

Poruchy osobnosti

Ján Praško a kol.



Táto elektronická kniha bola zakúpená v internetovom kníhkupectve **Martinus.sk**

Meno a priezvisko kupujúceho: **Juraj Lexmann**

E-mail: **juraj@lexmann.sk**

Upozorňujeme, že elektronická kniha je dielom chráneným podľa autorského zákona a je určená len pre osobnú potrebu kupujúceho. Kniha ako celok ani žiadna jej časť nesmie byť voľne šírená na internete, ani inak ďalej zverejňovaná. V prípade ďalšieho šírenia neoprávnene zasiahnete do autorského práva s dôsledkami podľa platného autorského zákona a trestného zákonníku.

Veľmi si vážime, že e-knihu ďalej nešírite. Len vďaka Vaším nákupom dostanú autori, vydavatelia a kníhkupci odmenu za svoju prácu. Ďakujeme, že tak prispievate k rozvoju literatúry a vzniku ďalších skvelých kníh.

Ak máte akékoľvek otázky ohľadom použitia e-knihy, neváhajte nás prosím kontaktovať na adrese **eknihy@martinus.sk**

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 hýčkání 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	PŘETRVÁVÁJÍCÍ 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.

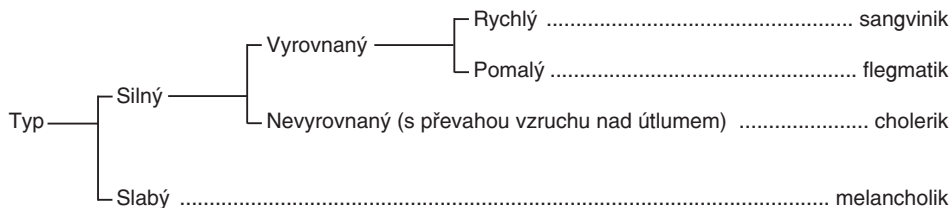
Co je to temperament a co charakter? V další části uvedeme některá historická a současná pojetí.

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, vyrovna-

Obr. 1 Schéma Pavlovovy typologie temperamentů



nost). Různým kombinacím těchto vlastností odpovídají různé typy temperamentu. Typ má v Pavlovově pojetí dvojí význam: 1. znamená charakteristický způsob reagování, příznačné chování zvířete nebo člověka; 2. představuje určitý komplex základních vlastností nervových procesů zvířete nebo člověka. Psychologicky je podle Pavlova temperament projevem typu vyšší nervové činnosti. Typ vyšší nervové činnosti podstatně formuluje chování člověka. Fyziologickým základem lidského chování není však jen typ vyšší nervové činnosti, nýbrž i získané podmíněné spoje.

Kromě těchto temperamentových typů, které Pavlov ohraničil u lidí i u zvířat, vytvořil ještě další, speciálně lidskou typologii, na základě vzájemného vztahu obou signálních soustav. **Umělecký typ** je charakterizován převládáním činnosti první signální soustavy. Vyznačuje se konkrétností, smyslovým chápáním skutečnosti a zvýšenou obrazností. U **myslitelského typu** převládá činnost druhé signální soustavy. Vyznačuje se racionálním vztahem ke skutečnosti a zvýšeným sklonem k abstraktnímu pojetí světa. U **středního praktického typu** jsou obě signální soustavy v rovnováze, poměr k životu je vyrovnaný, sepětí teorie s praxí je účelné.

Německý psychiatr W. Kretschmer věřil, že existuje korelace mezi stavbou těla a temperamentem, která vzniká endokrinně humorální cestou. Vztahuje temperament k následujícím psychickým kvalitám: 1. **psychestézii** (citlivosti nebo necitlivosti k psychologickým dojmům), 2. **barvě nálady** (libostnímu nebo nelibostnímu zabarvení psychických obsahů a pozic na škále radostný až smutný), 3. **psychickému tempu** (zrychlení nebo útlumu psychických průběhů obecně a také jejich speciálnímu rytmu), 4. **psychomotilitě** (obecnému pohybovému tempu: pohyblivosti – pohodlnosti). Kretschmerovy nálezy o korelaci různých typů temperamentu s různými typy stavby těla však nebyly dostatečně potvrzeny.

Anglický psycholog H. J. Eysenck (1960) dospěl při srovnání vlastních výsledků faktorové analýzy osobnosti se čtyřmi klasickými temperamenty a dalšími nálezy, které se týkají faktorů osobnosti vůbec ke schématu uvedenému na obr. 2.

V jednom z modernějších pojetí, které vytvořil americký psycholog Cloninger (1993), je temperament vrozená, zejména geneticky podmíněná, konstituční složka osobnosti. Zatímco charakter odráží psychologický rozměr osobnosti, temperament odráží biologický rozměr osobnosti. U temperamentu rozlišuje Cloninger (1993) čtyři dimenze:

- vyhledávání nového (orig. *novelty-seeking*),
- vyhýbání se ohrožení (orig. *harm-avoidance*),
- závislost na odměně (orig. *reward-dependence*),
- odolnost (orig. *perzistence*).

Jiní výzkumníci přidávají další, pátou dimenzi temperamentu (Costello, 1996) a to impulzivitu a agresivitu. (Podrobněji o typologii viz kapitola „Psychologická diagnostika poruch osobnosti“).

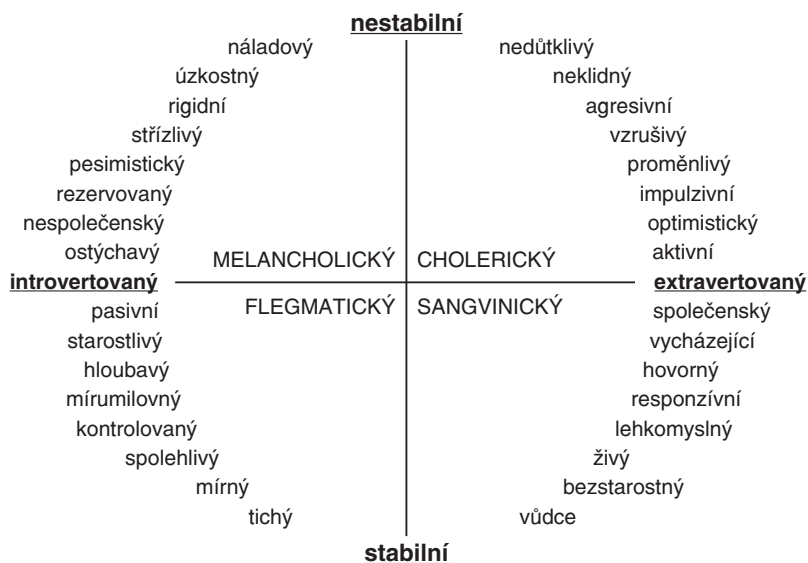
Charakter

Pojmu charakter užívá už Theophrastos ve 3. století před naším letopočtem ve své práci *Charaktery*. Jeho literární dílo obsahuje analýzu třiceti různých povahových typů. Analýzami charakteru se zabývali pak zvláště francouzští moralisté a dále Lichtenberg, Schopenhauer, Nietzsche aj. Freud zdůraznil u osobnosti jako její charakter to, co získala v interakci s nejbližšími osobami v raném období dětského vývoje. V psychoanalytickém pojetí je charakter vyjádřením specifických obranných mechanismů. Například pro anankastický charakter jsou typické obranné mechanismy izolace afektu, intelektualizace a racionalizace. Termín charakter (z řeckého *charassein* – vyrýt, vytisknout), ekvivalent českého pojmu povaha, má v psychologii tři významy:

1. vyjádření fenomenální zvláštnosti individua projevujícího se v různých situacích týmiž rysy;
2. strukturální základ projevů osobnosti (něco stabilního, setrvávajícího);
3. etické hledisko v hodnocení projevů osobnosti.

Lze rozlišit **širší a užší pojetí charakteru** – širší se kryje s pojmem osobnost. Ilustrativní vysvětlení podávají fenomenologové: charakter pokládají za zvláštní způsob vyjadřování člověka. Tento zvláštní způsob vyjadřování se projevuje v pohybech, v prožívání a reagování na různé situace, ve způsobu, jak člověk mi-

Obr. 2 Eysenckovy faktory osobnosti



luje a žárlí, rovněž tak ve stylu života, v potřebách, touhách a cílech, které si vytýčuje, i v ideálech, které vytváří, a v hodnotách určujících lidské jednání (Hyhlík a Nakonečný, 1977). Proti tomuto širšímu pojetí stojí pojetí užší. V behaviorismu jsou rysy charakteru v podstatě naučenými zvyky chovat se v určitých situacích určitým způsobem. Při užším pojetí lze charakter lépe operacionalizovat a odlišit jej od pojmu temperament, zatímco v širším pojetí se oba pojmy do velké míry překrývají. Pro potřebu pragmatického pojetí této monografie se proto budeme držet užšího vymezení charakteru.

Charakter (povaha) je tedy získaná složka osobnosti, která vzniká psychosociálním učením během raného vývoje. Rozvíjí se působením vnějších vlivů, především blízkých mezilidských vztahů. Charakter z velké části určuje relativně stálou pohotovost jedince projevovat se určitým charakteristickým způsobem. Je individuální a nikdy se zcela neopakuje u jiného. Je samozřejmé, že vznik, rozvoj a fixace určitých vlastností jsou závislé na mnoha neurobiologických faktorech, zejména na temperamentu, ale rozhodujícím faktorem pro rozvoj charakteru se stává nápodoba, posilování a souhlas nebo nesouhlas členů skupiny, do níž je člověk pevně zapojen.

Sociální faktory charakteru závisí především na určitých znacích rodinného prostředí. Zejména podmínky v prvních čtyřech letech života utvářejí osobnost člověka velmi podstatně. Rozhodující faktory, které se podílejí na rozvoji charakteru, jsou tyto: bezpečná vazba mezi matkou a dítětem, vzory v rodičovském chování, konzistence rodinného života, demokratičnost (autokratičnost) rodičovské kontroly, vzájemná důvěra a souhlas mezi dětmi a jejich rodiči a shovívavost (přísnost) rodičovské disciplíny a trestání. Významným faktorem je zvláště vzájemná důvěra mezi rodiči a jejich dětmi, neboť tento faktor nejvíce koreluje se silou ega a s morální stabilitou jedince. Socializační proces, obzvláště napodobování, zrcadlení a spolupráce, pomáhají k rozvoji sebepojetí a pocitu smyslu v životě (Cloninger, 1993). Významnou formou sociálního učení je učení nápodobou. Mnohé způsoby chování dětí (pohyby, držení těla, běžná slova apod.) jsou produktem prostého napodobení na základě identifikace dítěte s blízkou osobou. Napodobování se nejčastěji děje na základě identifikace, jejímž podkladem je citová vazba. Dítě nenapodobuje každého, nýbrž hlavně toho, kdo mu něčím imponuje (důvěra, obdiv, síla, odvaha, ale i moc, dramatizace apod.) – bohužel může také napodobit agresora. První sociální učení se nevztahuje k faktům, nýbrž k citům. Nejprve se člověk učí milovat, nenávidět nebo se bát, teprve později se učí hledat pro tyto citové vztahy důvody. Proces socializace citů probíhá zřejmě jako složitá diferenciacie emocionálních struktur a této diferenciaci odpovídá složitější diferenciacie v obsazích prožívání. V procesu socializace se emocionální struktury diferencují (mj. získávají kognitivní obsahy) a základem této diferenciacie je vrozená dispozice (temperament). Lze předpokládat, že člověk, podobně jako zvířata, má nejméně čtyři **vrozené afekty**. Je to **vztek** jako vrozená reakce na překážku v pohybu, **strach** jako vrozená reakce na ohrožení života, **smutek** jako vrozená reakce na ztrátu někoho nebo něčeho, a **radost** jako vrozená reakce na získání něčeho žádoucího.

Z těchto čtyř základních modalit emocionálního reagování se postupně diferencují jemnější obsahy prožívání až po složité city, etické, estetické a morální. Proces socializace postihuje také vnější výraz citů (předstírání, skrývání nebo potlačování citů, společenská forma v citovém prožívání, společenské rituály aj.). Dochází ke stylizaci citových projevů, což je dalším specifickým případem kultivace citů.

Kognitivní schémata a kognitivní procesy

Jedním z přístupů specifikujících charakterologické komponenty osobnosti je kognitivní teorie používající termín **schéma**. Podle této teorie je charakter tvořen systémem tzv. kognitivních schémat. Pojem „schéma“ v této souvislosti jako první použil francouzský psycholog J. Piaget (1929). Podle něj je na počátku vývoje myšlení činnost. Tím, že dítě operuje s věcmi, objevuje jejich vlastnosti a postupně reorganizuje svá kognitivní schémata, aby dosáhlo rovnováhy mezi strukturou svých činností a těmito vlastnostmi věcí (tzv. akomodace). Tím dítě poznává a interiorizuje funkční vztahy mezi sebou a věcmi a později i mezi věcmi a jevy samotnými, včetně sociálních situací, sebe sama a svého místa ve světě.

Jak v psychoanalytické tradici (Horowitz, 1988; Slap & Slap-Sheldon, 1991) tak v tradici kognitivní terapie (Beck, 1964; Young, 1990) označuje pojem schéma „základní přesvědčení, na jejichž základě si člověk organizuje svůj pohled na sebe, na svět a na budoucnost“. Americký psychiatr A. T. Beck definoval kognitivní schéma jako „relativně stabilní způsob organizace myšlení a hodnocení událostí“. Tato schémata, představují souhrn základních, často nevyřčených a nevědomých předpokladů o tom, jaký jsem, jaký je svět kolem mě a co od něj mohu očekávat. Beck popsal celou řadu kognitivních schémat, která lze podle něj vyjádřit formou určitých pravidel či předpokladů, např. „Pokud se mi něco nepodaří, znamená to, že jsem jako člověk selhal!“ nebo „Nemohu být šťastný, pokud mě druzí lidé nemají rádi!“ Beck předpokládá, že kognitivní schémata se vytvářejí pod vlivem zkušeností v raném dětství a že mohou zůstat dlouhou dobu latentní nebo skrytá, tj. neovlivňovat psychický stav. Pokud jsou však určitou událostí aktivována, mohou spustit dekompenzaci osobnosti nebo aktuální psychickou poruchu, jako je např. deprese nebo úzkostná porucha. Vzhledem k tomu, že kognitivní schémata jsou často nevědomá, nejsou za normálních okolností kriticky přezkoumávaná a jejich platnost není ověřována. Přesto řídí pohled na sebe, druhé a svět, a tím i chování jedince. Původně Beck schémata kategorizoval do tří skupin podle oblasti prožívání, ve které se nejvíce uplatňují:

- **Výkon** – schémata týkající se nároků na sebe a potřeby úspěchu, např.: „Abych byl šťastný, musím být úspěšný ve všem, s čím se setkám!“, „Pokud udělám chybu, znamená to, že nejsem k ničemu!“, „Musím být nejlepší ve všem, co dělám!“
- **Přijetí** – schémata týkající se potřeby být uznáván, milován, chráněn, přijímán druhými osobami, např.: „Abych byl šťastný, musím být uznáván vždy

všemi lidmi (hlavně autoritami)!“, „Nemůžu žít bez lásky!“, „Pokud se mnou někdo nesouhlasí, znamená to, že mě nemá rád!“, „Moje hodnota závisí na tom, co si o mně ostatní myslí!“

■ **Moc** – schémata týkající potřeby mít události pod kontrolou, potřeby síly, převahy, kontroly nad chováním svým i ostatních, potřeby poslušnosti a loajality druhých, např.: „Měl bych být vždy schopen všechno zvládnout sám!“, „Všichni mi musí stále pomáhat!“, „Nikomu se nedá věřit!“ či „Všichni mě musí stále poslouchat!“

Stabilita kognitivních schémat ovšem není zcela absolutní. Vzniklé schéma na jedné straně ovlivňuje hodnocení vnějších podnětů tak, aby odpovídaly a shodovaly se s existujícím schématem – tento proces nazýváme **asimilace**. Například člověk, jehož základní přesvědčení – schéma – říká, že „Lidem nejdě věřit!“, bude mít tendenci neutrální, případně i přátelské chování lidí kolem sebe hodnotit jako neupřímné a zakrývací jejich „skutečné“ nepřátelské úmysly. Maladaptivní asimilace probíhá pomocí kognitivních omylů (závěry skokem, selektivní abstrakce, diskvalifikace pozitivního, katatymní zkreslení skutečnosti, čtení myšlenek apod.

Tab. 4 Typické kognitivní omyly umožňující asimilaci událostí podle kognitivních schémat

1. <i>Nepodložené závěry</i> (svévolná dedukce)	Člověk dospívá k určitému přesvědčení či hodnocení na základě nedostatečného množství informací. Jde o vyvozování závěrů „skokem“.
2. <i>Zkreslený výběr faktů</i> (selektivní abstrakce)	Člověk si všímá pouze toho, co „potvrzuje“ jeho přesvědčení, a přehlíží fakta svědčící o opaku.
3. <i>Nadměrné zevšeobecnění</i> (nadměrná generalizace)	Jedinec z jednotlivé události vyvozuje dalekosáhlé závěry.
4. <i>Přehánění a bagatelizace</i>	Tendence přikládat určitým faktům nadměrný význam a význam jiných faktů snižovat.
5. <i>Vztahovačnost</i> (personalizace)	Tendence vztahovat na sebe náhodné události a přebírat odpovědnost za něco, co člověk ve skutečnosti ovlivnit nemohl.
6. <i>Černobílé myšlení</i> (dichotomní myšlení)	Znamená přemýšlení v absolutních kategoriích „všechno, nebo nic“.
7. <i>Čtení myšlenek</i>	Posuzování, co si druhí myslí, na základě nejasných zevních signálů.
8. <i>Negativní věštby</i>	Ukvapené katastrofické závěry předem, kdy jsou očekávány rovnou nejhorší důsledky
9. <i>Diskvalifikace pozitivního</i>	Tendence proměnit neutrální nebo pozitivní jevy v negativní.
10. <i>Argumentace emocemi</i> (katatymní myšlení)	Tendence přizpůsobovat hodnocení zevních událostí svému emočnímu stavu, bez ohledu na reálná fakta.
11. <i>Značkování</i>	Hodnocení, kdy komplexní jev je simplifikován na jeden (velmi často negativní) atribut.

Beck zdůrazňuje, že těchto kognitivních omylů, či prohrěšků proti logickému myšlení se v běžném životě dopouští každý člověk. S psychickou dekompenzací souvisí však tehdy, když se objevují opakovaně, systematicky, velmi často, postižený je považuje za zcela přesvědčivé, nepochybuje o nich a vyvolávají v něm silné negativní emoce.

Vlivem podnětů a zkušeností, které odporují vytvořenému schématu, však může dojít ke změně tohoto schématu – tomuto procesu říkáme **akomodace**. Například pokud se výše zmíněný člověk dostane do potíží, například onemocní a lidé kolem mu budou nezištně pomáhat, je možné, že svá přesvědčení o tom, že lidem nelze věřit, může změnit. Tyto procesy asimilace a akomodace kognitivních schémat probíhají neustále a pro zdravé fungování psychiky musí být vyvážené (Možný a Praško, 1999). Když totiž převládne rigidní asimilace všech podnětů do existujících kognitivních schémat, mohlo by dojít k postupné ztrátě kontaktu s realitou a rozvoji např. paranoidní psychózy. Na druhé straně při nadměrné akomodaci, tj. kdyby člověk měnil svá přesvědčení pod vlivem každé nové informace a zkušenosti, by mohlo dojít ke ztrátě pocitu kontinuity vlastního „já“.

1.6 Genetika

Bez ohledu na to, co je biologickým korelátem genetického předurčení lidského chování, je zřejmé, že některé typické rysy a vzorce chování jsou přítomné již při narození. Tyto vrozené charakteristiky lze chápat jako tendence, které mohou být posilovány či potlačovány další zkušeností. V nedávné době bylo uveřejněno několik studií popisujících genetickou podstatu konzistentních vzorců chování potvrzenou biologickými nálezy. Polymorfismus v sekvenci genové exprese D4 dopaminového receptoru (na krátkém raménku 11. chromozomu) je ve dvou studiích spojován s vlivem na „vyhledávání nového“ (*novelty seeking*) – Clonningerovou dimenzi temperamentu (Ebstein, 1996; Benjamin, 1996). Dopaminergní funkce ve vztahu k fenoménům, jako jsou kontrola impulzů a hlad po podnětech, je již dlouho předmětem bazálního výzkumu. V těchto souvislostech „genetický marker“ – délka sekvence genu pro D4 receptor, vyznívá víc než nadějně. Dalším předpokládaným genetickým korelátem je serotonergní transmise a její vztah k vrozené tendenci k úzkostným reakcím. Jedinci s vrozenou krátkou variantou sekvence pro transportní protein zabezpečující zpětné vychytávání serotoninu prokazují podle studie Lesche a kol. (1996) sníženou schopnost této funkce, což koreluje s vysokým skóre v Clonningerově „vyhýbání se ohrožení“ (harm avoidance) a vysokou mírou anxiety v psychologických testech.

Hormon oxytocin a opiátový systém v mozku hrají roli při utváření tzv. afiliantního chování (přátelskost, pospolitost, potřeba sociálních interakcí, separační stres, apod. (Sever, 1991; Livesley, 1987). Porucha funkce oxytocinového či opiátového systému vede k dramatickému poklesu afiliantního chování. Poslední genetické výzkumy poukazují i na roli vasopresinu při utváření sociálního chování, např. monogamie apod. (Ferrit, 1996; Coccaro, 1997). Rovněž pro

agresivitu bylo nalezeno několik genetických korelátů. Například je znám případ rodiny s mutací genu pro MAO-A (monoaminooxidáza typu A – enzym odbourávající monoaminy). V této rodině se objevovalo nápadně často těžké agresivní chování (Coccaro, 1998). Nízká aktivita MAO byla často spojovaná s agresí a s nadměrnou touhou po nových podnětech i v jiných studiích.

1.7 Neurobiologie osobnosti

Osobnost a individuální reaktivita na informace

Každý jedinec kráčí ve svém životě nekonečně hustým informačním polem a veškeré informace nemůže zpracovat. Proto dochází k selektivnímu vybírání jen těch informací, které jsou důležité. Ty jsou v dalším kroku zpracovávány a vyhodnocovány. Cílem zpracování relevantních informací z okolí je co nejoptimálnější vyhodnocení situace, ve které se nacházíme, s následnou reakcí a adaptací na vnější prostředí. Každý z nás je jiný a jinak na informační tok světa reaguje, vybírá si jako důležité jiné informace a zpracovává je s odlišnou reakcí. Individuální charakter dlouhodobé reaktivity člověka na svět je dán tím, co je označováno jako struktura osobnosti. Z neurobiologického hlediska je tedy možné osobnost člověka definovat jako **dynamickou organizaci psychobiologického systému, která moduluje adaptaci na zkušenost** (Cloninger, 1994a).

Temperament a charakter

Osobnost je standardně rozdělována na temperament a na charakter. Temperament byl v minulosti považován za vrozený, zatímco charakter se vytváří v interakci se světem a dotvářejí si jej lidé sami, svým zaměřením a svými intencemi. Rozdělení osobnosti na charakter a temperament rovněž odráží zdánlivý rozpor v klasickém pojetí osobnosti. Naše osobnostní struktura je na jedné straně v dospělém věku relativně stabilní, na druhé straně se však i během života vyvíjíme, měníme. Mění se naše reaktivita na svět. Je možné předpokládat, že temperamentové dimenze osobnosti jsou spojené s nějakým stabilnějším neurobiologickým systémem, charakterové dimenze naopak se systémem plastičtější. Současné teorie neurobiologie osobnosti tento předpoklad ve své podstatě potvrzují. Při studiu neurobiologie osobnosti můžeme hovořit na úrovni:

- a) neuroanatomických a funkčních struktur;
- b) neuropřenašecových systémů.

Kognitivní mapy a charakter

Již výše bylo řečeno, že nervový systém reguluje, co si z reality vybere (ohodnotí jako významné), co **vytřídí** nebo **vpustí** do vnitřního prostoru zpracování, případně až do prostoru vnitřní reflexe, tedy do vědomí. Informace, které takto v mozku prostoupí přes talamus, jsou dále zpracovávány v neokortexu. Zpracování informací v této oblasti je založeno na schopnosti vytvářet mentální mapy (schémata) reprezentace světa. Mentální mapy reprezentace jsou skutečně jakési „mapy“, tzn. obrazy světa v neuronálním kódu, které získáváme během individuálního života a které vznikají v důsledku zapojení obrovských populací neuronů v mozku (tzv. **neuronální síť**). Mapa reprezentace se pravděpodobně vytváří na základě **posilování váhy synaptických spojení** při současném (časová koincidence) výskytu dvou a více informací (Hebb, 1949, 1967). Synaptická spojení se posilují zvýšením výdeje neurotransmiteru, zesílením citlivosti receptorů a v konečné fázi i morfologickou přestavbou synapsí, jejich zmnožením. Slyší-li malé dítě slovo mléko a současně dostane napít lahodné bílé tekutiny, spojí si v neuronální síti akustický fenomén (zvuk slova „mléko“) s vizuální, čichovou a chuťovou charakteristikou této tekutiny. Tak dojde k vytvoření (zapojení) jednoduché neuronální sítě zahrnující různé senzorické modalitty. Pro komplex informací, které později vstupují do neokortikálního zpracování, je na základě procesu **porovnávání** nalezena nejvhodnější mapa reprezentace, tzn. v minulosti vytvořené zapojení neuronální sítě. Mapa, která je nejbližší aktuálně zpracovávané informaci, se v informační terminologii označuje jako **atraktor**. Součástí **aktivace** mapy (neuronální sítě, atraktoru) je také sled kroků (vzorec), které musí organismus udělat, aby reagoval adekvátně na určitou situaci. Sled kroků (**operantní funkce**) je již obsažen ve schématu mentální mapy a odpovídá předchozí zkušenosti „jak reagovat“. Například akustický signál slova „mléko“ tedy aktivuje kognitivní mapu mléka s její čichovou, zrakovou a chuťovou modalitou a je tak aktivováno chování vedoucí ke konzumaci mléka. Rychlé nalezení a spuštění té správné mapy (atraktoru) představuje hlavní výhodu takto **paralelně distribuovaných neuronálních sítí**. V případě člověka se může jednat také o spuštění sekvence myšlenek. Myšlení se vyvinulo z vývojově starších motorických (pohybových) příkazů. Člověk je díky své schopnosti sebeuvědomění schopen reflektovat některé vnitřní pochody (příkazy), což tvoří základ myšlenek, přání, představ, tužeb, očekávání apod. Navíc dochází ke stálému **dolaďování** na základě současně zpracovávané situace. V nervovém systému tedy permanentně dochází k tvorbě nových map, vyhledávání, aktivování a dolaďování map již vytvořených (přehled Arbib, 1995).

