

Poruchy osobnosti

Ján Praško a kol.

Poruchy osobnosti

Ján Praško a kol.

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Praško, Ján

Poruchy osobnosti / Ján Praško a kol. -- 2. vyd. -- Praha :
Portál, 2009. -- 359 s.

ISBN 978-80-7367-558-5 (váz.)

616.89-008.485

- poruchy osobnosti

- monografie

616.89 - Psychiatrie [14]

Tato publikace vznikla za podpory grantu IGA MZ ČR: NF7580
a projektu CNS LN00B122 MŠMT ČR.

© Ján Praško a kol., 2003, 2009

© Portál, s. r. o., Praha 2003, 2009

ISBN 978-80-7367-558-5

Obsah

Úvod	13
-------------	----

ČÁST I

Teorie a diagnostika poruch osobnosti	15
--	----

1.1 Co je porucha osobnosti?	15
-------------------------------------	----

1.2 Klasifikace poruch osobnosti	17
---	----

1.3 Prevalence poruch osobnosti	20
--	----

1.4 Etiologie poruch osobnosti	20
---------------------------------------	----

1.5 Temperament a charakter	21
------------------------------------	----

Temperament	22
-------------	----

Charakter	24
-----------	----

Kognitivní schémata a kognitivní procesy	26
--	----

1.6 Genetika	28
---------------------	----

1.7 Neurobiologie osobnosti	29
------------------------------------	----

Osobnost a individuální reaktivita na informace	29
---	----

Temperament a charakter	29
-------------------------	----

Kognitivní mapy a charakter	30
-----------------------------	----

Neuromodulace a temperament	31
-----------------------------	----

Shrnutí: Osobnost jako integrace temperamentu a charakteru a jejich neurobiologie	33
--	----

Neurobiologická východiska pro možnosti terapie poruch osobnosti	34
--	----

1.8 Psychoanalytický pohled a vývoj osobnosti	35
Vědomí	35
Předvědomí	37
Nevědomí	37
Struktura osobnosti z pohledu psychoanalýzy	38
Dynamika osobnosti	39
Obranné mechanismy	40
Teorie vývoje osobnosti	43
Modifikace Freudovy teorie vývoje osobnosti	45
Teorie vývoje osobnosti Melanie Kleinové	45
Teorie vývoje osobnosti Erika Eriksona	46
Připoutání	48
Senzitivita	51
Temperament dítěte	52
Psychoanalytický portrét osobnosti	53
Hodnocení psychoanalytického přístupu	53
1.9 Behaviorální teorie a poruchy osobnosti	55
Klasické a operantní podmiňování	55
1.10 Kognitivní teorie osobnosti	59
Teorie personálních konstruktů	59
Teorie sociálního učení	63
Naučená bezmocnost	66
Teorie dysfunkčních kognitivních schémat	67
1.11 Psychologická diagnostika poruch osobnosti	76
Proč diagnostikovat poruchy osobnosti?	76
Evoluční teorie osobnosti	77
Míra poruchy osobnosti	80
Praktická diagnostika	81
Cloningerova teorie osobnosti a diagnostika poruch osobnosti	85
Typy charakteru podle Cloningera	88
Jaké metody používáme při diagnostice poruch osobnosti?	92
Jak postupovat při diagnostice?	94
Forenzní posuzování poruch osobnosti	96

ČÁST II

Léčba poruch osobnosti	97
2.1 Psychoterapie poruch osobnosti	97
2.2 Základní předpoklady účinné léčby poruch osobnosti	99
Ochota pacienta ke změně	100
2.3 Podpůrná psychoterapie	101
2.4 Interpersonální psychoterapie	104
2.5 Psychodynamický přístup v léčbě poruch osobnosti	107
Přenos	108
Protipřenos	109
2.6 Skupinová psychoterapie u poruch osobnosti	109
2.7 Kognitivně-behaviorální terapie poruch osobnosti	110
Stadia léčebného procesu	111
Základní charakteristiky KBT poruch osobnosti	114
Modulace temperamentu	128
Strukturované intervence zaměřené hlavně na modifikaci temperamentu	129
Nácvik zklidňujícího dechu	130
Kontrolované dýchání při záchvatu paniky nebo hněvu	130
Nácvik relaxace	131
Autogenní trénink	135
Expoziční léčba	136
Zábrana neutralizační reakce a zabezpečování	139
Nácvik zvládání hněvu	141
Nácvik zvládání úzkosti	144
Nácvik sociálních dovedností	144
Hraní rolí	147
Nácvik empatie	148
Nácvik kognitivní pozornosti	149
Nácvik odolnosti vůči stresu	149
Nácvik regulace emocí	150
Stanovení hranic	152
Nácvik zvládání impulzů	153
Nácvik snížení přecitlivělosti	154

