, kao i same učestalosti poremećaja (Levy, Chauhan, Clarkin, Wasserman i Reynoso, 2009; prema Caligor, i sur., 2015). Mnogi autori smatraju kako ovaj poremećaj nije zaseban entitet i da nije toliko jednostavan kolikim se čini, a Pincus i Lukowitsky (2010) identificirali su četiri međusobno

povezana aspekta deskriptivne taksonomije i fenomenologije ovog poremećaja. Naime, narcisoidan poremećaj ličnosti podijelili su prema prirodi narcizma (normalan, patološki), fenotipu (grandiozni, ranjivi) i ekspresiji (očit i prekriven).

3.1. Normalni i patološki narcizam

Prilikom razmatranja ovog poremećaja u obzir se mora uzeti činjenica kako nije svaki narcizam nužno i patološki koji najčešće vodi ka narcisoidnom poremećaju ličnosti. Naime, mnoga istraživanja sugeriraju kako postoje dvije glavne manifestacije narcizma, a to su normalni i patološki (Kernberg, 2009). Ove dvije vrste narcizma razlikuju se po stupnju adaptacije uzimajući u obzir procese i karakteristike psiholoških potreba za neprestanim održavanjem visokog stupnja pozitivne slike o sebi putem pristrane samoevaluacije i žudnjom za samopotvrđujućim iskustvima od strane okoline u kojoj se pojedinac nalazi (Pincus, Ansell, Pimentel, Cain, Wright i Levy, 2009). Što se tiče same strukture narcizma, različite teorije sugeriraju kako on sadrži i normalne i patološke ekspresije (Ronningstam, 2009), tako da se zdravi tj. normalni i patološki oblik nalaze na istom kontinuumu na kojem su rangirani od normalnog do abnormalnog funkcioniranja (Cooper, 2005), dok su drugi uvjereni da je riječ o dvije potpuno različite dimenzije ličnosti (Pincus i sur., 2009).

Normalni narcizam u vezi je s pristranom pozitivnom samopercepcijom i stoga pridonosi osjećaju subjektivne dobrobiti (Morf i Rhodewalt, 2001), a takve osobe su većinom uspješne, zadovoljne i motivirane za rad (Russ i sur., 2008). Tome u prilog ide činjenica kako su neka istraživanja utvrdila negativnu povezanost s konstruktima anksioznosti i depresivnosti (Watson, Sawrie, Greene i Arredondo, 2002). Uz to, karakteristike normalnog narcizma je još i imunost na psihopatologiju, psihološka otpornost te, ukoliko postoje poteškoće, one kod ovakvih pojedinaca najčešće ispoljavaju na površinu u području interpersonalnih odnosa. No, ukoliko dođe do pojave anksioznosti ili depresije kod zdravih narcisoidnih osoba one nisu posredovane posjedovanjem zdrave narcisoidne ličnosti već problemima s kojima se suočavaju u interpersonalnim odnosima (Miller, Gaughan, Pryor i Kamen, 2009). Nizom znanstvenih nalaza dosljedno se potvrđuje činjenica da je adaptivan narcizam prisutan kod osoba koje imaju prenapuhano mišljenje i sliku o sebi te su sklonije kompetitivnom ponašanju, ali su također opušteni u interpersonalnoj sferi života, puni energije, ambiciozni, ležerni i svoje osobne karakteristike isključivo koriste u svrhe svakodnevnog postizanja uspjeha (Russ i sur., 2008). Stoga, karakteristike ovakvih pojedinaca mogu biti glavni uzrok problema u međuljudskim odnosima (Miller i sur., 2009).

Za razliku od normalnog, u području psihijatrije i kliničke psihologije, *patološki narcizam* odnosi se na načine nošenja sa činjenicom da realne kompetencije ne odražavaju visoko mišljenje koje imaju o sebi, socijalnim kritikama i sumnjama u vlastite sposobnosti, što prema DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) odgovara obilježjima tzv. narcisoidnog poremećaja ličnosti. Ovakva dijagnoza dovodi do mnoštva stresnih i disfunkcionalnih stanja. Uz to, ovaj poremećaj često se zna pojaviti zajedno s nekim drugim poremećajima, kao što su anksiozni poremećaj, poremećaj raspoloženja, ovisnost o psihoaktivnim supstancama i ostalim, njemu srodnim, poremećajima ličnosti (antisocijalni, granični i histrionski), te povećanim rizikom od počinjenja samoubojstva (Clemence, Perry i Plakun, 2009; Goldner-Vukov i Moore, 2010). Naime, svi ljudi, više ili manje, imaju normalne narcisoidne potrebe i motive (Stone 1998). Međutim, patološki narcisoidne osobe doživljavaju veliki pritisak kada se moraju suočiti s razočaranjima i prijetnjama koje su uperene prema njihovoj pozitivnoj slici o sebi iz razloga što nisu u stanju uspostaviti adaptivne i funkcionalne strategije za suočavanje s navedenim problemima (Horowitz 2009; Ornstein 2009).

3.2. Grandiozni i vulnerabilni narcizam

U posljednjih nekoliko desetljeća, sve veće zanimanje o konstruktu narcizma i njegovoj patologiji ličnosti dovela je do mišljenja kako i ovaj poremećaj može imati različite fenotipske varijacije (Pincus i Lukowitsky, 2010). Tako su Cain i suradnici (2008) identificirali više od 50 različitih oznaka koje opisuju varijabilnost u izražavanju patološkog narcizma što je dovelo do zaključka kako postoji tzv. narcisoidna grandioznost i narcisoidna vulnerabilnost koje se razlikuju po strategijama nošenja s vlastitim emocijama, interpersonalnim odnosima i samopoštovanju. Klinički teoretičari su koristili konstrukte grandioznosti i vulnerabilnosti kako bi uspješno opisali fundamentalne aspekte disfunkcije uzrokovane narcisoidnim poremećajem ličnosti pomoću deficita u stvaranju slike i koncepta o samom sebi (Kernberg, 1998; prema Pincus i Lukowitsky, 2010), teškoća koje se javljaju tijekom terapije (Gabbard, 2009; Kernberg 2007; prema Pincus i Lukowitsky, 2010) i neprilagođenih obrambenih strategija korištenih kao odgovor na stresore poput traume (Simon 2002; prema Pincus i Lukowitsky, 2010), sramote (Broucek 1982; prema Pincus i Lukowitsky, 2010), neispunjenih potreba (Bursten 1973; prema Pincus i Lukowitsky, 2010), ovisnosti (Cooper i Maxwell 1995) ili depresije zbog napuštanja (Masterson 1993; prema Pincus i Lukowitsky, 2010).