Na tvorbě kognitivních map se podílejí dva nejdůležitější neurotransmiterové systémy, tedy **excitační glutamatergní** a **inhibiční GABAergní** (GABA – gama amino máselná kyselina) **systém**. Oba tyto systém reagují především prostřednictvím receptorů spážených s rychlými iontovými kanály, a proto zprostředkují rychlé a efektivní zpracování informací v rámci chování a myšlen-

kových procesů. Oba systémy jsou lokalizovány především neokortikálně a právě nekortikální asociační oblasti jsou substrátem kognitivních map.

Člověk prostřednictvím již vytvořených map reprezentace reaguje na skutečnost a tyto mapy tedy odpovídají za individuální reaktivitu (výjimečnost) v kognitivních procesech, tedy za charakterové dimenze osobnosti. Vzhledem k jejich veliké plasticitě se **charakter** na základě zkušenosti dynamicky mění během života a je založený na sociokulturálním podmíněném učení. Odpovídá potom vědomým konceptům o sobě, o ostatních lidech a o světě jako celku. Charakterové dimenze mají především vliv na volní záměry, přání a jednání, odpovídají tedy vědomým kognitivním a motorickým aktům.

V terminologii teorie učení a paměti je charakter založený na deklarativní paměti, která uchovává vyšší abstraktní a symbolické procesy. Anatomicky je spojován především s neokortexem a hipokampem a předpokládá evolučně výrazně mladší adaptační systém. Cloninger (1994b) popisuje tři dimenze charakteru (podrobněji popsané v kapitole Psychologická diagnostika poruch osobnosti):

- **Sebezaměření** (*Self-directedness*) odpovídající za výbavu konceptů o sobě samém (individuální dimenze).
- **Spolupráce** – ochota spolupracovat (*Coopereativeness*) odpovídající za výbavu konceptů o ostatních lidech (sociální dimenze).
- **Sebepřesah** (*Self-transcendence*) odpovídající za přesvědčení spojená s celkem a odpovídá individuálním odchylkám v lidské spiritualitě (univerzální dimenze).

Protože informace jsou v neokortexu zpracovávány paralelně a distribuovaně mezi vzdálenými populacemi neuronů, je obtížné definovat, zda mají jednotlivé dimenze charakteru svou funkčně-anatomickou lokalizaci. Rovněž není jasné, zda je tato otázka položena správně. Nicméně funkčně zobrazovací a neuropsychologické metody výzkumu poruch osobnosti poskytují jisté nálezy. Fronto-temporální kortex je spojován především dimenzí sebezaměření a to na základě neuropsychologického testování u hraničních poruch osobnosti (Swirsky-Sacchetti, Gorton et al., 1993; van Reekum, Conway et al., 1993). Temporoparietální kůra má sníženou aktivitu u osob s antisociální poruchou osobnosti (Cloninger, Svrakic et al., 1993a) a je spojována s dimenzí spolupráce.

Neuromodulace a temperament

V našem mozku se mimo rychlé glutamaterní a GABAergní neurotransmise vyskytuje řada dalších neuropřenašecových systémů, které sice neodpovídají za vlastní zapojení při tvorbě mentálních map, ale podílejí se na modulaci, resp. na nastavení celého systému. Tyto přenašeče jsou ovlivněny léky z různých farmakologických skupin a označují se jako neuromodulátory. Patří mezi ně řada látek, např. dopamin, noradrenalin, serotonin, acetylcholin, histamin a mnoho dalších včetně rů-

ných peptidů apod. Právě neuromodulační role těchto látek bývá spojována s řadou psychických poruch a za klíčovou je považována i v neurobiologii poruch osobnosti, především v temperamentové složce. Temperament je stabilnější složkou osobnosti. Odpovídá automatickým nevědomým asociativním procesům na stimuly a determinuje především emotivitu. Je spíše vrozený a v klasickém pojetí je méně ovlivnitelný učením a sociokulturními proměnnými (Goldsmith et al., 1987). Neovlivnitelnost situací však není absolutní ani v případě temperamentu.

Jak jsme již uvedli dříve, podle teorie Cloningera a kol. (1993b) můžeme rozlišit čtyři dimenze temperamentu:

- **vyhledávání nového** (orig. *novelty-seeking*);
- **vyhýbání se ohrožení** (orig. *harm-avoidance*);
- **závislost na odměně** (orig. *reward-dependence*);
- **odolnost** (orig. *perzistence*).

Jako další dimenzi temperamentu přidávají jiní výzkumníci (Koo-Loeb et al., 2000; Costello, 1996)

■ **impulzivitu a agresivitu.**

Neurobiologické systémy i mechanismy odpovídající za temperamentové dimenze jsou odlišné, než jak je tomu u charakteru, a jsou spojovány především s **neuromodulátory**. Právě neuromodulátory a vývojově starší podkorové neuroanatomické struktury, ze kterých vycházejí jejich projekční dráhy, jsou pravděpodobně klíčové pro temperamentové dimenze osobnosti. Nejjednodušší představou o roli neuromodulátorů je ovlivnění funkce nervového systému ve smyslu behaviorální **aktivace** nebo **inhibice**.

Aktivační systém chování odpovídající za spouštění poznávacího, exploratorního chování u zvířete v novém prostředí je podkladem pro temperamentovou dimenzi vyhledávání nového (*novelty-seeking*). Z neuromodulačních systémů je aktivace, resp. vyhledávání nového, spojováno především s dopaminem (Menza et al., 1990, 1993, 1995) a dynorfinem (Cerbone et al., 1993; Cloninger, 1994a).

Inhibiční systém chování je zodpovědný za blokování chování, které je spojeno s nepříjemným, s riziky, s možným poškozením, je podkladem temperamentové dimenze vyhýbání se ohrožení (*harm-avoidance*). Neodpovídá mu jen vlastní inhibice chování v patologické formě reprezentovaná depresivitou, ale také obavná aktivace reprezentovaná u člověka úzkostí. Z neuromodulátorových systémů je vyhýbání se ohrožení spojováno se serotoninem (Joffe et al., 1993) a dalšími působky, jako je např. vasopresin, oxytocin (Roozendaal et al., 1992).

Behaviorální systém závislosti zodpovídá za varovné reakce při sociální separaci a za posílení chování, které vedlo v minulosti k příjemným pocitům a které se v minulosti ukázalo jako odměněné, ať již v biologickém nebo sociálním smyslu. U člověka je tato dimenze označována jako závislost na odměně (*reward-dependence*). Intenzivní výzkum závislosti na odměně poukazuje zatím na důležitou roli několika neuromodulátorů: noradrenalinu, dopaminu a oxytocinu. Podle

Cloningera (1994), který vychází především z animálních modelů, je oxytocin (hojně zastoupený v amygdale, limbických a prelimbických strukturách) zodpovědný za odměňované chování (Witt et al., 1992, Winslow et al., 1993; Insel et al., 1992). Na základě humánních studií, které sledovaly souvislost mezi dopaminergním D2 receptorem a dependentním chováním, je zdůrazňována také role dopaminu. Přítomnost alely A1 pro D2 receptor vede k nižší hustotě D2 receptorů a tím dochází k nižší dopaminové aktivitě v těch oblastech mozku, které jsou zodpovědné za pocit odměny (*nucleus accumbens*). Osoby s alelou A1 v tomto případě nejsou uspokojovány těmi podněty, které jinak k uspokojení vedou. Proto neustále vyhledávají podněty nové, které by je mohly uspokojit (odměnit). Na základě studia epidemiologie výskytu alely A1 v souvislosti s psychickými poruchami byl popsán „syndrom narušené závislosti na odměně“ s impulzivním chováním, sklonu k závislosti na alkoholu a drogách, antisociálními a agresivními rysy osobnosti (Blum et al., 1996, 1997, 1996; přehled Höschl, 1996).

Systém vytrvalosti v chování je spojený se schopností přepojení od očekávání ohrožení k očekávání odměny. Tento mechanismus je možné považovat za podstatu odolnosti (*perzistence*), kdy jedinec strpí aktuální nepříjemnosti, protože očekává nějakou trvalejší odměnu v budoucnu. Na základě animálních modelů je systém odolnosti spojován s hipokampální projekcí do subicula limbického systému (Cloninger, 1994b; Tai et al., 1991). U člověka je dimenze odolnosti navíc (v souvislosti s jejím předpokládaným zvýšením u obsedantně-kompulzivní poruchy) spojovaná s aktivitou orbitomediálního kortexu (Hay et al., 1993).

Z hlediska učení je temperament založený na individuálních odchylkách v procedurálním učení emočních návyků a sklonů. Odpovídá něčemu, jako je základní emocionalita, a vzniká mechanismem jednoduchého a nevědomého asociativního učení založeného na vjemech spíše než na vědomém myšlení. Mechanismus asociativního procedurálního učení je evolučně velmi starý a rozvinutý již u nejnižších obratlovců (Cloninger, 1994). Anatomicky je procedurální učení spojováno s limbickým systémem.

Shrnutí: Osobnost jako integrace temperamentu a charakteru a jejich neurobiologie

Předpoklad, že osobnost člověka je dána kombinací temperamentových a charakterových dimenzí, vede k představě, že neurobiologický podklad osobnosti je definován integrací mechanismů procedurálního učení a deklarativní paměti. Vrozená složka temperamentu a charakteru je potom dána jakýmsi „přednastavením“ obou systémů.

Biologické mechanismy tvořící podklad **temperamentových dimenzí**, jsou vývojově velmi staré, založené na podmiňování, resp. na procedurálním učení, spojeném u člověka s nevědomým vytvářením vzorců chování a reaktivity. Tento

systém odpovídá za celkové nastavení ve smyslu aktivace (vyhledávání nového), inhibice (vyhýbání se ohrožení), posílení odměněného (závislost na odměně) a schopnosti přepínat mezi vyhýbáním se poškození a očekávání odměny (vytrvalost). Podílí se na bazálním emočním nastavení. Neuroanatomickými systémy temperamentu jsou fylogeneticky staré struktury striata, ventrálního tegmenta a limbického systému, včetně amygdaly. Amygdala představuje systém poskytující vrozené (preformované) emoční reakce, které mohou být použity v rozdílných emočních situacích. Funkce temperamentových dimenzí je dána neuro-modulátory (monoaminy: dopamin, serotonin, noradrenalin; a peptidy: oxytocin, dynorfin, vasopresin a další). Genetická komponenta **pro temperament představuje asi 40–60 %** (Cloninger, Adolfsson a Svrakic, 1996).

Biologické mechanismy tvořící podklad **charakterových dimenzí** jsou vývojově mladé, založené na konceptuálním, deklarativním vědomém učení (kognitivní mapy). Tímto mechanismem jsou vytvářeny soubory přesvědčení o sobě (sebezaměření), ostatních lidech (spolupráce) a o okolním světě (sebepřesah). Neuroanatomicky je lze spojit s asociačními oblastmi neokortexu a s hipokampem, hlavní neurotransmiterové systémy představují glutamatergní a GABA-ergní neurony. Geneticky je charakter determinován výrazně méně než temperament, asi jen z 10–15 % (Cloninger, Adolfsson a Svrakic, 1996).

Na základě tohoto zjednodušeného modelu lze předpokládat, že osobnost je dána interakcí složek obou hlavních neurobiologických systémů.

Neurobiologická východiska pro možnosti terapie poruch osobnosti

Z neurobiologického pohledu jsou temperament a charakter zprostředkovány odlišnými mechanismy, což představuje důležité východisko v úvahách o léčebných možnostech u jednotlivých poruch osobnosti. Charakterové dimenze osobnosti jsou spojené s citlivou a jemnou informační rolí neokortikálních systémů rychlé neurotransmise (glutamát a GABA) a jsou vysoce plastické. Proto je možné předpokládat, že je lze ovlivnit zkušeností, kterou nabízejí některé psychoterapeutické přístupy. Účinné jsou ty techniky psychoterapie, které na základě mechanismů učení a přeučení nabízejí možnost náhrady patologických, resp. maladaptivních map reality mapami novými, resp. adaptivnějšími. Jde zejména o přístupy kognitivní terapie, jako je kognitivní rekonstrukce, plánování času, strukturované řešení problémů, kognitivní restrukturalizace (práce s kognitivními procesy a schémata). Podobně na „charakterové úrovni“ fungují interpretace a konfrontace v psychodynamických terapiích, skupinové psycho-terapii, gestaltterapii a dalších.

V případě patologie temperamentových dimenzí je situace složitější. Jejich neurobiologické mechanismy nejsou přístupné vědomí bezprostředně a jejich

ovlivnění je možné buď postupnou emoční rekonstrukcí osobního vývoje, nebo pomocí vyhasínání (habituače) starých emočních vzorců a podmiňování nových emočních reakcí (expoziční léčba). Z těchto principů vycházejí jak techniky dynamické psychoterapie, která se u některých poruch osobnosti ukazuje jako účinná, tak moderní přístupy kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Avšak vzhledem k tomu, že individuální odchylky v temperamentové výbavě jsou zkušeností ve vývoji jedince podmíněny jen asi z poloviny, psychoterapie nemusí být vždy účinná. Proto se v terapii temperamentových dimenzí poruch osobnosti často neobejdeme bez farmakoterapie. Jednotlivé skupiny psychofarmak postihují právě ty neuro-modulátorové systémy, které jsou zahrnuty v psychopatologii poruch osobnosti.

1.8 Psychoanalytický pohled a vývoj osobnosti

Freud srovnával lidskou mysl s ledovcem. Malá část, kterou je vidět nad vodní hladinou, představuje vědomou zkušenost. Mnohem větší část pod vodní hladinou představuje nevědomí, skladiště impulzů, vášní a nepřístupných vzpomínek, které působí na naše myšlení a chování. Freud nebyl první, kdo objevil nevědomé duševní vlivy – dokonce už Shakespeare je zahrnul do svých her – ale Freud byl první, kdo poukázal na jejich zásadní význam v každodenním životě normální osobnosti.

S pojetím nevědomých procesů úzce souvisí determinismus lidského chování. **Psychologický determinismus** je názor, podle kterého všechny myšlenky, emoce a činy mají svoje příčiny. Freud tvrdil nejen to, že psychické události mají příčinu, ale že většina z nich je způsobena neuspokojenými pudy a nevědomými přáními. V jedné ze svých nejranějších prací, *Psychopatologii všedního života* (1901) tvrdil, že sny, vtipy, zapomínání a přerážení slouží k uvolnění psychického napětí uspokojením zakázaných impulzů a nesplněných přání.

Podle psychoanalytické teorie se může duševní aktivita uskutečňovat vědomým a nevědomým způsobem.

Vědomí

Stav vědomí je často definován jako obvyklý stav uvědomování si vnějších a vnitřních podnětů, to znamená událostí v okolí, tělesných vjemů, vzpomínek a myšlenek. Tato definice se však zabývá pouze jednou stránkou vědomí a nechává stranou fakt, že jsme při vědomí také tehdy, když se pokoušíme řešit problém nebo úmyslně vybrat jeden čin z ostatních možných jako reakci na podmínky

prostředí a osobní záměr. Vědomí tedy zahrnuje: a) **sledování** sebe sama a svého okolí tím způsobem, že vjemy, vzpomínky a myšlenky jsou přesně reprezentovány ve vědomí; b) **ovládání** sebe sama a svého okolí tím způsobem, že jsme schopni zahajovat a ukončovat své jednání a kognitivní aktivity.

Sledování: Hlavní úlohou smyslové soustavy je zpracovávání informací z prostředí, což vede k tomu, že jsme si vědomi toho, co se děje v našem okolí i v našem těle. Není však možné, abychom věnovali pozornost všem podnětům, které útočí na naše smysly, neboť bychom byli informacemi zahlceni. Naše vědomí se zaměřuje na některé podněty a jiné ignoruje. Tato selekce informací má často souvislost s událostmi vnějšího a vnitřního světa. Zatímco se soustředíte na tento odstavec, pravděpodobně si nejste vědomi mnoha podnětů přicházejících z pozadí. Pokud však dojde k nějaké změně – pohasne světlo, ve vzduchu začne být cítit kouř nebo se sníží hluk klimatizace – pak si pravděpodobně těchto podnětů všimnete. Naše pozornost je selektivní, některé události přednostně vstupují do našeho vědomí a stávají se podnětem k zahájení akce. Nejvyšší prioritu mají většinou události, které jsou důležité pro přežití. Máme-li hlad, je obvykle obtížné soustředit se na studium. Pokud náhle ucítíme bolest, vytlačíme ze svého vědomí ostatní myšlenky do té doby, než bolest odstraníme.

Ovládání: Další funkcí našeho vědomí je plánovat, zahajovat a řídit své činy. Ať už je plán jednoduše a snadno uskutečněn (jako například společný oběd s přítelem), nebo je složitý (příprava životní dráhy), své činy musíme provádět a upravovat tak, aby byly koordinovány s událostmi kolem nás. V procesu plánování mohou být události, které se ještě neuskutečnily, představovány v našem vědomí jako budoucí možnosti. Můžeme si v duchu představit alternativní „scénáře“, rozhodovat se mezi možnostmi a zahajovat přiměřené aktivity.

Vědomé procesy většinou podléhají **sekundárnímu procesu** myšlení, který je logický, na cíl orientovaný a odpovídá každodennímu myšlení dospělých lidí.

Ne všechny aktivity jsou řízeny vědomými rozhodnutími a ne všechna řešení problémů jsou prováděna na vědomé úrovni. Jedním ze základních kamenů moderní psychologie je pojetí, podle něhož duševní události zahrnují jak vědomé, tak nevědomé procesy a mnoho rozhodnutí a akcí se odehrává výhradně mimo oblast vědomí. Řešení problému se může objevit „zčistajasna“, aniž bychom si byli vědomi, že jsme o tomto problému přemýšleli. A když máme k dispozici řešení, nemusíme být schopni poskytnout introspektivní popis toho, jak bylo řešení dosaženo. I když můžeme uvést řadu případů rozhodování a řešení problémů, ke kterým došlo na nevědomé úrovni, neznamená to, že **všechna** podobná chování se dějí bez vědomé úvahy. Vědomí nejen sleduje probíhající chování, ale hraje svoji úlohu i při řízení a ovládání tohoto chování.

Předvědomí

Ze všech současných událostí kolem nás, z našich znalostí a z minulých událostí uložených v paměti můžeme v určitém okamžiku zaměřit svoji pozornost pouze na omezený počet podnětů. Nepřetržitě dochází k tomu, že některé podněty vybíráme, jiné ignorujeme a odmítáme, čímž se vědomí neustále mění. Avšak i objekty nebo události, které toho času nejsou v centru pozornosti, mohou mít na vědomí určitý vliv. Například si nemusíte být vědomi toho, že hodiny odbíjejí celou hodinu. Po několika úderech však zpozorníte, zpětně se zaposloucháte a spočítáte údery, o kterých jste předtím nevěděli, že je slyšíte. Hovorově říkáme, že tyto podněty nás ovlivňují **podvědomě**, nebo že pracují na podvědomé úrovni vědomí.

Mnoho vzpomínek a myšlenek není v určité chvíli částí našeho vědomí, pokud je to však potřebné, mohou být do vědomí vyvolány. V této chvíli nemáte ve svém vědomí události letošní dovolené, ale vzpomínky na ni jsou vám dostupné, pokud si je přejete vyvolat, a poté se stanou živou částí vašeho vědomí. Vzpomínky, které jsou takto dostupné vašemu vědomí, se nazývají **předvědomé vzpomínky**. Zahrnují specifické vzpomínky na osobní události, informace shromážděné v průběhu života, jako například znalost významu slov, plán ulic ve městě nebo polohu určitého státu. Také zahrnují znalosti naučených dovedností, jako například řízení auta nebo postup při zavazování tkaniček. Tyto postupy, pokud jsme je již jednou zvládli, pracují mimo naše vědomí, ale pokud k nim svoji pozornost obrátíme, jsme schopni popsat kroky, ze kterých se skládají. Souhrn těchto vzpomínek a procesů se nazývá **předvědomí**.

Nevědomí

Podle psychoanalytické teorie jsou některé vzpomínky, impulzy a touhy našemu vědomí nedostupné. Psychoanalytická teorie označuje jejich souhrn jako **nevědomí**. Freud se domníval, že některé emočně bolestivé vzpomínky a přání jsou **vytěsněny** – to znamená přesunuty do nevědomí, odkud mohou ovlivňovat naše činy, i když si těchto vytěsněných vzpomínek nejsme vědomi. Myšlenky a impulzy, které jsou vytěsněné do nevědomí, nemohou vstupovat do našeho vědomí, ale mohou nás ovlivňovat nepřímo nebo maskovaně – prostřednictvím snů, tzv. nesmyslných činů, charakteristického chování a přerěknutí. Výraz **přerěknutí** je obecně používán ve smyslu poukazu na bezděčné poznámky, o kterých se domníváme, že prozrazují skryté impulzy. Příkladem může být výrok „Je mi líto, že se ti daří lépe“, místo zamýšleného „Jsem rád, že se ti daří lépe“.

Nevědomé procesy probíhají podle principu **primárního procesu** myšlení, který není svázán logikou, umožňuje současnou koexistenci protikladů, neakceptuje princip toku času a je vysoce symbolický. Zhruba odpovídá myšlení dítěte, myšlenkovým procesům ve snu a v psychotickém stavu.

K nevědomí se však řadí řada duševních procesů, na kterých jsme závislí ve svém každodenním životě a ke kterým nemáme vědomý přístup. V průběhu vnímání si pozorovatel může například uvědomovat dva objekty ve svém okolí,

ale není si vědom svých téměř okamžitých duševních pochodů, jejichž prostřednictvím určil, že jeden z objektů je bližší nebo větší než druhý. Přestože si výsledek těchto duševních procesů uvědomujeme – a známe velikost a vzdálenost objektu – nemáme k těmto procesům vědomý přístup.

Struktura osobnosti z pohledu psychoanalýzy

Freud se domníval, že osobnost se skládá ze tří hlavních složek: **id**, **ego** a **superego**. Podle jeho teorie má každá tato složka svoje vlastní funkce, ale všechny tři řídí chování ve vzájemné souhře.

Id

Nejprimitivnější část osobnosti, **id**, ze kterého se později vyvíjí ego a superego, je přítomno již u novorozence a skládá se ze základních biologických impulzů (neboli pudů): z potřeby jíst, pít, vylučovat odpadní látky a získat smyslovou (podle Freudova pojetí sexuální) slast. Freud se domníval, že základním biologickým pudem je rovněž agrese. Byl přesvědčen, že sexuální a agresivní pudy jsou nejdůležitější pudové determinanty osobnosti v průběhu života. Id je ta složka osobnosti, která hledá bezprostřední uspokojení impulzů a řídí se **principem slasti**: usiluje o získání slasti a vyhnutí se bolesti, a to bez ohledu na vnější okolnosti.

Ego

Člověk se již v raném dětství naučí, že jeho impulzy nemohou být vždy uspokojeny bezprostředně. Hladové dítě musí počkat, dokud mu někdo neobstará jídlo. Projevy určitých impulzů – někoho uhodit nebo hrát si s genitáliemi – mohou rodiče trestat. Tato složka osobnosti, **ego**, se vyvíjí, jak se dítě učí brát ohled na požadavky skutečnosti. Ego se řídí **principem reality**: uspokojení impulzů musí být oddáleno, dokud pro ně nenalezne vhodné podmínky. Ego je tedy ta složka osobnosti, která bere v úvahu reálný svět a oddálí uspokojení pudových impulzů na vhodnou dobu. Je v podstatě exekutivou osobnosti: rozhoduje, jaké jednání je vhodné a které impulzy id budou uspokojeny a jakým způsobem. Ego je prostředníkem mezi požadavky id, vnější reality a superega.

Superego

Třetí část osobnosti, **superego**, je ta složka, která posuzuje, zda činy člověka jsou dobré, nebo špatné. Obecněji řečeno, superego je zvnitřněná reprezentace hodnot a morálky společnosti, která obsahuje svědomí jedince a obraz ideálně mravní osoby. Superego vzniká jako reakce na odměny a tresty rodičů. Rodiče nejprve kontrolují chování dítěte přímo odměnami a tresty. Inkorporací požadavků rodičů do superega dítě dostává chování pod svoji vlastní kontrolu. Dítě

nadále nepotřebuje někoho, kdo by mu řekl, že krást je špatné. Řekne mu to jeho superego. Porušení požadavků superega, nebo dokonce už to, že se objeví odpovídající impuls, vzbuzuje úzkost – která je původně strachem ze ztráty rodičovské lásky. Podle Freuda je tento strach nevědomý, ale jedinec jej může prožívat jako vinu. Jestliže jsou požadavky rodičů příliš rigidní, jedinec může trpět pocitem viny a tlumit všechny agresivní a sexuální impulsy. Naproti tomu jedinec, který nedostatečně zvnitřní některé požadavky kladené na sociálně přijatelné chování, bude mít málo zábran a může se chovat krajně nevázaně nebo se dopouštět trestné činnosti. Takový člověk je považován za osobnost se slabým superegem.

Tyto tři složky osobnosti jsou často v opozici: ego odsunuje uspokojení, které chce id okamžitě, a superego bojuje jak s id, tak s ego, protože chování jedince často nesplňuje morální normy, které reprezentuje. U dobře integrované osobnosti si ego udržuje pevnou, ale pružnou kontrolu; vládne princip reality.

Dynamika osobnosti

Zachování energie

Freud byl velmi ovlivněn německým fyzikem Hermannem von Helmholtzem, který tvrdil, že fyziologické jevy lze vysvětlit stejnými principy, které platí ve fyzice. Na Freuda zapůsobil zvláště princip zachování energie – který tvrdí, že energie může nabývat různých forem, ale nelze ji vytvořit, ani zničit – a předpokládal, že člověk je také uzavřený energetický systém. Podle Freuda má každý člověk stále množství psychické energie, kterou nazval **libido** (latinský výraz pro slast), což odráží jeho názor, že sexuální pud je primární.

Jedním z důsledků aplikace principu zachování energie v oblasti psychiky je Freudova teorie, že pokud dojde k vytěsnění zakázaného činu nebo impulsu, jeho energie bude hledat ventil někde jinde v systému a možná se projeví v jiné, přestrojené podobě. Prání id obsahují psychickou energii, která musí být nějakým způsobem vyjádřena, a zákaz jejího vyjádření ji nezničí. Agresivní impulsy tak mohou být například přesunuty do řízení závodních automobilů, hraní šachů nebo sarkastického smyslu pro humor. Sny a neurotické symptomy jsou rovněž projevem psychické energie, které je bráněno v přímém vyjádření.

