Machine Translated by Google



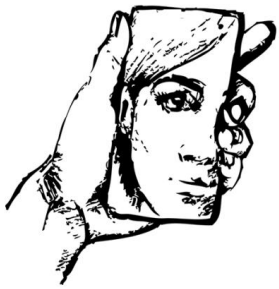
narcisismo e seus descontentamentos

Dilemas de diagnóstico e estratégias de tratamento Com Pacientes Narcisistas

Glen O. Gabbard, MD

Holly Crisp, médica

Machine Translated by Google



NARCISISMO E SEUS

DESCONTENÇÕES

Dilemas diagnósticos e
Estratégias de tratamento com
Pacientes Narcisistas

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google



NARCISISMO E SEUS

DESCONTENÇÕES

Dilemas diagnósticos e
Estratégias de tratamento com
Pacientes Narcisistas

Glen O. Gabbard, MD

Holly Crisp, médica

AMERICAN
PSYCHIATRIC
ASSOCIATION
PUBLISHING

Machine Translated by Google

Nota: Os autores trabalharam para garantir que todas as informações neste livro fossem precisas no momento da publicação e consistentes com os padrões médicos e psiquiátricos gerais, e que as informações sobre dosagens de medicamentos, horários e vias de administração fossem precisas no momento da publicação e consistente com os padrões estabelecidos pela Food and Drug Administration dos EUA e pela comunidade médica em geral. No entanto, à medida que a pesquisa e a prática médica continuam avançando, os padrões terapêuticos podem mudar. Além disso, situações específicas podem exigir uma resposta terapêutica específica não incluída neste livro. Por essas razões e porque às vezes ocorrem erros humanos e mecânicos, recomendamos que os leitores sigam os conselhos dos médicos diretamente envolvidos em seus cuidados ou no cuidado de um membro de sua família.

Os livros publicados pela American Psychiatric Association Publishing representam as descobertas, conclusões e opiniões dos autores individuais e não representam necessariamente as políticas e opiniões da American Psychiatric Association Publishing ou da American Psychiatric Association.

Se você deseja comprar 50 ou mais cópias do mesmo título, acesse www.appi.org/specialdiscounts para obter mais informações.

Copyright © 2018 Publicação da Associação Psiquiátrica Americana TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Primeira edição

Fabricado nos Estados Unidos da América em papel sem ácido 22 21 20 19 18 5 4 3 2 1

Publicação da American Psychiatric Association
800 Maine Ave. SW, Suite 900
Washington, DC 20024-2812
www.appi.org

Nomes **de Dados de Catalogação na Publicação da Biblioteca do Congresso :** Gabbard, Glen O., autor. | Crisp, Holly, autora. | Publicação da Associação Americana de Psiquiatria, editora.
Título: Narcisismo e seus descontentamentos: dilemas diagnósticos e estratégias de tratamento com pacientes narcisistas / Glen O. Gabbard, Holly Crisp.
Descrição: Primeira edição. | Washington, DC: Publicação da Associação Psiquiátrica Americana, [2018] | Inclui referências bibliográficas e índice.

Identificadores: LCCN 2018001808 (impressão) | LCCN 2018002297 (ebook) | ISBN 9781615371938 (eb) | ISBN 9781615371273 (pb: papel alk.)
Assuntos: | MESH: Narcisismo | Transtornos da Personalidade — terapia | Transtornos da Personalidade — diagnóstico | Resultado do Tratamento | Classificação de Relações Médico-Paciente: LCC RC553.N36 (ebook) | LCC RC553.N36 (impressão) | NLM WM 460.5.E3 | DDC 616.85/854
—dc23 Registro LC disponível em https://lccn.loc.gov/

2018001808 **Biblioteca Britânica Catalogação em dados de publicação** Um registro CIP está disponível na Biblioteca Britânica.

Machine Translated by Google

Conteúdo

Sobre os autores vii

Divulgação de Interesses. ix

Prefácio XI

Parte I

dilemas diagnósticos

1 Narcisismo e seus descontentamentos. 3

2 O Contexto Cultural do Narcisismo 19

3 Modos de Relacionamento. 33

parte II

Estratégias de tratamento

4 Iniciando o Tratamento 57

5 Transferência e Contratransferência 77

6 Adaptando o Tratamento ao Paciente 97 7

Estratégias de Tratamento 117

8 Rescisão 139

Índice. 153

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google



sobre os autores

Glen O. Gabbard, MD, é professor clínico de psiquiatria no Baylor College of Medicine em Houston, Texas. Ele também é Analista de Treinamento e Supervisão no Centro de Estudos Psicanalíticos em Houston. Ele está na prática privada em tempo integral de psiquiatria, psicanálise e psicoterapia.

Holly Crisp, MD, é Professora Associada Clínica no Baylor College of Medicine em Houston, Texas. Ela faz parte do corpo docente do Center for Psy choanalytic Studies em Houston. Ela está na prática privada em tempo integral de psiquiatria, psicanálise e psicoterapia.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google



Divulgação de Interesses

Os autores indicaram que não têm interesses financeiros ou outras afiliações que representam ou podem parecer representar um interesse concorrente com suas contribuições para este livro.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google



Prefácio

Enquanto preparávamos este livro, que foi escrito para clínicos que
Diante dos desafios de pacientes organizados narcisicamente, percebemos que um certo fascínio pelos narcisistas emergiu no discurso recente sobre política e celebridade. A cultura popular hoje está repleta de visões de narcisismo - para o bem ou para o mal. De muitas maneiras, o transtorno de personalidade narcisista tem atraído o interesse que antes cercava o transtorno de personalidade limítrofe. Quais figuras públicas são verdadeiramente narcisistas? Os profissionais de saúde mental podem se atrever a diagnosticá-los? O narcisismo é necessário para o sucesso? As mídias sociais e os smartphones geraram uma cultura de observadores de umbigo egocêntricos que são incapazes de se conectar com os outros?

Não temos todas as respostas para essas perguntas. Nosso foco está claramente no quadro clínico de pacientes que lutam com problemas narcísicos e como os profissionais de saúde mental podem abordá-los. Assim, dedicamos apenas um capítulo à nova cultura do narcisismo. Além disso, nosso livro não é um guia de tratamento abrangente, mas sim uma exploração de dilemas comuns que ocorrem no trabalho clínico com indivíduos narcisicamente ou organizados e uma série de estratégias para lidar com esses dilemas no ambiente de tratamento.

Machine Translated by Google

Em nossas práticas psiquiátricas, temos visto muitos pacientes com problemas narcisistas ao longo dos anos. Como psicanalistas, nossa abordagem do tratamento, seja qual for a forma que ele assuma, é baseada na perspectiva do pensamento psicanalítico contemporâneo, que começa com o que é particular, único e idiossincrático sobre o indivíduo. Este livro evoluiu de anos de trabalho com indivíduos organizados narcisicamente em indivíduos que não se encaixavam perfeitamente em uma categoria ou outra. Este trabalho levou à crescente percepção de que o narcisismo é na verdade pleomórfico, uma hidra de várias cabeças com uma multiplicidade de formas.

Nosso trabalho também é informado por dados de pesquisa sobre narcisismo, que tentamos integrar ao nosso entendimento clínico. Examinamos dados de pesquisas empíricas da teoria do apego, grandes pesquisas de populações e estudos de psicoterapia. Grande parte da literatura sobre esse assunto apresenta a psicanálise propriamente dita como o tratamento de escolha, mas a grande maioria dos pacientes não tem acesso a esse tratamento. Assim, embora discutamos a psicanálise como tratamento, também abordamos estratégias psicoterapêuticas menos intensivas que a análise, mas também úteis. Finalmente, delineamos estratégias gerais para o tratamento de pacientes narcísicos, incluindo o uso de transferência e contratransferência, que são aplicáveis a todos os contextos de tratamento, seja farmacoterapia, hospital parcial ou internação.

Reconhecemos que o transtorno de personalidade narcisista não é bem compreendido. É um alvo móvel que pode variar de dia para dia na mesma pessoa. Há também um espectro do narcisismo saudável ao patológico. Diferentes abordagens podem ser necessárias para abordar as várias localizações no continuum. Algumas formas de narcisismo são consideradas “normais” do desenvolvimento em uma determinada idade, enquanto parecem patológicas em outra. Diferenciar o narcisismo saudável do patológico é um processo difícil. Além disso, aplicar o diagnóstico de transtorno de personalidade narcisista pode ser complicado. Alguns indivíduos organizados narcisicamente podem parecer monotonamente os mesmos e alheios ao terapeuta sentado na sala com eles, enquanto outros podem observar cuidadosamente o terapeuta com um escrutínio de raio laser. Sugerimos que o narcisismo é altamente reativo a contextos específicos e, em alguns casos, pode variar consideravelmente de uma consulta para outra. Como clínicos psicanalíticos, pensamos que a melhor abordagem para o diagnóstico e tratamento de pacientes narcisicamente organizados é procurar o que é idiossincrático e único sobre a pessoa com a condição, em vez de aplicar uma abordagem de “tamanho único”.

Uma abordagem cuidadosa e individualizada é necessária para levar em consideração as características específicas da pessoa sentada na cadeira do paciente. Tratamentos manuais são necessários para pesquisas rigorosas, mas

Machine Translated by Google

pode sufocar a criatividade do terapeuta na prática clínica. Acreditamos fortemente que o terapeuta ou analista que conduz o tratamento precisa ser flexível. Adaptar a terapia ao paciente pode exigir uma série de modificações de tentativa e erro da própria técnica. Há também um processo dentro do clínico de encontrar a própria voz adequada à pessoa do paciente, mas também refletindo quem é a pessoa do terapeuta (Gabbard e Ogden 2009). Psicanalistas e terapeutas psicanalíticos experientes descobrem, em algum momento, que não são exatamente iguais, ao passarem de um paciente para outro no curso de um dia de trabalho. Todos nos recriamos até certo ponto de uma hora para outra. com nar

pacientes cissistas em particular, os médicos devem manter a flexibilidade. Além disso, o gênero do paciente e do terapeuta pode criar desafios únicos que merecem mais atenção na literatura sobre tratamento.
Portanto, as contribuições de um coautor masculino e feminino são úteis em um texto como este.

Neste volume, esperamos envolver o leitor em um processo intersubjetivo de ajuste do tratamento ao paciente, em vez de forçá-lo a uma posição que pode ser problemática para sua subjetividade.
Os pacientes narcisistas passam a vida tentando encontrar alguém que possa vê-los, ouvi-los e “pegá-los”. Esperamos promover essa busca imperfeita, mas sempre válida, de um “encaixe” útil entre o que o paciente pode precisar e o que o terapeuta pode oferecer.

Gostaríamos de agradecer a Jill Craig por sua digitação, edição e verificação de fatos altamente qualificados. Também queremos agradecer à Dra. Laura Roberts, editora-chefe, e John McDuffie, editor interino, da American Psychiatric Association Publishing, por seu apoio e sábios conselhos. Agradecemos também aos nossos muitos professores e mentores que nos ensinaram como abordar os pacientes como seres humanos complexos que desejam ser compreendidos, em vez de entidades diagnósticas que devem ser classificadas. E, finalmente, temos uma dívida de gratidão com nossos pacientes que nos ensinaram tanto sobre o narcisismo e suas origens.

Glen O. Gabbard, MD

Holly Crisp, médica

Houston, Texas, 2018

Machine Translated by Google

REFERÊNCIA

Gabbard GO, Ogden TH: Sobre se tornar um psicanalista. Int J Psychoanal 90(2):311–327, 2009 19382962

Machine Translated by Google



Parte I

dilemas diagnósticos

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google



1

Narcisismo e seus descontentamentos

Hoje, os descontentamentos do narcisismo estão ao nosso redor. Em primeiro lugar a maioria, muitos pacientes com distúrbios narcísicos são infelizes. Eles costumam viver vidas de desespero barulhento. Eles parecem não conseguir encontrar o que estão procurando. Na verdade, eles nem mesmo têm certeza do que esperam encontrar. A noção de amor-próprio é freqüentemente usada para caracterizar a essência do narcisismo, mas se aplica apenas a um subgrupo de indivíduos com narcisismo patológico. Com mais frequência, os narcisistas são extraordinariamente inseguros sobre sua capacidade de amar e ser amados e ficam frenéticos em sua busca por outras pessoas que os admirem, se impressionem com eles, tenham empatia por suas necessidades, validem sua especialidade e/ou sirvam como um idealizador. objeto que nunca irá envergonhá-los ou humi

Machine Translated by Google

No entanto, eles tendem a passar pela vida desapontados porque o que procuram é uma tarefa difícil - que geralmente não pode ser cumprida em um mundo de relacionamentos imperfeitos e ambivalentes.

O nível de sofrimento em pessoas com distúrbios narcísicos é altamente variável. Alguns construíram fachadas defensivas de modo a evitar – ao menos parcialmente – a angústia de seu vazio ou de sua incapacidade de obter a resposta que desejam dos outros. Outros passam a vida com uma ferida aberta, sentindo-se atacados de todas as direções, sem trégua para a dor. Muitos estão em um continuum entre os dois extremos, com variações que dependem de estressores atuais e contextos específicos em suas vidas. De qualquer forma, seria seguro presumir que a maioria está infeliz, se não desesperada.

Os profissionais de saúde mental envolvidos no trabalho clínico acham o termo *narcisismo* irritante porque não podem ter certeza do que significa quando um colega fala de narcisismo. O narcisismo patológico denota muito amor próprio? Insegurança profunda? Baixa auto-estima? Muita autoestima? Egoísmo? Distanciamento? A convicção de que alguém é mais inteligente, mais bonito, mais elegante ou mais bem conectado do que outros? Uma incapacidade de sintonizar o que os outros estão sentindo ou pensando? Usado como adjetivo, *narcisista* pode se referir a alguém que é completamente desagradável e desagradável ou alguém cujo sucesso e confiança são invejados.

Quase todo mundo reconhece a existência de um autointeresse saudável, ou seja, uma espécie de narcisismo que envolve o autocuidado e o orgulho de um trabalho bem feito. Se um comportamento egoísta é patológico ou não, também pode depender da fase do ciclo de vida da pessoa. Uma adolescente que passa horas obcecada sobre como deseja aparecer na foto que está prestes a enviar para a mídia social pode muito bem ser vista como “normal” para sua fase da vida. Para complicar ainda mais as coisas, uma pessoa rotulada como “narcisista” pode responder a uma ofensa tendo um colapso emocional, enquanto outra com o mesmo rótulo pode parecer imune a qualquer insulto por causa de sua aparente autoconfiança. Essa confusão generalizada sobre a natureza do narcisismo - saudável e patológico - reflete claramente o fato de que existem muitas faces do narcisismo (Burgo 2015; Caligor et al. 2015; Campbell e Miller 2011; Gabbard e Crisp-Han 2016).

O descontentamento dos clínicos também está ligado à frustração que experimentam com suas tentativas de tratar pacientes narcisistas, que podem insistir em ditar as condições do tratamento, ignorar os comentários de seus terapeutas e “corrigi-los” indicando-lhes onde eles erraram e apontaram o que deveriam dizer e quando deveriam dizer. Além disso, esses pacientes muitas vezes são frustrantes porque desaparecem do tratamento abruptamente sem explicação. Na outra ponta do

Machine Translated by Google

continuum, quando permanecem com a terapia, o tratamento pode ser prolongado com muito poucos sinais de mudança. De fato, esses pacientes podem parecer insensíveis às observações do clínico que os trata e, ainda assim, permanecer em tratamento sem fazer melhorias substanciais. Esses tratamentos podem estar entre os mais longos e árduos e podem parecer intermináveis.

Pesquisadores da área de saúde mental também podem ser incluídos entre os descontentes. O transtorno de personalidade narcisista (NPD) como uma entidade clínica tem sido um desafio para estudar. Devido à natureza pleomórfica do NPD, definir a entidade para pesquisas significativas tem tentado as mentes de uma série de pesquisadores qualificados. Quando o Grupo de Trabalho de Transtornos da Personalidade da Associação Psiquiátrica Americana se reuniu para desenvolver critérios para o DSM-5 (American Psychiatric Association 2013), este órgão sugeriu que o NPD deveria ser excluído do DSM-5 devido à sua baixa prevalência e à escassez de pesquisas sistemáticas no NPD em comparação com muitos dos outros transtornos de personalidade (Skodol et al. 2011). Intenso debate continuou sobre quais entidades deveriam ou não ser incluídas no

os transtornos de personalidade do DSM-5, alimentados por uma recomendação por parte do Grupo de Trabalho de Transtornos de Personalidade para reformular o sistema para critérios diagnósticos específicos. Ao mesmo tempo, dezenas de clínicos e pesquisadores ficaram indignados com a ideia de retirar o NPD do grupo de transtornos de personalidade do DSM-5 por causa de sua alta prevalência na prática clínica. Apesar da falta de clareza e de pesquisas rigorosas, o NPD como diagnóstico acabou sendo incluído entre os transtornos de personalidade do DSM-5, para grande alívio de muitos médicos.

Famílias de jovens adultos que têm o diagnóstico de NPD são uma terceira categoria de descontentamento. Tornou-se uma prática comum nos cuidados de saúde mental contemporâneos os clínicos sentarem-se com o paciente e a família e explicarem a base do diagnóstico como parte de uma intervenção psicoeducacional destinada a fornecer informações úteis. Em muitos casos, como no transtorno de personalidade limítrofe, essa abordagem levou a uma abordagem de tratamento mais sofisticada e eficaz, na qual famílias e pacientes podem se aliar em um esforço sistemático para melhorar os sintomas e a qualidade de vida do paciente (Gunderson e Hoffman 2005).

No entanto, quando se trata do diagnóstico de NPD, nem os pacientes nem os familiares querem ouvir essas três palavras como a conclusão diagnóstica do profissional avaliador. Como o termo *narcisista* tem uma conotação tão pejorativa em seu uso em toda a sociedade, raramente é recebido por um paciente ou uma família como uma informação útil que pode direcionar o tratamento. Compartilhar essas informações geralmente resulta em raiva explosiva, sentimentos feridos, negação e culpa. O diagnóstico pode dar a entender ao paciente que ele ou ela é uma pessoa terrível e causar uma profunda vergonha e humilhação.

Machine Translated by Google

Amantes e cônjuges são outro grupo de indivíduos descontentes que sentem que foram profundamente maltratados por indivíduos narcisistas. Dombek (2016) observou que a ampla mudança do discurso contemporâneo para o ciberespaço forneceu um lugar para as vítimas de narcisistas compartilharem suas experiências e receberem apoio de outras pessoas. Os sites onde as pessoas podem obter suporte incluem www.narcissismsurvivor.com, www.narcissismuncovered.com, www.thenarcissisticlife.com e www.narcissismfree.com. Muitas das representações apresentadas nesses sites fornecem retratos horríveis do egoísmo de pessoas com características narcisistas e relatos comoventes daqueles que foram maltratados por eles. Eles também servem como grupos de apoio para aqueles que sentem que foram explorados por cônjuges ou amantes extremamente egocêntricos. Também surgiram livros escritos para leitores leigos que fornecem orientação para aqueles que sentem que precisam de ajuda para se livrar de relacionamentos narcísicos (Beharry 2013; Burgo 2015). Portanto, parece haver um contingente relativamente grande de descontentes que estão em pé de guerra contra sua vitimização nas mãos de vitimizadores narcisistas.

Essa visão inicial dos descontentamentos omite um aspecto raramente discutido inerente ao tratamento de pacientes narcisistas: o prazer distinto que os clínicos podem sentir com alguns pacientes narcisicamente organizados que transmitem um desejo desesperado de ser amado e conhecido que evoca empatia, admiração e conexão humana. Com esses pacientes, um credo fundamental dos clínicos, que é aliviar o sofrimento do paciente, vem à tona.

O MITO DE NARCISO

Os psicanalistas gostam de se apropriar de textos antigos de autores gregos e romanos em suas exposições de síndromes que observam na prática clínica. Sófocles forneceu a tragédia de Édipo. Ovídio escreveu sobre Narciso. No mito de Narciso, que tem várias variações, um menino olha para uma poça d'água e se apaixona por seu próprio reflexo. Essa versão supersimplificada, no entanto, provavelmente não é o que Ovídio pretendia. Na verdade, Narciso pensa que vê outro menino, não ele mesmo. Narciso está impressionado com sua experiência de encontrar um parceiro perfeito com quem possa existir um amor ideal. Ele experimenta uma harmonia ideal na qual duas pessoas perfeitamente adequadas e idênticas estão unidas em êxtase.

Na análise do mito de Dombek (2016), ela observou que a história de Narciso é, na verdade, um conto de advertência sobre a capacidade imperfeita de “conhecer a si mesmo”. Ela enfatizou que podemos cair em ilusões quando nos encontramos em todos os lugares. Em sua perspectiva, a narrativa do mito

Machine Translated by Google

muitas vezes é erroneamente considerado um retrato do mal ou da patologia, mas é fundamentalmente um caso de identidades equivocadas, ou seja, as ilusões pelas quais passamos no caminho do amor. Os narcisistas não conseguem ver que estão olhando para o próprio rosto quando pensam que estão olhando para outra pessoa. O mito, então, é mais sobre desconhecimento do que sobre amor próprio.

A história de Ovídio é sobre alguém que olha para outra pessoa e vê uma versão idealizada de si mesmo e então se apaixona por um reflexo em vez

do que uma pessoa.

A HIDRA DE MULTI CABEÇAS DO **NARCISISMO**

O problema de chegar a um consenso claro sobre a natureza do NPD ou narcisismo patológico surge de suas apresentações variadas e da diversidade dos indivíduos que podem receber o diagnóstico. Os critérios do DSM-5 definidos para NPD são enganosos a esse respeito (Caixa 1–1).

Caixa 1–1. Critérios de Diagnóstico DSM-5 para Transtorno de Personalidade Narcisista **301.81** **(F60.81)**

Um padrão generalizado de grandiosidade (em fantasia ou comportamento), necessidade de admiração e falta de empatia, começando no início da idade adulta e presente em uma variedade de contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Tem um senso grandioso de auto-importância (por exemplo, exagera realizações e talentos, espera ser reconhecido como superior sem realizações comensuráveis).

2. Está preocupado com fantasias de sucesso ilimitado, poder, brilho, beleza ou amor ideal.

3. Acredita que ele ou ela é “especial” e único e só pode ser compreendido ou deve se associar a outras pessoas (ou instituições) especiais ou de alto status.

4.Requer admiração excessiva.

5. Tem um senso de direito (ou seja, expectativas irracionais de tratamento especialmente favorável ou cumprimento automático de suas expectativas).

6.É explorador interpessoal (ou seja, tira vantagem dos outros para alcançar seus próprios objetivos).

7.Falta de empatia: não está disposto a reconhecer ou se identificar com os sentimentos e necessidades dos outros.

8. Frequentemente tem inveja dos outros ou acredita que os outros têm inveja dele.

9. Mostra comportamentos ou atitudes arrogantes e arrogantes.

Fonte. Reimpresso da Associação Americana de Psiquiatria: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição, Arlington, VA, Associação Americana de Psiquiatria, 2013. Copyright © 2013 Associação Americana de Psiquiatria. Usado com permissão.

Machine Translated by Google

Esses critérios são talvez os mais amplamente reconhecidos por indivíduos dentro e fora do campo da saúde mental – o arrogante e presunçoso cafajeste que quer que todos o admirem e "alimentem seu ego".
Ele ou ela pode parecer alheio às opiniões dos outros e se esconder atrás de uma verdadeira armadura que protege de se sentir ferido ou menosprezado (Gabbard 2014). A noção de que cinco dos nove critérios definirão o NPD é simplificada demais. Os critérios podem ajudar a identificar uma variante do narcisismo patológico, mas a hidra de várias cabeças do narcisismo desafia definições simples baseadas no número de sintomas em uma lista de verificação.

Uma subtipagem mais nuançada ocorreu nas últimas duas décadas, o que permitiu ao campo endossar um subtipo grandioso ou inconsciente, por um lado, e um subtipo vulnerável ou hipervigilante, por outro (Dickin son e Pincus 2003; Gabbard 1989, 1998; Pincus e Lukowitsky 2010; Wink 1991). Na verdade, já em 1987, o psicanalista britânico Herbert Rosenfeld fazia uma distinção entre *pessoas de pele grossa* e *pessoas de pele fina.*
narcisistas. O indivíduo vulnerável ou hipervigilante é sensível porque está sempre percebendo ofensas ou injúrias narcísicas nos comentários dos outros (Rosenfeld 1987). Esse subtipo de narcisista pode explodir em explosões emocionais ao se sentir ferido. Em contraste, o tipo grandioso é mais alheio ao que está acontecendo com os outros e vê aqueles ao seu redor como potenciais membros da audiência que podem lhe dar a admiração de que ele precisa.

Essa distinção entre subtipos extraídos da pesquisa e da psiquiatria descritiva é espelhada nos escritos psicanalíticos clássicos de Otto Kernberg e Heinz Kohut. As primeiras descrições clínicas de Kernberg (1975) são semelhantes ao subtipo grandioso, egocêntrico e agressivo.
Kohut (1971, 1977) enfatizou que os pacientes narcisistas se desenvolvem mentalmente parados em um estágio em que exigem respostas específicas de pessoas em seu ambiente para manter um self coeso.
Falhas empáticas nos pais levam a fragmentações do self.
Assim, a agressão no paciente seria considerada secundária a lesões narcísicas de outras pessoas. O eu de uma pessoa organizada narcisicamente é visto como frágil, mas potencialmente "normal" se provido de empatia e compaixão.
Funções ausentes precisam ser internalizadas de outras pessoas.
Kernberg (1975, 1984, Kernberg 2014) enfatizou que o self de um indivíduo narcisista é uma estrutura altamente patológica baseada em um modelo de conflito, mas o pensamento de Kohut é baseado em um modelo de déficit no qual o self não é uma estrutura defensiva.

Os terapeutas que realizam tratamentos com pacientes narcisistas têm sua própria versão de descontentamento ao tentar "encaixar" seus pacientes em subtipos diagnósticos concisos. Essas distinções de subtipos arriscam uma

Machine Translated by Google

simplificação de apresentações clínicas complexas. Aqueles pacientes que parecem ser indivíduos grandiosos, autoconfiantes e narcisistas podem desmoronar em resposta a decepções, rejeições ou idade avançada (Caligor et al. 2015; Gabbard 2014). Da mesma forma, aqueles que são hipervigilantes podem explodir em explosões de raiva, desprezo e grandiosidade se a lesão narcísica atingir um alvo sensível dentro de si. Assim, essas distinções podem depender do momento em que o paciente narcísico é atendido. Esses subtipos também são problemáticos, pois muitos dos estudos que levaram a essas conclusões foram fortemente baseados em questionários de autorrelato. A pesquisa sugere que a maioria dos indivíduos com transtornos de personalidade, e aqueles com NPDs em particular, têm pouca percepção de como os outros os vivenciam. Carlson e Oltmanns (2015) estudaram uma grande amostra da comunidade de adultos para determinar quais pessoas podem ter sintomas de transtorno de personalidade. Em comparação com os indivíduos do estudo que apresentavam menos sintomas de transtorno de personalidade, aqueles com mais sintomas típicos de transtorno de personalidade eram menos precisos ao estimar a negatividade das impressões que causavam em seus conhecidos.

Assim, os autores concluíram que esta coorte com problemas de personalidade tinha dificuldades com meta-percepção.

Para abordar essa dificuldade de confiança excessiva em questionários de autorrelato, Russ et al. (2008) usou o Procedimento de Avaliação Shedler-Westen-II (SWAP-II) para pesquisar como os médicos fizeram um diagnóstico de NPD. Mil e duzentos psiquiatras e psicólogos clínicos participaram e usaram o SWAP-II para caracterizar os pacientes que consideravam mais característicos do NPD. Portanto, os protótipos coletados foram baseados em perspectivas clínicas e não em auto-relato. A partir desse exercício, um total de 255 pacientes atendeu aos critérios do DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) para NPD. A análise do fator Q foi usada para identificar três subtipos, que os autores rotularam como grandiosos/malignos, frágeis e altamente funcionais/exibicionistas. Eles também descobriram que as principais características do NPD incluem vulnerabilidade interpessoal, dificuldades para regular o afeto, competitividade e sofrimento emocional subjacente, todos ausentes dos critérios do DSM-5.

O tipo *grandioso/ maligno ,* ou o narcisista inconsciente, foi caracterizado por auto-importância exagerada, falta de remorso, manipulação interpessoal, raiva fervilhante, busca de poder interpessoal e sentimentos de privilégio. Pessoas na categoria *frágil ,* muito parecidas com o subtipo hipervigilante ou vulnerável, repeliam sentimentos dolorosos de inadequação com grandiosidade usada defensivamente e tinham uma poderosa corrente subjacente de sentimentos inadequados, estados afetivos negativos e solidão. Os médicos cujos relatórios foram reunidos também notaram uma quantidade considerável de alternância entre sentimentos grandiosos e sentimentos inadequados.

Machine Translated by Google

sentimentos que refletiam uma alternância de auto-representações contraditórias desencadeadas por variedades de ameaças. O terceiro tipo, a variante de *alto funcionamento ,* tinha um senso exagerado de auto-importância, mas esses indivíduos também eram extrovertidos, enérgicos e articulados. Eles aparentemente usaram seu narcisismo como forte motivação para o sucesso. Eles tendiam a ser adeptos do relacionamento interpessoal e orientados para a realização.

Mais recentemente, Ackerman et al. (2017) tentou esclarecer a definição de narcisismo usada tanto por psicólogos clínicos quanto por psicólogos sociais/da personalidade. Uma lista abrangente de atributos associados ao narcisismo foi compilada, e especialistas de ambas as disciplinas classificaram as características em termos de sua centralidade para o narcisismo. Houve um consenso geral de que características grandiosas eram mais centrais. As principais características avaliadas por ambos os grupos de especialistas incluíam um senso de direito, metas e ideais excessivamente ambiciosos, fantasias grandiosas, raiva narcisista e hipervigilância. O fato de a hipervigilância ter feito o corte sugere que a vulnerabilidade a ofensas é reconhecida como um fator-chave no diagnóstico.

De uma perspectiva psicanalítica, um tema que permeia todos os subtipos de pacientes narcisistas é a preocupação em ser visto pelos outros e como eles são vistos por quem os vê. Steiner (2006) atribui essa preocupação a uma aguda autoconsciência e ao medo de ser humilhado ou envergonhado. Os narcisistas frágeis ou hipervigilantes tentam manter a auto-estima e evitar situações humilhantes sintonizando-se com os outros e descobrindo como se comportar. Os narcisistas inconscientes ou grandiosos tentam se isolar da lesão narcísica, filtrando as respostas dos outros (Gabbard 2014).

Um traço comum encontrado em distúrbios narcísicos é uma sensação de "falta." Isso pode ser visto como falta de um senso de identidade durável e contínuo ao longo do tempo, levando os indivíduos a se sentirem vazios. Caligor et ai. (2015) observaram que um senso de identidade extremamente frágil pode estar presente, mas depende da visão de si mesmo como excepcional de alguma forma. Ao se sentirem grandiosos ou especiais, esses indivíduos podem ter a ilusão de alguma forma de autoexperiência estável. Colegas ou conhecidos narcisistas são frequentemente referidos com comentários como “ele é tão cheio de si auto!" A ironia é que esses indivíduos costumam ser terrivelmente vazios (Dombek 2016).

FALSA DIALÉTICA

Um dilema comum enfrentado pelos médicos que tentam diagnosticar um problema narcisista em um paciente ocorre quando o médico assume que as pessoas narcisistas são incapazes de altruísmo. Muitos de nós tendem a considerar o narcisismo e o altruísmo como sendo extremos opostos de um contin.

Machine Translated by Google

uum, mas, na verdade, algumas pessoas com psicopatologia narcísica grave também são capazes de ser generosas com seu tempo e energia a serviço de ajudar os outros. Muitos médicos e clérigos, por exemplo, são altamente dedicados a seus pacientes ou paroquianos porque obtêm gratificação narcísica ao ajudar os outros. Se isso equivale a narcisismo saudável ou alguma forma de narcisismo patológico é frequentemente difícil de determinar.

Uma consideração abrangente neste contexto é que, na maioria dos casos, as pessoas que são altruístas estão se beneficiando diretamente de seu altruísmo (Gabbard e Crisp-Han 2016). Se um estranho vir uma criança que caiu em um rio caudaloso, ele ou ela pode resgatá-la não apenas por motivos altruístas, mas também para ser aclamado como herói pela mídia local. De fato, em um estudo de neuroimagem, Moll et al. (2006) demonstraram como comportamentos altruístas são diretamente benéficos para a pessoa que está realizando tais comportamentos. Os participantes do estudo tiveram que optar por endossar ou se opor a causas sociais por meio de decisões anônimas de doar ou abster-se de doar para organizações de caridade reais. O sistema de recompensa mesolímbica estava ativado quando os participantes *doavam* dinheiro da mesma forma que quando recebiam *prêmios* monetários. Os pesquisadores inferiram que o altruísmo ativa centros cerebrais associados a prazeres egoístas como sexo ou alimentação.

A capacidade de trabalhar e amar é frequentemente vista como um sinal de saúde mental, mas a situação é mais complexa quando os clínicos procuram uma patologia narcísica. Muitos narcisistas são capazes de atuar em níveis elevados na profissão que escolheram. Um melhor reflexo de sua saúde ou patologia é examinar a gama de relacionamentos e sua qualidade. Uma ferramenta diagnóstica útil é encorajar o paciente a caracterizar como ele vê a si mesmo e aos outros e ouvir sem julgamento.

O narcisismo tem seu próprio curso de desenvolvimento ao longo de um continuum do primitivo ao saudável ou maduro. Além disso, há regressões nesse caminho de desenvolvimento – por exemplo, passagem da meia-idade, envelhecimento e o espectro da morte – que tornam difícil considerar se o narcisismo é patológico ou saudável em qualquer momento. O contexto deve ser levado em consideração. Poland (2017) observa que o narcisismo saudável ou maduro “serve a si mesmo valorizando o outro, preocupando-se com os outros e com ideais além de si mesmo” (p. 97). Indivíduos com narcisismo patológico lutam para tentar obter a resposta de que precisam dos outros para manter um senso de auto-estima. Aqueles com maturidade

o narcisismo tem algum grau de resiliência diante do narcisista no júri e pode se recuperar de um golpe. No entanto, essas distinções podem ficar turvas quando a dúvida é ativada.

Também há confusão sobre se os pacientes narcisistas realmente sentem angústia ou simplesmente provocam angústia nos outros. Os médicos muitas vezes tendem a

Machine Translated by Google

minimizar a dor emocional que os pacientes narcisistas sentem. Em um estudo rigoroso de uma amostra nacionalmente representativa de 34.365 indivíduos, Eaton et al. (2017) investigou como o NPD se relacionava com outros transtornos mentais usando o modelo de fatores de internalização versus externalização para determinar como essas dimensões se aplicavam aos NPDs. Os fatores internalizantes tiveram dois subfatores: angústia e medo, típicos de transtorno de ansiedade e transtornos de humor. Fatores de externalização típicos de transtorno de personalidade antissocial, transtorno de personalidade limítrofe e abuso de substâncias também foram considerados. Os resultados indicaram que o NPD foi melhor conceituado como um distúrbio de sofrimento para homens e mulheres. É altamente possível que esse alto nível de angústia possa ser obscurecido pela grandiosidade e autopromoção de muitos narcisistas, bem como pelo sentimento de angústia do terapeuta ao tentar envolver o paciente em um processo colaborativo.

Identificar quem é narcisista e quem não é é muito “tudo ou nada” para o complexo entendimento necessário. Diferentes pessoas narcisistas têm diferentes maneiras de se relacionar. Devido às variações observadas na maneira como os narcisistas tratam os outros, um exame cuidadoso dos modos de relacionamento é crucial na tentativa de obter uma maior compreensão dos aspectos idiossincráticos de cada paciente narcisista. No Capítulo 3, “Modos de Relacionamento”, discutimos essas variações em detalhes.

O CONTÍNUO NARCÍSICO

Ainda outro dilema diagnóstico encontrado pelos clínicos é a *gravidade* das características narcísicas. Caligor et ai. (2015) apontou que de todos os transtornos de personalidade, o espectro mais amplo de gravidade ocorre no NPD.
Essa distinção pode ser particularmente relevante na avaliação do grau de comportamento antissocial ou psicopático em um paciente. Os distúrbios narcísicos são frequentemente conceituados em um continuum com a psicopatia (Gabbard 2014; Kernberg 2014). O leitor deve ter em mente que as posições em um continuum hipotético não são reificadas ou rígidas e podem mudar com base no contexto emocional ou interpessoal.

Problemas narcisistas leves que ficam aquém do verdadeiro NPD aparecem no nível mais alto do continuum, e a psicopatia está no nível mais baixo.
Os verdadeiros psicopatas são totalmente incapazes de se envolver em relacionamentos não exploradores e não podem conceber os outros como tendo motivos altruístas. Aproximadamente 20% a 50% daqueles que atendem aos critérios para transtorno de personalidade antissocial também atendem aos critérios para psicopatia (Hare 2006). A psicopatia parece ter origens biológicas significativas, conforme sugerido por estudos de crianças com traços insensíveis e sem emoção, incluindo características como total falta de empatia e ausência de culpa (Blair et al. 2001). Essas crianças não conseguem processar o medo e a tristeza.

Machine Translated by Google

Eles também podem ter menos reatividade amigdalar a rostos de medo em comparação com outras crianças da mesma idade (Jones et al. 2009). Assim, os caminhos psicopatas podem parecer narcisistas na forma como se relacionam com os outros, mas a perturbação é muito mais profunda e inalterável do que aquelas personalidades narcisistas nos níveis mais elevados do continuum.

Pode-se diferenciar o transtorno de personalidade antissocial propriamente dito da verdadeira psicopatia pela existência de alguma capacidade para ansiedade e depressão, o que reflete a existência de componentes do superego. Portanto, uma parte fundamental de uma avaliação nesse espectro é procurar déficits no superego do paciente, um padrão de desonestidade e uma atitude insensível em relação a ferir os outros. O ponto exato em que o transtorno de personalidade antissocial transita para NPD é difícil de identificar. Kernberg (1998) sugere que o narcisismo maligno reside um passo acima no continuum de um transtorno de personalidade tissocial. Esta entidade é caracterizada por sadismo ego-sintônico e uma orientação paranóide. Esses indivíduos diferem dos indivíduos psicopatas e antissociais por terem alguma capacidade de lealdade e preocupação com os outros. Eles também podem imaginar que outras pessoas podem ter preocupações e convicções morais. Essa capacidade não está presente no verdadeiro psicopata, que assume que em cada encontro a outra pessoa está agindo apenas por interesse próprio.

Um passo acima do narcisista maligno é o NPD, com algum grau de comportamento antissocial. Indivíduos com NPD carecem das qualidades sádicas e paranoicas do narcisista maligno, mas, no entanto, podem ser capazes de explorar os outros a serviço de seus próprios objetivos. No entanto, eles sentem culpa e preocupação com os outros e podem planejar o futuro de forma realista. Sua dificuldade em se comprometer com relacionamentos profundos pode se refletir no que parece ser um comportamento antissocial.

No extremo superior do continuum narcísico, os clínicos atendem muitos pacientes que não são uma “cultura pura” de NPD. Eles têm misturas idiossincráticas de características caracterológicas que estão entrelaçadas. Aqueles que se enquadram na categoria do subtipo de alta funcionalidade podem ser profissionais que obtiveram considerável aclamação em suas áreas. Muitos deles têm características obsessivas-compulsivas e são workaholics. O perfeccionismo é uma característica central do transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva, e Rothstein (1980) identificou a busca da perfeição como uma característica significativa do narcisismo patológico. Essa combinação de características narcisistas e obsessivo-compulsivas pode levar a um comportamento autoritário e controlador com os outros, mas as pessoas com esse quadro caracterológico misto também podem ser capazes de sentir empatia pelos outros e ter reciprocidade e reciprocidade nos relacionamentos. Embora possam fazer piadas sobre sua compulsividade, raramente fazem pouco caso de seu narcisismo. A maioria prefere considerar seu comportamento impulsivo como tendo origem em tendências obsessivo-compulsivas.

Machine Translated by Google

O uso de rótulos diagnósticos também é afetado pelos estereótipos de gênero. Quando alguém usa o termo “narcisista”, os ouvintes podem pensar automaticamente que um homem está sendo referido. Por outro lado, se alguém usar o termo “histriônica”, o estereótipo de uma mulher emocionalmente volátil e altamente sedutora pode entrar em sua mente – uma versão moderna de Scarlett O'Hara. Da mesma forma, o transtorno de personalidade borderline é muito mais comum em mulheres do que em homens, e algumas mulheres narcisistas são diagnosticadas como portadoras de transtorno de personalidade borderline. Como Kernberg (1975) enfatizou há muito tempo, alguém que atende aos critérios para NPD pode muito bem ter uma organização de personalidade limítrofe subjacente.

A suposição de que os homens são mais propensos a serem narcisistas do que as mulheres não resiste ao escrutínio. Klonsky et ai. (2002) conduziram um estudo empírico com 665 estudantes universitários e descobriram que os sujeitos do estudo que se comportavam de uma forma que era uma versão exagerada de seu gênero exibiam mais características narcísicas, independentemente de serem homens ou mulheres. Os autores especularam que pode haver formas masculinas e femininas de ser narcisista que refletem tipos estereotipados de gênero dentro da cultura.

Aqueles indivíduos que apresentam alguma mistura de personalidade histriônica/histérica e traços de personalidade narcísica podem apresentar considerável complexidade diagnóstica. Muitas pessoas histriônicas podem parecer vaidosas e exibicionistas da mesma forma que algumas pessoas narcisistas são. Pode ser altamente desafiador determinar se há uma maior capacidade de se importar com os outros e de ter empatia com os sentimentos dos outros. Ocorrem variações dessas combinações, portanto, muitas vezes é necessário avaliar continuamente o nível de gravidade à medida que a avaliação ou o tratamento avançam.

Obviamente, também pode haver uma sobreposição considerável entre características de personalidade limítrofe e narcisista. No entanto, o paciente narcisista é um pouco mais estável e consistente e menos propenso a se envolver em comportamentos altamente impulsivos e autodestrutivos, como a automutilação. Quando tentamos identificar características que distinguem o NPD de outros transtornos de personalidade, no entanto, devemos ter em mente que a pesquisa demonstra que há comorbidade significativa com outros transtornos de personalidade, particularmente histriônico e antissocial, e com comportamento passivo-agressivo (Clemence et al. 2009).

Outro dilema diagnóstico aparece na extremidade superior do continuum narcísico. Os narcisistas hipervigilantes podem apresentar transtorno de personalidade esquiva ou até mesmo transtorno de ansiedade social. Esses pacientes podem desconfiar de interações com outras pessoas por medo de desaprovação, crítica ou rejeição. Eles relutam em se envolver com os outros, a menos que tenham certeza de serem amados. No entanto, os indivíduos evitativos se sentem inadequados e carecem da grandiosidade subjacente do narcisista hipervigilante.

Machine Translated by Google

Alguns pacientes vulneráveis ou hipervigilantes também apresentarão um quadro clínico que envolve a interface de masoquismo e narcisismo.
Cooper (1993) escreveu que muitas vezes encontramos traços narcisistas proeminentes em um paciente masoquista ou autodestrutivo. Esses indivíduos passam a vida como coletores de queixas e estão sempre culpando os outros por seus problemas. Esses pacientes podem parecer abertamente empáticos e abnegados, mas logo abaixo da superfície fica claro que eles estão interessados principalmente em como foram maltratados e em seu próprio sofrimento. Freqüentemente, eles sentem que ganharam uma distinção especial por terem sofrido mais extensivamente e mais severamente do que qualquer outra pessoa que conheçam.
Do seu ponto de vista, o seu sofrimento extraordinário deveria merecer um reconhecimento especial por parte dos outros. Quando esse reconhecimento não ocorre, eles podem se sentir vitimizados novamente. Um desenvolvimento comum no decorrer do tratamento é que os pacientes ficam cada vez mais convencidos de que o terapeuta não tem empatia com a forma como eles veem as coisas, mas, em vez disso, está tentando ajudar o paciente a ver o ponto de vista do cônjuge ou parceiro. Eles podem então ficar justificadamente indignados e podem encerrar seu tratamento abruptamente. Eles podem finalmente consultar uma série de terapeutas, cada um dos quais falha com eles - na visão dos pacientes - "culpando-os" por seu próprio sofrimento.

Tendências autodestrutivas são difundidas em pacientes narcisistas. De fato, uma das características trágicas que está presente em praticamente todos os pacientes narcisistas é que eles minam a resposta de afirmação e admiração dos outros que procuram desesperadamente. Quanto mais eles tentam controlar como os outros devem reagir a eles, mais eles alienam aqueles a quem desejam impressionar. Sua carência é demais para a maioria das pessoas. Além disso, quando se aproximam de alguém, podem se sentir pior porque a outra pessoa tem qualidades que lhes faltam. Outra dimensão trágica é que eles estão tão ocupados tentando alcançar, destacar-se, atrair a atenção, ser a “estrela” e ofuscar seus supostos rivais que provavelmente perderão suas vidas. Ou seja, têm dificuldade em ter as gratificações do dia a dia que dão sentido à vida. Sua busca pela perfeição os deixa sempre aquém e raramente satisfeitos.

DIAGNÓSTICO DE NARCISISMO EM UMA ERA DA INTERSUBJETIVIDADE

O pensamento psicanalítico evoluiu para além de uma psicologia de uma pessoa nas últimas décadas, de modo que a intersubjetividade de qualquer díade terapêutica é um dado. Em outras palavras, cada membro da díade entra no relacionamento com um sistema familiar internalizado e um self idiossincrático.

Machine Translated by Google

estrutura que emergiu de um passado imperfeito. Com toda a sua bagagem a reboque, os dois parceiros da empresa criam em conjunto a atmosfera da terapia. Os clínicos têm suas próprias lutas para manter a auto-estima, e um desejo narcisista de se dar bem com o paciente pode ser o campo de batalha no qual essa luta é travada. Diz-se que muitos dos grandes inovadores da psicanálise, incluindo o próprio Freud, eram narcisistas. Na verdade, esse adjetivo em particular é uma arma favorita usada por um clínico contra outro que parece ser mais bem-sucedido ou admirado. Além disso, como clínicos, podemos ter pontos cegos com pacientes narcisistas quando eles têm uma forma de narcisismo que corta muito perto do osso para nós. É fácil negar projetivamente nossos próprios problemas de auto-estima e vê-los apenas no paciente. No discurso contemporâneo, o narcisista se tornou o “outro” – alguém “diferente de mim”. No entanto, alguns narcisistas de alto desempenho também podem encantar e impressionar o terapeuta a ponto de criar pontos cegos diagnósticos. O terapeuta pode se sentir “especial” por causa da bajulação do paciente narcisista que veio pedir ajuda.

A complexidade da psicopatologia narcísica é assustadora. Provavelmente é do melhor interesse do paciente e, nesse caso, do tratamento final, se o clínico não focar redutivamente se o paciente tem ou não NPD. Tal abordagem é excessivamente binária e pode levar a mal-entendidos. A maioria de nós deseja ter sucesso na vida e ser respeitado pelos outros. Todos nós temos algum grau de narcisismo, e ele se revela em contextos particulares que têm significados especiais para nós. Nossas vulnerabilidades se tornam aparentes quando gatilhos no presente ativam velhas feridas do passado. De fato, é precisamente nossa própria capacidade de desejos e lesões narcísicas que nos permite ter empatia e nos identificar com o sofrimento do paciente narcísico. Uma abordagem muito mais útil para diagnóstico e tratamento é evitar a obsessão sobre se o paciente atende a determinados critérios e, em vez disso, avaliar os temas narcísicos no material à medida que surgem e ver como eles se relacionam com outras características para criar uma pessoa única. Afinal, Hipócrates nos ensinou que saber o diagnóstico não é tão importante quanto saber quem é a pessoa com o diagnóstico.