Nácvik zvládání příznaků	155
Změna charakteru	156
2.8 Farmakologická léčba poruch osobnosti	188
Současné psychofarmakologické modely a jejich problémy	188
Závěry	199

ČÁST III

Diagnóza a léčba specifických poruch osobnosti

3.1 Paranoidní porucha osobnosti (F60.0)	201
Etiologie a patogeneze	204
Epidemiologie	204
Průběh	204
Diferenciální diagnóza	205
Přenos a protipřenos	206
Podpůrná psychoterapie	206
Skupinová psychoterapie	208
Farmakoterapie	208
Psychodynamické aspekty	208
Psychodynamická terapie	210
Kognitivně-behaviorální terapie	210
3.2 Schizoidní porucha osobnosti (F60.1)	218
Etiologie a patogeneze	220
Epidemiologie	220
Průběh	220
Diferenciální diagnóza	220
Přenos a protipřenos	221
Podpůrná psychoterapie	221
Skupinová psychoterapie	222
Farmakoterapie	222
Psychodynamické aspekty	222
Psychodynamická terapie	223
Kognitivně-behaviorální pohled a terapie	223
3.3 Disociální porucha osobnosti (F60.2)	227
Etiologie a patogeneze	230
Epidemiologie	230

Průběh	231
Diferenciální diagnóza	231
Přenos a protipřenos	232
Podpůrná psychoterapie	232
Skupinová psychoterapie	233
Farmakoterapie	233
Psychodynamické aspekty	233
Psychodynamická terapie	236
Kognitivně-behaviorální terapie	237
3.4 Emočně nestabilní porucha osobnosti (F60.3)	242
Etiologie a patogeneze	245
Epidemiologie	246
Průběh	246
Diferenciální diagnóza	246
Přenos a protipřenos	247
Podpůrná psychoterapie	248
Interpersonální vlivy	250
Skupinová psychoterapie	250
Farmakoterapie	251
Psychodynamické aspekty	252
Psychodynamická terapie	256
Kognitivně-behaviorální terapie	258
3.5 Histrionská porucha osobnosti (F60.4)	269
Etiologie a patogeneze	271
Epidemiologie	271
Průběh	272
Diferenciální diagnóza	272
Přenos a protipřenos	272
Podpůrná psychoterapie	273
Interpersonální vlivy	275
Skupinová psychoterapie	275
Farmakoterapie	276
Psychodynamické aspekty	276
Psychodynamická terapie	281
Kognitivně-behaviorální terapie	281

3.6 Anankastická porucha osobnosti (F60.5)	288
Etiologie a patogeneze	290
Epidemiologie	290
Průběh	290
Diferenciální diagnóza	291
Přenos a protipřenos	291
Podpůrná psychoterapie	291
Interpersonální vlivy	292
Skupinová psychoterapie	293
Farmakoterapie	293
Psychodynamické aspekty	293
Psychodynamická terapie	294
Kognitivně-behaviorální terapie	296
3.7 Vyhubavá (anxiózní) porucha osobnosti (F60.6)	299
Etiologie a patogeneze	300
Epidemiologie	301
Průběh	301
Diferenciální diagnóza	302
Přenos a protipřenos	302
Podpůrná psychoterapie	303
Interpersonální vlivy	303
Skupinová psychoterapie	304
Farmakoterapie	304
Psychodynamické aspekty	304
Psychodynamická terapie	306
Kognitivně-behaviorální terapie	306
3.8 Závislá porucha osobnosti (F60.7)	311
Etiologie a patogeneze	313
Epidemiologie	313
Průběh	314
Diferenciální diagnóza	314
Přenos a protipřenos	315
Podpůrná psychoterapie	315
Interpersonální vlivy	316
Skupinová psychoterapie	316
Farmakoterapie	316
Psychodynamické aspekty	316

Psychodynamická terapie	317
Kognitivně-behaviorální terapie	318
3.9 Jiné specifické poruchy osobnosti (F60.8)	321
3.9.1 Narcistická porucha osobnosti	321
Etiologie a patogeneze	324
Epidemiologie	324
Průběh	324
Diferenciální diagnóza	324
Přenos a protipřenos	325
Podpůrná psychoterapie	325
Interpersonální vlivy	326
Skupinová psychoterapie	326
Farmakoterapie	326
Psychodynamické aspekty	327
Psychodynamická terapie	329
Kognitivně-behaviorální terapie	330
3.9.2 Pasivně-agresivní porucha osobnosti	333
Etiologie a patogeneze	335
Epidemiologie	335
Průběh	335
Diferenciální diagnóza	336
Přenos a protipřenos	336
Podpůrná psychoterapie	336
Skupinová psychoterapie	337
Farmakoterapie	337
Psychodynamické aspekty	337
Psychodynamická terapie	338
Kognitivně-behaviorální terapie	339
Závěr	341
Literatura	343
Rejstřík	355