Úzkost a obrana

Jedinci, kteří jsou puzeni k tomu, aby udělali něco zakázaného, pociťují úzkost; vyjádřením impulsu v přestrojené podobě se člověk může vyhnout trestu od společnosti nebo odsouzení od superega, a tím snížit úzkost. Freud popsal několik dalších strategií, které jedinec může použít, aby zabránil vzniku úzkosti, nebo ji snížil. Tyto strategie nazval **obránné mechanismy** **ega**.

Obranné mechanismy

Emoce a fyziologické aktivace vyvolané stresovými situacemi jsou většinou velmi nepříjemné, proto je člověk motivován k tomu, aby něco udělal pro zmírnění nebo odstranění negativních prožitků, které pociťuje. Proces, kterým se člověk snaží vyrovnat se stresovými situacemi, se nazývá **zvládání** (angl. *coping*) a má dvě hlavní formy. Člověk se může zaměřit na určitý problém nebo situaci, která vyvstala, a zkouší nalézt způsob, jak ji změnit nebo jak se jí v budoucnosti vyhnout. Nazývá se **zvládání zaměřené na problém**. Člověk se může také zaměřit na zmírnění emocí spojených se stresovou situací, i když ke změně samotné situace nemusí dojít. Tento druhý proces se nazývá **zvládání zaměřené na emoci**. Většina lidí se vyrovnává se stresovými situacemi jak pomocí zvládání zaměřeného na problém, tak zvládání zaměřeného na emoci.

Psychoanalytická teorie se zabývá především zvládáním zaměřeným na emoci (Anna Freudová v letech 1946–1967). Freud používal termínu **obránné mechanismy** ve vztahu k nevědomým strategiím, které lidé používají, když se vyrovnávají s negativními emocemi. Tyto strategie zaměřené na emoce nemění stresovou situaci, ale mění způsob, jakým ji osoba vnímá nebo jakým o ní přemýšlí. Všechny obranné mechanismy tedy obsahují prvek **sebeklamu**. Všichni používáme obranné mechanismy. Pomáhají nám překonat nepříjemné situace, pokud se s nimi nejsme schopni vyrovnat přímo. Obranné mechanismy jsou však projevem špatného přizpůsobení osobnosti pouze tehdy, když se stanou **převládajícím** způsobem reagování na problémy.

Vytěsnění

Freud považoval **vytěsnění** (anglicky *repression*) za základní a nejdůležitější obranný mechanismus. Při vytěsnění jsou ohrožující nebo bolestné impulzy či vzpomínky vyloučeny z vědomí. Vytěsněny jsou často vzpomínky, které vyvolávají pocity studu, viny nebo vedou k sebepodceňování. Freud se domníval, že vytěsnění určitých impulzů v dětství je všeobecným jevem. Tvrdil, že všichni malí chlapci cítí vůči matce sexuální touhu a vůči otci rivalitu a hostilitu (**oidipovský komplex**); impulzy jsou vytěsněny, aby se člověk vyhnul bolestným důsledkům, které by následovaly, kdyby podle nich jednal. V pozdějším životě jedinec může vytěšňovat pocity a vzpomínky, které by mohly vyvolávat úzkost, protože nejsou slučitelné s jeho sebepojetím. Pocity nenávisti vůči milovanému člověku a prožitky neúspěchu mohou být zapomenuty.

Potlačení

Vytěsnění se liší od **potlačení** (anglicky *suppression*). Potlačení je proces úmyslného sebeovládání, kdy člověk ovládá svoje impulzy a přání (tím, že je připouští v soukromí, ale veřejně je popírá) nebo dočasně odsune bolestné vzpo-

mínky, když se potřebuje soustředit na nějaký úkol. Jedinci si uvědomují potlačované myšlenky, ale neuvědomují si impulzy nebo vzpomínky, které jsou vytěsněny.

Freud se domníval, že vytěsnění je zřídka kdy zcela úspěšné. Vždy hrozí, že vytěsněné impulzy proniknou do vědomí; člověk začne pociťovat úzkost (ačkoli si neuvědomuje důvod) a použije jeden z následujících obranných mechanismů, aby udržel částečně vytěsněné impulzy v nevědomí. Zdá se, že jedinci s represivním stylem vykazují obecně zvýšenou náchylnost vůči psychickým i tělesným nemocem, včetně ischemické choroby srdeční a rychlejšího průběhu rakoviny. Nakolik vytěsnění nebo potlačení přispívá ke zhoršenému tělesnému zdraví? Za prvé, jak tvrdil Freud, vytěsnění a potlačení jsou málokdy zcela úspěšná. Několik studií ukázalo, že snaha o potlačování určitých myšlenek vede k tomu, že nás napadají mnohem častěji, než když je přestaneme potlačovat. Jinými slovy existuje **efekt odrazu**, kterým se potlačované nežádoucí myšlenky vracejí zpět s větší silou, jakmile bdělost člověka ochabne. Ve studii vdov po mužích, kteří spáchali sebevraždu, badatelé zjistili, že ženy, které nikomu neřekly, že jejich manželé suicidovali, o tom přemítaly častěji než ženy, které se svěřily druhým lidem. Lidé, kteří se snaží vytlačit nežádoucí myšlenky ze svého vědomí, mohou zjistit, že se jim vracejí s větší silou, což u nich vyvolává větší napětí. Zvýšená hladina psychického napětí a fyziologická aktivace, která ji doprovází, mohou mít na organismus člověka negativní vliv.

Za druhé, vlastní proces vytěsňování a potlačování může být fyzicky náročný a může mít negativní vliv na organismus. Znamená to, že trvalé vytlačování myšlenek z vědomí a sledování, zda se myšlenky nevracejí, vyžaduje fyzickou energii a může vést k trvalé aktivaci, která poškozuje organismus člověka.

Další sledování ukázala, že když lidé vyprávějí o svých traumatech a emocích s nimi spjatých jiným lidem nebo je vylíčí v deníku, sníží to jejich tendenci o traumatech neustále přemítat a může to vést ke zlepšení jejich zdravotního stavu. Verbální vyjádření strachu a dalších emocí jim může pomoci snadněji se vyrovnat s traumaty. Když druhým lidem řekneme o svých traumatech a emocích, posluchači nám mohou poskytnout sociální podporu a potvrdit oprávněnost našich pocitů. Konečně povídání o traumatu nám může pomoci **zvyknout si** na ně, takže hladina negativních emocí, které trauma vyvolává, postupně klesá.

Racionalizace

Racionalizace neznamená „jednat racionálně“, jak bychom se mohli domnívat; je to prisouzení logických nebo sociálně žádoucích motivů tomu, co děláme, takže se nám zdá, že jednáme rozumně. Racionalizace slouží dvěma účelům: ke zmírnění našeho zklamání, když se nám nepodaří nedosáhnout cíle („Stejně jsem to nechtěl.“) a ke zdůvodnění našeho chování. Jestliže jednáme impulzivně nebo na základě motivů, které nechceme přiznat ani sobě, logicky zdůvodníme, co jsme udělali, abychom postavili svoje chování do příznivějšího světla.

Reaktivní výtvor

Občas mohou jedinci utajit nějakou pohnutku před sebou samými tím, že silně vyjádří opačný motiv. Tato tendence se nazývá **reaktivní výtvor**. Matka, která má pocity viny za to, že nechtěla svoje dítě, je může rozmazlovat a přehnaně ochraňovat, aby ujistila dítě o své lásce a sama sebe, že je dobrou matkou. Fanatický boj některých lidí proti úpadku morálky, alkoholu a hazardním hrám může být projevem jejich reaktivního výtvoru. Tito jedinci měli často v minulosti problémy s kontrolou impulzů a jejich horlivost může být obranou proti možnosti dostat se opět na šikmou plochu.

Projekce

Všichni máme nežádoucí charakterové rysy, které nechceme přiznat ani sobě. Jeden nevědomý mechanismus, **projekce**, nás chrání před poznáním našich vlastních nežádoucích vlastností tím, že je v přehnané míře připisuje druhým lidem. Předpokládejme, že jste k druhým lidem kritičtí nebo nevlídní, ale nelíbilo by se vám, kdybyste si tento sklon připustili. Pokud jste přesvědčeni, že lidé kolem vás jsou nevlídní nebo krutí, vaše tvrdost, se kterou se k nim chováte, není založena na **vašich** špatných vlastnostech – jednoduše „jim dáváte, co jim patří“. Jestliže se ujistíte, že všichni při zkouškách podvádějí, vaše nepříznaná tendence usnadnit si studium tímto způsobem není tak špatná. Projekce je ve skutečnosti formou racionalizace, ale v naší kultuře je tak rozšířená, že si zaslouhuje zvláštní pozornost.

Intelektualizace

Použití **intelektualizace** představuje pokus o získání emočního odstupu od stresové situace tím, že se s ní vyrovnáme pomocí abstraktních, intelektuálních termínů. Tento druh obrany je často nutný u lidí, kteří se ve své každodenní práci zabývají problémy života a smrti. Lékař, který se trvale ocitá tváří v tvář lidskému utrpení, nemůže soucítit s každým pacientem. Ve skutečnosti je pro lékaře určitý emoční odstup nezbytný, aby se mohl na svoji práci plně soustředit. Intelektualizace se stává problémem pouze tehdy, když se stane životním stylem, který člověka izoluje od emočních prožitků.

Popření

Když je vnější realita příliš nepříjemná, jedinec může popřít její existenci. Rodiče smrtelně nemocného dítěte odmítají připustit závažnost jeho stavu, i když je lékař plně informoval o diagnóze a prognóze choroby. Protože nejsou schopni unést bolest, kterou by s sebou přineslo připsuštění skutečnosti, uchýlí se k obrannému mechanismu **popření**. Méně výrazné formy popření lze najít u jedinců, kteří důsledně ignorují kritiku, nejsou schopni vnímat, že jiní se na ně zlobí nebo přehlédnou všechny indicie nasvědčující tomu, že jejich partner má milostný poměr.

Občas může být popření faktů lepší, než když se s nimi člověk setká tváří v tvář. V těžké krizi může popření poskytnout člověku čas, aby se s krutou skutečností postupně vyrovnal. Například lidé po mrtvici nebo s poraněnou páteří by mohli všechno vzdát, kdyby si plně uvědomili závažnost svého stavu. Naděje představuje pro člověka pobídku, aby se snažil. Vojáci, kteří prošli bojem nebo vězením, uvedli, že popření možnosti smrti jim pomohlo přežít. V těchto situacích má popření nepochybně adaptivní funkci. Na druhé straně negativní aspekty popření jsou zřejmé, když lidé odkládají vyhledání lékařské pomoci. Například žena, která popře, že bulka v prsu může být nádor, odloží návštěvu lékaře.

Přesunutí

Plní svoji funkci (zmírňuje úzkost) tím, že částečně uspokojuje nepřijatelnou potřebu. Prostřednictvím mechanismu **přesunutí** je potřeba, která nemůže být uspokojena určitým způsobem, zaměřena na náhradní cíl. Například afekt vzteku lze přenést z práce do rodiny a naopak. Podle Freuda jde často o dobrý způsob vyrovnání se s agresivními a sexuálními impulzy. Základní pudy nelze změnit, ale lze změnit objekty, vůči kterým jsou nasměrovány. Například sexuální impulzy vůči rodičům nemohou být bezpečně uspokojeny, ale mohou být přesunuty na vhodnější objekt lásky. Je nepravděpodobné, že by přesunutí skutečně eliminovalo frustrované impulzy, ale náhradní činnosti pomáhají snižovat napětí, když je zmařen základní pud. Například péče o děti nebo vyhledávání společnosti může člověku pomoci zmírnit napětí, které je způsobeno nespokojenými sexuálními potřebami.

Subtypem přesunutí je **sublimace**. **Sublimace** odpovídá zralým, dospělým obranným mechanismům, s jejím využitím je možno měnit hostilní a agresivní impulzy na sociálně adaptivní výstupy. Erotické impulzy, které nemohou být vyjádřeny přímo, mohou být vyjádřeny nepřímou tvořivou činností, jako je umění, poezie a hudba. Hostilní impulzy mohou najít sociálně přijatelné vyjádření v kolektivních sportech.

Teorie vývoje osobnosti

Freud se domníval, že jedinec během svého života projde několika vývojovými stadii, která mají vliv na osobnost. Freud tato období nazýval **stadii psychosexuálního vývoje**, přičemž použil širokou definici sexuality. Během každého stadia se impulzy id, hledající slast, zaměří na určitou oblast těla a na činnosti spojené s touto oblastí.

Freud nazýval první rok života **orálním stadiem** psychosexuálního vývoje. Během tohoto období děti mají potěšení z kojení a sání. Strkají si do úst palec nebo cokoliv jiného, na co mohou dosáhnout. Během druhého roku života, **análního stadia**, děti získávají svoje první zkušenosti s vnucovanou kontrolou

v podobě toaletního tréninku. Freud předpokládal, že dítě získává uspokojení ze zadržování nebo vypuzování stolice. **Uretrální stádium** představuje přechod mezi análním a falickým stádiem, témata se týkají jak zadržování a ovládání močení, tak i soutěživosti a ambicí. Ve **falickém stádiu**, přibližně v době od tří do šesti let, dítě začíná pociťovat slast ze hry se svými genitáliemi. Pozoruje rozdíly mezi muži a ženami a začíná zaměřovat svoje probuzené sexuální impulzy vůči rodiči opačného pohlaví.

V průběhu falického stadia dítě musí vyřešit **oidipovský komplex**. Tento komplex je nejzřetelnější v případě chlapce. Přibližně ve věku 5 až 6 let jsou chlapcovy sexuální impulzy zaměřeny na matku. V důsledku toho vidí chlapec ve svém otci rivala, se kterým bojuje o matčinu lásku. Freud nazval komplex podle Sofoklovy hry, ve které král Oidipus nevědomky zabije svého otce a ožení se se svou matkou. Podle Freuda se chlapec také obává, že jej otec za jeho přání potrestá kastrací. Freud označil tuto obavu jako **kastrační úzkost** a považoval ji za prototyp každé pozdější úzkosti, vyvolané zakázanými vnitřními touhami. V případě normálního vývoje dojde u chlapce ke snížení této úzkosti a zástupnému uspokojení citů vůči matce prostřednictvím **identifikace** s otcem – zvnitřněním idealizovaného vnímání otcových postojů a hodnot. Analogický proces u dívky, který vede k identifikaci s matkou, je komplikovanější a dokonce spornější. Podle Freuda dětský objev „nedostačivosti ženského genitálu“ v porovnání s mužským genitálem může vést u dívky k různým výstupům: 1) vzdorné hypermaskulinitě; 2) neurotické inhibici veškeré sexuality; 3) vzniku normálně prožívané feminity.

Vyřešení oidipovského komplexu také ukončuje falické stádium a po něm následuje **období latence**, které trvá asi od 7 do 12 let. Během tohoto klidového období ustupují sexuální impulzy do pozadí, děti se méně zaměřují na své tělo a obracejí svoji pozornost na dovednosti potřebné ke zvládnutí prostředí. Konečně puberta a adolescence je začátkem **genitálního stadia**, zralé fáze dospělých sexuálních zájmů a slasti.

Freud se domníval, že zvláštní problémy v každém stádiu mohou zastavit vývoj (**fixace**) a trvale ovlivňovat osobnost jedince, případně se může jedinec vrátit na časnější vývojová stadia (**regrese**). Libido ulpívá na činnostech průměrných odpovídajícímu věku. Člověk, kterého matka předčasně přestala kojit a který neprožil dostatek slasti ze sání, se tedy může stát orálně fixovaným. V dospělosti může být tento člověk krajně závislý na ostatních a slast získává převážně z orálních aktivit, jako je přijímání potravy, pití a kouření. Takový člověk se vyznačuje **orální osobností**. Člověk análně fixovaný, který si může dělat nadměrné starosti s čistotou, pořádkem a šetřením a může mít tendenci odporovat vnějším tlakům, se vyznačuje **anální osobností**. Neadekvátní řešení oidipovského komplexu může vést k slabému smyslu pro morálku, potížím s autoritami a mnoha dalším problémům.

Modifikace Freudovy teorie vývoje osobnosti

Freud v průběhu života svoje teorie modifikoval. Zůstával otevřený vůči novým datům, revidoval dřívější názory, když nová pozorování nesouhlasila s teorií. Freud například později dospěl k přesvědčení, že tvrzení jeho pacientů, že byli v dětství svedeni, nejsou pravdivá, ale odrážejí jejich vlastní rané sexuální fantazie. Je ironií osudu, že v důsledku zvýšené pozornosti věnované sexuálnímu zneužívání dětí v současné době někteří autoři tvrdí, že Freudovy původní předpoklady o reálnosti svedení byly správnější. Podobně revidoval téměř na sklonku své vědecké dráhy svoji teorii úzkosti.

Novodobější psychoanalytici kladou větší důraz na roli ega. Domnívají se, že ego má člověk od narození, vyvíjí se nezávisle na id a vykonává ještě jiné funkce než hledání realistických způsobů uspokojení impulzů id. Tyto ego funkce spočívají v tom, že se člověk učí, jak se vyrovnávat s prostředím a hledat smysl zkušenosti. Uspokojení ega zahrnuje zkoumání, manipulaci a pocit dobré výkonnosti. Tento přístup spojuje těsněji pojem ega s kognitivními procesy.

Jedním z těchto směrů je **teorie objektivních vztahů**, která se zabývá vazbami, jež si dítě vytváří k lidem během svého vývoje. Teoretici objektivních vztahů neodmítají pojem id nebo význam biologických pudů v motivaci chování, ale věnují stejnou pozornost takovým otázkám, jako je stupeň připoutanosti k jiným lidem a zapojení do vztahu k nim (stojící v kontrastu k zaujatosti sebou samým). Dále se zabývají mírou sebevědomí a důvěry ve vlastní schopnosti a dovednosti.

Teorie vývoje osobnosti Melanie Kleinové

Teorie Melanie Kleinové uvádí pojmy **paranoidně schizoidní** a **depresivní pozice** ve vývoji osobnosti. Paranoidně schizoidní pozice odpovídá specifickému způsobu vztahů dítěte k objektu v prvních čtyřech měsících života a je možné je najít opět později v průběhu dětství a v chorobných stavech paranoidních a schizofrenních. Podle její teorie v tomto období existují v dítěti silné agresivní pudy společně s pudy libidinózními, což vede k „rozštěpení“ objektu (matky, mateřského prsu) na „dobrou“ a „špatnou“ část. Tyto psychické procesy štěpení a projekce se později objevují v dynamice psychických poruch. V období kolem jednoho roku života dítěte dochází po překonání paranoidně-perzekuční pozice ke vstupu do depresivní pozice charakterizované odezněním rozštěpení objektu (matky), který je možno následně celý nenávidět nebo milovat a rovněž ztratit. Aktivizace této pozice se děje kdykoli v životě při prožitku smutku a deprese z reálné či obávané ztráty milované osoby.

Teorie vývoje osobnosti Erika Eriksona

Eriksonova **teorie psychosociálních stadií** vývoje je příkladem revidované psychoanalytické teorie. Erikson svůj vlastní názor chápal spíše jako rozšíření Freudovy teorie než její změnu. Na vývojová stadia nepohlíží z hlediska jejich psychosexuálních funkcí, ale chápe je jako psychosociální stadia, která zahrnují zejména ego procesy. Pro Eriksona není důležitým rysem prvního roku života zaměření na orální uspokojení, ale to, že se dítě učí důvěřovat (nebo nedůvěřovat) prostředí, které uspokojuje jeho potřeby. Důležitým rysem druhého roku života není zaměření na anální záležitosti, jako je toaletní trénink, ale to, že se dítě učí samostatnosti. Toaletní trénink je často arénou konfliktu, ve které se střetává úsilí dítěte o samostatnost s novými požadavky rodičů. Erikson také přidává další stadia, aby obsáhl celé rozpětí života. Podle něho vývoj osobnosti nekončí dosažením tělesné zralosti. Je to nepřetržitý proces, který sahá od narození přes dospělost do stáří. V průběhu celého života se objevují tělesné změny a významné události, které mají vliv na postoje jedince, kognitivní procesy a jednání. **Erikson definuje osm hlavních životních stadií ve smyslu psychosociálních problémů nebo krizí, které se musí vyřešit** (Erikson, 1963). Domnívá se, že jedinec – dítě nebo dospělý – musí úspěšně zdolat každou z těchto krizí, aby byl připraven na psychosociální úkol, který bude následovat.

Takto se musí malé dítě naučit, že může svým rodičům nebo pečovatelům věřit, že mu poskytnou jídlo, pohodlí a bezpodmínečnou lásku. Pokud se tato důvěra vyvine, dítě se cítí při vyvíjení větší autonomie v průběhu druhého roku života bezpečně. Pokud dojde k tomu, že se rodiče rozzlobí, když jejich batole jedná v průběhu svého druhého roku nepoddajně a vzdorovitě, pak si mohou gratulovat: jejich dítě jim věří natolik, že ví, že ho nepřestanou mít rádi, když se bude chovat neposlušně. A do jaké míry podporují rodiče v průběhu druhého roku života dítěte pocit autonomie, do té míry se jejich děti učí kontrolovat své impulzy a cítit hrdost, když to dokážou. Hyperprotektivita (nadměrná starostlivost o dítě), omezování toho, co by mělo být dítěti dovoleno, nebo zesměšňování jeho neúspěšných pokusů může způsobit, že začne o svých vlastních schopnostech pochybovat.

V průběhu předškolních let (od třetího do pátého roku) pokročí dítě od jednoduchého ovládání sebe sama ke schopnostem iniciovat různé činnosti a provádět je. I zde mohou postoje rodičů, podpora či odrazování, vzbuzovat v dítěti pocity nedostačivosti (nebo viny, jestliže dítě začne dělat něco, co pokládá dospělý za ostudné).

V průběhu základní školní docházky se dítě učí dovednostem, které jsou oceňovány společností. Nezahrnují pouze čtení, psaní a tělesné dovednosti, ale také schopnost nést odpovědnost a vycházet s ostatními lidmi. U dítěte vznikají pocity vlastní zdatnosti a schopnosti do té míry, do jaké byly jejich snahy v této oblasti úspěšné, přičemž neúspěšné úsilí vede k pocitům méněcennosti.

V průběhu časné dospělosti si lidé volí zaměstnání a mnoho z nich vstupuje do manželství nebo jiného typu intimního vztahu. Intimita znamená schopnost starat se o druhého a sdílet s ním společně zážitky. Erikson viděl identitu jako předchůdkyni intimity. Domníval se, že adolescenti, kteří dosud nezformovali uspokojivou identitu, budou mít potíže s navazováním intimního, vzájemně uspokojivého vztahu, neboť to, že se zabývají sebou samými, oslabí jejich schopnost věnovat se potřebám druhé osoby. Lidé, kteří nedokážou vstoupit do láskyplného vztahu, protože se bojí zranění nebo jsou neschopni sdílet, riskují, že zůstanou izolováni. Studie ukazují, že intimní vztah s partnerem, který je oporou, zřetelně přispívá k psychickému a tělesnému zdraví jedince. Lidé, kteří mají někoho, s kým mohou sdílet své myšlenky, pocity a problémy, jsou šťastnější a zdravější než ti, kteří někoho takového nemají. Pro mnoho lidí jsou roky střední dospělosti (přibližně od 40 do 65 let) nejproduktivnějším obdobím. Lidé po čtyřicítce jsou obvykle na vrcholu své kariéry. Ženy, které zasvětily dřívější roky především domácím povinnostem, se často začínají věnovat kariéře nebo jiným aktivitám, neboť jejich děti již překročily období adolescence.

Tab. 5 Osm hlavních životních stadií podle Eriksona

Stadium	Psychosociální krize	Příznivé vyřešení
1. První rok života	Důvěra versus nedůvěra	Důvěra a optimismus
2. Druhý rok	Autonomie versus pochybnost	Pocit sebekontroly a dostačivosti
3. Třetí až pátý rok	Iniciativa versus pocity viny	Účelnost a zaměření, schopnost iniciovat vlastní aktivity
4. Šestý rok až puberta	Píle versus pocity méněcennosti	Zdatnost v intelektuálních, společenských a tělesných dovednostech
5. Adolescence	Identita versus zmatek	Celistvá představa o sobě jako o jedinečné osobnosti
6. Mladší dospělost	Intimita versus izolace	Schopnost vytvářet blízké a trvalé vztahy, mít závazky v pracovní kariéře
7. Střední dospělost	Generativita versus zaujetí sebou samým	Zájem o rodinu, společnost a budoucí generace
8. Pozdní věk	Integrita versus zoufalství	Pocity naplnění a uspokojení vlastním životem, smíření se smrtí

Erikson užívá termín **generativita** k označení postojů spojených s vedením příští generace a starostmi o ni. Pocity uspokojení ve střední dospělosti vyrůstají z pomoci adolescentům v dospívání, z poskytování pomoci těm, kteří ji potřebují, a ze zjištění, že vlastní příspěvek společnosti je hodnotný.

Je pravdou, že střední věk je často obdobím změn. S tím, jak lidé překročí polovinu života, se začíná měnit jejich pohled na jeho celý běh. Namísto vnímání času uplynulého od narození ho začínají vnímat z pohledu roků, které ještě zbývají. Tak, jak se setkávají se stárnutím nebo úmrtím svých rodičů, si začínají uvědomovat nevyhnutelnost své vlastní smrti. V tomto bodě mnoho lidí přehodnotí svůj život z hlediska priorit a rozhodují se, co je důležité udělat ve zbývajících letech. Zatímco někteří lidé vnímají tento druh přehodnocování a změn jako dostatečně stresující k tomu, aby vznikla krize středního věku, většina ho vnímá spíše jako výzvu než hrozbu.

Donedávna byl věk po 65. roku nazýván „stářím“. Avšak pojetí toho, co to znamená být starým, se ve smyslu chronologického věku mění. Zčásti je toho důvodem skutečnost, že populace starších lidí v Evropě i v USA dramaticky vzrostla, zčásti to, že mnoho lidí starších 65 let se nechová jako „staří“. Udává se, že postoje a aktivity sedmdesátiletého v současnosti odpovídají postojům a aktivitám padesátiletého v dobách před 20 lety. Naše společnost v podstatě stárne, ale staří mládnou.

Toto je světlejší stránka věci, pro některé starší lidi ovšem není pozdní věk tak šťastný. Ti, kteří jsou na tom po zdravotní stránce špatně, cítí, že úpadek jejich fyzických sil omezuje jejich aktivity, a devastující nemoc může způsobit, že se cítí bezmocní. Povinný odchod do důchodu, který přináší hodiny nečinnosti, které je nutno vyplnit, může snižovat pocity sebevědomí, obzvláště ve společnosti, ve které je hodnota jednotlivce obvykle odvozována z ekonomického hlediska. Úmrtí životního druhu, sourozenců a přátel může učinit život nesnesitelně osamělým.