Grandiozni narcizam karakterizira manjak empatije, dojam o vlastitoj posebnosti i pravima, prenapuhano mišljenje i slika o sebi, idealizirane fantazije o sebi te ekshibicionistička i iskorištavajuća ponašanja. Najdominantnije osobine su zavist i agresivnost. Uz to, neovisno o određenoj razini stresa i emocionalnih problema koje doživljavaju, zanemaruju i ne osvrću se na svoje probleme što vodi ka tome da ne traže pomoć od strane stručne osobe (Pincus i sur., 2009). Iz tog razloga zasigurno imaju slabe izgleda za uspješnu terapiju jer ipak ne proživljavaju dovoljnu razinu psihičke patnje koja bi ih motivirala za rad na sebi te ukoliko se odluče za pomoć, često ne mogu stvoriti adekvatan odnos s terapeutom (Russ i sur., 2008). Što se tiče komorbiditeta s drugim psihičkim poremećajima, grandiozni tip okarakteriziran je disfunkcijom u eksternaliziranom ponašanju, kao što je npr. maltretiranje bračnog partnera (Pincus i sur., 2009).

Za razliku od grandioznog, za *vulnerabilni narcizam* također je tipično da osoba ima idealizirane fantazije o sebi, ali konstantno osjeća snažnu krivnju i sram koje se vežu uz osobne ideje i potrebe. Stoga, pojedinci koji pate od ovakve vrste narcizma skloni su depresivnim, suicidalnim i samokritičnim mislima. Osim toga, prevelika osjetljivost na kritike od drugih ljudi u pozitivnoj je povezanosti s izbjegavanjem interpersonalnih odnosa, tzv. socijalnim povlačenjem (Russ i sur., 2008). Iz tog razloga, doživljavaju više razine stresa i sklonije su potražiti pomoć (Pincus i sur., 2009). Ovaj tip općenito demonstrira najlošije adaptivno funkcioniranje te najveći komorbiditet s generaliziranim anksioznim poremećajem i depresijom (Russ i sur., 2008).

No, neki autori smatraju kako pojedinci koji pate od narcisoidnog poremećaja ličnosti mogu fluktuirati od grandioznog do vulnerabilnog tipa narcisoidne ličnosti (Ronningstam, 2009). Budući da patologija samog poremećaja negativno utječe na interpersonalne odnose, kreativnost i profesionalnu adaptaciju, te jer takvi pojedinci nemaju osjećaj empatije i divljenja za druge, grandioznost se ne može dugotrajno održavati, što pridonosi tome da osoba postaje sve ranjivija tj. vulnerabilnija na paniku, nemoć, sramotu ili depresiju (Horowitz, 2009).

3.3. Otvoreni i prikriveni narcizam

Kada je riječ o samoj ekspresiji tj. načinu na koji oboljela osoba pokazuje simptome proučavanog poremećaja, narcisoidni poremećaj dijeli se na otvoreni i prikriveni tip (Akhtar i Thomson 1982; prema Pincus i Lukowitsky, 2010). Iako su narcisoidna grandioznost i vulnerabilnost kao vrste daleko zastupljeniji u kliničkoj teoriji i istraživanjima, razlikovanje otvorenog i prikrivenog narcizma češće je proučavano u istraživanjima o osobinama ličnosti i funkcioniranju pojedinca u društvu (Besser i Priel 2009). Mnogi autori vjeruju da ova podjela narcisoidnog poremećaja olakšava spoznaju zašto katkad postoji razlika u ponašanju pojedinaca unutar određene fenotipske vrste samog poremećaja, odnosno grandioznog i vulnerabilnog. Iz tog razloga, prilikom ispitivanja ovog poremećaja, razni testovi sadrže sve oblike osobne patologije, uključujući tako i okolini dostupne elemente poput ponašanja, osjećaja, izraženih stavova te prikrivena iskustva kao što su privatni osjećaji, spoznaje, potrebe i motivi (McGlashan i sur., 2005). Zbog niza iskustava Pincusa i Lukowitskog (2010) s pacijentima grandioznog ili vulnerabilnog narcisoidnog poremećaja, dokazano je kako oni skoro uvijek iskazuju grandioznost i vulnerabilnost i na otvoreni i prikriveni način. Stoga, stereotipno mišljenje da je vulnerabilni narcizam isključivo povezan s prikrivenom ekspresijom narcizma je netočno. Stoga, glavna razlika između otvorenih i prikrivenih ekspresija narcizma leži u podlozi fenotipske varijacije grandioznosti i vulnerabilnosti, te nema jasnih empirijskih dokaza da samostalno postoje otvoreni i prikriveni tip narcizma (Pincus i Lukowitsky, 2010).

3.4. Organska osnova kod narcisoidnog poremećaja ličnosti

Kao i kod svake abnormalnosti, odnosno psihičkog poremećaja, tako i kod osoba s narcisoidnim poremećajem postoje razlike u moždanim strukturama u odnosu na psihički zdrave osobe. Tako je istraživanje Schulzea i suradnika (2013) pokazalo da dolazi do promjena u sivoj tvari u prefrontalnom korteksu, točnije u desnom i bilateralno medijalnom prefrontalnom korteksu. Općenito je taj dio mozga odgovoran za kognitivne procese atribucije, suočavanje, regulaciju emocija kao i pojavu depresije koje su kod narcisoidnog poremećaja ličnosti narušene, stoga je opravdano vjerovati da kod ovog poremećaja dolazi do neke vrste deficita u tom moždanom području (Nenadic, Güllmar, Dietzek, Langbein, Steinke, Gaser, 2014). Uz to, Schulze i sur. (2013) u svom su istraživanju dobili kako dolazi i do promjena u sivoj tvari u području insule (*lat. Cortex insularis*), a u prilog ovom nalazu ide činjenica kako je taj dio mozga centar za empatiju i povezan je s limbičkim sustavom

(Decety, Michalska i Kinzler, 2012), a poznato je kako su narcisoidne osobe općenito okarakterizirane nedostatkom empatije za druge ljude (Ritter i sur., 2011).