Úvod

Když se v klinické praxi setkáme s pacientem, který má stanovenou diagnózu poruchy osobnosti, obvykle předpokládáme, že léčba tohoto pacienta bude dlouhá, namáhavá a nejspíše neúspěšná. Ze zkušenosti víme, že lidé trpící poruchou osobnosti vehementně vyžadují odstranění svých nejrůznějších obtíží a zároveň snadno a rychle odmítají doporučení terapeuta. Nedostatečná spolupráce u těchto pacientů vede často k tomu, že je terapie ukončena předčasně nebo pokračuje jen formálně (aby si nestěžovali). Od svých učitelů na fakultě jsme slyšeli, že „psychopatie“ se léčit nedá a podobně nás poučili starší kolegové na počátku naší odborné kariéry. Proto se stanovením diagnózy z tohoto okruhu většina terapeutů již předem očekává nedostatek spolupráce, nepříjemnosti a konflikty, což velmi často vede k neadekvátní péči i bez toho, že by pacient musel skutečně takto reagovat. Uvedené představy jsou vyjádřením negativního, moralizujícího a podle Tyrera a kol. (1991) až „bludného“ postoje terapeuta k pacientovi. Navíc ke známým klinickým paradoxům patří zkušenost, že čím lépe a hlouběji známe osobnost pacienta, tím obtížněji se rozhodujeme, do které skupiny poruch osobnosti ho zařadit (Smolík, 1996). Poslední přehled empirických studií o psychoterapii poruch osobnosti však ukazuje, že jejich léčba je navzdory mýtu o neléčitelnosti relativně účinná. Perry a Bond (2000) provedli metaanalýzu 22 studií, které ukazují, že během aktivní léčby dochází k významným pozitivním změnám, 2–4x větším než u kontrolní skupiny bez aktivní terapie. Ve čtyřech studiích, kde kritériem úspěšnosti léčby byla plná remise, dosáhlo tohoto kritéria 52 % pacientů, přičemž léčba trvala průměrně 1.3 roku. Ke zlepšení sice nedochází tak rychle a výrazně jako u úzkostných poruch či depresí, nicméně léčba výrazně snižuje utrpení pacienta a jeho okolí a zlepšuje adaptaci postiženého v životě.

Když jsme se rozhodli psát tuto publikaci, uvědomovali jsme si, že mnoho kliniků u nás nezaujímá k lidem s poruchami osobnosti příliš přátelské postoje.

Nicméně na seminářích a workshopech, které jsme na toto téma uspořádali, se objevila řada lidí, kteří měli upřímný zájem lidem s poruchami osobnosti více porozumět a pomoci. To nás inspirovalo k sepsání monografie na toto téma. Přes velkou snahu všech autorů nebylo možné dosáhnout větší jednotnosti v textu. Plně to odráží rozporuplnost tématu – pohledů na poruchy osobnosti je řada a v mnoha aspektech jsou stanoviska protichůdná. Přesto doufáme, že publikace splní svůj hlavní účel – pomoci čtenáři lépe porozumět a účinněji léčit lidi trpící poruchou osobnosti.

Česká literatura v minulosti přinesla nejméně čtyři monografie s tematikou poruch osobnosti. Antonín Heveroch už v roce 1901 vydal knihu s názvem *O podivínech a lidech nápadných*, pak v roce 1916 *O hýčkáni slabochů*. Z druhé monografie se traduje jeho dobový, poněkud značkový výrok „nehýčkejte slabochy“. V roce 1944 pak vyšla monografie Vladimíra Vondráčka *Hysterie* a konečně v roce 1968 monografie Ivana Horvaie *Psychopatie*. Všechny tyto publikace jsou originálním pohledem na problematiku poruch osobnosti, nicméně jsou pesimistické k možnostem terapeutického ovlivnění. Moderní pohled v diagnostice i terapeutických postojích se v posledních dvaceti letech rychle vyvíjí. Diagnostika se nejen upřesňuje, ale často i výrazně mění. Terapeutické postoje se stávají přece jen o něco více optimistickými.

První část monografie se zabývá teoriemi, klasifikací a diagnostikou poruch osobnosti. Ve druhé části jsou probrány základní léčebné přístupy. Konečně třetí část monografie je věnována specifickým poruchám osobnosti. V každé kapitole je probrán jeden konkrétní typ poruchy osobnosti, včetně diagnózy, diferenciální diagnózy, psychodynamického pohledu, podpůrné psychoterapie a KBT přístupu k léčbě.