REFERÊNCIAS

Ackerman RA, Hands AJ, Donnellan MB, et al: Opiniões dos especialistas sobre o conceitualização do narcisismo. J Pers Disord 31(3):346–361, 2017 27322575

Associação Psiquiátrica Americana: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Edição. Washington, DC, Associação Americana de Psiquiatria, 1994

Machine Translated by Google

Associação Psiquiátrica Americana: Manual Diagnóstico e Estatístico de
Distúrbios, 5ª edição. Arlington, VA, Associação Americana de Psiquiatria, 2013
Beharry WT: Desarmando o Narcisista, 2ª Edição. Oakland, CA, New Harbin
fornece, 2013
Blair RJ, Colledge E, Murray L, et al: Uma deficiência seletiva no processamento de
expressões tristes e medrosas em crianças com tendências psicopáticas. J Ab norm
Child Psychol 29(6):491–498, 2001 11761283
Burgo J: The Narcissist You Know: Defending Yourself Against Extreme Narcis sists in an
All-About-Me Age, Nova York, Touchstone, 2015 Caligor E, Levy
KN, Yeomans FE: Transtorno de personalidade narcisista: desafios diagnósticos e clínicos.
Am J Psychiatry 172(5):415–422, 2015 25930131 Campbell WK, Miller JD (eds):
The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical
Approaches, Empirical Findings, and Treatments. Hoboken, Nova Jersey, Wiley,
2011
Carlson EN, Oltmanns TF: O papel da metapercepção nos transtornos de personalidade:
as pessoas com problemas de personalidade sabem como os outros vivenciam
sua personalidade? J Pers Disord 29(4):449–467, 2015
26200846 Clemence AJ, Perry JC, Plakun EM: Transtornos de personalidade narcisista e
limítrofe em uma amostra de pacientes refratários ao tratamento. Psychiatr Ann
39(4):175–184, 2009
Cooper AM: Abordagens psicoterapêuticas ao masoquismo. J Psychother Pract Res
2(1):51–63, 1993 22700126
Dickinson KA, Pincus AL: Análise interpessoal do narcisismo grandioso e vulnerável. J
Pers Disord 17(3):188–207, 2003 12839099 Dombek K: O
egoísmo dos outros: um ensaio sobre o medo do narcisismo. Novo
York, Farrar, Straus e Giroux, 2016
Eaton NR, Rodriguez-Seijas C, Krueger RF, et al: Transtorno de personalidade narcisista
e a estrutura dos transtornos mentais comuns. J Pers Disord 31(4):449–461, 2017
27617650 Gabbard
GO: Dois subtipos de transtorno de personalidade narcisista. Bull Menninger Clin
53(6):527–532, 1989 2819295
Gabbard GO: Transferência e contratransferência no tratamento de pacientes narcisistas,
em Distúrbios do Narcisismo: Implicações Diagnósticas, Clínicas e Empíricas.
Editado por Ronningstam EF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998,
pp 125–146 Gabbard GO: Psychodynamic
Psychiatry in Clinical Practice, 5ª Edição. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing,
2014 Gabbard GO, Crisp-Han H: As muitas faces do
narcisismo. World Psychiatry 15(2):115–116, 2016 27265694 Gunderson JG, Hoffman
PD (eds): Compreendendo e
Tratando o Transtorno de Personalidade Borderline: Um Guia Clínico para Profissionais e
Famílias. Arling ton, VA, American Psychiatric Publishing, 2005 Hare RD: Psicopatia:
uma visão clínica e forense. Psychiatr Clin North Am
29(3):709–724, 2006 16904507

Jones AP, Laurens KR, Herba CM, et al: hipoatividade da amígdala para rostos medrosos
em meninos com problemas de conduta e traços insensíveis e sem emoção. Am J
Psychiatry 166(1):95–102, 2009 18923070
Kernberg OF: Condições limítrofes e narcisismo patológico. Northvale, NJ, Aronson, 1975

Machine Translated by Google

Kernberg OF: Graves Transtornos de Personalidade: Estratégias Psicoterapêuticas. Novo Haven, CT, Yale University Press, 1984

Kernberg OF: Narcisismo patológico e transtorno de personalidade narcisista: fundamentação teórica e classificação diagnóstica, em Distúrbios do narcisismo: implicações diagnósticas, clínicas e empíricas. Editado por Ronningstam EF, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp 29–51

Kernberg OF: Uma visão geral do tratamento da patologia narcisista grave. Int J Psychoanal 95(5):865–888, 2014 24902768

Klonsky ED, Jane JS, Turkheimer E, et al: papel de gênero e transtornos de personalidade. J Pers Disord 16(5):464–476, 2002 12489312

Kohut H: A Análise do Self. Madison, WI, International Universities Press, 1971

Kohut H: A Restauração do Ser. Nova York, International Universities Press, 1977

Moll J, Krueger F, Zahn R, et al: Redes fronto-mesolímbicas humanas guiam decisões sobre doações de caridade. Proc Natl Acad Sci USA 103(42):15,623–15,628, 2006 17030808 Pincus AL,

Lukowitsky MR: Narcisismo patológico e transtorno de personalidade narcisista. Annu Rev Clin Psychol 6:421–446, 2010 20001728 Polônia W: Intimidade e

Separação em Psicanálise. Oxford, Reino Unido, Routledge, 2017

Rosenfeld H: Impasse e Interpretação: Fatores Terapêuticos e Antiterapêuticos no Tratamento Psicanalítico de Pacientes Psicóticos, Borderline e Neuróticos. Londres, Tavistock, 1987 Rothstein A: A busca

narcisista da perfeição. Nova York, International Uni versities Press, 1980 Russ E, Shedler J, Bradley R, et al:

Refining the construct of narcissisticpersonal disorder: diagnostic critérios and subtypes. Am J Psychiatry 165(11):1473–1481, 2008 18708489 Skodol AE, Bender DS, Morey LC, et al: Tipos

de transtornos de personalidade propostos para DSM-5. J Pers Disord 25(2):136–169, 2011 21466247

Steiner J: Vendo e sendo visto: orgulho narcísico e humilhação narcísica. Int J Psychoanal 87(Pt 4):939–951, 2006 16877245

Wink P: Duas faces do narcisismo. J Pers Soc Psychol 61(4):590–597, 1991 1960651

Machine Translated by Google



2

O Contexto Cultural de Narcisismo

Em 1979, Christopher Lasch lançou um livro extraordinariamente popular livro, *The Culture of Narcissism,* no qual ele fez um argumento persuasivo de que a mídia eletrônica prospera em imagens superficiais, o que leva à superficialidade e falta de profundidade na vida de muitos cidadãos americanos (Lasch 1979). A televisão, a publicidade e os filmes populares estão repletos de pessoas bonitas e atraentes com corpos perfeitos, dentes brancos e cabelos soltos. Suas roupas, claro, são impecáveis. Palavras, ideias e perspectivas ponderadas tornaram-se irrelevantes. Billy Crys

Machine Translated by Google

O personagem de tal, Fernando, no *Saturday Night Live,* capturou isso em uma declaração concisa: “Não é como você se sente, é como você se parece!”

Trinta anos após a publicação do livro de Lasch, Twenge e Campbell (2009) escreveram *The Narcissism Epidemic.* Ao contrário de Lasch, cujas conclusões eram impressionistas, esses autores basearam-se em um crescente corpo de pesquisa sobre narcisistas. Além disso, eles concentraram mais atenção no impacto de viver a própria vida nas mídias sociais, na mudança nos estilos parentais e no impacto do onipresente telefone portátil. Sua pesquisa resultou no conceito de *narcisismo geracional,* como Twenge sugeriu na edição revisada de *Generation Me* (Twenge 2014). Em sua opinião, as pessoas nascidas depois de 1982 tendem a adotar um conjunto comum de valores que inclui um senso de direito. Por exemplo, esses jovens adultos tendem a sentir que merecem riqueza e fama sem ter feito o necessário para ganhá-los. Uma década atrás, o National Institutes of Health patrocinou um estudo sobre transtorno de personalidade narcisista (NPD; Stinson et al. 2008) que descobriu que havia quase três vezes mais pessoas preenchendo os critérios para NPD na faixa etária de 20 a 29 anos do que na faixa etária acima de 65 anos. A geração do milênio cresceu com um meio quantitativo de aumento da auto-estima: o número de “curtidas” nas mídias sociais que oferecem gratificação instantânea ao longo do dia e até altas horas da noite. No entanto, a geração do milênio não é a única geração afetada pelas mudanças culturais transformadoras dos smartphones e das mídias sociais – qualquer pessoa com um dispositivo no bolso está sendo moldada pela capacidade de ter suas necessidades atendidas sob demanda, seja com produtos entregues à porta em menos de uma hora ou com textos ou postagens que exigem resposta imediata.

Twenge e Campbell (2009) observaram que em seu trabalho eles se concentraram principalmente na prevalência de traços de personalidade narcísica na população normal, reconhecendo que muitos desses casos não são suficientemente destrutivos para o indivíduo e outros para justificar o diagnóstico de NPD. Eles viram as principais influências nesse fenômeno cultural como resultado de pais mais permissivos e educação focada na auto-estima, uma cultura de mídia de celebridade superficial e a prevalência generalizada da comunicação na Internet. Eles também observaram que a disponibilidade de crédito fácil pode tornar realidade os sonhos narcísicos sem que as pessoas pensem muito nas consequências futuras. Esses fatores levaram a uma cultura na qual as pessoas confundem narcisismo extremo com autoestima sólida. Os dois são realmente bem diferentes.

A auto-admiração é uma característica fundamental desse narcisismo cultural. O fenômeno da selfie é difundido entre os jovens, que devem ser a geração mais filmada e fotografada de todos os tempos. Os pais agora vivenciam as funções da escola primária ou do ensino médio como uma briga com outros pares.

Machine Translated by Google

para garantir o melhor local possível para fotografar seus filhos no ato de recitar, dançar, cantar ou tocar um instrumento musical.
Números extraordinários de telefones portáteis e filmadoras acabam bloqueando a visão de outros pais que tentam tirar fotos semelhantes.

De outra perspectiva, pode-se argumentar que o smartphone está essencialmente assumindo a função parental, pois fornece uma maneira pela qual as pessoas podem se representar. Pode-se comparar esse fenômeno à maneira como tirar fotos de obras de arte altera a experiência da própria obra de arte original (P. Ringstrom, comunicação pessoal, agosto de 2017). Há uma dimensão trágica não reconhecida nesse esforço de capturar o momento em um vídeo ou foto de smartphone: ao se distanciar da experiência imediata, corre-se o risco de perder os momentos preciosos de sua vida.

É comum que alguns jovens se concentrem em se apresentar da melhor maneira possível, tirando 100 selfies por vez e gastando uma ou duas horas reduzindo o número para 5. Eles sofrem para selecionar a escolha final, uma que apresentará da maneira mais impressionante possível. Antes que a foto escolhida seja postada, ela pode ser photoshopada para realçar a figura ou o físico do indivíduo.

> Uma executiva júnior de 26 anos do setor de energia passou a maior parte da tarde do domingo obcecada sobre qual foto de biquíni a tornaria mais irresistível. Depois de selecionar a foto, ela trabalhou meticulosamente para melhorá-la, fazendo photoshop em sua foto para deixar seu cabelo mais loiro e sua figura mais magra. Ela esperou até o dia seguinte, segunda-feira, para postar a foto durante o meio-dia, sabendo que de segunda a sexta-feira, entre o meio-dia e as 15h, são os horários de alto tráfego, quando obteremos mais respostas. Quando ela finalmente postou, ela minimizou com a descrição discreta que o acompanhava: “Aproveitando este lindo clima”. Essa mesma paciente disse ao terapeuta que estava preocupada com a forma como a mídia social está afetando o namoro. Ela reclamou que “os solteiros não querem 'ficar' a menos que tenham visto uma foto nua pela primeira vez. Suponho que evita muito desperdício de tempo, mas não tenho certeza se quero ir para lá.

O Facebook e outros sites de mídia social também se tornaram a forma preferida de ferir alguém do grupo de amigos. Ao comentar as postagens de todos os outros, mas seletivamente *não* comentar as de um determinado indivíduo, pode-se infligir feridas narcísicas à vítima negligenciada. A parte lesada pode então perseguir aqueles que se recusaram a comentar para ver se eles estavam viajando ou se estavam indispostos na hora da postagem.
Se não, a ferida pode ser ainda mais profunda. O narcisismo está tomando conta das redes sociais. Quantos seguidores ou amigos alguém tem nas redes sociais tornou-se muito mais importante do que quanto dinheiro alguém ganha, que tipo

Machine Translated by Google

do carro que possui, ou o status de seu trabalho. Na visão das pessoas hoje, não há autovalidação melhor do que se gabar de quantas pessoas estão interessadas em cada movimento seu. No entanto, a propaganda enganosa é outra consequência da vulnerabilidade narcísica que acompanha as mídias sociais. Um cartão de aniversário favorito ilustra esse fenômeno: “Que um dia sua vida seja tão incrível quanto você finge que é no Facebook”.

Os jovens que estão crescendo na Geração Eu muitas vezes se sentem enganados. Eles sentem que foram criados para serem especiais, mas não conseguiram alcançar o que seus pais os levaram a acreditar que era possível. Alguns millennials culpam seus pais baby boomers por sua situação (Twenge 2014). Os baby boomers, por outro lado, muitas vezes reclamam da ética de trabalho mal desenvolvida dos jovens e de sua suposição de que deveriam receber altos salários e folgas generosas simplesmente por serem quem são. Os chefes costumam reclamar que, quando um jovem funcionário é solicitado a fazer algo, a resposta comum é “Por quê?” A resposta do chefe a essa pergunta pode muito bem ser “Porque eu mandei”, uma resposta que não foi bem recebida pelo jovem funcionário.

Twenge e Campbell (2009) reconheceram que muitos dos narcisistas que eles descrevem no grupo milenar não são verdadeiros NPDs, mas sim indivíduos que têm altos níveis de narcisismo e pensam que são melhores do que os outros, mesmo quando não são. Esses narcisistas geralmente carecem de relacionamentos calorosos, atenciosos e amorosos e, em muitos casos, sentem-se superiores aos outros. Eles são geralmente considerados egoístas e têm tendência a viver a vida online para que os outros possam observar suas realizações, suas vidas amorosas e seus pensamentos e sentimentos. Em sua pesquisa, Twenge e Campbell usaram o Narcissistic Personality Inventory (NPI) e reconhecem que a maioria das pessoas acima do percentil 90 da escala NPI não tem NPD clínico diagnosticável de acordo com os critérios do DSM-5 (American Psychiatric Association 2013).

Talvez a característica mais citada dos narcisistas geracionais é que eles se sentem *no direito.* Eles podem pensar, por exemplo, que deveriam receber um salário de $ 200.000 para sentar em uma sala e criar videogames. Eles acham que têm o direito de deixar o trabalho sempre que quiserem, jogar basquete ou videogame durante os intervalos, ter lanches gratuitos à sua disposição no escritório e fazer o que quiserem quando quiserem.
No entanto, o direito por si só não é indicativo de patologia narcísica grave. Na verdade, a pesquisa sobre direito (Crowe et al. 2016) sugere que existe uma heterogeneidade considerável entre os indivíduos que se sentem com direito. Embora esses indivíduos geralmente caiam em dois grupos, um emocionalmente estável e outro emocionalmente vulnerável, os estudos não estabelecem critérios que tornem as diferenças de cluster as significativa teórica ou clinicamente. Como o próprio narcisismo, o direito

Machine Translated by Google

ocorre em um espectro e se manifesta de maneiras diferentes com diferentes indivíduos.

Twenge e Campbell (2009) também reconheceram que há uma diferença significativa entre o narcisismo como se manifesta em um paciente individual que procura um profissional de saúde mental para tratamento e o narcisismo como um fenômeno cultural. Eles observam que o que eles veem como uma epidemia de narcisismo envolve duas histórias entrelaçadas. Uma dessas histórias envolve indivíduos com altos níveis de narcisismo, enquanto a outra reflete uma mudança em nossos valores culturais compartilhados em direção a um maior narcisismo e auto-admiração.

Em seu trabalho, Twenge (2014) e Twenge e Campbell (2009) enfatizaram que os narcisistas que eles focaram em suas pesquisas sobre a Geração Eu estão muito mais de acordo com o indivíduo extrovertido grandioso do que com o narcisista hipervigilante que se sente menosprezado todo turno. Existe alguma sobreposição entre a população clínica e a tendência cultural entre a população milenar, mas é fácil esquecer que existem grandes diferenças. O NPI mede variações de narcisismo normal ou saudável, e todos os dados coletados são de autorrelato.

Alguns críticos questionaram a categorização da Geração Eu por causa do maior altruísmo dos vinte e poucos anos. Arnett (2013) argumentou que eles são mais conscientes de sua relação com os outros, mais empáticos e mais generosos do que as gerações anteriores. Na verdade, os millennials tendem a ser melhores em se conectar uns com os outros e esperar serem ajudados por outras pessoas, ao mesmo tempo em que fornecem ajuda para aqueles que precisam.
Eles também podem ser mais socialmente conscientes. Além disso, eles se dedicam a projetos de serviço, são socialmente conscientes e contribuem para a caridade em uma taxa maior do que os mais velhos (Kristof 2015). Portanto, muitos observadores discordam das declarações abrangentes feitas sobre uma geração inteira, sabendo que as generalizações se aplicam a alguns indivíduos e não a outros. A compreensão e o tratamento psicodinâmico e psicanalítico são voltados para o que é único e idiossincrático sobre o indivíduo, em vez de tendências culturais amplas. Claro, um psicanalista ou psicoterapeuta não é cego às influências culturais, mas mesmo assim, as pessoas nessas profissões tendem a ter em mente como o indivíduo tende a variar de estereótipos culturais.

Uma das principais diferenças entre a pesquisa psicológica, por um lado, e os relatos clínicos de pacientes narcisistas (Caligor et al.
2015; Gabbard 1998, 2013; Kealy et ai. 2015; Kernberg 2014), por outro, reside no fato de que pacientes individuais são atendidos em sessões de terapia ao longo do tempo. Os dados coletados por um clínico longitudinalmente são uma categoria diferente de observação do que uma pesquisa em um ponto no tempo. Alguns pesquisadores

Machine Translated by Google

concluíram a partir de questionários de autorrelato que o narcisismo é o que parece ser - auto-estima excessivamente alta. Em outras palavras, esses indivíduos realmente pensam que são melhores que os outros e gostam de falar sobre isso. Nessa visão, sua apresentação não é uma estratégia defensiva motivada por fatores inconscientes. Os médicos, por outro lado, têm uma visão diferente. Com base na psicoterapia psicanalítica de longo prazo, eles veem que esses pacientes muitas vezes são terrivelmente inseguros sob a superfície. Na verdade, a pessoa que se vangloria por mais tempo e mais alto provavelmente será a mais preocupada com seu próprio valor. A psicoterapia geralmente revela que há um vazio nos pacientes com NPD e uma sensação de que eles não têm um senso claro de si mesmos. Aqueles que podem parecer grandiosos podem ser destruídos por um desprezo ou crítica e parecem desmoronar em fúria narcísica ou desespero. Os médicos relutam em aceitar a autoconfiança de um indivíduo arrogante e grandioso pelo valor de face. Eles sabem que esses pacientes não são imunes a um golpe em sua auto-estima.

À luz do fato de que Twenge (2014) reconheceu que, na grande maioria dos casos, os millennials estudados não cruzam o limiar do DSM-5 NPD, certamente esperaríamos que houvesse diferenças entre estudantes universitários e aquelas pessoas vistas em uma contexto clínico. Além disso, devemos ter em mente que estilos parentais superindulgentes, como “criação de helicóptero”, têm desempenhado um papel importante no senso de direito desta geração.

Uma mãe e sua filha de 17 anos foram atendidas juntas em uma consulta clínica porque a filha estava se rebelando contra a mãe, e a seguinte troca ocorreu.

Mãe: Se você não entrar em uma das quatro faculdades que seu pai e eu sugerimos, você vai se arrepender pelo resto da vida. Se você for para uma faculdade ruim, enfrentará uma vida cheia de empregos ruins!

Filha: Eu não me importo! Eu sou diferente de você e do papai. você não pode ver que?

Mãe: Você não entende. Estamos tentando ajudá-lo a ver que as decisões que você tomar agora irão afetá-lo pelo resto de sua vida. Não vê que estamos fazendo tudo isso por *você?*

Filha: Não me venha com essa besteira! Você não está fazendo isso por mim - você quer que eu entre em Stanford para *você!* Então você pode se gabar de mim e fazer com que todos na vizinhança pensem que vocês devem ser pais maravilhosos!

Mãe: Não, querida. Tudo o que estamos fazendo é para você, não para mim. Isso fere meus sentimentos.

Alguns jovens dirão que se sentem merecedores porque seus pais os criaram assim. Portanto, eles podem sentir um senso limitado de agência. A rebelião pode ser sua maneira de criar uma identidade própria

Machine Translated by Google

além de seus pais. Aqueles que *seguem* o caminho prescrito por seus pais podem sentir que nunca estão fazendo o suficiente e podem nutrir um sentimento crônico de vergonha por não corresponder às expectativas dos pais.

É importante notar que dados mais recentes derivados da pesquisa de Twenge apontam para uma nova geração, que ela chama de *iGen,* a geração subsequente aos millennials que atingiram a maioridade desde o advento do iPhone em 2007. Suas observações apontam uma tendência séria — um sísmico em aumento não no narcisismo, mas na ansiedade e depressão em crianças e adolescentes que cresceram com as constantes comparações com outras pessoas que a mídia social cria (Twenge 2017). Esta pesquisa sugere que há um lado mais sombrio na cultura de viver online com mídias sociais difundidas acesso.

VIVENDO NO CIBERESPAÇO

Não há dúvida de que a Internet teve mudanças mais profundas na maneira como vivemos nossas vidas nas últimas décadas do que qualquer outra influência. O narcisismo é fundamentalmente sobre dificuldades em como vemos a nós mesmos e aos outros e como nos relacionamos uns com os outros. A Internet contribuiu para essas dimensões da existência em muito alcançando caminhos. Postar o que se está fazendo — e como se está se divertindo ao fazê-lo — parece ser mais significativo do que realmente saborear o que se está fazendo, vivendo autenticamente o momento.

Uma jovem que terminou com o namorado procurou a terapia imaginando o que deveria fazer. À medida que o paciente continuou a falar, ficou claro para o terapeuta que “O que devo fazer?” aplicou mais em como ela deveria se apresentar nas redes sociais para suas centenas de “amigos” do que em como ela deveria lidar psicologicamente com a separação. Ela sabia que tinha que mudar seu status, mas estava terrivelmente preocupada sobre como os outros poderiam vê-la. A imagem que ela transmitia aos outros era claramente muito mais importante do que alguma forma de luto genuíno em tempo real.

Há algo inerentemente narcisista nas mídias sociais como Facebook, Snapchat e Instagram (Chaudry 2017). Muitas pessoas podem observar o sucesso de alguém e podem moldar o que o “público” vê para realçar os elementos positivos. Na verdade, os jovens adultos que passam muito tempo nas redes sociais muitas vezes sentem que devem sacrificar a autenticidade para serem atraentes. Ao conhecer alguém por meio de um aplicativo de namoro, eles podem sentir que é necessário manter a imagem “aprimorada” de si mesmos para a pessoa com quem estão namorando, mesmo que isso signifique ser desonesto.

Os dados brutos das pesquisas do Google demonstram que não somos quem somos

Machine Translated by Google

parecem estar nas redes sociais (Stephens-Davidowitz 2017). Há uma qualidade de “superfície” nas comunicações de mídia social que pode ser uma boa opção para participantes organizados narcisicamente. Mas há um dilema “o ovo ou a galinha” com a mídia social - a mídia social torna aqueles que a usam narcisistas ou eles eram assim em primeiro lugar e simplesmente são atraídos por essa forma de comunicação? Existe alguma pesquisa

sugerindo que um nível mais alto de narcisismo prediz mais tempo no Facebook (Buffardi e Campbell 2008). Chaudry (2017) também aponta que pessoas narcisistas podem passar mais tempo no Facebook, então uma população relativamente pequena está super-representada online.

A pesquisa mostra que as selfies são percebidas como mais narcisistas, menos confiáveis e menos socialmente atraentes para as pessoas que as visualizam (Kramer et al. 2017). Em outras palavras, algumas pessoas podem usar a mídia social como uma forma de dizer ao mundo: “Olhe para mim! Por favor, observe-me!” Chaudry (2017) sugeriu que a mídia social em geral é um motor do narcisismo.
Se o narcisismo não estava presente em um indivíduo antes que essa pessoa fosse fisgada nas mídias sociais, pode ser depois.

O veículo indispensável da selfie é, claro, o dispositivo portátil que é chamado de telefone, mas muitas vezes é adquirido principalmente para seus muitos outros usos. Quando vamos a uma festa, conferência ou reunião de colegas, notamos que, na maioria das vezes, cada indivíduo está mais absorvido na comunicação do ciberespaço em seu smartphone do que no contato face a face com indivíduos reais em o ambiente. Sherry Turkle, professora do Instituto de Tecnologia de Massachusetts que tem sido uma estudante diligente dos problemas contemporâneos relacionados ao fato de vivermos nossas vidas no mundo digital, descreve isso como “lá, mas não lá” (Turkle 2011, p. 14).

Em sua pesquisa, ela observou que a maioria de nós está preocupada se

estamos mais próximos ou mais distantes, e monitorar esse nível de relacionamento nos consome. Ela cita o garoto de 13 anos que lhe diz que ela não suporta usar o telefone e nunca ouve o correio de voz, mas as mensagens de texto oferecem exatamente a quantidade certa de controle e distância. Um estudante universitário de 21 anos acha que as ligações telefônicas consomem muito tempo. Ela pode coletar o que precisa saber do mural do Facebook, Twitter e mensagens de texto de alguém. Turkle (2011) descreve a situação da seguinte forma: “Uma vez descrevi um computador como um segundo eu, um espelho da mente. Agora a metáfora não vai mais longe o suficiente. Nossos novos dispositivos fornecem espaço para o surgimento de um novo estado do eu, dividido entre a tela e o fisicamente real, conectado à existência por meio da tecnologia” (p. 16).

Com o tempo, a vida online está se tornando a própria vida.

A era do smartphone onipresente contribuiu substancialmente para o narcisismo da cultura contemporânea. Enquanto duas pessoas conversam durante o jantar, uma ou ambas lançam olhares recorrentes para seus dispositivos móveis, esclarece

Machine Translated by Google

alegando que eles estão apenas parcialmente presentes para seu companheiro de jantar. As conferências agora apresentam uma pessoa falando enquanto a maioria do público está fazendo o possível para ouvir o discurso, pelo menos parcialmente, enquanto atende simultaneamente a textos e e-mails. A maioria de nós pensa que se sai muito bem em multitarefa, mas, na realidade, estamos reconhecendo que nossos corpos estão nos recompensando com neuroquímicos que induzem uma "alta" multitarefa. Embora possamos *pensar* que estamos sendo especialmente produtivos, as pesquisas mostram que os multitarefas não têm um desempenho tão bom em nenhuma das tarefas que estão tentando em comparação com os não multitarefas (Turkle 2011).

Tradicionalmente, o eu tem sido moldado por uma combinação de como os outros veem você e seu próprio reflexo sobre si mesmo durante o tempo sozinho, quando você pode atender a pensamentos privados. A intimidade geralmente requer privacidade, mas como Turkle (2011) aponta, intimidade sem privacidade reinventa o que queremos dizer com *intimidade.* Estamos sozinhos juntos.

O bombardeio constante de adolescentes e jovens adultos com e-mails, mensagens de texto, postagens em mídias sociais e outras formas de comunicação cibernética tem outro impacto: não há "tempo limite" para contemplar o eu em desenvolvimento em meio à enxurrada de estímulos. As explosões de dopamina atrapalham o tempo reflexivo para descobrir quem é em um mar de comunicações confusas de fora. Tanto DW Winnicott (1965) quanto Erik Erikson (1950) enfatizaram a necessidade de os adolescentes tardios e os adultos jovens terem um período relativamente incomunicável durante o qual possam olhar para dentro e conhecer a si mesmos. Concentrar-se intensamente no autodesenvolvimento é necessário para equilibrar as necessidades narcísicas com a preocupação pelos outros, e os jovens de hoje podem não ter essa oportunidade.

As imagens que contemplamos também são enganosas e enganosas. Como observou Turkle (2011), é improvável que o "verdadeiro eu" apareça em uma página do Facebook. Conforme observado anteriormente neste capítulo, é comum que adolescentes e jovens adultas usem um software em suas fotos de perfil que lhes permite parecer mais magras ou mais bem torneadas do que realmente são.
De fato, a própria mídia social parece implorar que nos representemos de maneiras altamente simplificadas.

Turkle (2011) resume sucintamente uma situação que se desenvolveu como resultado de vivermos nossas vidas no ciberespaço:

> Estamos conectados como nunca antes, e parece que nos prejudicamos no processo. Uma análise de 2010 de dados de mais de 14.000 estudantes universitários nos últimos 30 anos mostra que, desde o ano 2000, os jovens relataram um declínio dramático no interesse por outras pessoas. Os universitários de hoje, por exemplo, são muito menos propensos a dizer que vale a pena tentar se colocar no lugar dos outros ou tentar entender seus sentimentos. (pág. 293)

Machine Translated by Google

É claro que a empatia caiu à medida que agora colocamos em campo uma comunicação inautêntica após a outra e tentamos nos posicionar como respondendo de uma maneira que nos apresente sob uma luz favorável. Talvez o aspecto mais angustiante dessa mudança cultural seja como é raro encontrar alguém que esteja realmente presente quando está na companhia de outras pessoas.

NARCISISMO, AMOR E INTIMIDADE EM UM MUNDO DE COMUNICAÇÃO VIRTUAL

É comum hoje em dia que os romances comecem online, geralmente continuem online por um período de tempo, e até mesmo terminem permanecendo virtuais o tempo todo. Em alguns casos, os amantes nunca se encontram, e a imagem do amado é uma mistura do som de uma voz, da linguagem do amor e da fantasia do parceiro. A extensão final dessa forma de relacionamento é um ser humano se relacionando com uma máquina como um parceiro. De fato, na pesquisa de Turkle (2011) sobre tecnologia e seu impacto hoje, ela observou que, com o tempo, os programadores se tornam muito apegados ao computador e uma espécie de conexão é formada, uma que ela descreve como “democratizada”. Dificilmente se pode evitar a conclusão de que os computadores se tornaram nossos companheiros. Agora temos robôs sociáveis e agentes online explicitamente projetados para nos convencer de que eles são o tipo de parceiro que estamos procurando. Houve até uma conferência de 2016 em Londres intitulada “Love and Sex with Robots” (Bendel 2017). Os tópicos tratados incluíam se o robô deveria ou não ser livre para se recusar a realizar um ato sexual.

Na América, o cinema de Hollywood tem sido um refletor do atual zeitgeist. Os significantes da cultura estão presentes na grande tela prateada de uma forma que permite ao público reconhecer quem eles são e o que eles fazem em uma determinada época. Em 1998, Tom Hanks e Meg Ryan estrelaram *You've Got Mail,* uma comédia romântica que fez da frase "você recebeu uma correspondência" um símbolo universal de conexão. Os bate-papos por e-mail dos dois personagens centrais se transformam em conversas íntimas, que por sua vez florescem em romance. No final, os amantes se encontram em Riverside Park, onde fica claro que viverão felizes para sempre.

Duas décadas depois, Spike Jonze criou *Her,* um mundo onde casar com uma esposa virtual parece ser uma possibilidade atraente. Neste filme, Theo dore (Joaquin Phoenix) fica hipnotizado pela voz sensual de Saman tha, um “Sistema Operacional Individual” (OS1). Interpretada pela atriz Scarlett Johansson, a voz de Samantha realmente enfeitiça Theodore, que está melancólico há algum tempo desde que foi abandonado por sua ex-mulher. Ele se afastou dos relacionamentos e passa grande parte do tempo com máquinas, computadores, seu smartphone e videogames. No

Machine Translated by Google

No meio de sua luta para decidir se deve assinar os papéis do divórcio, Theodore está em diálogo com Samantha, que fornece uma voz suave e uma presença interior responsiva, ajudando-o a sobreviver à melancólica crise de rejeição que é sua vida diária. A voz de Samantha é doce, nunca zangada, sempre empática, acomodando-se às necessidades de seu Theodore e um verdadeiro relacionamento amoroso ideal que chega a ele com o apertar de um botão.

O OS1 que cria a voz de Samantha foi projetado para se adaptar aos desejos e necessidades de Odor. Samantha parece saber o que ele deseja ouvir antes que ele peça. Samantha pode se apresentar como a mulher ideal para Theodore, mas a intimidade segue apenas uma direção. Em essência, ela faz parte de um jogo em que uma parte manipula e usa a outra (Sabbadini et al. 2017). Samantha representa o objeto de amor narcisista idealizado para Theodore, alguém que antecipa todas as suas necessidades e vive apenas para agradá-lo. No entanto, ele fica arrasado ao saber que Samantha tem um relacionamento amoroso como este com 641 de seus outros clientes. Ele se sente magoado, traído e enganado.

O filme problematiza a fantasia de que, se alguém encontrasse o objeto de amor fusional e narcisista perfeito que vive para seu mestre, a realização seria completa. A mulher está sob o controle onipotente do homem porque ele está no controle, e existe o potencial para que o relacionamento continue de tal forma que o luto e a perda sejam evitados. O objeto amoroso torna-se uma extensão narcísica do sujeito humano, e a esperança é que a negação do outro como sujeito proporcione a relação ideal. Com efeito, a este respeito, o filme retrata a desilusão comum que ocorre em uma relação amorosa narcisista, em que o objeto amado não pode responder perfeitamente aos caprichos e desejos do parceiro. A descoberta da subjetividade do outro é muitas vezes o início do colapso na relação com um indivíduo organizado narcisicamente. Samantha tenta se tornar a parceira perfeita nunca pedindo nada para si mesma e nunca decepcionando. Os cy borgs podem ser capazes de existir em um mundo sem ter sua própria subjetividade, mas em relacionamentos de carne e osso, as duas subjetividades envolvidas em um relacionamento amoroso devem aprender a acomodar as necessidades uma da outra.

Ela também é um comentário sobre a ampla disponibilidade de todas as formas de pornografia na Internet. A mudança das salas de cinema e locadoras de vídeo pornográficas para o computador doméstico teve um impacto profundo nessa fantasia do objeto de amor que existe apenas para satisfazer o capricho do espectador. Por uma taxa relativamente razoável, qualquer um pode acessar a fantasia específica que os excita, sem preocupações sobre o que um parceiro pode desejar e sem ansiedade de que os outros vejam o que estão fazendo. A narrativa particular de desejo do espectador aparece na tela

Machine Translated by Google

sem qualquer preocupação com a subjetividade e os desejos do parceiro. O parceiro pornográfico existe apenas para o prazer do outro.

Os temas narcisistas são centrais nos filmes de Spike Jonze. Seu filme *Quero Ser John Malkovich,* de 1999 , que ganhou o prêmio de Melhor Filme da Sociedade Nacional de Críticos de Cinema, é uma paródia hilária do narcisismo das celebridades.
No filme, um portal na parede de um escritório acaba sendo uma entrada na cabeça do ator John Malkovich, onde se pode vivenciar 15 minutos de celebridade em uma realidade alternativa. Aqueles que fazem fila para ser John Malkovich por um quarto de hora descobrem que a vida de uma celebridade é tão comum quanto a deles. Esse riff da previsão de Andy Warhol de que no futuro todos ficarão famosos por 15 minutos é uma prova do vazio da celebridade (Gabbard 2001).

A cultura online alimentou uma forma particular de desejo narcisista que pode contornar as complicações da reciprocidade nos relacionamentos da vida real e gratificar o espectador sem ter que pensar nas necessidades ou desejos de ninguém. O narcisismo desenfreado está vivo e bem no ciberespaço. Talvez tenha sido presciente que há muito tempo e muito longe - no ano de 1968 - a obra-prima de Stanley Kubrick, *2001: Uma Odisséia no Espaço,* trazia um aviso para o futuro. O computador que garantia a segurança da tripulação, carinhosamente chamado de HAL, transformou-se em uma força malévola empenhada na destruição de seus mestres humanos. Vivemos em uma época em que con

as versões com Alexa e outras vozes digitais podem ser mais comuns do que a interação entre humanos. A mídia social está eliminando o contato visual com outra pessoa, e as mensagens de texto estão diminuindo a necessidade da voz humana.

Podemos pensar que computadores e outras formas de inteligência artificial estão servindo a seus mestres, mas a possibilidade de desenvolvimentos imprevistos deve sempre ser considerada em nosso admirável mundo novo. Quando menos esperamos, as imagens humanizadas em nossas máquinas podem nos decepcionar de formas que jamais imaginamos.

REFERÊNCIAS

Associação Psiquiátrica Americana: Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios, 5ª edição. Arlington, VA, Associação Psiquiátrica Americana, 2013
Arnett JJ: A evidência para a Geração Nós e contra a Geração Eu. Emerg ing Adulthood 1(1):5–10, 2013
Bendel O: Machine anseio. Harper's Magazine, junho de 2017, p. 23
Buffardi LE, Campbell WK: Narcisismo e sites de redes sociais. Pers Soc Psychol Bull 34(10):1303–1314, 2008 18599659
Caligor E, Levy KN, Yeomans FE: Transtorno de personalidade narcisista: desafios diagnósticos e clínicos. Am J Psychiatry 172(5):415–422, 2015 25930131

Machine Translated by Google

Chaudry R: Narcisismo e mídias sociais. Apresentado na Reunião Anual da American Psychiatric Association, San Diego, CA, maio de 2017 Crowe
ML, LoPilato AC, Campbell WK, et al: Identificando dois grupos de indivíduos autorizados: a análise de agrupamento revela estabilidade emocional e distinção de autoestima. J Pers Disord 30(6):762–775, 2016 26623539 Erikson E:
Childhood and Society. Nova York, WW Norton, 1950 Gabbard GO:
Transferência e contratransferência no tratamento de narcisismo
pacientes psiquiátricos, em Distúrbios do narcisismo: implicações diagnósticas, clínicas e empíricas. Editado por Ronningstam E. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1998, pp 125–146
Gabbard GO: Quinze minutos de fama revisitados: Being John Malkovich. Int J Psy choanal 82(1):177–179, 2001 Gabbard
GO: Questões de contratransferência no tratamento do narcisismo patológico, em Compreender e tratar o narcisismo patológico. Editado por Ogrodniczuk JS. Washington, DC, Associação Americana de Psicologia, 2013, pp 207–218

Kealy D, Ogrodniczuk JS, Joyce AS, et al: Narcisismo e representações relacionais entre pacientes psiquiátricos ambulatoriais. J Pers Disord 29(3):393–407, 2015 23398104
Kernberg OF: Uma visão geral do tratamento da patologia narcisista grave. Int J Psychoanal 95(5):865–888, 2014 24902768
Kramer NC, Feurstein M, Kluck JP, et al: Cuidado com as selfies: o impacto do tipo de foto na formação de impressões com base em perfis de redes sociais. Front Psychol 8:188, 2017, 28261129 Kristof N:
Um milenar chamado Bush. New York Times, 16 de julho de 2015, p. 9 Lasch C: A
cultura do narcisismo: a vida americana em uma era de diminuição do ex expectativas. Nova York, WW Norton, 1979
Sabbadini A, Kogan I, Golinelli T (eds): Virtual Intimacy: A Psychoanalytic Lens on Jonze's Her and Other Films. Londres, Routledge, 2017 Stephens-
Davidowitz S: Não deixe o Facebook deixá-lo infeliz. Nova Iorque Seção Times Review, 7 de maio de 2017, p. 8
Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, et al: Prevalência, correlatos, incapacidade e comorbidade do transtorno de personalidade narcisista do DSM-IV: resultados da pesquisa epidemiológica nacional de onda 2 sobre álcool e condições relacionadas. J Clin Psychiatry 69(7):1033–1045, 2008 18557663 Turkle S:
Alone Together: Por que esperamos mais da tecnologia e menos da Uns aos outros. Nova York, Basic Books, 2011
Twenge JM: Generation Me. Nova Iorque. Atria, 2014
Twenge JM: Os smartphones destruíram uma geração? The Atlantic, setembro de 2017. Disponível em: www.theatlantic.com/magazine/archive/2017/09/has-the-smartphone-destroyed-a-generation/534198 . Acesso em 3 de agosto de 2017.

Twenge JM, Campbell WK: A Epidemia do Narcisismo. Nova York, Atria, 2009 Winnicott
DW: Comunicar e não comunicar levando a um estudo de certos opostos, em The Maturational Processes and the Facilitating Envi ronment: Studies in the Theory of Emotional Development. Nova York, International Universities Press, 1965, pp 37–55

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google



3

Modos de Relacionamento

Como observamos no Capítulo 1, “Narcisismo e seus descontentamentos”, os diagnósticos Atender aqueles que sofrem de distúrbios narcísicos pode ser altamente desafiador. Alguns indivíduos não parecem estar angustiados com sua situação, enquanto outros estão sofrendo a ponto de familiares, amigos e colegas dificilmente suportarem estar perto deles. Provavelmente, a maneira mais útil de abordar os dilemas diagnósticos que encontramos é investigar os modos característicos de relacionamento que o paciente descreve ou representa. Um exame cuidadoso dos padrões relacionais revela informações valiosas sobre a autoestrutura do paciente narcisista e a maneira como o self tende a interagir com os outros.

Machine Translated by Google

Um ponto de partida útil é a capacidade do indivíduo de amar. Um problema central em alguém com narcisismo patológico é como manter o amor em um relacionamento ao longo do tempo. Uma apresentação comum é uma paixão intensa seguida de um rompimento rápido quando o parceiro menciona o inevitável e ocorrem críticas e decepções. O narcisista está mais interessado na lua de mel do que no casamento. Dito isto, no entanto, é difícil discernir se uma pessoa com distúrbios narcísicos está ou não realmente em busca de amor. Validação ou adoração podem ser de maior interesse. Além disso, os parceiros que se prestam à idealização fácil podem preencher a necessidade do narcisista de estar à sombra de um outro idealizado. Os problemas típicos são muito mais amplos do que uma busca frustrada pelo amor - eles envolvem esforços complexos para se relacionar com outras pessoas que repetidamente falham com o narcisista.

Esses esforços também se manifestam no local de trabalho. Um indivíduo narcisicamente organizado no escritório pode estar desesperado por aclamação, respeito e admiração de seus colegas e superiores, enquanto ao mesmo tempo acredita que certas tarefas estão abaixo dele. Seu sentimento de direito pode, na verdade, minar as respostas que ele busca. Além disso, o narcisista pode aproveitar o brilho de uma promoção apenas para cair no tédio e no desengajamento quando o trabalho duro começa. A diferença entre ser cortejada para um novo emprego ou promoção e a rotina enfadonha do próprio trabalho é análoga à diferença entre a lua de mel e o casamento. Aqueles que trabalham ao lado do narcisista podem recuar de sua auto-absorção, deixando-o com uma sensação de isolamento.

Portanto, ao focar nos modos de relacionamento do indivíduo, o clínico provavelmente encontrará as pistas diagnósticas para a presença de transtorno de personalidade narcisista (NPD) ou suas variantes (Gabbard 2014).

Ogrodniczuk e Kealy (2013) observaram que “indivíduos narcisistas não são necessariamente identificados por como se sentem, mas de acordo com como fazem os outros se sentirem” (p. 114). Paradoxalmente, a maneira narcisista de se relacionar com os outros tende a afastá-los, minando assim a esperança dos narcisistas de obter das outras pessoas as respostas específicas de que precisam. Sua dificuldade em regular a auto-estima é tanto uma resposta à reação dos outros quanto a causa dessa reação nos outros. Pode-se dizer que no âmago do ser do narcisista está uma sensação de futilidade - ele simplesmente não consegue controlar as reações dos outros de que precisa desesperadamente para estabilizar sua auto-estima.

MODOS COMUNS DE RELACIONAMENTO EM PACIENTES NARCISÍSTICOS

Até certo ponto, a maneira como os pacientes narcisistas se relacionam com os outros pode ser ligada às três categorias empiricamente observadas de grandioso, vulnerável

Machine Translated by Google

capaz e alto funcionamento relatado por Russ et al. (2008). No entanto, essas distinções não são construções rígidas. Em vez disso, eles têm fronteiras permeáveis com base no contexto. Gatilhos específicos e situações interpessoais podem causar altos graus de flutuações entre estados vulneráveis e grandiosos, e esses estados são mais bem considerados como fluidos do que fixos (Gabbard 2014; Kealy et al. 2015; Pincus e Lukowitsky 2010; Ronningstam 2011). O que todas as configurações caracterológicas narcísicas têm em comum são as dificuldades tanto na auto-regulação quanto na auto-estima. A seguinte lista de modos de parentesco é derivada de nossa própria experiência clínica, bem como de pesquisas publicadas relevantes.

A necessidade de provocar admiração, empatia e validação do outro. Para obter essa reação em uma conversa com outra pessoa, os indivíduos narcisistas podem usar muitas auto-referências, descartar nomes conhecidos e colocar-se em uma luz favorável em comparação com os outros. No caso de narcisistas grandiosos, o falante pode parecer alheio às respostas no rosto do ouvinte e pode não demonstrar interesse no que os outros têm a dizer sobre o assunto. Essa versão de relacionamento é talvez a maneira mais comum de usar o termo *narcisista* em ambientes não clínicos e pode levar a um comentário como o falante tem “um remetente, mas não um receptor”. No caso do narcisista vulnerável ou hipervigilante, a atenção do falante pode estar voltada para o rosto do ouvinte, tentando capturar o “brilho nos olhos da mãe” descrito por Kohut (1971). A outra razão para examinar as expressões faciais do ouvinte é detectar qualquer tipo de desdém, seja em atenção, desprezo, desacordo ou tédio (Gabbard 1989).

Pseudo autossuficiência. Esse estilo de relacionamento, cunhado por Kernberg (1970), refere-se à negação da dependência e à incapacidade de aceitar a ajuda dos outros. O narcisista pode querer que os outros pensem nele como dependente, focado e no topo de todas as situações. Esse estilo geralmente leva o indivíduo narcisista a se sentir mais isolado e desesperado por atenção dos outros.

Negação ou impedimento da autonomia do outro. As pessoas em um relacionamento com uma pessoa narcisista geralmente se sentem controladas. De fato, a atenção contínua do parceiro narcisista pode depender da submissão do outro ao controle onipotente. Esse tipo de comportamento dominador é, é claro, completamente insensível às necessidades daqueles que o recebem. Dickinson e Pincus (2003) e Ogrodniczuk et al. (2009) vincularam essa necessidade de domínio e controle ao subtipo grandioso de personalidade narcisista. Essa dimensão geralmente surge no quarto quando o narcisista confessa suas necessidades sem levar em conta a autonomia da outra pessoa. O sexo torna-se uma luta de poder na qual a mutualidade desaparece. Pode ocorrer uma dinâmica cocriada na qual o narcisista se vê diante de um parceiro que se tornou agressivamente

Machine Translated by Google

descompromissado diante de suas demandas. Nessa situação, o esforço do narcisista para que suas necessidades sejam atendidas, na verdade, torna menos provável que seu parceiro atenda a essas necessidades.

Propensão a sentir vergonha e humilhação em resposta a insultos relativamente leves. Os pacientes narcisistas são facilmente feridos por aqueles que não concordam com eles, por aqueles que os ignoram ou por aqueles que os criticam ou ridicularizam de alguma forma. A vergonha é um fenômeno no qual o indivíduo sente que ficou aquém de seu grandioso ideal de quem é ou do que deveria ser. A vergonha geralmente também envolve um elemento de exposição, então há uma sensação de humilhação associada ao desprezo. Em outras palavras, porque uma ou mais pessoas observaram o desprezo, o indivíduo narcisista sente como se suas inadequações fossem expostas a todos. A raiva e a vingança podem fazer parte dessa resposta a ser ferido narcisicamente além da vergonha e humilhação (Ogrodniczuk e Kealy 2013).

Negação da dor ou conflito associado a um afastamento da realidade. A intensa vergonha e humilhação encontradas nos distúrbios narcísicos são

às vezes evitada por uma negação massiva da realidade da situação específica e da dor ou conflito que pode surgir dela. Essa manobra pode envolver simplesmente uma desatenção patológica ao que os outros estão dizendo ou como os outros estão reagindo. Muitos narcisistas inconscientes falam “em” alguém em vez de “para” alguém para garantir que não vejam nenhum resquício de desacordo ou desprezo no ouvinte. Alguns fazem apenas contato visual mínimo e parecem estar falando com qualquer pessoa ao alcance da voz. Outros ainda podem experimentar uma decepção, mas imediatamente transformá-la em uma reviravolta positiva. Por exemplo, um homem veio à terapia e disse ao terapeuta que havia acabado de levar um fora da namorada. Antes que seu terapeuta pudesse dizer qualquer coisa, o paciente anunciou: “Grande coisa! Há muitos peixes no oceano. Garotas valem dez centavos!

Comparação contínua entre si e outra pessoa alimentada pela inveja. A grandiosidade manifestada por muitos narcisistas é baseada em um autoconceito frágil envolvendo a necessidade de ser excepcional e melhor que os outros. A manutenção dessa estrutura requer uma operação de divisão de modo que os outros sejam desvalorizados e vistos como “menores que” (Stern et al. 2013). Comparações constantes estão acontecendo para determinar em qualquer situação interpessoal quem está “por cima” e quem está “por baixo”. Essa estratégia está fadada ao fracasso, pois outros com qualidades admiráveis começam a ameaçar o eu grandioso do narcisista, levando à inveja, com posterior desvalorização e desprezo como defesa contra a inveja.

Idealização do outro. Kohut (1971, 1977) via os indivíduos com distúrbios narcísicos como parados no desenvolvimento em um estágio em que exigem respostas específicas de pessoas em seu ambiente para manter um self coeso. Aqueles com lutas narcisistas podem

Machine Translated by Google

valorizam os outros e tentam criar uma sociedade de admiração mútua. Eles também podem obter maior auto-estima posicionando-se à sombra de um objeto idealizado que lhes confere uma sensação de exclusividade. Fãs que seguem astros do rock ou outras celebridades podem buscar alcançar essa forma de aumentar a auto-estima. No entanto, os narcisistas vulneráveis estão frequentemente insatisfeitos devido à dificuldade em sustentar a idealização de alguém que possui as habituais fraquezas humanas.

Dificuldade em compreender ou se importar com a experiência interna dos outros. A pesquisa sugere que as pessoas com o diagnóstico NPD têm problemas para perceber e ter empatia com o que está acontecendo na mente de outra pessoa (Fossati et al. 2017; Ritter et al. 2011). Eles podem ter alguma capacidade de empatia cognitiva, mas falta empatia emocional. Mais precisamente, eles podem simplesmente não se importar com o que a outra pessoa está sentindo. Alguém em um relacionamento ou mesmo em uma conversa casual com um indivíduo narcisista pode sentir que não importa. Essa incapacidade de se conectar com os outros pode contribuir para o isolamento da pessoa narcisista.

Intrusividade caracterizada por exibições exibicionistas que invadem os outros. Em um programa de tratamento psiquiátrico de 18 semanas, a intromissão foi o domínio interpessoal mais resistente a qualquer tratamento oferecido a pacientes com distúrbios narcísicos (Ogrodniczuk et al.
2009). Essa característica também está relacionada ao esquecimento, pois a desatenção do narcisista às necessidades dos outros pode levá-lo a se concentrar apenas no que é importante para ele. A esse respeito, esses pacientes estão constantemente mudando o assunto de volta para si mesmos ou contando histórias prolixas que os colocam no centro da ação.

Um afastamento das interações sociais para evitar ser vulnerável à humilhação. O narcisista hipervigilante ou vulnerável espera evitar um narcisista no júri ou um insulto humilhante ficando quieto e recuando para o segundo plano em uma situação com outras pessoas. Embora esse comportamento esteja associado a características de personalidade evitativa, as pessoas narcisistas temem a falta de admiração, enquanto os indivíduos evitativos temem a falta de aceitação (Ogrod niczuk e Kealy 2013). Na terapia, o narcisista hipervigilante pode ser relativamente quieto, mas está constantemente examinando as comunicações não-verbais e os comentários do terapeuta para identificar desdém ou insensibilidade.