4. Dijagnoza, etiologija i tretman narcisoidnog poremećaja ličnosti

4.1. Dijagnostička i popratna obilježja narcisoidnog poremećaja ličnosti

Narcisoidne osobine mogu biti učestale za vrijeme razdoblja adolescencije, no to ne znači da će pojedinac u odrasloj dobi nužno razviti narcisoidan poremećaj ličnosti. No, oni kod kojih se razvije, većinom proživljavaju teškoće u prilagodbi na novonastala radna i tjelesna ograničenja koja prate proces starenja. Stoga, neki od kriterija za obolijevanje od ovog poremećaja prema DSM-5 su: „grandiozni osjećaj vlastite važnosti, zaokupljenost fantazijama neograničenog uspjeha, moći, pameti, ljepote ili idealne ljubavi, osoba se drži da je poseban/na i jedinstven/na i da ga/je mogu razumjeti ili da se treba družiti s drugim posebnim ljudima ili ljudima visokog statusa (ili institucijama), zahtjeva prekomjerno divljenje, ima osjećaj prava, eksploativnost u interpersonalnim odnosima, nema empatije: nesklonost prihvaćanju ili suosjećanju osjećaja i potreba drugih, zavidi drugima ili vjeruje da drugi zavide njemu/njoj i pokazuje arogantno, oholo ponašanje ili stavove., (American Psychiatric Association, 2013: 669-670)

Navedene karakteristike narcisoidnog poremećaja ličnosti kod osobe se mogu pojaviti i za vrijeme djetinjstva i adolescencije, ali se poremećaj može dijagnosticirati tek nakon ulaska u fazu rane odraslosti. Svi ovi simptomi ispoljavaju u različitim životnim okolnostima, a najosnovnije karakteristike su manjak empatije, pervazivna grandioznost i potreba za divljenjem od strane drugih ljudi.

Naime, osobe kojima je dijagnosticiran ovaj poremećaj svakodnevno prenaplaćavaju svoje sposobnosti i postignuća, vole se hvaliti i nerijetko znaju biti arogantni. Vjeruju kako ih i drugi ljudi u njihovoj okolini percipiraju hvalevrijednima te, ukoliko od njih ne dobivaju pohvale i komplimente, ostanu povrijeđenog ega. Uz precjenjivanje svojih sposobnosti i zasluga, istovremeno podcjenjuju tuđe, te ih se iz tog razloga može poistovjetiti robovima grandioznog osjećaja vlastite važnosti. Njihova je mašta preokupirana s postizanjem moći, obrazovanja, savršenog fizičkog izgleda, romantične ljubavi iz snova i uspjehom općenito. Iz tog razloga, uvijek prilikom uspoređivanja s drugim osobama, neovisno o tome jesu li ti drugi objektivno uspješniji u navedenim karakteristikama ili ne, imaju tendenciju sebe percipirati iznad njih. Narcisoidne osobe također pate od osjećaja visokog ugleda te se

smatraju specifičnima, originalnima i superiornijima u odnosu na druge i žele da i drugi imaju takvo mišljenje o njima. Svojoj okolini u kojoj se kreću i ljude s kojima provode vrijeme najčešće opisuju osobinama za koje smatraju da i njima pripadaju jer ako te osobe nisu savršene i nadarene, tada nisu dovoljno vrijedne da uživaju u društvu narcisoidnih osoba (American Psychiatric Association, 2013).

Što se tiče samopoštovanja, ono je većinom nestabilno te narcisoidne osobe iz tog razloga žude za time da im se neprestano divi. Uživaju u šarmiranju drugih s najčešćim ciljem dobivanja komplimenata. Jako su zainteresirani time što drugi misle o njima i njihovim uspjesima i razočaraju se ako shvate da nisu u središtu pozornosti i ako im nitko ne zavidi. Uz to, imaju i precijenjen osjećaj prava zbog kojeg očekuju da im se ispunjavaju želje, da su njihove potrebe ispred potreba drugih ljudi, te postaju bijesni ukoliko ih drugi na taj način ne dožive. Zajedno s ovim osjećajem imaju i manjak osjetljivosti za potrebe i težnje drugih ljudi što može dovesti do namjernog ili nenamjernog iskorištavanja tih drugih. Tako npr. često stvaraju interpersonalne odnose isključivo ukoliko smatraju da će im, bilo romantični ili prijateljski partner, pridonijeti njihovim osnovnim idejama i tako im podići samopoštovanje. Očigledno je da nakon navedenih karakteristika, narcisoidne osobe pate i od nedostatka empatije i nemogućnosti uočavanja emocija, žudnji i iskustava drugih ljudi. Imaju naviku i potrebu detaljno iznositi samo svoje probleme, a da pritom ne shvaćaju kako i drugi imaju svoje brige i osjećaje. U interpersonalnim odnosima su emocionalno hladni i nedostaje uzajamni interes među partnerima. No, u slučajevima kada ipak prepoznaju osjećaje i potrebe drugih to doživljavaju kao slabosti tj. nešto što ih može ugroziti i iz tog se razloga kod njih javlja osjećaj prezira. Također se nazivaju i slijepcima za povrede koje njihove izjave mogu nanijeti drugima, npr. u stanju su se nekome tko je bolestan bez problema hvaliti kako su oni zdravi. Osim toga, kod njih se često javlja zavist prema drugima u svim poljima u životu za koja smatraju da im dobro ide te misle kako drugi zavide njima, oholi su, arogantni i njihovi stavovi većinom su snobovske prirode (American Psychiatric Association, 2013).

No, nisu svi pacijenti narcisoidnog poremećaja ličnosti uvijek isključivo napuhani grandioznim osjećajem sebe, već se zna pojaviti i vulnerabilan osjećaj samopoštovanja koji ju čini preosjetljivom na potencijalne povrede od neuspjeha ili javne kritike. Ukoliko su kritizirani i ismijavani, oni se osjećaju poniženima i degradiranima, te taj nemir koji proživljavaju unutar sebe ne iznose uvijek drugima oko sebe. Kod njih se tada javlja ljutnja, očaj, prkos i spremnost za osvetu. Naime, u ovakvim situacijama dolazi do maskiranja

osjećaja grandioznosti jer ga preplavljuje osjećaj vulnerabilnosti. Ako ovakva faza vulnerabilnosti u kojoj se osjećaju posramljenima, poniženima te su pretjerano kritični prema sebi samome, traje duže vrijeme, najvjerojatnije će nastupiti depresivna bezvoljnost, socijalna povlačenje, distimija (perzistirajući depresivni poremećaj) ili veliki depresivni poremećaj što je potpuno suprotno od hipomaničnog raspoloženja koji je prisutan kod grandioznosti. Dodatno, narcisoidni je poremećaj povezan i s većom učestalošću konzumiranja psihoaktivnih tvari (većinom kokain) i obolijevanjem od anoreksije nervoze. Što se tiče drugih poremećaja ličnosti, često se znaju pojaviti zajedno s graničnim, histrioničnim, paranoidnim i antisocijalnim poremećajem (American Psychiatric Association, 2013).