Autoři

Teorie a diagnostika poruch osobnosti

1.1 Co je porucha osobnosti?

Osobnost představuje individuální soubor duševních a tělesných vlastností člověka, které se utvářejí v průběhu vývoje a projevují se v sociálních vztazích. Vrozené a získané vlastnosti tvoří strukturu osobnosti, která je pro každého člověka charakteristická. V průběhu individuálního vývoje se stále více doplňují vrozené dispozice (temperament) a obohacují se vlastnostmi získanými (charakter). Poruchy osobnosti jsou variantou charakterových a temperamentových rysů, které se významně odchyľují od rysů patrných u většiny lidí. K těmto rysům patří hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, projevující se jako stereotypní reakce na široký rozsah osobních a sociálních situací. Specifické projevy poruchy osobnosti tedy nejsou omezeny jen na určitý „spouštěcí podnět“, ale projevují se v širším okruhu osobních a sociálních situací.

Podle Coolidge a Segala (1998) se diagnostická kritéria poruch osobnosti „během posledních 40 let výrazně měnila, což přispívá k diagnostickým potížím“.

Podle 9. decenální revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-9), publikované v Ženevě v roce 1977, jsou poruchy osobnosti

„hluboko zakořeněné maladaptivní způsoby chování, obvykle rozpoznatelné v době dospívání nebo dříve; trvají pak po větší část dospělého věku, i když se často ve středním nebo stařeckém věku stávají méně nápadnými. Osobnost je abnormální buď co do rovnováhy svých složek, jejich kvality a vyjádření, nebo ve svém celku. Pro tuto úchyľku nebo psychopatii trpí pacient nebo

musí trpět jiní, takže nepříznivý účinek pocituje jednotlivec nebo společnost. Patří sem i to, čemu se říká psychopatická osobnost.“

MKN-9 vždy stručně charakterizuje jednotlivou poruchu, aniž by udávala výčet vodítek. Mezi uváděné poruchy osobnosti patří osm specifických poruch – paranoidní osobnost; hypotymní, hypertymní a cyklotymní osobnost; schizoidní osobnost; explozivní osobnost; anankastická osobnost; hysterická osobnost; astenická osobnost; osobnost s projevy převážně sociopatickými nebo asociálními; a jiné poruchy osobnosti (*Mezinárodní klasifikace nemocí*. Praha, Avicenum 1978).

Americký popis duševních poruch a poruch osobnosti v DSM-III je již úmyslně ateoretický. Hlavní oprávnění pro tento přístup spočívá v tom, že zahrnutí etiologických kritérií by představovalo překážku pro využití diagnostického systému odborníky s různou teoretickou orientací. Následkem ovšem je, že toto pojetí neumožňuje vytvořit koncepci pro pochopení modelu komorbidity mezi různými duševními nemocemi a mezi abnormálními duševními stavy a osobnostní strukturou. Ačkoliv jen málokdo pochybuje o tom, že rozlišení diagnostické osy I (specifické duševní poruchy) od osy II (poruchy osobnosti) v DSM klasifikaci výrazně zvýšilo zájem o poruchy osobnosti, výzkumníci se pokoušejí znovu objevit vazby mezi strukturou osobnosti a hlavními duševními poruchami. Podle některých autorů temperament, osobnost a poruchy osobnosti mohou přesněji odrážet heterogenitu duševních poruch a lépe předpovídat průběh poruchy a terapeutickou odpověď (Mulder, Joyce a Cloninger, 1994).

Podle DSM-IV je porucha osobnosti

„přetrvávající vzorec prožívání a chování, který se významně odlišuje od očekávání v kultuře, ve které jedinec žije, je rozsáhlý a nepružný, má počátek v adolescenci nebo raném dětství, je stabilní v průběhu času a způsobuje utrpení nebo poškození“.

V DSM-IV se objevuje nová porucha osobnosti: depresivní porucha osobnosti (v příloze B, s poznámkou – „další výzkum nutný“). Pasivně-agresivní porucha osobnosti byla pojmenována také jako negativistická porucha osobnosti, která byla vzhledem k špatné reliabilitě i validitě také posunuta do přílohy B. Zcela vypadla sadistická porucha osobnosti a sebebránící porucha osobnosti. Podle Momboura a Bronische (1998) jsou narcistická, pasivně-agresivní, masochistická a sadistická osobnost „typicky americké a psychoanalytické poruchy“.

Diagnostika poruch osobnosti podle DSM představuje vývoj kategoriálního přístupu s hledáním spolehlivých a platných diagnóz a s vytvářením jasnějších diagnostických kritérií. Budoucnost diagnostiky poruch osobnosti bude možná patřit dimenzionálnímu přístupu nebo kombinaci kategoriálního a dimenzionálního pojetí a zpřesňování validity a reliability. Nelze také vyloučit, že budoucí diagnostika bude více vycházet z určitého teoretického modelu.