Eriksonova poslední psychosociální krize – integrita versus zoufalství – se týká toho, jak jedinec čelí konci života. Pozdní věk je obdobím úvah, pohledu zpět na události životního běhu. Člověk má pocit celosti, integrity a dobře prožitého života do té míry, do jaké se dokázal úspěšně vypořádat s problémy nacházejícími se v každém z předcházejících období života. Pokud se stárnoucí osoba dívá zpět na život s lítostí a vidí ho jako řadu nevyužitých příležitostí a selhání, mohou být jeho poslední léta léty zoufalství.

Připoutání

Vrozený pud dítěte k vyhledávání blízkosti určitých lidí a pocit větší jistoty v jejich blízkosti se nazývá **připoutání** (orig. *attachment*). Tento pud byl prokázán u různých živočišných druhů. Mladé opice se drží při pohybu matky jejího krku, štěňata lezou jedno přes druhé ve snaze dosáhnout teplého břicha své matky, káčata a kuřata chodí za svou matkou, vydávají zvuky, na které ona odpovídá, a sbíhají se k ní, když se vylekají. Tyto rané reakce na matku, nezískané učením, mají čistě adaptivní hodnotu: brání jedinci vzdálit se od zdroje péče a ztratit se. Zpočátku panoval názor, že se připoutání k matce vyvinulo proto, že ona, jakožto

zdroj potravy, uspokojuje jednu ze základních potřeb potomka. Avšak v některých případech tato teorie nevyhovovala. Například káčata a kuřata se od narození živí sama, a přesto svou matku následují a tráví s ní velkou část svého času. Útěcha, kterou získávají z matčiny přítomnosti, se nedá odvodit pouze z její úlohy při obstarávání potravy. Řada dobře známých pokusů s opicemi ukazuje, že to, co připoutává mládě k matce, je něco víc než pouze potřeba výživy. Při těchto pokusech byla mláďata opic oddělena záhy po narození od svých matek a umístěna u dvou umělých „matek“ sestavených z drátů a dřevěné hlavy. Tělo jedné „matky“ bylo jenom z drátu, tělo druhé bylo navíc pokryto pěnovou gumou a froté látkou, což ji činilo měkčí a příznivější pro přichycení. Obě dvě „matky“ mohly krmit mláďata pomocí láhve připevněné na jejich hrudi. Pokus měl určit, zdali „matka“, která byla vždy zdrojem potravy, bude tou, na kterou bude mládě šplhat a držet se jí. Ukázalo se, že mláďata opice se vždy šplhala na měkkou „matku“, pokrytou froté látkou, a držela se jí. Tato „matka“, která byla čistě pasivní, ale příjemná na dotek, byla zdrojem bezpečí. Také strach, který mládě pociťovalo v cizím prostředí, byl zmírněn, jestliže se mládě mohlo dostat do kontaktu s oblečenou „matkou“. Pokud se mládě drželo této oblečené „matky“ byt pouze jednou rukou nebo nohou, mělo zájem zkoumat předměty, které pro ně byly jinak příliš děsivé, než aby se jim přiblížilo. Podobné reakce můžeme pozorovat u jednorokých až dvouletých dětí, které jsou schopny zkoumat cizí prostředí jenom v tom případě, že je jim matka nablízku. Další studie odhalily i jiné vlastnosti, které mláďata opic hledala u svých matek. Mláďata dávala přednost umělé matce, která se kolébala, oproti nehybné a dávala přednost teplé „matce“ před studenou. Jestliže si mláďata mohla vybrat mezi oblečenou a drátěnou „matkou“, které byly stejně teplé, vždy dávala přednost oblečené. Jestliže však byla drátěná „matka“ ohřátá, novorozenci jí dávali do svých prvních dvou týdnů života přednost před oblečenou, ale studenou „matkou“. Poté trávily malé opice víc a víc času s oblečenou „matkou“.

Připoutání opičího mláděte k jeho matce je tedy vrozenou odpovědí na určité podněty, které poskytuje. Teplo, kolébání se a potrava jsou důležité, ale **příjemnost kontaktu** – možnost přichytit se a přimknout se k něčemu měkkému – se zdá být **pro opice** nejdůležitější vlastností. Přestože kontakt s měkkou, umělou matkou poskytuje důležitý rys „mateřské péče“, není to dostačující pro uspokojivý vývoj. Opičí mláďata, která byla připoutána k umělým matkám a v průběhu prvních šesti měsíců života oddělena od ostatních opic, vykazovala v dospělosti různé typy neobvyklého chování. Tyto opice později zřídka navazovaly normální vztahy s ostatními opicemi (buďto se krčily strachy nebo se chovaly nepřirozeně agresivně) a jejich sexuální chování bylo nepřiměřené. Jestliže opičí samičky, které byly ochuzeny o raný sociální kontakt, úspěšně otěhotněly (po značném úsilí), byly špatnými matkami, s tendencí zanedbávat svoje potomky nebo jim ubližovat. Pro opice je interakce s ostatními členy jejich druhu v průběhu prvních šesti měsíců života rozhodující pro normální sociální vývoj.

Přestože bychom měli být opatrní v uplatňování výsledků výzkumů u opic na lidský vývoj, existují důkazy toho, že připoutání dítěte k matce sleduje stej-

ný účel. Matka poskytuje dítěti jistotu nezbytnou ke zkoumání jeho okolí a utváří základy pro interpersonální vztahy v pozdějších letech.

Nejvíce prací o připoutání u dětí pochází od psychoanalytika Johna Bowlbyho z padesátých a šedesátých let 20. století. Jeho teorie je integrací pojmů z psychoanalytické teorie, etologie a kognitivní psychologie. Podle ní případné selhání dítěte při utváření bezpečného připoutání k jedné nebo více osobám v raném věku souvisí s neschopností vytvářet blízké osobní vztahy v dospělosti.

Hodnocení připoutání

Mary Ainsworthová, jedna z Bowlbyho spolupracovníků, provedla rozsáhlé pozorování dětí a jejich matek v Ugandě a ve Spojených státech a potom vyvinula laboratorní postup pro hodnocení jistoty připoutání dětí přibližně od 12 do 18 měsíců věku.

Postup se nazývá **neznámá situace** a obsahuje následující pořadí událostí:

1. Matka s dítětem vstoupí do experimentální místnosti, položí dítě na zem mezi hračky a jde si sednout na opačný konec místnosti.
2. Do místnosti vstoupí cizí žena, chvíli tiše sedí, chvíli hovoří s matkou a pak se pokusí dítě zapojit do hry s hračkou.
3. Matka nenápadně opustí místnost. Jestliže dítě zůstává klidné, cizí žena si k němu opět sedne. Jestliže se dítě rozruší, pokusí se je ukonejšit.
4. Matka se vrátí a začne si hrát s dítětem, zatímco cizí žena nenápadně odejde ven z místnosti.
5. Matka znovu odchází, tentokrát nechává dítě v místnosti samotné.
6. Cizí žena se vrací. Jestliže se dítě rozruší, pokusí se je utěšit.
7. Matka se vrací a cizí žena odchází.

Každá epizoda je sestavena tak, aby trvala tři minuty, ale může být zkrácena, jestliže dítě příliš zneklidní, nebo prodloužena, jestliže dítě potřebuje další čas, aby se zapojilo do hry. Pozorovatel sleduje dítě v průběhu celé scény skrze jednocestné zrcadlo a zaznamenává různé údaje: úroveň aktivity dítěte, zapojení do hry, pláč a jiné známky úzkosti, vzdálenost od matky a pokusy upoutat její pozornost, vzdálenost od cizí ženy, ochotu navázat s ní kontakt apod. Na základě těchto projevů chování lze děti rozdělit do tří hlavních skupin:

Jistě připoutané

Bez ohledu na to, zda jsou děti rozrušeny při odchodu matky, nebo nejsou (epizody 3 a 5), ty, které jsou klasifikovány jako jistě připoutané, s matkou po jejím návratu navazují kontakt. Některé zareagují na její návrat a přitom si hrají dál. Jiné usilují o tělesný kontakt s matkou. Další jsou zcela zaujaty matkou a projevují úzkost, když odejde. Do této kategorie bylo zařazeno přibližně 60–65 % amerických dětí.

Nejistě připoutané: vyhýbavé

Tyto děti se viditelně vyhýbají interakci s matkou v epizodách s opětovným shledáním. Některé si matky téměř vůbec nevšímají, jiné se střídavě pokoušejí o interakci s matkou a o vyhnutí se vzájemné interakci. Vyhýbavé děti mohou matce věnovat malou pozornost, když je v místnosti, a často nevypadají úzkostně, když odejde. Jestliže jsou úzkostné, nechají se snadno utiшит jak matkou, tak cizí ženou. Do této kategorie bylo zařazeno přibližně 20 % amerických dětí.

Nejistě připoutané: ambivalentní

Děti jsou klasifikovány jako ambivalentní, jestliže vzdorují matce v epizodách s opětovným shledáním. Vyhledávají tělesný kontakt a zároveň se mu brání. Mohou například plakat, aby je matka vzala do náruče, a pak se vztekle kroutit, aby je položila na zem. Některé se chovají velmi pasivně, pláčou po matce, ale když se matka vrátí, tak se k ní nesnaží přiblížit, a když se přiblíží matka, tak jí vzdorují. Do této kategorie bylo zařazeno přibližně 10 % amerických dětí.

Dezorganizované děti

Protože některé děti nelze zařadit do žádné z těchto kategorií, autoři novějších studií zavedli kategorii čtvrtou, kterou označili termínem **dezorganizované děti**. Děti z této kategorie se často chovají rozporuplně. Mohou se například přibližovat k matce a přitom dávat pozor, aby se na ni nedívaly, přibližovat se k ní a potom jí unikat, nebo náhle vykřiknout potom, co je položí na zem. Některé se jeví zmatené, otupělé nebo depresivní. Do této kategorie bývá nyní řazeno 10–15 % dětí, a to s vyšším procentuálním výskytem u dětí, jež jsou zanedbané nebo pocházejí z rodin, ve kterých se některý z rodičů léčí na psychiatrii.

Senzitivita

Ve snaze vysvětlit rozdíly mezi dětmi v připoutání věnovali výzkumníci největší pozornost chování primárního pečovatele, obvykle matky. Zjistili, že „jisté připoutání“ vytváří „senzitivitu“ pečovatele vůči potřebám dítěte. Je to zřejmě již ve třech měsících života dítěte. Matky jistě připoutaných dětí například reagují obvykle okamžitě, když je dítě přivolává, a láskyplně je berou do náruče. Rovněž jejich reakce odpovídají více potřebám dítěte. Například při započetí a ukončení krmení dítěte se řídí jeho signály, věnují pozornost tomu, co dítěti chutná, a rychlost krmení regulují podle toho, jak rychle dítě jí.

Naproti tomu matky „nejistě připoutaných“ dětí reagují spíše na základě svých vlastních potřeb nebo nálad než na základě signálů dítěte. Jestliže například dítě pláče, aby na sebe upoutalo pozornost, reagují na ně pouze tehdy, když se chtějí s dítětem pomazlit, ale jindy neberou pláč na vědomí. Matky nejistě připoutaných dětí s vyhýbavým chováním v neznámé situaci drží své děti stejně jako matky dětí s jistým připoutáním, ale zdá se, že z blízkého tělesného kontaktu

nemají takovou radost a občas se chovají odmítavě. Často odmítají kontakt, když je dítě nešťastné a potřebuje utěšit. Rovněž mají tendenci k rigidnímu a nutkavému chování, často o dítě pečují spíše „podle knihy“, než že by se řídili potřebami dítěte. Badatelé předpokládají, že takové chování má za následek konflikt mezi potřebou přiblížit se matce a potřebou vyhnout se kontaktu s ní. Matky nejistě připoutaných dětí, které se v „neznámé situaci“ chovají ambivalentně, jsou ve své péči nesoustavné. Někdy na své dítě reagují citlivě, jindy jsou nepřístupné; a ještě jindy jsou vtíravé, narušují činnost dítěte. Podobně jako u matek s vyhýbavými dětmi problém nespočívá v tom, že se jim věnují příliš málo nebo příliš mnoho, ale že charakter a časování jejich interakce nejsou soustavně přizpůsobovány potřebám dítěte. Výsledkem je, že takové děti jsou ve svých pokusech vyhledávat kontakt frustrovány. To vytváří směs hledání kontaktu a vzteku pozorovanou v „neznámé situaci“. Takové děti se ve srovnání s jistě připoutanými dětmi staví mnohem úzkostnější při drobných každodenních separacích.

Temperament dítěte

Ne všichni vývojoví psychologové souhlasí s tím, že senzitivita pečovatele je hlavní příčinou chování připoutaného dítěte. Upozornili na vrozený temperament dítěte. Například děti s „klidným“ temperamentem se mohou stát jistěji připoutanými než děti s „neklidným“ temperamentem. Mimoto reakce rodiče na dítě je často funkcí chování dítěte. Vzorce připoutání mohou odrážet interakci mezi dětským temperamentem a senzitivitou rodiče.

Teoretici připoutání však poukazují na data, která podporují hypotézu senzitivity pečovatele. Bylo například zjištěno, že pláč dítěte se v prvním roce jeho života změní více než senzitivita matky k pláči. Kromě toho senzitivita během tříměsíčního období predikuje pláč dítěte během následujících tří měsíců významně lépe než pláč dítěte senzitivitu matky k pláči. Stručně vyjádřeno, zdá se, že matka ovlivňuje pláč dítěte více než dítě senzitivitu matky k pláči. Novější výzkum může přinést řešení této diskuse. Připomeňme si, že klasifikace připoutání v „neznámé situaci“ není primárně založena na úzkosti, kterou dítě prožívá, když matka odejde, ale na tom, jak dítě reaguje, když se vrátí. Nyní se zdá, že temperament dítěte predikuje reakci dítěte na matčin odchod, ale ne na její příchod. Například dítě s „klidným“ temperamentem není typicky úzkostné, když matka odejde. Když se matka vrátí, dítě ji radostně vítá – tedy vykazuje jeden ze vzorců jistého připoutání – nebo vykazuje vyhýbavý vzorec nejistého připoutání. Děti s „neklidným“ temperamentem jsou typicky úzkostné, když matka odejde. Když se vrátí, snaží se ji vyhledat a držet se jí – tedy vykazují jeden ze vzorců jistého připoutání – nebo vykazují ambivalentní vzorec nejistého připoutání. Celková reakce dítěte na odchod a návrat svého primárního pečovatele je tedy funkcí jak jeho senzitivity k dítěti, tak temperamentu dítěte.

Psychoanalytický portrét osobnosti

Každá teorie osobnosti je založena na určité filozofii lidské povahy. V jakém rozsahu jsme svobodní, nebo determinovaní? Jsme dobří, neutrální, nebo zlí? Neměnní, nebo pozměnitelní? Aktivní nebo pasivní? Co je podstatou duševního zdraví?

Náš popis Freudovy teorie již naznačil názory jejího autora na tyto otázky. Freud je často srovnáván s Koperníkem a Darwinem. Freud, podobně jako tito dva průkopníci, byl obviňován z podkopávání velikosti a důstojnosti lidství. Astronom Koperník degradoval zemi z její pozice středu vesmíru na jednu z mnoha planet kroužících kolem malé hvězdy. Darwin degradoval lidský druh na potomky opic. Freud udělal další krok zdůrazněním, že lidské chování je determinováno silami, které jsou mimo naši kontrolu, a tím nás zbavil svobodné vůle a duševní svobody. Zdůrazněním nevědomé povahy našich motivů nás zbavuje naší racionality a poukazem na sexuální a agresivní přirozenost našich motivů zasazuje konečnou ránu naší důstojnosti.

Psychoanalytická teorie také vykresluje temný portrét osobnosti člověka jako v podstatě zlý. Bez omezujících sil společnosti a jejího zvnitřněného zástupce, superega, by se lidé sami zničili. Tvrdí také, že osobnost člověka je relativně neměnná. Podle psychoanalytické teorie jsou naše osobnosti v prvních pěti letech života v podstatě determinovány neměnnými vrozenými pudry a událostmi prostředí. Pouze dlouhodobá psychoanalýza prý může napravit některé negativní důsledky raných zkušeností, a to ještě v omezené míře. Z psychoanalytické teorie se také vynořujeme jako relativně pasivní tvorové. Je pravda, že ego aktivně bojuje s id a superegem, ale vypadáme převážně jako bezmocné, pasivní šachové figúrky dramatu, které se odehrává v našem nevědomí. A konečně podle Freuda duševní zdraví spočívá v pevné, ale pružné kontrole ega nad impulzy id. Jak uvedl, cílem psychoanalýzy je zajistit, aby „Kde bylo id, nechť je ego“.

Hodnocení psychoanalytického přístupu

Psychoanalytická teorie je tak rozsáhlá, že ji nelze jednoduše prohlásit za pravdivou nebo nepravdivou. Měla a má významný vliv na naši kulturu a přístupy ve zkoumání psychiky. Za prvé, např. Freudova metoda volných asociací otevřela zcela novou databázi pozorování, kterou před tím nikdo systematicky nezkoumal. Za druhé, představa, že naše chování je často kompromisem mezi našimi přáními a obavami (psychoanalytická teorie ambivalence), vysvětluje mnoho zjevných rozporů v lidském chování lépe než jakákoli jiná teorie osobnosti. Za třetí, Freudovo poznání, že nevědomé procesy hrají důležitou roli ve většině chování, je již všeobecně přijímána – ačkoliv tyto procesy jsou často reinterpretovány v termínech teorie učení nebo zpracování informací.

Nicméně, pokud jde o vědeckou teorii, psychoanalytický popis byl trvale kritizován pro svou nepřiměřenost. Jednou z hlavních kritických výhrad je, že mnoho psychoanalytických pojmů není jednoznačně definovaných a objektivně měřitelných. Například by bylo obtížné ověřit princip zachování energie, protože neexistuje způsob, jak změřit libido. Psychoanalytická teorie také předpokládá, že velmi odlišná chování mohou být projevem téhož skrytého motivu. Například matka, která vůči svému dítěti cítí vztek, může dítě týrat nebo může vytěsnit svoje hostilní impulzy a začít se o dítě přehnaně starat a chránit je – což by Freud nazval **reaktivním výtvorem**. Když o těchto protichůdných druzích chování řekneme, že jsou důsledkem téhož skrytého motivu, je nemožné potvrdit výskyt motivu nebo provést predikce, které by bylo možno empiricky ověřit. Když se badatelům podařilo převést teorii do podoby empirické zkoušky, dostali nejednoznačný výsledek. Například snaha spojit vlastnosti osobnosti dospělého člověka s významnými psychosexuálními událostmi v dětství vedla k negativním výsledkům. Když badatelé identifikovali významné charakterové rysy, zjistili, že se vztahují k podobným charakterovým rysům rodičů. I když mezi metodami toaletního tréninku a rysy osobnosti dospělého člověka byl zjištěn vztah, mohl vzniknout proto, že metody a rysy jsou spojeny s důrazem rodičů na čistotu a pořádek. V takovém případě by jednoduché vysvětlení pomocí teorie učení – posilování rodiči a napodobování rodičů – představovalo ekonomičtější vysvětlení rysů osobnosti dospělého člověka než psychoanalytická hypotéza.

Psychoanalytičtí teoretici často uvádějí jako důkaz správnosti Freudových názorů antropologická pozorování, např. transkulturní tabu incestu jako důkaz všeobecného výskytu oidipovského konfliktu; v tabu spatřují pokus společnosti kontrolovat oidipovskou situaci. Jak ale uvádí Wilson (1999), antropologické nálezy toto psychoanalytické vysvětlení také z velké části vyvracejí.

Uvedené spory by nám měly připomenout, že Freud založil svoji teorii na pozorování velmi úzkého okruhu lidí – především neurotických žen z horní střední vrstvy ve Vídni přelomu 19. a 20. století. Při ohlédnutí zpět jsou mnohé Freudovy kulturní předsudky zřejmé, zvláště v teoriích, které se týkají žen. Například jeho teorie, že psychosexuální vývoj žen se utváří na základě „závisti penisu“ – pocitů nedostačivosti dívek, protože nemají penis – je téměř všeobecně odmítaná, neboť odráží Freudův sexuální předsudek a historické období, ve kterém žil. Dnes převládá názor, že vývoj osobnosti dívky ve viktoriánské éře byl utvářen v rozhodující míře jejím vědomím, že postrádá větší nezávislost, sílu a sociální status svého bratra, nikoli závisť jeho penisu.

Bez ohledu na tyto kritické výhrady je však pozoruhodným rysem Freudovy teorie to, jak dokázal přesáhnout svou úzkou pozorovací základnu. Například mnoho experimentálních studií obranných mechanismů a reakcí na konflikt podpořilo teorii ve zcela jiných souvislostech, než ve kterých ji Freud vyvinul. Strukturální teorie (id, ego a superego), psychosexuální teorie a pojem psychické energie přetrvávají v psychoanalytické teorii dodnes. Rovněž Freudova dynamická teorie – především jeho teorie úzkosti a obranných mechanismů –

odolala zkoušce času, výzkumu a pozorování. Řada badatelů usiluje o nové vyjádření psychoanalytické teorie, o definování testovatelných termínů a podrobení psychoanalýzy dalšímu experimentálnímu hodnocení.

1.9 Behaviorální teorie a poruchy osobnosti

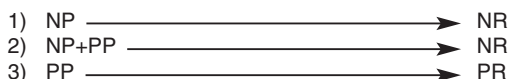
Klasický behaviorismus jako psychologická teorie, jak ji v první polovině 20. století zformulovali E. L. Thorndike, J. B. Watson, B. F. Skinner a další, nevytvořil vlastní teorii osobnosti, protože sám pojem osobnost, podobně jako pojem „mysl“, byl pokládán za nevědecký a empiricky neprokazatelný. Behavioristé vycházeli ze základního předpokladu, že i když určité psychické pochody jsou vrozené – pudové, instinktivní (temperamentové) – rozhodující podíl lidského chování tvoří reakce naučené v průběhu života na základě zkušeností s podněty z okolního prostředí (charakterové), že nevhodnému (maladaptivnímu) chování se člověk učí stejným způsobem jako chování adaptivnímu, že maladaptivní chování lze odstranit či přeučit pomocí týchž principů učení, které vedly k jeho vytvoření, a konečně že podmínky, které vedly k vytvoření určitého chování, nemusejí být nutně tytéž, které vedou k jeho přetrvávání (Murdoch a Barker, 1996). Vrozenými vlastnostmi nervové soustavy – v současné terminologii temperamentem – se ve svém výzkumu zabýval pouze fyziolog I. P. Pavlov, který popsal čtyři typy reaktivity nervové soustavy u člověka: typ silný vyrovnaný rychlý, silný vyrovnaný pomalý, silný nevyrovnaný a slabý. Ostatní behavioristé, mezi nimi především B. F. Skinner, se zaměřili na zkoumání naučených složek lidského jednání – v současné terminologii charakterem. B. F. Skinner (cit. podle Hunt, 2000) nazval osobnost „explanační fikcí“ a prohlásil, že to, co je považováno za „rys“ osobnosti, je pouze skupina podobných reakcí, které vedou k podobnému posílení určitého chování v různých situacích; osobnost tedy není podle B. F. Skinnera příčinou určitého chování, ale je to pouze označení pro soubor podobně podmíněných reakcí. Přes omezenost behaviorálního pojetí je pro pochopení utváření osobnosti potřebné ujasnit si jednotlivé formy učení, které v životě člověka probíhají. Behavioristé velmi dobře popsali dvě formy učení – klasické podmiňování a operantní podmiňování.

Klasické a operantní podmiňování

Klasické podmiňování je forma učení, která je společná lidem i ostatním živočichům a objevuje se dokonce i u jednobuněčných organismů. O její objev a prostudování se zasloužil ruský fyziolog I. P. Pavlov (1927). Ve svých pokusech

prokázal, že reflexivní (instinktivní) reakce lze vyvolat v organismu i působením neutrálních podnětů, které samy o sobě tyto reakce nevyvolávají, tedy že se organismus naučí reagovat na původně neutrální podněty určitou reflexivní reakcí.

K této formě učení dochází tehdy, pokud je neutrální, „podmíněný“ podnět (PP) opakovaně časově párován s „nepodmíněným“ podnětem (NP), který automaticky spouští reflexivní reakci („nepodmíněná reakce“, NR). Po určitém počtu opakovaného párování PP a NP dojde k tomu, že se začne příslušná reflexivní reakce objevovat při přítomnosti pouze podmíněného podnětu a pak ji označujeme jako „podmíněnou reakci“ (PR). Učení formou klasického podmiňování se znázorňuje následujícím způsobem:



Klasickým příkladem tohoto procesu učení je Pavlovův pokus s vyvoláním reflexu slinění u psů. Tento reflex se automaticky spouští v přítomnosti potravy (NP). Když bylo podávání potravy opakovaně spojeno s jiným, neutrálním podnětem, například s rozsvícením červeného světla nebo zazvoněním zvonku (PP), došlo postupně k tomu, že psi začali slinit již na světlo či na zvuk, aniž cítili potravu (PR).

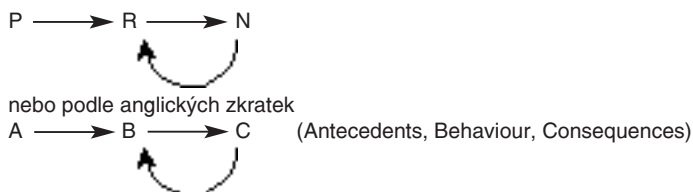
Dalšími výzkumy se zjistilo, že i po vytvoření podmíněné reakce je nezbytné, aby byl podmíněný a nepodmíněný podnět občas aplikován společně, jinak podmíněný podnět postupně přestane vyvolávat (spouštět) podmíněnou reakci – to se nazývá **vyhasnutí** podmíněné reakce.

Tento typ učení probíhá automaticky, bez vědomé a volní kontroly. Předpokládá se, že tímto způsobem vznikají některé automatizované reakce, například výbuchy hněvu u hraničních pacientů. Postižený prožije v určité situaci výraznou zlost, např. při sporu s matkou. Tato zlostná reakce je reflexivní, nepodmíněná. Může se však začít objevovat znovu i při menších konfliktech s matkou, dokonce i po neutrálních podnětech od matky, později se však může zlostné reagování rozšířit i na jiné lidi, někdy stačí jejich pohled či náznak nezájmu.