4.2. Etiologija narcisoidnog poremećaja ličnosti

Prilikom istraživanja uzročnih čimbenika koji utječu na nastanak i razvoj narcisoidnog poremećaja ličnosti, razvijene su brojne teorije, ali ni jedna nije bila potpuno uspješna u postizanju mnogobrojnih znanstvenih dokaza u svoju korist. Naime, smatra se kako je ovaj poremećaj posljedica nedovoljnog zadovoljenja normalnih razina narcisoidnosti tijekom razdoblja dojenčadi i djetinjstva. Iz tog razloga, dolazi do ometanja normalnog sazrijevanja i integracije superega, što tijekom rane i kasne odrasle dobi dovodi do poteškoća u sklonosti masovnoj eksternalizaciji i regulaciji samopoštovanja (Fernando, 1998). No, značajniji dio istraživanja iz područja kognitivne, socijalne i psihologije ličnosti, prilikom proučavanja etiologije ovog poremećaja, daje veću važnost psihodinamskim, kognitivnim, genetskim, sociokulturalnim i teorijama odgoja.

4.2.1. Psihodinamske teorije

Jedna od najpoznatijih teorija etiologije narcisoidnog poremećaja ličnosti je teorija Heinza Kohuta (1966), a svoje korijene vuče iz teorija o narcizmu od S. Freuda (1914; Ronningstam, 2005). Naime, Freud (1914; prema Ronningstam, 2005) je razlikovao dvije vrste narcizma: primarni i sekundarni. *Primarni narcizam* odnosi se na jednu od razvojnih faza u kojoj je dijete uvjereno kako je središte sveg zbivanja, a ova faza završava kada si dijete osvijesti da ono svoje skrbnike ne kontrolira nego da o njima ovisi. Tako se dijete u svakodnevnim situacijama odriče ideje svemoći i sve je privrženije roditeljima. *Sekundarni narcizam*, odnosi se na patološko stanje u kojem dijete ne okreće svoje emocije prema roditeljima, nego ih većinom prebacuje natrag prema sebi. Vodeći se Freudovim pretpostavkama, H. Kohut (1966) tvrdi kako

apsolutno sva djeca prolaze kroz tzv. fazu primitivne grandioznosti tijekom koje uspostavljaju mišljenje da se sve potrebe i okolnosti javljaju upravo zbog njih. Za nastavak normalnog razvoja i pomicanje s osjećaja sekundarnog tj. grandioznog na primarni tj. normalni narcizam, skrbnici moraju u određenoj mjeri reflektirati djetetov osjećaj grandioznosti. Na taj način oni djetetu pomažu u razvijanju funkcionalne razine osjećaja vrijednosti i samopoštovanja koji, uz što narušavaju osjećaj grandioznosti, ponašaju se i kao zaštitni faktori u kasnijim doticajima s realnim životom (Kohut i Wolff, 1978). Uz to, Kohut (1966) također uzima u obzir i roditeljske stilove odgoja iz glavnog razloga što su djeca, posebno kada su jako mala, roditelji autoritet, a obitelj općenito primarni izvor socijalnih interakcija. Utjecaj roditeljskih stilova na razvoj narcizma objašnjava tako da kad dijete od roditelja dobiva empatiju, poštovanje i toplinu, oni mu na taj način omogućuju da krene razvijati zdravu sliku o sebi. Naime, smatra kako u podlozi narcisoidnog poremećaja ličnosti postoje dva roditeljska stila: prenaplašavanje djetetovih postignuća i emocionalna hladnoća. Kod prenaplašavanje djetetovih postignuća događa se da dijete služi održavanju samopoštovanja vlastitih roditelja i ovaj stil okarakteriziran je pretjeranim naglašavanjem njegovih uspjeha i sposobnosti što pridonosi tome da će ono nakon doslovno svakog neuspjeha razviti duboki osjećaj srama. Emocionalna hladnoća javlja se u situacijama kada roditelji zanemaruju potrebe djece i prema njima se odnose hladno i nezainteresirano što najčešće dovodi do nesigurne slike o sebi te izaziva traženje afirmacije idealizirane samopercepcije (Widiger i Bornstein, 2001). Istraživanje Otwaya i Vignolesa (2006) pokazuje da pojedinci s visokom razinom narcisoidne ličnosti izvještavaju da su tijekom svog odrastanja bili izloženi jednom od ova dva roditeljska stila. Također, poznato je kako djeca koja su izgubila svoje biološke roditelje zbog različitih okolnosti poput npr. posvajanja, smrti ili razvoda ili su bila na neki način zlostavljana, pod većim su rizikom za razvoj ovog poremećaja ličnosti (Schneider, Kem i Curlette, 2007). No, unatoč svojoj popularnosti, ova teorija ima slabu empirijsku podlogu (Widiger i Bornstein, 2001).

4.2.2. Kognitivne teorije

Većina kognitivno-biheviornalnih zagovaratelja podupire mišljenje da će se kod odrasle osobe patološka narcisoidna ličnost pojaviti ukoliko je u ranoj dobi dijete dobivalo previše pohvala i pozitivne evaluacije od roditelja i drugih bliskih pojedinaca. Iz razloga što takvu djecu roditelji u djetinjstvu nagrađuju za svaki manji uspjeh ili čak

nagrada slijedi i nakon ne postizanja ikakvog uspjeha, oni nemaju što drugo nego stvoriti pristranu i nerealnu sliku o sebi (Sperry, 2003).