Podle MKN-10 představují poruchy osobnosti

„extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště utváří vztahy s druhými. Takové vzorce chování mají tendenci být stabilní a zahrnovat různé oblasti chování a psychologických projevů. Jsou často, i když ne vždycky, sdruženy s jistým stupněm subjektivní tísně a problémy v adaptivní společenské ak-

tivitě a v dosahování žádoucích cílů... specifická porucha osobnosti je těžké narušení v charakterové skladbě a tendencích jedince, zahrnující obvykle několik oblastí osobnosti. Téměř vždy je sdružena se závažným osobním a sociálním selháním.“

Klinici pokračují v užívání kategoriální klasifikace (DSM-IV nebo MKN-10) navzdory rozšířenému poznání, že kategorie jsou směsicí teorie, přesvědčení a historického vývoje (Mulder a Joyce, 1997).

Tab. 1 Vývoj klasifikace poruch osobnosti podle DSM (Coolidge a Segal, 1998)

DSM-I (1952)	DSM-II (1968)	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV (1994)
Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní
Schizoidní	Schizoidní	Schizoidní	Schizoidní	Schizoidní
Antisociální	Antisociální	Antisociální	Antisociální	Antisociální
Emočně nestabilní	—	Hraniční	Hraniční	Hraniční
Kompulzivní	Obsedantně-kompulzivní	Kompulzivní	Obsedantně-kompulzivní	Obsedantně-kompulzivní
Pasivně agresivní	Pasivně agresivní	Pasivně agresivní	Pasivně agresivní	—
Cyklotymní	Cyklotymní	—	—	—
Neadekvátní	Neadekvátní	—	—	—
Disociální	—	—	—	—
Sexuální deviace	—	—	—	—
Závislosti	—	—	—	—
—	Explozivní	—	—	—
—	Hysterická	Histrionská	Histrionská	Histrionská
—	Astenická	—	—	—
—	—	Schizotypní	Schizotypní	Schizotypní
—	—	Narcistická	Narcistická	Narcistická
—	—	Vyhýbavá	Vyhýbavá	Vyhýbavá
—	—	Závislá	Závislá	Závislá
			Příloha A	Příloha B
			Sebebránící	—
			Sadistická	—
			—	Pasivně-agresivní
			—	Depresivní

1.2 Klasifikace poruch osobnosti

Klasifikace poruch osobnosti patří k nejobtížnějším a nejkontroverznějším kapitolám psychiatrické klasifikace. Zejména psychoanalyticky a psychoterapeuticky orientovaní psychiatři neradi používají rozdělení poruch osobnosti do skupin podle „kategoriální klasifikace“, podle které jednotlivé diagnózy představují kvalitativně odlišné kategorie a spíše je jim blízký „dimenzionální pohled“, podle kterého představují poruchy osobnosti maladaptivní varianty běžných osob-

nostních rysů, které se vzájemně prolínají a přecházejí neznatelně do normy (Smolík, 1996). Aktuální Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10, 1992) používá kategoriální hledisko. Vychází především z popisů dlouhodobých rysů osobnosti. Výsledkem je základní třídění poruch osobnosti do několika kategorií, které lze relativně dobře definovat a vzájemně odlišit. Každá porucha v této skupině může být klasifikována podle převládající formy projevů v chování a utváření sociálních vztahů. Jednotlivé typy se však vzájemně nevyklučují a někdy se v různých charakteristikách překrývají.

Podle definice MKN-10 (1992) se poruchy osobnosti projevují

„charakteristickou a trvalou vnitřní strukturou a projevy chování jedince, které jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného přijatelného chování dané společnosti (nebo „od normy“)“ (MKN-10, 1992).

Tyto odlišnosti se musí projevovat v několika oblastech, kam patří:

- (1) poznávání, tj. způsoby vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí, formování přístupu k sobě a ostatním;
- (2) emotivita (rozsah, intenzita a přiměřenost emočního vznětu a odpovědi);
- (3) ovládání impulzů a uspokojování potřeb;
- (4) způsob chování k ostatním a zvládání interpersonálních potřeb.