Tato teorie však nevysvětluje, proč zlostná či úzkostná reakce přetrvává, i když se nepodmíněný podnět (např. reálné ohrožení) v dané situaci znovu nevyskytuje – tedy proč nedochází k vyhasnutí podmíněné reakce. Podle tzv. dvoufaktorové teorie úzkosti Mowrera (1947) je afektivní reakce udržována vyhýbavým chováním – když se totiž postižený člověk začne podmíněnému podnětu důsledně vyhýbat, tj. nemluví opakovaně s matkou, nejde znovu parkem, kde byl pokousán psem, nebo ulicí, kde byl přepaden, nemůže dojít k vyhasnutí podmíněné reakce, neboť podmíněný podnět nemůže působit bez přítomnosti podnětu nepodmíněného. Solomon a Wynne (1954) experimentálně prokázali na psech, že vyhýbavé chování je velmi odolné vůči spontánnímu vyhasnutí a přetrvává dlouho poté, co předcházející podmiňování bylo ukončeno (psi stále utíkali z klece po zazvonění zvonku, i když tento podnět již dlouho nesignalizoval, že bude následovat nepříjemná elektrická ranka). V terapii je proto pacient

veden k tomu, aby se opakovaně vystavil působení podmíněného podnětu a tím došlo postupně k vyhasnutí podmíněné reakce. Postupně dojde k tomu, že podmíněný podnět (představa psa vyvolávající úzkost) přestává budit podmíněnou reakci strachu. Wolpe (1958) později nazval tento postup „systematickou desenzibilizací“. Jako „zaplavení“ (*flooding*) označujeme dlouhodobou aplikaci podmíněného podnětu o maximální síle, až do chvíle, kdy se podmíněná reakce přestane objevovat (Murdoch a Barker, 1996).

Druhým základním procesem učení je tzv. **operantní podmiňování**. I tato forma učení je společná lidem a zvířatům, a jejímu výzkumu se věnoval především americký psycholog B. F. Skinner a jeho spolupracovníci (Skinner, 1953). Tento typ učení se neomezuje pouze na vrozené reflexy, ale uplatňuje se u všech typů chování organismu. Podle tohoto modelu učení určitý podnět (P) vyvolává určité chování (reakce, R), původně třeba zcela náhodně. Následek tohoto chování (N) se organismus učí a v jeho důsledku se dané chování (R) buď **zpevní**, tj. bude se v budoucnu po daném podnětu opakovat s vyšší pravděpodobností, nebo se toto chování **oslabí**, tj. bude se po daném podnětu opakovat s menší pravděpodobností. Tento typ učení znázorňujeme symbolicky jako



Podle tohoto modelu jsou to tedy následky určitého chování, které se organismus učí a na jejichž základě pak své chování mění. Skinner ve svých pokusech se zvířaty dokázal, že pomocí systematické manipulace s žádoucími (např. potrava) a nežádoucími (např. ranka elektrickým proudem) následky určitého chování lze pokusná zvířata naučit velmi nepřirozeným formám chování (což dobře ví každý návštěvník cirkusového představení). Skinner předpokládal, že stejné zákony volby určitého chování na základě jeho následků platí i u člověka. Zjednodušeně řečeno, chování člověka je funkční a směřuje k dosažení žádoucích následků a k vyhnutí se následkům nežádoucím. Antecedenty, tj. podněty, které určitému chování předcházejí, neslouží jako automatické spouštěče tohoto chování, ale upozorňují organismus, že určité žádoucí následky jsou v dané situaci dosažitelné nebo že v ní určité nežádoucí následky hrozí. Přitom jako antecedent mohou sloužit pouze takové podněty, které je organismus schopen odlišit – tzv. **diskriminovat** – od jiných, neutrálních podnětů. Proto jsou tyto podněty označovány jako **diskriminativní podněty**.

Podle teorie operantního podmiňování je pravděpodobnost určitého chování určována jeho následky. Ve své nejjednodušší formě nepotřebuje tento model k vysvětlení určitého chování žádné další proměnné – tj. žádné procesy myšlení

či jiné vnitřní procesy v organismu. Podle tohoto modelu tvoří organismus tzv. černou skříňku, tj. prostředí, do něhož nelze nahlédnout. Skinner předpokládal, že tyto vnitřní mentální procesy v organismu nejsou přístupné objektivnímu pozorování a zkoumání, a proto u nich nelze uplatnit vědeckou metodologii poznání. Domníval se, že k tomu, abychom dokázali dostatečně přesně předvídat lidské chování a měnit je žádoucím způsobem, postačí zjistit zákonitosti vztahu mezi zjevným chováním, jeho antecedenty a následky.

Změnu pravděpodobnosti určitého chování lze dosáhnout systematickou manipulací s následky tohoto schování. Rozlišujeme přitom pozitivní a negativní zpevnění určitého chování a pozitivní a negativní oslabení chování.

Tab. 6 Typy operantního podmiňování

Vliv na budoucí chování	Vnější událost následující po sledovaném chování	
	Podnět následuje (je poskytnut)	Podnět nenásleduje (je odstraněn)
Pravděpodobnost sledovaného chování se zvýší	<i>Pozitivní zpevnění (odměna)</i>	<i>Negativní zpevnění (úleva)</i>
Pravděpodobnost sledovaného chování se sníží	<i>Pozitivní oslabení (trest)</i>	<i>Negativní oslabení (pokuta, zklamání očekávání)</i>

Jako **pozitivní zpevnění** označujeme proces, při němž určité chování vede k následku, který pravděpodobnost výskytu daného chování zvýší. Obvykle v těchto případech mluvíme o „odměnách“, určité chování je odměněno tím, že přináší svému nositeli něco žádoucího – např. peníze, obdiv nebo zájem.

Jako **negativní zpevnění** označujeme proces, při němž se pravděpodobnost určitého chování zvýší proto, že vede k odstranění nebo oslabení určitého nežádoucího vlivu či stavu a tím k úlevě. Například vyhýbavé chování úzkostného člověka je zpevňováno tím, že vede ke snížení jeho úzkosti.

Jako **pozitivní oslabení** označujeme proces, při němž se pravděpodobnost určitého chování sníží, protože vedlo k nežádoucím a nepříjemným následkům. V těchto případech obvykle mluvíme o „trestech“ – když určité chování vede k bolesti, posměchu nebo úzkosti.

Jako **negativní oslabení** označujeme proces, při němž se pravděpodobnost určitého chování sníží, protože nevede k očekávaným žádoucím následkům – např. ochota chodit do práce se sníží, pokud pracovník přestane dostávat plat, který očekává.

Ve skutečnosti se ukázalo, že pravděpodobnost určitého chování v závislosti na jeho antecedentech a následcích lze s potřebnou mírou přesnosti určit pouze v po-

kusech na zvířatech (a to daleko lépe u některých, například u krys, než u jiných, například u koček) a v laboratorních podmínkách. V reálném životě je chování lidských jedinců daleko obtížněji předvídatelné a jednotlivé antecedenty a důsledky daleko obtížněji zjištěitelné a kontrolovatelné. Přesto je třeba uznat, že principy operantního podmiňování se v běžném životě uplatňují téměř neustále. Každý z nás se snaží chovat tak, aby mu to přineslo žádoucí důsledky a aby se vyhnul či unikl důsledkům nežádoucím. Také k druhým lidem se chováme tak, abychom jejich chování buď zpevnili (poděkováním, vyjádřením obdivu nebo tím, že je přestaneme kárat), nebo oslabili (vyjádřením nesouhlasu, kritikou, omezením kontaktu). Své děti vychováváme pomocí principu odměn a trestů již celá staletí.

Jednou ze slabin teorie operantního podmiňování je to, že dokáže lépe vysvětlit, jak se určité chování udržuje, rozvíjí, případně oslabuje a mizí, než to, jak určité chování v dané situaci vzniká. Původní Skinnerova představa, že se jedná o náhodný proces, při němž si živočich na základě následků postupně zvolí chování adaptivní a potlačí chování neadaptivní, u člověka (ani u řady jiných živočichů) neobstojí. Právě tuto otázku lépe vysvětlují kognitivní teorie osobnosti.

1.10 Kognitivní teorie osobnosti

Na rozdíl od behavioristů kognitivní psychologové ve druhé polovině 20. století nejen že uznávali existenci „mysli“, ale předpokládali, že právě myšlenkové, tedy „kognitivní“ procesy, jsou rozhodujícím článkem, který zprostředkuje emoční, fyziologické i behaviorální reakce jedince na podněty z okolního prostředí. Základní předpoklad kognitivní teorie lze vyjádřit výrokem stoika Epikteta „Nejsou to věci samy, které nás znepokojují, ale naše mínění o těchto věcech“, nebo odborněji, jak to vyjádřil Meichenbaum, **„jedinec nereaguje primárně na podněty z okolí, ale na mentální reprezentaci těchto podnětů“**.

Podle kognitivní teorie je osobnost tvořena souborem kognitivních struktur, tzv. schémat, na jejichž základě jedinec myslí, cítí a jedná. Vznikem a vlastnostmi těchto kognitivních struktur se zabývá řada jednotlivých teorií. Mezi nejvlivnější patří teorie „personálních konstruktů“ G. A. Kellyho, teorie sociálního učení A. Bandury, teorie „naučené bezmocnosti“ M. Seligmana a teorie „dysfunkčních kognitivních schémat“ A. T. Becka.

Teorie personálních konstruktů

Na rozvoj **teorie kognitivních schémat** měl vliv zejména George Alexander Kelly (1905–1967) a jeho teorie personálních konstruktů (1955). Kelly byl jeden z prvních personologů, který zdůrazňoval poznávací procesy jako složku rysů de-

terminujících projevy osobnosti. Podle jeho teorie je jedinec ve svém základu vlastně vědec usilující pochopit, tlumočit, předvídat a řídit svůj svět a efektivně s ním zacházet. Vnímaná realita je vždy předmětem interpretace: objektivní skutečnost existuje, ale různí lidé ji rozumějí různými způsoby. Všechny naše současné interpretace světa jsou revidovatelné či nahraditelné. Lidské bytosti jsou spíše aktivními konstruktéry svých světů než pasivními reaktory na vnitřní nebo zevní síly, které jsou silnější než oni. Lidský subjekt, stejně jako vědec, vytváří pracovní hypotézy o realitě. Pomocí těchto pracovních hypotéz (konstruktů) se pokouší anticipovat budoucí a řídit své chování. Podle Kellyho jsou lidé orientováni spíše na budoucnost než na minulost či současné události. Okem přítomnosti míří vždy do budoucnosti. Navíc se lidé vyznačují tendencí a kapacitou spíše prostředí aktivně zpracovávat (pojímat a interpretovat) než na ně pasivně reagovat. Pro život člověka je typické neustále úsilí dávat zkušenosti smysl. Tato kvalita mu umožňuje utvářet svůj osud v závislosti na položených otázkách a nalezených odpovědích. Podle fundamentálního postulátu teorie personálních konstruktů je tedy **chování lidí řízené způsobem, jakým anticipují dění ve světě kolem sebe**. Lidé si interpretují události kolem sebe pomocí **osobních (personálních) konstruktů**. Používají tento systém k predikci a kontrole události. Je to jako šablona (idea, postoj, vzorec či myšlenka), skrze níž jedinec pojmá a zpracovává realitu a kterou využívá ke konstrukci či interpretaci. Je to něco, co si člověk sám vytvořil a co aktivně používá vůči světu, aby mu dával smysl. Podle osobních konstruktů jedinec třídí lidi a události, se kterými se setkává, a věci či události jsou chápány jako podobné nebo jako vzájemně odlišné. Aspekty reality dostávají význam ve vztazích podobnosti či kontrastu. Personální konstrukty jsou **bipolární a dichotomní** (dobré-zlé; dlouhé-krátké; silné-slabé; přátelské-hostilní apod.) mají určitý **rozsah vhodnosti** (vztahují se na určité věci a pro jiné jsou irelevantní). Například konstrukt „dobro versus zlo“ je aplikovatelný na většinu situací vyžadujících osobní hodnocení, naproti tomu konstrukt „čištnost-nečištnost“ je rozsahem mnohem užší. Další charakteristikou konstruktů je jeho **ohnisko vhodnosti**. Jde o rozsah události, na něž je člověk připravený daný konstrukt aplikovat. Například konstrukt „čištnost-nečištnost“ někdo posuzuje z hlediska vztahů rodiče a děti, jiný z hlediska politických vztahů, další v chování mezi partnery apod. Ohnisko vhodnosti je specifické pro jedince, který daný konstrukt využívá. Jakmile subjekt zhodnotí, že daný konstrukt přiměřeně předvídá určité události, testuje tuto hypotézu i na dalších podobných událostech. Pokud byla tato predikce přiměřená, konstrukt je zpevněn. Pokud není predikce potvrzena, dochází k revizi konstruktů. Důležitou charakteristikou konstruktů je jejich **propustnost (permeabilita)**. Určitý konstrukt je propustný do té míry, do jaké je otevřený k přibírání nových objektů a událostí. Propustné konstrukty jsou s to přijímat do svého rozsahu vhodnosti i vztahy nebo události, které dosud nebyly v rámci jejich hranic pojmány. Nepropustný je takový konstrukt, který se vztahuje jen na nějaký fixní soubor věcí a událostí. Jedinec s nepropustným konstruktem „správný způsob-nesprávný způsob“ jak se mají dělat určité věci, bude mít velké těžkosti, po-

kud bude muset spolupracovat na nějakém úkolu s lidmi, kteří mají různé přístupy. Podle povahy kontroly, kterou konstrukty vůči svým elementům používají, je lze rozdělit na následující typy (podle Mikšík, 1999):

- **Zajištěné konstrukty** – jde o škatulkový typ konstruktu: co je dáno do jedné přihrádky, je vyloučeno z jiné. Tento konstrukt je typický pro rigidní osoby a odpovídá typu myšlení „nic než“, „jedině“.
- **Konstelační konstrukty** – umožňující, aby elementy náležely i do jiné oblasti, upravují však jejich členství. Ve chvíli, kdy je událost podrážena pod jeden konstrukt, jsou tím fixovány její další charakteristiky (např. „Je-li tento muž číšník, bude nepoctivý a manipulující. Nelze mu věřit.“).
- **Propoziční konstrukty** – ponechávají své elementy alternativním konstrukcím. Dovolují otevřenost novým zkušenostem a pohledům. Propoziční myšlení je tedy flexibilní.

I když jsou osobní konstrukty **kognitivní** – tj. mají co dělat s poznáváním světa – mají také **motivační a emocionální** aspekty. Představují komplexní základ pro hodnocení a emocionální reakce na sebe, lidi a události. Mohou nebo nemusejí být **verbalizované**. Někteří lidé dokážou jasně určit, na základě čeho posuzují sebe, lidi nebo události. Často je však potřebné povahu určitého konstruktu odvozovat z neurčitých nebo nejasných výpovědí a někdy to vůbec není možné vyjádřit slovy, ale na konstrukt je možné usuzovat z chování člověka. Lidé organizují svoje konstrukty do určitého **systému osobních (personálních) konstruktů**. Osobní konstrukty jsou organizovány hierarchicky s důrazem na minimalizaci neslučitelnosti a nesrovnalostí. Lidé se tudíž liší nejen v počtu a druhu konstruktů, ale i ve způsobu jejich organizace. Organizace osobních konstruktů je v podstatě logická. Konstrukty jsou uspořádány pyramidovým způsobem, kdy nadřazený konstrukt podrážuje jiné konstrukty a podráženy je obsažen v jiném konstruktu. Například konstrukt „dobro-zlo“ může mít podráženy konstrukt „zištnost-nezištnost“ u různých lidí různým způsobem. Hierarchické uspořádání konstruktů však není statické a může se měnit v závislosti na jejich prediktivní účinnosti (tj. jak se osvědčují v realitě). Organizace osobních konstruktů dává konstruktům jedince konzistenci a uspořádanost. Základním účelem individuálních konstruktů je umožnit anticipaci události. U většiny lidí souvisí řada nejdůležitějších situací s chováním jiných lidí. Kelly mluví o „společenskosti konstruktů“. Jedinci jsou si podobní proto, že události pro ně mají přibližně podobný psychologický význam. Lidé ze stejné kultury konstruují svoje zkušenosti podobným způsobem. Rozdílné kultury mohou mít velmi rozdílné postoje k základním zkušenostem. Sociální interakce souvisí s úsilím porozumět tomu, jak druzí konstruují svojí realitu. Harmonická sociální interakce vyžaduje, aby člověk byl schopen podívat se z pozice druhé osoby natolik, aby jí byl schopen porozumět a předvídat její chování. To znamená, že do té míry, do jaké bude Adam chápat, jak se Eva dívá na svět, se s ní může účastnit sociálních rolí, ať to bude přátelský rozhovor, sexuální akt, snaha o dominanci nebo sub-

misí, či obchodní transakce. V těchto interakcích naplňují **sociální role**. Pojem role má v teorii osobních konstruktů ústřední význam; role je definovaná jako

„psychologický proces založený na hráčově konstrukci aspektů konstrukčních systémů těch osob, se kterými se pokouší spojit v určité sociální akci“ (Kelly, 1955).

Sociální role nevzniká automaticky tím, že lidé spolu mluví nebo se k sobě nějak chovají. Alespoň jeden z nich musí percipovat způsob vidění věcí druhým. To neznamená, že lidé, kteří jsou spoluúčastníky na sociálních rolích, nutně musejí mít podobné konstrukční systémy. Základním rysem rolového chování je to, že lidé svoje konstrukty využívají k anticipaci toho, jak budou konstruovat události jiní lidé. Podobnost konstrukčních systémů facilituje úspěšné chování v sociálních rolích.

Prostřednictvím **propracované volby** lidé volí tak, aby posouvali svoje systémy konstruktů ve směru větší schopnosti predikovat události. Podle Kellyho (1955, str. 64):

„kdykoliv je osoba konfrontovaná s příležitostí udělat nějakou volbu, bude mít tendenci udělat tuto volbu ve prospěch té alternativy, která předpokládá nejlepší základ pro anticipaci následných událostí“.

Toto zdokonalování anticipace může mít u některých lidí formu zúžení a zostření systému konstruktů, aby dokázali predikovat čím dál lépe v rámci vymezeného rozsahu situací. U jiných zase snaha o zdokonalení anticipace může mít formu rozšíření platnosti konstruktů a rozšíření rozsahu situací, ve kterých je možné predikovat. V každém případě je podle Kellyho konkrétní zvolenou cestou ta, u které se zdá být nejpravděpodobnější, že zvýší budoucí schopnost systému konstruktů anticipovat události. Pokud není systém konstruktů schopen správně anticipovat a odhalit následné události, zpravidla se mění. Ke změně dochází nejčastěji při vystavení novým či neobvyklým událostem. Zpětná vazba o tom, jak nás vedou konstrukty k predikování budoucna, může vést k modifikaci nepřesných konstruktů. Užitečné konstrukty jsou podrženy, ostatní zamítnuty. Při konfrontaci s novými událostmi bude osoba s relativně nepropustnými konstrukty všeobecně méně schopna přizpůsobit se než jedinec s propustnějšími konstrukty.

Rané konstrukty mohou být definované určitými lidmi (otec-autorita). Některé konstrukty, které se vyvinuly dříve, než dítě zvládlo jazyk (související s připoutáním ve vztahu matka-dítě), mohou později v životě představovat specifické problémy. Takové konstrukty jsou často vysoce nepropustné, projevují se v různých vztahových situacích a mohou sloužit jako konstrukty jádrových rolí (rodič, partner, spolupracovník apod.). Zároveň vzhledem k jejich ranému a předverbálnímu charakteru si jedinec není vědom jejich existence nebo rozsahu jejich vlivu. Například žena může být často překvapená zjištěním, že si vybírá stále podobné partnery, kteří jsou navíc v něčem základním velmi podobní jejímu otci. Předverbální konstrukty mohou později ovládat chování lidí bez toho, že by si jich byli daní jedinci vědomi.

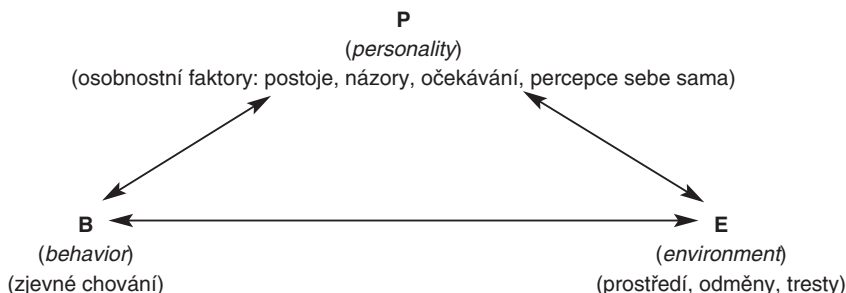
Kellyho teorie byla kritizována zejména proto, že si nedostatečně všímá emočních a motivačních aspektů lidské existence. Dále není schopna specifikovat způsoby, jakými se osobní konstrukty získávají a aplikují. Jediné vysvětlení směru chování pomocí expanze systému konstruktů skrze princip propracované volby pokládají kritici za neadekvátní (Russell, 1969). Přesto jde o smělou originální teorii, která klade důraz na jedince jako na aktivního konstruktéra svého jedinečného světa.

Teorie sociálního učení

„Z perspektivy sociálního učení se lidský charakter dá popsat jako obrovská potencialita, která může být tvarovaná přímými i zástupnými zážitky do různých forem v rámci biologických limitů.“ (Bandura, 1969)

I když podle Alberta Bandury (nar. 1925) jsou zákonitosti teorie učení klasickým a operantním podmiňováním významné pro vysvětlení a předvídání chování, nepovažuje je za jediný způsob, jímž je chování získáváno, udržováno a měněno. Člověk má možnost promyslet si a regulovat vlastní chování, není jen figurkou ve hře environmentálních vlivů. Lidé tím, že mají schopnost užívat symboly, jsou s to myslet, tvořit a plánovat. Kognitivní procesy se projevují zjevnými akcemi. Schopnost symbolicky si představit budoucí důsledky a výstupy vede k tomu, že je vkládáme do současných motivací chování. Výsledkem dřívějších zkušeností je i očekávání, že určité druhy chování mohou být úspěšné, jiné mají nepatrné nebo nežádoucí důsledky. Chování je regulováno širokým rozsahem anticipovaných důsledků. Příčinnost tedy nespočívá jen v prostředí, ale člověk a prostředí se vzájemně ovlivňují. Pomocí procesu, kterému Bandura říká reciproční determinismus, lidé ovlivňují svoje osudy kontrolou sil prostředí, ale síly prostředí je zároveň ovlivňují. Například přesvědčení jedince

Obr. 3 Reciproční determinismus



o tom, co je schopný udělat a jaké důsledky to bude mít, ovlivňuje jeho skutečné chování, které se týká prostředí, které zase naopak může změnit jeho očekávání.

Pokud je všechno interaktivní, existuje nějaký východiskový bod? Podle Bandury je tímto centrem „Já“ (orig. *Self*) (Bandura, 1978). Jednou z funkcí „Já“ je regulace chování. Děje se tak trojím způsobem:

- **sebezpozorováním** – pozorováním svého chování;
- **sebeuposuzováním** – vlastní výkon je srovnáván podle různých norem (osobních, v porovnání s druhými, s očekáváním ocenění, zda je více kontroly mojí nebo zvenčí apod.);
- **sebereakcí** – bezprostřední reakcí na vlastní chování typu odměny nebo trestu.

Tab. 7 Procesy seberegulace chování (podle Bandura, 1978)

Sebezpozorování	Sebeuposuzování	Sebereakce
<i>Dimenze výkonu</i>	<i>Osobní standardy</i>	<i>Sebehodnotící reakce</i>
kvalita	zdroje modelování	pozitivní
rychlost	zdroje posilování	negativní
kvantita	<i>Vztahové výkony</i>	<i>Důsledky aplikované</i>
originalita	standardní normy	<i>konkrétně u sebe</i>
autenticita	sociální porovnávání	odměňující
důslednost	osobní porovnávání	trestající
deviace	kolektivní porovnávání	<i>Žádná sebereakce</i>
etičnost	<i>Ocenění aktivity</i>	
	vysoké	
	neutrální	
	znehodnocující	
	<i>Přívlastky výkonu</i>	
	osobní místo	
	externí místo	

Normy chování si vytváříme na základě pozorování vzorů, zejména autorit (rodiče, učitelé), interpretováním zpětné vazby k vlastním výkonům a podle nařízení, které nám dávají autority. Klíčovou složkou systému Já je **vědomí vlastní zdatnosti** (orig. *self-efficacy*), kterou autor definuje jako naše sebevnímání toho, jak dokážeme zvládnout určitou situaci. Klíčem ke změně chování je změna očekávání týkající se osobní zdatnosti. Jde o dva typy očekávání. **Očekávání ohledně zdatnosti** jsou přesvědčení, že můžeme úspěšně realizovat určité chování, které je potřebné k dosažení určitého cíle (např. očekávání, že se ovládnou a dokážu sám zmírnit své napětí při záchvatu vzteku). **Očekávání ohledně výsledků** se týkají hodnocení, zda dané chování povede k určitým výsledkům (např. očekávání, že pokud ovládnou svůj hněv, bude se mi lépe vyjednávat, nebo očekávání, že pokud budu pravidelně cvičit, budu méně úzkostný). Pokud je hodnocení vlastní zdatnosti

vysoké a očekávání výsledků realistické, bude člověk tvrdě pracovat a vytrvá, dokud nesplní úkol. Očekávání týkající se vlastní zdatnosti je důležitou součástí adaptivního zvládajícího chování. Bandura v řadě studií ukázal, že takováto očekávání ovlivňují lidské chování za různých okolností (Bandura, 1977, 1982):

„...očekávání ohledně vlastní zdatnosti jsou hlavním determinantem výběru aktivit u lidí, kolik úsilí vynaloží a jak dlouho potrvá jejich úsilí při zvládání stresových situací.“ (Bandura, 1977, s. 194).

Motivace je podle Bandury kognitivní konstrukt a má dva zdroje. Za první, **reprezentace budoucích výsledků** může vytvářet současné motivy chování, tzn. že anticipace budoucích posílnění motivuje člověka chovat se jedním nebo druhým způsobem. Za druhé, **stanovení cílů** anebo **žádoucí úrovně výkonu** a pak hodnocení svých výkonů motivuje lidi chovat se jistým způsobem. Děti, které neměly dostatečné matematické dovednosti, zlepšovaly svůj výkon daleko více, pokud si rozvrhli svoji práci na sérii dílčích cílů, které vedly k okamžitému sebehodnocení, než když byly cíle vzdálenější (Bandura a Schunk, 1981). Pokračující vnímání, posuzování a hodnocení našeho chování vytváří „sebe-pohnutky“ vytrvat v dosažení stanovených cílů.