Morf i Rhodewalt (2001) razvili su socio-kognitivni model narcisoidnog poremećaja kojem u podlozi leže dvije temeljne hipoteze: narcisoidni pojedinci imaju poprilično osjetljivo samopoštovanje i međuljudski odnosi su im važni za uzdizanje slike o sebi, a ne za ostvarivanje toplih i bliskih odnosa. Tako su proveli brojna istraživanja koja su pokazala da narcisoidni pojedinci posjeduju određene kognitivne pristranosti koje im olakšavaju očuvanje grandiozne slike o sebi. Naime, oni sebe percipiraju fizički privlačnijima nego što je to slučaj, precjenjuju svoj doprinos grupi u kojoj se nalaze, te često vlastiti uspjeh pripisuju svojim sposobnostima nego sreći ili slučaju (Rhodewalt i Morf, 1998). Kada je riječ o osjetljivom samopoštovanju, tada se pokazalo da ono uvelike ovisi o eksternalnim povratnim informacijama. Tako npr. kada se u eksperimentu narcisoidnim osobama reklo da su jako uspješno ili jako neuspješno riješili test inteligencije, oni su imali značajno jače reakcije od drugih ispitanika (Rhodewalt, Tragakis i Finnerty, 2005). Uz to, često samohvaljenje, na koje drugi obično negativno reaguju (Paulhus, 1998), direktno sukobljavanje i kritiziranje ljudi koji su uspješniji u nekim važnim aktivnostima ili koji zbog neslaganja odbijaju socijalnu interakciju s njima (Twenge i Campbell, 2003) pridonose tome da narcisoidne osobe jačaju osjećaj vlastite vrijednosti i, kao rezultat toga, se udaljavaju od bliskih osoba (Campbell, Bosson, Goheen, Lakey i Kernis, 2007). Iz tog razloga, Baumeister i Vohs (2001) ovaj poremećaj smatraju nekim oblikom ovisnosti koja se stvara putem pozitivnih potkrepljenja tako što primaju priznanja i poštovanje od drugih što razvija pristranu samopercepciju. Drugim riječima, ova teza ne pretpostavlja manjak samopoštovanja prema sebi i inherentno nezadovoljstvo te narcisoidnost ne smatra obranom od tih problema.

4.2.3. Teorije nasljeđa

Genetska podloga ovog poremećaja nije toliko istražena, međutim studije provedene na jednojajčanim i dvojajčanim blizancima upućuju na zamjetljiv doprinos genetskih čimbenika, no dobiveni rezultati heritabilnosti kreću se u širokom rasponu od 25% do 80% (Torgersen i sur., 2008). Tako su Jang, Livesley, Vernon i Jackson (1996; prema Ronningstam, 2005) na uzorku od 483 para blizanaca pomoću testa dimenzionalne ljestvice ličnosti (DAPP-DQ), koja ističe osnovnu dimenziju narcizma, pronašli prosječnu razinu nasljednosti od 45%. Kasnije, Torgersen i suradnici (2000;

prema Ronningstam, 2005) su u svom radu pokazali kako se pomoću gena može objasniti gotovo 80% varijance ovog poremećaja. Iako je genetika ovog poremećaja slabo ispitana, poznato je kako za razvoj narcisoidnog poremećaja ličnosti, pojedinac mora biti karakteriziran snažnim agresivnim nagonom, preosjetljivošću na socijalnu kritiku, niskom tolerancijom na frustraciju i anksioznost, disfunkcijama u regulaciji emocija, manjkom empatije i slično, a poznato je kako su sve ove navedene karakteristike u značajnom stupnju nasljedne (Schore, 1994; prema Ronningstam, 2005).

4.2.4. Sociokulturalne teorije

Kad je riječ o povijesnom i socijalnom utjecaju očigledno je da se dinamika psihijatrijske populacije nakon Drugog svjetskog rata na neki način promijenila na temelju čega se može zaključiti kako on ima značajnu ulogu. Prije rata problemi pacijenata većinom su bile opsesije i kompulzije kao odraz samokritičnog superega. No, nakon rata povećala se zastupljenost pacijenata s oslabljenim osjećajem sebe, upitnim moralnim normama i vrijednostima koji su radi toga bili prozvani narcisima. Iz tog su razloga, brojni znanstvenici zagovarali stajalište da postoji povezanost između narcisoidnog poremećaja ličnosti i tzv. *ere narcizma* u Zapadnoj kulturi. Ta povezanost je u nekim društvima prouzrokovala uzastopni raspad određenih socijalnih zamisli i obiteljskih vrijednosti što je dovelo do stvaranja kohorta mladih koje su egocentrične, površne i materijalističke sa suženim kapacitetom pažnje (Goldner-Vukov i Moore, 2010). Stoga se smatra kako je kompetitivna i individualistička Zapadna kultura uvelike pogodno tlo za razvitak ovog poremećaja posebno iz razloga što je glavna karakteristika narcisoidnog poremećaja usmjerenost na sebe samoga. U skladu s ovom pretpostavkom, rezultati jednog istraživanja pokazali su da sudionici iz SAD-a posjeduju najviše razine narcizma, a slijede ih Europljani, Kanađani, Azijati i stanovnici Bliskog Istoka (Foster, Campbell i Twenge, 2003). Uz to, u današnjem vremenu procjenjuje se da svaka šesnaesta osoba pati od simptoma narcisoidnog poremećaja (Twenge i Campbell, 2009).

Što se tiče radnog okruženja, karakteristike ovog poremećaja mogu se vidjeti kod pojedinaca koji su na pozicijama visokog utjecaja. Primarno se to odnosi na prestižne državnike kod kojih su većinom razvijene osobine kao što su oholost i uobraženost koje su sukladne s kriterijima narcisoidnog poremećaja ličnosti (Jakovljević, 2011).

4.3. Tretman narcisoidnog poremećaja ličnosti

Narcisoidni poremećaj općenito je znatno manje istražen u odnosu na ostale poremećaje ličnosti što je dovelo do toga da uopće nema neurobioloških istraživanja pomoću kojih bi se utvrdilo koja bi vrsta tretmana bila pogodna za liječenje ovog poremećaja. Iz tog se razloga ovaj poremećaj liječi pomoću raznih psihoterapija (Pies, 2011). Najefikasnije psihoterapije su one koje su provodili Kernberga (1970; prema Caligor i sur., 2015) i Kohuta (1977; prema Caligor i sur., 2015) kod kojih je glavni fokus na razvoj empatičnog, ali stručnog odnosa između terapeuta i klijenta koje, kako bi bile što uspješnije, trebaju trajati duže vrijeme.