Tyto vzorce chování, stejně jako pohled na sebe, druhé a svět, jsou zpravidla pro nositele přijatelné a egosyntonní, ale vedou ke konfliktům s ostatními. Abnormální vzorec chování je trvalý, dlouhodobý a není omezen na epizody duševního

Tab. 2 Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro F60 – specifická porucha osobnosti

- | | |
|----|---|
| G1 | Je průkazné, že charakteristická a trvalá vnitřní struktura a projevy chování jedince jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného přijatelného průměru chování dané společnosti (nebo od „normy“). Tato odchylka se musí projevovat ve více než v jedné z následujících oblastí: |
| | 1. poznávání, tj. způsoby vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí; formování přístupů k sobě a ostatním a představ o sobě a ostatních; |
| | 2. emotivita (rozsah, intenzita a přiměřenost emočního vznětu a odpovědi); |
| | 3. ovládání svých impulzů a uspokojování potřeb; |
| | 4. způsob chování k ostatním a zvládání interpersonálních situací. |
| G2 | Odchylka se musí projevovat jako výrazné nepřizpůsobivé, maladaptivní nebo jiným způsobem dysfunkční chování v rámci širšího okruhu osobních a sociálních situací, tj. není omezena pouze na specifický „spouštěcí“ moment nebo na specifickou situaci. |
| G3 | Způsob chování podle kritéria G2 je příčinou osobních obtíží nebo má nepříznivý dopad na sociální prostředí nebo má oba důsledky. |
| G4 | Musí být průkazné, že odchylka je stálá nebo dlouhotrvající a že začala ve věku pozdního dětství nebo adolescence. |
| G5 | Odchylku nelze vysvětlit jako projev nebo důsledek jiné duševní poruchy dospělého věku, i když současně s odchylkou se mohou vyskytovat nebo na ni nasedat epizodické nebo chronické stavy z oddílů F00–F59 nebo F70–F79*. |
| G6 | Jako možná příčina odchylky musí být vyloučeno organické onemocnění, úraz nebo dysfunkce mozku. (Pokud lze prokázat organickou příčinu, měla by být použita kategorie F07.) |

* aktuální duševní poruchy

onemocnění. Porucha osobnosti vede ke značné osobní nepohodě, ale to může být zřejmé až v pozdějším průběhu. Bývá obvykle, i když ne vždy, sdružená s významným zhoršením výkonu jak v zaměstnání, tak ve společenské oblasti.

Porucha osobnosti může předcházet jiným psychickým poruchám nebo se s nimi může vyskytovat současně. Lidé s poruchou osobnosti při frustraci snadno podléhají úzkosti, somatoformním poruchám, depresi nebo závislosti na návykových látkách. Maladaptivní projevy vedou někdy k utrpení nositele, ještě častěji jeho okolí. Lidé trpící poruchou osobnosti často nevidí problém u sebe, ale u druhých osob.

Nespokojenost vyjadřují jen tehdy, pokud jejich vzorce chování selhávají při naplňování potřeb. Často si stěžují, že je ostatní nespravedlivě posuzují nebo brání tomu, aby mohli být spokojeni.

Projevy poruchy osobnosti se zpravidla poprvé objevují ve věku pozdního dětství nebo adolescence a přetrvávají prakticky celý život. Dochází u nich k určitým výkyvům vyvolaným nepříznivými vnějšími (pracovní problémy, partnerské problémy, narození dítěte apod.) nebo vnitřními (přechod do dalšího generačního období, tělesné onemocnění) faktory. Mluvíme pak o obdobích

Tab. 3 Specifické poruchy osobnosti v klasifikaci MKN-10 (1992)

F 60	SPECIFICKÉ PORUCHY OSOBNOSTI
F 60.0	Paranoidní porucha osobnosti
F 60.1	Schizoidní porucha osobnosti
F 60.2	Disociální porucha osobnosti
F 60.3	Emočně nestabilní porucha osobnosti
F 60.4	Histrionská porucha osobnosti
F 60.5	Anankastická porucha osobnosti
F 60.6	Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti
F 60.7	Závislá porucha osobnosti
F 60.8	Jiné
F 61	SMÍŠENÉ A JINÉ PORUCHY OSOBNOSTI
F 62	PŘETRVÁVAJÍCÍ ZMĚNY OSOBNOSTI, KTERÉ NELZE PŘISOUDIT HRUBÉMU POŠKOZENÍ NEBO NEMOCI MOZKU
F 62.0	Přetrvávající změna osobnosti po katastrofické zkušenosti
F 62.1	Přetrvávající změna osobnosti po psychiatrickém onemocnění
F 62.8	Jiné (narcistická porucha osobnosti, pasivně agresivní porucha osobnosti)
F 62.9	Nespecifikované