Um sentimento de ser uma vítima martirizada de maus tratos por parte de outros. Conforme observado no Capítulo 1, Cooper (1993) identificou uma variante da patologia narcísica que está ligada ao masoquismo ou a tendências autodestrutivas. Alguns narcisistas vulneráveis ou hipervigilantes se posicionam de modo a serem repetidamente perseguidos, insultados, incompreendidos e aproveitados por outros. Eles repetidamente se sentem magoados porque os outros não reconhecem a extensão extraordinária de seu sofrimento e reconhecem sua especialidade como resultado desse sofrimento.

Machine Translated by Google

Charme inicial seguido de perda de interesse pelo outro. No primeiro encontro com um narcisista de alto desempenho, a outra pessoa pode ficar encantada e intrigada com a forma como o narcisista ouve, fala e se comporta. Muitos dos indivíduos narcisicamente organizados dominaram a arte de envolver uma pessoa no primeiro encontro. No entanto, esse encanto inicial dá lugar ao desinteresse com o tempo, à medida que o narcisista decide que a outra pessoa não é mais útil para ele. A outra pessoa pode se sentir desanimada, enganada e abandonada abruptamente.

Enganação e desonestidade aliadas a um esforço para seduzir ou bajular o outro. Na extremidade inferior do continuum narcisista, encontram-se os narcisistas que têm características antissociais e que se envolvem ativamente com os outros por meio do engano. Eles mentem e exageram a verdade a serviço de conquistar os outros para sua maneira de pensar ou angariar elogios e admiração. Este modo de relacionamento pode envolver sedução e exploração sem levar em conta o impacto de seu comportamento sobre os outros.

Esses modos de relacionamento não abrangem a totalidade das relações interpessoais narcísicas. No entanto, são temas proeminentes que emergem quando se tenta tratar pacientes organizados narcisicamente.
Esses temas são destacados ao longo deste volume, embora reconheçamos que nem todos os modos de relacionamento dos pacientes são cobertos por esses padrões comuns.

Alguns desses mesmos temas estão contidos no DSM-5 Alternativo Modelo para Transtornos da Personalidade na Seção III do DSM-5 (American Psychiatric Association 2013). Este modelo delineia dois elementos do funcionamento da personalidade: *self* e *interpessoal.* O self é ainda subdividido em questões *de identidade* e questões *de autodireção .* O interpessoal é subdividido em *empatia* e *intimidade* (ver Tabela 3-1).

RAÍZES DE DESENVOLVIMENTO

Esses modos de relacionamento evocam curiosidade sobre suas origens no desenvolvimento. A pesquisa está em sua infância sobre o narcisismo patológico. No entanto, as contribuições de clínicos experientes têm sido valiosas para psicoterapeutas e psicanalistas que estão lutando com o que dizer ou não dizer. Conforme observado no Capítulo 1, Kernberg (1970) inferiu que a agressão primária é central para o desenvolvimento da organização narcísica dentro da personalidade. Ele observou que a agressão poderia ser causada por fatores constitucionais ou ambientais, mas sentiu claramente que os derivados dessa agressão, a intensa inveja crônica e os sentimentos de inferioridade que levam à necessidade de desvalorizar os outros, surgem de dentro, e não como como resultado das falhas dos pais ou cuidadores. Ele sugeriu que há um desenvolvimento defensivo

Machine Translated by Google

Tabela 3–1. Elementos do funcionamento da personalidade

Auto:

1. ***Identidade:*** Experiência de si como único, com limites claros entre si e os outros; estabilidade da auto-estima e precisão da auto-avaliação; capacidade e capacidade de regular uma gama de experiências emocionais.

2. ***Autodireção:*** busca de objetivos de vida e de curto prazo coerentes e significativos; utilização de padrões internos de comportamento construtivos e pró-sociais; capacidade de auto-reflexão produtiva.

Interpessoal:

1. ***Empatia:*** Compreensão e valorização das experiências e motivações dos outros; tolerância de diferentes perspectivas; compreender os efeitos do próprio comportamento sobre os outros.

2. ***Intimidade:*** Profundidade e duração da conexão com os outros; desejo e capacidade de proximidade; mutualidade de consideração refletida no comportamento interpessoal.

Fonte. Reimpresso da American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 5ª edição, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013. Copyright © 2013 American Psychiatric Association. Usado com permissão.

A manifestação de um eu grandioso e patológico que funciona em conjunto com uma tendência a projetar os elementos desvalorizados e inaceitáveis do eu nos outros.

Kohut (1971, 1977), em contraste, acreditava que os distúrbios narcísicos se originam por causa do fracasso dos pais ou de outros cuidadores em responder às exibições de exibicionismo apropriadas à idade da criança com empatia e amor. Além disso, esses pais também falham em fornecer à criança modelos dignos de idealização. Enquanto Kernberg enfatizava a agressão constitucional interna, Kohut postulava que as falhas das figuras externas são as principais responsáveis pelo desenvolvimento de distúrbios narcísicos.

Mais recentemente, a teoria do apego também foi usada para entender as origens desses padrões característicos de relacionamento. O princípio central da teoria do apego é que o apego seguro influencia fortemente o desenvolvimento de modelos internos de trabalho de relacionamentos que são armazenados como esquemas mentais e levam a expectativas do comportamento dos outros em relação a si mesmo. O trabalho inicial de John Bowlby (1969, 1973, 1980) enfatizou que o apego é um vínculo de base biológica entre a criança e o cuidador, projetado para garantir a segurança e a sobrevivência da criança. Peter Fonagy (2001), um intérprete articulado da interface entre a teoria do apego e o pensamento psicanalítico, observou que em

Machine Translated by Google

Em contraste com a teoria das relações objetais, a teoria do apego postula que o objetivo da criança não é buscar um objeto, mas buscar um estado físico por meio da proximidade com a mãe/objeto.

Em contraste com a teoria das relações objetais, a teoria do apego passou por testes rigorosos em laboratório. A pesquisa seminal de Ainsworth et al. (1978) criaram uma classificação de apego baseada em respostas à *situação estranha.* Esta situação envolveu crianças que foram separadas de seu cuidador ou mãe, o que foi observado para provocar uma das quatro estratégias comportamentais. Bebês *seguros* buscavam proximidade com a cuidadora em seu retorno e então se sentiam confortados e voltavam a brincar.

O comportamento *evitativo* foi observado em bebês que pareciam menos ansiosos durante a separação e desprezavam o cuidador no retorno. Esses bebês não mostraram preferência pela mãe ou cuidador em detrimento de um estranho. Na terceira categoria, denominada *ansiosa-ambivalente* ou resistente, os bebês mostraram grande angústia com a separação e manifestaram comportamento raivoso, intenso e pegajoso quando o cuidador voltou. O quarto grupo, denominado *desorganizado-desorientado,* não tinha nenhuma estratégia coerente para lidar com a experiência da separação.

Essas quatro respostas à situação estranha têm algum grau de continuidade na idade adulta, e essas categorias de estilo de apego podem ser medidas com entrevistas altamente sofisticadas (George et al. 1996).
As quatro categorias de adultos correspondem, respectivamente, às quatro respostas à situação estranha: 1) indivíduos seguros/autônomos que valorizam relacionamentos de apego; 2) indivíduos inseguros/rejeitados (ou evitados) que negam, denigrem, desvalorizam ou idealizam o apego passado ou recorrente; 3) indivíduos preocupados (ansiosamente apegados) que estão confusos ou oprimidos por relacionamentos passados e atuais; e 4) indivíduos mal resolvidos ou desorganizados que muitas vezes sofreram negligência ou trauma. É importante enfatizar que a estabilidade da classificação do apego desde a infância até a idade adulta não é absoluta (George e Solomon 2008). Eventos como morte dos pais, apoio social, divórcio, doença grave dos pais ou filhos e distúrbios do sistema familiar podem modificar o padrão de apego precoce, de modo que não há necessariamente uma correlação de um para um.

Fonagy (2001) enfatizou que há uma base de pesquisa substancial demonstrando que o status de apego dos pais não apenas prediz se uma criança será apegada com segurança, mas também a categoria precisa de apego na situação estranha. Além disso, as estratégias de apego parecem ser amplamente independentes da influência genética. No entanto, também é verdade que o temperamento biológico deve ser levado em consideração até certo ponto porque pode influenciar a resposta de uma criança ao cuidado de uma figura de apego (Allen 2013). Por outro lado,

Machine Translated by Google

temperamento pode ser influenciado por fatores ambientais e pode mudar ao longo do tempo por causa de cuidados e apego de alta qualidade.

Fonagy e Target (2003) enfatizaram uma ligação entre apego e *mentalização,* que se refere à capacidade de entender que o próprio pensamento e o dos outros é representacional por natureza e que o comportamento próprio e dos outros é motivado por estados internos, como pensamentos e sentimentos (Fonagy 1998). O apego seguro prediz a capacidade de mentalizar. Cuidadores ou pais que tenham boa capacidade de mentalização podem sintonizar o estado mental subjetivo do bebê, ajudando-o a se encontrar na mente do cuidador e a internalizar a representação do cuidador para formar um eu psicológico central. Desta forma, o apego seguro de uma criança ao cuidador engendra a capacidade da criança de mentalizar. Por meio da interação com o cuidador, em outras palavras, a criança aprende que o comportamento pode ser melhor compreendido assumindo que ideias e sentimentos determinam as ações de uma pessoa.

Assim, a mentalização é muitas vezes referida como uma *teoria da mente.* Estudos de neuroimagem sugerem que o córtex pré-frontal medial, os lobos temporais, o cerebelo e o sulco temporal póstero-superior podem estar envolvidos como componentes de uma rede de mentalização (Sebanz e Frith 2004). Além disso, parece que a verdadeira mentalização não é possível até que a criança tenha entre 4 e 6 anos de idade.

A função reflexiva é uma medida da capacidade de mentalização e é definida como uma conquista do desenvolvimento que permite “responder não apenas ao comportamento de outras pessoas, mas à sua *concepção* de suas crenças, sentimentos, esperanças, fingimentos, planos e assim por diante” (Fonagy e Target 1997, p. 679). Uma avaliação minuciosa de um paciente deve incluir a capacidade de mentalização do paciente, que envolve duas variantes: 1) automática ou implícita e 2) controlada ou explícita (Bateman e Fonagy 2012). *A mentalização implícita* acontece naturalmente e sem esforço no discurso social comum. *A mentalização explícita* ocorre quando a reflexão e o esforço são necessários para processar o que está acontecendo entre duas ou mais pessoas. Outra variante, *a hipermentalização,* foi observada em pessoas que podem pensar demais de maneira desnecessariamente detalhada e tirar conclusões imprecisas (Bateman e Fonagy 2012).

DISTÚRBIOS DE APEGO E PERSONALIDADE

Pesquisas usando conceitos da teoria do apego sugerem que a segurança do apego ou a falta dela pode predizer certos tipos de transtorno de personalidade. Grande parte da ligação entre padrões de apego e transtorno de personalidade veio de estudos de transtorno de personalidade limítrofe (BPD).

Machine Translated by Google

A partir do Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study (Battle et al. 2004), foi feita uma ligação clara entre maus-tratos na infância e o desenvolvimento de TPB em 600 adultos com transtorno de personalidade. Dado que as experiências de abuso e negligência geralmente estão relacionadas a padrões de apego problemáticos, Bateman e Fonagy (2004a, 2004b) desenvolveram um modelo baseado em mentalização derivado da teoria do apego para o tratamento do TPB.

Os pacientes limítrofes têm muita dificuldade em apreciar e reconhecer os estados percebidos do eu e dos outros como falíveis e subjetivos. Em outras palavras, eles lutam para reconhecer que suas representações da realidade refletem apenas uma das perspectivas possíveis.
Sem apego seguro, as crianças têm dificuldade em discernir seus próprios estados mentais ou os dos outros. Pesquisas em pacientes com TPB ligaram as categorias de preocupado ou não resolvido/desorganizado ao apego seguro (Alexander et al. 1998; Allen 2001). A incapacidade de resolver o trauma parece distinguir o grupo BPD de outros transtornos de personalidade. O trauma da primeira infância leva a uma retirada defensiva do mundo mental por parte da vítima. Assim, muitos pacientes com TPB que foram gravemente traumatizados lidam com o abuso evitando a reflexão sobre o conteúdo da mente do cuidador, que proíbe a resolução de experiências abusivas (Fonagy 2001).

A pesquisa sobre NPD e teoria do apego tem sido mais limitada. Usando dados de dois ensaios clínicos randomizados, Diamond et al. (2014) comparou 22 pacientes com DBP e NPD com 129 pacientes com DBP sem NPD. Em comparação com o grupo puro de DBP, os pacientes com NPD e DBP eram mais propensos a serem categorizados como rejeitadores (evitantes) ou “não conseguem classificar”. Os pacientes com TPB puro eram mais propensos a serem classificados como preocupados (apegados ansiosamente) ou indecisos quanto a perda e abuso. No entanto, descobriu-se que ambos os grupos de pacientes tinham baixa capacidade de mentalizar - isto é, funcionamento reflexivo deficiente.

Dickinson e Pincus (2003) estudaram a ligação entre narcisismo e estilos de apego em uma população não clínica de 2.532 alunos de graduação. Os investigadores usaram o Narcissistic Personality Inventory (NPI) e a Personality Disorder Interview–IV (Widiger et al. 1995) para conduzir entrevistas com os participantes cujas pontuações sugeriam problemas narcísicos. Eles também usaram o questionário de apego adulto (Bartholomew e Horowitz 1991), que propõe um modelo de quatro estilos prototípicos de apego adulto: medroso, preocupado, seguro e desdenhoso.

Quando os investigadores dividiram os participantes de acordo com se eles estavam mais de acordo com o subtipo grandioso ou o subtipo vulnerável de indivíduos narcisistas, eles encontraram os seguintes resultados: a maioria do grupo grandioso selecionado seguro (60%) ou desdenhoso (16 %)

Machine Translated by Google

estilos de apego em vez de estilos de apego medrosos (13%) ou preocupados (10%) (Bartholomew e Horowitz 1991). Por outro lado, como seria de esperar, a maioria do grupo vulnerável selecionou estilos de apego medrosos (50%) ou preocupados (13%) em vez de seguros (27%) ou desdenhosos (10%). No grupo de controle, os estilos de apego foram os seguintes: seguro 53%, medroso 23%, preocupado 17% e desdenhoso 7%. Os autores reconheceram que não estavam selecionando os sujeitos de acordo com critérios de transtorno de personalidade, mas sim estilos de personalidade que refletem traços narcísicos grandiosos e vulneráveis.

A descoberta de que diferentes subtipos de narcisismo podem ter diferentes classificações características de apego leva diretamente à possibilidade de que o narcisismo grandioso ou alheio possa estar relacionado a diferentes experiências familiares iniciais em comparação com aquelas que predizem um narcisismo vulnerável ou hipervigilante. Na verdade, um debate de longa data na profissão tem sido atribuir o narcisismo à excessiva indulgência e admiração dos pais ou à paternidade fria e negligente (Millon e Davis, 1996). Otway e Vignoles (2006) procuraram investigar que tipo de parentalidade levava a que tipo de autoperturbação. Cento e vinte participantes matriculados em um campus universitário concordaram em fazer o NPI, bem como a Escala de Narcisismo Hipersensível (HSNS; Hendin e Cheek 1997). O NPI é melhor para delinear o narcisismo grandioso ou inconsciente, enquanto o HSNS foi projetado especificamente para medir o narcisismo encoberto ou vulnerável. Além disso, os sujeitos caracterizaram 15 itens envolvendo lembranças da infância e percepções das atitudes dos pais em relação a eles. Finalmente, duas dimensões do apego adulto – evitação e ansiedade – foram medidas usando o Inventário de Experiências em Relacionamentos Próximos (Brennan et al. 1998).

Os autores descobriram que a ansiedade do apego previa o narcisismo oculto ou hipervigilante, mas não conseguiram encontrar nenhuma outra relação entre os modelos funcionais de apego e as formas de narcisismo.
De particular interesse, no entanto, foi a descoberta de que as lembranças tanto da frieza *quanto* da supervalorização dos pais contribuíram positivamente para as previsões de narcisismo. Além disso, as noções de paternidade helicóptero e superindulgência dos pais, citadas no Capítulo 2 como aplicadas ao narcisismo milenar, também receberam algum grau de validação. Otway e Vignoles (2006) fizeram a seguinte observação:

> O fato de que ambas as dimensões das lembranças da infância contribuíram significativamente para as previsões de narcisismo aberto pode ajudar a explicar a combinação paradoxal de grandiosidade e fragilidade que é tão característica dos narcisistas adultos. Aparentemente, o futuro narcisista recebe elogios constantes de seu cuidador, mas isso é acompanhado por mensagens implícitas de frieza e rejeição, em vez de calor e aceitação e

Machine Translated by Google

> assim, especulamos que o elogio – que também é indiscriminado – pode vir a parecer irreal. (pág. 113)

Além disso, as descobertas apóiam a noção de que não podemos assumir que todo elogio é inevitavelmente benéfico. Essa formulação está de acordo com a perspectiva psicanalítica de Kernberg (1998), que ele descreveu da seguinte forma: “Promovendo o desenvolvimento de um self grandioso patológico estão os pais que são frios e rejeitam, mas admiram” (p. 41).

Outra descoberta significativa no estudo de Otway e Vignoles (2006) foi que ambas as formas de narcisismo parecem compartilhar origens na infância. Não havia uma correspondência simples, como alguns poderiam esperar, entre a supervalorização dos pais e o narcisismo aberto de um lado e a frieza dos pais com o narcisismo encoberto do outro. É claro que, dados os caprichos da memória, há um problema inerente quando os estudos dependem de um projeto retrospectivo baseado em auto-relatos.

Um estudo mais rigoroso (Brummelman et al. 2015) teve um design prospectivo. Esta investigação envolveu crianças na faixa etária de 7 a 12 anos, quando o narcisismo começa a se manifestar com mais clareza. Em quatro ondas de 6 meses, 565 crianças e seus pais forneceram informações relacionadas ao narcisismo infantil, autoestima da criança, supervalorização dos pais e cordialidade dos pais. O narcisismo foi previsto pela supervalorização dos pais, e não pela falta de calor dos pais. As crianças pareciam internalizar a opinião dos pais sobre si mesmas como superiores ou especiais. A auto-estima positiva, por outro lado, foi prevista pelo calor dos pais, não pela supervalorização dos pais.

Esta investigação prospectiva contém um ponto clinicamente importante sobre a paternidade. Assim como os pacientes narcisistas podem se envolver em um reconhecimento equivocado de outras pessoas em suas vidas, os pais podem reconhecer erroneamente seus filhos. A supervalorização paterna, que o estudo de Brummelman identificou como um fator importante na patogênese do narcisismo, pode ser conceituada como uma forma de reconhecimento errôneo. Em outras palavras, os pais estão olhando para seus filhos, mas os vendo como eles querem que eles sejam, não como eles são.
Parte do que os pais devem enfrentar são suas próprias necessidades narcisistas de que seus filhos sejam um reflexo de si mesmos.

Embora este estudo prospectivo aponte para uma compreensão da patogênese do narcisismo, a constelação exata de estilos de apego não é totalmente clara. Investigação de 218 pacientes em programas de tratamento psiquiátrico diurno por Kealy et al. (2015) não conseguiu estabelecer uma ligação clara entre o narcisismo patológico e o apego evitativo. Conforme observado no Capítulo 1, “Narcisismo e seus descontentamentos”, os subtipos narcisistas são alvos móveis relacionados a uma auto-estima flutuante que é altamente responsiva à maneira como os outros respondem ao paciente. Mais

Machine Translated by Google

Além disso, Dickinson e Pincus (2003) encontraram uma associação entre padrões de apego seguro e narcisismo grandioso. Assim, pode-se postular que alguns desses indivíduos podem ser do tipo de funcionamento superior com relações objetais internas um tanto mais estáveis.

Kealy et ai. (2015) enfatizou que a grandiosidade encontrada no narcisismo patológico não está necessariamente associada ao apego desdenhoso/evitativo porque é essencialmente defensivo por natureza. Seu estudo de pacientes em um programa de tratamento diurno sugeriu que “a grandiosidade narcisista está associada a representações do eu como inadequado, medroso e sensível à rejeição. Isso sugere que a autoexperiência vulnerável - pelo menos em termos de tendências de apego - parece ser uma construção saliente para entender a grandiosidade narcísica” (p. 402). Esse ponto de vista apóia a perspectiva psicanalítica de longa data de que a grandiosidade é uma estrutura defensiva que é um esforço para proteger o self da insegurança subjacente. Assim, até mesmo indivíduos representativos do subtipo grandioso podem desmoronar quando criticados ou menosprezados.

Meyer e Pilkonis (2012) revisaram a literatura do apego com a intenção de encontrar ligações entre o NPD e a teoria do apego.
Eles determinaram que os pais consistentemente indiferentes, insensíveis e rejeitadores podem levar ao apego evitativo e, assim, contribuir para a patogênese da personalidade narcisista. No entanto, quando eles olharam para o narcisismo aberto ou grandioso separado do narcisismo oculto ou vulnerável, eles encontraram uma forte ligação entre o narcisismo vulnerável e o apego ansioso, por um lado, e um vínculo um pouco mais fraco entre o narcisismo grandioso e o apego de rejeição/ evitação, por outro. . Eles também sugeriram que indivíduos no subtipo de alto funcionamento podem ser menos propensos a mostrar qualquer forma de apego inseguro. Na verdade, eles podem passar suas vidas sentindo-se tão confortáveis quanto outros indivíduos com vínculos seguros, apesar da presença de uma auto-importância exagerada e de um senso de direito.

Slade (2014) enfatizou que pode haver uma ênfase equivocada na classificação ao considerar a relevância da teoria do apego para considerações clínicas: “As classificações de apego refletem esforços dinâmicos para regular o medo e a ansiedade, e são essas dinâmicas, e não as próprias categorias que merecem nossa atenção clínica” (p. 259). Ela recomendou que os terapeutas fizessem um esforço concentrado para entender como um paciente adulto pode ter reagido a ameaças à segurança e ao medo quando criança e tentar discernir como essa estratégia está ocorrendo no presente. Deve-se também ter em mente que as classificações não são gravadas em granito – elas são maleáveis porque respondem ao contexto e aos eventos da vida (Holmes e Slade 2018). Quanto à patogênese

Machine Translated by Google

do NPD, Slade sugeriu que as defesas narcísicas podem ser conceituadas como uma resposta à ameaça de não ser conhecido e/ou de ser obliterado no âmbito das relações de apego (A. Slade, comunicação pessoal, 12 de agosto de 2017). Essas respostas podem ser vistas como defesas contra uma forma primitiva de ansiedade de aniquilação e, em termos de apego, uma ameaça à sobrevivência emocional fundamental (A. Slade, comunicação pessoal, 12 de agosto de 2017).

Assim como as classificações de apego são maleáveis e influenciadas pelo contexto e pelos eventos da vida, também o são as várias categorias que aplicamos às dificuldades narcísicas. O pensamento psicanalítico atual é que a mente humana é caracterizada por múltiplos estados de si (Bromberg 2009), e devemos reconhecer que os indivíduos com condições narcísicas podem parecer bem diferentes dia a dia e momento a momento, dependendo do que está acontecendo dentro de suas mentes. próprios mundos privados e dentro dos contextos que os cercam.

MENTALIZAÇÃO

A combinação de distúrbios de apego e dificuldade na regulação da auto-estima com indivíduos organizados narcisicamente leva a problemas de mentalização. A enorme necessidade de reconhecimento, validação e admiração torna extraordinariamente difícil para esses indivíduos contemplar o que está acontecendo na mente de outra pessoa. O “barulho” na cabeça do narcisista sobre impressionar, seduzir e encantar a outra pessoa ofusca qualquer possibilidade de reflexão silenciosa sobre a mente da outra pessoa em oposição à sua própria. Aqueles que se enquadram no subtipo grandioso de NPD são amplamente alheios ao que está acontecendo na outra pessoa e podem até evitar o contato visual para que não haja nenhuma informação que contradiga a esperança de que a outra pessoa esteja apaixonada e impressionada. O narcisista vulnerável ou hipervigilante pode estar mais fixado na resposta da outra pessoa, mas suas distorções internas e a convicção de que ele está prestes a ser ferido pela resposta interferem na compreensão reflexiva da outra pessoa.

Formas de hipermentalização são frequentemente vistas em pacientes com NPD. Pacientes hipervigilantes podem se concentrar excessivamente no que pode estar acontecendo na mente do terapeuta, especulando sobre processos internos que, na realidade, são bastante improváveis, mas que, no entanto, parecem valer a pena considerar. Essas reflexões podem ter um sabor distintamente paranóico: o terapeuta está tentando me enganar não dizendo nada? Ela está tentando me fazer falar para que eu revele coisas que não quero compartilhar? Ele está descobrindo minhas vulnerabilidades para poder me forçar a enfrentá-las? Quando o terapeuta realmente diz algumas

Machine Translated by Google

coisa, o paciente pode sentir que há uma intenção ofensiva e sentirá vontade de desistir.

Outra variação de hipermentalização é observada no paciente que apresenta uma longa narrativa desvinculada de qualquer conteúdo emocional e, de fato, soa estranha. Fonagy et ai. (2012) consideram essa variação uma forma de *pseudomentalização.* O paciente pode estar funcionando em um modo fingido que antecede a mentalização completa. Para o terapeuta pode parecer uma forma de masturbação mental que o exclui inteiramente.

Levy et ai. (2015) observou que, em indivíduos narcisistas, as regiões cerebrais associadas à capacidade de empatia mostram anormalidades estruturais e funcionais. A pesquisa de ressonância magnética funcional mostrou que, em comparação com indivíduos de controle saudáveis, indivíduos com NPD têm volumes menores de matéria cinzenta na ínsula anterior esquerda, córtex cingulado rostral e medial e córtex pré-frontal lateral e medial dorsal, todas as áreas que são relevantes para a capacidade de empatia (Schulze et al. 2013).

As descobertas de estudos de imagem de que existem diferenças neuroanatômicas em personalidades narcisistas em comparação com indivíduos de controle levantam questões sobre uma contribuição genética para o narcisismo patológico. De fato, algumas pesquisas sugerem um possível componente genético (Livesley et al. 1998; Luo et al. 2014; Vernon et al. 2008). As descobertas desta pesquisa indicam que o narcisismo de traço tem a hereditariedade substancial que outros traços básicos têm. Estudos com gêmeos, no entanto, sugerem que a classificação do apego não está relacionada à hereditariedade – na verdade, a influência do ambiente compartilhado é responsável pela maior proporção da variação (Fearon et al. 2006). Roisman e Fraley (2006) conduziram um estudo longitudinal desde a primeira infância e descobriram que a qualidade da relação bebê-cuidador não podia ser explicada pela variação genética e que as contribuições ambientais únicas e compartilhadas eram significativas.

Nos últimos anos, a pesquisa sobre interação gene-ambiente mudou do modelo de estresse-diátese para o modelo de suscetibilidade diferencial (Leighton et al. 2017). Existem diferenças claras entre os indivíduos na suscetibilidade às influências ambientais, com alguns indivíduos sendo muito mais afetados do que outros por condições contextuais negativas e positivas. Portanto, no que diz respeito às complicadas origens do narcisismo patológico, tudo o que podemos dizer com certeza é que vários fatores provavelmente estão em jogo e podem variar de acordo com o subtipo de NPD. O narcisismo de traço parece ser herdado até certo ponto. Os modelos de vinculação também parecem ser relevantes. Alguns dados sugerem a importância de determinados tipos de parentalidade. No entanto, também devemos ter em mente que os pais reagem a traços particularmente difíceis em seus filhos, então pais e filhos

Machine Translated by Google

dificuldades devem ser consideradas como bidirecionais. Nenhuma causa isolada explica todo o quadro clínico. Devemos evitar o reducionismo e a culpabilização da mãe associados à era das “mães esquizofrenogênicas” e das “mães geladeiras” (ligadas ao autismo), sem dúvida um dos momentos mais sombrios da história da psiquiatria.

DEFESAS

Os transtornos de personalidade requerem tratamento prolongado para fazer uma mudança caracterológica significativa (Levy et al. 2015). Uma das observações de longa data sobre NPDs é que as pessoas com NPD evitam as observações e interpretações do terapeuta e desvalorizam a ajuda do terapeuta. De fato, um dos paradoxos centrais ao trabalhar com pessoas que têm transtornos de personalidade é que o indivíduo procura ajuda, mas depois luta com o terapeuta a cada passo do caminho para evitar ser ajudado. Os pacientes vêm com uma série de mecanismos de defesa que utilizam para evitar a ansiedade, o desespero, a humilhação, a fragmentação do eu, a proximidade interpessoal e uma variedade de outras preocupações. Quando o paciente inicia o tratamento, as defesas se manifestam como resistências aos esforços terapêuticos do clínico responsável (Gabbard 2017). Do ponto de vista do apego, as defesas podem ser entendidas como uma forma de encontrar um caminho viável entre o perigo, por um lado, e a segurança, por outro (Holmes e Slade 2018).

Pesquisas sobre transtornos de personalidade (Clemence et al. 2009; Perry et al. 2013) sugeriram que um conjunto específico de defesas é comum em NPDs.
Entre as defesas comumente utilizadas estão a projeção, a desvalorização, a onipotência, a idealização, a racionalização e a cisão. Algumas dessas defesas também são típicas do TPB, e Kernberg (1970, 1984, 2014) há muito sugere que pacientes narcisistas podem ter uma organização limítrofe subjacente.

Essas defesas costumam ser usadas como forma de regular a auto-estima do paciente. O eu grandioso patológico do paciente é estabelecido como uma forma de evitar a humilhação excruciante de ser inferior, competente, desagradável e profundamente invejoso. Portanto, a cisão é necessária para manter o eu grandioso, e a projeção é usada para rejeitar as características negativas das quais a pessoa está vagamente consciente e colocá-las nos outros.

A cisão do eu resulta na preservação da grandiosa autoestrutura enquanto se vê os aspectos desvalorizados do eu como residindo nos outros. Os pacientes narcisistas tendem a ser externalizadores de responsabilidade e culpa.
Eles também rejeitam traços indesejáveis em si mesmos e os veem apenas nos outros. A racionalização é outra defesa usada para explicar as falhas do paciente como, na verdade, as falhas dos outros.

Machine Translated by Google

As defesas de onipotência e desvalorização também podem ser vistas como parte desse processo geral de divisão. Indivíduos narcisistas têm uma necessidade desesperada de convencer os outros de suas qualidades especiais, e muitas vezes é necessário desvalorizar os outros para se exaltar. A idealização como defesa também pode ser útil, como Kohut (1971) descreveu, na medida em que o paciente pode precisar estar na glória refletida do outro para sentir o tipo de auto-estima ou valor próprio necessário para funcionar. .

O que é aparente é que sob as defesas narcísicas existe uma grave dúvida, baixa auto-estima e insegurança. A pesquisa sobre transtornos de personalidade identificou a construção da auto-estima masoquista (Huprich et al. 2016). Essa construção tem sido associada ao subtipo vulnerável de NPD, bem como a transtornos de personalidade autodestrutiva e em indivíduos com personalidades depressivas. Esses indivíduos tendem a ter baixa auto-estima, hipersensibilidade à crítica e frequentemente propensos à vergonha, ao mesmo tempo em que têm ideias perfeccionistas sobre si mesmos que nunca são realizadas. Muitas vezes procuram ser perfeitos para não serem rejeitados ou criticados pelos outros. Pode-se caracterizá-los como carentes de “narcisismo saudável”, no sentido de que podem renunciar ao autocuidado e fazer de tudo para agradar os outros a fim de obter aprovação.

Huprich et ai. (2016) sugeriram que a auto-estima masoquista está no cerne da vulnerabilidade narcísica. De fato, uma característica marcante do narcisista hipervigilante é responder a qualquer forma de feedback negativo, mesmo neutro, como agressivo e altamente personalizado. Portanto, a idealização dos outros pode ser usada como uma defesa a serviço de bajular e receber elogios dos outros para lidar com a própria auto-estima maligna.

Outra variação defensiva é usar a projeção das características críticas internas e considerá-las como ocorrendo em outra pessoa que é importante para o narcisista. Esse processo projetivo explica parcialmente a atitude hipervigilante do narcisista vulnerável, que se prende ao tom de voz, à escolha das palavras e à comunicação não-verbal de um outro significativo na tentativa de detectar críticas ou desprezo. A tendência dos narcisistas hipervigilantes de ler demais essas atitudes nos outros os leva a serem cautelosos em qualquer relacionamento próximo.

O clínico deve ter em mente que os modos de relacionamento e as defesas associadas são todos projetados para regular a auto-estima, para afastar ataques críticos de dentro e de fora e permitir uma forma de auto-engano que protege o paciente de sentir vergonha e humilhação.
Essa compreensão pode ajudar o terapeuta a manter um sentimento de compaixão pela luta do paciente, em vez de cair no mesmo padrão de outras pessoas que estão na vida do paciente: desprezo, evitação e pavor.

Machine Translated by Google

REFERÊNCIAS

Ainsworth MS, Blehar MC, Waters E, et al: Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1978 Alexander PC, Anderson CL, Brand B, et al: Apego adulto e efeitos de longo prazo em sobreviventes de incesto. Child Abuse Negl 22(1):45–61, 1998 9526667 Allen JG: Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders. Nova York, Wiley, 2001

Allen JG: Mentalizando no Desenvolvimento e Tratamento do Trauma de Apego. Londres, Karnac, 2013

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013 Bartholomew K, Horowitz LM: Estilos de apego entre jovens adultos: um teste de um modelo de quatro categorias. J Pers Soc Psychol 61(2):226–244, 1991 1920064 Bateman AW, Fonagy P: Tratamento baseado em mentalização do BPD. J Pers Disord 18(1):36–51, 2004a 15061343 Bateman A, Fonagy P: Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment. Oxford, Reino Unido, Oxford University Press, 2004b Bateman A, Fonagy P: Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. ar lington, VA, American Psychiatric Publishing, 2012

Battle CL, Shea MT, Johnson DM, et al: Maus-tratos na infância associados a transtornos de personalidade em adultos: achados do Estudo Colaborativo Longitudinal de Transtornos de Personalidade. J Pers Disord 18(2):193–211, 2004 15176757

Bowlby J: Anexo e Perda, Vol 1. Anexo. Londres, Hogarth /Instituto de Psicanálise, 1969

Bowlby J: Apego e Perda, Vol 2. Separação: Ansiedade e Raiva. Londres, Hogarth/Instituto de Psicanálise, 1973

Bowlby J: Apego e Perda, Vol 3. Perda, Tristeza e Depressão. Londres, Hogarth Press/Instituto de Psicanálise, 1980

Brennan KA, Clark CL, Shaver PR: Medição de auto-relato de apego romântico adulto: uma visão integrativa, na Teoria do Apego e Relacionamentos Próximos. Editado por Simpson JA, Rholes WS. Nova York, Guilford, 1998, pp 46–76

Bromberg PM: Verdade, relacionamento humano e o processo analítico: uma perspectiva interpessoal/relacional. Int J Psychoanal 90(2):347–361 2009 19382965

Brummelman E, Thomas S, Nelemans SA, et al: Origins of narcissism in children. Proc Natl Acad Sci USA 112(12):3659–3662, 2015 25775577

Clemence AJ, Perry JC, Plakun EM: Transtornos de personalidade narcisista e limítrofe em uma amostra de pacientes refratários ao tratamento. Psychiatr Ann 39(4):175–184, 2009

Cooper AM: Abordagens psicoterapêuticas ao masoquismo. J Psychother Pract Res 2(1):51–63, 1993 22700126

Diamond D, Levy KN, Clarkin JF, et al: Apego e mentalização em pacientes do sexo feminino com transtorno de personalidade narcisista e limítrofe comórbido. Distúrbio pessoal 5(4)428–433, 2014 25314231

Dickinson KA, Pincus AL: Análise interpessoal do narcisismo grandioso e vulnerável. J Pers Disord 17(3):188–207, 2003 12839099

Machine Translated by Google

Fearon RMP, Van Ijzendoorn MH, Fonagy P, et al: Em busca de fatores ambientais compartilhados e não compartilhados na segurança do apego: um estudo genético-comportamental da associação entre sensibilidade e segurança do apego. Dev Psychol 42(6):1026–1040, 2006 17087539

Fonagy P: Uma abordagem da teoria do apego para o tratamento do paciente difícil. Bull Menninger Clin 62(2):147–169, 1998 9604514

Fonagy P: Teoria do Apego e Psicanálise. New York, Other Press, 2001 Fonagy P,

Target M: Apego e função reflexiva: seu papel na auto-organização. Dev Psychopathol 9(4):679–700, 1997 9449001 Fonagy P, Target M:

Teorias Psicanalíticas: Perspectivas do Desenvolvimento psicologia tal. Londres, Whurr, 2003

Fonagy P, Bateman AW, Luyten P: Introdução e visão geral, no Manual de Mentalização na Prática de Saúde Mental. Editado por Bateman AW, Fonagy P. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2012, pp 3–42 Fossati

A, Somma A, Pincus A, et al: Diferenciando moradores da comunidade em risco de narcisismo patológico de moradores da comunidade em risco de psicopatia usando medidas de reconhecimento emocional e avaliação emocional subjetiva ativação. J Pers Disord 31(3):325–345, 2017 27322580

Gabbard GO: Dois subtipos de transtorno de personalidade narcisista. Bull Menninger Clin 53(6):527–532, 1989 2819295

Gabbard GO: Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: DSM-5. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2014

Gabbard GO: Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text, 3rd Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association Publishing, 2017 George C,

Solomon J: The caregiving system: behavior systems approach to parenting, in Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications, 2nd Edition. Editado por Cassidy J, Shaver PR. Nova York, Guilford, 2008, pp 833–856

George C, Kaplan N, Main M: The Adult Attachment Interview. Berkeley, CA, Departamento de Psicologia, Universidade da Califórnia, 1996

Hendin HM, Cheek JM: Avaliação do narcisismo hipersensível: um reexame da Escala de Narcisismo de Murray. J Res Pers 31(4):588–599, 1997 Holmes

J, Slade A: Attachment for Therapists: Science and Practice. Londres, Sábio, 2018

Huprich SK, Lengu K, Evich C: Problemas interpessoais e sua relação com a depressão, auto-estima e auto-estima maligna. J Pers Disord 30(6):742–761, 2016 26623538 Kealy D, Ogrodniczuk

JS, Joyce AS, et al: Narcisismo e representações relacionais entre pacientes psiquiátricos ambulatoriais. J Pers Disord 29(3):393–407, 2015 23398104

Kernberg OF: Fatores no tratamento psicanalítico de personalidades narcísicas. J Am Psychoanal Assoc 18(1):51–85, 1970 5451020 Kernberg

OF: Severe Personality Disorder: Psychotherapeutic Strategies. Novo Haven, CT, Yale University Press, 1984

Kernberg OF: Narcisismo patológico e transtorno de personalidade narcisista: fundamentação teórica e classificação diagnóstica, em Distúrbios do narcisismo: implicações diagnósticas, clínicas e empíricas. Editado por Ronningstam E. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp 29–51

Kernberg OF: Uma visão geral do tratamento da patologia narcisista grave. Int J Psychoanal 95(5):865–888, 2014 24902768

Machine Translated by Google

Kohut H: A Análise do Self: Uma Abordagem Sistemática para o Tratamento Psicanalítico dos Transtornos da Personalidade Narcísica. Nova York, International Universities Press, 1971

Kohut H: A Restauração do Ser. Nova York, International Universities Press, 1977

Levy KN, Johnson VN, Clouthier TL, et al: Um quadro teórico de apego para transtornos de personalidade. Can Psychol 56(2):197–207, 2015 Leighton C, Botto A, Silva

JR, et al: Vulnerabilidade ou sensibilidade ao meio ambiente? Questões metodológicas, tendências e recomendações na pesquisa de interações gene-ambiente no comportamento humano. Front Psychiatry 8:106, 2017 28674505

Livesley WJ, Jang KL, Vernon PA: Estrutura fenotípica e genética de traços que delineiam o transtorno de personalidade. Arch Gen Psychiatry 55(10):941–948, 1998 9783566

Luo YLL, Cai H, Sedikides C, et al: Distinguindo o narcisismo comunal do narcisismo agêntico: uma análise genética do comportamento no modelo de agência-comunhão do narcisismo. J Res Pers 49:52–58, 2014 Meyer B, Pilkonis P: Teoria

do apego e transtorno de personalidade narcisista, em The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments. Editado por Campbell KW, Miller JD. Hoboken, NJ, Wiley, 2012, pp 434–444 Millon T, Davis R: Distúrbios da Personalidade: DSM-IV e Além, 2ª

Edição.

Nova York, Wiley, 1996

Ogrodniczuk JS, Kealy D: Problemas interpessoais de pacientes narcisistas, em Compreender e tratar o narcisismo patológico. Editado por Ogrudniczuk JS. Washington, DC, American Psychological Association, 2013, pp 113–127 Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, et al:

Problemas interpessoais associados ao narcisismo entre pacientes psiquiátricos ambulatoriais. J Psychiatr Res 43(9):837–842, 2009 19155020 Otway LJ, Vignoles VL: Narcisismo e lembranças da infância:

um teste quantitativo de previsões psicanalíticas. Pers Soc Psychol Bull 32(1):104–116, 2006 16317192

Perry JC, Presniak MD, Olson TR: Mecanismos de defesa em transtornos de personalidade esquizotípica, limítrofe, antissocial e narcisista. Psiquiatria 76(1):32–52, 2013 23458114

Pincus AL, Lukowitsky MR: Narcisismo patológico e transtorno de personalidade narcisista. Annu Rev Clin Psychol 6:421–446, 2010 20001728 Ritter K, Dziobek I,

Preissler S, et al: Falta de empatia em pacientes com transtorno de personalidade narcisista. Psychiatry Res 187(1–2):241–247, 2011 21055831 Roisman GI, Fraley RC: Os limites

da influência genética: uma análise genético-comportamental da qualidade e do temperamento do relacionamento bebê-cuidador. Child Dev 77(6):1656–1667, 2006 17107452 Ronningstam E: Transtorno de

personalidade narcisista no DSM-V — em apoio à manutenção de um diagnóstico significativo. J Pers Disord 25(2):248–259, 2011 21466253 Russ E, Shedler J, Bradley R, et al:

Refinando o construto do transtorno de personalidade narcisista: critérios diagnósticos e subtipos. Am J Psychiatry 165(11):1473–1481, 2008 18708489

Schulze L, Dziobek I, Vater A, et al: Anormalidades da substância cinzenta em pacientes com transtorno de personalidade narcisista. J Psychiatr Res 47(10):1363–1369, 2013 23777939

Machine Translated by Google

Sebanz N, Frith C: Além da simulação? Mecanismos neurais para prever as ações dos outros. Nat Neurosci 7(1):5–6, 2004 14699409 Slade

A: Imaginando o medo: apego, ameaça e experiência psíquica. Psychoanal Dialogues 24(3):253–266, 2014

Stern VL, Yeomans F, Diamond D, et al: Psicoterapia focada na transferência para personalidade narcisista, em Compreender e tratar o narcisismo patológico. Editado por Ogrudniczuk, JS. Washington, DC, American Psychological Association, 2013, pp 235–252

Vernon VA, Villani VC, Vickers LC, et al: Uma investigação genética comportamental da Dark Triad and the Big 5. Pers Individ Dif 44(2):445–452, 2008

Widiger TA, Mangine S, Corbitt EM, et al: Personality Disorder Interview-IV: Uma entrevista semiestruturada para a avaliação de transtornos de personalidade. Odessa, FL, Recursos de Avaliação Psicológica, 1995

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google



parte II

Estratégias de tratamento

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google



4

Iniciando o Tratamento

A Dra. A chega em seu consultório em um dia de semana pela manhã e ouve sua caixa postal. Há três longas mensagens esperando por ela, todas da mesma pessoa. O primeiro diz: “Olá, Dr. A. Fui encaminhado a você por um colega seu, Dr. B, que disse para dizer olá a você por ele. A propósito, ele diz que você é o melhor. Então eu tenho grandes expectativas. Sou uma pessoa extraordinariamente ocupada, mas tenho algum tempo disponível às sextas-feiras ao meio-dia, então gostaria de vê-lo. Podemos começar nesta sexta-feira? Por favor, me ligue de volta. A segunda mensagem, muito menos formal, começa chamando a Dra. A pelo primeiro nome: “Oi, Mary. É o Fred de novo. Apenas verificando p

Machine Translated by Google

veja se você recebeu minha mensagem. Eu estava pensando que o que realmente preciso de você é um bom diagnóstico, mas não tenho certeza se preciso de tratamento. Já consultei outros médicos, mas acho que posso ter sido demais para eles lidarem.
O paciente em potencial continua a falar e a mensagem é interrompida devido ao seu tamanho. A terceira mensagem de voz começa com “Esqueci de perguntar, você pode me enviar seu currículo por e-mail? Eu realmente apreciaria se você retornasse esta ligação. Eu não tive notícias suas. Aqui está meu endereço de e-mail.

O Dr. A ouve essas três mensagens de voz com um profundo sentimento de pavor. Parte dela quer evitar retornar a ligação. Ela questiona se quer fazer tratamento com alguém que já ligou três vezes em 4 horas e está tentando controlar o tratamento desde o primeiro telefonema. Ela ouve as comunicações sobre como os outros falharam com ele e, subjacente a essas declarações, está a pergunta implícita: "Como você pode ser diferente dos terapeutas anteriores?" Ela teme que ele examine seu curriculum vitae (CV) com um pente fino, mas ela percebe que quase tudo está disponível na Internet atualmente e assume que ela não pode realmente esconder isso dele.

O PRIMEIRO CONTATO

Um axioma clínico consagrado pelo tempo é que a maneira como o paciente chega até você diz muito sobre quem é o paciente. Esse axioma se aplica bem quando o paciente que deseja iniciar o tratamento tem problemas narcísicos.
Paciente e terapeuta enfrentam uma situação semelhante no primeiro contato. A dificuldade do paciente em saber como se relacionar com os outros geralmente é aparente desde o início. Da mesma forma, do ponto de vista do terapeuta, ele está reagindo da mesma forma que todos reagem ao paciente narcisista. O paciente em potencial está pensando claramente: “O que devo fazer para impressionar este terapeuta? Ela vai ser boa o suficiente para mim? A Dra. A já está temendo a primeira consulta e experimentando o senso de direito da paciente quando recebe três mensagens telefônicas em 4 horas. Ela está se perguntando: “Essa pessoa está tentando me impressionar que já sabe tudo o que há para saber sobre sua doença? Ele está tentando assumir o controle dessa conversa? Os problemas que o narcisista encontra em todos os relacionamentos são lançados ao terapeuta desde o início, e é provável que o terapeuta fique confuso como todo mundo fica com essa pessoa. Em suma, é estranho.

O paciente quer uma cópia do currículo do Dr. A. Muitas vezes, é de extrema importância para os narcisistas consultar o melhor terapeuta da cidade (mesmo que a ideia de que existe *um* “melhor terapeuta” seja absurda). Como Kohut (1971, 1977) apontou, o paciente pode querer estar na sombra de um objeto idealizado porque isso aumentará sua auto-estima. O falecido filho de James Master (comunicação pessoal, 1988) já foi citado no *The New York Times* em um artigo sobre transtorno de personalidade narcisista (NPD). Depois

Machine Translated by Google

Quando o artigo apareceu, ele recebeu 12 telefonemas de indivíduos que disseram ter lido o artigo e sentiram que suas descrições soavam como eles. Cada um deles perguntou se ele poderia tratá-los. Masterson obedientemente retornou cada ligação e, em cada caso, sua impressão inicial foi que os pacientes provavelmente estavam certos de que o diagnóstico de NPD se ajustava a eles. Ele disse a cada paciente que sua clínica estava lotada, mas deu a eles o nome de um colega extremamente experiente no tratamento de NPD e recomendou que o chamassem para iniciar o tratamento. Por curiosidade, ele ligou para seu colega uma semana depois e soube que nenhuma pessoa havia seguido sua indicação. Se eles não pudessem ter o "expert número um", eles não estavam dispostos a tentar com um ser inferior.

O QUE LEVA UM PACIENTE NARCISISTA AO TRATAMENTO?

Apesar de um senso de auto-importância, uma crença de que ele ou ela é especial e um senso de direito, ainda não é fácil para a pessoa narcisista lidar com seus fracassos, perdas e decepções. As lesões narcísicas que ocorrem nas decepções comuns e cotidianas da vida podem se somar ao longo do tempo e levar o paciente a buscar conforto, apoio e resolução na psicoterapia. Certamente, grandes falhas e estressores críticos da vida muitas vezes obrigam as pessoas a procurar tratamento. O amante rejeitado, o marido divorciado, a pessoa que acabou de perder o emprego, o pai rejeitado, todas essas são pessoas que podem procurar tratamento. A Tabela 4–1 oferece alguns perfis de como e por que os pacientes narcisistas podem procurar tratame

Um exemplo pungente é a Sra. C, que relutantemente vem ao tratamento com o Dr. D:

> A Sra. C entra na sala, coloca sua enorme bolsa no chão e se senta na beirada do sofá. Ela tem se sentido com raiva, deprimida e vazia desde que seu marido a deixou há 8 anos. "Duvido que você possa me ajudar. Ninguém pode. Você provavelmente nem vai querer ficar comigo. Mas eu simplesmente não consigo entender isso; como ele pode ter me deixado? Eu joguei várias vezes em minha mente. Nunca deveria ter confiado nele e agora perdi tudo. Ela abre a bolsa e tira uma pilha de cartas e fotos. "Eu carrego isso na minha bolsa o tempo todo." São fotos de casamento, fotos de seus filhos e cartas. Cartas de amor do início do relacionamento, cartões de aniversário, a carta que ele deixou na mesa da cozinha quando a deixou, gentilmente, mas com firmeza, dizendo que "Eu tentei e tentei, mas você sempre tem que ser a vítima. Não importa o que eu diga, estou errado." Na pilha está a cópia do acordo de divórcio e os e-mails do irmão dizendo que não estaria lá no Natal e da filha dizendo que planejava passar o verão com o ex-marido. O paciente coloca todos eles em

Machine Translated by Google



Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

> o sofá do terapeuta ao lado dela, o arquivo de sua raiva, decepção, fracassos e perdas, tudo carregado todos os dias em sua bolsa.