Podobně jako jiní teoretici vidí Bandura **posílnění** jako „příčinu“ učení. Podle Bandury se však můžeme učit různými způsoby. Můžeme se učit pozorováním někoho druhého – **zástupným posílněním**, ale můžeme se učit i bez jakéhokoliv zřetelného aktuálního posílnění, když **posílnění očekáváme**. Sledováním ostatních, jak jsou odměňováni nebo trestáni za své chování, vede k vytváření kognitivních očekávání o výsledcích chování. Nápodobou se učíme, co musíme dělat, abychom dosáhli určitého výsledku nebo se vyhnuli trestu. Očekáváním budoucích posílnění se učíme i pozorováním důsledků našeho vlastního chování. Prostřednictvím interakce s rodiči, vrstevníky a dalšími lidmi, kteří odměňují nebo trestají, si vytváříme osobní normy chování, které zrcadlí tyto socializační faktory. Proto se později začínáme odměňovat nebo trestat za vlastní chování **sebeuznáním** nebo **sebekritikou** podobným způsobem, jak nás odměňují či trestají druzí. Očekávání sebeuznání („Když to zvládnou, budu na sebe pyšný!“) nebo sebekritiky („Už bych si sám sebe nemohl vážit!“) pak mohou do značné míry řídit naše chování.

Bandurova teorie sociálního učení klade velký důraz na **učení pozorováním**. Zda se člověk bude učit na základě pozorování, závisí na tom:

- zda pozorovatel přesně vnímal, co vzor dělá;
- správně si to zapamatoval;
- proměnil zakódované vzpomínky na nové reakce;
- zda je pozorovatel dostatečně motivovaný k výkonu (anticipuje odměnu za výkon) podle chování vzoru.

Podle Bandury většina učení probíhá bez okamžitého posílení. Podněty, které se objeví během chování modelu, se promění do mentálních obrazů a do slovních symbolů, které mohou být později znovu vyvolány. Tyto symbolické kognitivní

dovednosti umožňují lidem proměnit nebo kombinovat to, co se naučili nebo pozorovali, do nových vzorců chování. Tak mohou projevovali nové či inovované chování namísto jednoduché imitace modelu.

Například malý hoch pozoruje, že když se jeho matka rozhněvá, ovládne se, neprojevuje zlost a mluví velmi pomalu, zvláště hlubokým hlasem. Také může vidět otce, který, když se rozhněvá, dělá hlasitě kritické a sarkastické poznámky. Když se hoch naštve na svoji sestřičku, může ji přivést k slzám sarkastickými poznámkami, které pronáší pomalým hlubokým hlasem (Hall a Lindzey, 1985).

V současné době probíhá hodně učení podle vzoru v symbolické formě. Filmy a televize poskytují četné příklady, které mohou ovlivnit chování pozorovatelů.

Pokud je chování modelu odměněno, je imitace mnohem pravděpodobnější, než když je potrestáno. Další vlastnosti modelu, jako je věk, sociální statut, pohlaví, schopnosti, posilují pravděpodobnost, že chování bude imitováno. Děti častěji imitují rodiče, kteří jsou vroucní a starostliví, než rodiče kritické (ty však bohužel imitují také). Lidé mají sklon imitovat spíše modely, jejichž výkonové normy jsou v rámci jejich možností, než modely, jejichž normy jsou za jejich možnostmi.

Dalším druhem učení je **zástupné klasické podmiňování emočních reakcí**. Pozorovatel se může naučit reagovat určitou emocí na jisté situace i tak, že pozoruje reakce někoho jiného. Zjištění, že emoční reakce se dají získat nejen přímo, ale i zástupně, vedlo Banduru k předpokladu, že za určitých okolností mohou tyto reakce přímo nebo zástupně i vyhasínat. Tak by například lidé s přehnaným strachem mohli svoje přehnané emoční reakce modifikovat pozorováním nebojácných vzorů. Takto může fungovat zástupná systematická desenzibilizace. Ukázalo se však, že zástupná zkušenost nestačí k tomu, aby přinesla přiměřený pocit osobního zvládnutí. Jedinec se musí úspěšně chovat ve skutečné situaci, které se obává, pokud chce svůj strach opravdu zvládnout. Zástupný vzor má však schopnost člověka k přímé akci povzbudit. Základním problémem při přehnaných reakcích strachu je podle Bandury přesvědčení jedince, že nedokáže určitou situaci zvládnout. Změna v terapii je podmíněna vytvořením **pocitu vlastní zdatnosti** – očekáváním, že člověk dokáže vlastním úsilím obávanou situaci zvládnout.

Naučená bezmocnost

Pokud zvířeti zabráníme, aby mohlo uniknout nepříjemným podnětům, postupně se naučí, že se o to nemá snažit. Proto i když pak dostane možnost se averzivním podnětům vyhnout, nevyužije ji. Seligman (1976) ukázal, že i lidé, kteří jsou vystaveni averzivním podnětům, před kterými není úniku, vykazují podobnou neschopnost naučit se adaptivnějšími reakcím, i když už uniknout mohou. Kromě toho se u nich typicky objevují další kognitivní (sebeobviňování) a emoční deficity (bezmoc, dysforie, podrážděnost, ztráta radosti). Seligman to nazval naučenou bezmocností. Laboratorně naučená bezmocnost může být „lčena“, když lidem poskyt-

neme zážitek úspěšného zvládnutí úkolu. Mnohé projevy naučené bezmocnosti jsou podobné projevům klinické deprese a naučená bezmocnost je rizikovým faktorem deprese. U lidí, kteří mají sklon projevovat naučenou bezmocnost, je větší pravděpodobnost, že se u nich rozvine klinická deprese.

Teorie dysfunkčních kognitivních schémat

Podle teorie představitelů kognitivní terapie A. T. Becka a A. Ellise si pacienti trpící poruchami osobnosti vytvořili během dětství relativně pevný, globální, negativní pohled na sebe sama, druhé lidi a svět. Tento pohled je ovlivněn jak genetickými faktory, tak časnými životními zkušenostmi (Beck, 1998). Tato **jádrová přesvědčení** jsou zabudována v individuálních „kognitivních schématech“, hypotetických strukturách mysli (viz tab. 8). Tato „schémata“ fungují jako vzory pro odhadování a hodnocení situací. Jedinec zpracovává informace způsobem, který souhlasí s jeho přesvědčením, vybírá ze situace informace, které jeho jádrové přesvědčení potvrzují, a znehodnocuje, ignoruje nebo podceňuje informace, které svědčí o opaku. Beck (1995) přepokládá, že každému typu poruchy osobnosti odpovídá určité dysfunkční „jádrové schéma“.

Tab. 8 Jádrová přesvědčení pacientů s poruchami osobnosti (Beck, 1995)

Bezmoc	Nemilovanost
Nepřiměřený	Nepřitažlivý
Neschopný	Nepřijatelný
Uváznutý	Odmítaný
Méněcenný	Osamělý
Neefektivní	Nechtěný
Nekompetentní	Neopatrovaný, bez péče
Slabý	Špatný
Zranitelný	Bezcenný
Selhávající	Odlišný
Defektní	Ne dost dobrý (pro lásku druhých)
Ne dost dobrý (aby to šlo měřit)	Defektní (a proto nehodný lásky)
Ztroskotanec (v dosahování cílů)	Ztroskotanec (ve vztazích)
Nuzný	Nezajímavý
Bez kontroly	

Děti, u kterých se později vyvine porucha osobnosti, často zažily buď akutní trauma, nebo méně závažné, ale chronické traumatizující zkušenosti. Aby si vysvětlily smysl toho, co se jim přihodilo, vytvoří si extrémně negativní přesvědčení nejen o sobě samých, ale i o jiných lidech a o světě, ve kterém žijí (Beck, 1998). Aby tato přesvědčení kompenzovaly nebo se s nimi vyrovnaly, vytvoří si rigidní pravidla, jak věcem rozumět. Postupně **nadměrně rozvinou úzký rejstřík chování a jiné druhy chování nerozvinou dostatečně**. Každý

typ poruchy osobnosti se vyznačuje odlišným rejstříkem nadměrně rozvinutých a nedostatečně rozvinutých strategií chování (viz tab. 9).

Kombinace extrémně negativního pohledu na sebe, jiné lidi a svět, dysfunkční pravidla pro reagování a nedostatečný repertoár chování vede k nepřiměřenému hodnocení situací a emočnímu stresu. Samozřejmě ne u všech lidí, kteří byli v dětství vystaveni zátěžovým podmínkám, se později vyvine porucha osobnosti. Pravděpodobně záleží i na vrozené zranitelnosti a odolnosti vůči psychotraumatům.

Tab. 9 Typické nadměrně rozvinuté a nedostatečně rozvinuté strategie u pacientů s poruchami osobnosti (podle Beck a kol., 1990, doplněno autory)

Porucha osobnosti	Nadměrně rozvinuté strategie	Nedostatečně rozvinuté strategie
Anankastická	Kontrola Odpovědnost Systematičnost	Spontaneita Impulzivita
Závislá	Vyhledávání pomoci Přilnavost	Pružnost Soběstačnost
Pasivně agresivní	Autonomie Rezistence Pasivita Sabotování	Intimita Asertivita Aktivita Kooperace
Paranoidní	Ostražitost Nedůvěřivost Podezřívavost	Klid Důvěra Přijímání druhých
Narcistická	Sebezdurazňování Soutěživost	Sdílení Identifikace se skupinou
Antisociální	Bojovnost Utlačování druhých Využívání druhých	Empatie Vzájemnost Sociální citlivost
Schizoidní	Autonomie Stažení se	Intimita Vzájemnost
Vyhýbavá	Sociální zranitelnost Vyhýbání se Tlumení	Asertivita Sebedůvěra Družnost
Hraniční	Impulzivita Upřímnost „Štěpení“ (Splitting) Odvaha Nesouhlas Nekonvenčnost	Ovládání afektů Kooperace Systematičnost Relativnost pohledu Odložení a propracování afektivní reakce Identifikace se skupinou Důvěra
Histrionská	Předvádění se Sebevyjádření Přehánění	Vzájemnost Kontrola Systematičnost

Podle Becka a Freemana (1990) má každý typ poruchy osobnosti svůj **typický rejstřík jádrových přesvědčení o sobě a o druhých**, ze kterých pak vychází jeho **předpoklady** pro účinné chování (viz tab. 10). Některé **strategie chování** se díky tomu vyvinou nadměrně, jiné zase vůbec. **Spektrum chování** v nejruznějších situacích je pak zúžené, což vede k výraznému stresu (Beck, 1996). Například pacient s histrionskou poruchou osobnosti se chová přehnaně dramaticky při hledání zaměstnání, dokonce i když ví, že toto chování je nevhodné, a pak si to vyčítá. Obecně platí, že lidé trpící poruchou osobnosti na rozdíl od druhých mají menší svobodu v rozhodování, jaké chování v určité situaci použijí.

O jinou ucelenou klasifikaci schémat se pokusil Young (1994), představitel nového zaměření v rámci kognitivní terapie, tzv. kognitivní terapie zaměřené na schémata (*Schema-Focused Cognitive Therapy*). Popsal 18 základních typů tzv. raných maladaptivních schémat, která se vytvářejí během dětství na základě negativních zážitků a narušených vztahů. Tato schémata rozdělil do 5 skupin, z nichž každá odpovídá narušení určité základní lidské potřeby během dětství. Young předpokládá, že tato „raná maladaptivní schémata“ tvoří základ poruch osobnosti. Vytvořil dotazník *Schema questionnaire*, který mapuje maladaptivní schémata u pacientů.

Tab. 10 Raná maladaptivní schémata (Young, 1994)

-
- | | |
|------|---|
| I. | <i>Porucha navázání vztahů a odvržení (Disconnection and Rejection)</i> |
| | Opuštění/nestabilita (<i>Abandonment/Instability</i>) |
| | Zneužívání/nedůvěra (<i>Abuse/Mistrust</i>) |
| | Emoční deprivace (<i>Emotional Deprivation</i>) |
| | Vadnost/stud (<i>Defectiveness/Shame</i>) |
| | Sociální izolace/odcizení (<i>Social isolation/Alienation</i>) |
| II. | <i>Narušená autonomie a projev (Impaired Autonomy)</i> |
| | Funkční závislost/neschopnost (<i>Functional Dependence/Incompetence</i>) |
| | Zranitelnost vůči nebezpečí (<i>Vulnerability to Langer</i>) |
| | Propletení/nevyvinuté jáství (<i>Enmeshment/Undeveloped Self</i>) |
| | Selhání (<i>Failure</i>) |
| III. | <i>Narušení hranic (Impaired Limits)</i> |
| | Nadřazenost/grandiozita (<i>Entitlement/Grandiosity</i>) |
| | Nedostatečná sebekontrola/sebedisciplína (<i>Insufficient Self-Control/Self-Discipline</i>) |
| IV. | <i>Zaměření na druhé (Other-Directedness)</i> |
| | Podrobení se (<i>Subjugation</i>) |
| | Sebeobětování/přehnaná odpovědnost (<i>Self-sacrifice/Overresponsibility</i>) |
| | Hledání souhlasu a uznání (<i>Approval-Seeking/Recognition-Seeking</i>) |
| V. | <i>Nadměrná ostražitost a inhibice (Overvigilance and Inhibition)</i> |
| | Negativismus/obava z chyb (<i>Negativity/Vulnerability to Error</i>) |
| | Nadměrná sebekontrola/emoční inhibice (<i>Overcontrol/Emotional Inhibition</i>) |
| | Perfekcionismus/hyperkritičnost (<i>Unrelenting Standards/Hypercriticalness</i>) |
| | Extrapunitivnost (<i>Punitiveness</i>) |
-

I. Porucha navázání vztahů a odvržení

■ *Opuštění / nestabilita*

Jde o hluboké zvnitřnělé přesvědčení, že důležití lidé nebudou schopni nebo ochotni poskytovat potřebnou péči, emoční podporu a ochranu, protože jsou emočně labilní či nespolehliví nebo protože mohou umřít nebo opustit pacienta ve prospěch někoho jiného. Toto schéma bývá důsledkem toho, že rodiče nenaplnují emoční potřeby dítěte – ať již je příčinou rozvod, rozchod, úmrtí nebo opuštění dítěte. Jedinci s tímto schématem typicky velmi visí na svých vztazích, protože mají přehnaný strach, že budou opuštěni.

■ *Zneužívání / nedůvěra*

Jedná se o přesvědčení, že druzí budou člověka zraňovat, zneužívat, pokořovat, manipulovat a využívat ve svůj prospěch. Negativní chování druhých je vnímáno jako úmyslné a zlovolné. Vzniká zpravidla tehdy, když je jedinec v raném dětství vystaven sexuálnímu, fyzickému nebo psychickému týrání ze strany rodičů či sourozenců. Lidé s tímto schématem jsou precitlivělí na negativní chování druhých a obviňují je ze špatných úmyslů.

■ *Emoční deprivace*

Jde o přesvědčení, že druzí člověku neposkytnou takovou emoční podporu, jakou potřebuje. Člověk s tímto schématem se cítí nepochopen, přehlížen, nedostatečně chráněn a podporován. Tito lidé byli obvykle v dětství vystaveni emočnímu přehlížení ze strany významných osob. Jedinci s tímto schématem vystupují jako chladní, nároční, stažení a vybírají si za partnery osoby, které nejsou schopné či ochotné poskytovat emoční podporu (lásku, náklonnost, přízeň).

■ *Vadnost / stud*

Jde o přesvědčení, že daný člověk je ve své podstatě vadný a nepovedený. V důsledku toho jsou tyto lidé přesvědčeni, že je nikdo nemůže mít rád a že se nikomu nemohou líbit, mají neustálý pocit studu a trpí strachem, že druzí odhalí jejich vady a zavrhnou je. Toto schéma vzniká tehdy, když je dítě vystaveno neustálé kritice, zesměšňování a odmítání ze strany rodičů. Tito lidé stále očekávají, že je druzí budou kritizovat a odmítat, jsou nadměrně sebekritičtí a obviňují se kvůli svým nedostatkům, které velmi zveličují. Vyhýbají se situacím, v nichž by se museli odhalit a mají strach z intimity v mezilidských vztazích.

■ *Sociální izolace / odcizení*

Jedná se o přesvědčení, že člověk je nepřitažlivý a že je jiný – horší – než druzí. Tito jedinci se domnívají, že jsou oškliví, sexuálně neatraktivní, společensky neschopní a podřadní. Toto schéma se utváří, když rodiče dítě kritizují kvůli jeho vzhledu, chování a dávají mu najevo, že je horší než druzí. Tito lidé se druhým vyhýbají a bývají osamělí a izolovaní. Cítí se lépe, když jsou o samotě. Typicky se objevuje u vyhýbavé poruchy osobnosti, někdy u hraniční poruchy osobnosti.

II. Narušená autonomie a projev

■ *Funkční závislost / neschopnost*

Přesvědčení, že člověk nedokáže sám správně zvládat běžné denní úkoly bez výrazné pomoci ze strany druhých. Týká se to běžných rozhodnutí, plnění pracovních povinností, domácích prací apod. Toto schéma vzniká, když rodiče neumožní dítěti, aby si vytvořilo pocit vlastní schopnosti, samostatnosti a nezávislosti. Jedinci s tímto schématem vyžadují pomoc ze strany druhých při rozhodování a plnění úkolů a vybírají si partnery, na kterých mohou být závislí. Toto schéma se typicky objevuje u závislých poruch osobnosti, hraniční poruchy osobnosti, ale také u vyhubavé poruchy osobnosti.

■ *Zranitelnost vůči nebezpečí*

Přesvědčení, že člověku v každém okamžiku hrozí nějaká velká pohroma a že je člověk neschopen se před tímto ohrožením sám ochránit. Může jít o pohromu finanční, zdravotní, přírodní nebo o trestný čin. Toto schéma vzniká působením nadměrně protektivních rodičů, kteří dítěti vštípi přesvědčení, že svět je velice nebezpečné místo a život je nepředvídatelný. Jedinci s tímto schématem trpí řadou přehnaných strachů a fobií, takže jsou často diagnostikováni, že trpí některou úzkostnou poruchou.

■ *Propletení / nevyvinuté jáství*

Jde o hluboké přesvědčení, že emoční blízkost a těsné vztahy s druhými jsou možné pouze na úkor vlastní individuace a normálního vývoje vlastní osobnosti. Tito lidé jsou také často přesvědčeni, že by nebyli schopni přežít nebo být šťastni, pokud nebudou mít neustálou podporu ze strany někoho blízkého. Často se cítí s druhými natolik propletení, že nemají plný pocit vlastní identity a vnitřního směřování. Když jsou sami, prožívají paniku a prázdnotu. Toto schéma se vytváří v kontextu nadměrně emocionálně propletené rodiny, kde nejsou ujasněny hranice mezi generacemi nebo se tyto hranice neustále mění. Tito jedinci se jen obtížně osamostatňují a nedokážou fungovat, pokud jsou mimo rodinu či jiné osoby, s nimiž se cítí psychicky propojeni. Takto to často funguje u hraničních poruch osobnosti.

■ *Selhání*

Přesvědčení, že člověk selže, když se o něco bude snažit a že jeho schopnost dosáhnout nějakého výkonu je mnohem horší, než je tomu u druhých. Postižený se cítí netalentovaný, neschopný a hloupý. Toto schéma se vytváří v prostředí trvalé kritiky ze strany rodičů, kteří dítě nespravedlivě srovnávají s jeho vrstevníky či sourozenci. Tito lidé mají pocit, že jsou ve srovnání s druhými neúspěšní a neschopní, i když objektivně je jejich výkon srovnatelný nebo lepší. Typicky se objevuje u vyhubavých a pasivně-agresivních poruch osobnosti.

Tab. 11 Přesvědčení a strategie u poruch osobnosti (upraveno podle Beck a kol., 1990; Beck, 1998)

Porucha osobnosti	Jádrové přesvědčení o sobě	Přesvědčení o druhých	Předpoklady	Strategie chování
Vyhýbavá	Jsem nežádoucí, neschopný, společensky neobratný.	Druzí lidé mě odmítnou.	Kdyby mě lidé skutečně poznali, odmítli by mě. Když se budu přetvářovat, možná mě přijmou.	Vyhýbá se intimitě. Vyhýbá se hodnotícím situacím.
Závislá	Jsem bezmocný.	Druzí lidé by se o mě měli postarat.	Kdybych se spolehal na sebe, selhal bych. S pomocí druhých přežiji, budu šťastný apod. Potřebuji druhé, aby mi stále dodávali podporu a odvahu.	Spoléhá se na druhé lidi. Pěstuje závislé vztahy.
Pasivně-agresivní	Jsem soběstačný. Jsem zranitelný vůči kontrolování a zasahování.	Druzí kontrolují, zasahují, vyžadují, jsou dominantní.	Druzí omezují moji svobodu. Kontrola od druhých je nesnesitelná. Musím si dělat věci po svém.	Pasivní rezistence. Na povrchu přizpůsobivost. Vyhýbá se. Sabotuje. Mění pravidla.
Anankastická	Můj svět se může vymknout z kontroly.	Druzí mohou být nezodpovědní.	Když nebudu 100% zodpovědný, může se mi zřítit svět. Když zavedu přesná pravidla, dopadne to dobře.	Rigidně kontroluje druhé. Aplikuje pravidla, moralizuje, hodnotí.
Paranoidní	Jsem zranitelný. (Kompenzatorní: Nedám se. Jsem silný.)	Druzí lidé jsou zlí.	Kdybych druhým věřil, mohli by mi uškodit. Když si dám pozor, můžu se ubránit.	Je nadměrně podezřívavý. Hledá skryté motivy, obviňuje, protiútočí.
Antisociální	Jsem zranitelný. Jsem osamělý. (Kompenzatorní: Jsem silný a chytrý /vychytralý/.)	Druzí by mě mohli vykořisťovat, zneužívat.	Když nebudu jednat první, mohou mi ublížit. Když můžu využít první, budu ve výhodě. Druzí jsou hlupáci.	Využívá druhé, manipuluje, napadá, krade.
Narcistická	Jsem méně než druzí. (Manifestní kompenzatorní přesvědčení: Jsem lepší než druzí.)	Druzí jsou lepší. (Manifestní kompenzatorní přesvědčení: Druzí jsou horší)	Když se mnou druzí zacházejí normálně, znamená to, že si o mně myslí, že jsem horší. Jsem originál, potřebuji speciální pravidla.	Vyžaduje zvláštní zacházení. Soutěživost.

Histrionská	Nic nejsem. (Kompenzatorní: Jsem velkolepý.)	Druzí si mně nebudou vážit pro mě samotného. (Kompenzatorní: Lidé jsou tady proto, aby mi sloužili nebo aby mě obdivovali.)	Když nebudu zábavný, nebudu pro druhé přitažlivý. Když se budu chovat dramaticky, získám pozornost druhých a jejich přijetí.	Předvádí se. Používá dramatizace, přehánění, dramatické záchvaty vzteku, pláče. Vyhrožuje suicidiem.
Schizoidní	Jsem nepřizpůsobivý. Jsem soběstačný. Jsem samotář.	Druzí mi nemají co nabídnout.	Když si budu od druhých udržovat odstup, bude se mi dařit lépe. Kdybych se snažil mít vztahy, nefungovaly by. Vztahy nic nepřinášejí.	Vytváří si odstup.
Hraniční	Jsem vadný. Jsem bezmocný. Jsem zranitelný. Jsem špatný.	Druzí lidé mě zradí, opustí. Lidem se nedá věřit.	Kdyby to záviselo jen na mně, nepřechýl bych. Když budu věřit druhým, opustí mě. Když budu závislý na druhých, přežiji, ale	nakonec budu opuštěn. Kolísá mezi extrémními chováními.
Schizotypální	Jsem vadný.	Druzí mě ohrožují. Jsou nečitelní.	Když mám pocit, že druzí mají vůči mně negativní pocity, musí to být pravda. Když jsem obezřetný k druhým, můžu odhadnout jejich úmysly.	Předpokládá skryté motivy. Vyhýbá se kontaktům. Věnuje se monotónnímu samotářským činnostem.

III. Narušení hranic

■ *Nadřazenost / grandiozita*

Přesvědčení, že člověk je výlučný, má nárok dostat vše, co chce, bez ohledu na to, zda je to přiměřené a bez ohledu na potřeby druhých. Toto schéma se vytváří buď v rodinách, kde rodiče nevedou dítě k zodpovědnosti a rozmazlují je, nebo jako kompenzace pocitů deprivace, sociální nežádoucnosti nebo nedostatečnosti. Jedinci s tímto schématem jsou sebestřední a mají o sobě nepřiměřeně vysoké mínění a prosazují se bez ohledu na druhé. Jsou neempatičtí a jednají s druhými bezohledně a bezcitně. Typické pro narcistické, histrionské nebo disociální poruchy osobnosti.

■ *Nedostatečná sebekontrola / sebedisciplína*

Přesvědčení o tom, že je nesmírně obtížné kontrolovat své potřeby a touhy a snášet jejich neuspokojení nebo že je obtížné či zbytečné kontrolovat své emoce a impulzy. Toto schéma se vytváří v rodinách, kde rodiče své děti nevychovávají, nevedou k sebeovládání a nestanovují žádné meze jejich chování. Toto schéma však také může vzniknout jako důsledek nesnesitelných pocitů ne-

jistoty a napětí, vzniklých v prostředí nevypočitatelných a konfliktních rodinných vztahů. Tito jedinci se chovají impulzivně a agresivně a jen velmi obtížně dokážou odložit uspokojení svých bezprostředních potřeb. Typické může být pro emočně nestabilní, hraniční a histrionské poruchy osobnosti.

IV. Zaměření na druhé

■ *Podrobení se / submisivita*

Presvědčení, že o člověku rozhodují druzí a že člověk nemůže mít vlastní přání a preference. Smyslem tohoto podřízení se druhým je vyhnout se jejich hněvu, odplatě nebo opuštění. Podřízení jedinci jsou přesvědčeni, že jejich vlastní touhy nejsou důležité a pro druhé významné, někdy ale cítí hněv vůči těm, kterým se podřizují. Toto schéma vzniká tehdy, když rodiče dítě trvale trestají za to, že projevuje vlastní přání a potřeby. Tito lidé jsou přehnaně poslušní a neassertivní a vyhýbají se konfliktům za každou cenu.