Poznámka: Jednotlivé diagnózy poruch osobnosti jsou diagnostické nálepky, které vznikly typizováním, hledáním určitých společných rysů. V každé diagnostice jde o abstrakci, v níž jsou určité podstatné vlastnosti osobnosti zdůrazněny a jiné opomenuty. Ne proto, že by nebyly podstatné, ale proto, že nezapadají do konstelace typických vlastností, které k nějakému účelu sledujeme. Psychiatrické diagnózy představují určitý výběr vlastností, které jsou maladaptivní. V kritériích nejsou žádné „pozitivní diagnózy“, které by upřesňovaly důležité adaptivní rysy. Navíc i „negativní pojetí diagnózy“ je značnou redukcí. Ve skutečnosti se takové čisté typy vyskytují málo. Většina pacientů s poruchou osobnosti patří k typům smíšeným. V kontrastu proti diagnostickému typu nebo nálepce pojem individuality vyjadřuje svéráznost a jedinečnost každého člověka. Ta je daná svéráznou a vrozenou neuropsychickou výbavou (temperamentem) a jedinečnou životní zkušeností, jež formovala charakter. Každá osobnost konkrétního pacienta je individualitou, tj. bytostí s jedinečnými vlastnostmi. Diagnostikováním tedy vystihujeme jen něco z rysů osobnosti, nikoliv však člověka v jeho jedinečnosti a individuální rozmanitosti.

kompenzace nebo **dekompenzace** stavu. Ve stáří dochází obvykle ke zmírnění některých povahových rysů (explozivních, fanatických, anankastických, agresivních, schizoidních), na druhou stranu může dojít ke zvýraznění paranoidních rysů a lítostivosti.

1.3 Prevalence poruch osobnosti

Poruchy osobnosti jsou relativně časté v běžné populaci. Četnost výskytu poruch osobnosti i jednotlivých druhů poruch osobnosti se v různých výzkumech odlišuje. Značně záleží na způsobu výběru i způsobu zařazování do diagnostických skupin (Koukolík a Drtilová, 1996). Celková prevalence poruch osobnosti je udávána mezi 6–9 % (Smolík, 1996), ale i vyšší – 10–15 % (Clarkin, 1998). Podle Weissmanové (1993) je celoživotní prevalence v obecné populaci 10–13 %, podle Nortona (1992) asi 10 %. V první australské národní studii duševních poruch (Jackson a Burgess, 2000) byla prevalence poruch osobnosti podle zkoumaného souboru odhadnuta na 6,5 % (to znamená, že 870 000 osob starších 18 let trpí v Austrálii poruchou osobnosti).

Podíl osob s poruchou osobnosti ve všeobecné ambulantní péči se odhaduje mezi 20 a 30 % (Norton, 1992). Mezi ambulantními psychiatrickými pacienty je 30–50 % osob s poruchou osobnosti (Koenigsberg a kol., 1985) a kolem 15 % hospitalizovaných pacientů přichází do psychiatrických zařízení pro problémy primárně související s jejich poruchou osobnosti. Až polovina zbylých hospitalizovaných pacientů má komorbidní poruchu osobnosti (Loranger, 1990). Někteří výzkumníci docházejí k ještě vyšším číslům. Například Coolidge et al. (in Coolidge a Segal, 1998) našli u mladších duševně nemocných chronických pacientů poruchu osobnosti v 66 %, u starších v 58 % případů. Ze 1439 pacientů 84 privátních ženevských psychiatrů jich bylo hodnoceno jako porucha osobnosti 75 % (Aapro et al., 1999). Asi 50 % pacientů vyhledávajících psychoterapii má poruchu osobnosti (in Coolidge a Segal, 1998).

1.4 Etiologie poruch osobnosti

Je velmi nepravděpodobné, že některá z poruch osobnosti by měla jednoduchou příčinu, ať výchovnou či biologickou. Pravděpodobnější je, že etiologie poruch osobnosti představuje komplexní kombinaci mezi temperamentem (tj. genetickými a dalšími biologickými faktory) a charakterem (tj. vývojovými a environmentálními faktory). I když stupeň toho, jak se které faktory uplatňují v etiologii, bude u různých poruch osobností různý, všechny tyto faktory jsou

vždy důležité. Jde tedy o multifaktoriální biologické determinanty (genetické vlivy, perinatální poškození, záněty mozku apod.) a vlivy z okolního prostředí (rodinné, sociální a kulturní vlivy, psychotraumatické životní události apod.). **Predispozice** ke vzniku poruchy osobnosti je dána pravděpodobně geneticky, nejspíše polygenně. Může však také souviset s prenatálním obdobím vývoje dítěte, kdy vlivy z vnitřního prostředí plodu, ale i zevní zátěžové faktory působící na matku (stres, virové onemocnění apod.), mohou ovlivnit vývoj mozku dítěte. Podobně mohou mít vliv drobná mozková poranění během porodu. Rodinné prostředí v raném dětství pak hraje významnou roli při formování postojů dítěte. Psychosociální vlivy – neúplnost rodiny, konfliktní, emočně vypjaté rodinné prostředí, příliš trestající, restriktivní nebo tvrdá výchova, na druhé straně i nadměrné rozmazlování – mají velmi výrazný vliv na rozvoj **dispozice** k poruše osobnosti. V dalším vývoji na to nasedají vlivy školy, vrstevníků (party) a kulturní vlivy, které mají často **patoplastický a akcelerující vliv** (např. násilí v televizi, ve filmech, počítačové hry apod.).