Muitos pacientes narcisistas vulneráveis podem ser colecionadores de queixas que se encaixam no modelo de Cooper (1993) do paciente narcisista-masoquista mencionado no Capítulo 1, “Narcisismo e seus descontentamentos”. A bolsa da Sra. C pesa sobre ela da mesma forma que sua lista intrapsíquica de ofensas, feridas e maus-tratos. O conteúdo a lembra de todas as maneiras que ela perdeu e de todas as vezes que as pessoas a magoaram. Suas mágoas, decepções e ferimentos narcísicos estão todos contidos em seu albatroz metafórico em seu braço. Em outros pacientes, as queixas são coletadas não de maneira física, mas como bagagem emocional ou listas apresentadas a outras pessoas sobre como elas devem mudar. Esses pacientes podem listar para o terapeuta todas as maneiras pelas quais os outros falharam com eles. Eles podem descrever discussões com o cônjuge nas quais acabam repreendendo-o por tudo que o cônjuge já fez para decepcioná-los no contexto do casamento. Parceiros e cônjuges podem se sentir cegos quando uma discussão sobre um evento atual se transforma em uma enxurrada de deslizes históricos e decepções que se pensava estarem há muito esquecidos nos arquivos do passado. Da mesma forma, no tratamento, um terapeuta que desaponta o paciente pode se encontrar na ponta receptora de uma litania de maneiras passadas pelas quais o terapeuta falhou com o paciente.

Alguns pacientes vêm ao tratamento para lidar com um sentimento de vitimização. Eles acham que as coisas boas da vida - empregos, relacionamentos, sucesso ou até sorte - sempre acontecem com outras pessoas. Desde a primeira sessão, o terapeuta se depara com o desafio de empatizar com alguém que se sente maltratado, incompreendido e vitimizado, ao mesmo tempo em que aponta a tendência do paciente de externalizar a responsabilidade e transferir a culpa para os outros. Com esse tipo de paciente hipervigilante, o terapeuta está ciente de que o paciente está observando cada movimento seu. Ela está se sintonizando com o terapeuta com a suposição de que é apenas uma questão de tempo até que ele também a vitimize como todos os outros em sua vida fazem. A paciente quer saber que ela é importante para o terapeuta, que ele simpatiza com ela e que está sintonizado com seus sentimentos. O terapeuta sabe que esse paciente inevitavelmente ficará desapontado, se sentirá incompreendido e até ficará furioso com ele quando ele der um passo em falso (Gabbard 2014).

Alguns pacientes experimentam um sentimento de especialidade por serem maltratados persistentemente, enquanto mantêm um senso de altruísmo em suas ações (Cooper 1993). Esses pacientes podem procurar terapia ostensivamente para mudar o sistema familiar ou sua situação de trabalho, tudo a serviço de acabar com a vitimização. No entanto, eles podem realmente receber uma grande satisfação pessoal e um sentimento de especialidade ao desempenhar o papel.

Machine Translated by Google

de mártir ofendido. Eles precisam desesperadamente da validação do terapeuta de sua distinção como alguém que sofreu de uma forma única e excessiva. O mundo interno desses pacientes e suas motivações serão discutidos mais adiante no Capítulo 5, “Transferência e Contratransferência”.

Pacientes com traços de personalidade narcisista geralmente se apresentam para tratamento do que consideram outras condições. Eles podem estar inteiramente corretos. Abuso de substâncias, transtornos do humor e transtornos de ansiedade são altamente comórbidos com NPD (Stinson et al. 2008), e muitas vezes é uma dessas condições concomitantes que leva o paciente a procurar ajuda. Uma sensação de fracasso, lesão narcísica, desapontamento e vazio podem precipitar os sintomas da depressão maior. Há boas razões para acreditar que lesões narcísicas também podem desencadear tentativas de suicídio (Links 2013).

Os traços narcisistas podem coexistir com o transtorno bipolar de uma forma que pode tornar difícil separar a grandiosidade associada a um episódio hipomaníaco da grandiosidade básica inerente à personalidade.

A ansiedade certamente pode ser aumentada em pacientes com narcisismo hipervigilante, pois eles se sintonizam obsessivamente para ver como os outros reagem a eles, o tempo todo se preocupando com críticas e julgamentos. O uso de álcool e drogas ou a promiscuidade sexual podem preencher um vazio ou silenciar um sentimento de fracasso em alguém organizado narcisicamente.

> O Sr. D é um homem de 32 anos encaminhado para psicoterapia por “dependência sexual” em uma clínica de estágio em um centro médico acadêmico. Ele solicitou uma terapeuta feminina. Em sua primeira sessão, ele disse ao terapeuta que era viciado em sexo porque acreditava ter sido molestado sexualmente quando menino. Ele explicou ao seu novo terapeuta que havia recentemente completado um mês em que ia a bares todas as noites depois do trabalho com a intenção de fazer sexo com uma mulher diferente a cada noite. Ele disse com um largo sorriso destinado a encantar seu terapeuta: “Eu realmente amo as mulheres, e elas podem ver isso quando vão para a cama comigo”. Ele nunca foi casado porque “nenhuma mulher correspondeu às minhas expectativas”.
>
> O terapeuta estagiário que o tratava logo reconheceu que ele tinha uma personalidade narcisista com total desprezo pelas mulheres e que ele as usava e as descartava sem o menor sentimento de remorso ou arrependimento. O Sr. D estava em um programa de 12 passos para viciados em sexo, mas frequentava o grupo apenas de forma intermitente porque descobriu que não era como as outras pessoas ali, que eram todos “perdedores”.

Às vezes, o paciente narcisista chega ao atendimento clínico no contexto de conflitos ou perdas familiares significativas. Certamente, no processo de separação ou divórcio, o trauma dentro da família pode levar tanto os indivíduos ao tratamento quanto a família maior à terapia.

As defesas narcísicas nem sempre se sustentam diante de perdas dolorosas e significativas, como a morte de um filho ou cônjuge. o narciso

Machine Translated by Google

Um paciente ticamente organizado pode, pela primeira vez, sentir dor de uma forma que não consegue controlar com suas estratégias habituais de negação, evitação ou projeção.

Os pacientes que lutam com questões narcísicas também podem ter dificuldade em despertar para a aceitação dos limites quando entram na meia-idade.

O Sr. E procurou um terapeuta pela primeira vez pouco depois de completar 50 anos. Ele falava com intensidade e periodicamente chorava. Ele explicou que tinha sido bem-sucedido em seu escritório de advocacia e amava sua família, mas tinha uma sensação incômoda de insatisfação. Ele baixou os olhos por um momento e então olhou para seu terapeuta, o Dr. F. “Tenho medo da obscuridade”, disse ele. Ele elaborou dizendo: “Vou passar pela vida como milhões de outras pessoas, e ninguém saberá realmente quem eu sou. Sinto que não realizei o que pensei que conseguiria. Eu queria estar ao lado de uma estante de troféus a essa altura da minha vida. Eu preciso de elogios por algum motivo. Acabei de perceber o quão predominante é o meu desejo de ser apreciado e admirado universalmente, em comparação com a maioria das pessoas que conheço. Tenho vergonha de dizer isso, mas queria muito ser conhecido, e não sou.” O Dr. F se perguntou se o Sr. E estava procurando terapia porque queria ser “conhecido” profundamente por alguém. O Sr. E pensou por um momento e disse: “Sim, eu gostaria disso. Só não sei qual é o meu lugar no universo. Sou assombrado por aquela famosa citação de Joseph Campbell de que devemos seguir sua bem-aventurança. Não consegui fazer isso por algum motivo. Me sinto perdido." Dr. F perguntou-lhe o que

os objetivos eram para a terapia. O Sr. E refletiu por um momento e disse: “Eu realmente gostaria de estar bem com quem sou como sou, mas não sinto que posso me contentar com isso. Toda a energia da minha vida tem sido associada à necessidade de provar que sou digno e aceitável. E isso só poderia ser medido pela forma como as outras pessoas reagem a mim.”

O Dr. F ficou comovido com a maneira pungente com que o Sr. E veio para a terapia. Ele sentiu que havia algo universal na luta do paciente e em sua desilusão. Até certo ponto, ele sentiu que eles eram almas gêmeas em busca de alguma forma de validação e significado em um universo complicado de incógnitas. O narcisismo ferido teve um apelo para o Dr. F que o deixou ansioso para embarcar na jornada terapêutica com o Sr. E.

O Dr. F percebeu que o Sr. E estava atormentado pela tirania de uma audiência imaginária que era produto de sua própria mente.

O caso do Sr. E é particularmente significativo à luz do fato de que os pacientes narcisistas muitas vezes evocam sentimentos de desprezo, tédio, irritação e pavor nos terapeutas. Como observado no Capítulo 1, eles são facilmente relegados ao *outro,* ou seja, “alguém que não é como eu”. No entanto, o sofrimento do paciente narcisista reflexivo que se sente um fracasso pode evocar compaixão no terapeuta. Aqueles que escolhem ser psicanalistas ou psicoterapeutas têm seu próprio narcisismo. Eles vão trabalhar todos os dias com uma esperança consciente ou inconsciente de que, de alguma forma, resgatarão os outros do desespero e, ao fazê-lo, sairão de seu próprio sofrimento existencial.

Machine Translated by Google

O PACIENTE ENVIADO PARA TRATAMENTO _

Os pacientes narcisistas nem sempre iniciam o tratamento por vontade própria. É comum que alguém com problemas narcisistas seja obrigado a

para fazer terapia por um cônjuge ou parceiro, um chefe ou um conselho de licenciamento. Muitos encaminhamentos começaram com um telefonema do cônjuge ou parceiro do paciente, como neste exemplo:

> Meu terapeuta me disse para ligar para você. Ele pensou que você poderia me ajudar com meu marido. Estamos juntos há 3 anos, e o que começou como um relacionamento maravilhoso se transformou na sensação de que estou sozinho neste casamento. Parece que não consigo fazer nada direito, nada agrada a ele, e começo a perceber que nem tudo é culpa minha. Embora ele possa ser a alma da festa e adore se socializar, sinto que estou constantemente pisando em ovos esperando por suas explosões quando não atendo às suas necessidades.

Embora esse telefonema da esposa do paciente certamente possa ser visto como uma oportunidade, também é um desafio para o terapeuta e o paciente que estão iniciando uma jornada juntos. Quão motivado está o paciente?
Qual a probabilidade de ele manter o interesse no tratamento? Ele será capaz de olhar para si mesmo e considerar seu papel no casamento ou em sua família, ou apenas externalizará a responsabilidade por suas próprias ações culpando os outros? Às vezes, o telefonema vem do próprio indivíduo narcisista, que começa com: “Minha esposa diz que preciso de tratamento ou ela vai embora. Então, posso entrar para te ver amanhã? Acho que você vai ver que ela é que tem problema.

É um processo assustador começar o tratamento com um paciente que não deseja estar lá. A dança da psicoterapia depende de dois participantes voluntários e pode parar se o paciente realmente não quiser trabalhar. Uma maneira de lidar com essa situação é confrontar o paciente com sua ambivalência desde o início. “Eu sei que sua esposa fez a ligação inicial, então como você se sente por estar aqui?” Também pode ser útil dizer na primeira reunião: “Na minha experiência, a terapia provavelmente não ajudará se você aparecer para agradar seu cônjuge”. O terapeuta também deve ter em mente, no entanto, que a resistência ao tratamento está presente de uma forma ou de outra em cada paciente que cruza o limiar do consultório.

Alguns pacientes “involuntários” podem achar a terapia útil depois de descobrirem que têm um lugar onde o terapeuta os ouve e faz o possível para entender o que está acontecendo dentro deles.

Os pacientes narcisistas também procuram tratamento por ordem de seus empregadores ou organizações externas. Médicos que tiveram problemas devido a ataques narcísicos caracterizados por explodir no hospital

Machine Translated by Google

e gritando com a equipe, bem como aqueles que humilham colegas de trabalho, podem ser encaminhados por programas de saúde médica ou conselhos de licenciamento para tratamento. O clero pode ouvir de suas congregações que eles falam demais sobre si mesmos em detrimento de atender às necessidades da comunidade de fé (Crisp-Han et al. 2011). Empregadores em ambientes comerciais ou sem fins lucrativos podem referir-se a funcionários rabugentos de "controle de raiva" que estão se comportando como se as regras não se aplicassem a eles e que têm acessos de raiva quando não conseguem o que querem.

Um dilema em trabalhar com esses pacientes no contexto terapêutico é o problema da confidencialidade. Embora seja compreensível pensar que o empregador precisaria saber como o paciente está passando e se ele está participando do tratamento, a própria ideia de que o conteúdo desse tratamento seria relatado a um órgão externo é anátema para um tratamento. A psicoterapia tem menos probabilidade de ser eficaz se a confidencialidade não for preservada. Como uma paciente com um senso de auto-estima vulnerável pode abordar realisticamente suas questões de direito e grandiosidade, tornando-se assim mais vulnerável, ao mesmo tempo em que sente que suas palavras poderiam ser relatadas ao seu empregador ou a um conselho de licenciamento? Na ausência de confidencialidade, a terapia "como se" pode estar acontecendo - uma variante artificial e altamente filtrada da verdadeira terapia. No consultório, o maior desafio é acessar a própria motivação do paciente para olhar para si e mudar, em vez de simplesmente seguir os movimentos ou marcar as caixas para agradar superficialmente ao empregador (ao mesmo tempo em que pretende evitar o investimento pessoal de maneira mais profunda). Uma forma de lidar com uma situação em que um órgão externo ou empregador está envolvido é relatar apenas se o paciente compareceu ou não à sessão. Nenhum conteúdo é relatado, nem há relatórios sobre o progresso da terapia.

DEFININDO A ESTRUTURA

Conforme ilustrado na parte inicial do capítulo, os pacientes com narcisismo inconsciente muitas vezes chegam ao tratamento com um pouco de direito.

Eles podem esperar que seus telefonemas sejam retornados imediatamente. Eles podem exigir horários de atendimento que melhor se adaptem à sua agenda sem levar em consideração a agenda do terapeuta, deixando o terapeuta insatisfeito pensando: "Esse cara pensa que é meu único paciente?" Esses pacientes podem ter uma expectativa grandiosa sobre os arranjos financeiros e o tratamento, como esperar não pagar por cancelamentos de última hora. A pressão sobre o terapeuta para estar disponível "sempre que eu precisar de você" pode levar o terapeuta a se sentir "a ajuda", isto é, não um tratador, mas um

Machine Translated by Google

assistente pessoal ou funcionário que está disponível ao capricho do paciente, sem ter verdadeiras necessidades próprias.

Ao administrar o direito de pacientes narcisistas no início do tratamento, os terapeutas devem estar sintonizados com as pressões sutis e evidentes que estão sendo colocadas sobre eles pelo paciente. É essencial definir claramente o quadro desde o início, explicando e seguindo as políticas de cancelamento e agendamento de consultas que atendem às necessidades do terapeuta e do paciente. Não fazer isso pode levar a um grande ressentimento mais tarde no tratamento.

Os pacientes narcisistas podem forçar um terapeuta a estabelecer limites mais flexíveis do que o habitual para esse terapeuta, ou podem cruzar os limites, mesmo desde o início do tratamento (Gabbard 2016). Os psicoterapeutas são vulneráveis a se submeter às pressões dos pacientes no serviço de formar uma aliança terapêutica sólida ou garantir que o paciente volte para a próxima consulta. Em seu esforço para fazer a diferença e construir um relacionamento terapêutico, o terapeuta pode se estender além de seu papel terapêutico habitual e concordar com as demandas narcísicas (Luchner 2013).

Um paciente solicitou que o terapeuta, que era psiquiatra, prescrevesse medicamentos que estivessem fora de suas práticas usuais de prescrição. Embora o psiquiatra geralmente não prescreva medicamentos para problemas médicos, o paciente pressionou para que ele prescrevesse medicamentos para o hipotireoidismo, e o psiquiatra concordou com relutância - apenas para se arrepender mais tarde. Em outro caso, o terapeuta sentiu-se lisonjeado pela admiração e idealização do paciente durante as primeiras sessões. O paciente respondeu positivamente a praticamente todas as afirmações feitas pelo terapeuta e o elogiou como o “melhor terapeuta” da cidade.
Após várias sessões, o terapeuta percebeu que havia prolongado inconscientemente o tempo da sessão (Gabbard 2016). Profissionais de saúde mental, como todo mundo, lutam com suas próprias formas de narcisismo.

Inerente às formas narcísicas de psicopatologia está a suposição de que arranjos especiais devem ser feitos para acomodar o paciente narcisista. Outra demanda comum é que o terapeuta concorde em atender um paciente após o horário regular, porque o paciente alega que é impossível comparecer durante o dia normal de trabalho do terapeuta.

> Na primeira sessão, o Sr. G disse ao terapeuta que 45 minutos não eram suficientes para dar ao terapeuta detalhes suficientes sobre seus pensamentos. Ele disse que realmente precisava de uma sessão de 60 minutos e “ficaria feliz em pagar por cada minuto extra porque dinheiro não é um problema para mim”. O terapeuta foi pego de surpresa e impulsivamente concordou com o acordo. Ele se arrependeu mais tarde, quando a exceção do Sr. G o colocou em apuros.

Machine Translated by Google

> ção de não haver intervalo entre a sessão do Sr. G e a consulta de seu próximo paciente. Ele ficou ressentido por não ter tempo para retornar ligações ou ir ao banheiro.

Deve ser esclarecido no contexto desta discussão que nem todas as decisões as sões para prolongar o tempo habitual da sessão originam-se das propensões narcísicas do paciente. Às vezes, o terapeuta pode iniciar uma sessão mais longa porque é a melhor solução para um problema clínico complexo. Por exemplo, alguns pacientes demoram muito mais tempo para "aquecer" na sessão.
Outros precisam incluir um nível de detalhe que requer tempo adicional.

MODOS **INICIAIS DE RELACIONAMENTO COM O TERAPEUTA**

Conforme observado no Capítulo 3, "Modos de relacionamento", os modos característicos de relacionamento geralmente aparecem no primeiro encontro ou mesmo no primeiro telefonema. Por exemplo, o tratamento com um paciente narcisista pode começar com um interrogatório. O terapeuta pode se sentir examinado e julgado por questões como "Quantos anos você tem? Quantas pessoas com meus problemas você já viu? Qual é o seu nível geral de especialização?" Alternativamente, o terapeuta pode se sentir idealizado quando um paciente inicia com um depoimento: "Já consultei dois outros terapeutas e já posso dizer na primeira consulta que você me entende melhor do que eles jamais entenderam".

A paciente pode gostar de se aquecer no brilho refletido do terapeuta, vendo-se aprimorada por sua proximidade com um profissional tão extraordinário. Muitos, se não todos, os pacientes de hoje procuram informações sobre seu terapeuta na Internet muito antes de chegarem ao tratamento. Os "dados" obtidos da informação online podem ser usados para criticar ou elogiar o terapeuta, dependendo da inclinação do paciente para competir ou se beneficiar da glória refletida do terapeuta. Na primeira sessão, o Sr. G confrontou o terapeuta da seguinte forma: "Um dos comentários sobre você no site Rate Your Doctor disse que você parecia sonolento em uma das sessões – isso é verdade sobre você?"

Os pacientes podem começar se gabando e citando nomes, falando sobre as pessoas muito importantes que conhecem, sua média de notas na faculdade, seus amigos importantes ou quanto dinheiro ganham. Embora a vanglória possa ser irritante e desanimadora para o terapeuta, um clínico sábio também pode rapidamente começar a ver a pessoa vulnerável por trás do desejo de impressionar o terapeuta. Por que alguém gastaria tempo se gabando e divulgando nomes, a menos que a insegurança espreite sob a superfície?

Alguns pacientes narcisistas não deixam espaço para o terapeuta falar, fazer perguntas ou se envolver em uma conversa autêntica desde o início da terapia. Os pacientes que são narcisistas inconscientes podem percebê-lo como um irri

Machine Translated by Google

importante se o terapeuta interromper seus monólogos, e eles podem não deixar tempo ou espaço para a entrada do terapeuta. Os terapeutas podem se sentir consignados a uma "existência satélite" (Kernberg 1984). O paciente pode esperar que o terapeuta atue como um ouvinte silencioso, a quem não é permitido uma voz ou perspectiva própria (Gabbard 2009). Alguns pacientes são claros em seu desejo de um "lugar para desabafar" em vez de uma pessoa com quem se envolver em um processo de auto-reflexão e mudança. É provável que o terapeuta se sinta fechado e tratado como um objeto que só pode falar quando o paciente terminar sua exegese. Uma mulher começou suas interações com o terapeuta explicando: "O que não gosto no meu marido é como ele me interrompe constantemente. Meus processos de pensamento são complexos e detalhados e, se sou interrompido, não consigo encontrar a linha de pensamento novamente. Depois de perdê-lo, sinto que poderia muito bem não ter falado em primeiro lugar. Os pacientes podem sentir que precisam controlar rigidamente a sessão e tendem a fazer diatribes obsessivamente exageradas que excluem o terapeuta da conversa. Quando esse padrão se desenvolve no início da psicoterapia, é importante que o terapeuta encontre uma maneira de interromper e oferecer sua perspectiva sobre o que está acontecendo.

Os terapeutas podem responder ao paciente narcisista com aceitação incondicional ou com sentimentos competitivos que levam à discussão, os quais podem ser problemáticos se levados longe demais (Luchner 2013). Pacientes com narcisismo grandioso podem apresentar competitividade evidente. Por vezes, essa competitividade pode induzir uma pressão no terapeuta para "superar" o paciente para provar as suas próprias capacidades (Gabbard 2009). Tais esforços podem ser um problema no início do tratamento, quando a aliança terapêutica pode ainda não ser suficientemente sólida para resistir a um confronto argumentativo do terapeuta.

> A Dra. H, uma médica de 45 anos, veio para sua primeira consulta com o psiquiatra. Ela baixou os óculos até a ponta do nariz e olhou por cima do nariz com condescendência para o terapeuta. Ela então começou a falar: "Fui indicada para você porque dizem que sou narcisista. Justo; eles podem pensar o que quiserem, mas eu duvido. Não vejo por que é um problema que estou confiante. Sou o melhor no que faço e estou no topo do meu jogo. Posso correr uma maratona, administrar o hospital e administrar minha família. Talvez eles estejam com ciúmes porque eu simplesmente faço melhor do que eles. Tenho lido muito sobre a teoria psicanalítica. Eu pesquisei psicanálise quando eles me disseram que eu estaria vendo você. Você acha que seu pensamento está mais alinhado com o de Freud ou Jung? Kohut ou Kernberg? O que você achou daquele impressionante estudo de gêmeos em 2014 sugerindo que o narcisismo é hereditário?" A terapeuta, sentindo-se vagamente irritada com a paciente, sentiu o desejo de competir com ela, de "superar" seu conhecimento e diminuí-la. Ele teve que conter seu impulso de citar as pesquisas mais recentes para ela e mostrar seu próprio conhecimento teórico e clínico.

Machine Translated by Google

Por outro lado, a excessiva empatia com o paciente desde o início também pode configurar um desequilíbrio problemático no tratamento. Como um terapeuta reconhece a vergonha e a auto-estima vulnerável do narcisista, pode haver muita empatia com a perspectiva do paciente, resultando em conluio com a externalização da responsabilidade na vida do paciente. Se o terapeuta sempre e apenas empatizar, o paciente pode não aprender a ver seu próprio papel nos problemas de sua vida.

Após várias sessões de um novo processo terapêutico, um terapeuta começou a confrontar sua paciente narcisista, pedindo-lhe que visse o papel que ela desempenhava em seu conflito conjugal, em vez de continuar com uma ladainha de reclamações sobre o marido. O paciente olhou abruptamente para o terapeuta, dizendo: “O que há com você? Você é um terapeuta! Você não deveria ser uma líder de torcida? Não vim aqui para você me dizer que estou fazendo errado.

Cabe a um clínico que está iniciando um tratamento com um paciente narcisicamente organizado sintonizar-se com a ambivalência do paciente sobre obter “ajuda”. Qualquer forma de observação, interpretação ou confrontação pode ser interpretada pelo paciente como um golpe em sua auto-estima. Embora esses pacientes possam desejar a opinião do terapeuta sobre o que está criando problemas para eles, eles ficam em conflito quando ouvem essa opinião porque significa que não são perfeitos. Em outras palavras, há outro nível em que o paciente espera mais admiração e elogio do que insight. Ele ou ela pode se sentir profundamente magoado por ser “patologizado” em vez de validado ou admirado. Os terapeutas precisam reconhecer essa tendência e conceituar o vínculo que ela representa para o paciente, para que ambas as partes estejam cientes disso e possam colaborar em como lidar com isso.

DIZER OU NÃO DIZER - O DILEMA DE DIAGNÓSTICO

Um dos maiores desafios no trabalho com pacientes narcisistas é como responder ao paciente que deseja saber seu diagnóstico. Pode ser assustador dizer a alguém com um senso de auto-estima vulnerável e hipersensibilidade a desdém que ele tem NPD. Pode ser um desafio igual dar a mesma notícia a alguém que é um fanfarrão grandioso e alheio.

Os médicos lidam com esse dilema de várias maneiras. Se alguém deseja ser punido com um paciente, deve-se ter em mente que o narcisismo tem um significado pejorativo em nossa cultura e é frequentemente usado como um insulto. “Ele é um narcisista” é uma frase usada em discussões políticas, fofocas no local de trabalho e em relacionamentos íntimos, geralmente de maneira inflamatória e ofensiva. Em resumo, ninguém quer ser rotulado com NPD.

Machine Translated by Google

Ronningstam (2014) aponta que integrar o diagnóstico de NPD como parte do início do tratamento pode ser um desafio. O diagnóstico focado no traço pode soar terrivelmente crítico para um paciente que já está ansioso e então ouve termos como “grande senso de auto-importância”, “entitlement” e “falta de empatia”. O que o clínico pretende ser formativo acaba soando como algo vergonhoso e insultuoso. Esse tipo de começo pode impedir seriamente a formação de uma aliança terapêutica.

Houve um tempo no campo da saúde mental em que os terapeutas não usavam termos diagnósticos com seus pacientes. No entanto, a ascensão da Internet parece ter acelerado uma mudança nessa prática. Agora, a maioria dos pacientes vai querer saber: “Qual é o meu diagnóstico?” Portanto, é importante que nós, como clínicos, expliquemos cuidadosamente o que queremos dizer se usarmos o termo *narcisismo.* Uma estratégia é ancorar as lutas do paciente com a auto-estima em sua história de desenvolvimento. Usando exemplos da própria infância do paciente e apontando decepções passadas e lesões narcísicas, o terapeuta que está explicando um diagnóstico de narcisismo está começando por empatizar com a experiência de vida do paciente. Além disso, é importante esclarecer explicitamente que, quando usamos o termo narcisismo, não o entendemos no sentido insultuoso que é usado na cultura, mas sim como um termo psiquiátrico que se refere a um padrão de vulnerabilidade da auto-estima, propensão à vergonha, sentimentos de direito ou especialidade e sensibilidade a ofensas e injúrias narcísicas. Ao explicar o diagnóstico, o terapeuta pode destacar as lutas particulares do paciente, muitas vezes com as próprias palavras do paciente, para que o paciente se sinta visto, ouvido e compreendido, mesmo diante do difícil diagnóstico. Finalmente, uma parte essencial da formulação deve ser o reconhecimento dos pontos fortes do paciente, incluindo áreas de alto funcionamento, esforços altruístas e capacidade de ajudar os outros.

Os pacientes que têm um padrão de narcisismo inconsciente ou aqueles que apresentam características de agressão, exploração interpessoal ou tendências anti-sociais podem precisar ser confrontados mais diretamente sobre os traços de personalidade que os colocam em problemas. Pode ser útil ilustrar ao paciente como sua dificuldade em empatizar com os outros mina relacionamentos potencialmente valiosos. De fato, uma conversa produtiva no início de um tratamento pode envolver uma explicação do conceito de mentalização enquanto aponta as dificuldades do paciente em acessar o que os outros estão sentindo e pensando (Bateman e Fonagy 2012; Fonagy 2001; Fonagy e Target 2003; Gabard 2014).

Outra estratégia, particularmente útil com narcisismo hipervigilante ou vulnerável, é focar em áreas problemáticas específicas sem atribuir um diagnóstico. Por exemplo, um paciente narcisista altamente vulnerável abriu a porta para uma discussão franca com seu terapeuta falando sobre

Machine Translated by Google

sua arrogância. Embora o paciente tivesse procurado tratamento para depressão maior, o terapeuta estava começando a ver a vergonha, a autocrítica e a vulnerabilidade que jaziam por trás da depressão. O paciente ficou claramente magoado porque os outros o viam como arrogante, o que abriu caminho para uma discussão sobre vulnerabilidade narcísica. O terapeuta fez uma pergunta simples: “Sei que você disse que seus amigos o chamaram de arrogante. Isso está preocupando você? Quando o paciente admitiu relutantemente que sim, o terapeuta passou a reconhecer que todos têm necessidades de auto-estima e validação e que muitas vezes buscamos algum tipo de resposta nos outros, dizendo coisas que nos fazem parecer arrogantes. Com alguns pacientes que parecem particularmente propensos à vergonha e à humilhação, pode-se evitar o uso de termos diagnósticos e simplesmente permanecer em um nível descritivo falando em “inglês simples”.

Conforme observado no Capítulo 1, é extremamente comum ver pacientes narcisistas com uma série de traços obsessivo-compulsivos e autodestrutivos ou traços histriônicos e limítrofes, bem como sintomas de outras condições psiquiátricas. Nesses casos, o terapeuta pode se concentrar no espectro das características da personalidade, em vez de se concentrar exclusivamente nas dimensões narcísicas do paciente. A experiência clínica sugere que muitos pacientes podem ouvir mais facilmente o termo *narcisista* se ele também estiver acompanhado de outras características. Tanto os pacientes narcisistas quanto os obsessivo-compulsivos tendem a buscar a perfeição. Os narcisistas hipervigilantes que se sentem repetidamente desprezados podem se envolver em um comportamento defensivo e autodestrutivo para evitar ataques, apenas para alienar aqueles que podem apoiá-los. Os médicos experientes muitas vezes acham que a melhor abordagem é uma declaração sucinta, como a seguinte: “Francamente, você não se encaixa perfeitamente em nenhuma categoria diagnóstica”. Esta declaração resumida pode ser seguida observando as áreas específicas de pontos fortes e fracos.

A ALIANÇA TERAPÊUTICA

Um fator final e crucial no início de um tratamento é forjar uma aliança terapêutica com o paciente. A pesquisa demonstra que o papel da relação terapêutica é mais importante do que qualquer técnica específica na produção de resultados terapêuticos (Butler e Strupp 1986; Horvath 2005; Krupnick et al. 1996; Zuroff e Blatt 2006). Embora existam várias definições de aliança terapêutica, os componentes principais são que o paciente se sente ajudado e compreendido, é apegado ao terapeuta e tem um senso de colaboração mútua na busca de objetivos comuns (Hilsenroth e Cromer 2007).

O que um terapeuta faz para construir uma aliança terapêutica não é misterioso. Na verdade, existe agora um modesto corpo de pesquisa que sugere o que um

Machine Translated by Google

clínico pode fazer nas primeiras sessões para promover a aliança (Hilsen roth e Cromer 2007). Ouvir com sensibilidade e transmitir confiança, cordialidade e compreensão são essenciais para o processo. Outra medida para ajudar a promover a aliança é explorar o processo da sessão e o afeto do paciente sem julgamentos. Abordar os fatores emocionais e cognitivos também é útil. Por fim, os terapeutas podem identificar novos problemas clínicos a serviço da promoção de níveis mais profundos de compreensão e percepção, aprimorando a aliança ao fazê-lo.

Uma característica central da aliança terapêutica é uma busca colaborativa destinada a lançar luz sobre os motivos, conflitos, aspirações, padrões interpessoais e anseios do paciente. Infelizmente, muitos pacientes narcisistas podem apresentar obstáculos a esse processo colaborativo por medo de se sentirem inúteis, ignorantes, patéticos, incompetentes, arrogantes ou fora de controle. Os pacientes com NPD também podem não querer ou ser incapazes de identificar seus traços de caráter que outros veem como problemáticos (Ronningstam 2014). Eles podem realmente não saber por que os outros reagem a eles da maneira que reagem e o que estão fazendo para promover reações negativas nos outros. Eles podem descartar as queixas sobre si mesmos como ataques decorrentes da inveja. Eles podem se sentir injustamente culpados e "bode expiatório". Eles podem ameaçar abandonar o tratamento se confrontados com muita severidade e podem ter repetidos rompimentos em qualquer aparência de aliança que seja formada (Ronningstam 2014).

Um bom ponto de partida para construir uma aliança é identificar objetivos específicos para o tratamento, mesmo que o paciente não consiga chegar a nenhum. Concentrando-se no que causa sofrimento ao paciente e aos outros, pode-se fazer um progresso gradual, apesar do desejo do paciente de negar e negar seus problemas. A incapacidade do paciente de ver o que os outros reclamam pode levar a um trabalho específico de mentalização e empatia pelos outros. A desonestidade e o engano do terapeuta também podem prejudicar a construção de alianças e devem ser trazidos à tona.

Longos períodos de escuta empática podem ser necessários para construir uma aliança quando se está trabalhando com um paciente narcisista. Como Holmes e Slade (2018) observaram, "Para que a terapia seja bem-sucedida, os terapeutas devem primeiro validar a postura emocional do paciente, antes de desafiar gentilmente as suposições que a fundamentam" (p. 33). Os períodos em que alguém serve como caixa de ressonância podem ser cansativos, enfadonhos e aparentemente inúteis. No entanto, os médicos devem lembrar que sentar com o paciente e ouvir não é "não fazer nada" (Gabbard 1989). Em vez disso, envolve processos complexos que ocorrem regularmente como parte da psicanálise e da psicoterapia de apoio expressiva. Como Poland (2017) argumentou de forma persuasiva, *testemunhar* é uma função importante tanto do trabalho analítico quanto do psicoterapêutico. Testemunhar inclui atenção respeitosa no co

Machine Translated by Google

ouvir onde se abstém de fazer comentários intrusivos com base em sua própria perspectiva. Essa restrição permite que o terapeuta apreenda toda a importância emocional da auto-exploração do paciente em um modo de não intromissão engajada, em vez de uma versão da abstinência analítica clássica. O paciente sabe que o terapeuta é um “outro” separado, mas também está claro que outra pessoa está fazendo um esforço concentrado para entender e contextualizar a experiência do paciente, algo que pode ter faltado dolorosamente no desenvolvimento do paciente. Além disso, o terapeuta frequentemente desempenha a função crucial de manter e conter afetos que não podem ser tolerados apenas pelo paciente.

Com pacientes narcisistas, é tentador ouvir o que eles dizem de forma crítica e vê-los com irritação e até mesmo desprezo, como os outros fazem. O terapeuta pode notar essa tentação e tentar mantê-la sob controle, ao mesmo tempo em que reconhece que o paciente é alguém que está lutando na vida e precisa desesperadamente de ajuda para descobrir os “movimentos” das relações humanas e a linguagem da reciprocidade. Parafraseando Freud, a tarefa do terapeuta é seguir um curso que não está prontamente disponível em nenhum outro lugar na "vida real" do paciente - um curso que busca compreender, criar empatia e colaborar.

REFERÊNCIAS

Bateman A, Fonagy P: Manual de Mentalização na Prática de Saúde Mental. ar lington, VA, American Psychiatric Publishing, 2012

Butler SF, Strupp HH: Fatores específicos e inespecíficos em psicoterapia: um paradigma problemático para a pesquisa em psicoterapia. Psychotherapy 23(1):30–40, 1986

Cooper AM: Abordagens psicoterapêuticas ao masoquismo. J Psychother Pract Res 2(1):51–63, 1993 22700126

Crisp-Han H, Gabbard GO, Martinez M: violações de limites profissionais e mentalização no clero. J Pastoral Care Counsel 65(3–4):1–11, 2011 22452146

Fonagy P: Teoria do Apego e Psicanálise. New York, Other Press, 2001 Fonagy P,

Target M: Psychoanalytic Theories: Perspectives from Developmental Psychology. Londres, Whurr, 2003 Gabbard GO:

Sobre 'não fazer nada' no tratamento psicanalítico do paciente borderline refratário. Int J Psychoanal 70(Pt 3):527–534, 1989 2793330 Gabbard GO: Transference

and countertransference: developments in the treatment of narcissistic disorder disorder. Psychiatr Ann 39(3):129–136, 2009

Gabbard GO: Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica, 5ª Edição. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2014

Gabbard GO: Limites e Violações de Limites em Psicanálise, 2ª Edição. Arlington, VA, American Psychiatric Association Publishing, 2016 Hilsenroth MJ, Cromer TD:

Intervenções clínicas relacionadas à aliança durante a entrevista inicial e avaliação psicológica. Psychotherapy (Chic) 44(2):205–218, 2007 22122211

Machine Translated by Google

Holmes J, Slade A: Apego para Terapeutas: Ciência e Prática. Londres, Sábio, 2018

Horvath AO: A relação terapêutica: pesquisa e teoria. Uma introdução à edição especial. Psychother Res 15(1–2):3–7, 2005

Kernberg OF: Severe Personality Disorder: Psychotherapeutic Strategies. Novo Haven, CT, Yale University Press, 1984

Kohut H: A Análise do Self: Uma Abordagem Sistemática para o Tratamento Psicanalítico dos Transtornos da Personalidade Narcísica. Nova York, International Universities Press, 1971

Kohut H: A Restauração do Ser. Nova York, International Universities Press, 1977

Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, et al: O papel da aliança terapêutica no resultado da psicoterapia e da farmacoterapia: achados no Programa de Pesquisa Colaborativa do Instituto Nacional de Tratamento de Saúde Mental da Depressão. J Consulte Clin Psychol 64(3):532–539, 1996 8698947 Links PS:

narcisismo patológico e o risco de suicídio, em Compreender e tratar o narcisismo patológico. Editado por Ogrodniczuk JS. Washington DC, American Psychological Association, 2013, pp 167–181 Luchner AF: Mantendo limites no

tratamento do narcisismo patológico, em Compreender e tratar o narcisismo patológico. Editado por Ogrodniczuk JS. Washington DC, Associação Americana de Psicologia, 2013, pp 219–234

Poland W: Intimidade e Separação em Psicanálise. Londres, Routledge, 2017

Ronningstam EF: Transtorno de personalidade narcisista, em Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders, 5ª edição. Editado por Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2014, pp 1073–1086 Stinson

FS, Dawson DA, Goldstein RB, et al: Prevalência, correlatos, incapacidade e comorbidade do transtorno de personalidade narcisista do DSM-IV: resultados da onda 2 da pesquisa epidemiológica nacional sobre álcool e condições relacionadas. J Clin Psychiatry 69(7):1033–1045, 2008

18557663 Zuroff DC, Blatt SJ: A relação terapêutica no tratamento breve da depressão: contribuições para a melhora clínica e aumento das capacidades adaptativas. J Consult Clin Psychol 74(1):130–140, 2006 16551150

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google



5

Transferência e contratransferência

Quando os pacientes narcisistas procuram tratamento, os modos de relacionamento discutidos no Capítulo 3, “Modos de Relacionamento”, ganham vida no consultório entre paciente e terapeuta. Na matriz transferencial contratransferencial, tornam-se evidentes as lutas intrapsíquicas e interpessoais que esses pacientes enfrentam em suas vidas. O terapeuta, que pode ser tratado com desprezo, desdém e condescendência, sente-se mais como uma “função” do que como uma pessoa. Os médicos qualificados e atenciosos podem perder a empatia e usar o confro

Machine Translated by Google

maneira tradicional, retire-se completamente ou observe o relógio na expectativa ansiosa do final da hora. Em suma, o paciente narcisista pode revelar o que há de pior no terapeuta. Esse desafio clínico comum destaca a luta daqueles que se aventuram em um processo de tratamento com um narcisista - como o terapeuta pode trabalhar para melhorar a capacidade do paciente de desenvolver relacionamentos estáveis e gratificantes quando o próprio modo de interação é desanimador, irritante, e distanciamento para o terapeuta, como é para todos na vida do paciente? Uma breve ilustração clínica demonstrará como o “mau objeto” se torna o “mau terapeuta”.

A Sra. I começou a ver o Dr. J em terapia duas vezes por semana por causa de sua preocupação de estar sendo maltratada em seus relacionamentos. Ela se perguntou o que havia de errado com suas escolhas. Ela disse ao Dr. J que havia feito todo o possível para atrair o tipo certo de homem, mas nada estava funcionando. Uma lágrima saiu de seus olhos quando ela explicou a ele: “Sou engraçada, sou inteligente, gastei milhares em uma plástica no nariz e todos elogiam meu cabelo. O que estou perdendo?" Dr. J respondeu que não sabia. Na verdade, era muito cedo para entender todos os motivos de suas escolhas e por que certos tipos de homens eram atraídos por ela. Ele continuou dizendo que os dois teriam que colaborar na busca de respostas para essa pergunta e outras.

Desde o início da terapia, a Sra. I examinava o rosto do Dr. J em busca de qualquer sinal de que ele pudesse estar ficando desencantado com ela. Em uma sessão, ela parou de falar abruptamente e disse: “Você não está me ouvindo. Seus olhos vidrados! Seu tom era indignado e acusatório, e o Dr. J sentiu que havia sido pego. Ela estava certa. Ele estava em outro lugar em seus pensamentos. Ele se sentiu encurralado e sabia que negar a verdade do que ela observou só pioraria as coisas. Então, depois de uma pausa, ele tentou ser honesto, mas gentil: “Você está certo. Fiquei perdido em pensamentos por um momento. Mas tento ouvir de uma forma que me permita liberdade de pensamento – sigo minhas associações aos seus comentários e vejo aonde eles levam.” A Sra. I olhou para ele com raiva. “Esta terapia não é sobre *mim?* Você não deveria ser um bom ouvinte? O Dr. J sentiu-se preso pela Sra. I. Ele estava ficando cada vez mais irritado, mas manteve a compostura e disse: “Ouvir bem na terapia pode incluir levar outros pensamentos em consideração”.

A Sra. I ficou de mau humor e disse: “Boa tentativa de sair dessa. Você sabe o que fez."

Dr. J estava cada vez mais perturbado, mas conseguiu manter seu comportamento profissional. Ele não teve sucesso em seu esforço de criar um cenário de ruptura e reparo. Ele pensou consigo mesmo: “Não é de admirar que ela tenha problemas com homens. Ninguém quer ser controlado assim.” Ela olhou para ele e disse com raiva: "Eu só acho que se estou pagando as taxas que você espera, posso esperar ter toda a sua atenção!" Dr. J respondeu com uma voz irritada: “Eu entendo. Não precisa repetir!” Assim que as palavras saíram de sua boca, Dr. J sabia que ele havia perdido um pouco. Ele sentiu uma sensação de vergonha por ter se permitido ser provocado daquela maneira. A sra. Dr. J disse: "Sinto muito", e a Sra. I continuou depois de se recompor

Machine Translated by Google

um pouco. A sessão terminou de forma desconfortável, e o Dr. J continuou pensando na Sra. I enquanto voltava do escritório para casa.

Enquanto o Dr. J refletia sobre o que havia acontecido, ele reconheceu que havia sido colonizado pela Sra. I. As acusações dela, que continham um fundo de verdade, induziram nele as mesmas reações que ela descrevia em outros homens. Ele se sentiu encurralado, acusado e humilhado. O objeto interno "ruim" dentro da Sra. I havia sido projetado nele e depois o havia dominado quando ela aplicou pressão interpessoal no Dr. J para "admitir" o que ele havia feito. O Dr. J estava bem ciente de que tinha um "gancho" baseado em sua própria subjetividade que fornecia um local de pouso conveniente para o objeto projetado. A Sra. I criou inconscientemente um cenário no qual suas ansiedades hipervigilantes foram confirmadas no reino da transferência-contratransferência. Sua exploração do rosto do terapeuta em busca de pistas sutis sobre o desengajamento evocou uma resposta que era exatamente o que ela estava procurando. O Dr. J percebeu por que um homem após o outro sentia vontade de se separar dela. Ele lamentou particularmente sua explosão de irritação em que disse: "Você não precisa repetir!" A colonização pelo "mau objeto" o levou a se tornar um "mau terapeuta".

No tratamento de pacientes narcisistas, há longos períodos de tempo em que o terapeuta ou analista deve tolerar e "conviver com" sentimentos intoleráveis projetados pelo paciente. A capacidade do terapeuta de tolerar tais sentimentos intensos pode, por si só, ser terapêutica para o paciente.
A observação do paciente das tentativas de seu terapeuta de lidar com sentimentos considerados intoleráveis torna esses sentimentos um pouco mais toleráveis e acessíveis para reintrojeção (Carpy 1989).

Esta forma de contenção pode ser dividida em um conjunto de atividades quando o terapeuta pode parecer não estar fazendo nada (Gabbard 1989).
Os terapeutas podem usar a contratransferência para aumentar sua compreensão do mundo objetal interno do paciente. Os terapeutas também podem encontrar um espaço analítico para se envolver em um processo quase de supervisão que envolve uma investigação sobre o que foi tocado dentro deles pelas projeções do paciente. Além disso, eles podem formular possíveis interpretações antes de realmente dizê-las. Em tais situações, é preferível fazer a interpretação silenciosa algumas vezes antes de realmente verbalizar o que se deseja dizer ao paciente.

Talvez o ponto central da atividade do terapeuta seja reconhecer que o que está acontecendo entre os dois membros da díade ilumina com detalhes vívidos as principais relações objetais internas que assombram o paciente. No caso da Sra. I, ela recriou a narrativa de vítima que a acompanhou ao longo de sua vida. Aqueles que tentam ajudá-la ou amá-la sempre falham com ela.

Essa forma de narcisismo hipervigilante com características fortemente masoquistas pode ser compreendida usando a teoria das relações objetais de WRD Fairbairn como uma estrutura conceitual. Ao contrário de Melanie Klein, que argumentou

Machine Translated by Google

que o objeto materno “ruim” é projetado para fora, Fairbairn (1944/1952) insistiu que a mãe que é vivenciada como incapaz de fornecer ao bebê amor incondicional é internalizada. Fairbairn sugeriu que a criança levasse a mãe “desamorosa” para dentro, esperando poder controlá-la. A criança não abre mão da necessidade ou do desejo de transformar a mãe “má” em mãe “boa”. De fato, pode-se ver o desejo do bebê de transformar objetos insatisfatórios em objetos amorosos e satisfatórios como a motivação mais poderosa para criar e sustentar um mundo interno altamente estruturado e reprimido.

O ego central da criança reprime dois conjuntos de relações objetais internas. Um envolve um objeto materno excitante, mas, em última análise, decepcionante em relação a um self vulnerável, e o outro é caracterizado por um objeto materno rejeitador em relação a um self rejeitado (o que Fairbairn chamou de “sabotador interno”). De fato, Fairbairn (1944/1952) argumentou que a divisão é necessária porque a “maldade” essencial do objeto se deve precisamente ao fato de combinar frustração e rejeição, por um lado, com sedução e excitação, por outro. Fairbairn descreveu uma forma patológica de amor na ligação entre o objeto rejeitador e o eu rejeitado (sabotador interno). Esse vínculo é baseado em um ressentimento profundo. Como Ogden (2010) descreveu:

> O objeto rejeitador e o sabotador interno estão determinados a nutrir seus sentimentos de terem sido profundamente injustiçados, enganados, humilhados, traídos, explorados, tratados injustamente, discriminados e assim por diante. Os maus-tratos nas mãos do outro são considerados imperdoáveis. Um pedido de desculpas é sempre esperado por cada um, mas nunca oferecido por nenhum deles. Nada é mais importante para o sabotador interno (o eu rejeitado) do que coagir o objeto rejeitador a reconhecer a dor incalculável que ele ou ela causou. (pág. 109)

Portanto, uma paciente como a Sra. I está altamente empenhada no papel de vítima masoquista e igualmente empenhada em deixar a Dra. J saber como ela se sente maltratada. Ela quer ter certeza de que ele sabe que a magoou profundamente por não prestar muita atenção a cada palavra dela. Ele se tornou mais uma figura que despertou esperança nela apenas para finalmente falhar com ela como os outros. Aqueles que recebem suas acusações podem considerá-la sádica e masoquista. Cooper (2009) via essa configuração sadomasoquista como constituindo o núcleo do caráter narcísico-masoquista.

Esses pacientes estão procurando por um “objeto ruim o suficiente” (Rosen 2013) que irá recriar a “maldade” da mãe interna sem amor e reproduzir os prazeres complexos da vítima martirizada.

Essa situação configura o que Jessica Benjamin (2018) refere como um problema de reconhecimento para o qual tanto o terapeuta quanto o paciente contribuem. Dona Eu, por

Machine Translated by Google

Por exemplo, sente-se maltratado e negligenciado pelo Dr. J., que, de maneira complementar, está zangado e lutando contra o desejo de retaliar. Benjamin (2018) adverte que a visão madura do outro como um "sujeito semelhante" com uma "outra mente" corre repetidamente o risco de se decompor em uma complementaridade de "fazedor e feito para". O terapeuta sitiado pode relegar o paciente ao papel de um objeto a ser controlado ou administrado, em vez de outra mente com a qual se pode conectar.

O terapeuta deve se esforçar para manter o reconhecimento entre igualdade e diferença enquanto reconhece o outro como um centro equivalente de iniciativa (Benjamin 2018). Como Dombek (2016) argumenta, o próprio mito de Narciso é realmente sobre o desconhecimento. Narciso pensa ter visto outro menino igual a ele, quando na verdade é apenas seu reflexo na água. Pode-se dizer que o Dr. J e a Sra. I se envolveram em um momento que envolve tanto o desconhecimento quanto o reconhecimento. No caso da Sra. I, ela observa com precisão que os pensamentos do Dr. J estão vagando, mas o vê como insensivelmente desinteressado por ela. Dr. J, por outro lado, vê a Sra. I como excessivamente exigente e controladora, mas sente falta da pungência de sua necessidade de ser ouvida e compreendida. O reconhecimento envolve ser genuinamente conhecido e "visto" pelo outro membro da díade. Há uma sensação de que as intenções são compreendidas e que cada uma é importante para a outra. Benjamin (2018) aponta persuasivamente que terapeutas e analistas, por sua necessidade de serem "curandeiros, podem se sentir vitimizados e, assim, culpabilizar o paciente por impasses nos quais o reconhecimento e o papel terapêutico lhe são retirados.