■ *Sebeobětování / přehnaná odpovědnost*

Presvědčení, že se člověk má dobrovolně zříci vlastních potřeb a dávat přednost druhým. Tito jedinci jsou motivováni snahou zbavit druhé bolesti a trápení, vyhnout se pocitům viny a zvýšit si pocit vlastní hodnoty. Toto schéma se může vyvinout u dětí, jejichž rodiče je příliš brzy postavili do role pečovatele – o sebe či o někoho druhého. Tito lidé cítí nadměrnou vinu, když se starají o sebe. Proto nadřazují potřeby a přání druhých svým vlastním, nadměrně se obětují a přebírají odpovědnost za druhé.

■ *Hledání souhlasu a uznání*

Lidé se schématem nadměrné závislosti na souhlasu a uznání druhých jsou přesvědčeni, že když se jim toho nedostane, znamená to, že jsou nějakým způsobem špatní. Rychle se dostávají do napětí a křečovitého chování. Potřeba souhlasu a uznání bývá natolik nadměrná, že okolí to pokládá za zátěž a někdy schválně neposiluje. Tito lidé neumějí říci ne, prosadit svůj názor nebo potřebu, chovají se pasivně, případně jako chameleoni (aniž by jim šlo o jiný zisk než o uznání) nebo snaživci, jen aby si nikoho nerozházeli. Obzvlášť velkou obavu mají z autorit.

V. Nadměrná ostražitost a inhibice

■ *Negativismus / obava z chyb*

Presvědčení, že člověk udělá chybu, když se bude o něco aktivně pokoušet. Za tuto chybu pak bude potrestán lidmi nebo osudem. „Raději se o nic nepokoušet, protože všechno beztak dopadne špatně!“ Toto nastavení vzniká hyperkritickou výchovou, kde každý prohřešek i drobná chyba jsou neustále omílány, trestány nebo vysmívány. Snadno se také učí nápodobou podobného rodiče. Tito lidé jsou téměř stále napjatí, protože neustále očekávají, že nějakou chybu udělají a budou terčem pro druhé. Velmi často jsou pro svoji pasivitu a vyhýbavé cho-

vání opravdu kritizování. Toto schéma často řídí lidi s vyhybavou poruchou osobnosti, pasivně-agresivní poruchou osobnosti a anankastickou poruchou osobnosti.

■ *Nadměrná sebekontrola / emoční inhibice*

Přesvědčení, že volné vyjadřování vlastních emocí by nutně vedlo ke ztrapnění, odmítnutí ze strany druhých nebo by to mohlo jedince či jemu blízké osoby ohrozit. Toto schéma vzniká tehdy, pokud rodiče dítěti velmi zdůrazňují nutnost sebeovládání a trestají je, když projevuje nějaké emoce, především hněv. Tito lidé se chovají velmi chladně a odtazité a nedokážou projevovat ani pozitivní emoce. Vybírají si za partnery buď jedince, kteří jsou rigidní a velmi se ovládají, nebo naopak velmi emocionální jedince, aby aspoň v zastoupení mohli prožívat určitou emocionální svobodu.

■ *Perfekcionismus / hyperkritičnost*

Přesvědčení, že člověk musí bez ustání usilovat o splnění těch nejvyšších nároků a požadavků, a to i na úkor štěstí, spontaneity, zdraví a spokojených mezilidských vztahů. Tito jedinci mají často vůči druhým nereálná očekávání ohledně morálky a výkonnosti. Kladou větší důraz na postavení, jmění a uznání než na vnitřní pohodu a vyrovnanost. Toto schéma vzniká v rodinách, kde je kladen nadměrný důraz na výkonnost, postavení a morální nadřazenost a kde rodiče projevují svou přízeň v závislosti na dosažených výkonech. Tito jedinci jsou často úspěšní a mají dobré postavení, ale vnitřně trpí pocity úzkosti, deprese a nespokojenosti. Jako partnery si volí buď jedince, kteří jsou podobně nároční a kritičtí, nebo jedince, které mohou sami kritizovat a vznášet vůči nim vysoké nároky.

■ *Extrapunitivnost*

Tito lidé jsou přesvědčení, že každou chybu druhých lidí je třeba potrestat, nikdo si nesmí dovolit je přehlédnout, kritizovat nebo jinak zranit. Drobné prohřešky druhých lidí vidí jako pod lupou a ihned na ně poukazují. Za cokoliv, co se kdekoliv stane, najdou viníky mimo sebe, nezávisle na míře vlastního podílu. Bývají agresivní buď přímo tím, že nadávají, vyčítají nebo jinak napadají, nebo nepřímou tak, že manipulativně srovnávají s jinými situacemi. Zpravidla byli vychováni v rodinách, kde nadměrná kritika a vzájemné obviňování členů rodiny byly na denním pořádku a důležité bylo nenechat nikdy vinu na sobě. Toto schéma se může objevit u většiny poruch osobnosti.

1.11 Psychologická diagnostika poruch osobnosti

Pacienti se specifickými poruchami osobnosti jsou společným problémem všeobecně lékařské a psychiatrické praxe a klasifikace poruch osobnosti patří k nejobtížnějším a nejkontroverznějším kapitolám psychiatrické klasifikace. Jde o praktický problém – psychologové ani psychiatři se v diagnostice poruch osobnosti často neshodují. Ani zdánlivě nejjednodušší problém – potvrdit, nebo vyvrátit diagnózu poruchy osobnosti – nebývá často shodně řešen mezi dvěma psychiatry nebo psychology. Ještě složitější je to v případech, kdy se jedná o více specifických poruch osobnosti najednou nebo pokud jde o diferenciální diagnostiku mezi poruchou osobnosti (dle DSM-IV diagnostika na ose II) a specifickou duševní poruchou (dle DSM-IV diagnostika na ose I).

Proč diagnostikovat poruchy osobnosti?

Někteří klinici považují za zbytečné poruchy osobnosti diagnostikovat, když „se s tím pak stejně nedá nic dělat“. Dalším důvodem odmítání diagnózy je pocit, že by tím pacient získal negativní „nálepku“. Tento postoj však musíme odmítnout – není důvod, proč bychom my, odborníci, k poruše osobnosti neměli přistupovat neutrálně, stejně jako k somatické poruše nebo ke schizofrenii. Adekvátní vysvětlení pacientovi ho může nesprávného dojmu „nálepky“ zbavit. Existuje přinejmenším několik důvodů, proč se o přesnější diagnostiku poruch osobnosti pokoušet:

1. Poruchy osobnosti patří k nejobtížnější části diagnostiky v psychiatrii po celém světě a přitom jsou součástí mezinárodní klasifikace nemocí. Již z toho důvodu bychom měli diagnostiku zpřesnit.
2. Poruchy osobnosti v komorbiditě s jinými diagnózami představují obtížné případy klinické praxe, problematicky odpovídají na léčbu, jsou často necíleně medikovány, aniž by „koktejly“ psychofarmak měly podstatnější efekt. Již z hlediska prognózy bychom měli vědět, zda pacient poruchu osobnosti má, nebo nemá a v jaké míře.
3. Dimenzionální diagnostika, která se v posledních letech v oblasti poruch osobnosti prosazuje vedle kategoriálního přístupu, umožňuje posoudit míru poruchy a tím se citlivěji vyjádřit k prognóze.
4. Zvládnutí přesnější diagnostiky znamená, že se v budoucnu zřejmě budou prosazovat diferencovanější přístupy k terapii poruch osobnosti.
5. V mezinárodní praxi se časem prosadí diagnostické metody standardizované ve spolupráci mnoha zemí (nyní např. IPDE, MCMI-III nebo TCI). Česká republika by v této oblasti neměla zaostávat.

Evoluční teorie osobnosti

Sociobiologie, uplatňující svůj vliv především od sedmdesátých a osmdesátých let 20. století, je založena mj. na myšlence, že lidská mysl je vytvořena způsobem, který ji uzavírá do základního (genetického) omezení a nutí ji volit na základě biologických mechanismů. Podle Wilsona (1993) „větší část genetické evoluce lidského sociálního chování proběhla pět milionů let před nástupem civilizace, v době, kdy se náš druh skládal z rozptýlených, relativně nepohyblivých populací lovců-sběračů“. Molekulárně genetická a evoluční odlišnost mezi lidmi a šimpanzi, udávaná pouhým 1,5% rozdílem uspořádání dědičné informace, přináší významné odlišnosti mezi organismy. Někdy zapomínáme, že jsme v lovecké a sběračské podobě prožili 99 % svých dějin (Koukolík a Drtilová, 2001). Primitivní lidé jsou tak jakýmsi ekologickými analogiemi lvů, vlků a hyen (Wilson, 1993). Současné hlavní modely osobnosti a jejích poruch – Millona, Cloningera, Becka a dalších – jsou evoluční psychologií ovlivněny. Tito autoři vycházejí z fylogeneze, která v řadě parametrů ukazuje na malé odlišnosti mezi člověkem a jeho předchůdci. A. T. Beck v publikaci o kognitivně-behaviorální terapii poruch osobnosti uvádí v souladu s Bowlbym, že geneticky determinované „strategie“ mohou být odvozeny z fylogenetického dědictví. Původní primitivní strategie jsou v řadě projevů součástí symptomatologie poruch osobnosti. Dramatické chování histriónské osobnosti může mít své kořeny v rituálních projevech zvířat, antisociální v predátorském chování, závislé ve vazbách pozorovatelných i u zvířat.

K hlavním současným teoretikům a praktikům poruch osobnosti vycházejících z evoluční teorie patří Theodore Millon. Pojetí klasifikace, diagnostika a terapie poruch osobnosti v jeho pojetí je nejlépe formulována ve druhém, více než osmisetstránkovém vydání knihy *Poruchy osobnosti (Personality Disorders, 1996)*. V ní uvádí devět základních předpokladů svého přístupu k poruchám osobnosti (tab. 12).

Tab. 12 Devět předpokladů pro pochopení poruch osobnosti (Millon a Davis, 1996)

1. princip	Poruchy osobnosti nejsou nemocemi.
2. princip	Poruchy osobnosti jsou vnitřně odlišné funkční a strukturální systémy, ne vnitřně homogenní jednotky.
3. princip	Poruchy osobnosti jsou dynamické, ne statické systémy, neživé nálepky.
4. princip	Osobnost sestává z mnohočetných jednotek na mnohočetné úrovni dat.
5. princip	Osobnost existuje na kontinuu. Neexistuje ostrá hranice mezi normalitou a patologií.
6. princip	Osobnostní patologie není přímočará, ale postupná interaktivní a mnohočetně rozložená do celého systému.
7. princip	Kritéria patologie osobnosti by logicky měla být koordinována již v samém modelu poruch osobnosti.
8. princip	Poruchy osobnosti mohou být vyšetřeny, ale ne diagnostikovány definitivně.
9. princip	Poruchy osobnosti vyžadují strategicky plánované a kombinační způsoby taktické intervence.

Millonova snaha jít „za“ psychiatrickou klasifikaci znamená odmítnutí pojetí poruch osobnosti jako rozdílných klinicky homogenních jednotek, složených z rozdílných a trvalých diagnostických znaků. Považuje toto chápání osobnosti za chybné, zúžené, a především klinicky neužitečné. Klinická zkušenost podle Millona učí, že i v rámci jedné kategorie poruchy osobnosti existují veliké rozdíly. Millon vnímá rozvinuté druhy jako odlišující se různým způsobem v adaptaci na měnící se prostředí. Osobnost je poté možno vnímat jako reprezentaci víceméně odlišného stylu adaptace, kterým se organismus určitého druhu vztahuje k typickým změnám prostředí. Poruchy osobnosti pak představují styly maladaptivního chování, které může být nevyvážené, nedostatečné nebo konfliktní ve způsobu vyrovnávání se s prostředím. Podle Millona poruchy osobnosti nemohou být pojímány jako kategorie nemocí, které jsou zřetelně izolované a léčitelné. V tomto smyslu je výraz „porucha“ na ose II (v DSM-IV) nešťastný, protože dělá dojem propojení s osou I. Terapie poruch osobnosti není léčba v klasickém slova smyslu, ale spočívá hlavně v zapojení konstruktivních sil osobnosti k otevření nových možností. To je často možné dosáhnout až po ukončení léčby.

Svůj první pokus o formulaci teorie poruch osobnosti – teorii **biosociálního učení** – publikoval Millon již v roce 1969 a později ji dále upravoval a rozvíjel. Ze studia historie zkoumání osobnosti vypreparoval tři základní dimenze chování. Označil je jako **aktivita versus pasivita** (tzv. instrumentální chování), **subjekt versus objekt** a **příjemné versus bolest**. Tato bipolární nebo dimenzionální schémata jsou obsažena podle Millona téměř univerzálně ve světové literatuře, stejně jako v psychologii, a nejraněji je můžeme zachytit již v čínské I-Ting a židovské Kabale. Millon použil tuto trojici protikladů k popisu osmi typů osobností a tří „obtížných“ variant, které odpovídají oficiální klasifikaci poruch osobnosti podle DSM-III. Pro jednotlivé poruchy osobnosti vytvořil své vlastní názvy (např. závislou poruchu osobnosti nazývá „submisivní“). Mezi „těžké“ varianty řadí cykloidní osobnost (tj. hraniční porucha osobnosti), paranoidní a schizotypní osobnost.

Po roce 1990 se Millon posunul směrem k **evolučnímu modelu**. Tento model podle něho představuje posun k hlubším a latentním rysům osobnosti. Millon se domnívá, že hlubší zákony psychiky můžeme poznat z univerzálních principů, které obsahují vědy jako fyzika, chemie a obzvláště biologie. Domnívá se, že v těchto oblastech můžeme získat více než jen biofyzikální podklady psychologického jednání, nevědomých procesů nebo myšlení. Je přesvědčen, že principy a procesy evoluce jsou základní a univerzální. Jeho teorie biosociálního učení a ontogenetická teorie neuropsychologických stadií (popsaná už v roce 1969) se tak přetvořila do teorie evoluční fylogeneze.

Pro vysvětlení osobnosti i jejích poruch uvádí čtyři oblasti aplikace evolučních a ekologických principů, které označuje jako **existence, adaptace, replikace** a **abstrakce**. První tři oblasti a částečně i čtvrtá jsou společné i pro nižší druhy živočichů a jde vlastně o čtyři fáze evoluce. Lidský individuální organismus musí během ontogeneze podle Millona projít čtyřmi fylogenetickými „sta-

dii“ a zvládnout čtyři „úkoly“. Všechny čtyři stadia začínají v děloze, vyvíjejí se simultánně a překrývají se po celý život. Tři polarity (aktivita versus pasivita, subjekt versus objekt, příjemné versus bolest) představují tři fáze evoluce.

Tab. 13 Čtyři prvky evolučního modelu osobnosti (Millon a Davis, 1996)

Evoluční fáze	Funkce přežití	Neuropsychologický stupeň	Vývojový úkol
Existence	Rozšíření života (příjemné) Zachování života (bolest)	Vnímání – vztah	Rozvoj důvěry k ostatním
Adaptace	Změna prostředí (aktivní) Přizpůsobení se prostředí (pasivní)	Senzomotorická autonomie	Získání adaptivní jistoty
Replikace	Výchova potomstva (jiní) Vlastní rozvoj (já)	Dospívání a pohlavní identita	Přizpůsobení se sexuálním rolím
Abstrakce	Usuzování (myšlení) Prožitková vyrovnanost (cítění)	Intrakortikální integrace	Vyrovnanost myšlení a cítění

Existence představuje v evoluci dvě prolínající se strategie – zachování života (vznik organismu, který je schopen přežití) a rozšíření života (vyhnout se událostem, které jej mohou ukončit). Zachování života představuje vyhledávání odměňujících zkušeností, rozšíření života, vyhnutí se nebezpečí a ohrožení. Metaforicky je možné tyto dvě strategie vyjádřit jako **příjemné** a **bolest**. Prolínání obojího je také součástí lidské normy, kde se střetává snaha zaměřit se na příjemnosti života a vyhnout se jejím bolestem. Na jednom konci kontinua je chování zaměřené na příjemné a potěšující. Neschopnost přiblížit se této dimenzi představují schizoidní a vyhýbavé osobnosti, které jsou intenzivně citlivé na psychickou bolest, na druhé straně kontinua jsou osoby nepřiměřeně riskující, jako je antisociální osobnost.

Adaptace představuje kontinuum mezi ekologickou akomodací, přizpůsobováním se prostředí, a naopak přizpůsobováním prostředí sobě. Akomodace je patrná v říši rostlin, aktivní přizpůsobování prostředí sobě v říši zvířat. U člověka je optimální citlivé balancování obou. Neschopnost akomodace pozorujeme u histrionské osobnosti, která není schopná nechat být věci „tak jak jsou“. Na druhém pólu je neschopnost dát svému životu směr, jako je to u závislých a pasivních osobností, obsedantně-kompulzivních, sebebránících (appendix A v DSM-III-R) a narcistických osobností, které předpokládají úspěch bez vlastní snahy. Naopak na druhém pólu aktivního přizpůsobování okolí je antisociální osobnost, se svou impulzivitou a excitabilitou přesahující kulturně akceptované normy.

Replikace představuje vztah k zaměření na sebe oproti zaměření na druhé. Přežití druhu vyžaduje zplození potomků, tedy partnerství dvou rodičů. V evoluci se extrémně liší počet potomků a péče o ně. Replikace je třetím „patníkem“ evoluce a představuje polaritu, která je u normální osobnosti vyvážená a projevuje se v péči o potomstvo a zaměření na svůj vlastní rozvoj. Aktualizaci svého rozvoje nezvládají závislé osobnosti, konstruktivní lásku k ostatním antisociální a narcistické osobnosti. Antisociální osobnost využívá druhé pro své potřeby, narcistická vnímá svoji osobu jako mimořádně hodnotnou a chová se k druhým přezíravě a arogantně.

Abstrakce představuje schopnost překročit bezprostřední a konkrétní, schopnost symbolického vnímání, usuzování, zvažování, předpokládání, tedy evoluční skok do dalších možností změny a adaptace. V Millonových neuropsychologických stadiích není tato fáze spojena s žádnou poruchou osobnosti. Neuropsychologicky odpovídá „kortikální integraci“ s cílem dosáhnout vyrovnanosti citění a myšlení.

Millon předpokládá, že paralelně s evolučními úkoly prochází jedinec stadii vývoje, která označuje jako neuropsychologická. Označuje je

1. senzorická vazba;
2. senzorickomotorická autonomie;
3. pohlavní dospívání a identita;
4. intrakortikální integrace.

Tato stadia podle našeho názoru nejsou nezbytná pro pochopení diagnostiky poruch osobnosti, takže je v této práci nerozvádíme.

Míra poruchy osobnosti

Co se hloubky poruchy osobnosti týče, rozlišuje Millon podle vztahu individuality a společnosti čtyři úrovně poruchy osobnosti:

1. **Styl deficitu příjemnosti** (*pleasure-deficient style*), kam řadí schizoidní, vyhýbavou a depresivní poruchu osobnosti.
2. **Styl interpersonálně nevyrovnaný** (*interpersonally-imbalanced style*), který obsahuje histrionskou, narcistickou a antisociální poruchu osobnosti.
3. **Intrapsychicky konfliktní styl** (*intrapsychically-conflicted style*), kam řadí sadistickou (agresivní), obsesivně-kompulzivní, negativistickou (pasivně-agresivní) a masochistickou poruchu osobnosti.
4. **Strukturálně narušený styl** (*structurally-defective style*), který zahrnuje sociálně nekompetentní osobnosti – schizotypní, hraniční a paranoidní poruchy osobnosti.

Millon uvádí z empirického hlediska dvě základní problémová východiska v diagnostice poruch osobnosti. **Syndromální kontinuita versus diskontinuita** vychází z obecného předpokladu, že všechny psychologické abnormity jsou kvantitativními odchylkami od průměrné distribuce rysů. Tendenci vnímat poruchy syndromálně (kategoriálně) se může vyskytovat v raném stadiu vědy a s jejími pokroky jsou hranice vnímány jako méně ostré. Otázka **konzistence osobnosti versus situační specifity** je zdánlivě zodpovězena v předpokladu, že stabilita a podobnost v různých situacích objektivně existují (ICD-10, DSM-IV). Podle Millona je však pravděpodobné, že trvalé a konzistentní jsou ty charakteristiky osobnosti, které jsou klíčové pro jedincův styl jednání, a že tyto charakteristiky mohou být u různých jedinců různé.

Praktická diagnostika

V praktické diagnostice poruch osobnosti Millon doporučuje administrovat dotazníkový nástroj dvakrát nebo vícekrát v čase, zjistit opakující se a měnící se profil a celkové nápadnosti. Práci kliniků vnímá jako velmi obtížnou – standardem je obvykle klasifikace DSM (nebo MKN), která zdaleka není optimální. Mezi nástroje významné pro posouzení osobnosti řadí také Rorschachův test, TAT (Tematický apercpeční test) a MMPI.

V praktickém vyšetření doporučuje zaměřit se na funkční a strukturální oblasti. Mezi **funkční** řadí expresivní jednání, interpersonální chování, kognitivní styl a regulační mechanismus, mezi **strukturální** řadí sebeobraz, reprezentaci objektu, morfologickou organizaci, náladu a temperament. Například klinické oblasti (S – strukturální, F – funkční) paranoidního prototypu popisuje takto:

Behaviorální úroveň

(F) **Expresivně defenzivní** – je živě obranářský, bdělý v předvídání, v odvracení křivdy, úkladů a klamání, je houževnatý a pevný v odporu proti zdrojům vnějšího vlivu a kontroly.

(F) **Interpersonálně provokující** – nejenže ukrývá nenávist a nezapomíná na minulost, ale projevuje se konfliktně, podrážděně, s nabroušeným postojem k současným známým, kvapně rozhořčeně a našťavaně zkoumá loajalitu a zabývá se úporně skrytými motivy.

Fenomenologická úroveň

(F) **Kognitivně podezřívavý** – je nespravedlivě skeptický, cynický, nedůvěřuje motivům druhých, včetně příbuzných, přátel a kolegů, sleduje a vytváří neškodné události, za kterými hledá skryté nebo konspirační motivy, zdůrazňuje náznaky nebo mírné problémy jako důkazy neupřímnosti a zrady, zejména pokud jde o věrnost a důvěryhodnost partnera nebo přítele.

(S) **Neporušitelná představa sebe** – má setrvalé představy o vlastní nadměrné důležitosti a významu, má dojem, že musí neustále přijímat útoky na svoji osobu, které ostatní neznají, prosazuje se nactiutrhacně, hanlivě nebo sprostě i v nevýznamných situacích. Je pyšně nezávislý, odmítá důvěřovat druhým lidem, je výrazně nesnášenlivý, prožívá výraznou úzkost ze ztráty identity, statutu a významu svého určení.

(S) **Nezměnitelný objekt** – má zvnitřněnou představu významných raných vztahů, které jsou trvalou, nepřenositelnou soustavou hluboce uložených nepoddajných představ a postojů k druhým uspořádaných ve fixní hierarchii. Tyto postoje jsou plně nejistoty, strachů a dohadů.

Intrapsychická úroveň

(F) **Projektivní mechanismus** – aktivně odmítá nežádoucí osobní rysy a motivy a přikládá je druhým. Je slepý k vlastním méně příznivým rysům, ačkoliv je přehnaně kritický k podobným projevům u druhých lidí.

(S) **Nepružná organizace** – systematické zúžení a nepružnost zavedených morfologických struktur, stejně jako rigidní uchovávání obranných mechanismů, zvládání konfliktů a potřeba uspokojení vytváří napjatý rámec, který je natolik nekompromisní ve své nepřizpůsobivosti, že nečekaná zátěž je často zpracována výbušně nebo vede k vnitřnímu otřesu.

Biofyzikální úroveň

(S) **Zlostná nálada** – projevuje se chladně, mrzutě, neotesaně, bez humoru, pokouší se jednat neemocionálně a objektivně, ale je popudlivý, žárlivý, závistivý, snadno přechází do protiútoku a jedná naštvane.

Projevy jednotlivých poruch osobnosti v různých oblastech klinického zájmu obsahuje tab. 14. V klinické oblasti méně známý termín „morfologická organizace“ vysvětluje Millon jako silné stránky osobnostní struktury, vnitřní shodu a funkční efektivitu a odvolává se na Kernberga.

Tab. 14 Projevy poruch osobnosti v různých oblastech klinického zájmu

Funkční oblasti				Strukturální oblasti				
Oblast/porucha	Expresivní jednání	Interpersonální chování	Kognitivní styl	Regulační mechanismus	Představa sebe	Reprezentace objektu	Morfologická organizace	Nálada, temperament
Schizoidní	Netečný	Nečinný	Ochuzený	Intelektualizace	Spokojená	Chudá	Nerozlišující	Apatická
Vyhýbavý	Popudlivý	V odporu	Roztěkaný	Fantazie	Odcizená	Nesnesitelná	Křehká	Trýznivá
Depresivní	Zoufalý	Bezbranný	Pesimistický	Odfikavost	Bezcenná	Opuštěná	Vyprázděná	Smutná
Závislý	Nekompetentní	Submisivní	Naivní	Introjekce	Neobratná	Nezralá	Počínající	Umírněná
Histrionský	Dramatický	Vyhledávající pozornost	Bojovný	Disociace	Pospolitá	Povrchní	Rozpojená	Vertošivá
Narcistický	Povýšený	Využívající	Expanzivní	Racionalizace	Vynikající	Zosnovující	Strojená	Bezstarostná
Antisociální	Impulzivní	Nezodpovědný	Deviantní	Agování	Autonomní	Znehodnocená	Napadající	Otrlá
Sadistický	Ukvapený	Hrubý	Dogmatický	Izolace	Bojovná	Zhoubná	Výbušná	Nepřátelská
Kompulzivní	Ukázněný	Respektující	Svázaný	Reaktivní formace	Zásadová	Utajená	Roztříštěná	Vážná
Negativistický	Rozmrzelý	Paličatý	Skeptický	Přesun	Nespokojená	Kolíšající	Rozbíhavá	Vznětlivá
Masochistický	Zdrženlivý	Uctivý	Ostýchavý	Přehánění	Nezasloužená	Nevěrohodná	Invertovaná, homosexuální	Dysforická
Schizotypální	Výstřední	Rezervovaný	Autistický	Zhoubá	Odcizená	Chaotická	Fragmentovaná	Rozrušená nebo necitlivá
Hraniční	Křečovité	Paradoxní	Rozmarň	Regrese	Nejistá	Nekompatibilní	Roztříštěná	Labilní
Paranoidní	Obranařský	Provokující	Podezíravý	Projekce	Nedotknutelná	Nezměnitelná	Nepružná	Zlostná

Tabulku Millon (1996) podrobně rozvádí v popise jednotlivých poruch osobnosti. Překlad je pouze pracovní, je možné, že při podrobnějším studiu Millonových popisů poruch osobnosti by byl korigován.