1.5 Temperament a charakter

Moderní výzkumná i klinická zkušenost ukazují, že jak osobnosti, tak jejím poruchám lze nejlépe porozumět jako interakci temperamentu a charakteru. Neurobiologické a biosociální formulace poruch osobnosti nyní přitahují pozornost a jsou podrobovány detailnímu výzkumu (Millon, 1996; Cloninger, 1993).

Rozlišení charakteru a temperamentu je významné nejen z teoretického hlediska, ale i z potřeby cílenějšího plánování terapie: Individuální, na náhled orientovaná psychoterapie může být zaměřena na charakter, méně však nebo vůbec neovlivňuje temperament. Ovšem ochranná kvalita prostředí (komunitní nebo skupinové klima) a terapeutického vztahu, podmiňování, stejně jako psychofarmaka, mohou postupně modulovat temperamentovou dimenzi. Podobně cílené kognitivní intervence jsou účinné hlavně při modifikaci charakterových (nebo v terminologii kognitivní terapie – schématických) dimenzí osobnosti. Naopak, některé behaviorální intervence, jako jsou expoziční léčba, podmiňování, desenzibilizace a nácvik, jsou účinné v modifikaci temperamentových (stylových) dimenzí osobnosti. Je však nutné říci, že pokud dojde ke změně v charakterových dimenzích, je vždy přítomná i určitá změna v temperamentových dimenzích a naopak.

Co je to temperament a co charakter? V další části uvedeme některá historická a současná pojetí.

Temperament

Temperament můžeme chápat jako dispozici k emocionálním reakcím. G. W. Allport (1961) chápe temperament jako charakteristické projevy emocionální povahy jedince, kam patří jeho vnímavost k emocionálním podnětům, jeho obvyklá síla a rychlost odpovědi, kvalita jeho převládající nálady a všechny zvláštnosti fluktuace a intenzity nálady. Obecným znakem temperamentu je **vzrušivost**, která se projevuje jak vnitřně v intenzitě prožívání citů a snah, tak i navenek jako ráznost akce a bezprostřednost projevu. Neurofyziologicky souvisí temperament zřejmě s lehkostí vzniku a průběhu procesu podráždění. Zvláštním druhem vzrušivosti je **senzibilita**, což je citlivost vůči stimulaci vůbec nebo vůči podnětům určité kategorie. Biologické faktory jsou však jen jednou stránkou osobnostní reaktivity, která se podstatně formuje také pod vlivem sociální zkušenosti. Sociální imperativy, s nimiž dítě s určitou vrozenou temperamentovou dispozicí přichází často do styku, mohou tuto dispozici udržovat (např. „Náš Pavel je stále uzavřený do sebe.“), posilovat nebo zeslabovat (např. „Nebud' tak pomalý!“ nebo „Nebud' pak zbrklý!“). Faktory výchovy, zvláště kvalita vazby s matkou v časném dětství, ale i další interakce s prostředím, mohou tedy formovat, popřípadě měnit řadu projevů temperamentu. Existují však dispozice v temperamentu, které jsou v průběhu individuálního vývoje téměř neměnné, nebo se mění jen obtížně.

Již antičtí Řekové rozlišovali typy osobnosti podle temperamentu. Hippokratova teorie čtyř temperamentů vycházela z naivní humorální koncepce. Temperamentem rozuměl povahu člověka, která podle něj závisela na poměru čtyř hlavních šťáv v lidském těle: krve – *sanguis*, černé žluči – *melancholé*, žluči – *cholé* a slizu – *flegma*. Podle poměru těchto šťáv v organismu stanovil čtyři hlavní reaktivní typy: **sangvinik** (vyrovnaný), **melancholik** (emotivně založený), **cholerik** (prudký, výbušný), **flegmatik** (lhostejný). Hippokratovo dělení bylo založeno pouze na pozorováních a teoretický výklad byl dobový. Přesto jeho zhodnocení psychologických typů bylo neobyčejně výstižné a je inspirační dodnes. Na počátku 20. století chápe ruský fyziolog I. P. Pavlov různé typy temperamentu jako projevy různých typů nervové činnosti, které jsou určeny vlastnostmi procesů podráždění a útlumu (pohyblivost, síla, vyrovná-

Obr. 1 Schéma Pavlovovy typologie temperamentů