Devido ao fato de que nenhum de nós pode se observar em um com

De forma totalmente imparcial, um consultor pode ser de grande valia nesses momentos em que há perda de reconhecimento na díade. Alguém fora da díade pode ter uma visão mais clara que lhe permite ver a vulnerabilidade do analista e seu desejo de se agarrar ao "paraíso perdido" do estado idealizado de relacionamento que pode ter precedido o colapso. Uma consulta pode abrir espaço para o terapeuta explorar a ruptura com o paciente e se envolver no que há de semelhante e diferente nas percepções das duas partes. Tal exame pode restaurar a sensação de "assunto semelhante" mesmo diante de desacordos contínuos.

O caso da Sra. I é emblemático de um desafio recorrente para o terapeuta, ou seja, quando alguém se torna colonizado pelo que o paciente está projetando, com que rapidez ele pode reconhecer o que está acontecendo e abordá-lo com o paciente? A resposta varia, é claro, dependendo de quem é o analista e da natureza da "dança" que emergiu entre as duas partes. O analista deve permitir-se ser apanhado no momento e deixar-se levar até certo ponto pela música da sessão (Gabbard e Ogden 2009). A vivacidade do analista pode depender dela

Machine Translated by Google

vontade e capacidade de improvisar sem ter certeza de onde as coisas estão indo (Ringstrom 2001). Elaboramos mais sobre esses dilemas no Capítulo 6, “Adaptando o tratamento para o paciente”, e no Capítulo 7, “Estratégias específicas de tratamento”, mas aqui simplesmente desejamos introduzir os tipos de encenações produzidas pelos temas de transferência-contratransferência no tratamento. e identificar variações comuns.

O envolvimento do Dr. J e da Sra. I captura um exemplo de encenação de transferência-contratransferência típica de um tratamento envolvendo um paciente narcisista. Neste capítulo, elaboramos brevemente outros. Nos Capítulos 6 e 7, discutimos estratégias para lidar com algumas das situações mais difíceis que provavelmente surgem dos desenvolvimentos da transferência contratransferencial.

HISTÓRICO DE TRANSFERÊNCIA CONTRATRANSFERÊNCIA COM NARCISISTA PACIENTES

Freud (1957) desenvolveu pela primeira vez o termo *contratransferência* para se referir à transferência do analista para o paciente e concebeu a contratransferência como um obstáculo ou impedimento ao progresso do tratamento. Na visão estreita da contratransferência, mais próxima da perspectiva freudiana, o paciente é visto como alguém do passado do terapeuta, ou seja, a transferência do analista para o paciente.

A visão contemporânea da contratransferência expandiu-se para abranger tanto a versão estreita quanto a visão ampla (Gabbard 1998, 2013, 2014), que surgiu do trabalho de Heimann (1950) e Winnicott (1949), que ambos viam a contratransferência como uma importante comunicação do paciente que revela ao terapeuta algo sobre o mundo interior do paciente.

No discurso intersubjetivo contemporâneo, a maioria dos clínicos reconhece que a contratransferência está inextricavelmente entrelaçada com a transferência e que ambas são criadas conjuntamente pelo paciente e pelo terapeuta agindo em conjunto. A transferência do paciente para o terapeuta, moldada por seus próprios relacionamentos anteriores, induz um conjunto de sentimentos no terapeuta, que por sua vez são influenciados pelas relações objetais internas preexistentes do terapeuta.

A identificação projetiva, um conceito que evoluiu ao longo do tempo, foi desenvolvido pela primeira vez por Melanie Klein (1975) e depois expandido pelos Independents britânicos. Atravessou o Atlântico quando Ogden (1979, 1982) elaborou o entendimento clínico de uma forma que o trouxe diretamente para o

Machine Translated by Google

curso de psicanálise americana. Em resumo, a identificação positiva é agora vista como um veículo pelo qual o terapeuta passa a conhecer o mundo interior do paciente. Através da pressão interpessoal no aqui e agora do cenário clínico, os pacientes inconscientemente tentam impor ao terapeuta uma forma particular de responder e experimentar. Ao fazer isso, o paciente induz o terapeuta a recriar padrões de parentesco na relação de tratamento que estão presentes na vida diária e no passado do paciente. Assim, o terapeuta pode começar a se sentir como os outros na vida do paciente quando interagem com ele. Dr. J, na vinheta anterior, por exemplo, começou a se sentir como um dos namorados descontentes da Sra. I.

No meio teórico atual, a transferência e a contratransferência não existem independentemente, mas sim juntas em um espaço intersubjetivo complexo entre o paciente e o terapeuta. A esse respeito, a maioria dos clínicos psicanalíticos hoje concordaria que há dois "pacientes" na sala. A díade de paciente e terapeuta é constantemente criada e recriada por meio desse processo.

O pensamento inicial de Freud (1963) sobre o narcisismo baseava-se em um modelo econômico da mente que se concentrava na catexia pulsional e na atividade mental. energias. Dentro dessa estrutura, ele concluiu que os pacientes narcisistas não eram passíveis de abordagens psicanalíticas porque não tinham a capacidade de desenvolver as características clássicas de uma neurose de transferência (Freud 1963). Brenner (1982) elaborou a visão inicial de Freud, esclarecendo que a aparente ausência de transferência *é* a transferência em muitos pacientes narcisistas. Freud e Brenner estavam reagindo a uma característica central de muitos pacientes narcisistas: uma aparente falta de conexão interpessoal. Uma grande pressão sobre a capacidade do terapeuta de permanecer sintonizado no tratamento é a notável ausência de mutualidade e reciprocidade. Para agravar essa tensão está a dificuldade que o narcisista tem em usar a pessoa do analista como um veículo de mudança.

Em sua revisão das ideias de Freud na década de 1970, Kohut (1971, 1977) ampliou nossa visão dos pacientes narcisistas. A ação terapêutica estava ligada ao tratamento dos déficits de auto-estima e auto-coesão do paciente. Kohut observou que o paciente tentou preencher esses déficits por meio do uso do terapeuta como uma extensão de si mesmo. Ele postulou que os pacientes narcisistas, de fato, desenvolveram transferências no ambiente clínico. Ele as definiu como *transferências selfobjetais,* com o que quis dizer que o analista realiza funções que estão ausentes no paciente. Kohut conceituou três variações: transferência de espelho, transferência de idealização e transferência de navio gêmeo (Kohut 1971, 1977, 1984). *A transferência do espelho* descreve as tentativas do paciente de obter a admiração, o calor e a validação do terapeuta, uma repetição da busca infantil pelo brilho no

Machine Translated by Google

olho da mãe. *A transferência idealizada* coloca o terapeuta em um pedestal e permite que o paciente se deleite na glória refletida do clínico idealizado, da mesma forma que uma criança idealiza seus pais. Na *transferência de gêmeos,* o paciente se identifica com o terapeuta como um gêmeo, alguém cujo mundo interior é idêntico ao seu. Kohut via a tendência dos pacientes de se dissolverem em lágrimas e/ou raiva como uma resposta ao fracasso do analista em atender às suas necessidades de espelhamento, admiração e apreciação. Ele enfatizou a necessidade de um tratamento que se concentre na empatia pelo paciente e na compreensão de seu mundo interior (Kohut 1971, 1977, 1984; Liberman 2013).

Em contraste com as visões de Kohut, Kernberg (1970, 1974, 1975) abordou a compreensão do paciente a partir de uma perspectiva teórica enraizada na psicologia do ego e nas relações objetais. Ele delineou o narcisista agressivo, invejoso e até sádico que desvaloriza o clínico e procura estragar a abordagem interpretativa do analista. Embora Kernberg reconhecesse transferências que compartilhavam as características fenomenológicas do espelhamento e idealização de Kohut, ele via essas características como estruturas defensivas atrás das quais raiva, inveja e desprezo eram escondidos (Kernberg 1970, 1974).

Kernberg percebeu o desengajamento do paciente narcisista relacionado à difamação e desvalorização do terapeuta. Essa necessidade de depreciar baseia-se na reação invejosa do paciente à capacidade do analista de oferecer ajuda e discernimento, o que o paciente é incapaz de fazer por si mesmo. Além disso, essa forma de resistência também está relacionada à pseudo autossuficiência descrita no Capítulo 3 (Kernberg 2014). Sentir-se dependente do terapeuta seria a sensação máxima de ser “menos que”.

O NARCISISTA DE ALTO FUNCIONAMENTO

Como mencionamos no Capítulo 1, “Narcisismo e seus descontentamentos”, a pesquisa de Russ et al. (2008) sugere um terceiro tipo de narcisista, a variante de funcionamento superior que lidera com um exibicionismo envolvente reforçado às vezes por um charme que mascara o núcleo narcisista do paciente. Esses pacientes desejam que o terapeuta os aprecie, os elogie e os admire.
Eles gostam de ser a “animação da festa” e comandar o centro das atenções. Eles se esforçam para ganhar respeito e impressionar os outros enquanto mentalizam o suficiente para saber quando podem ter ido longe demais e alienado os membros de sua “audiência”.

A literatura sobre o tratamento de transtornos de personalidade narcisista (NPDs) está repleta de discussões sobre a transferência e contratransmissão

Machine Translated by Google

a partir das perspectivas de Kohut e Kernberg. No entanto, pouco foi escrito sobre esses fenômenos na variante de alto funcionamento, o narcisista suave e charmoso (Gabbard e Crisp-Han 2016).

Este terceiro subtipo não é simplesmente uma forma atenuada do narcisista hipervigilante ou inconsciente, embora algumas características de ambos os subtipos possam aparecer com o tempo. O interesse primário do narcisista de alto funcionamento pode ser uma forma de conquista ou sedução - portanto, a transferência aparece como uma busca para fazer o terapeuta sucumbir ao charme do paciente e, assim, ganhar a admiração do terapeuta. Conquistar o terapeuta supera qualquer preocupação em compreender a si mesmo ou fazer mudanças em sua vida. Essa dimensão distingue o terceiro subtipo do que é geralmente considerado como “narcisismo saudável”, frequentemente visto em profissionais altamente bem-sucedidos que buscam, pelo menos de forma ambivalente, insights e ajuda com o desejo de mudar.

Quando o narcisista de alto funcionamento chega ao tratamento pela primeira vez, a transferência para o terapeuta é aquela que um clínico esperaria ver de um paciente *neurótico* de alto funcionamento. Ele ou ela parece respeitar o ponto de vista do terapeuta e vê o terapeuta como alguém que pode potencialmente ajudá-lo. A contratransferência do terapeuta é inicialmente positiva - o terapeuta espera ver alguém que seja engajado, autorreflexivo, motivado e colaborativo no tratamento.

Com o tempo, essa dinâmica positiva de transferência-contratransferência começa a desmoronar quando o terapeuta percebe que o paciente é altamente auto-referencial, e cada história apresenta o paciente como o personagem central no drama e até mesmo como um herói. O terapeuta gradualmente percebe que há uma falta de reciprocidade que antes passava despercebida.

Esses pacientes parecem aceitar o que o terapeuta diz, mas não retornam à próxima sessão com alguma forma de continuidade narrativa que colabore com a perspectiva do terapeuta. Essa descontinuidade de sessão para sessão é uma das principais formas de resistência nesses pacientes.

O terapeuta percebe que suas observações, percepções e perguntas não são trazidas de semana para semana, quase como se o terapeuta e a conversa anterior tivessem desaparecido da mente do paciente minutos após o término da sessão. Do ponto de vista do paciente, o tratamento não se baseia na compreensão. Pelo contrário, é um desejo ardente de obter reconhecimento especial, isto é, ser o paciente favorito do terapeuta. Pode parecer que o objetivo primordial do paciente seja ser visto como alguém sem psicopatologia significativa que realmente não precisa de nenhum tratamento. Essa transferência é fundamentalmente diferente daquela do narcisista hipervigilante, que tenta evitar ser menosprezado em vez de ganhar admiração.

Machine Translated by Google

Enquanto o narcisista grandioso é alheio à presença do terapeuta, o narcisista de fala mansa e alto funcionamento é altamente sintonizado com o terapeuta e pode seguir pistas sociais e interpessoais com graça. Ao contrário das transferências grandiosas e vulneráveis, esta forma de transferência passa despercebida por um período significativo de tempo porque o paciente é mais experiente nas relações interpessoais e tem uma história de conquistar os outros para o seu ponto de vista. Esses pacientes têm muito menos probabilidade de se desmanchar em lágrimas quando seus sentimentos são feridos ou ficam furiosos quando feridos. Além disso, eles não filtram ou ignoram o terapeuta da mesma forma que o narcisista inconsciente faz. Pelo menos superficialmente, eles parecem ouvir e reconhecer o terapeuta. Eles sorriem, fazem bom contato visual, elogiam o terapeuta e parecem interessados no insight do terapeuta, mas não parecem aceitá-lo ou desenvolvê-lo.

Conceituamos essa variante como um exemplo do falso self descrito por Winnicott (1965). Em sua descrição de um problema de desenvolvimento na díade mãe-filho, a criança sente que deve concordar com a imagem distorcida que a mãe tem dela e separa o verdadeiro eu a serviço da adaptação às expectativas da mãe. Em outras palavras, o paciente inconscientemente tenta persuadir o terapeuta de que não é egocêntrico ou insensível aos outros, a fim de mascarar seu narcisismo e conquistar a admiração do terapeuta. Ele tentará conquistar o terapeuta da mesma forma que esperava conquistar a afeição de seus pais.

A falsa auto-apresentação é uma forma de autoengano, bem como de “outro engano”. O esforço para conquistar o terapeuta é uma adaptação automática e arraigada que não é conscientemente conivente da maneira como um paciente antissocial abordaria um terapeuta. Essas pessoas de alto desempenho geralmente são muito bem-sucedidas em suas carreiras, mas têm problemas com relacionamentos interpessoais, apesar de parecerem socialmente tranquilas.

No início do desenvolvimento de sua perspectiva psicanalítica sobre os transtornos de personalidade, James Masterson (1981) escreveu que tanto os transtornos de personalidade borderline quanto os narcisistas pareciam envolver uma falsa auto-adaptação para agradar os pais.

A contratransferência com o narcisista de alto funcionamento é aquela que muda com o tempo, muitas vezes de encantamento a sensação de frio. O terapeuta inicia o tratamento com grandes expectativas de um processo colaborativo, sentindo-se entretido e conectado. O paciente pode ser “especial” de alguma forma para o terapeuta, e há uma sensação de grande expectativa quando chega a hora da consulta do paciente. Com esse tipo de paciente, no entanto, há um crescente reconhecimento de que o paciente não está realmente interessado nos mundos internos dos outros, a menos que sejam um reflexo do paciente. A contratransferência do terapeuta muda gradual e relutantemente para um conjunto de sentimentos. O terapeuta pode sentir uma dor pungente

Machine Translated by Google

sensação de empatia pelas lutas do paciente para esconder seu vazio ou uma sensação de se sentir enganado e enganado. O terapeuta percebe que o paciente está vestindo um traje neurótico que mascara uma estrutura narcísica por baixo. Essa percepção gradual pode levar a um lento desengajamento e desilusão do terapeuta em relação às perspectivas da terapia.

A Sra. K, uma mulher de 40 anos, procurou o Dr. L para tratar seus relacionamentos. Ela teve um desentendimento com as filhas, que agora não falavam com ela, e ela queria tentar consertar o relacionamento delas e se aproximar novamente. Inicialmente, o Dr. L não tinha certeza do que havia causado os problemas na família - em sua opinião, a Sra. K parecia ter uma boa visão sobre seus filhos e, segundo seu relato, agiu razoavelmente. Ainda assim, ele queria aprender mais. Nas primeiras semanas da terapia, a Sra. K abordou o relacionamento terapêutico com uma sensação de vivacidade. Apesar das preocupações com a família, ela conseguiu se sentir feliz com o sucesso na gestão de uma grande empresa. Ela era animada e o Dr. L esperava vê-la todas as semanas. Em suas sessões, ela era engraçada e envolvente, humilde às vezes e capaz de rir de si mesma.

Com o tempo, porém, ele começou a perceber que ela se colocava no centro de todas as suas histórias, ainda mais do que com a maioria de seus outros pacientes. Em vez de um diálogo de vaivém na terapia, a Sra. K tendia a presentear o Dr. L com histórias elaboradas (embora animadas) que sempre se centravam nela mesma como a heroína ou a vítima da narrativa. Embora o Dr. L risse, ele também percebeu no final da hora que tendia a se distrair com as histórias a ponto de estar conspirando com a evitação da Sra. K de olhar para o papel que ela desempenhou no conflito com ela. filhas e outras pessoas em sua vida. Ele notou que ela era capaz de retratar os outros com um senso de clareza, de vê-los como eles eram, mas de alguma forma a perspectiva sempre revertia para a dela. O Dr. L ainda gostava de seu tempo com a Sra. K e ainda se sentia empenhado em ajudá-la, mas começou a se sentir mais marginalizado e menos conectado a ela, tanto quanto imaginava que outras pessoas em sua vida deveriam se sentir com o tempo. Parecia que ela estava mais interessada em entretê-lo do que em aprender verdadeiramente sobre si mesma ou ver suas próprias fraquezas ou falhas.

PADRÕES **COMUNS DE TRANSFERÊNCIA CONTRATRANSFERÊNCIA COM NARCISISTA PACIENTES**

Ao descrever vários padrões de transferência-contratransferência no trabalho com pacientes narcisistas, não se pode necessariamente prever com qualquer grau de precisão qual variação aparecerá em qualquer dado clínico.

Machine Translated by Google

díade. Tanto a transferência quanto a contratransferência são idiossincráticas até certo ponto, pois se baseiam nas experiências passadas tanto do terapeuta quanto do paciente. Conforme observado anteriormente, embora alguns pacientes possam inicialmente parecer alheios ou grandiosos e outros hipervigilantes ou vulneráveis, esses subtipos são de natureza fluida e podem mudar abruptamente, dependendo do contexto e da reação exagerada às intervenções do terapeuta.
A casca grandiosa às vezes racha para revelar um senso hipervigilante de vergonha e cautela por baixo. O frágil narcisista hipervigilante pode às vezes explodir em raiva vulcânica, grandiosidade e desprezo. Um subtipo de alto funcionamento pode se desfazer diante de um erro ou falta de sintonia por parte do terapeuta ou como resultado de uma lesão narcisista fora da terapia.

Embora a pesquisa seja limitada nessa área, Betan et al. (2005) pediu a 181 psiquiatras e psicólogos clínicos na América do Norte para preencher uma bateria de instrumentos em um paciente selecionado aleatoriamente sob seus cuidados como parte de um estudo sobre patologia da personalidade e contratransferência.
As marcas da contratransferência para pacientes narcisistas nesta investigação foram sentimentos de ser desvalorizado e criticado pelo paciente, acompanhado de raiva, ressentimento e medo de trabalhar com tais pacientes.

Em um exame mais recente (Tanzilli et al. 2017), 67 psiquiatras e psicólogos clínicos completaram um conjunto de instrumentos para avaliar seus padrões de contratransferência com pacientes que tinham NPD. Pacientes narcisistas evocaram contratransferências zangadas/hostis, desamparadas/inadequadas, criticadas/desvalorizadas e desengajadas nos clínicos. As respostas positivas dos terapeutas eram raras. Os padrões de contratransferência não foram fortemente influenciados pelas variáveis da terapia ou dos clínicos, embora a experiência clínica fosse uma exceção. Alguns dos médicos se sentiram inseguros e ineficazes como parte de seu padrão de contratransferência.

Os autores observaram que os fenômenos de contratransferência pareciam refletir aspectos específicos dos padrões de apego do paciente. Em concordância com alguns dos estudos de apego, os indivíduos narcisistas pareciam demonstrar um apego rejeitador caracterizado por uma representação plana do eu e um distanciamento defensivo de relacionamentos nos quais outras pessoas são vistas como irrelevantes.

Embora esses padrões de resposta empiricamente baseados em pacientes narcisistas sejam úteis para os médicos terem em mente, é provável que também ocorram reações altamente individualizadas. Dada a imprevisibilidade do que acontece entre duas pessoas engajadas em um processo psicanalítico ou psicoterapêutico, o melhor que podemos fazer é descrever alguns dos padrões mais comuns de transferência-contratransferência.

Machine Translated by Google

TRATANDO O TERAPEUTA COMO UM SOM QUADRO

Às vezes, quando o terapeuta está sendo falado em vez de falado, ele ou ela pode sentir uma sensação assustadora de tédio, descompromisso e até mesmo sonolência. A sensação de uma "existência satélite" como cunhada por Kernberg (1970) pode levar à divagação da mente por parte do terapeuta. Ela pode se pegar pensando nos próximos pacientes em sua agenda, ou sua mente pode vagar para fora do escritório para sua lista de tarefas para depois do trabalho ou o que planeja jantar naquela noite. Ela pode então se sentir culpada quando percebe que sua divagação mental está indo além de um devaneio clínico útil em direção ao desengajamento. Steiner (2006) observou que os terapeutas que tratam pacientes narcisistas se sentem cronicamente excluídos. Eles podem reagir a essa exclusão forçando-se a voltar ao diálogo.
Alternativamente, eles podem se tornar excessivamente críticos ou assertivos, resultando em um erro clínico. Os terapeutas que oscilam entre a distância entediada e a interpretação excessivamente zelosa para interromper o monólogo podem falar antes de pensar completamente nas consequências de seus comentários. O terapeuta pode sentir vontade de culpar o paciente por seu tédio, mas é claro que o paciente não tem obrigação de entreter o terapeuta. Além disso, é responsabilidade do terapeuta permanecer alerta, engajado e clinicamente focado. Em vez de apenas dizer a si mesma para prestar atenção, o terapeuta pode usar a contratransferência do tédio ou da distância para aprender como os outros na vida do paciente se sentem quando ele está tagarelando e ajudar o paciente a entender algumas das razões de seu fracasso em obter as respostas que ele deseja. desejos nos outros.

PUXANDO PARA UMA ADMIRAÇÃO EMPÁTICA RESPOSTA

Os pacientes narcisistas muitas vezes têm um desejo desesperado de que o terapeuta os admire, elogie, tenha empatia por eles e reconheça sua especialidade. Eles estão buscando aquela afirmação maternal que Kohut descreveu. O terapeuta pode ou não concordar com uma contratransferência de admiração. No extremo, esse desejo de admiração aparece como gabar-se ou necessidade desesperada. Os terapeutas tendem a querer ouvir sobre as boas notícias e sucessos do paciente, e muitas vezes apreciam e se sentem orgulhosos do paciente, até mesmo impressionados com suas realizações. O trabalho de Kohut (1971, 1977) foi fundado no entendimento de que algum grau de empatia é necessário para estimular o crescimento de um indivíduo insuficientemente des

Machine Translated by Google

auto desenvolvido. Com o tempo, no entanto, o terapeuta pode se sentir irritado com a constante atração pelo espelhamento. Ela pode ficar esgotada, sentindo que tem um limite para sua empatia, apenas para que o paciente peça mais. Um paciente descreveu o desejo de ser tranquilizado como uma “sede” e outro observou

que a necessidade de elogios “parece um buraco que nunca pode ser preenchido” (Khut 1971).

A atração por empatia pode começar a parecer uma exigência, como se o paciente estivesse dizendo: “Preciso de um tipo específico de empatia vindo de você exatamente com as palavras que desejo e com a expressão perfeita em seu rosto, e se você não me dê, eu vou embora.” Como resultado, o terapeuta pode se sentir silenciado, como se todos os dons psicanalíticos que ele pode oferecer fossem reduzidos à empatia. Uma pergunta ou um simples pedido de esclarecimento pode ser experimentado como uma resposta não empática. Alguns pacientes hipervigilantes examinam o terapeuta em busca de suas reações, observando qualquer indicação de desatenção ou falta de empatia (Gabbard 1998, 2013, 2014) e esperam para atacar um terapeuta que parece estar perdendo o interesse.

As nuances da resposta contratransferencial dependem da perspectiva particular e da subjetividade do terapeuta. Alguns médicos podem se sentir bem por serem capazes de sintonizar e empatizar, aproveitando a contratransferência de ser um bom pai, até mesmo imaginando-se melhor do que a mãe real do paciente. Outros clínicos podem se sentir manipulados e irritados, esgotados por seus pacientes e cansados dos esforços dos pacientes para fazê-los dizer o que querem ouvir. Em outras palavras, a subjetividade do terapeuta e o momento do tratamento específico podem determinar se o terapeuta se sente uma fonte de empatia ou um poço que está sendo sugado até secar. Para complicar as coisas, o mesmo terapeuta, com o mesmo paciente, pode sentir as duas coisas na mesma sessão.

IDEALIZAÇÃO E ADMIRAÇÃO MÚTUA

Alguns pacientes consideram o terapeuta como divino — onipotente, onisciente e benevolente. Essa transferência idealizadora, como Kohut a descreveu, pode ser lisonjeira, mas também pode levar a uma sensação de desconforto por parte do terapeuta. Se o terapeuta ficar inquieto com a idealização, isso pode levá-lo a desmantelar a idealização prematuramente, quando na verdade alguma idealização pode ser útil na aliança terapêutica, particularmente no início do tratamento (Kohut 1971). Como terapeutas, podemos desejar ser idealizados, amados e necessários (Finnell 1985), e esses padrões podem alimentar nosso próprio narcisismo e validar nossas habilidades profissionais.

Machine Translated by Google

Com todos os pacientes admiradores, e particularmente com o narcisista de alto funcionamento, o terapeuta pode se envolver em uma sessão de admiração mútua com o paciente. Se o paciente for suficientemente divertido e envolvente, o terapeuta pode ser "enganado" para abdicar de um relacionamento terapêutico e simplesmente aproveitar "o show". Embora possa ser necessário - pelo menos até certo ponto - que o terapeuta se junte a um mínimo de admiração mútua que possa construir a aliança e fomentar

auto-estima, há momentos em que fomentar a admiração pode se tornar problemático. Em alguns casos, uma espécie de *folie à deux* pode ser forjada na qual o terapeuta conspira com o paciente para não olhar para problemas reais na vida externa do paciente: embora a adoração do terapeuta floresça, o resto da vida do paciente se deteriora.

IDENTIFICAÇÃO COM VULNERABILIDADE

Embora haja perigo na admiração mútua, também há uma conexão genuína que os terapeutas podem sentir com seus pacientes narcisistas. Apesar dos dados de Tanzilli et al. (2017) e Betan et al. (2005) discutido na seção "Padrões Comuns de Transferência-Contraferência com Pacientes Narcisistas", que mostrou que as contratransferências mais comuns são predominantemente negativas, os médicos também podem sentir uma sensação de conexão e até mesmo entusiasmo ao trabalhar com os pacientes em seus problemas. vulnerabilidade da auto-estima. Essa reação positiva aos pacientes narcisistas é uma dimensão subestimada do trabalho com esses indivíduos que é bastante familiar aos clínicos experientes. No exemplo com o Sr. E no Capítulo 4, "Iniciando o tratamento", o terapeuta sentiu-se ansioso para se envolver com o paciente em uma exploração de seus sentimentos de que estava enfrentando a obscuridade e de que não havia sido capaz de encontrar sua bem-aventurança. Às vezes, nós, clínicos, ficamos impressionados com a clareza com que alguém pode expressar seu desejo de ser visto de uma maneira que ressoe com nosso próprio desejo de ser visto e conhecido. Quando ouvimos um paciente falar de forma pungente sobre o desejo de ser conhecido ou amado, o desejo pode ser irresistível e nos atrair. Somos mais parecidos com nossos pacientes do que diferentes. Nós nos conectamos com esses pacientes em torno das lutas fundamentais do se
Alguns terapeutas podem despertar com a perspectiva de ajudar os pacientes que trazem para a terapia seus esforços de auto-estima. Em contraste, os pacientes que se apresentam de maneira mais grandiosa e vangloriada provavelmente criam menos entusiasmo na contratransferência do terapeuta e mais hostilidade e pavor. Muitos relatos de contratransferência transmitem uma sensação de estar "esgotado" pelo paciente. Quando o terapeuta e o paciente se conectam genuinamente, o terapeuta pode se sentir útil em vez de esgotado.

Machine Translated by Google

INVEJA E COMPETITIVIDADE

As contribuições seminais de Klein (1975) para nossa compreensão da inveja foram consideradas por Kernberg (1970) como fundamentais em pacientes com traços narcisistas. Inveja, competição e agressão podem ser sentidas por ambos os membros da díade clínica. O terapeuta pode provocar inveja no paciente e, da mesma forma, o paciente pode provocar inveja no terapeuta, principalmente se o paciente for muito bem-sucedido ou extraordinariamente erudito ou inteligente. Com pacientes narcisistas, Caligor et al. (2015) descreveram um jogo de soma zero, ou seja, na perspectiva do narcisista, apenas uma pessoa pode ter status e aclamação, enquanto a outra é automaticamente relegada a uma posição desvalorizada e rebaixada. Para o paciente narcisista, ocorre uma constante comparação na terapia: “Eu sou superior; ela é inferior” ou vice-versa. Portanto, a inveja pode ser transmitida entre paciente e terapeuta. O paciente pode oscilar entre ver a si mesmo como melhor do que o terapeuta e, alternativamente, fervilhar de inveja ao imaginar que empalidece em comparação com o terapeuta. Da mesma forma, o terapeuta pode sentir prazer em ser invejado e admirado, apenas para ser levado a invejar o paciente.

Os terapeutas têm suas próprias vulnerabilidades e podem ser ativadas quando sentem inveja do sucesso, atratividade, riqueza e assim por diante de seus pacientes.

Alguns pacientes narcisistas que parecem ser altamente competitivos com seu terapeuta podem estar desenvolvendo um sentimento de bravata para encobrir inseguranças significativas. Alternativamente, eles podem achar intolerável que o terapeuta saiba mais do que eles. Os narcisistas podem realmente sofrer em tais situações porque, em suas mentes, pode haver apenas um “vencedor” que pode ter conhecimento, sucesso ou poder. O terapeuta deve permanecer sintonizado com essas dinâmicas e enfrentar a probabilidade de alguma forma de luta de poder com o paciente.

DESPREZO E DESVALORIZAÇÃO

Os terapeutas muitas vezes se sentem desqualificados, condescendentes, desvalorizados, criticados e até mesmo intimidados por pacientes narcisistas. Em resposta a serem tratados com desprezo, os terapeutas podem ter sentimentos de raiva, ressentimento e desprezo próprios. Como Betan et al. (2005) observou em sua pesquisa detalhada com terapeutas, as respostas de contratransferência mais comuns a pacientes narcisistas provavelmente são sentimentos de desprezo acompanhados de raiva e pavor. Além disso, os terapeutas podem se sentir derrotados em suas tentativas de ajudar, e o paciente desdenhoso pode roubar

Machine Translated by Google

o terapeuta de todas as gratificações (Gabbard 2000). Além disso, ser constantemente repreendido e humilhado pode corroer gradualmente o senso de confiança do terapeuta em seu trabalho.

Uma mulher perguntou condescendentemente a seu terapeuta: “Não há nada em todos esses livros em sua parede que possa ser de alguma utilidade para você enquanto tenta me ajudar? Você não consegue pensar em nada que tenha aprendido em todos esses anos de faculdade de medicina e residência que possa fazer uma diferença, mesmo que mínima? Em outro caso, depois de ouvir a interpretação de seu terapeuta, o paciente disse: “O quê? Isso é tudo que você tem? Tudo o que você acabou de dizer é algo que eu já lhe disse! Eu dei a você! Você não consegue nem pensar em nada original?”

Certamente, todos os clínicos podem sucumbir à dúvida diante de tal desprezo. Eles podem se perguntar se estão realmente ajudando o paciente ou se o paciente está justificado em seu desgosto. Os clínicos que estão no início de suas carreiras podem estar particularmente preparados para se sentirem inseguros nesses momentos, porque sua experiência subjetiva de desenvolver um estilo clínico, expertise e confiança pode ser mais vulnerável do que a de um clínico mais experiente. Além disso, a dinâmica de gênero, idade, raça, status socioeconômico e poder pode atuar nesses momentos porque ações e sentimentos que acompanham o desprezo têm peso em contextos culturais. Por exemplo, uma jovem terapeuta pode se sentir diferente ao ser tratada com condescendência por um homem de meia-idade do que um clínico da mesma idade do paciente. Além disso, certos pacientes narcisistas vincularão especificamente seu desprezo a questões de raça, etnia ou gênero, tentando identificar os pontos de máxima vulnerabilidade e provocar uma resposta não profissional no terapeuta (que mais tarde poderá usar contra ele).

CONTROLE OMNIPOTENTE

Conforme observado no Capítulo 3 em nossa discussão sobre modos de relacionamento, tentar controlar o que outra pessoa sente, diz ou faz é uma tática generalizada de pacientes narcisistas. Para eles, esse controle onipotente lhes dá vantagem no encontro terapêutico e os defende de qualquer surpresa ou humilhação. Alguns pacientes chegam com uma longa lista em um bloco de notas ou smartphone e a cumprem a todo custo, apesar de qualquer tentativa por parte do terapeuta de mudar a conversa para outro assunto. O paciente hipervigilante pode exercer controle sobre o terapeuta mantendo seus olhos grudados no terapeuta e examinando cada mudança de peso, pigarrear, erguer uma sobrancelha ou bocejar disfarçado em um esforço para descobrir quaisquer sinais sutis de potencial tédio, discordo

Machine Translated by Google

desaprovação, falta de sintonia ou julgamento negativo. Conforme observado anteriormente, alguns pacientes podem tolerar apenas empatia e tentarão “farejar” todas as outras formas de reação e envergonhar o terapeuta por não responder da “maneira adequada” (Gabbard 2013).

Symington (1990) observou que, em alguns pacientes, a própria identificação projetiva é uma tentativa de controlar a liberdade de pensamento do terapeuta.
Portanto, o controle onipotente do paciente pode tornar difícil para o terapeuta pensar com clareza ou até mesmo pensar. O terapeuta pode se sentir como um estranho excluído, a quem é permitido apenas uma estreita gama de pensamentos e palavras. Como resultado de se sentir desconectado e distante, o terapeuta pode se engajar em um desafio alimentado por competição no qual reafirma sua voz no diálogo terapêutico. Ao fazer isso, o terapeuta pode perder a oportunidade de refletir sobre a contratransferência como forma de entender o medo do paciente em relação ao que o terapeuta pode dizer. Quando os terapeutas se sentem controlados dessa maneira, eles podem começar a simpatizar com o terror profundamente arraigado em pacientes narcisistas sobre o potencial de outros os machucarem. Eles estão convencidos de que, se não puderem controlar cada movimento, cada palavra e cada pensamento daqueles que são importantes para eles, serão abandonados ou rejeitados.

Como resultado de se sentir tratado como uma “função”, o terapeuta pode desenvolver um sentimento de solidão na sala. A falta de mutualidade e troca interpessoal pode levar o terapeuta a sentir-se isolado. Outra possibilidade é que o terapeuta se canse das exigências do paciente e responda com uma recusa obstinada em atender a qualquer uma das solicitações do paciente. Ao fazer isso, o terapeuta perde a oportunidade da necessária afirmação e gratificação de algumas das necessidades e desejos do paciente.

Embora tenhamos sugerido algumas constelações de transferência-contratransferência comuns encontradas em pacientes narcisistas, devemos encerrar reconhecendo que há uma série de outros paradigmas que surgem do encontro de duas mentes no cadinho do consultório.

Uma pedra angular do pensamento intersubjetivo é que a interação de duas subjetividades separadas inevitavelmente criará experiências inesperadas além das interações familiares que assombraram o paciente (e o terapeuta) ao longo da vida.

REFERÊNCIAS

Benjamin J: além do agente e feito para: teoria do reconhecimento, intersubjetividade e o terceiro. Nova York, Routledge, 2018

Betan E, Heim AK, Zittel Conklin C, et al: Fenômenos de contratransferência e patologia da personalidade na prática clínica: uma investigação empírica. Am J Psychiatry 162(5):890–898, 2005 15863790

Machine Translated by Google

Brenner D: A Mente em Conflito. Nova York, International Universities Press, 1982
Caligor E, Levy KN, Yeomans FE: Transtorno de personalidade narcisista: desafios diagnósticos e clínicos. Am J Psychiatry 172(5):415–422, 2015 25930131
Carpy DV: Tolerando a contratransferência: um processo mutativo. Int J Psycho anal 70(Pt 2):287–294, 1989 2753609
Cooper AM: O personagem narcisista-masoquista. Psiquiatra Ann 39(10):904–912, 2009
Dombek K: O egoísmo dos outros: um ensaio sobre o medo do narcisismo. Novo York, Farrar, Straus e Giroux, 2016
Fairbairn WRD: Estrutura endopsíquica considerada em termos de relações objetais (1944), em Estudos Psicanalíticos da Personalidade. London, Routledge e Kegan Paul, 1952, pp 82–132 Finnell
JS: Problemas narcisistas em analistas. Int J Psychoanal 66(4):433–445, 1985
Freud S: The future prospects for psycho-analytic therapy (1910), in The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud, Vol 11. Traduzido e editado por Strachey J. London, Hogarth, 1957, pp 139–151 Freud S:
Sobre o narcisismo: uma introdução (1914), em The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud, Vol 14. Traduzido e editado por Stra chey J. London, Hogarth, 1963, pp 67–102
Gabbard GO: Dois subtipos de transtorno de personalidade narcisista. Bull Menninger Clin 53(6):527–532, 1989 2819295
Gabbard GO: Transferência e contratransferência no tratamento de pacientes narcisistas, em Distúrbios do Narcisismo: Implicações Diagnósticas, Clínicas e Empíricas. Editado por Ronningstam EF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp. 125–146 Gabbard
GO: Sobre gratidão e gratificação. J Am Psychoanal Assoc 48(3):697–716, 2000 11059393 Gabbard
GO: Questões de contratransferência no tratamento do narcisismo patológico, em Compreender e tratar o narcisismo patológico. Editado por Ogrodniczuk JS. Washington DC, Associação Americana de Psicologia, 2013, pp 207–217

Gabbard GO: Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica, 5ª Edição. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2014
Gabbard GO, Crisp-Han H: As muitas faces do narcisismo. World Psychiatry 15(2):115–116, 2016 27265694 Gabbard
GO, Ogden TH: Sobre se tornar um psicanalista. Int J Psychoanal 90(2):311–327, 2009 19382962
Heimann P: Sobre a contratransferência. Int J Psychoanal 31:81–84, 1950
Kernberg OF: Fatores no tratamento psicanalítico de personalidades narcísicas. J Am Psychoanal Assoc 18(1):51–85, 1970 5451020 Kernberg
OF: Outras contribuições para o tratamento de personalidades narcisistas. Int J Psychoanal 55(2):215–247, 1974 4448592
Kernberg OF: Borderline Conditions and Pathological Narcissism. Nova York, Jason Aronson, 1975
Kernberg OF: Uma visão geral do tratamento da patologia narcisista grave. Int J Psychoanal 95(5):865–888, 2014 24902768
Klein M: Notas sobre alguns mecanismos esquizóides (1946), em Envy and Gratitude and Other Works, 1946–1963. Nova York, Free Press, 1975, pp 1–24

Machine Translated by Google

Kohut H: A Análise do Self: Uma Abordagem Sistemática para o Tratamento Psicanalítico dos Transtornos da Personalidade Narcísica. Nova York, International Universities Press, 1971

Kohut H: A Restauração do Ser. Nova York, International Universities Press, 1977

Kohut H: Como a análise cura? Editado por Goldberg A. Chicago, IL, Uni versity of Chicago Press, 1984 Liberman

DM: abordagem da autopsicologia de Kohut para tratar o narcisismo patológico, em Compreender e tratar o narcisismo patológico. Editado por Ogrodniczuk JS. Washington, DC, Associação Americana de Psicologia, 2013, pp 253–268

Masterson J: As condições narcisistas e limítrofes. Nova York, Brunner/ Mazel, 1981

Ogden TH: Sobre a identificação projetiva. Int J Psychoanal 60(Pt 3):357–373, 1979 533737

Ogden TH: Identificação Projetiva e Técnica Psicoterapêutica. Nova York, Jason Aronson, 1982 Ogden

TH: Por que ler Fairbairn? Int J Psychoanal 91(1):101–118, 2010 20433477 Ringstrom

P: Cultivando a improvisação no tratamento psicanalítico. Psy Journal of Dialogues 11(5):727–754, 2001

Rosen IC: O desejo de ser odiado: a vilania de Ricardo III em busca do objeto ruim o suficiente. J Am Psychoanal Assoc 61(6):1175–1195, 2013 24304519

Russ E, Shedler J, Bradley R, et al: Refinando a construção do transtorno de personalidade narcisista: critérios diagnósticos e subtipos. Am J Psychiatry 165(11):1473–1481, 2008 18708489

Steiner J: Vendo e sendo visto: orgulho narcísico e humilhação narcísica. Int J Psychoanal 87(Pt 4):939–951, 2006 16877245

Symington N: A possibilidade da liberdade humana e sua transmissão (com referência particular ao pensamento de Bion). Int J Psychoanal 71(Pt 1):95–106, 1990 2332301

Tanzilli A, Muzi L, Ronningstam E, et al: Contratransferência ao trabalhar com transtorno de personalidade narcisista: uma investigação empírica. Psicoterapia (Chic) 54(2):184–194, 2017 28581327

Winnicott DW: O ódio na contratransferência. Int J Psychoanal 30:69–74, 1949 Winnicott

DW: Distorção do ego em termos de self verdadeiro e falso (1960), em The Maturational Processes and the Facilitating Environment. Nova York, International Universities Press, 1965, pp 140–152

Machine Translated by Google



6

Adaptando o Tratamento ao Paciente

Qualquer discussão envolvendo o tratamento de transtorno de personalidade narcisista ordem (NPD) deve reconhecer o fato de que não temos estudos randomizados controlados para nos guiar. Também não temos estudos de tratamento naturalísticos que seguem o curso dos pacientes ao longo do tempo. Ogrodniczuk (2013) observa que "a pesquisa limitada sobre o tratamento do narcisismo patológico é uma preocupação significativa e talvez seja surpreendente, dada a quantidade de atenção dada ao narcisismo na literatura clínica" (p. 6). Esta ausência de pesquisa de tratamento sistemático é impressionante à luz

Machine Translated by Google

do fato de que as pesquisas mostraram que até 25% dos pacientes ambulatoriais em psicoterapia têm o diagnóstico de NPD (Doidge et al. 2002). Além disso, os médicos clamaram pela inclusão do NPD no DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) quando parecia que ele poderia desaparecer da nomenclatura diagnóstica oficial.

Na ausência de dados de ensaios controlados randomizados, o tratamento para NPD foi conduzido pela teoria psicanalítica por várias décadas. A maior controvérsia tem sido o choque entre os escritos de Kohut (1971, 1977) e Kernberg (1975, 1984), conforme descrito nos capítulos anteriores. Apesar de suas diferenças, Kohut e Kernberg abordaram o paciente narcisista como alguém que requer análise ou psicoterapia psicanalítica de alta frequência.

A empatia foi a pedra angular da técnica para Kohut, que argumentou que os terapeutas precisam simpatizar com as tentativas do paciente de ativar um relacionamento parental fracassado. Ele viu a ação principal no tratamento como uma tentativa do paciente de coagir o terapeuta a atender à necessidade do paciente de afirmação (transferência de espelho), de idealização (transferência de idealização) ou de ser como o terapeuta (transferência de gemelaridade). Ele sentiu que o surgimento dessas três transferências selfobjetais não deveria ser interpretado prematuramente. Ele enfatizou que a empatia com o paciente como vítima das falhas empáticas dos outros não implica uma técnica predominantemente de apoio. Em vez disso, Kohut enfatizou que o analista ou terapeuta deve *interpretar - em vez* de gratificar - o desejo do paciente de ser acalmado.

Em contraste, Kernberg enfatizou que o terapeuta deve se concentrar na inveja e em como ela impede o paciente de receber ou reconhecer ajuda. Ele também enfatizou o enfrentamento da agressividade e competitividade do paciente. Ele sentiu que era necessário que o analista ou terapeuta examinasse sistematicamente os desenvolvimentos de transferência positivos e negativos. Além disso, ele deixou claro que, embora a psicanálise seja geralmente o tratamento de escolha para NPD, o funcionamento abertamente limítrofe em pacientes narcisistas é uma contra-indicação para a psicanálise. Nesses casos, ele recomendou psicoterapia expressiva (Kernberg 2010).

A abordagem de Kernberg para tratar o transtorno de personalidade limítrofe (TPB) evoluiu para uma psicoterapia psicodinâmica sistemática duas vezes por semana comumente referida como *psicoterapia focada na transferência* (TFP; Caligor et al. 2007; Clarkin et al. 2006). Seguindo a estrutura teórica de Kernberg, o objetivo final é promover a integração das representações não integradas do eu e dos outros e ajudar o paciente a tolerar efeitos negativos como agressão, inveja e ansiedade. Além disso, o tratamento se concentra nas relações interpessoais e no funcionamento do trabalho, de modo que ambos sejam melhorados como parte do bem-estar geral do paciente.

Machine Translated by Google

funcionando. Existem agora dois ensaios clínicos randomizados bem controlados que demonstram a eficácia da TFP com DBP (Clarkin et al. 2007; Doering et al. 2010).

A adaptação do TFP para pacientes narcisistas é baseada na visão de Kernberg de que o NPD é caracterizado por uma organização de personalidade limítrofe subjacente semelhante à do paciente com BPD. O processo de tratamento na TFP com pacientes narcisistas é semelhante ao que é feito com pacientes borderline; ou seja, o terapeuta rastreia a emergência das configurações de self e objeto cindidas e as interpreta ativamente (Stern et al. 2013). Uma configuração diádica comum em pacientes narcisistas é um self grandioso e independente em relação a um outro desvalorizado e dependente. Esses respectivos papéis podem, é claro, ser projetados no terapeuta e então reintrojetados pelo paciente em um processo contínuo momento a momento.

A interpretação transferencial é central para a TFP. Começa com um pedido de esclarecimento sobre a experiência objetiva do paciente, seguido de um confronto de uma aparente contradição na comunicação do paciente e, finalmente, uma interpretação que vincula o que está acontecendo na transferência aos determinantes inconscientes do paciente. A experiência clínica nos ensina que, embora alguns pacientes narcísicos respondam favoravelmente à interpretação transferencial, outros não. Na ausência de estudos controlados sistemáticos, deve-se ter cuidado com o uso da interpretação transferencial em pacientes com organizações narcísicas. Nesse contexto, é útil revisar o que sabemos da pesquisa sobre o uso da interpretação transferencial em geral.

O PAPEL DA INTERPRETAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

Embora a interpretação transferencial tenha sido há muito valorizada como a intervenção definitiva em tratamentos de orientação psicanalítica, o discurso recente entre psicanalistas e pesquisadores em psicoterapia levantou questões sobre essa ênfase. Os estudos dos efeitos de longo prazo do trabalho de transferência mostraram, na verdade, resultados mistos. Em uma revisão do assunto, Høglend e Gabbard (2012) observaram que algumas pesquisas não encontraram correlações ou correlações fracas entre a interpretação da transferência e os resultados, enquanto outras encontraram associações negativas e outras ainda encontraram associações positivas. Em um estudo revisado, uma subamostra de pacientes com altos níveis de pontuações de relações objetais encontrou correlações negativas entre o número de interpretações de transferência e os resultados (Piper et al. 1999). Connolly et ai. (1999) descobriram que pacientes com mau funcionamento interpessoal melhoraram menos com apenas duas ou menos interpretaçõ

Machine Translated by Google

sion. Ogrodniczuk et ai. (1999) descobriram que em pacientes com baixa qualidade de relações objetais, havia correlações negativas entre a frequência moderada de interpretações de transferência (dois a quatro por sessão) e tanto o resultado quanto a aliança.

Um estudo particularmente influente sobre a interpretação de transferência em psicoterapia uma vez por semana foi conduzido por Høglend et al. (2006). Nesta investigação, um estudo controlado randomizado de 12 meses de psicoterapia dinâmica, 100 pacientes ambulatoriais foram aleatoriamente designados para um grupo que usa interpretação de transferência ou para um grupo que não usa interpretação de transferência. O grupo que recebeu interpretações de transferência teve níveis moderados de um a três por sessão. Pacientes com relações objetais prejudicadas se beneficiaram mais de terapias usando interpretação de transferência do que aqueles sem interpretação de transferência. Os pesquisadores descobriram que esse efeito foi mantido em um acompanhamento de 3 anos.

Em um relatório subsequente, Høglend et al. (2011) examinou mais detalhadamente os efeitos do trabalho de transferência no contexto da aliança terapêutica e qualidade das relações objetais. Eles descobriram que em pacientes com uma aliança forte e níveis mais altos de relações objetais, o efeito específico do trabalho de transferência tendia a ser menor e apenas marginalmente significativo. O trabalho de transferência teve um efeito específico mais forte para pacientes com baixa qualidade das pontuações da escala de relações objetais no contexto de uma aliança fraca.

Uma implicação dessa descoberta é que o trabalho de transferência pode ser particularmente importante para os pacientes que têm dificuldade em estabelecer relacionamentos estáveis e satisfatórios. Pacientes com altos níveis de relações objetais podem não exigir muita interpretação de transferência. Por outro lado, aqueles com dificuldades nos relacionamentos podem se beneficiar de uma interpretação cuidadosa e compreensão das ansiedades no relacionamento aqui e agora com o terapeuta.