Kao i kod svakog, tako i kod osoba s ovim poremećajem potrebno je intervenirati kako bi se osobi koja od njega boluje olakšalo suočavanje sa svakodnevnim situacijama i kako bi ponovno postigle normalne razine funkcioniranja. Takve intervencije najčešće se provode u obliku već spomenutih psihoterapija, koja se, ukoliko bi bila uspješna, mora prilagoditi pacijentu. Naime, kroz terapiju terapeut ima priliku proučiti pacijentove obrasce ponašanja i vidjeti koliko su ih oni zapravo voljni promijeniti. Narcisoidne osobe od terapeuta žele dobiti potporu i razumijevanje te imaju tendenciju potražiti pomoć od cijenjenih i dobrostojećih psihoterapeuta koji će biti dovoljno dobri kako bi njih, tako posebne i važne, uopće mogli pridobiti. Oni također žele imati kontrolu prilikom provođenja terapije te ukoliko ju nemaju kod njih se stvara bijes i neodobravanje terapeuta koji im to ne dopušta i najvjerojatnije će odustati od tretmana. Iz tog razloga često nisu skloni samostalno zatražiti pomoć i imaju tendenciju odustajanja od te pomisli u odnosu na pojedince s nekim drugim poremećajima (Benjamin, 1996).

Tretman narcisoidnog poremećaja ličnosti mora započeti povezivanjem terapeuta i klijenta, na način da, na zahtjev klijenta, terapeut pruži osjećaj divljenja, važnosti i empatije što će uvelike olakšati tijek i nastavak terapije. Ukoliko dođe do sukoba između njih, klijent to doživljava kao kritiku i napad, te će se najvjerojatnije povući tj. odustati od terapije. Također, narcisoidne osobe koje se odluče na terapiju, ne čine sa svrhom razumijevanja glavnih uzroka zašto im je terapije uopće potrebna, nego kako bi se riješili osjećaja neučinkovitosti i praznine te kako bi se s olakšanjem i hrabrosti vratili u svoje prethodno grandiozno stanje (McWilliams, 2011). Prema tome, Benjamin (1996) iznijela je pet intervencija koje pospješuju pružanje adekvatnog tretmana. Te intervencije odnose se na stvaranje kolaborativnog odnosa, pomaganje u utvrđivanju uzroka neadaptivnog ponašanja,

uklanjanje neadaptivnih obrazaca ponašanja, povećanje želje za promjenom i pomaganje u učenju novih obrazaca ponašanja.

Kako bi se postigla uspješna suradnja, ona mora biti temeljena na terapeutovom pokazivanju empatije pacijentu, što potvrđuju Kohutova (1971; prema Benjamin, 1996) istraživanja. Prema njegovim saznanjima, deficiti u selfu koji se pojavljuju kod narcisoidnih pojedinaca mogu biti ispravljeni ako pacijent može na terapeuta gledati kao na tzv. self-objekt. Naime, self-objekt se odnosi na objekte koje pojedinac doživljava dijelom vlastitog selfa, a ukoliko terapeut konstantno empatizira s pacijentom, to mu daje za pravo da se osjeća sigurnim i smirenim. Takvo novonastalo umirujuće stanje pacijentu je potrebno za usavršavanje samoregulacije i olakšava proces internalizacije svega što prolazi tijekom terapije. Npr. u situacijama kada terapeut napravi sitne propuste u shvaćanju pravih interesa i namjera pacijenta, terapeut bi tada trebao suočiti pacijenta s time da ga ne razumije u potpunosti što će pacijentu izazvati optimalnu razinu frustracije. No, ti sitni propusti u razumijevanju i sama činjenica da i terapeut može pogriješiti i da to može bez srama prihvatiti, omogućuje narcisoidnoj osobi da isto tako počine prihvaćati svoje pogreške. No, da bi se narcisoidne osobe mogle odviknuti od starih obrazaca ponašanja, prvo se moraju utvrditi njihovi uzroci na pažljiv način popraćen snažnom podrškom od strane terapeuta. Psihoterapeut prilikom pokazivanja empatije mora biti oprezan jer ukoliko pretjera postoji mogućnost suprotnog učinka, tj. pojačanja nefunkcionalnih obrazaca ponašanja. Tako neke empatične izjave mogu samo poduprijeti neadaptivne obrasce ponašanja i iz tog razloga treba ih koristiti u granicama. Iz tog razloga je terapija s osobama oboljelih od ovog poremećaja najkompliciranija. Ako terapeut pruža veliku podršku narcisoidnom pacijentu, on može prestati sumnjati u sebe samoga i prekinuti terapiju jer ponovno počinju smatrati kako se mogu sami nositi sa svojim poteškoćama (Benjamin, 1996). Naime, narcisoidne osobe su uvjerenе da su izliječene onda kada simptomi postanu manje intenzivirani, ali nisu svjesni činjenice da i dalje ostaje temeljna patologija ličnosti koja može iznova izazvati javljanje simptoma (Millon, 2000). Uz to, terapeut konstantno mora imati na umu pacijentovu ekstremnu osjetljivost na imaginarne ili realistične pogreške u empatiji i tijekom terapije se treba pozabaviti i njima (Marčinko i Rudan, 2013). U slučajevima u kojima i sam terapeut pokazuje male znakove normalnog narcizma, odnos klijent-terapeut je tada temeljen na uzajamnom divljenju, hvaleći svoje sposobnosti i inteligenciju. U ovakvim situacijama šanse da narcisoidna osoba promijeni svoje obrasce ponašanja su gotovo minimalne (Millon, 2000). No, ako je terapeut poznat po visokom statusu i prestižu,

a poznato je kako narcisoidne osobe vole primati usluge od takvih stručnjaka, prekomjerno empatiziranje od takvog terapeuta neće toliko utjecati na pacijenta kao što bi to bio slučaj u terapijama kod ne toliko prestižnih psihoterapeuta (Benjamin, 1996).

U obzir treba uzeti i činjenicu kako je kod narcisoidnih osoba tumačenje i suočavanje s vlastitim obrascima ponašanja uvelike otežano. Naime, svako tumačenje odnosi se na to da terapeut vjeruje da je stručan u tome kako nešto treba protumačiti, što može dovesti do toga da klijent ima osjećaj kao da je terapeut previdio neke od glavnih uzroka. Uz to, interpretacijom terapeut smatra kako je shvatio klijenta, čiji su problemi specifični i toliko posebni da bi ih itko drugi, osim njega, mogao proživljavati. Na temelju ovih činjenica, moglo bi se zaključiti neke narcisoidne osobe prekinu terapiju jer je njihov grandiozni self doživio uvredu (grandiozni narcis) dok su drugi uvelike osjetljivi i u dubini sebe strahuju da će njihova vulnerabilnost biti javno eksponirana (vulnerabilni narcis). Stoga, uvelike je važno da se odmah na početku terapije izgraditi snažan radni odnos koji će olakšati postupak rješavanja starih, neadaptivnih obrazaca ponašanja i učenja novih, adaptivnih (Millon, 2000).