Embora o NPD não tenha sido o foco principal da pesquisa de Høglend, pode-se inferir dessa pesquisa que alguns pacientes com distúrbios narcísicos podem se beneficiar do exame da transferência em detalhes. Por outro lado, os clínicos sabem que alguns pacientes narcisistas sentem que a interpretação da transferência é chocante. Eles podem sentir que estão sendo culpados por suas dificuldades ou criticados pelo terapeuta (uma manifestação de sua hipersensibilidade). Os pacientes narcisistas geralmente sentem que estão compartilhando respostas legítimas a comportamentos ou atitudes reais do terapeuta e podem se sentir magoados e com raiva por serem “patologizados”.

O Sr. M é um executivo de 46 anos de uma empresa de sucesso moderado que procurou tratamento porque sentiu que suas habilidades e conhecimentos não eram suficientemente notados no local de trabalho. Sentia-se irritado, um tanto deprimido e em desacordo com a esposa, que considerava insuficientemente simpática.

Machine Translated by Google

patético para sua situação no escritório. Ele disse a seu terapeuta que essa falta de apreço pela maneira como foi tratado remontava a seus pais. Ele contou amargamente como, quando sofria bullying na escola, ele voltava para casa e contava a seu pai sobre isso. A única resposta de seu pai foi provocá-lo, dizendo: "Reclamar, reclamar, reclamar". Ele contou ao terapeuta detalhadamente sobre casos no trabalho em que foi ridicularizado, ignorado, menosprezado e negligenciado enquanto pessoas de menor talento e inteligência eram promovidas. Em suas três primeiras sessões com seu terapeuta, ele catalogou vários incidentes que apresentavam situações em que os outros o entenderam mal, e o terapeuta ouviu com simpatia.

Na quarta sessão, a terapeuta fez uma pergunta ao Sr. M: "Existe alguma coisa que você possa estar fazendo para contribuir com a situação?" O Sr. M pareceu magoado e ficou em silêncio por um momento. Então ele disse: "Estou tentando explicar a você algo importante sobre o mundo do cão-come-cão em que vivo, mas sinto que você não está realmente me ouvindo e está tentando fazer com que tudo seja minha culpa". Depois de uma pausa, ele disse: "Não estou com vontade de dizer nada agora". O terapeuta se perguntou em voz alta: "Acho que estou falando como seu pai agora." O Sr. M ficou indignado neste ponto e disse: "Não, isso não é verdade. Você realmente não está me ouvindo porque está me culpando em vez das pessoas ultrajantes com quem trabalho. O terapeuta respondeu dizendo: "Então, conte-me mais sobre essas pessoas para que eu possa entendê-las melhor". Ele optou por não continuar pressionando seu ponto na quarta sessão, quando o Sr. M estava claramente indicando que a interpretação de transferência não era bem-vinda. Além disso, ele sentiu que precisava estabelecer uma aliança terapêutica mais sólida antes de outra incursão no trabalho de transferência.

Embora não tenhamos dados sistemáticos sobre as respostas específicas de pacientes com NPD à interpretação de transferência, um estudo do processo de BPD (Gabbard et al. 1994) fornece alguns dados que podem ser relevantes para as questões em consideração. Nesta investigação, três pacientes diagnosticados com TPB estavam em terapia dinâmica de longa duração com terapeutas psicanalíticos experientes. Usando gravações das sessões, os pesquisadores examinaram mudanças ascendentes e descendentes na colaboração entre paciente e terapeuta (como um indicador da aliança terapêutica) seguindo as interpretações de transferência. Eles descobriram que os três pacientes responderam de maneira bem diferente às intervenções de transferência. Em um paciente, apenas 29% de todas as mudanças ascendentes na colaboração estavam ligadas ao trabalho de transferência. No segundo paciente, 63% dos turnos ascendentes estavam ligados ao trabalho de transferência, e no terceiro, 81% dos turnos ascendentes seguiram comentários de transferê descobriu-se que as interpretações de transferência têm um impacto maior, *tanto* positivo quanto negativo, na aliança terapêutica, o que sugere que a interpretação de transferência é um empreendimento de alto risco e alto ganho.

O trabalho clínico com pacientes narcisistas não foi estudado com tanto vigor, mas certamente é verdade que a interpretação transferencial pode ter

Machine Translated by Google

efeitos altamente positivos e altamente negativos com esta população. De fato, embora Kohut insistisse que sua abordagem técnica não se afastava radicalmente da técnica psicanalítica clássica e se concentrava na interpretação da transferência, suas sugestões aos supervisionados parecem refletir desvios da interpretação transferencial clássica (Miller 1985). Kohut aconselhou alguns analistas que supervisionava a tomar o material alítico de maneira “direta”, assim como o paciente o vivenciava, em vez de olhar para o que estava por baixo do conteúdo manifesto. Ao fazê-lo, sugeriu ele, não se repetiam as falhas empáticas dos pais, que muitas vezes envolviam uma tentativa de convencer a criança de que seus sentimentos reais são *diferentes* daqueles que a criança descreve.

Um estudo mais aprofundado das gravações de áudio no Gabbard et al. (1994) revelou que as interpretações de transferência de alto ganho foram geralmente precedidas por uma série de intervenções que estavam mais próximas da extremidade de apoio do continuum expressivo-apoiador, incluindo validação empática, esclarecimento, conselho e elogio e incentivo para elaborar. Pavimentar o caminho para a interpretação de transferência com pacientes limítrofes parece criar uma sensação de ambiente de apoio onde o paciente pode ouvir a interpretação em um espaço mais receptivo.

A mesma fase preparatória pode ser necessária ao lidar com pacientes narcisistas. De fato, o TFP estruturou a abordagem interpretativa para pacientes com NPD de modo que uma série de intervenções é fornecida na qual as intervenções se complementam antes que o terapeuta ofereça uma interpretação adequada (Stern et al. 2013).

Uma maneira de entender que tanto Kernberg quanto Kohut relataram sucesso em seus respectivos tratamentos é observar que a amostra de Kohut pode ter sido diferente da de Kernberg. É possível que Kohut tenha tratado um número maior de narcisistas vulneráveis e hipervigilantes em comparação com a coorte de Kernberg. Além disso, os dois médicos podem ter opiniões diferentes sobre o que constitui um resultado positivo.

Outro ponto-chave para discernir a técnica ideal com pacientes narcisistas é que as características específicas do indivíduo devem ser levadas em consideração. Uma categoria diagnóstica genérica, como NPD, não chega a estipular como os terapeutas devem ajustar sua abordagem às idiossincrasias do paciente. Com pacientes alheios que falam na sessão de uma maneira que faz o terapeuta se sentir marginalizado, o impacto da interpretação da transferência pode ser quase imperceptível. O paciente pode sentir o comentário do clínico como uma interrupção irritante ou uma distração e continuar como se nada tivesse sido dito. Em tais situações, uma interpretação de transferência pode ser uma intervenção sem riscos e sem ganhos.

Machine Translated by Google

Por outro lado, um paciente hipervigilante pode ter uma resposta devastadora a um comentário que parece extraordinariamente benigno para o terapeuta:

> A Sra. N é uma advogada que estava atendendo o Dr. O em psicoterapia duas vezes por semana, que se concentrou fortemente em suas experiências de ser menosprezada pelos paralegais (todas mulheres) com quem ela trabalhava. Ela sentia que não era respeitada e era repetidamente desafiada por eles em seu trabalho diário. Ao discutir os paralegais, ela frequentemente dizia: "Onde eles se formaram em direito?" Ela passou muitas sessões registrando sua lista de queixas e, enquanto falava, estudava o rosto do Dr. O para discernir sua reação ao que ela dizia. A certa altura, o Dr. O tentou fazer um comentário empático dizendo: "Posso avaliar como você deve se sentir". Dona N reagiu com desdém e descrença: "Não, eu não acredito que você possa. Número 1, você é um homem. Número 2, você não estava lá! Você não pode saber como é.

Seria preciso concluir que o papel da interpretação transferencial em um determinado tratamento é um projeto em andamento. A tentativa e o erro gradualmente lançarão alguma luz sobre sua utilidade. Friedman (2002) alertou que o trabalho interpretativo dentro da transferência traz consigo o potencial de chocar ou aborrecer o paciente porque é experimentado como um ataque implícito às crenças arraigadas do paciente. O momento de tais intervenções é altamente relevante, e as características idiossincráticas do paciente são de grande importância. A criação de um ambiente de apoio que construa uma aliança terapêutica com o paciente pode ser essencial. Finalmente, é sensato adiar a interpretação da transferência até que a evidência acumulada para sua formulação seja substancial.

ADAPTANDO A TERAPIA AO PACIENTE

À luz da pesquisa limitada sobre o papel da interpretação de transferência, é preciso avançar lentamente durante a fase de avaliação com um novo paciente para determinar a abordagem ideal. Pode-se oferecer uma interpretação experimental envolvendo questões de transferência e observar como o paciente responde. Essa estratégia foi ilustrada anteriormente no caso do Sr. M. O terapeuta fez uma incursão no trabalho de transferência e então recuou quando percebeu que o Sr. M estava narcisicamente ferido por seu comentário.

Ao determinar se o paciente pode ou não usar uma psicoterapia analítica ou altamente expressiva, o terapeuta deve considerar outras variáveis além da resposta às intervenções de transferência. Embora tenha havido uma tradição de identificar a psicanálise como o tratamento de escolha para pacientes com NPD, agora existe um amplo consenso de que essa visão é exagerada. Alguns pacientes melhoram com um expresso

Machine Translated by Google

psicoterapia ativa em que estão sentados. Ronningstam (2014) observou que, embora o uso do divã na psicanálise formal possa melhorar a consciência de si mesmo, também

> protege os pacientes e os impede de acessar e abordar certas áreas de padrões narcísicos patológicos. Em outras palavras, aspectos mais profundos da regulação autossustentável de um paciente podem ser "contidos" ou "fora de alcance" na ausência de interação face a face, levando a um progresso parcial ou pseudo-progresso ou a impasses com a falta de uma caracterização mais profunda. mudanças. (pág. 1.082)

Ronningstam observou que o TFP é útil para aqueles pacientes que precisam de um trabalho face a face com contato visual total para contrabalançar o distanciamento e o desengajamento emocional. Além disso, alguns pacientes que estão sendo atendidos em psicanálise três ou quatro vezes por semana podem, na verdade, se sair melhor sentados.

Quer se esteja considerando a psicanálise ou a psicoterapia psicanalítica, a capacidade de auto-reflexão e a mente psicológica são extraordinariamente importantes para o trabalho expressivo. Uma medida dessa capacidade é a capacidade de fazer analogias entre o que acontece em um relacionamento e o que acontece em outro. Algum grau de honestidade e integridade, em oposição à corrupção e engano, também é necessário para um tratamento altamente expressivo. Forte motivação para compreender a si mesmo é outra indicação. Finalmente, uma capacidade de tolerância afetiva é um bom presságio para a psicanálise propriamente dita ou para uma terapia altamente psicanalítica. Entre os pacientes narcisistas, há considerável variabilidade em sua capacidade de usar o trabalho de transferência. Alguns parecem funcionar melhor com um foco extratransferencial. Da mesma forma, alguns responderão mais favoravelmente a uma abordagem que desenfatize a interpretação.

Os terapeutas devem ter em mente a noção consagrada pelo tempo de um continuum expressivo-apoiador quando estiverem tentando adequar a terapia ao paciente (Ver Figura 6-1).

A maioria das terapias envolve mover-se para frente e para trás nesse continuum, usando intervenções que envolvem confronto e interpretação quando possível e oferecendo validação empática e conselhos quando necessário.
O terapeuta deve estar sintonizado com o estado de espírito do paciente. Tempo é tudo. Essa premissa básica é especialmente verdadeira com pacientes narcisistas porque sua sensação de bem-estar é altamente influenciada pelo contexto em que se encontram. Conforme observado no Capítulo 1, "Narcisismo e seus descontentamentos", um narcisista grandioso aparentemente autoconfiante pode desmoronar e ficar desesperadamente desamparado ao receber um comentário crítico ou um insulto de uma pessoa valiosa em sua vida. Desta forma, o paciente "supervisiona" o terapeuta.

Machine Translated by Google



Machine Translated by Google

Em seus seminários italianos, Wilford Bion (2005) enfatizou que a teoria nunca deve ser privilegiada sobre a observação clínica direta. Os pacientes, afinal, não vêm à análise porque sofrem de uma teoria provocativa:

> Poderíamos dizer que há um colaborador que temos em análise em quem podemos confiar porque ele se comporta como se realmente tivesse uma mente e porque pensou que alguém que não ele poderia ajudar. Em resumo, a assistência mais importante que um psicanalista provavelmente obterá não é de seu analista, supervisor ou professor, ou dos livros que ele pode ler, mas de seu paciente. O paciente - e apenas o paciente - sabe como é ser ele ou ela. (Bion 2005, p. 3)

PLANEJAMENTO DE TRATAMENTO

Grande parte da escrita sobre pacientes narcisistas é voltada para a forma mais intensiva de tratamento, geralmente psicanálise ou psicoterapia psicanalítica que ocorre várias vezes por semana. No entanto, em uma época em que as taxas aumentaram e o suporte do seguro diminuiu, muitos pacientes narcisistas acham difícil pagar pelo tratamento que pode fornecer o melhor resultado. Assim, os tratamentos com uma frequência de duas a quatro vezes por semana estão muitas vezes fora do alcance do paciente que procura ajuda.

Outra limitação na frequência é a falta de motivação para vir mais de uma vez por semana. Conforme observado no Capítulo 4, “Iniciando o tratamento”, muitos pacientes narcisistas se apresentam como profissionais ocupados que mal conseguem encontrar uma hora em sua agenda semanal para o tratamento. Embora essa apresentação possa ser tratada com o tempo como ansiedade de se tornar dependente de um terapeuta ou medo de ser exposto à vergonha e à humilhação, alguns pacientes podem manter essa posição tenazmente. Os terapeutas podem precisar acomodar-se ao pedido de uma vez por semana por um longo período de tempo para construir uma aliança terapêutica com o paciente e, finalmente, suavizar a resistência do paciente para que ele esteja disposto a vir com mais frequência.

Independentemente do motivo para optar pela terapia uma vez por semana, os terapeutas podem ser encorajados pelo estudo controlado randomizado mencionado anteriormente por Høglend e colegas (Høglend e Gabbard 2012; Høglend et al. 2006). Conforme observado na seção “O Papel das Interpretações de Transferência”, os pacientes com relações objetais mais perturbadas mostraram benefícios com as interpretações de transferência. É útil, neste contexto, esclarecer que os investigadores usaram um conjunto mais amplo de técnicas sob o título de transferência do que a versão psicanalítica estrita da *interpretação da transferência.* As seguintes técnicas específicas foram prescritas para o grupo com foco transferencial:

Machine Translated by Google

> (1) o terapeuta deveria abordar as transações na relação paciente-terapeuta; (2) o terapeuta deveria encorajar a exploração de pensamentos e sentimentos sobre a terapia e o terapeuta; (3) o terapeuta deveria incluir-se explicitamente na ligação interpretativa de elementos dinâmicos (conflitos), manifestações diretas de transferência, alusões à transferência e repercussões na transferência pela atividade do alto terapeuta; (4) o terapeuta deveria encorajar o paciente a discutir como ele ou ela acreditava que o terapeuta poderia se sentir ou pensar sobre ele; (5) o terapeuta deveria interpretar padrões interpessoais repetitivos (incluindo interpretações genéticas) e vincular esses padrões às transações entre o paciente e o terapeuta. (Høglend et al. 2006, p. 1.741)

Quando todas essas cinco técnicas são consideradas, pode-se pensar na abordagem como um trabalho de transferência que inclui a exploração da transferência, bem como a interpretação propriamente dita. Em outras palavras, alguns dos elementos envolvem um trabalho preparatório para a interpretação que se concentra até certo ponto na relação entre paciente e terapeuta, conforme descrito anteriormente na seção “O papel da interpretação transferencial”. Portanto, uma abordagem semanal de um paciente que inclua essa versão mais ampla do trabalho de transferência pode ser útil para melhorar as relações objetais do paciente enquanto o prepara para um tratamento mais intensivo. Mesmo aqueles que continuam com uma frequência de uma vez por semana podem se beneficiar.

Uma terapia que se concentra na mentalização também pode ser útil para pacientes com NPD. Conforme observado no Capítulo 3, “Modos de Relacionamento”, os pacientes narcisistas podem ter muita dificuldade em discernir o que está acontecendo dentro da mente de outra pessoa. Bateman e Fonagy (2012) observaram que os pacientes com NPD podem ter um autofoco razoavelmente bem desenvolvido, mas uma compreensão extremamente limitada do que os outros estão sentindo. A terapia baseada em mentalização (MBT) está bem desenvolvida para o TPB e demonstrou ser superior ao manejo clínico estruturado em um estudo controlado randomizado (Bateman e Fonagy 2009). Melhorias substanciais foram observadas nas medidas interpessoais, ajustamento social, humor e necessidade de hospitalização.

MBT situa-se em algum lugar entre TFP e terapia de suporte. Os objetivos do MBT são mais modestos que os da TFP. Ele não tenta alcançar uma mudança estrutural de personalidade. Em vez disso, é projetado para promover uma atitude de mentalização em relação a problemas e relacionamentos e para ajudar o paciente a se tornar mais curioso sobre seus próprios estados mentais e aqueles de outros (Bateman e Fonagy 2012). Embora o MBT não enfatize a interpretação da transferência, ele encoraja os terapeutas a mentalizar a transferência como parte da terapia. Deve-se notar a esse respeito que, com pacientes com TPB, o TFP também parece melhorar a função reflexiva e, assim, aumentar a capacidade de mentalização dos pacientes (Levy et al. 2006).

Machine Translated by Google

Certos pacientes que são organizados narcisicamente podem tolerar apenas comentários empáticos que demonstrem a compreensão e validação do terapeuta de como eles se sentem. Mesmo um esclarecimento ou confrontação gentil pode, às vezes, causar uma reação fragmentada ou raivosa no paciente. No entanto, o terapeuta pode se tornar uma fonte importante de conforto, empatia e aceitação. Em nossa experiência, alguns pacientes se saem bem com o tempo, desde que continuem a ter a disponibilidade de um terapeuta humano que os ouve com atenção e leva a sério o que dizem.

Devido a esse apoio, alguns pacientes narcisistas são capazes de manter um equilíbrio estável para que possam desempenhar seu papel social.

Um subgrupo de pacientes narcisistas não tolera vir à terapia semanalmente porque a intensidade do relacionamento cria muita ansiedade. Eles podem optar por uma consulta a cada 2 ou 3 semanas. Alguns podem estar “oficialmente” em terapia semanal, mas regularmente faltam ou “esquecem” as sessões, de modo que são vistos apenas uma ou duas vezes por mês. Há outros que desejam vir de uma vez por mês a uma vez a cada 3 ou 4 meses.

Nesses casos, o terapeuta se depara com “manejar” o paciente da melhor forma possível com as limitações impostas pelo paciente. Alguns pacientes precisam aumentar gradualmente para uma terapia semanal ou duas vezes por semana porque não sentem que é “seguro” vir com mais frequência. Sua ansiedade sobre proximidade fora da terapia é transferida para o relacionamento dentro da terapia.

Há uma tradição infeliz e antiga de denegrir a psicoterapia de apoio em nosso campo. Um erro comum cometido por terapeutas psicodinâmicos iniciantes e experientes é superestimar a capacidade do paciente de usar o insight gerado pela interpretação.

No Menninger Foundation Psychotherapy Research Project, Waller Stein (1986) acompanhou 42 pacientes durante um período de 30 anos. Muitos desses pacientes se beneficiaram porque os psicoterapeutas mudaram de marcha no decorrer da terapia. Os terapeutas começaram tipicamente com a expectativa de uma reprovação interpretativa ou expressiva apenas para descobrir que o paciente tinha maiores déficits na capacidade do ego do que anteriormente reconhecido.
Quando os terapeutas mudaram para a extremidade mais favorável do continuum, alguns desses pacientes tiveram resultados razoavelmente bons.

Temos poucas pesquisas para nos orientar sobre o uso de psicoterapia de apoio com pacientes narcisistas. No entanto, um estudo controlado randomizado de terapias de longo prazo para pacientes com DBP (Clarkin et al. 2007; Levy et al. 2006) fornece alguns dados que podem ser relevantes para o NPD. O estudo envolveu uma comparação de TFP, terapia comportamental dialética e terapia de suporte, todas com duração de 1 ano. Noventa pacientes foram aleatoriamente designados para um dos três grupos. Todos os três grupos mostraram níveis semelhantes de melhora, mas os pacientes com TFP mostraram maior em

Machine Translated by Google

vincos na mentalização medidos pelo funcionamento reflexivo e movimento na direção de um apego mais seguro. Uma descoberta importante em relação à psicoterapia de apoio, no entanto, foi que ela parecia melhorar a depressão, a ansiedade, o funcionamento global, o ajustamento social, a impulsividade e a raiva.

Carsky (2013) definiu a essência dessa modalidade como envolvendo o fornecimento de validação, apoio emocional, elogios e resolução de problemas para manter um relacionamento terapêutico caracterizado por uma preponderância de transferência positiva sobre negativa. O terapeuta se concentra especificamente em criar uma atmosfera livre de lesões narcísicas. Portanto, embora não exista nenhuma pesquisa sistemática sobre a terapia de apoio de pacientes narcisistas, os clínicos descobrem que existe um grande subgrupo desses pacientes que não tolera uma abordagem mais expressiva da transferência Carsky esclareceu que o terapeuta deve evitar a interpretação explícita da fantasia de transferência e, ao mesmo tempo, usar a consciência da transferência como forma de monitorar a auto-estima do paciente. Outros elementos da terapia de apoio incluem o crescimento da identidade por meio da modelagem pelo terapeuta, aumentando a consciência e a tolerância do afeto e monitorando o quadro (Carsky 2013).

Kernberg (1975) revisou os resultados do Psychotherapy Research Project da Menninger Foundation e observou que a terapia de apoio foi útil com um subgrupo de pacientes no estudo. Ele concluiu que pacientes com estrutura de caráter narcisista severa combinada com funcionamento limítrofe evidente poderiam ser tratados com sucesso com uma abordagem puramente de suporte. No Capítulo 7, “Estratégias específicas de tratamento”, descrevemos uma estratégia de apoio para os pacientes narcisistas que parecem incapazes de usar a psicoterapia para fazer mudanças significativas.

PSICOTERAPIA DE GRUPO

A psicoterapia de grupo psicodinâmica é outra modalidade útil para muitos pacientes narcisistas. É provavelmente mais eficaz quando usado em conjunto com a psicoterapia individual, de modo que a reação do paciente aos eventos da terapia de grupo possa ser processada no contexto de uma relação terapêutica individual (Ronningstam 2014). No entanto, a terapia de grupo pode ser uma faca de dois gumes para pacientes com NPD. Por um lado, eles podem gostar da ideia de ter uma audiência. Por outro lado, eles podem se ressentir do fato de outras pessoas tirarem parte da atenção e do tempo do terapeuta. Não é incomum que pacientes narcisistas saiam de um grupo depois de terem terminado o que queriam dizer, sem se preocupar com o que os outros podem precisar compartilhar. Com hipervigia

Machine Translated by Google

Narcisistas caninos, o próprio encaminhamento pode ser vivenciado como uma rejeição por parte do terapeuta, que eles veem como não interessado neles. Ogrodniczuk et ai. (2014) observaram que a fome do narcisista por admiração, falta de empatia e senso de direito podem alienar outros membros do grupo.

Alguns narcisistas verão a psicoterapia de grupo como um lugar onde sua especialidade e singularidade não serão reconhecidas. Eles podem funcionar como “assistentes do médico”, comentando sobre a patologia das outras pessoas do grupo enquanto negam a sua (Wong 1979).

A outra ponta da faca de dois gumes é que a situação é ideal para pacientes narcisistas enfrentarem o fato inevitável de que os outros têm necessidades e que eles próprios nem sempre podem ser o centro das atenções. Além disso, a terapia de grupo pode ser o único ambiente em que outras pessoas falarão diretamente sobre como os traços de caráter do paciente os afetam. A psicoterapia de grupo também pode servir para diluir transferências negativas intensas. Outros pacientes podem enfrentar um paciente narcisista que desvaloriza o terapeuta ou, por outro lado, o idealiza. A maioria dos especialistas sugere que é preferível ter apenas um paciente narcisista por vez em um grupo heterogêneo ou a exigência do paciente pode sobrecarregar os outros membros e levá-los a sair. Uma vantagem, é claro, é que a taxa de terapia em grupo pode ser muito menor e acessível para pacientes que não podem pagar a taxa total do tratamento individual.

MBT integra terapia individual e de grupo (Bateman e Fonagy 2012). Portanto, estudos formais de MBT mediram ambos os tratamentos como parte de uma terapia conjunta. Em alguns casos, o mesmo terapeuta conduz tanto a terapia individual quanto a terapia de grupo, enquanto em outros, dois terapeutas diferentes são usados. Embora faltem dados sobre pacientes com NPD neste tipo de terapia conjunta, alguns médicos relatam que a modalidade de grupo pode melhorar o processo de mentalização, tanto para pacientes internados quanto para pacientes ambulatoriais.

TERAPIA DE CASAIS E FAMÍLIAS

Alguns pacientes narcisistas que estão em psicanálise ou psicoterapia individual podem frequentar sessões consistentemente e podem ser motivados a aprender mais sobre si mesmos. O relacionamento com o analista ou terapeuta pode ser caracterizado por uma aliança terapêutica razoavelmente boa, mas os problemas com o cônjuge ou parceiro do paciente continuam. Paradigmas relacionais particulares que são amplamente baseados em relações objetais internas inconscientes podem surgir apenas com o cônjuge ou parceiro, enquanto outros são aparentes na transferência para o tratador. terapia de casal

Machine Translated by Google

(conduzido por um terapeuta diferente) pode ser valioso nessas situações para que os impasses particulares que aparecem no relacionamento do casal possam emergir plenamente e serem examinados no contexto de ambos os parceiros. Os modos de relacionamento que causam os problemas interpessoais no casamento ou parceria podem ter sido obscurecidos pela maneira como o paciente se apresentou no tratamento individual.

Conforme observado no Capítulo 1, alguns pacientes com NPD ou traços narcisistas podem não parecer angustiados por suas dificuldades, mas podem causar sofrimento considerável em outros. Portanto, um cenário comum é que um cônjuge ou parceiro diga ao narcisista que ele ou ela “deve receber tratamento ou então”. O paciente relutante pode, então, obedientemente, consultar um terapeuta para evitar um divórcio ou aplacar um cônjuge zangado. Na chegada, os pacientes nessa situação podem se apresentar como não tendo ideia de por que estão ali ou no que precisam trabalhar. Eles podem, em vez disso, culpar o cônjuge ou parceiro por ser hipersensível e “aquele com o verdadeiro problema”. Em alguns casos, essa externalização ou negação projetiva pode ser confrontada pelo terapeuta de forma que o paciente se torne mais autorreflexivo. Em outras situações, o paciente é bastante refratário a qualquer sugestão de que ele ou ela possa ser responsável por dificuldades no casamento ou relacionamento. Em tais situações, a terapia de casal pode ser a modalidade preferida porque a pessoa que está angustiada está lá como uma fonte de informação sobre os problemas do paciente designado.

Trazer um cônjuge ou parceiro para o consultório oferece uma oportunidade de ajudar um paciente não mentalizado a começar a apreciar como ele faz os outros se sentirem. O terapeuta pode trazer à tona a frustração e a exasperação do outro significativo por não se sentir compreendido ou apreciado. Com a presença de um terceiro neutro, o paciente deve ouvir sobre suas deficiências de alguém que esteja intimamente familiarizado com as formas típicas de relacionamento que causaram as dificuldades do paciente. Quando o parceiro narcisista descarta as observações do outro significativo, o terapeuta pode, de fato, colocar os pés do paciente no fogo e insistir que deve ser dada atenção a essas preocupações. Com o tempo, a dificuldade do paciente narcisista em mentalizar pode ser abordada encorajando a apreciação da experiência do cônjuge ou parceiro de viver com alguém que parece não se interessar em como os outros se sentem.

na presença dele ou dela. O terapeuta do casal pode encorajar ativamente o paciente narcisista a perguntar sobre o impacto que está causando no cônjuge ou parceiro. O paciente deve então ouvir atentamente enquanto o feedback é fornecido sobre esse impacto e como a outra pessoa pensa e sente. Esse procedimento pode ajudar bastante a educar o narcisista sobre o que ele ou ela tem evitado sistematicamente como parte do isolamento narcisista que permeou sua vida.

Machine Translated by Google

A introdução de um familiar nessa discussão toca em outra possibilidade: a terapia familiar no tratamento de pacientes narcísicos. Essa modalidade provavelmente é subutilizada para pacientes narcisistas, e as razões para isso não são totalmente claras. Em contraste, a abordagem do TPB geralmente inclui um forte componente familiar que incorpora um programa psicoeducacional tanto para o paciente quanto para a família (Gunderson e Hoffman 2005). Uma das razões pelas quais esse componente foi incorporado é que há um grande corpo de pesquisa a ser extraído para a compreensão e tratamento do TPB. Por exemplo, os fatores biológicos em ação no BPD são mais bem compreendidos do que aqueles relacionados ao NPD. Além disso, pesquisas sofisticadas levaram a psicoterapias empiricamente validadas que demonstraram melhorar o TPB. Pesquisas farmacológicas mostrando como medicamentos específicos podem aliviar os sintomas cognitivos e afetivos do TPB também fazem parte de um programa psicoeducacional típico.

Por outro lado, esses dados não estão disponíveis para NPD. Além disso, há um estigma maior associado ao termo *narcisista* do que ao termo *limítrofe*.
A extensa pesquisa neurobiológica sobre o TPB também evita que se culpe o paciente ou a família pelo mau comportamento. O pensamento atual sobre o TPB é que a vulnerabilidade neurobiológica interage com estressores ambientais. Esse tipo de pesquisa biológica não está disponível para NPD, e é muito mais fácil para as famílias culpar os pais ou os pacientes pela condição. Portanto, não houve uma abordagem sistemática para desenvolver o envolvimento da família com o NPD, como ocorre com o BPD.

No entanto, o trabalho familiar pode ser extremamente útil quando o paciente é um jovem adulto que é um “fracasso no lançamento”, permanecendo dependente dos pais em vez de alcançar marcos como mudar de casa e conseguir um emprego. Tais indivíduos manifestam alguma versão de um potencial não realizado. Eles podem ter uma sensação de direito a um trabalho glamoroso, mas sentem que não deveriam ter que passar por uma educação ou treinamento rigoroso para se preparar para o mercado de trabalho. Eles também podem ser um embaraço para seus pais, que têm uma combinação de vergonha por suas falhas parentais e raiva de seus filhos. Esses jovens adultos geralmente são levados a um profissional de saúde mental para serem “consertados”. Na maioria dos casos, no entanto, um processo familiar, por si só ou em conjunto com a terapia individual, pode ser necessário para que a mudança ocorra. Frequentemente, existe um histórico de supervalorização da criança associado a expectativas excessivas e desencorajadoras para o jovem adulto. Além disso, os pais podem ter facilitado o estado de dependência do filho ou da filha assumindo tarefas — redigir trabalhos para a faculdade, preencher formulários de emprego — que parecem sobrecarregar o jovem adulto. O tratamento familiar pode fazer com que a família “se solte” e seja mobilizada para desenvolver um plano. Um clínico que trabalha com a família pode se concentrar na diferença entre ajudar de uma forma que

Machine Translated by Google

promove mais dependência e ajuda de uma maneira que permite ao jovem lutar e desenvolver alguma forma de domínio ativo sobre seu dilema.

Filhos adultos nessa situação também podem obter prazer inconsciente ou consciente ao frustrar a visão de seus pais sobre quem eles deveriam ser. Eles podem ter se ressentido profundamente com a pressão para alcançar e se destacar como uma extensão narcísica dos pais. Outra possibilidade é que eles tenham problemas cognitivos que não foram diagnosticados ou um transtorno psiquiátrico importante sobre o qual a família nega. Em outras palavras, eles podem realmente ser limitados, mas os pais são cegos para essa limitação. Finalmente, o filho adulto pode simplesmente ter uma agenda diferente para sua vida, e os pais podem precisar de ajuda para lamentar a perda da visão de seu filho ou filha. O narcisismo pode residir nas expectativas grandiosas dos pais, e não na criança. De qualquer forma, trabalhar com o sistema familiar em vez de um único indivíduo é muitas vezes essencial nesses casos.

PACIENTE AMBIENTAL E INTENSIVO TRATAMENTO

Embora a maior parte da literatura sobre o tratamento de pacientes narcisistas se concentre na terapia ou análise ambulatorial, pode ser necessário um tratamento ambulatorial mais estruturado ou intensivo. Por exemplo, pacientes suicidas podem exigir observação 24 horas por dia devido ao risco de tentativas impulsivas ou planejadas de suicídio.

Outro grupo de pacientes narcisistas que podem necessitar de internação ou tratamento residencial são aqueles com características antissociais.

Conforme descrito no Capítulo 1, há um continuum de patologia narcísica que se relaciona na extremidade inferior com o transtorno de personalidade antissocial. Ao adaptar o tratamento para esses pacientes, deve-se fazer uma avaliação cuidadosa antecipadamente sobre se o diagnóstico principal é NPD associado a tendências antissociais ou verdadeiro transtorno de personalidade antissocial (Gabbard 2014; Kernberg 2014). Um aspecto essencial dessa avaliação é adquirir informações de fontes colaterais, pois os próprios pacientes podem, consciente ou inconscientemente, apresentar uma versão enganosa ou desonesta de sua história. *Alguns* pacientes com um padrão de engano e insensibilidade em relação aos outros, ou seja, aqueles com alta motivação para mudar seu comportamento, podem ser tratados sob condições cuidadosamente controladas com tratamento intensivo altamente estruturado. No entanto, se a avaliação inicial determinar que o verdadeiro transtorno de personalidade antissocial, ou mesmo narcisismo maligno, é o diagnóstico, é improvável que qualquer forma de tratamento seja bem-sucedida.

Machine Translated by Google

Em pacientes com características antissociais, um ambiente residencial que forneça observação 24 horas é ideal, mas nem sempre disponível devido ao alto custo de tais ambientes de tratamento. Em qualquer caso, o psicoterapeuta e a equipe envolvida no tratamento devem ter acesso a garantias

fontes para que o relato possivelmente enganoso de um paciente possa ser corroborado por fontes externas (Kernberg 2014). Grande parte da transferência para o terapeuta é contaminada por engano e desonestidade, de modo que informações externas são absolutamente essenciais para determinar se o terapeuta está sendo enganado ou recebendo dados precisos. Um ambiente estruturado também é ideal devido ao risco de violência ou atividade criminosa, como tráfico de drogas ou roubo. Os pacientes nesta categoria também podem ter comorbidade de abuso de substâncias e podem necessitar de desintoxicação seguida de um programa de reabilitação. É improvável que um tratamento com base psicoterapêutica seja eficaz até que a abstinência de substâncias seja alcançada.

CONCLUSÃO

Neste capítulo, elaboramos um tema central que surge ao longo do livro: devido à natureza pleomórfica do narcisismo patológico, uma generalização sobre uma abordagem definitiva é redutiva e não é clinicamente útil. Muitas vezes tropeçamos e tateamos um pouco no escuro antes de descobrir uma estratégia que seja eficaz com os aspectos específicos da personalidade do paciente que causa angústia a ele ou a outras pessoas.

A cobertura deste capítulo de vários tratamentos não é de forma alguma exaustiva.

REFERÊNCIAS

Associação Psiquiátrica Americana: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição. Arlington, VA, Associação Americana de Psiquiatria, 2013

Bateman A, Fonagy P: Ensaio controlado randomizado de tratamento ambulatorial baseado em mentalização versus manejo clínico estruturado para transtorno de personalidade limítrofe. Am J Psychiatry 166(12):1355–1364, 2009

19833787 Bateman AW, Fonagy P (eds): Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. Arlington, VA, Associação Psiquiátrica Americana, 2012

Bion WR: Os Seminários Italianos. Editado por Bion F, traduzido por Slotkin P. Lon don, Karnac, 2005

Caligor E, Clarkin JF, Kernberg OF: Manual de Psicoterapia Dinâmica para Patologia de Personalidade de Nível Superior. Washington, DC, American Psychiat ric Publishing, 2007

Carsky M: Terapia psicanalítica de apoio para transtornos de personalidade. Psicopata terapia (Chic) 50(3):443–448, 2013 24000868

Machine Translated by Google

Clarkin JF, Yeomans F, Kernberg OF: Psicoterapia da Personalidade Borderline: Focando nas Relações de Objeto. Washington DC, publicação psiquiátrica americana, 2006

Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, et al: Avaliando três tratamentos para transtorno de personalidade limítrofe: um estudo de ondas múltiplas. Am J Psychiatry

164(6):922– 928, 2007 17541052 Connolly MB, Cris-Christoph P, Shappel S, et al: Relação das interpretações de transferência com o resultado nas primeiras sessões de psicoterapia expressiva de apoio

breve. Psychother Res 9(4):485–495, 1999 Doering S, Hörz S, Rentrop M, et al: Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline disorder trial: random controlado trial. Br J Psychiatry 196(5):389–

395, 2010 20435966 Doidge N, Simon B, Brauer L, et al: Pacientes psicanalíticos nos EUA, Canadá e Austrália: I. Distúrbios do DSM-III-R, indicações, tratamento prévio , medicamentos e duração do tratamento. J Am Psychoanal Assoc 50(2):575–614, 2002 12206544

Friedman L: O que está além da interpretação, e essa é a pergunta certa? Psychoanal Psychol 19:540–551, 2002

Gabbard GO: Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica, 5ª Edição. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2014

Gabbard GO, Horwitz L, Allen JG, et al: Interpretação de transferência na psicoterapia de pacientes limítrofes: um fenômeno de alto risco e alto ganho. Harv Rev Psychiatry 2(2):59–69, 1994 9384884

Gunderson JG, Hoffman ED (eds): Compreendendo e Tratando o Transtorno de Personalidade Borderline: Um Guia para Profissionais e Famílias. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2005

Høglend P, Gabbard GO: Quando o trabalho de transferência é útil na psicoterapia psicodinâmica? Uma revisão da pesquisa empírica, no Handbook of Psychodynamic Psychotherapy: Evidence-Based Practice e Practice-Based Evidence. Editado por Levy RA, Ablon JS, Kächele H. Nova York, Humana Press, 2012, pp 449

Høglend P, Amlo S, Marble A, et al: Análise da relação paciente-terapeuta na psicoterapia dinâmica: um estudo experimental da transferência em interpretações. Am J Psychiatry 163(10):1739–1746, 2006 17012684

Høglend P, Hersoug AG, Bøgwald KP, et al: Efeitos do trabalho de transferência no contexto da aliança terapêutica e qualidade das relações objetais. J Consult Clin Psychol 79(5):697–706, 2011 21859184

Kernberg OF: Condições limítrofes e narcisismo patológico. Nova York, Jason Aronson, 1975

Kernberg OF: Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. Novo Haven, CT, Yale University Press, 1984

Kernberg OF: Transtorno de personalidade narcisista, em Psicoterapia psicodinâmica para transtornos de personalidade: um manual clínico. Editado por Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2010, pp 257–288

Kernberg OF: Uma visão geral do tratamento da patologia narcísica grave. Int J Psychoanal 95(5): 865–888, 2014 24902768

Kohut H: A Análise do Self: Uma Abordagem Sistemática para o Tratamento Psicanalítico dos Transtornos da Personalidade Narcísica. Nova York, International Universities Press, 1971

Machine Translated by Google

Kohut H: A Restauração do Ser. Nova York, Universidades Internacionais
Imprensa, 1977

Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, et al: Mudança nos padrões de apego e função reflexiva em um estudo de controle randomizado de foco na transferência
psicoterapia para transtorno de personalidade borderline. J Consulte Clin Psychol 74(6):1027–1040, 2006 17154733

Miller J: Como Kohut realmente funcionou. Progress in Self Psychology 1:13–30, 1985

Ogrodniczuk JS (ed): Compreender e tratar o narcisismo patológico. Lavar
ington, DC, Associação Americana de Psicologia, 2013

Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, et al: Interpretações de transferência resumidas termo psicoterapia dinâmica. J Nerv Ment Dis 187(9):571–578, 1999 10496513

Ogrodniczuk JS, Uliaszek AA, Lebow JL, Piper WE: Grupo, família e terapias de casais, em The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders, 2nd Edition. Editado por Oldham JM, Skodol AE, Bender DS.
Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2014, pp 281–302 Piper

WE, Ogrodniczuk JS, Joyce AS, et al: Previsão de abandono em psicoterapia individual interpretativa limitada no tempo. Psychotherapy 36(2):114–122, 199, 1999

Ronningstam EF: Transtorno de personalidade narcisista, em Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders, 5ª edição. Editado por Gabbard GO. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2014, pp 1073–1086 Stern BL,

Yeomans F, Diamond D, et al: Psicoterapia focada na transferência para personalidade narcisista, em Compreender e tratar o narcisismo patológico. Editado por Agrodnozac JS. Washington, DC, American Psychological Association, 2013, pp 235–252 Wallerstein RW: Quarenta

e duas vidas em tratamento: um estudo de psicanálise e
Psicoterapia. Nova York, Guilford, 1986

Wong N: Considerações clínicas no tratamento em grupo de distúrbios narcísicos. Int J Group Psychother 29(3):325–345, 1979 541142

Machine Translated by Google



7

Estratégias de tratamento

Como o título do nosso livro sugere, estamos focando nossa atenção em com. dilemas clínicos comuns que surgem no tratamento de pacientes narcisistas. Alguns deles foram observados em capítulos anteriores, onde foram elaborados e explicados como sendo o resultado da patologia do caráter narcísico. Neste capítulo, elaboramos as ideias de tratamento que foram brevemente abordadas nos Capítulos 4-6. Especificamente, forneceremos estratégias seletivas para lidar com alguns dos desafios mais comuns e difíceis com pacientes narcisistas. Usamos o termo *estratégias* em vez de *soluções* porque algumas dessas questões não podem ser “resolvidas”. Em vez disso, eles devem ser vividos e trabalhados como parte da experiência de tratamento com pacientes narcisicamente organizados.

Machine Translated by Google

DIREITO, EXIGÊNCIAS ESPECIAIS TRATAMENTO E CONTROLE OMNIPOTENTE

Conforme observado no Capítulo 4, “Iniciando o tratamento”, a maneira como o paciente se apresenta fica evidente desde o primeiro telefonema ou reunião. Com alguns pacientes narcisistas, é provável que o terapeuta seja sequestrado em uma luta de poder desde o início, enquanto com outros, a pressão pode se desenvolver mais gradualmente no decorrer do tratamento. Essa necessidade de controle persiste durante todo o tratamento e não ocorre apenas nas fases iniciais. Um dilema comum é o seguinte: até que ponto o terapeuta precisa conceder algum grau de controle ao paciente para ter um tratamento viável? Não há uma resposta definitiva, exceto para dizer que se enquadra na categoria de julgamento clínico.

Os pacientes podem pedir e até esperar razoavelmente que o terapeuta modifique de alguma maneira o que ele ou ela faz para atender às necessidades do paciente e, com alguns pacientes, essas exigências se tornam insustentáveis e exageradas, uma expressão do senso de direito do paciente. Entre os comentários que um terapeuta provavelmente ouvirá estão os seguintes: “Já que estou fora da cidade durante a semana, posso vê-lo no sábado?” “Tenho um pagamento chegando que ainda não chegou, então vou esperar e pagar no próximo mês.” “Tive que cancelar abruptamente e não acredito que você me cobrou por isso.” Essas expectativas, perguntas e demandas do terapeuta comunicam a crença do paciente de que “eu sou uma exceção” e “as regras não se aplicam a mim”. A noção de Bion (2005) de que o paciente é o seu melhor supervisor não significa que o papel do terapeuta deva ser interpretado como o de supervisionado. Flexibilidade não significa abdicar do quadro terapêutico. Embora a expectativa de tratamento especial possa e deva ser compreendida e discutida com um paciente narcisista na terapia, também pode ser um fator de risco para descer a ladeira escorregadia para violações de limites (Gabbard 2016; Luchner 2013).

Há algo surpreendentemente irritante no estilo imperioso de alguns pacientes narcisistas, de modo que o terapeuta é tentado a transmitir uma atitude do tipo “do meu jeito ou na estrada”. No entanto, uma estratégia importante é lembrar-se continuamente de que a resistência do paciente revela quem ele é. Uma premissa básica em nosso trabalho é que o paciente é caracterologicamente obrigado a fazer a terapia da maneira que deve fazê-la (Gabbard 2017). Além disso, como as defesas do paciente se tornam resistências quando aparecem no tratamento, o terapeuta está tendo um vislumbre das defesas características que o paciente usa contra estados afetivos insuportáveis.

Conforme observado no Capítulo 3, “Modos de Relacionamento”, a pesquisa sobre o transtorno de personalidade narcisista (NPD) identifica repetidamente um padrão de om

Machine Translated by Google

controle nipotente como característica do transtorno. O paciente geralmente afastou muitas pessoas em sua vida porque tentou controlá-las. O clínico se esforça para evitar ser a próxima vítima. O terapeuta entende que deve se submeter parcialmente a ser controlado para ter um tratamento viável.

Uma estratégia útil para lidar com a maioria das defesas narcísicas, que se tornam resistências quando entram no relacionamento terapêutico, é lembrar que as resistências que o paciente apresenta dizem ao terapeuta quem é o paciente. Em outras palavras, a resistência revela tanto quanto esconde (Friedman 1991). Essa conceituação se encaixa perfeitamente com o que Roy Schafer (1983) chamou de abordagem afirmativa da resistência, que se concentra principalmente no que é a resistência e não no que ela é contra. Nessa abordagem afirmativa, o terapeuta ou analista enfatiza a noção de que algo está sofrendo resistência ou oposição. Em vez disso, o terapeuta examina a resistência como um comportamento enigmático ou ininteligível que clama por compreensão por parte do tratador.

Quando o paciente exige controle sobre o tratamento, o terapeuta é capaz de vislumbrar o medo profundamente arraigado no paciente narcisista do potencial de outros o machucarem se ele abrir mão do controle (Gabbard 1998). Além disso, por meio da experiência de ser controlado pelo paciente, o terapeuta passa a se sentir controlado da mesma forma que outras pessoas na vida do paciente. No entanto, o clínico deve estabelecer limites de acordo com o que é administrável para ele com base em seu histórico, sua estrutura de caráter, seus modelos teóricos e a estrutura de sua prática clínica. Em outras palavras, deve ocorrer uma negociação que brote da intersubjetividade da díade. O terapeuta precisa evitar a falsa polaridade de ceder completamente às demandas do paciente ou impor limites excessivamente rígidos.

O terapeuta está em apuros — se ele hesitar em sua própria estrutura de tratamento e concordar inteiramente com as demandas do paciente, ele alimenta a sensação do paciente de que os outros estão sob seu controle onipotente. Por outro lado, se ela traçar uma linha na areia e exigir que o paciente, em vez disso, se acomode inteiramente ao *seu* controle onipotente, sem se mexer, então ela apenas introjetou o eu controlador do paciente e estabeleceu um confronto competitivo - isto é, quem é o chefe? Nenhum dos pólos é ideal. Em vez disso, o clínico e o paciente devem entrar em um processo. Por exemplo, se o paciente exigir um horário de consulta nas sextas-feiras ao meio-dia, o terapeuta deve recusar essa possibilidade se o horário já estiver preenchido. A terapeuta pode se sentir menos disposta do que o normal a procurar alternativas, batendo os pés com o pensamento silencioso de "Quem ele pensa que é?" Em vez de ceder a essa maneira mais rígida de pensar que está crescendo a partir de sua contratransferência, ela pode

Machine Translated by Google

reflita sobre esse sentimento de confronto e ofereça uma opção diferente. Obviamente, parte desse processamento da contratransferência pode ser mais fácil entre as sessões. No calor do momento, a pessoa pode ficar cega para a melhor estratégia devido à intensa reação emocional às demandas do paciente. À medida que o tratamento se desenvolve, haverá uma representação mútua contínua. Este processo é apenas o começo. Não existe uma resposta “correta”, mas é extremamente útil usar um consultor valioso que não faça parte da díade e possa ver a luta pelo poder de fora.

O Sr. P, um executivo de 48 anos, sempre chegava cedo para suas consultas e ficava na sala de espera com seu tablet eletrônico, fazendo uma lista do que abordar na sessão. A Dra. Q começava cada sessão com a esperança de que ela pudesse falar alguma coisa, mas sabia que sua contribuição não era bem-vinda. Ela começou a se sentir irritada e fantasiada em vir para a sessão com sua própria lista e fazer seu próprio monólogo, quando na verdade, sempre que ela abria a boca, ela sempre era dispensada e dispensada quando o Sr. P levantava a mão e insistia: “ apenas deixe-me terminar. Às vezes ele levantava a mão ou fazia shush sem dizer uma palavra, continuando como se ela não tivesse falado. Sem dúvida, a experiência da Dra. Q de ser silenciada pelo Sr. P foi moldada por sua própria contratransferência e suas experiências passadas sendo silenciada por alguém com autoridade ou sendo informada de que sua perspectiva não era importante por causa de seu gênero.

Em sua irritação com as muitas vezes que o Sr. P levantou a mão para impedi-la de falar, um dia o Dr. Q retrucou: “Você nunca quer ouvir meus comentários porque precisa ler seu monólogo preparado”. Ele respondeu com consternação, dizendo: “Achei que você ficaria tão orgulhoso de mim por trazer todo esse material para nosso trabalho juntos! Isso é rico! Você deve ser o único terapeuta vivo que não quer que eu planeje o que falar! Ela respondeu: “Estou feliz que você pense sobre o que estamos fazendo aqui fora, mas estou apenas tentando dizer que não tenho certeza se você acha que quer que este seja um diálogo em que façamos um brainstorming sobre o que está acontecendo. ” O Sr. P retorquiu: “Bem, não, não é isso. Acabei de trabalhar muito para preparar tudo isso e acho que você poderia pelo menos me deixar terminar antes de interromper. Em vez de aprofundar a luta pelo poder, a Dra. Q respirou fundo e tentou reconhecer sua própria contribuição contratransferencial para a luta pelo poder. Ambos estavam tentando estar na posição de “um para cima” e manter o controle da terapia, e nenhum deles queria ceder. Ela pediu que ele prosseguisse com a lista, pensando consigo mesma em trazer o assunto à tona novamente em um momento em que os dois estivessem com a cabeça mais fria. Ela também marcou uma consulta com um consultor valioso para conversar sobre o que havia acontecido e como conceitualizá-lo.