5. Zaključak

Zahvaljujući sve većem broju istraživanja, narcisoidni poremećaj ličnosti ne smatra se više toliko jednostavnim u odnosu na ono kakvim se smatrao u prošlosti. Ovaj rad dao je kratak uvid u to kako nije svako narcisoidno ponašanje nužno i patološko, nego postoje i tzv. normalne granice narcizma. To normalno narcisoidno ponašanje očituje se u nešto većoj orijentiranosti na sebe, svoje sposobnosti i uspjehe, ali za razliku od patološkog, ne karakterizira ga potpuno odsustvo empatije i umanjivanje prava i potreba drugih ljudi. Ovo ukazuje na činjenicu da svaka osoba u različitim životnim kontekstima može iskazivati naznake narcisoidnog ponašanja bez da se ono pretvori u životni obrazac. Iz ovoga se može zaključiti kako je važno razvijati zdrave razine narcisoidnosti koje će osobi biti od velike pomoći tijekom ostvarivanja svojih ciljeva i stvaranja pozitivne slike o sebi. Tako su razne radionice, igre, zadatci te grupni i samostalni radovi, u kojima se potiče razvoj djetetove autonomije i kompetencije, neki od mogućih načina za razvijanje zdrave razine narcisoidnosti. No, istovremeno se mora paziti da zdrave razine narcisoidnosti ne postanu patološke, a to je možda moguće na način da se djecu u raznim situacijama potiče na empatiziranje s drugom djecom. Kada jednom narcisoidno ponašanje postane patološko ono se pretvara u tzv. narcisoidni poremećaj ličnosti te se manifestira u

obliku osjećaja grandioznosti ili osjećaja vulnerabilnosti. Naime, i jedni i drugi imaju idealizirane slike o sebi, ali razlika je u tome što su grandiozni narcisi ponosni na to što imaju takvo mišljenje o sebi i što ne mare za druge, dok vulnerabilni narcisi zbog toga osjećaju konstantnu brigu i sram. Općenito ovakva ličnost, bila grandiozna ili vulnerabilna, je neobična jer je i sama veza između adaptacije na okolinu i patološkog narcizma manje direktna i shvatljiva nego kod ostalih poremećaja ličnosti. Naime, može se zaključiti kako narcisoidna osobnost općenito ima dobre i loše strane, odnosno da osoba koja iskazuje obrasce narcisoidnog ponašanja ne mora nužno biti nesretna ukoliko joj vlastite sposobnosti i okolina dovoljno podižu ego i osjećaj posebnosti. Uz to, narcisi često znaju biti dobri šarmeri i manipulatori, te iz tog razloga postaju uspješni u ostvarivanju svojih nakana što ih čini zadovoljnima i podiže im samopouzdanje. No, u situacijama kada okolina za njihovu ličnost nije dovoljno pogodna, niti im pruža osjećaj divljenja i važnosti ili ih kritizira, tada se javlja osjećaj srama i konflikta unutar sebe što pridonosi depresivnom raspoloženju i socijalnom povučenosti. U takvim situacijama, kada postanu ranjivi, kako bi se oslobodili tog osjećaja nelagode, spremni su čak i počinuti suicid. Stoga je uvelike bitno uočiti takve osobe, te ih potaknuti da potraže pomoć jer narcisoidne osobe su poznate po tome da će rijetko ili čak nikad poduzeti nešto vezano za svoje zdravlje. Uz to, možda je upravo ta nespремnost narcisa da pričaju o onome što ih muči najveći razlog zašto je ovaj poremećaj, u odnosu na ostale, jako slabo istražen što je dovelo do toga da još uvijek postoje velike nedoumice vezane uz dijagnozu, etiologiju i tretman ovog poremećaja.

6. Literatura

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.(DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Baumeister, R.F. i Vohs, K.D. (2001). Narcissism as addiction to self-esteem. *Psychological Inquiry, 12*, 206-210.
- Begić, D. (2016). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Benjamin, L. S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Besser, A. i Priel, B. (2009). Emotional responses to a romantic partner's imaginary rejection: the roles of attachment anxiety, covert narcissism, and self-evaluation. *Journal of Personality, 77(1)*, 287–325
- Bratko, D. (2002). *Psihologija*. Udžbenik psihologije za gimnazije. Zagreb: Profil International.
- Cain, N.M., Pincus, A.L. i 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*, 638-656..
- Caligor, E., Levy, K. N. i Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic personality disorder: diagnostic and clinical challenges. *American Journal of Psychiatry, 172(5)*, 415-422.
- Campbell, W.K., Bosson, J.K., Goheen, T.W., Lakey, C.E. i Kernis, M.H. (2007). Do narcissists dislike themselves 'deep down inside'? *Psychological Science, 18*, 227-229.
- Campbell, W. K., Foster, C. A. i Finkel, E. J. (2002). Does self-love lead to love for others?: A story of narcissistic game playing. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 340-354.
- Clemence, A.J., Perry, J.C. i Plakun, E.M. (2009). Narcissistic and borderline personality disorders in a sample of treatment refractory patients. *Psychiatric Annals, 39*, 175-184.
- Cooper, A.M. (2005). *The Quiet Revolution in American Psychoanalysis: Selected Works of Arnold M. Cooper*. New York: Brunner-Routledge.

- Davison, G. C. i Neale, J. M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jasterbarsko: Naklada Slap.
- Decety, J., Michalska, K.J. i Kinzler, K.D., (2012) The contribution of emotion and cognition to moral sensitivity: a neurodevelopmental study. *Cerebral Cortex* 22, 209–220.
- Ellis, L., Hershberger, S., Field, E., Wersinger, S., Pelis, S., Geary, D., Palmer, C., Hoyenga, K., Hetsroni, A. i Karadi, K. (2008). *Sex differences: summarizing more than a century of scientific research*. New York: Psychology Press.
- Fernando, J. (1998). The etiology of narcissistic personality disorder. *The Psychoanalytic study of the child*, 53(1), 141-158.
- Foster, J. D., Campbell, W. K. i Twenge, J. M. (2003). Individual differences in narcissism: Inflated self-views across the lifespan and around the world. *Journal of Research in Personality*, 37, 469-486.
- Goldner-Vukov, M. i Moore, L.J. (2010). Malignant Narcissism: From Fairy Tales to Harsh Reality. *Psychiatria Danubina*, 22, 392-405.
- Horowitz, M. (2009). Clinical phenomenology of narcissistic pathology. *Psychiatric Annals*, 39(3), 124-128.
- Jakovljević, M. (2011). Hubris syndrome and a new perspective on political psychiatry: need to protect prosocial behavior, public benefit and safety of our civilization. *Psychiatria Danubina*, 23, 136-138.
- Kernberg, O. F. (2009). Narcissistic personality disorders: part 1. *Psychiatric Annals*, 39, 105-167.
- Kohut, H. (1966). Forms and transformations of narcissism. *Journal of the American Psychoanalytic association*, 14(2), 243-272.
- Kohut, H. i Wolff, E. (1978). The disorders of the self and their treatment: An outline. *The International Journal of Psychoanalysis*, 59, 413-426.
- Marčinko, D., Jakovljević, M. i Rudan, V. (2015). *Poremećaji ličnosti: Stvarni ljudi, stvarni problemi*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Marčinko, D. i Rudan, V. (2013). *Narcistični poremećaj ličnosti i njegova dijagnostička opravdanost*. Zagreb: Medicinska naklada.

- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Ralevski, E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Bender, D., Yen, S. i Pagano, M. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of Axis II disorders. *American journal of psychiatry* 162, 883–89
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford Press.
- Miller, J.D., Gaughan, E.T., Pryor, L.R. i Kamen, C. (2009). The consequences of depressive affect on functioning in relation to cluster B personality disorder features. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 424–429.
- Millon, T. (2000). *Personality Disorders in Modern Life*. New York: John Wiley and Sons.
- Morf, C. C. i Rhodewalt, F. (2001). Expanding the dynamic self-regulatory processing model of narcissism: Research directions for the future. *Psychological Inquiry*, 12(4), 243-251.
- Nenadic, I., Güllmar, D., Dietzek, M., Langbein, K., Steinke, J. i Gaser, C. (2015). Brain structure in narcissistic personality disorder: a VBM and DTI pilot study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 231(2), 184-186.
- Ornstein, P. H. (2009). ‘Chronic Rage from Underground’: The Treatment of a Patient with a Severe Narcissistic Disorder. *Psychiatric Annals*, 39(3), 137-143.
- Otway, L.J. i Vignoles, V.L. (2006). Narcissism and childhood recollections: A quantitative test of psychoanalytic predictions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 104-116.
- Paulhus, D. L. (1998). Interpersonal and intrapsychic adaptiveness of trait self-enhancement: A mixed blessing? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1197-1208.
- Pies, R. (2011). How to eliminate narcissism overnight: DSM-V and the death of narcissistic personality disorder. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(2), 23-27.
- Pincus, A.L., Ansell, E.B., Pimentel, C.A., Cain, N.M., Wright, A.G.C. i Levy, K.N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 21, 365-379.

- Pincus, A. L. i Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual review of clinical psychology*, 6, 421-446.
- Rhodewalt, F. i Morf, C.C. (1998). On self-aggrandizement and anger: Atemporal analysis of narcissism and affective reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 672-685.
- Rhodewalt, F., Tragakis, M.W. i Finnerty, J. (2005). Narcissism and self-handicapping: Linking self-aggrandizement to behaviour. *Journal of Research in Personality*, 40, 573-597.
- Ritter, K., Dziobek, I., Preißler, S., Rüter, A., Vater, A., Fydrich, T., Lammersd, C-H., Heekeren, H. R. i Roepke, S. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry research*, 187(1-2), 241-247.
- Ronningstam, E. F. (2005). *Identifying and understanding the narcissistic personality*. Oxford: Oxford University Press.
- Ronningstam, E. F. (2009). Narcissistic personality disorder: facing DSM-V. *Psychiatric Annals*, 39, 111-121.
- Russ, E., Shedler, J., Bradley, R. i Westen, D. (2008). Refining the construct of narcissistic personality disorder: Diagnostic criteria and subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1473-1481.
- Schneider, M.E, Kern, R. M. i Curlette, W.L. (2007). Narcissism, imagery, early recollections, and social interest. *Journal of Individual Psychology*, 63, 123-125.
- Schulze, L., Dziobek, I., Vater, A., Heekeren, H.R., Bajbouj, M., Renneberg, B., Heuser, I. i Roepke, S., (2013). Gray matter abnormalities in patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 1363–1369.
- Sedikides, C., Rudich, E. A., Gregg, A. P., Kumashiro, M. i Rusbult, C. (2004). Are normal narcissists psychologically healthy?: self-esteem matters. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 400-416.
- Sindik, J. (2006). "Problemski" pristup u tumačenju ličnosti. *Metodički ogleđi: časopis za filozofiju odgoja*, 13(2), 63-74.
- Sperry, L. (2003). *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV-TR personality disorders* (2. ed.). New York: Brunner-Routledge.

- Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Smith, S. M. i Grant, B. F. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(7), 1033 – 1045.
- Torgersen, S., Czajkowski, N., Jacobson, K., Reichborn-Kjennerud, T., Røysamb, E., Neale, M.C. i Kendler, K.D. (2008). Dimensional representations of DSM-IV cluster B personality disorders in a population-based sample of Norwegian twins: a multivariate study. *Psychological Medicine*, 38, 1617-1625.
- Twenge, J. M. i Campbell, W. K. (2003). “Isn’t it fun to get the respect that we’re going to deserve?” Narcissism, social rejection, and aggression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 261-272.
- Twenge, J. M. i Campbell, W. K. (2009). *The Narcissism Epidemic: Living in the Age of Entitlement*. New York: Free Press.
- Watson, P.J., Sawrie, S.M., Greene, R.L. i Arredondo, R. (2002). Narcissism and depression: MMPI-2 evidence for the continuum hypothesis in clinical samples. *Journal of Personality Assessment*, 79, 85-109.
- Widiger, T. i Bornstein, R. (2001). Histrionic, dependent and narcissistic personality disorders. U Adams, H. E. i Sutker, P. B. (Ur.) *Comprehensive handbook of psychopathology* (str. 509-531). Berlin: Springer Science + Business Media.