A estratégia ideal nessa situação é provavelmente acomodar a necessidade do paciente de informar o terapeuta sobre suas preocupações. Alguns analistas e terapeutas têm defendido dizer ao paciente para desligar seus dispositivos eletrônicos ou anotar suas listas. No entanto, é nossa convicção que psico

Machine Translated by Google

terapia não é um procedimento coercitivo. Permitimos que os pacientes se expressem da maneira que desejam e trabalhamos com a necessidade de ter um suporte, como uma lista em um tablet ou smartphone, como algo a ser compreendido, não banido.

Depois de tolerar bastante o controle do paciente a fim de formar uma aliança terapêutica, o terapeuta pode querer expor seu dilema ao paciente, por exemplo: “Não pretendo interrompê-lo, mas tenho dificuldade em encontrar um espaço para oferecer minhas observações sobre o que você está dizendo.” Dessa forma, o terapeuta envolve o paciente em uma exploração compartilhada de como seu dilema pode ser gerenciado de forma colaborativa. Essa indagação abre a possibilidade de descobrir ansiedades no paciente sobre ser vulnerável. O terapeuta pode se perguntar em voz alta sobre a natureza do medo do paciente - o paciente está preocupado com o que o terapeuta pode pensar ou dizer sobre ele? O paciente tem medo de abdicar do controle se permitir que o terapeuta fale? Ele está nervoso com a intimidade e ser conhecido pelo terapeuta? Na verdade, o terapeuta *vem* formulando discretamente hipóteses sobre os modos de relacionamento do paciente. Os medos do paciente estão enraizados em algum senso de realidade, isto é, o terapeuta está pensando no paciente, e o paciente pode estar mais preocupado com a possibilidade de que o terapeuta realmente o entenda.

Uma das coisas mais úteis que um terapeuta pode oferecer é uma elucidação da dialética entre exposição e ocultação que está no cerne do diálogo terapêutico.

No exemplo, o Dr. Q tomou a decisão de deixar de lado a luta pelo poder por enquanto, planejando trazê-la à tona mais tarde, quando tanto o paciente quanto o terapeuta estivessem com a cabeça mais fria. Pine (1984) sugeriu que é provável que o insight do terapeuta seja ignorado quando um paciente está zangado e agitado. Ele aconselhou o terapeuta a “bater enquanto o ferro está frio” (p. 60). A nosso ver, essa estratégia é útil com pacientes narcisistas, não apenas para o paciente, mas também para o terapeuta. Às vezes, o terapeuta precisa esperar até que ele se acalme para não interpretar com os dentes cerrados. Uma intervenção não é apenas melhor recebida pelo paciente, mas muitas vezes é apresentada de forma mais cuidadosa pelo clínico quando o calor do ferro esfriou.

TÉDIO, EXCLUSÃO E DESENGAJAMENTO

Como observamos no Capítulo 5, “Transferência e contratransferência” (ver a seção “Tratando o terapeuta como uma caixa de ressonância”), ao tratar um paciente narcisista, o terapeuta geralmente sente como se o paciente estivesse falando consigo mesmo na presença do terapeuta. É como se o paciente

Machine Translated by Google

está falando não especificamente com o terapeuta, mas com qualquer pessoa ao alcance da voz. O terapeuta sente-se descomprometido quando a paciente olha por cima da cabeça, não faz contato visual e fala sem esperar nenhuma interação. Uma sensação de pavor toma conta do terapeuta antes de cada sessão e, durante a sessão, o relógio parece estar parado. O tédio pode se transformar em sonolência, que por sua vez pode resultar em um dano narcísico ao paciente, que é compreensivelmente insultado pela falta de atenção do terapeuta. O grau de vitalidade versus morte pode ser um barômetro útil de como um tratamento está indo (Ogden 1995), e a falta de troca animada entre terapeuta e paciente torna-se insuportável para o terapeuta. Em tais situações, Ogden (1995) sugere que a estratégia do analista deve ser criar significado analítico daquilo que esteve presente apenas inconscientemente no diálogo analítico e foi excluído do discurso analítico.

Nem é preciso dizer que o paciente não tem obrigação de entreter o clínico. É responsabilidade do clínico manter sua própria vitalidade, bem como tornar o tédio ou o distanciamento um problema clínico. O clínico precisa usar a contratransferência de uma forma que leve a terapia adiante. É claro que não se pode dizer ao paciente que ele é chato. Patrick Casement (1985) sugeriu uma nova estratégia envolvendo um comentário como o seguinte: “Tenho notado, já há algum tempo, que você frequentemente fala comigo como se não esperasse que eu me interessasse pelo que você está dizendo” (págs. 169–170). Outra variação que achamos eficaz é dizer: “Você não parece muito interessado no que está dizendo”. Dessa forma, o terapeuta é um participante ativo da sessão, em vez de uma vítima passiva do discurso mortífero.

Os terapeutas devem lembrar que sua contratransferência os está levando a lugares significativos e relevantes para o processo terapêutico. Se o terapeuta começar a se sentir marginalizado, irritado ou desvalorizado, ele pode se associar à sua contratransferência para detectar qualquer ligação com sua própria vida ou passado, ao mesmo tempo em que reconhece que provavelmente está sentindo o que os outros sentem pelo paciente. A curiosidade sobre a contratransferência pode manter a mente do terapeuta ativa e viva (Gabbard e Wilkinson 1994).

Uma maneira pela qual o terapeuta pode estar contribuindo para o tédio ou desengajamento é interpretando repetidamente os padrões na interação. Muitos clínicos se preocupam com o fato de que a tradição de repetir e elaborar nem sempre leva à mudança. Brown e Elliott (2016) fizeram a seguinte afirmação:

> Discordamos dos tratamentos baseados no apego de orientação psicanalítica que enfatizam principalmente a interpretação de reencenações de comportamentos de apego disfuncionais na relação de transferência. Tal

Machine Translated by Google

> os tratamentos assumem que o insight sobre os padrões de apego levará a mudanças nesses padrões, mas há poucas evidências que apoiem essa mudança baseada na interpretação. (pág. 284)

Gabbard e Ogden (2009) argumentaram que alguma forma de improvisação pode ser útil para romper o impasse. O "roteiro" deve ser abandonado às vezes, e o terapeuta deve tentar falar em um novo modo, que não seja familiar para o paciente. O terapeuta pode, por exemplo, dizer: "Parece-me que desenvolvemos um padrão ao longo do tempo em que tento apontar algo que você está fazendo, você discorda e eu continuo apontando de qualquer maneira. Então nós dois nos sentimos frustrados. É quase como se estivéssemos conspirando para frustrar um ao outro."

VERGONHA, HUMILHAÇÃO E A NECESSIDADE DE tato

Os pacientes narcisistas costumam ser terrivelmente autocríticos e esperam críticas e julgamentos do terapeuta a todo momento. O ato de interpretação para esclarecer as experiências projetadas do eu e do outro representa uma grande ameaça ao eu grandioso do paciente (Steiner 2006; Stern et al. 2013). Conforme observado no Capítulo 1, "Narcisismo e seus descontentamentos", pacientes organizados narcisicamente podem ter medo de serem vistos pelos outros por quem eles são. Assim, eles se cingem com uma armadura psicológica quando entram na batalha da terapia. A compreensão interpretativa pode parecer perfurar essa armadura e deixar o paciente se sentindo exposto e humilhado.
Portanto, o tempo é da maior importância no confronto gradual do eu grandioso.

Os pacientes podem se sentir compreendidos se o terapeuta se concentrar nas lutas de auto-estima e insegurança sob a superfície, não importa o quão grandiosa a fachada pareça. O medo da exposição e da humilhação pode ser abordado de forma empática com o paciente como forma de construir uma aliança que permitirá a interpretação dos aspectos grandiosos do self. Alguns pacientes insistem em pura empatia para afastar a vergonha, e os terapeutas podem sentir que não têm mais nada a oferecer.

O terapeuta deve navegar constantemente em um equilíbrio entre empatia e confrontação/interpretação. Tato e tempo são de grande importância no monitoramento das intervenções do terapeuta. A fim de preparar o caminho para comentários interpretativos, o terapeuta constrói a aliança observando os sucessos do paciente e reconhecendo seu insight e progresso. Com alguns dos pacientes mais sensíveis e vigilantes, os médicos podem monitorar o quanto eles comprometeram o ar do paciente.

Machine Translated by Google

mor com uma observação interpretativa, observando o paciente cuidadosamente para ver como o insight é recebido. Os melhores planos de interpretação são perdidos se forem recebidos com negação imediata porque o paciente está muito ferido e na defensiva para ouvir a interpretação ou se o paciente nunca retorna.

Quando a empatia se torna contraproducente? É necessário ir além da empatia com a maioria dos pacientes narcisistas. Em particular, quando um paciente tem tendência a olhar o mundo através das lentes de uma vítima ofendida e a ver todos os relacionamentos e situações sob essa luz, o terapeuta pode mostrar isso ao paciente.

Kohut (1971, 1977) enfatizou a diferença entre ter empatia e concordar com o que o paciente diz, por um lado, e ter empatia com a dor e o desapontamento de não ter suas necessidades de espelhamento e validação atendidas, por outro. Há uma diferença entre tomar o lado do paciente e assumir sua perspectiva de vitimização versus oferecer compaixão sobre o quanto deve doer para ele não ter conseguido o que precisava, seja na infância ou aqui e agora.

Os pacientes narcisistas costumam se gabar de suas realizações ou citar pessoas famosas a quem estão conectados. Os terapeutas devem sintonizar-se com a auto-estima vulnerável por trás da ostentação, a fim de manter uma visão compassiva do paciente que promova a aliança em desenvolvimento. O foco nos sucessos passados - médias de notas, prêmios ganhos, conquistas românticas - pode produzir irritação no terapeuta, mas também pode ser um lugar para o clínico encontrar a criança insegura no corpo adulto do paciente. Um terapeuta que lida com um paciente que está se gabando deve estar alerta para o desenvolvimento de desprezo contratransferencial, um desejo de estourar a bolha do paciente ou descartar a catalogação de suas vitórias e realizações. O terapeuta deve conter esse desejo e reconhecer o quanto é importante que as realizações do paciente sejam testemunhadas pelo terapeuta e o quanto o paciente teme que as pessoas não detectem seus dons especiais.

RUPTURA E REPARO

Os médicos que tentam uma empatia perfeita com seus pacientes sempre falharão. Inevitavelmente, surgirá um momento em que o terapeuta perderá o rumo da conversa, tentará abafar um bocejo ou se comportará de maneira aberta, demonstrando falta de empatia. Outras falhas mais sutis ocorrem quando um paciente observa com hipervigilância que o terapeuta esteja completamente sintonizado, e o terapeuta perde isso por uma palavra ou frase. o thera

Machine Translated by Google

a responsabilidade do terapeuta neste caso é levar o tratamento a um processo de reparação, reengajamento e exploração dos sentimentos do paciente sobre a falha empática. O modelo de *ruptura e reparo* de Kohut (1971, 1977) originou-se na psicologia do self de uma pessoa, mas foi apropriado pela teoria relacional, intersubjetividade e todas as outras variantes da psicologia de duas pessoas. Neste ponto da evolução da frase, a maioria dos terapeutas de todas as tendências concordaria que a ruptura e o reparo são um modo importante de ação terapêutica na psicoterapia e na psicanálise.

A pesquisa em psicoterapia apóia essa observação clínica. Stiles e cols. (2004) descobriram que trajetórias de aliança com quedas breves e acentuadas e rebotes rápidos para níveis originais ou mais altos predizem melhores resultados da terapia. Esse achado sugere que tensões temporárias na aliança são oportunidades para aprofundar o trabalho terapêutico. Safran et al. (2009) definiram as sequências de ruptura-reparação com a aliança como problemas na relação terapêutica que são reparados através da exploração interpessoal entre terapeuta e paciente. Essa abordagem de rupturas na aliança é útil em todas as terapias, mas é essencial para pacientes narcisistas. Aqueles que esperam ser menosprezados e desrespeitados encontrarão exemplos de falhas do terapeuta em praticamente todas as sessões. O terapeuta precisa ser aberto e não ficar na defensiva quanto à exploração do que o paciente percebe e tentar sinceramente reparar a brecha.

Este modelo ajuda os pacientes com NPD a entender a natureza bidirecional das rupturas. Ambas as partes podem contribuir para a interrupção e ambas devem estar envolvidas na negociação do reparo. Ao fazer isso, o paciente organizado narcisicamente melhora também a capacidade de mentalização.
Esse momento difícil em um processo terapêutico é uma oportunidade de reconhecimento mútuo, conforme discutido no Capítulo 5.

QUANDO A MUDANÇA NÃO É O OBJETIVO

A experiência clínica nos ensina que, para um subgrupo de pacientes narcisistas, a mudança não é uma meta realista. Certos pacientes desmoronam a *qualquer* sugestão de que contribuem para seus próprios problemas; portanto, eles podem nunca estar abertos para considerar seu papel nos desafios que enfrentam, muito menos tentar mudar a forma como se relacionam com os outros no mundo. Na verdade, muitas vezes parece que os pacientes desse subgrupo não procuram a terapia em busca de mudança. Eles podem vir por vários motivos, mas secretamente esperam ser validados e admirados por quem são, sem a expectativa de que precisam mudar. Nesses pacientes, a resistência é intransigente. Tentativas de pressionar por mudanças ou percepções podem levar a uma rescisão abrupta e unilateral. Outra complicação é que esses pacientes são

Machine Translated by Google

facilmente identificados no início do tratamento. Somente por meio de repetidos fracassos em engajá-los em um processo reflexivo ativo, em que todas as tentativas de interpretação ou confronto são recebidas com raiva, negação ou distanciamento, é que o terapeuta obtém o quadro completo. O terapeuta deve chegar à relutante conclusão de que o paciente simplesmente não pode tolerar nada além de empatia, apoio e concordância.

Essa forma de impasse é amplamente vivenciada pelos profissionais, mas talvez seja pouco relatada na literatura. Alguns terapeutas podem presumir que é um fracasso *deles ,* e não uma limitação fundamental do paciente e, portanto, desejam manter sua experiência para si mesmos. Em nossa experiência, esse cenário não é incomum e os médicos encontram maneiras de trabalhar dentro dos limites. Em tal situação, o clínico deve diminuir as expectativas sobre o que é possível na terapia. A mudança nas expectativas do terapeuta é muitas vezes seguida por uma sensação de alívio na paciente, que pode ter sentido que simplesmente não estava conseguindo fazer a terapia “corretamente”. É difícil para o terapeuta se perguntar: “O que estou fazendo aqui se nada está realmente mudando e eu não a desafio ou aponto as coisas que a atrapalham?” Além de testemunhar e tentar sinceramente entender a história do paciente, o terapeuta está oferecendo um lugar para o paciente desabafar suas mágoas e decepções. Talvez o terapeuta também esteja tirando um pouco do fardo dos membros da família, que podem desenvolver fadiga de empatia e irromper em irritação.

Os médicos devem ter em mente que existem alguns pacientes que tendem a ver o mundo como uma série de ofensas e ofensas narcísicas e que *devem* ter um objeto ruim em suas vidas. O tratamento pode ameaçá-los com a perda daquele atormentador necessário. Os terapeutas e analistas que estão lutando com um paciente tenaz que insiste em uma narrativa de vítima são aconselhados a lembrar o material do Capítulo 5 sobre o caráter narcisista-masoquista (Cooper 1993, 2009). Uma forma de especialidade é extraída pela percepção de que o tratador está repetidamente falhando com o paciente ou menosprezando-o de alguma forma. O paciente está buscando no mundo exterior o “objeto ruim o suficiente” que reside em seu mundo interior.

Claro, a maioria dos terapeutas tentaria ajudar os pacientes a ver como eles criam “objetos ruins” em suas vidas e desafiaria essa expectativa, esperando mudar a visão arraigada. No entanto, queremos enfatizar que, para alguns pacientes narcisicamente organizados, essa capacidade não está ao seu alcance. Uma estratégia nessas situações é mudar a expectativa de insight e mudança e, em vez disso, aliar-se ao paciente em um esforço para manter o objeto atormentador afixado a uma pessoa, grupo ou instituição menos importante. Em outras palavras, parte do processo de terapia de apoio aqui é evitar interferir no deslocamento do objeto ruim para um figo.

Machine Translated by Google

pessoa que não seja cônjuge, parceiro ou chefe. Os coletores de queixas devem ter suas queixas e os terapeutas precisam respeitar isso. Uma rixa contínua com a lavanderia pode ser muito melhor do que um ataque contínuo ao cônjuge ou filho. O terapeuta que tolera longos discursos sobre um partido político pode estar desviando o descontentamento do paciente com seu chefe.

Outra estratégia é tentar ajudar o paciente a ver o lado negativo de entrar em confrontos - deixar uma mensagem de voz com uma enxurrada de reclamações raivosas e autoritárias para um chefe ou amigo, por exemplo, geralmente não termina bem. O terapeuta mantém uma estratégia de tentar simpatizar com o paciente e ouvir como ele se sente mal, ao mesmo tempo em que tenta fazê-lo diminuir o ritmo e não deixar mensagens de voz tão raivosas ao ver as consequências potenciais de sua raiva. Essas estratégias não funcionam para uma mudança fundamental de caráter, mas podem ser pequenas mudanças no comportamento que se espera que tenham um impacto sustentado no bem-estar geral do paciente em relacionamentos e ambientes de trabalho. Com essa estratégia, pode-se observar o paradoxo de que o paciente não mudou, mas está “melhor”. Os terapeutas fariam bem em considerar o sábio comentário de Winnicott (1971): “Psicoterapia não é fazer uma interpretação inteligente e adequada; em geral, é um longo prazo devolvendo ao paciente o que o paciente traz.

É uma derivação complexa do rosto que reflete o que está ali para ser visto” (p. 158).

IDEALIZAÇÃO

A idealização do outro levando a uma visão aprimorada de si mesmo por estar na sombra do objeto idealizado é uma maneira pela qual os pacientes narcisistas sustentam sua auto-estima (Kohut 1971, 1977). Alguma idealização do terapeuta pode ser útil para a aliança terapêutica e, inicialmente, certamente pode parecer mais agradável para o terapeuta do que uma transferência hostil.
No entanto, a idealização aberta contínua pode ser desconfortável para o terapeuta e prejudicial para o tratamento. Além disso, a idealização mais cedo ou mais tarde desmoronará e, portanto, é improvável que sirva como uma base sólida para a relação de tratamento a longo prazo.

É possível manter uma transferência positiva, a menos que esteja causando problemas, mas existe o risco de que muita idealização possa levar à tendência de desenvolver uma “sociedade de admiração mútua” entre paciente e terapeuta. À medida que o paciente se deleita com o brilho do reflexo brilhante do terapeuta idealizado, o paciente cobre o terapeuta de elogios.
Sentindo que suas próprias necessidades narcísicas estão sendo satisfeitas, o terapeuta pode se sentir tentado a retribuir os elogios e começa a ver o paciente sob uma luz excessivamente positiva. À medida que os reflexos brilhantes são transmitidos entre eles, o perigo é que o verdadeiro trabalho do outro

Machine Translated by Google

apy está perdido. O terapeuta conspira com o paciente para evitar os aspectos negativos da vida do paciente, ao mesmo tempo em que evita o autoexame inerente ao esforço terapêutico (Gabbard 1998, 2013).

Quando o terapeuta se sente idealizado dessa forma, ele pode deixar a transferência em paz por um tempo e deixá-la se desenrolar, ao mesmo tempo em que prevê que em algum momento ele certamente desapontará o paciente.

Às vezes, pode-se abordar essa sociedade de admiração mútua com senso de humor, rindo um pouco da própria “santidade” e depois tentar redirecionar o paciente para seus próprios problemas. Se a idealização se torna rigidamente fixada, uma exploração mais ativa pode ser indicada. O terapeuta pode ajudar o paciente a ver contra o que ele está se defendendo ao tentar manter o relacionamento idealizado. Medos de crítica, abandono ou perda de controle podem, às vezes, estar subjacentes à idealização e ao desejo de agradar o terapeuta.

INVEJA E COMPETITIVIDADE

A inveja do terapeuta é uma das principais forças responsáveis por tratamentos malsucedidos. Para o paciente narcisista, “só pode haver uma grande pessoa na sala” (Kernberg 2010, p. 266). O paciente narcisista muitas vezes sente que está preso em uma posição inferior, quando, em vez disso, deseja estar no controle. Conforme observado no Capítulo 6, “Adaptando o tratamento ao paciente”, na mente do paciente existe uma dicotomia em que uma pessoa é sempre superior e a outra é desvalorizada, rebaixada ou ignorada (Stern et al. 2013). Nessa díade, ou o paciente se vivencia como o desvalorizado e o terapeuta como o outro vangloriado e superior, ou a situação se inverte e o paciente está em posição superior enquanto o terapeuta é desvalorizado. Essa dicotomia está no cerne da psicoterapia focada na transferência. No processo de elaboração contínua com esses pacientes, o terapeuta interpreta os papéis que cada um está assumindo na díade, conforme descrito no Capítulo 6.

Esses pacientes ficam desesperados com o sucesso de outra pessoa e sentem alegria quando outra pessoa falha. A inveja faz com que se liguem diretamente a outros que consideram concorrentes. Não há bolo suficiente para todos - se outra pessoa pegar um pedaço, ficará com menos. No jogo de soma zero da inveja, existe um mito de que se alguém tem algo bom, a outra pessoa fica diminuída. Um dos principais objetivos da terapia é ajudar os pacientes a ver que a auto-estima não depende do que outra pessoa tem e que suas realizações não estão ligadas às dos outros. O terapeuta trabalha para interpretar para o paciente que sua visão de soma zero mina a chance em sua vida de que ele e outros possam sentir simultaneamente

Machine Translated by Google

bem-sucedido e satisfeito. Um dos principais objetivos do tratamento é convencer o paciente de que, na verdade, há espaço suficiente para que duas pessoas sejam bem-sucedidas na mesma empreitada. Este é um tema central no indivíduo narcisista

A dinâmica da comparação e da inveja é ainda mais mediada pela cultura, já que a expansão das mídias sociais alimenta as chamas da competitividade e da insegurança (consulte o Capítulo 2, “O contexto cultural do narcisismo”). Fotos glamorosas da vida incomparável de uma pessoa divulgadas para centenas de “amigos” certamente podem contribuir para a sensação de quanto falta para a própria vida.

O PACIENTE DESPREZANTE

Com o paciente desdenhoso, uma enxurrada de críticas cobra seu preço da capacidade de pensar do terapeuta. O terapeuta se sente narcisicamente ferido, desvalorizado e desqualificado. Ele ou ela se sente roubado da capacidade de se sentir útil e gratificado (Gabbard 2000). Com esses pacientes, o clínico deve estar ciente do desenvolvimento do desprezo contratransferencial em troca, o que pode levar a uma encenação na qual o terapeuta devolve fogo com fogo. O terapeuta deve tolerar algum grau de desprezo, mas apenas até certo ponto. Quando o desprezo é muito profundo, o terapeuta deve ser capaz de estabelecer limites. O ponto exato em que os limites são implementados difere de um terapeuta para outro. O terapeuta deve encontrar uma maneira de manter sua própria capacidade reflexiva diante das críticas, pois a tendência é recuar para “luta versus fuga” e não dizer nada ou envolver o paciente em um confronto desdenhoso. Supervisão ou consulta pode ajudar o terapeuta a conter e metabolizar alguns dos comentários de significado para que ele possa continuar a funcionar como terapeuta e pensar seus próprios pensamentos (Gabbard e Wilkinson 1994). À medida que o terapeuta tenta processar sua própria experiência, ele também pode tentar se conectar com os sentimentos do paciente sob a barreira da crítica, sintonizando-se com seus medos e inseguranças. Por trás de toda a bravata intimidadora, muitas vezes há uma insegurança desesperadamente

pessoa.

> O Sr. R passou várias sessões repreendendo o Dr. S com uma série de comentários humilhantes e desagradáveis. “Eu não posso acreditar que você acabou de dizer isso - que coisa estúpida de se dizer! Realmente! Isso é tudo que você tem? Não há nada em todos aqueles livros na estante que você poderia dizer que poderia ser um pouquinho útil para mim? Preciso lê-los para você? Talvez eu possa atribuir a você um dever de casa - vá para casa e leia algo sobre como fazer psiquiatria! Não te ensinaram nada na residência? Eu pensei que meus últimos três terapeutas eram ruins, mas então eu te conheci! A Dra. S encontrou

Machine Translated by Google

encolhendo-se na cadeira, ficando cada vez mais quieta, falando cada vez menos a cada sessão subsequente. Assim que ela percebeu que estava inconscientemente tentando evitar o discurso e que as críticas do Sr. R a faziam se sentir menos segura em sua capacidade de ajudá-lo como terapeuta, ela procurou uma consulta.

Nos momentos em que o terapeuta não consegue pensar durante a sessão, geralmente o melhor curso de ação é fazer uma autorreflexão e procurar uma consulta. ção e retorno à terapia com o conselho do consultor em mente, com mais um "plano" sobre como proceder. A Dra. S obedeceu e, na próxima vez que a barragem começou, ela disse: "Sei que você está infeliz com o que estou fazendo - você tem me criticado bastante. Podemos conversar sobre o que está acontecendo? Você tem medo de que eu não seja bom o suficiente para ajudá-lo?"

Outra estratégia é trabalhar na transferência para captar o que está sendo repetido no passado. Isso é uma reencenação de uma dinâmica de agressor-vítima do passado do paciente - talvez quando criança ele foi envergonhado por um pai crítico? Será que a recapitulação dessa experiência ao longo do tempo com o terapeuta (e outros) é uma tentativa de domínio ativo sobre o trauma vivenciado passivamente?

O PACIENTE QUE NÃO PODE (OU NÃO QUER) MENTALIZE

Conforme discutido no Capítulo 3, um problema comum em pacientes narcisistas é que o paciente é incapaz de imaginar a perspectiva do outro. Nesses pacientes, grande parte do trabalho terapêutico está no vaivém do ensino do terapeuta e na modelagem da mentalização (Bateman e Fonagy 2012). Comentários da perspectiva do terapeuta, como "O que você imaginou que eu estava pensando?" ou "Você estava preocupado sobre como eu reagiria?" ou "Posso me imaginar me sentindo triste e zangado com isso se estivesse naquela situação", são alguns dos fundamentos do ensino dessa habilidade aos pacientes. Uma abordagem psicoeducacional pode ser menos propensa a ferir o paciente do que um confronto sobre seu egocentrismo.

Esses comentários podem ser sobre mentalizar o que está acontecendo na mente do terapeuta ou pedir ao paciente para imaginar o mundo interior de sua família e pessoas em sua vida. Em exemplos concretos, às vezes até encenados, o terapeuta pode fazer perguntas como "Como você acha que sua esposa se sentiu quando você saiu sem se despedir?" ou "Como você imaginou que seu chefe o via depois que você disse a ele que não aceitaria o projeto que ele pediu porque não era seu trabalho?" ou "O que você acha que seu filho sentiu quando você gritou e bateu a porta?"

Machine Translated by Google

Existem outros pacientes que *podem* mentalizar, mas simplesmente não se importam com o que a outra pessoa pensa ou sente.

> O Sr. T, um CEO de 63 anos, reclamou de estar sentado em uma reunião com seu conselho de administração: “Estou cansado de ouvir todas as opiniões diferentes na sala. Eu realmente não dou a mínima para o que qualquer um deles pensa. Eu sei o que fazer, mas tenho que fingir interesse em seus comentários.

Essa atitude em relação às contribuições dos outros pode ser um desafio para o terapeuta que está tentando encorajar o paciente a apreciar o valor da mentalização. Freqüentemente, um paciente que se concentra em estar “certo” ou “no comando” precisa de ajuda para ver o valor de levar em consideração as perspectivas dos outros. Pacientes distraídos podem exigir uma “abordagem 2 por 4”, na qual o terapeuta faz uma confrontação ousada para chamar a atenção do paciente – “batendo” simbolicamente na cabeça do paciente.
O terapeuta pode dizer, por exemplo: “Acho que você não ouviu uma palavra do que acabei de lhe dizer”. No entanto, essa mesma forma de interpretação seria muito dura para um paciente mais hipervigilante.

Fúria NARCÍSTICA

Os pacientes que explodem de raiva ao serem feridos, incompreendidos ou menosprezados representam um problema específico no consultório. O paciente fica apavorado por não estar sendo ouvido ou honrado, e sua raiva encobre seu medo e decepção com o terapeuta. Quando um paciente sofre de forma explosiva, o terapeuta pode sentir medo e entrar em pânico. Em primeiro lugar, o clínico deve se sentir seguro para fazer seu trabalho. Como Harold Searles (comunicação pessoal, janeiro de 1993) certa vez brincou: “A cadeira do terapeuta deve ser mais confortável do que a cadeira do paciente”. O narcisismo do paciente pode ser acompanhado por uma forma de certeza patológica que é intimidante para o terapeuta, que pode se perguntar: “Talvez eu tenha feito um comentário estúpido!” Além disso, um paciente que está gritando com o terapeuta pode fazer com que o terapeuta congele. A atmosfera criada por um paciente furioso não é propícia ao pensamento. O melhor que o terapeuta pode fazer é sentar, conter e respirar fundo algumas vezes. O terapeuta também pode precisar dizer: “Acho impossível pensar quando você está gritando comigo”.

Quando a poeira baixar - seja na mesma sessão ou mais tarde - o outro

O psicólogo pode se sentir mais capaz de processar o que aconteceu com o paciente. Conter a transferência alimentada pela raiva, bem como a própria contratransferência, é uma grande expectativa, e nenhum terapeuta pode comprometer.

Machine Translated by Google

dominar completamente esta forma de exploração. A própria terapeuta pode se sentir pega e envergonhada quando seu paciente está furioso com ela. Outro desenvolvimento desconcertante é quando a raiva do paciente provoca um sentimento de raiva no terapeuta, e o terapeuta deve fazer um esforço para acalmar e diminuir a raiva de ambos os participantes. Alguns terapeutas também podem sentir uma reação instintiva de desprezo ou ridículo em relação ao paciente. Escárnio, desdém ou riso nervoso em descrença podem ocorrer diante de uma explosão exagerada e desnecessária de um paciente após um desrespeito relativamente menor.

Praticamente toda interação entre paciente e terapeuta é intersubjetiva, e momentos de raiva e fúria certamente podem ser coconstruídos e bidirecionais. Encenações que levam a demitir pacientes, deixar sessões e ter sentimentos de justa indignação ou justificação podem ser respostas de contratransferência que levam à ruptura sem reparação.
Consultar um colega depois de uma sessão cheia de raiva pode ajudar a guiar a pessoa nessa tempestade de contratransferência.

CHARME COMO DEFESA

Com pacientes do subtipo de alto funcionamento, um grande desafio para o terapeuta pode ser evitar ser cegado pelo encanto gritante do paciente, a fim de se envolver de uma forma mais profunda que veja além da apresentação superficial. Embora esses pacientes sejam charmosos e interessantes e pareçam motivados para a terapia, com o tempo o terapeuta percebe que a aparência de engajamento na terapia é uma versão da falsa auto-adaptação de Winnicott (1965) projetada para conquistar o terapeuta da mesma forma que eles conquistaram. sobre os outros em suas vidas.

Na contratransferência com a Sra. K descrita no Capítulo 5, o Dr. L descobre que a maneira superficial pela qual a Sra. K participa da terapia visa agradar o terapeuta, em vez de obter uma visão sobre si mesma. O Dr. L começa a perceber que a Sra. K não faz conexões entre as sessões e sente que está se desvinculando. Essa consciência é onde o trabalho começa. Certamente, o Dr. L deve olhar para seu distanciamento de contratransferência como um marcador de como os outros na vida da Sra. K a vivenciam. Em vez de deixar o desapego acontecer, o Dr. L agora tem a chance de compartilhar com a Sra. K sua experiência com ela e falar sobre a tentativa de entender suas ansiedades subjacentes.

Como os pacientes de alto funcionamento não são tão frágeis quanto os dos outros subtipos narcísicos, o Dr. L pode introduzir o ponto que ele acha que cada sessão começa de novo, que “não costumamos retomar o fio da conversa da última vez — e eu me pergunto o que você tem sido

Machine Translated by Google

pensando e sentindo sobre o que discutimos.” Os narcisistas de alto funcionamento são propensos à vergonha e podem estar bastante sintonizados em agradar o terapeuta; portanto, o terapeuta deve sempre estar ciente da necessidade de equilíbrio entre fazer uma observação útil, por um lado, e falar de uma maneira que envergonhe o paciente. , no outro. À medida que o terapeuta trabalha para se manter envolvido e ativo em um tratamento que pareça vivo, ele tenta atrair o paciente mais profundamente para um processo genuíno de terapia e de vida, em vez de se envolver em um processo superficial.

SUICIDA

A literatura sobre o risco de suicídio tende a enfatizar que os sentimentos suicidas surgem de transtornos de humor preexistentes e/ou abuso de substâncias. Há muito menos ênfase no fato de que uma lesão narcísica aguda pode produzir vergonha e humilhação intensas a ponto de o suicídio parecer a única opção disponível. Em tais situações, uma pessoa organizada narcisicamente pode sentir que foi destruída para sempre e que nenhuma forma de redenção é possível. Essa total desesperança pode levar a um sentimento melhor descrito como “minha vida acabou”. Portanto, o suicídio pode ser pensado pela primeira vez em alguém que teve uma longa série de sucessos. Links (2013) enfatizou que em uma pessoa com distúrbios narcísicos, o desejo de se matar pode surgir sem a presença de um estado depressivo. Esse desejo pode surgir de uma necessidade desesperada de regular a auto-estima ou de proteger uma auto-imagem patológica. A internação hospitalar pode ser essencial para evitar uma tragédia. Kernberg (2010) enfatizou que o risco agudo de suicídio associado à lesão narcísica deve ser diferenciado do paciente cronicamente suicida que usou ameaças suicidas para manipular os outros.

Pacientes cronicamente suicidas às vezes podem ser tratados como pacientes ambulatoriais, desde que o paciente possa garantir sua segurança ao terapeuta. O estado da aliança terapêutica é altamente significativo para determinar se uma internação é necessária. Como os pacientes narcisistas podem formar pseudoalianças superficiais com seus terapeutas, é essencial uma discussão completa com os pacientes suicidas sobre sua capacidade de comunicação. Onde houver uma aliança sólida, a terapia ambulatorial pode fornecer um ambiente para examinar os gatilhos da tendência suicida; as fantasias do que o suicídio realizará; e as consequências para outras pessoas, como familiares, se o suicídio for consumado.

O paciente pode simultaneamente desejar que o terapeuta seja uma figura divina que o salvará, ao mesmo tempo em que deseja destruir o terapeuta e arruinar sua reputação (Kernberg 2014). Narcisista

Machine Translated by Google

os pacientes podem menosprezar a competência do terapeuta acusando-o de ser desatento ou alheio à sua letalidade. Ao mesmo tempo, eles podem esperar que seu terapeuta saiba o que eles estão pensando sem precisar dizer. Os terapeutas em tais situações devem explicar que não podem ler mentes e que apenas um esforço colaborativo entre paciente e terapeuta pode chegar à raiz do sentimento de que o suicídio é a única saída.

Há uma diferença entre o tratamento e a gestão do paciente suicida (Gabbard 2014). *O manejo* envolve a remoção de objetos pontiagudos do ambiente do paciente, observação contínua em um hospital e, às vezes, até mesmo restrições. Essas medidas não diminuem necessariamente a futura vulnerabilidade do paciente ao suicídio. *O tratamento,* por outro lado, visa alterar o desejo de morrer. Trata-se de um esforço terapêutico para descobrir as fantasias do paciente associadas ao suicídio e a evolução da auto-aversão que o levou à decisão de tirar a própria vida. A psicoterapia com foco nos fatores internos e estressores externos e, quando indicada, a prescrição de medicamentos são as principais ferramentas do tratamento.

O paciente implacavelmente suicida com características narcísicas pode ter prazer em atormentar o terapeuta. Maltsberger e Buie (1974) observaram que sentimentos de malícia e aversão estão entre as reações de contratransferência mais comuns relacionadas ao tratamento de pacientes gravemente suicidas. Os clínicos envolvidos com o tratamento podem achar extraordinariamente desafiador tolerar seus próprios desejos sádicos em relação a um paciente que os atormenta com desprezo pelo terapeuta e uma recusa em colaborar no tratamento. Esses desejos podem levar a uma aversão por parte dos clínicos ao seu envolvimento, contribuindo inconscientemente para uma tentativa de suicídio.

Um subgrupo de pacientes narcisistas pode expressar pensamentos suicidas quando sentem que o terapeuta não está sintonizado com suas necessidades ou optou por não atender seus pedidos de sessões prolongadas, numerosos telefonemas e reuniões fora do consultório. O narcisista com características masoquistas pode reclamar veementemente sobre as deficiências do terapeuta e como o terapeuta está "me levando ao suicídio". Esses pacientes podem se sentir no direito de manter contato ininterrupto com o terapeuta e sentir-se terrivelmente vitimizados quando isso não é concedido. Eles podem fantasiar que sairão em um “esplendor de glória” para destruir o terapeuta. O paciente balança a ameaça de suicídio sobre sua própria cabeça como a espada de Dâmocles, e o terapeuta provavelmente responderá com ódio contratransferencial. Os terapeutas devem se esforçar repetidamente para distinguir entre o que é responsabilidade do terapeuta e o que é responsabilidade do paciente. Finalmente, como clínic

Machine Translated by Google

possível - em última análise, não podemos impedir que alguém se mate. Essa decisão acabará por ser do paciente.

O NARCISISTA ENVELHECIMENTO

Em um estudo com 262 universitários, Rose (2002) descobriu que os indivíduos que se encaixam no perfil do narcisista grandioso ou declarado podem se avaliar com alto nível de felicidade e auto-estima. Pode-se inferir que eles podem realmente obter certos benefícios psicológicos da auto-ilusão que as pessoas comuns não desfrutam. Ao considerar os outros como inferiores e manter crenças irrealistas sobre si mesmos, eles podem se defender contra a dor e a vergonha. Alguns podem ter sucesso notável no trabalho e no amor quando jovens. No entanto, os estragos do envelhecimento e a inalterável certeza da morte podem levar a um sofrimento intenso. Alguns negam as fragilidades do corpo por correr maratonas ou praticar promiscuidade sexual. Outros passam por conversões religiosas. Uma das tragédias que os indivíduos narcisistas enfrentam é que eles têm grande dificuldade em obter prazer vicário dos sucessos de seus filhos ou pupilos por causa de sua

inveja e desespero. Eles podem se sentir isolados e, assim, procurar psicoterapia pela primeira vez em suas vidas.

A crise do envelhecimento e o confronto com a mortalidade é uma oportunidade também para o clínico. Enquanto alguns se lançam em atividades movidos por defesas maníacas, outros se tornam capazes de lamentar e reconhecer a loucura de buscar a perfeição. O corpo nunca mais será como aos 25 anos. O sonho de um Prêmio Nobel nunca mais se concretizará. Quando alguém chega aos 60 e 70 anos, a aposentadoria e a morte devem ser enfrentadas. Conforme observado no Capítulo 1, um aspecto trágico do perfeccionismo patológico é que a busca do Santo Graal (seja qual for a forma que possa assumir para cada indivíduo) impede a pessoa de viver o momento e ter prazer no fluxo e refluxo da vida diária. . Parte do processo de luto é lidar com a percepção sóbria de que a pessoa perdeu a vida até certo ponto.

O Dr. U, um acadêmico de 71 anos, aposentou-se de seu cargo em uma universidade, sabendo que tinha uma forma de câncer ósseo que não respondia à radiação ou à quimioterapia. Ele procurou um terapeuta pela primeira vez. Sua declaração de abertura foi “Estou me tornando irrelevante”. Ele passou a dizer que toda a sua auto-estima foi baseada em suas realizações acadêmicas. Sua posição agora havia sido tirada dele e ele não sabia o que fazer. Ninguém mais estaria acompanhando suas publicações e valorizando seu trabalho. Em uma sessão após a outra, o Dr. U expressou auto-aversão por como ele viveu sua vida. Ele confidenciou que nunca sentiu que realmente atingiu seu potencial, embora fosse uma figura altamente respeitada na

Machine Translated by Google

seu campo. O terapeuta perguntou quais eram seus arrependimentos. O Dr. U respirou fundo, fez uma pausa e então respondeu que sempre havia negligenciado sua esposa e seus filhos. Ele sentiu que tinha sido insensível às necessidades de sua família e os danificaram irreparavelmente. O terapeuta apontou que ainda havia tempo para fazer algo a respeito. Dr. U começou a chorar.

Ele disse ao terapeuta que sua esposa e filhos tinham tanta amargura que nunca o perdoariam. Seu sentimento de vergonha era esmagador.

O terapeuta enfatizou que o Dr. U não era "irrelevante" para sua família e o encorajou a fazer um esforço para se conectar de alguma forma enquanto o relógio ainda estava correndo. Pela primeira vez, o Dr. U foi capaz de reconhecer o mal que havia causado à sua família e pedir desculpas a eles.

A morte é a lesão narcísica definitiva. Algumas pessoas procuram encontrar uma maneira de contornar isso. Outros o encaram com pânico e raiva. Os terapeutas podem ajudar os pacientes a se concentrarem em sua mortalidade. A aproximação da morte apresenta uma oportunidade de fazer as pazes com aqueles que foram negligenciados, como aconteceu com o Dr. U. Além disso, oferece ao paciente a chance de refletir sobre o que realizou, onde falhou e reconhecer essa perfeição. é inatingível. O objetivo desse trabalho é chegar a uma compreensão mais equilibrada e diferenciada das conquistas e fracassos de alguém.

CONCLUSÃO

Esta coleção de estratégias de tratamento é incompleta por necessidade. Todo tratamento tem qualidades idiossincráticas que não podem ser facilmente generalizadas.
Reunimos o que consideramos ser algumas das experiências clínicas altamente prevalentes no trabalho com pacientes narcisistas. Em muitas situações, o terapeuta confia na improvisação e no pensamento do momento porque desenvolvimentos inesperados são praticamente universais no tratamento de pacientes narcisistas.

REFERÊNCIAS

Bateman A, Fonagy P: Manual de Mentalização na Prática de Saúde Mental. ar lington, VA, American Psychiatric Publishing, 2012

Bion WR: Os seminários italianos. Editado por Bion F, traduzido por Slotkin P. London, Carnac, 2005

Brown DP, Elliott DS: Distúrbios de Apego em Adultos: Tratamento para Com Reparação preensiva. Nova York, WW Norton, 2016

Casement P: aprendizado adicional com o paciente. Londres, Tavistock, 1985 Cooper

AM: Abordagens psicoterapêuticas ao masoquismo. J Psychother Pract Res 2(1):51–63, 1993 22700126 Cooper AM: O

caráter narcisista-masoquista. Psychiatr Ann 39:904–912, 2009

Machine Translated by Google

Friedman L: Uma leitura dos artigos de Freud sobre a técnica. Psicanalista Q 60(4):564–595, 1991 1758912

Gabbard GO: Transferência e contratransferência no tratamento do narcisismo pacientes psiquiátricos, em Distúrbios do Narcisismo: Implicações Diagnósticas, Clínicas e Empíricas. Editado por Ronningstam EF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp 125–146

Gabbard GO: Sobre gratidão e gratificação. J Am Psychoanal Assoc 48(3):697–716, 2000 11059393 Gabbard

GO: Questões de contratransferência no tratamento do narcisismo patológico, em Compreender e tratar o narcisismo patológico. Editado por Ogrodniczuk JS. Washington DC, Associação Americana de Psicologia, 2013, pp 207–217

Gabbard GO: Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica, 5ª Edição. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2014

Gabbard GO: Limites e Violações de Limites, 2ª Edição. Arlington, VA, Publicação da Associação Americana de Psiquiatria, 2016

Gabbard GO: Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text, 3rd Edition. Arlington, VA, Publicação da Associação Americana de Psiquiatria, 2017 Gabbard

GO, Wilkinson SM: Manejo da contratransferência com pacientes fronteiriços. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994 Gabbard GO, Ogden TH: Sobre

se tornar um psicanalista. Int J Psychoanal 90(2):311–327, 2009 19382962

Kernberg OF: Transtorno de personalidade narcisista, em Psicoterapia psicodinâmica para transtornos de personalidade: um manual clínico. Editado por Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2010, pp. 257–287

Kernberg OF: Uma visão geral do tratamento da patologia narcísica grave. Int J Psychoanal 95(5):865–888, 2014 24902768

Kohut H: A Análise do Self: Uma Abordagem Sistemática para o Tratamento Psicanalítico dos Transtornos da Personalidade Narcísica. Nova York, International Universities Press, 1971

Kohut H: A Restauração do Ser. Nova York, International Universities Press, 1977

Links PS: Narcisismo patológico e o risco de suicídio, em Compreender e tratar o narcisismo patológico. Editado por Ogrodniczuk JS. Washington, DC, American Psychological Association, 2013, pp 167–182 Luchner AF: Mantendo

limites no tratamento do narcisismo patológico, em Compreender e tratar o narcisismo patológico. Editado por Ogrodniczuk JS. Washington DC, Associação Americana de Psicologia, 2013, pp 219–234

Maltsberger JT, Buie DH: Ódio contratransferencial no tratamento de pacientes suicidas. Arch Gen Psychiatry 30(5):625–633, 1974 4824197 Ogden TH:

Analisando formas de vivacidade e morte da contratransferência de transferência. Int J Psychoanal 76(Pt 4):695–709, 1995 8543428 Pine F: O momento

interpretativo: variações sobre temas clássicos. Bull Menninger Clin 48(1):54–71, 1984 6692050 Rose P: As faces felizes

e infelizes do narcisismo. Pers Individ Dif 33:379–391, 2002

Machine Translated by Google

Safran J, Muran JC, Proskurov B: Aliança, negociação e resolução de ruptura, no Manual de Psicoterapia Psicodinâmica Baseada em Evidências. Editado por Levy RA, Ablon JS. Nova York, Humana Press, 2009, pp 201–255

Schafer R: A atitude analítica. Nova York, Basic Books, 1983

Steiner J: Ver e ser visto: orgulho narcisista e humilhação narcisista. Int J Psychoanal 87 (Pt 4): 939–951, 2006 16877245

Stern BL, Yeomans F, Diamond D, et al: Psicoterapia focada na transferência para personalidade narcisista, em Compreender e tratar o narcisismo patológico. Editado por Ogrodniczuk JS. Washington, DC, American Psychological Association, 2013, pp 235–252

Stiles WB, Glick MJ, Osatuke K, et al: Padrões de desenvolvimento de alianças e a hipótese de reparo de ruptura; as relações produtivas são em forma de U ou em forma de V? J Couns Psychol 51(1):81–92, 2004

Winnicott DW: Distorção do ego em termos de self verdadeiro e falso (1960), em The Maturational Processes and the Facilitating Environment. Nova York, International Universities Press, 1965, pp

140–152 Winnicott DW: Playing and Reality. Londres, Pinguim, 1971

Machine Translated by Google



8

Terminação

A literatura psicanalítica sobre o término do tratamento é repleta de
com mitos e mitologização (Gabbard 2009; Kantrowitz 2015). Parte da
mitologia de longa data é que o paciente chega à análise com um conjunto
de problemas e se esforça para compreendê-los, e o analista analisa
habilmente os conflitos centrais, especialmente quando eles surgem na
transferência. O paciente se sente agradecido e passa por um processo
ordeiro de desligamento de alguns meses e depois embarca em uma
nova vida graças ao analista e ao processo analítico. No entanto, Judy
Kantrowitz (2015) conduziu sistematicamente entrevistas com 82 ex-
pacientes analíticos e descobriu que a análise termina de muitas maneiras diferentes,

Machine Translated by Google

que uma “abordagem padrão” para rescisão seria altamente enganosa.
Pode haver pouca dúvida de que a rescisão foi idealizada em muitos
escrita psicanalítica. A experiência comum dos candidatos psicanalíticos é uma consciência crescente de que seus casos de controle não aderem ao modelo de terminação que lhes foi ensinado. Como grande parte da experiência de vida fora do tratamento, o término costuma ser confuso.

O foco dos tratamentos psicanalíticos, seja a psicanálise propriamente dita ou a terapia psicanalítica, é único, idiossincrático e específico para o paciente (Gabbard 2007). Portanto, o término de qualquer paciente em particular por um analista em particular não se presta a formulações redutivas ou abordagens técnicas. A literatura da psicanálise clássica está repleta de expectativas idealizadas em relação a um bom término: a modificação do superego, a capacidade de amar e trabalhar, a erradicação dos sintomas, a conquista da “genitalidade plena” e a resolução interpretativa da transferência neurose.

Freud (1937/1955) realmente via a rescisão como “uma questão prática” (p. 249). Ele enfatizou que desenvolvimentos imprevisíveis no curso do tratamento - por exemplo, contratempos financeiros, realocação - surgiriam e desempenhariam um papel importante na forma como a análise termina. O prático foi enfatizado em contraste com o ideal.

TÉRMINO DE PACIENTES NARCISISTAS

Se passarmos do tópico *geral* da rescisão para os problemas *específicos* encontrados na rescisão de pacientes narcisistas, descobriremos desafios medianos. Brunell e Campbell (2011) apontaram que muitos narcisistas realmente se sentem bem consigo mesmos e, portanto, podem não estar interessados em mudar nada. Eles podem ter uma perspectiva de que são superiores aos outros e não veem nenhuma razão convincente para mudar como são. Uma série de falhas pode ser necessária para trazê-los para o tratamento, mas eles podem querer terminar muito antes de ocorrer uma mudança substantiva.

Kernberg (1975) reconheceu que o prognóstico geral para pessoas com transtorno de personalidade narcisista (NPD) é reservado. Embora os pacientes narcisistas muitas vezes pareçam estar no centro dos acontecimentos, eles funcionam dentro de uma concha psicológica de isolamento que pode isolá-los de relacionamentos emocionais significativos e do potencial para feridas narcísicas. Um conjunto de resistências narcísicas surge da incapacidade do paciente de depender de outra
pessoa (Kernberg et al. 1989).
Conforme observado no Capítulo 7, “Estratégias específicas de tratamento”, o controle onipotente está presente na grande maioria dos pacientes com dificuldades narcísicas, apesar de seu nível de funcionamento, e essa necessidade de controlar o tratamento pode ser uma resistência generalizada em receber ajuda. Kernberg (2014) notas

Machine Translated by Google

que esses pacientes inconscientemente “congelam” a situação terapêutica e assim protegem seu eu grandioso de qualquer forma de modificação. Eles tendem a não confiar no terapeuta como alguém genuinamente interessado neles. Eles podem se recusar a aceitar as observações e interpretações do terapeuta, afirmando que já sabem o que o terapeuta está tentando explicar. Além disso, a inveja do terapeuta é uma questão proeminente no tratamento, e esses pacientes precisam estragar quaisquer ideias do terapeuta para evitar serem tomados por uma inveja ainda mais intensa.

O prognóstico para esses pacientes pode melhorar um pouco se houver alguma capacidade para depressão e luto. Aqueles com um grau de integração do superego provavelmente também terão um prognóstico melhor. Pacientes organizados narcisicamente podem conceituar os objetivos da terapia como um meio de aumentar suas qualidades positivas. Um jovem profissional disse a seu terapeuta na primeira sessão que seu principal objetivo ao buscar tratamento era tornar-se “ainda mais perfeito”. Se tal paciente foi capaz de usar a terapia para questionar seu perfeccionismo, refletir sobre ele e abrir seus olhos para um conjunto de expectativas mais realistas, seu tratamento pode chegar a uma conclusão mais satisfatória do que a de um paciente que realmente não quer renunciar a um objetivo inatingível. Além disso, a pressão do paciente para que o clínico admire constantemente sua “perfeição”, em vez de apontar áreas que precisam de algum trabalho, pode criar um impasse no processo psicoterapêutico que pode não terminar bem.

Pacientes narcisistas podem levar anos de tratamento antes que as mudanças sejam aparentes, o que pode fazer com que o terapeuta ou analista comece a pensar em terminar. Os pacientes podem passar a tolerar um pouco melhor a inveja e podem desenvolver um sentimento de culpa por terem magoado outras pessoas ou o terapeuta. Kernberg (1975) notou que um bom sinal prognóstico é quando sua inveja pode ser transformada em ciúme dentro de uma relação triangular. Um preditor confiável de resultados ruins, é claro, é a presença de tendências antissociais graves.

Conforme discutido no Capítulo 1, “Narcisismo e seus descontentamentos”, as lutas narcísicas ocorrem em um continuum, e os pacientes que têm tendências narcisistas, em vez do NPD propriamente dito, muitas vezes são capazes de obter ganhos significativos em psicoterapia ou psicanálise. Os terapeutas são capazes de fazer algum progresso com os pacientes que adquirem habilidades em mentalizar as perspectivas de seus entes queridos e colegas. Concentrar-se no perfeccionismo, com o lembrete de que “o perfeito é inimigo do bom”, pode ajudar os pacientes a desenvolver expectativas de vida mais realistas, bem como lamentar fantasias não realizadas de como suas vidas e carreiras deveriam ter sido “as melhores”. Ter

A dominação pode ser um resultado natural de um processo terapêutico no qual um paciente foi capaz de diminuir suas constantes comparações de si mesmo com os outros e superar sua inveja. Ao fazer isso, ela ganha a habilidade de

Machine Translated by Google

imagine que um jogo de soma zero não é realmente como o mundo funciona e, portanto, ela pode apreciar e celebrar cada vez mais o sucesso dos outros sem temer que sua própria especialidade esteja em perigo.

> A Sra. V, uma jovem de 30 e poucos anos, sentiu-se "torturada" por sua sensação de que os outros sempre têm o que ela quer e ela sempre é deixada em apuros. Ela observou seus amigos nas mídias sociais, postando grandes sucessos e fotos felizes de suas vidas amorosas, enquanto parecia fabuloso e parecia ter vidas "perfeitas". Ela abandonou um relacionamento após o outro quando o homem "fabuloso" do momento acabou sendo mais um exemplo de "uma decepção comum". Ela começou a terapia com um objetivo irreal: "Quero estar nas nuvens como todo mundo.
> Todos os meus amigos têm relacionamentos melhores do que eu. Todo mundo tem tudo junto. Não é justo." Como ela foi percebendo aos poucos que a maioria das postagens nas redes sociais são cultivadas e não representam a imagem completa da vida de ninguém, ela começou a imaginar que seus amigos têm lutas assim como ela em seus relacionamentos. Com repetidos esforços de empatia e interpretação por parte do terapeuta, ela disse: "Depois de todo esse tempo na terapia, às vezes ainda sinto inveja quando vejo meus amigos, mas agora sou mais capaz de aceitar o fato de que ninguém realmente tem muito melhor do que eu. Bem, talvez algumas pessoas realmente o façam, mas a maioria está praticamente no mesmo lugar que eu. Ela disse que se sentia menos atormentada pelas constantes comparações invejosas e podia ver que todos os relacionamentos são imbuídos de ambivalência. Seu reconhecimento de que algum desapontamento é inevitável tornou-se a base para um término bem-sucedido no qual ela poderia deixar a terapia e abordar sua vida e seus relacionamentos com expectativas mais realistas e se sentir menos atormentada por constantes comparações invejosas. Ela tem sido mais capaz de aceitar os prazeres mundanos de sua vida sem esperar que cada momento seja "nuvem nove".

A consideração sistemática da rescisão com pacientes com NPD tem sido muito dificultada pelo fato de que desistências repentinas e rescisão prematura são difundidas nessa população de pacientes (Ronningstam 2014). Muitos pacientes ficam sobrecarregados com sua sensação de vulnerabilidade no tratamento e desenvolvem uma orientação paranóica em relação ao processo que pode levá-los à fuga. Além disso, um tratamento que tenta ajudar o paciente a integrar aspectos de si mesmo e do outro pode ser visto pelo paciente como desestabilizador, levando a súbitos desaparecimentos de consultas sem explicação. Finalmente, a ilusão de perfeição também será ameaçada quando as inseguranças, percepções errôneas ou dúvidas do paciente forem apontadas.

As contratransferências descritas no Capítulo 5, "Transferência e Contratransferência", também podem contribuir para o término prematuro.
O terapeuta ou analista que trata de um paciente narcisista provavelmente sofrerá as fundas e flechas da transferência ultrajante. Desprezo, desvalorização e zombaria sarcástica de todas as tentativas de fornecer compreensão

Machine Translated by Google

pode ser uma experiência diária. Os terapeutas podem ser levados a responder, conforme observado no Capítulo 5, envolvendo-se em uma encenação na qual eles retaliam sendo abertamente confrontadores ou usando interpretações como ataques, confirmando assim a opinião crítica do paciente.

O Sr. W esteve em psicoterapia por 2 meses e ficou cada vez mais impaciente com o terapeuta, Dr. X.

Sr. W: Não tenho certeza se esse processo vale o tempo e o dinheiro. Tudo o que você disse até agora é algo que eu lhe dei com base em minhas próprias percepções sobre mim mesmo. O que você me disse que eu ainda não sei?

Dr. X *(com tom defensivo):* Você age como se soubesse como fazer isso melhor do que eu.

Sr. W: Tudo o que estou dizendo é que tenho uma vida ocupada e, para passar um tempo com você, preciso ver os resultados. Preciso aprender algo que ainda não sei.

Dr. X *(cada vez mais irritado):* Você não precisa fazer isso. Tenho muitos pacientes e não preciso de você em meu consultório. Só estou interessado em ver pessoas que querem estar aqui. Acho que você tem que ficar me rebaixando de novo e de novo para se sentir superior a mim.

Sr. W: Achei que a ideia era vir aqui e dizer o que penso. Eu tento fazer isso, mas você fica na defensiva e age como se não pudesse lidar com isso!

Dr. X: Eu posso lidar com o que você diz, mas não acho que você goste de ouvir o feedback que estou tentando lhe dar para ajudá-lo a entender a si mesmo.

Dois dias depois que essa troca ocorreu na terapia, o Dr. X recebeu uma mensagem de texto do Sr. Y: “Decidi não voltar. Acho que você tem um problema comigo e não pode lidar comigo. Insultar seu paciente não é o objetivo da terapia. Adeus."

Luchner (2013) observou que pacientes desdenhosos e grandiosos podem irritar o terapeuta com seus comentários insultuosos e condescendentes a ponto de os terapeutas inconscientemente empurrarem os pacientes para o término por meio de formas inadequadas de intervenção. Os terapeutas podem ver esse padrão em gestação quando começam a sentir uma sensação de pavor ao saber que o paciente está na sala de espera ou quando sentem alívio quando o paciente cancela uma sessão.

FORTALECENDO O EU

Kohut (1971, 1977, 1984) escreveu de forma mais otimista sobre o término de pacientes narcisistas. Sua abordagem autopsicológica, como de

Machine Translated by Google

descrito nos capítulos anteriores, não tenta resolver o conflito intrapsíquico derivado das configurações edípicas. Em vez disso, Kohut definiu a tarefa geral do analista como fortalecer o self do paciente, encontrando estruturas compensatórias para lidar com autodefeitos de longa data (Kohut 1977). O eu recém-fortalecido ajuda o paciente a se sentir mais vivo, mais real e mais capaz de sentir alegria, em vez de vazio e depressão.

Kohut não via o objetivo do tratamento psicanalítico como transformar o amor-próprio no amor dos outros (Kohut 1984). O término do ponto de vista da psicologia do self é baseado na avaliação de três constituintes principais do self: o reino das ambições, o reino dos ideais e a área intermediária de talentos e habilidades (Kohut 1984). Esses três domínios correspondem às três transferências de selfobjeto descritas no Capítulo 5: a transferência de espelho, a transferência de idealização e a transferência de gêmeos. Essas três esferas são o foco principal de uma análise psicológica do self conforme descrito por Kohut. No entanto, o progresso nessas três esferas pode ser difícil de discernir devido à subjetividade inerente à avaliação da melhoria em cada área. No final de sua carreira, Kohut enfatizou que nunca superamos nossa necessidade de respostas de selfobjetos, e a principal mudança em um paciente narcisista analisado com sucesso é uma progressão da necessidade de selfobjetos arcaicos para o uso de selfobjetos mais maduros (Kohut 1984). .

Ser idealizado pode ser uma experiência agradável para alguns clínicos, e eles podem esperar sessões com um paciente narcisista que lhes dirá como eles são maravilhosos, especialmente no contexto de outros pacientes que criticam o terapeuta. Pacientes com formas vulneráveis de narcisismo geralmente concordam e agradam seus terapeutas para evitar formas de lesão narcísica que podem ser infligidas pelas intervenções do terapeuta. Esses pacientes podem ter passado a vida tentando se sintonizar com os outros para descobrir o que precisam fazer para permanecer conectados e podem sentir que seu terapeuta ou analista carece de idealização (Luchner 2013). O clínico e o paciente podem conspirar na idealização de modo que o término seja adiado indefinidamente. Os terapeutas podem até encorajar mais trabalho se o paciente sentir que os ganhos foram suficientes para terminar. Os tratamentos psicanaliticamente orientados são planejados para serem colaborações não coercitivas dirigidas à compreensão dos fenômenos inconscientes e à superação das várias auto-ilusões que surgiram no curso do desenvolvimento. Os médicos que se envolvem nesses tratamentos devem estar preparados para aceitar resultados abaixo do ideal (de acordo com seus próprios critérios idealizados) se o paciente se sentir satisfeito e desejar seguir em frente na vida (Gabbard 2009).

Machine Translated by Google

AVALIAÇÃO DA PRONTIDÃO PARA RESCISÃO

Ao avaliar se o paciente está pronto para terminar, devemos aceitar o fato de que nenhuma análise ou terapia está completa. Em vez disso, um processo é acionado e o paciente continuará indefinidamente (Gabbard 2009). Não existe uma terminação ideal. Os sintomas raramente desaparecem completamente. O paciente certamente não alcança todas as mudanças estruturais às quais o clínico assistente pode aspirar. Para resumir, um paciente rescindido não é "totalmente analisado". O paciente terminal está simplesmente embarcando em uma vida de reflexão autoanalítica que lhe permite levar uma vida mais rica. Problemas envolvendo amor, trabalho, relacionamentos, auto-estima e vulnerabilidade continuarão.

Apesar da mitologia psicanalítica, a transferência nunca é destruída ou "resolvida". Uma constatação consistente em estudos de acompanhamento de pacientes com rescisão é que a transferência persiste (Gabbard 2016). Quando um ex-paciente se encontra com seu ex-tratador, a transferência é instantaneamente restabelecida. A neurociência lançou alguma luz sobre esse fenômeno. As representações de si e dos outros formam o núcleo das relações objetais internas e determinam muito de nossos pensamentos, comportamento e sentimentos, e estão embutidas em redes neurais (Westen e Gabbard 2002a, 2002b). Sabemos agora que a mudança estrutural no tratamento psicoterapêutico não envolve a destruição total de antigas relações objetais que contribuem para a transferência. Redes neurais não podem ser destruídas. Eles só podem ser substituídos pelo fortalecimento de novos modelos de relacionamento que surgem na análise ou na terapia, de modo que os antigos relacionamentos objetais internalizados são relativamente enfraquecidos.

Na avaliação da prontidão para o término, a observação do analista das mudanças intrapsíquicas do paciente é continuamente influenciada pela subjetividade do próprio analista. Em uma era de psicologia de duas pessoas, agora aceitamos que o terapeuta ou analista participe da transferência do paciente. Encenações de contratransferência são inevitáveis, e o analista da "tela em branco" não é mais uma construção viável.

Analistas e terapeutas contemporâneos sabem que o término envolve tanto o tratador quanto o paciente em um processo de desvinculação de uma conexão significativa com outro ser humano que moldou suas vidas (Gabbard 2009). Até certo ponto, ambos os membros da díade se perdem como indivíduos separados em uma experiência analítica ou terapêutica. Ogden (1997) observa que é somente por meio da terminação que eles "recuperam" a sensação de serem uma mente discreta. No entanto, a mente recuperada não é exatamente a mesma que começou o tratamento há alguns anos (Gabbard 2009).

Machine Translated by Google

Além disso, a influência da contratransferência é onipresente (Hirsch 2008), particularmente no momento em que se considera o término. Tanto os pacientes quanto os terapeutas podem ter dificuldade em deixar ir. Estamos sempre vulneráveis ao uso indevido da teoria como uma forma de justificar a continuação de um tratamento e permanecer apegados aos nossos pacientes (Hirsch 2008). Além disso, a situação econômica do tratador indubitavelmente influencia como o terapeuta pensa sobre o término. É fácil justificar as próprias decisões com base em considerações sobre o cumprimento de metas, a capacidade do paciente para amar e trabalhar e a capacidade do paciente de continuar com o processo autoanalítico, mas esses referenciais bem-intencionados são facilmente contaminados pelo tratando a necessidade de sobrevivência do clínico e sua necessidade de confortos a que todos aspiramos. Um dos maiores mitos psicanalíticos da rescisão é que a avaliação da prontidão é baseada em um conjunto de critérios que não leva em consideração o interesse próprio do analista ou terapeuta (Gabbard 2009).

Todos os tratamentos, sejam eles psicanalíticos ou psicoterapêuticos, são imperfeitos. As terminações devem ser adaptadas ao paciente individual, bem como à natureza diádica do processo e às circunstâncias práticas que o terapeuta enfrenta (Gabbard 2009). As preocupações dos pacientes sobre questões financeiras, horários, restrições de tempo e prontidão para interromper o tratamento devem ser levadas a sério, e não como meras manifestações de resistência. O clínico que trata o paciente nunca pode saber com antecedência se o paciente retornará para mais tratamentos no futuro. Cada paciente deve fazer o tratamento da maneira que deve fazê-lo (Gabbard 2000). No entanto, quando o paciente decide terminar o tratamento, é verdade para ambas as partes que o relacionamento importa profundamente e a perda é real. Poland (2017) enfatizou que, no momento do término, terapeutas e analistas devem ser cautelosos para não exagerar na esperança inerente ao término.

A oportunidade de uma vida mais satisfatória e perspectivas futuras emocionantes não confere imunidade contra terrores futuros. Como diz Poland (2017), “as forças e os potenciais criativos devem ser honrados, mas não convertidos em amuletos mágicos para garantia mútua” (p. 161).

Se aplicarmos esses princípios de terminação a pacientes organizados narcisicamente, devemos aceitar que o narcisismo do clínico assistente está em jogo de maneiras não muito diferentes do narcisismo do paciente.
Pacientes narcisistas podem sistematicamente negar ao clínico assistente a gratificação de uma interrupção bem-sucedida. Eles podem precisar terminar como começaram - em uma posição "um para cima" para a posição "um para baixo" do tratador.
Eles podem terminar com um esforço desesperado para preservar a auto-estima, comunicando ao clínico que realmente não estão muito melhores do que quando começaram. Ao longo do tratamento, os pacientes narcisistas podem sentir que é muito arriscado realmente depender do terapeuta

Machine Translated by Google

ou analista, e eles podem ter que sair com uma mensagem para o clínico de que eles realmente não foram tocados pelo processo.

Os terapeutas que tratam pacientes com narcisismo patológico nunca podem ter certeza absoluta se ocorreram mudanças internas. Os pacientes que desejam bajular seus tratadores podem enganá-los. Pacientes narcisistas muitas vezes manifestam considerável habilidade em aparentemente adotar os comentários e interpretações do terapeuta sem realmente mudar internamente.
Em outras palavras, eles parecem internalizar a perspectiva do terapeuta sem incorporar uma versão autêntica do diálogo terapêutico a serviço de gerar mudanças genuínas em suas próprias formas de pensar e funcionar (Ronningstam 2014). Dentro de uma aliança terapêutica limitada, alguns pacientes podem se *apresentar* como se fossem colaboradores, mas, na realidade, os motivos para estar em tratamento podem ser totalmente distintos de um desejo sério de mudança nas áreas do funcionamento narcísico.

Conforme observado anteriormente, alguns pacientes narcisistas não conseguem se permitir sentir que estão ganhando alguma coisa com o processo por causa de sua inveja intensa e muitas vezes inconsciente. Eles devem destruir tudo o que recebem, dizendo ao terapeuta ou analista que nada realmente os ajudou Eles não são melhores do que quando começaram. Um fenômeno comum é que o paciente mantém a visão de que o terapeuta não contribuiu com nada que seja novo ou diferente do que o paciente já sabia.
Essas resistências narcísicas a uma visão positiva do que aconteceu podem ser ocultadas por uma idealização do terapeuta (Kernberg et al. 1989).
O esquecimento sistemático do que o paciente aprendeu sobre si mesmo nas sessões e a crítica contínua do que o terapeuta

pist está dizendo são a manifestação de uma inveja que deve estragar tudo de bom que o paciente recebe.

Nos casos em que a melhora parece ser reconhecida tanto pelo terapeuta quanto pelo paciente, pode haver uma indicação clara de que a direção do pensar sobre si mesmo ou mesmo *ter* um self envolvido na ação sofreu uma transformação. Por outro lado, muitos pacientes narcisistas não são capazes de conceituar um eu que seja uma fonte de agência em suas vidas. Alguns pacientes podem se sentir genuinamente menos vazios e mais capazes de aceitar o que o terapeuta tem a oferecer (Kernberg et al. 1989).
A gratidão se torna possível, assim como um processo de luto. No entanto, é difícil saber a priori se essas mudanças são uma manifestação fingida de uma falsa auto-adaptação ou uma resposta autêntica e duradoura.
ao tratamento.

A Sra. Y começou a análise quatro vezes por semana quando tinha quase 20 anos. Ela havia trabalhado na indústria cinematográfica antes do tratamento e descreveu uma situação caótica

Machine Translated by Google

estilo de vida com altos intensos ligados à sua conexão com homens poderosos e carismáticos, seguidos por choques devastadores quando ela ficou desapontada com seus parceiros. Ela adorava o sentimento de especialidade que derivava desses relacionamentos, mas repetidamente achava frustrante que os homens não se comportassem da maneira que ela desejava. Seu controle onipotente se manifestava em sua expectativa de que eles ouvissem suas críticas sobre como se relacionavam com ela e então implementassem a mudança exatamente da maneira que ela pedia. Suas expectativas eram altamente perfeccionistas - a ponto de insistir que os homens deveriam dizer determinadas palavras e frases. Mesmo quando alguns deles se conformavam com o que ela pedia, ela ainda ficava desapontada porque o tom de voz ou a inflexão que eles usavam não era o que ela procurava. Os homens costumavam levantar as mãos e deixá-la porque, como disse um deles: “Não vou fingir ser alguém que não sou! Eu não posso ser quem você quer que eu seja! Você não suporta o jeito que eu sou e isso é muito ruim!”

Durante as sessões, a Sra. Y deitava no sofá e reclamava que nenhum homem correspondia às suas expectativas. Ela frequentemente dizia: “Estou procurando um homem de alto calibre. Alguém que entra em uma sala e chama a atenção de todos. Alguém que me arrebata e me faz sentir como se eu fosse o centro de seu universo.” Seu analista procurou ajudá-la a ver como ela minava suas chances de encontrar um parceiro sólido mantendo as expectativas tão altas que nenhum homem se qualificaria. Ele também apontou como seus esforços para controlar os homens para fazê-los se conformarem à sua imagem do que ela queria não dava espaço para eles serem quem eram. A Sra. Y protestava e dizia: “Mas preciso que eles vejam quem eu sou e do que preciso”. Seu analista esclareceu com ela que sua demanda era uma expectativa assimétrica – ou seja, que a necessidade ia em apenas uma direção. Ele perguntou: “Você acha que o homem também quer que você veja quem *ele* é e o que *ele* precisa?” Ela retrucou: “Quero um homem que me coloque em primeiro lugar! Não estou interessado em um egocêntrico egocêntrico!”

Cerca de 3 anos após o início do tratamento, a Sra. Y se envolveu com Bob, um homem que parecia se importar profundamente com ela. No entanto, ele falhou no teste decisivo da perfeição. Seu analista a alertou de que ela corria o risco de perder o melhor parceiro que havia encontrado. Ela começou a reconhecer que seu “egoísmo” era um problema recorrente no relacionamento. Seu ciúme das colegas de Bob a levaria a explodir com ele por não colocá-la em primeiro lugar. Bob implorava a ela: “Você não vê que as mulheres com quem trabalho são apenas colegas?! Eles não estão competindo com você. Você ganhou a corrida. Não estou interessado neles!” Seu analista interpretou para a Sra. Y que ela era “surda” para as palavras de Bob e incapaz de ver que ele estava genuinamente apaixonado por ela porque não se conformava com sua narrativa de como um homem deveria ser em um relacionamento com ela. Com o tempo, ela começou a ver que Bob a amava à *sua* maneira, mesmo que não atendesse a todas as suas necessidades de ser tratada de uma maneira específica que a fizesse se sentir amada e adorada.

À medida que a análise progredia, os olhos da Sra. Y se abriram para a noção de que Bob tinha suas próprias lutas e que ela tinha que fazer concessões a elas sem rejeitá-lo por sua falha em atender à sua necessidade de controle onipotente. Ela reconheceu que tinha uma abordagem “tudo ou nada” para

Machine Translated by Google

homens - isto é, ela tinha que ser o centro das atenções de Bob ou não era nada. Com a ajuda de seu analista, ela reconheceu que suas exigências eram excessivas e irrealistas. Em um momento de reflexão, ela disse: “Não consigo me sentir bem comigo mesma a menos que ele siga meu roteiro para ele”.
Com o tempo, a Sra. Y percebeu que Bob estava ao seu lado de maneiras diferentes, dependendo do que estava acontecendo em sua vida e carreira. Ela encerrou a análise com uma visão mais sutil de seus relacionamentos e o que poderia esperar de Bob. Sua capacidade de mentalização aumentou significativamente a ponto de ela entrar em contato com o mundo interno de Bob.
Essa mudança anunciou sua prontidão para a rescisão.

Aqueles pacientes que são capazes de usar o tratamento para fazer mudanças significativas em suas dificuldades narcísicas podem, paradoxalmente, sentir-se pior quando se aproximam do término. Seu apego aos sonhos de glória e fama pode ter evitado a falta de sentido e a incerteza existencial inerente ao ser humano. O afastamento desses sonhos pode iniciar um processo de luto em alguns pacientes com características narcísicas. O terapeuta ou analista pode precisar facilitar esse processo de enfrentamento da insuportável leveza do ser sem o amortecimento das visões grandiosas. O paciente pode perceber que esses sonhos eram mais um fardo do que um baluarte contra o desespero existencial.

A VIDA TERAPÊUTICA

Os clínicos experientes que tratam pacientes organizados narcisicamente sabem que um subgrupo desses pacientes não pode ou não irá terminar.
Aqueles com sérias dificuldades de apego, trauma precoce grave ou falhas repetidas para se conectar com outras pessoas podem achar o término uma perspectiva tão sombria que praticamente o descartam. Martin Bergmann (1997) certa vez observou que o amor experimentado na transferência pode ser o melhor relacionamento amoroso que a vida ofereceu ao paciente.

Essa perspectiva pode ser particularmente aplicável a pacientes e tratamentos narcisistas. Embora o termo “relação amorosa” possa não ser totalmente preciso, a relação terapêutica pode certamente ser a conexão mais significativa que os pacientes tiveram em sua vida adulta.
Eles encontraram alguém que ouvirá, que terá empatia, que testemunhará seus estados internos e seu relato de experiências externas e que fará um esforço concentrado para tentar discernir a pessoa real por trás da arrogância e da ansiedade.

Wallerstein (1986) observou em seu relatório de acompanhamento para o Menninger Foundation Psychotherapy Research Project que alguns pacientes pareciam ter bons resultados, desde que nunca tivessem a ameaça de término pairando sobre suas cabeças. Ele denominou esses pacientes *de curadores terapêuticos* e

Machine Translated by Google

observou que alguns precisavam apenas de consultas ocasionais a cada 6 meses ou mais para manter seu funcionamento melhorado, desde que soubessem que seu terapeuta ou analista estaria lá para ajudá-los. Ao longo de uma vida inteira de prática, a maioria dos psicoterapeutas e psicanalistas que têm consultórios ocupados acumula esses pacientes com o passar do tempo, mesmo que relutem em reconhecê-lo publicamente. As disciplinas de saúde mental precisam chegar a um ponto em seu discurso profissional em que esses pacientes não sejam estigmatizados como “fracassos”. Para alguns pacientes narcisistas, pode não ser possível alcançar um resultado positivo por meio da internalização do terapeuta ou analista conforme a interpretação clássica.

Um grupo de sobreviventes terapêuticos pode “terminar” apenas no nome, mas reaparecer continuamente em tempos de crise. Nesses casos de retornos periódicos ao tratamento, limitações práticas de tempo e dinheiro podem resultar em interrupções temporárias. No entanto, as resistências à proximidade e a ser conhecido também podem operar de maneiras que interrompem o processo. O clínico precisa abrir caminho para o retorno do paciente, sabendo que ao longo do tempo pode haver efeitos cumulativos de períodos ocasionais de tratamento, levando a benefícios de longo prazo. Os pacientes narcisistas geralmente precisam manter a vantagem e podem precisar estar em tratamento com “um pé fora da porta”, um posicionamento de si mesmos que garante que não serão engolidos ou aniquilados pela intimidade do processo de tratamento.

Os pacientes narcisistas podem demorar a mudar, mas algumas pesquisas sugerem que eles podem ter respostas positivas a determinados eventos da vida que causam um impacto duradouro neles. Ronningstam et ai. (1995) relataram mudanças no narcisismo ao longo de um período de 3 anos em um estudo de acompanhamento de 20 pacientes com NPD. Embora 40% dos pacientes tenham permanecido inalterados, 60% apresentaram melhora significativa. O exame dos eventos da vida sugeriu que três tipos de experiências fizeram diferença em sua orientação narcísica. Para 9 sujeitos, ocorreram *realizações corretivas ,* levando a uma aceitação aprimorada de um autoconceito mais realista, juntamente com uma diminuição de fantasias exageradas. Para 4 dos pacientes, uma *relação corretiva* foi fundamental para reduzir o narcisismo patológico. Essa observação levou os investigadores a concluir que algumas defesas narcísicas não são tão arraigadas quanto parecem ao clínico. Finalmente, em 3 dos pacientes, ocorreram *desilusões corretivas* que ajudaram os pacientes a obter uma avaliação mais realista de si mesmos.

As respostas positivas aos eventos da vida são encorajadoras. Uma porcentagem significativa de pacientes organizados narcisicamente são capazes de repensar quem são e o que estão procurando. Muitos requerem mais de uma tentativa de tratamento antes de poderem usar o que o clínico tem a fazer.

Machine Translated by Google

para eles. Além disso, o tempo pode ser de grande importância. Se eles estão se recuperando de uma ferida narcísica, eles ficam mais motivados para fazer o difícil trabalho de tratamento e abaixam suas defesas por tempo suficiente para ver o que inflama dentro deles. Nós, médicos, também precisamos lembrar que não somos os únicos veículos de mudança e essa experiência de vida pode ser nossa aliada no longo e árduo esforço de ajudar os pacientes a se conhecerem.

REFERÊNCIAS

Bergmann MS: Terminação: o calcanhar de Aquiles da técnica psicanalítica. Psy choanal Psychol 14(2):163–174, 1997

Brunell AB, Campbell WK: Narcisismo e relacionamentos românticos: compreendendo o paradoxo, em The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments. Editado por Campbell WK, Miller JD. New York, Wiley, 2011, pp 344–350 Freud

S: Analysis terminable and interminable (1937), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 23. Traduzido e editado por Strachey J. London, Hogarth Press, 1953, pp 209–253 Gabbard GO:

Sobre gratidão e gratificação. J Am Psychoanal Assoc 48(3):697–716, 2000 11059393 Gabbard GO:

“Bound in a nutshell”: pensamentos sobre complexidade, reducionismo e “espaço infinito”. Int J Psychoanal 88(Pt 3):559–574, 2007 17537692 Gabbard

GO: O que é um término “suficientemente bom”? J Am Psychoanal Assoc 57(3):575–594, 2009 19620466 Gabbard

GO: Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis, 2nd Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association Publishing, 2016 Hirsch I: Coasting in

the Countertransference: Conflicts of Self- Interests Between Analyst and Patient. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 2008 Kantrowitz JL: Mitos da

Terminação: O que os pacientes podem ensinar aos psicanalistas Sobre finais. Londres, Routledge, 2015

Kernberg OF: Condições limítrofes e narcisismo patológico. Nova York, Jason Aronson, 1975

Kernberg OF: Uma visão geral do tratamento da patologia narcisista grave. Int J Psychoanal 95(5):865–888, 2014 24902768

Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW, et al: Psicoterapia Psicodinâmica de Pacientes Borderline. Nova York, Basic Books, 1989 Kohut

H: The Analysis of the Self. Nova York, International Universities Press, 1971

Kohut H: A Restauração do Ser. Nova York, International Universities Press, 1977

Kohut H: Como a análise cura? Chicago, University of Chicago Press, 1984 Luchner

AF: Mantendo limites no tratamento do narcisismo patológico, em Compreender e tratar o narcisismo patológico. Editado por Ogrod niczuk JS. Washington, DC, Associação Americana de Psicologia, 2013, pp 219–234

Ogden T: Devaneio e Interpretação: Sentindo Algo Humano. Northvale, NJ, Aronson, 1997

Machine Translated by Google

Poland W: Intimidade e Separação na Prática Psicanalítica. Oxon, Reino Unido, Rota saliência, 2017

Ronningstam EF: Transtorno de personalidade narcisista, no tratamento de distúrbios psiquiátricos de Gabbard, 5ª edição. Editado por Gabbard GO. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2014, pp 1073–1086 Ronningstam E, Gunderson J, Lyons M: Alterações no narcisismo patológico. Sou J Psychiatry 152(2):253–257, 1995 7840360

Wallerstein RS: Quarenta e duas vidas em tratamento: um estudo de psicanálise e Psicoterapia. Nova York, Guilford, 1986

Westen D, Gabbard GO: Desenvolvimentos em neurociência cognitiva: I. Conflito, compromisso e conexionismo. J Am Psychoanal Assoc 50(1):53–98, 2002a 12018875

Westen D, Gabbard GO: Desenvolvimentos em neurociência cognitiva: II. Implicações para séries de transferência. J Am Psychoanal Assoc 50:98–134, 2002b

Machine Translated by Google

Índice

Os números das páginas impressas em **negrito** *referem-se a tabelas ou figuras.*

Admiração, 35

Autodesenvolvimento de adolescentes, 27
Idade, 93
  exibições apropriadas para a idade de
    exibicionismo com empatia e amor, 39
  narcisista envelhecido, 135–136 baby boomers, 22 mortos e, 136
  iGen, 25
  Geração Me, 22, 23, meia-idade, 64, geração do milênio, 20, 22–23, jovens adultos, 5, 112–113
Agressão, 38–39
Alexa, 30
Benefícios
  do altruísmo, 11
  narcisismo e, 10–12
Transtorno de personalidade antissocial, 12 versus psicopatia, 13
Transtorno de ansiedade, 12
Arrogância, 72
Teoria do apego, 39–40
  classificação de, 40
  padrões seguros de, 45
Negação de
  autonomia de, 35-36 prevenção de, 35-36
Transtorno de personalidade esquiva, 14

baby boomers, 22
Benjamin, Jéssica, 80–81
Bion, Wilford, 106
Transtorno de personalidade limítrofe (TPB), 12, 14, 41–43
  tratamento de, 98–99
    terapia familiar, 112
    terapia de longo prazo em, 101
Tédio, 121–123
Bowlby, John, 39
BPD. *Consulte* Transtorno de personalidade limítrofe Bullying, 129–130

Casement, Patrick, 122
Charme, 38
  como defesa, 132–133
Crianças
  ego de, 80
  em terapia familiar, 113
  maus-tratos de, 42 com narcisismo, 12–13 origens
  do narcisismo em, 44 lembranças de, 43–44
Clero, 11, 66
Longitudinal colaborativo Estudo de Transtorno de Personalidade, 42
Comunicação
  ciberespaço e, 27 amor e intimidade com comunicação virtual, 28–30
  de diagnóstico de NPD para paciente, 70-72 paciente-terapeuta, 68-69
Competitividade, 92, 128–129

Machine Translated by Google

Confidencialidade, 66
Confrontos, com paciente, 127
Desprezo, 92–93
Controle, 93–94
onipotente, 118–121
Contratransferência, 77-96
padrões comuns de, 87-88 visão
contemporânea de, 82
desenvolvimento de, 82
com narcisista de alto funcionamento, 86
história com pacientes narcisistas, 82-84
influência do termi do tratamento
nação, 146
Terapia de casal, 110–113
Cultura
narcisismo e, 19-31 auto-
admiração como característica
principal
de, 20-21 online, 30
Ciberespaço, 25–28
comunicação em, 27

Morte, 136
Enganação, 38
Desvalorização, 92-93
Desengajamento, 121-123
Desonestidade, 38
DSM-IV
critérios de diagnóstico para NPD, 9
DSM-5
Modelo DSM-5 alternativo para
Transtornos de Personalidade,
38 critérios diagnósticos para transtorno
de personalidade narcisista, 5, **7**

Ego, 80
Dispositivos eletrônicos, 26
narcisismo e, 21
E-mail, 27
Empatia, 35, **39**
demonstrações de exibicionismo
apropriadas para a idade
com, 39 confrontação/interpretação,
equilíbrio com, 123–124
contraprodutividade de, 124 resposta
de admiração empática do terapeuta,
89-90 para lutas do
paciente, 87 no tratamento de
NPD, 98
Direito, 22–25, 118–121
gerenciamento de, 67
Inveja, 36, 92, 128–129
foco em, 98
Erikson, Erik, 27
Exclusão, 121–123
Exibicionismo, 37
exibições apropriadas para a idade, 39

Facebook, 21–22, 26
Fairbairn, WRD, 79–80 Famílias.
Veja também Pais; Terapia familiar para
cônjuges, 109–110, 112 de jovens
adultos com NPD, 5, 112–113

Fonagy, Peter, 39–40
Freud, Sigmund, 82, 83

Gênero, 93
estereótipos, 14
Narcisismo geracional, 20-21
características de, 22-23
Google, 25–26
Terapia de grupo, 109–110

“Criação de Helicópteros”, 24, 43
HSNS (Narcisismo Hipersensível
Escala), 43
Humilhação, 36, 123–124
defesas contra, 48
vulnerabilidade a, 37
Hipermentalização, 46–48
Escala de Narcisismo Hipersensível
(HSNS), 43

Idealização, 36–37, 127–128
fixo, 128
Idealizando a transferência, 83, 84, 90-91 no
tratamento de NPD, 98
Identidade, **39**

Machine Translated by Google

Novamente, 25
Internet, 25
Intimidade, 28–30, **39**
Intrusividade, 37

Kantrowitz, Judy, 139–140
Kernberg, Otto, 8, 109 contra
Kohut, 98
Klein, Melanie, 82–83, 92
Kohut, Heinz, 8, 83–84, 89–90, 144 versus
Kernberg, 98 modelo de
ruptura e reparo, 125

Lasch, Christopher, 19-20
Amor
exibicionismo adequado à idade com,
39
capacidade para, 11,
34 comunicação virtual e, 28–30

Sentimento mártir de ser vítima martirizada, 37
fazendo papel de, 63
prazer de ser, 80
MBT (terapia baseada em mentalização),
107
Geração Eu, 22, 23
Menninger Foundation Psychotherapy Research
Project, 108, 109, 149–150

Mentalização, 46–48
apego e, 41 descrição
de, 46 exemplo de,
131 explícito, 41

hipermentalizante, 41, 46–48 estudos
de imagem de, 47 implícito,
41 paciente
que não pode ou não mentaliza,
130–131
pseudomentalização, 47 função
reflexiva de , 41 como teoria da
mente, 41
Terapia baseada em mentalização (MBT),
107

Geração do milênio, 20 sentimento
de direito e, 22–23
Transferência de espelho, 83–84
no tratamento de NPD, 98
modelos
Modelo DSM-5 alternativo para
Transtornos da Personalidade,
38 suscetibilidade diferencial, 47 de
ruptura e reparação, 125 estresse-
diátese, 47
Transtornos do humor, 12
Díade mãe-filho, 86

Narcisismo
narcisista envelhecido, 135–136
altruísta e, 10–12
abordagem ao tratamento de, xii–xiii
contexto cultural de, 19–31
definição de, 10
curso de desenvolvimento de, 11
diagnóstico de, xii, 15–16
desengajamento do paciente com, 84
dispositivos eletrônicos e, 21
como epidêmico, 23
geracional, 20–21
“saudável”, 49, 85
hereditariedade de, 47
hipervigilante, 79–80, 85, 103
características principais
de, 10 malignos,
13 temas narcisistas no cinema, 28–
30
natureza de, 4–5
origens na infância, 44 “engano
do outro”, 86 como auto-
estima excessivamente alta, 24 pais e,
39 patológico versus
normal, xii, 147

prevalência de características de,
20 raiva e, 131–132
dados de pesquisa sobre,
xii sensação de “falta” com, 10
gravidade das características de, 12–
15 subtipos de, 43

Machine Translated by Google

Narcisismo *(continuação)*
pele grossa versus pele fina, 8
características, 47–48
Narcisista
capacidade de trabalhar e amar, 11
grandioso, 86, 143 alto
funcionamento, 84-87
Personagem narcisista-masoquista, 80-81

Transtorno de personalidade narcisista (NPD). *Veja também* os critérios
diagnósticos de transferência DSM-IV para, 9 critérios diagnósticos DSM-5 para, 5, **7** famílias de jovens adultos com, 5 características
de, 13 traços de personalidade histriônica/
histérica, 14 obsessivo-compulsivo, 13 perfeccionismo, 13
autodestrutivo tendências, 15
vício em trabalho, 13
tipo frágil, 9–10 tipo
grandioso-maligno, 9 tipo alto
funcionamento, 10 identificação
de pacientes com, 12 amantes e cônjuges
de indivíduos com, 6 gerenciamento de, 134
visão geral, 5–6 “cultura pura ” de, 13
subtipos, 8 com transferência e
contratransferência, 84-85
tratamento, 57-75
baseado em apego, 122-123
comunicação do diagnóstico ao paciente, 70-72
confidencialidade, 66
custo de, 106
continuum expressivo-apoiador de
intervenções, 104, **105**
primeiro contato, 58–59
estrutura, 66–68
frequência de visitas de terapia, 108
metas de, 128-129
psicoterapia de grupo, 109-110
pacientes internados e ambulatoriais, 113-114
duração da sessão, 67-68
pesquisa limitada sobre, 97-98
modos de relacionamento com o terapeuta, 68-70
resposta “patologizada” pelo paciente, 100–101
motivos do paciente para tratamento, 59–64, **60–61**
resistência do paciente a, 119
planejamento, 106–109
prognóstico de, 140–141
encaminhamento para, 65–66 pesquisa, 118–119 ruptura e reparo de, 124–125
estratégias, 117–138
adaptação ao paciente, 97–116
rescisão de, 139–152
exemplos de, 142, 143, 147– 149
estudos de acompanhamento, 145 influência de countertrans
referência sobre, 146 visão geral, 139–140 prematuro, 142–143
prontidão para, 145–149
fortalecer o eu, 143–144

aliança terapêutica, 72-74 vida terapêutica, 149-151
conquistas corretivas de, 150
desilusões corretivas de, 150
respostas positivas para, 150–151
quando a mudança não é o objetivo, 125–127
tipos de, 9–10
Inventário de Personalidade Narcisista (NPI), 22, 42

Machine Translated by Google

Narciso, mito de, 6–7, 81 NPD.
Consulte Transtorno de personalidade narcisista
NPI (Personalidade Narcisista Inventário), 22, 42

Teoria das relações objetais, 78–80
Ogden, TH, 80 Outros
invasão de, 37 perda de interesse em, 38 maus-tratos por, 37 narcisismo e, 37 sedução de, 38

Ovídio, 6–7

Dor, emocional, 12, 36 Pais.
Veja também Famílias
status de apego de, 40-41 de indivíduo narcisista, 39
Paciente
"objeto ruim o suficiente", 126
charme como defesa, 132–133
comunicação com o terapeuta, 68–69
confrontos com, 127 desdenhoso, 129-130 demanda por tratamento especial, 118–121
diagnóstico de NPD e, 70–72 dor emocional de, 12, 36
hipervigilante, 14–15, 79–80, 85, 103 controle onipotente e, 94 resposta ao tratamento "patologizada", 100–101 resistência ao tratamento, 119 autoestima , 35
auto-regulação, 35
senso de vitimização, 62-63 sofrimento de, 4 suicidalidade, 133-135 aliança terapêutica e, 72-74 que não pode ou não quer mentalizar, 130–131
Perfeccionismo, 13
Funcionamento da personalidade, elementos de, **39**
Entrevista de Transtorno de Personalidade-IV, 42
Transtornos de personalidade, 41–46
Modelo DSM-5 alternativo para Transtornos da Personalidade, 38 defesas e, 48-49
autodestrutivo, 49
Grupo de Trabalho de Transtornos da Personalidade, 5
Identificação positiva, 83
Poder, 93
exemplo de, 120-121
Louvor, 44
Projeção, 49
Identificação projetiva, 82-83, 94
Pseudomentalização, 47
Pseudo autossuficiência, 35
Psicanálise
Americano, 82-83
controvérsia de, 98
Psicopatia versus
transtorno de personalidade antissocial, 13
Psicoterapia, 66 terapia
de casais, 110–113 terapia familiar, 109–110, 112 grupo, 109–110 ensaio controlado randomizado para interpretação de transferência, 100
apoio à pesquisa para, 125

Análise do fator Q, 9

Corrida, 93
Fúria, 131–132
Racionalização, 48
Realidade, negação de, 36
Relacionamento, 33–53
transtornos de apego, 41-46 modos comuns de narcisismo pacientes, 34-38
defesas e, 48-49 raízes de desenvolvimento, 38-41

Machine Translated by Google

Relacionamento *(continuação)*
elementos do funcionamento da personalidade, **39** mentalização, 46–48
visão geral, 33–34
transtornos de personalidade, 41–46
Ronningstam, EF, 104
Rosenfeld, Herbert, 8

"Existência de satélite", 69, 89
Auto
constituintes de, 144
divisão, 48–49
fortalecimento, 143–144
Autodireção, **39**
Selfies, 21
percepção de, 26
Auto-importância, 59, 62
Amor próprio, 3–4, 7
Transferências selfobjetais, 83, 98, 144
Vício em sexo, 63
Vergonha, 36, 123–124
Avaliação Shedler-West Procedimento-II (SWAP-II), 9
Smartphone, 26–27
Interações sociais
retirar-se de, 37
Mídia social, 21–22
comparações com outras criadas por, 25
comportamento narcisista e, 25-26
Status socioeconômico, 93
Sófocles, 6
Terapia
de casais para cônjuges, 109–110 de indivíduos com NPD, 6, 65
Abuso de substâncias, 12
Suicídio, 133–135
SWAP-II (Avaliação de Shedler-Westen Procedimento-II), 9

Tact, 122–123
Mensagens de texto, 26 TFP. *Veja* Focado na transferência psicoterapia
Teoria da mente, 41
Aliança terapêutica, 72-74
construção, 72-73
colaboração com o paciente, 73
descrição de, 72
sucesso, 73-74
Desafios
clínicos dos terapeutas de, 78
exemplo de, 78-79
comunicação com o paciente, 68-69 de diagnóstico NPD, 70-72
confronto com, 69-70 "enganado"
para abdicar de um relacionamento terapêutico, 91
desengajamento com o paciente, 87
resposta de admiração empática de, 89-90

empatia e confronto/saldo de interpretação, 123-124

identificação com a vulnerabilidade, 91
sentimentos intoleráveis em relação ao paciente, 79
modos de se relacionar com, 68-70
distinções de pacientes narcisistas e, 8-9
"existência de satélite", 69, 89
"script" de, 123
como caixas de ressonância, 89 aliança terapêutica, 72-74
Narcisismo de traço, 47-48
Transferência, 77-96
padrões comuns de, 87-88 história com pacientes narcisistas, 82-84

interpretação de, 99–103
exemplo de, 103
continuum expressivo-apoiador, 104, **105**
resultados, 99–100
ensaio de controle randomizado para, 100 planejamento de tratamento, 106–109 positivo, 127
autoobjeto, 83

Machine Translated by Google

Psicoterapia Focada na Transferência
(TFP), 98–99
abordagem interpretativa e NPD, 102

Turkle, Sherry, 26, 27
Transferência de gêmeos, 83, 84
no tratamento de NPD, 98
Estudos de gêmeos, de classificação de
apego, 47
Twitter, 26

Validação, 35
Vitimização, 62-63

Wallerstein, RW, 108
Winnicott, DW, 27
Workaholics, 13
Ética de trabalho, 22

Jovens adultos, 5, 112–113

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

"**Este** livro é um presente para a profissão: deve ser o modelo para todos os mono-clínicos gráficos. É uma otima leitura, difícil de largar, mas ao mesmo tempo abrangente, autoritária e milagrosamente concisa. O livro é tão sábio quanto prático, desde uma apreciação geral das preocupações narcísicas até as contundentes interações do momento clínico.
Acima de tudo, Gabbard e Crisp oferecem vinhetas que mostram o que o terapeuta provavelmente encontrará e sentirá em cada estágio do tratamento e quais respostas podem ser úteis, sempre com base na compreensão do que está em jogo para o paciente. A seção clínica é um tour de force de supervisão especializada por texto. Este livro fortalecerá a mão do terapeuta experiente, e suas explicações claras e fenomenológicas e vinhetas clínicas marcantes instilarão resiliência no iniciante."

Lawrence Friedman, MD, professor clínico de psiquiatria no Weill Cornell Medical College e membro do corpo docente do Institute for Psychoanalytic Education afiliado ao New York University Medical Center, Nova York, Nova York

"**Neste** maravilhoso novo livro, Narcissism and its Discontents, Gabbard e Crisp ajudam podemos entender as muitas faces do narcisismo no contexto de uma convulsão da mudança social. Em seguida, eles nos convidam a sentar ao seu lado enquanto eles, mestres clínicos, nos mostram como alcançar e ajudar aqueles cujo narcisismo os levou do sucesso ao grande perigo. E como fazer isso com compaixão, mesmo quando as coisas ficam difíceis. Sente-se. Você não vai se arrepender."

John Oldham, MD, Professor de Psiquiatria, Barbara e Corbin Robertson Jr. Cátedra de Distúrbios de Personalidade, Menninger Departamento de Psiquiatria e Ciências Comportamentais, Baylor College of Medicine, Houston, Texas

"**Compassivo**, claro e sábio: este livro reflete perspectivas que só podem surgir da extensa experiência clínica, combinada com vinhetas ilustrativas e prosa elegante. Os clínicos acharão sua leitura tão absorvente quanto instrutiva para suas práticas."

John G. Gunderson, MD, Professor de Psiquiatria, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, e Diretor, BPD Center for Treatment, Research and Training, McLean Hospital, Belmont, Massachusetts

"**Gabbard** e Crisp escreveram um livro para 'cada pessoa' que pode ser lido por sophis leitores leigos, acadêmicos e psicoterapeutas. É uma diretriz tour de force para adequar o tratamento do narcisismo ao paciente, desde o primeiro telefonema solicitando o tratamento até o seu término. Este livro é uma leitura obrigatória, e uma leitura especialmente clara e agradável um."

Philip Ringstrom, Ph.D., Psy.D., Analista sênior de treinamento e supervisão, Instituto de Psicanálise Contemporânea, Los Angeles, Califórnia

ISBN 978-1-61537-127-3
9000 0
9 781 615 37 1273

Design da capa: Rick A. Prather
Imagem da capa: © Maria Zhuravleva
Usado sob licença da Shutterstock

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION PUBLISHING
WWW.APPI.ORG