Na otázku, zda dát přednost kategoriím, nebo dimenzím, Millon navrhuje prototypy, které kombinují kategoriální a dimenzionální přístup. Millonových patnáct „prototypů“ je doplněno vždy čtyřmi „subtypy“ platnými u dospělých osob, tj. celkem šedesáti různými variantami osobnosti. Prototypy a subtypy se Millon vyrovnává s nomotetickou i idiografickou klasifikací. Oproti tradičním prototypům jsou subtypy více specifické a idiografické. Kromě čtyř subtypů popisuje Millon u každého prototypu také „normální styl“, tj. projevy osobnosti, např. schizoidní, které nenabývají klinické závažnosti, dále také tzv. dětské syndromy. Prototypy jsou určeny na základě „teoretické dedukce“, představují teoreticky „ideální“ typy a vycházejí z historických zkušeností. Subtypy jsou více podmíněny klinickými zkušenostmi.

Subtypy kupř. paranoidní poruchy osobnosti podle Millona jsou tzv. dětský, fanatický, škodlivý, zatvrzelý, kverulantní a nesnášenlivý (v orig. *childhood syndromes, fanatic paranoid, malignant paranoid, obdurate paranoid, querulous paranoid a insular paranoid*). **Dětský subtyp** označuje tendence k paranoidní poruše osobnosti v dětství. Projevuje se jako zesílení vyhybavých rysů na straně jedné a sadistických na straně druhé. Vzniká jak úzkostná podezřivost, tak precitlivělost na možné ohrožující známky v okolí. **Fanatický subtyp** je méně strukturálně narušenou paralelou narcistické osobnosti, kterou je fanatik často protkán. V kontrastu s ní ale tvrdě bojuje proti realitě. Za určitých okolností může být společensky mimořádně cenou osobností v roli vědce nebo politika. **Škodlivý subtyp** bývá strukturálně narušenou variantou sadistické osobnosti, jejíž rysy se často prolínají s paranoidními. Můžeme jej charakterizovat jako nedůvěřivý, rozmrzelý, závistivý, autokratický, útočný a zastrašující. Pod těmito rysy je bezcitná touha triumfovat nad ostatními i za pomoci nelítostné síly. U některých osob mohou na tomto osobnostním terénu vyvstat persekující bludy kombinované s povýšeneckými. **Zatvrzelý subtyp** je patologická forma méně strukturálně narušené obsedantně-kompulzivní poruchy osobnosti. Osoby v tomto subtypu jsou bez humoru a v napětí, nedokážou tolerovat odklad nebo nejistotu a musí si vytvářet v životě řád a systém. Vzácně se vyskytuje bludný systém (označovaný dříve jako paranoia). Pacient se pak po většinu času může chovat bez nápadností, ale s narážkou na prvky bludného systému se bludné myšlení stává navenek znatelným. **Kverulantní subtyp** obsahuje několik různých typů osobností a zahrnuje přítomnost hostility, negativismu a někdy i zřetelné bludy. Charakterizuje jej nespokojenost, pesimismus, tvrdohlavost a kolísavost. V případě bludů jde často o erotické bludy. **Nesnášenlivý subtyp** je extrémně náladový a obávající se, přehnaně reaguje na kritiku. Často se především v raném stadiu mísí s vyhybavou osobností. Chrání se před světem, o kterém soudí, že je ohrožující a destruktivní. Často vytváří předčasné závěry o spíše náhodných a nepodstatných událostech. Usiluje o autonomii a trvá jen na svých představách a přesvědčeních.

Tab. 15 Porovnání poruch osobnosti podle DSM-IV, MKN-10 a Millonova modelu.

DSM-IV	ICD-10	Millonova klasifikace
Schizoidní porucha osobnosti	Schizoidní porucha osobnosti	Schizoidní („asociální vzorec“) ¹
Vyhýbavá porucha osobnosti	Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti	Vyhýbavá („uzavřený vzorec“)
Depresivní porucha osobnosti (vyžaduje další výzkum)	Není v MKN-10	Depresivní („vzdávající se vzorec“)
Závislá porucha osobnosti	Závislá porucha osobnosti	Závislá („submisivní vzorec“)
Histrionská porucha osobnosti	Histrionská porucha osobnosti	Histrionská („stádní vzorec“)
Narcistická porucha osobnosti (vyžaduje další výzkum)	Narcistická porucha osobnosti (vyžaduje další výzkum)	Narcistická („sobecký vzorec“)
Asociální porucha osobnosti	Disociální porucha osobnosti	Antisociální („povznesený vzorec“)
Nyní není v DSM-IV, byla v DSM-III-R	Není v MKN-10	Sadistická („hrubý vzorec“)
Obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti (v DSM III pod názvem Kompulzivní)	Anankastická porucha osobnosti	Kompulzivní („konformní vzorec“)
Pasivně-agresivní (vyžaduje další výzkum) porucha osobnosti	(vyžaduje další výzkum)	Negativistická („kolísavý vzorec“)
Není v DSM-IV, dříve námětem diskusí	Není v MKN-10	Masochistická („dotčený vzorec“)
Schizotypní porucha osobnosti (angl. <i>schizotypal</i> ²)	Není, v MKN-10 není zařazena pod poruchy osobnosti, ale pod F21	Schizotypní („výstřední vzorec“)
Hraniční porucha osobnosti	Emočně nestabilní porucha osobnosti	Hraniční („nestabilní vzorec“)
Paranoidní porucha osobnosti	Paranoidní porucha osobnosti	Paranoidní („podezřívavý vzorec“)

1 překlad termínů do češtiny v tomto sloupci vychází z anglické terminologie: *asocial, withdrawn, giving-up, submissive, gregarious, egotistic, aggrandizing, abusive, conforming, vacillating, aggrieved, eccentric, unstable, suspicious*.

2 přidržujeme se Smolíková (1996) překladu.

Problém vztahu mezi osou I a osou II řeší Millon ve třech modelech. Model **vulnerability** předpokládá, že porucha osobnosti umožňuje vývoj poruchy na ose I. Model **komplikace** říká, že kauzalita je obrácená, a že porucha na ose I iniciuje změnu osobnosti. **Patoplastický** model tvrdí, že porucha osobnosti ovlivňuje průběh poruchy na ose I, ale sama o sobě ji nespouští. Všechny tři modely pokládá Millon za pravdivé u různých jedinců, ale i u jednoho jedince zá-

roven. Domnívá se, že poruchy osobnosti přispívají nejen k vulnerabilitě, ale také ovlivňují průběh nemoci.

K empirickému ověření své teorie vytvořil Millon dotazníkovou metodu **MCMI** (*Millon Clinical Multiaxial Inventory*), jejíž vývoj trval téměř sedm let a je v USA běžně klinicky užívána. Na MCMI navázaly další a poslední varianty testu, v roce 1994 MCMI-III (1994). Kromě toho vytvořil Millon i jiné metody, orientované na zkoumání osobnosti, které nabízejí přední nakladatelé psychodiagnostických metod, jako je např. Psychological Corporation. MCMI-III považuje její autor za objektivní psychodynamický nástroj, který je založen a administrován strukturovaně a standardně, ale interpretován je podle vztahů mezi škálami. Podle své struktury je podobný MMPI a skládá se ze 24 klinických škál, ale interpretován je podobně jako Rorschachův test nebo TAT.

Podle Millona nám pouze další práce ukážou, zda se jako

„nejprínosnější a nejstálější ukáže pětifaktorový model založený na lexikálním přístupu k deskriptorům, Cloningerovo dimenzionální schéma založené na ostentativně neurobiologickém podkladě, Freudův intrapsychický model založený na konfliktech mezi základními strukturami mysli nebo Millonův biosociální model založený na evolučních principech a polaritách, nebo jiný, možná interpersonální model“.

Cloningerova teorie osobnosti a diagnostika poruch osobnosti

C. R. Cloninger, profesor psychiatrie na Washingtonské univerzitě v St. Louis ve státě Missouri, vyvinul ve druhé polovině osmdesátých let 20. století teorii osobnosti, která je označována jako „biologická“ nebo „psychobiologická“ (Mulder et al., 1999). K průkopnickým pracím v tomto směru patří především *A systematic method for clinical description and classification of personality variants* (1987), *A psychobiological model of temperament and character* (1993), *Temperament and personality* (1994), *Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment* (1997) a *A new conceptual paradigm from genetics and psychobiology for the science of mental health* (1999). Cloninger používá tradičních termínů „temperament“ a „charakter“ k označení převážně vrozeného versus sociokulturně získaného obsahu osobnosti.

Cloningerův model doznal v průběhu času určitých změn – např. z původních tří temperamentových dimenzí vznikly později čtyři, ke konceptu temperamentových dimenzí přidal Cloninger tři charakterové, takže konečný model je označován jako **sedmidimenzionální model osobnosti**. Původní modelové propojení tří temperamentových dimenzí s neuromediátory bylo později opuštěno, i když některé studie (např. Ekelund et al., 1999) vztahy naznačují (např. mezi receptorem D4 a novelty seeking dimenzí „vyhledávání nového“). Cloninger (1999) propracoval interpretaci charakterových dimenzí ve spojení s temperamentovými.

Podle Cloningerovy teorie je osobnost komplexní stupňovitý systém, který se skládá z rozdílných psychobiologických dimenzí temperamentu a charakteru. Temperament a charakter jsou měřitelné a umožňují posoudit odlišnosti mezi lidmi. Normální osobnostní rysy mohou být podle Cloningera dobře popsány čtyřmi temperamentovými, vrozenými dimenzemi, které jsou normálně rozloženy a jsou nezávislé jedna na druhé. Tyto dimenze odrážejí čtyři mozkové systémy. Jsou pozorovatelné od raného dětství a zahrnují prekoncepční a nevědomé učení. Vyskytují se i u subhumánních živočichů. Dále se osobnost skládá ze tří charakterových dimenzí ovlivňovaných temperamentem jen částečně. Charakter se vytváří v průběhu ontogeneze a je ovlivňován učením.

Temperament se projevuje automaticky, v mozku je lokalizován převážně do limbického systému a striata, charakter je vytvářen záměrně v závislosti na individuálních hodnotách a cílech, v mozku je podle Cloningera převážně lokalizován do temporálního kortexu a hipokampu.

Temperament

Čtyři dimenze temperamentu popisuje Cloninger takto:

Vyhledávání nového (orig. *novelty seeking*, NS, behaviorální aktivní systém)

Jde o vrozenou základnu aktivace nebo iniciace chování, jako je explorační aktivita a reagování na novou situaci. Jde o vrozenou tendenci směrem k intenzivnímu vzrušení při odpovědi na nové podněty. Vysoký skór se vysvětluje jako excitabilita (vzrušivost), explorativnost, zvědavost, impulzivita, netolerance k monotonii, nízký skór jako indifferencce, rezervovanost, systematicnost, přemýšlivost a pomalé tempo. Studiemi bylo zjištěno, že vyhledávání nového je nezávislé na náladě a úzkosti, pozitivně koreluje s agresivitou, impulzivitou, kriminalitou, typem alkoholismu č. 2 a extravertí. Alkoholici mají často vysoké vyhledávání nového a nízké vyhýbání se nebezpečí. Vysoké vyhledávání nového v dětství ve spojení s nízkým vyhýbáním se nebezpečí a nízkou závislostí na odměně predikuje adolescentní antisociální chování, alkoholovou a drogovou závislost a pozdější kriminalitu v dospělosti.

Vyhýbání se nebezpečí (orig. *harm avoidance*, HA, behaviorální inhibiční systém)

Vrozená základna útlumu nebo změny v chování se projevuje jako pesimistické obavy v očekávání budoucích problémů, pasivně vyhýbavé chování, snadná unavitelnost. Jde o vrozenou tendenci intenzivně reagovat na známky nepříjemného. Vysoký skór v této dimenzi se interpretuje jako opatrnost, pochybnosti, pasivita, tenze, nejistota nebo pesimismus, nízký skór jako uvolněnost, odvaha, optimismus a dynamičnost. Studiemi bylo zjištěno, že vyhýbání se nebezpečí je ovlivněno depresí, intrapunitivitou a úzkostí, a je silnějším indikátorem úzkosti než vyhledávání nového. Koreluje s ostychem a Eysenckovým neuroticis-

mem, introverzí, nízkou dobrodružností (Eysenckova *venturesomeness*). Všechny typy úzkostných poruch mají vysoké skóry ve vyhýbání se nebezpečí (obvykle v nejvyšší šestině obecné populace), depresivní pacienti před léčbou i po léčbě mají vyšší vyhýbání se nebezpečí než obecná populace.

Závislost na odměně (orig. *reward dependence*, RD, behaviorální dependentní systém)

Jde o vrozenou základnu pro sociálně citlivé chování, závislost na podpoře druhých, na sociálních vazbách. Projevuje se jako vrozená tendence reagovat intenzivně na odměňující podněty, provádět nebo bránit chování, které je spojeno s odměnou nebo odvrací potrestání. Vysoký skór v dimenzi se označuje jako senzitivita, oddanost, závislost a sociabilita, nízký jako necitlivost, pragmatičnost, tvrdost a studenost. Studiemi bylo zjištěno, že závislost na odměně souvisí s měřítky sociální uzavřenosti a koreluje s extravertí a empatií. Bývá vyšší u žen než u mužů.

Odolnost (orig. *perzistence*, PS, „výdrž“)

Perzistence je položka, která měří odolnost, vytrvalost a schopnost snášet nepříjemné versus unavitelnost a frustrace. Osoby s vysokým skórem jsou pilné, dychtivé, ambiciózní a kladou si vysoké cíle, mají tendenci usilovně dosahovat cílů, dobře odolávají únavě a frustraci (tu vnímají jako výzvu). V očekávání odměny zintenzivňují svoji činnost. Nesnadno se vzdávají. Osoby s extrémními skóry mohou být příliš pohlcneny prací nebo mohou mít nepřiměřeně vysoké cíle. Osoby s nízkým skórem jsou vnímány jako lhostejné, líné nebo nedbalé, zřídka zintenzivní úsilí k dosažení odměny, mají tendenci tempo práce spíše zpomalovat, snadno se vzdát při frustraci, kritice, překážkách a únavě. Jsou spokojeny s tím, co dosáhly, a nesnaží se o vyšší cíle, cíle si obecně kladou nízké. Jsou pragmatické a snadno přistupují na kompromis.

Charakter

Charakter individua je podle Cloningera formován prostředím a nesouvisí s temperamentem. Zralý člověk se spoléhá na sebe, je spolupracující a někdy sebepečesahující. Tři dimenze charakteru popisuje Cloninger takto:

Sebeovládání (orig. *self-directedness*, SD, „sebezaměření“)

Sebeovládání je hlavní determinanta, která do značné míry určuje přítomnost nebo nepřítomnost poruchy osobnosti, a proto má velký klinický význam. Jde o schopnost jedince kontrolovat, ovládat, regulovat a adaptovat, přizpůsobovat své chování vzhledem k situaci a k individuálně vymezeným cílům a hodnotám. Škála ukazuje, nakolik je osobnost integrovaná a cílově zaměřená. Při vyšších hodnotách této škály se předpokládá, že jde o člověka zralého, výkonného, sebeorganizujícího, pořádného, s dobrým sebehodnocením, schopného připustit chyby a přijmout sama sebe s klady i zápory. Na druhém pólu škály jsou nezralé osoby s nízkým sebehodnocením, které obviňují ostatní za své po-

tíže, cítí se nejisté svojí identitou nebo zaměřením, jednající často reaktivně, závisle, nevynalézavě. Vyšetření sebeovládání je pro klinickou diagnostiku zásadní, protože nízký skór je častou charakteristikou všech poruch osobnosti.

Spolupráce (orig. *cooperativeness*, CO, „schopnost spolupracovat“)

Dimenze spolupráce je důležitá ve společnosti a skupinové práci. Kooperující lidé se označují jako sociálně tolerantní, citliví, pomáhající, soucítící (vysoký skór). Nespolupracující osoby (nízký skór) se označují jako sociálně netolerantní, bez zájmu o druhé, nepomáhající, pomstychtivé. Ostatní lidi vidí jako nepřátelské a zlé.

Sebetranscendence (orig. *self-transcendence*, ST, „sebepřesazení“)

Osoby s vysokým skórem sebetranscendence jsou označovány jako skromné, spokojené, trpělivé, tvořivé, nesobecké, duchovní a naplněné. Osoby s nízkým skórem jsou hodnoceny jako pyšné, netrpělivé, bez představivosti, neoceňující umění ani duchovní hodnoty, jsou materialistické a nenaplněné. Hůře snášejí neurčitost, nejistotu a překvapení. Mohou být oceňovány pro racionálnost, objektivnost a materiální úspěch.

Tab. 16 Typy charakteru na základě skórů charakterových dimenzí podle Cloningera

Charakterový typ	Sebeovládání	Spolupráce	Sebetranscendence
Melancholický	Nízký	Nízký	Nízký
Schizotypální	Nízký	Nízký	Vysoký
Závislý	Nízký	Vysoký	Nízký
Autokratický	Vysoký	Nízký	Nízký
Tvořivý	Vysoký	Vysoký	Vysoký
Organizovaný	Vysoký	Vysoký	Nízký
Fanatický	Vysoký	Nízký	Vysoký
Cyklotymní	Nízký	Vysoký	Vysoký

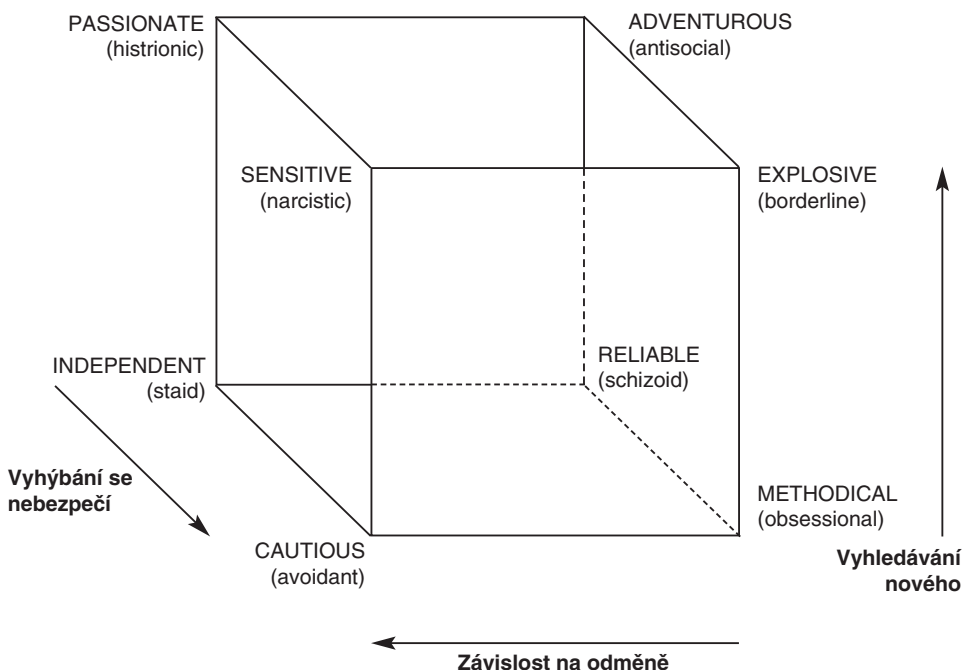
Typy charakteru podle Cloningera

Osoba, která má nízké skóre ve všech třech charakterových dimenzích podle Cloningera (1999), je označována jako **melancholická**. Je sobecká, nezralá a emočně reaktivní, oscilující mezi trpělivostí a lakotností. Život vnímá jako obtížnou soutěž s nepřátelskými protivníky, která vede k nevábnému utrpení. Často trpí negativními emocemi hanby, nenávisti a utrpení a zřídka pociťuje pozitivní emoce. Nedostatek pozitivních emočních odpovědí (dokonce i když se stane něco pozitivního) je spojen s typickými vegetativními symptomy melancholie, jako je anorexie a časně ranní probouzení. Melancholický charakter představuje častý charakterový profil u **unipolární deprese** nebo u **depresivní osobnosti**.

Osoby s melancholickým charakterem mají obvykle pouze rekurentní depresi, ne nepodstatná menšina představuje **bipolární maniodepresivní poruchu**. Melancholický charakter byl v minulosti spojován s obsesivním nebo hraničním (explozivním) temperamentovým profilem. Tři charakterové konfigurace (schizotypní, závislý a autokratický) sdílejí ve dvou dimenzích podobné znaky.

Osoby, které skórují nízko v dimenzích sebeovládání (SD) a spolupráce (CO), ale vysoko v sebetranscendenci (ST), jsou označovány jako dezorganizované nebo **schizotypní**, protože mají tendenci k nelogičnosti, podezřívavosti a nezralosti. Tato definice koresponduje s originálním popisem schizotypu podle Bleulera nebo Kraepelina. Tyto osoby jsou vysoce sugestibilní s živou představivostí a nekonvenčním chováním (tj. vysoké ST), které není organizováno směrem k realistickým cílům pomocí analytického usuzování a sebekázně (tj. nízké sebeovládání /SD/) nebo k emočně odměňujícím, sociálně hodnotným vztahům založeným na důvěře a etice (tj. nízká spolupráce /CO/). Schizotypní charakter bývá spojován s hraničním (explozivním) nebo senzitivním temperamentem, což je spojeno s častým vyhýbáním se konfliktům (tj. vysoké vyhledávání nového /NS/ i vyhýbání se nebezpečí /HA/).

Obr. 4 Podle: Cloninger, C. R., Svrakic, D. M.: Integrative Psychobiological Approach to Psychiatric Assessment and Treatment. *Psychiatry*, 60, 1997, 120–141.



Závislý charakter je typický nízkým sebeovládáním (SD) a sebetranscendencí (ST), ale vysokým skóre spolupráce (CO). Jedinci se závislým charakterem bývají submisivní, důvěřující a respektující druhé, emočně reagující (přecitlivělí, dráždiví nebo hypersenzitivní ke kritice a útokům). V jiných popisech jsou líčeny orální rysy. Kombinace osobnostní nejistoty (tj. nízké sebeovládání /SD/) se submisivním spoléháním se na druhé (tj. vysoká spolupráce /CO/) je činí zranitelnými přehnaným přijímáním svých chyb nebo připisováním těchto chyb druhým, citlivostí jak ke studu, tak k domýšlivosti. Submisivní postavení je činí citlivé ke ztrátě sociální podpory, jako je odmítnutí nebo zklamání jejich důvěry. Závislý charakter nicméně může být v běžných podmínkách dobře adaptován, podobně jako organizovaný charakter. Podle tohoto modelu ovšem odmítnutí ze strany druhých nebo ztráta blízkého vztahu vyvolá podrážděnou reakci, odmítající vlastní chybu, spojenou se sebelítostí a bolestínskými stížnostmi, nejistou domýšlivostí nebo kombinací obojího. Takový distress může být snesitelnější pozitivními událostmi a často je spojen s atypickými depresivními symptomy, jako je žádosťivost po sladkostech nebo hypersomnie. Osoby se závislým charakterem mají mírně zvýšené riziko poruch nálady, hlavně deprese a někdy mánie, obzvláště pokud je nízká dimenze P. Opakem osoby se závislým charakterem je fanatický nebo paranooidní typ charakteru, který je nezávislý, s obviňujícími tendencemi.

Autokratický charakter má nízké skóre v sebetranscendenci (ST) a spolupráci (CO), ale vysoké skóre sebeovládání (SD). Osoby s autokratickým charakterem jsou logické, sobecké a tyranizující, což souvisí s dřívějšími popisy autoritářského charakteru nebo agresivní osobnosti. Kombinují hostilitu s cílevědomostí, soutěživostí a preferováním tvrdého stylu řízení. Střety s jejich kontrolujícím a dominantním chováním v nich vyvolávají agresivní výpady. Patří mezi ně osoby typu „A“ s častým nabuzením sympatiku se zvýšeným srdečním tepem, krevním tlakem a aktivací krevních destiček pro srážlivost (typ útok-útek), což zvyšuje riziko srdečních poruch. Lidé s autokratickým charakterem mohou mít omezený rozsah projevovaných emocí (hostilita) a zřídka se radují. Protikladem autokratického charakteru je cyklotymní charakter, který je obvykle radostně naladěný a zřídka nepřátelský.

Protikladem melancholického charakteru je **tvorivý** charakter. Osoby s tvořivým charakterem mají vysoké skóre ve všech třech charakterových dimenzích. Tvořivý charakter je proaktivní, myšlenkově bohatý a zralý. Osoby s tímto charakterem obvykle pociťují pozitivní emoce, jako je radost, láska, naděje. Jejich popis souvisí s tvořivým vedením popsáním Jungem a Franklem a empirickým popisem tvořivých spisovatelů a známých vědců. Při použití Cattellova 16 PF měli tvořiví spisovatelé a učenci rysy podobné vysokému skóru sebetranscendence (imaginativnost ve faktoru M, inovace ve faktoru Q1), spolupráce (mírnost ve faktoru I, důvěřivost ve faktoru L a citlivost ve faktoru N) a sebeovládání (sebejistota a absence pocitů viny ve faktoru O). Tvořivý charakter se vyskytuje často společně s histrionským nebo stabilním temperamentem, který má nízké skóre vyhýbání se nebezpečí (HA) a vysoké závislosti na odměně (RD) (Cloninger et al.1994; Svrakic et al., 1996).

Osoby s tvořivou konfigurací charakteru mají nízkou frekvenci duševních poruch. V případě velmi extrémních hodnot skóre se předpokládá, že jsou motivováni smysluplnými cíly a hodnotami, které přesahují jejich osobní přání. Jsou motivováni všezahrnující láskou s malým ohledem na sobecké zájmy sebeuspokojení nebo snahy vyhnout se potížím. Osoby s tvořivým charakterem jsou upřímně pokorné a mírumilovné s klidem přijímají jakékoliv události. Aniž by je někdo nutil, jejich radost vyplývá svobodně z lásky do takové míry, že vlastní zájmy jsou zapomínány a smysl je „posazen“ mimo jejich osobu. Takto integrovaní jedinci jsou různorodě popisováni jako osvícení, naplnění nebo sebeaktualizovaní. V psychoanalytické terminologii mají internalizovanou reprezentaci svého já jako svou integrální část. Anticipují události jako nadějně. Neztrácejí naději, ani pokud se věci momentálně nevyvíjejí dobře. Pokud jsou všechny charakterové dimenze nadprůměrné, ale ne extrémně, je osoba tvořivá (tvůrčí, v terminologii Eriksona), ale ne plně integrovaná. Téměř integrovaný charakter má tendenci být šťastný a hrdý, s vysokými cíly.

Organizovaný charakter se projevuje vysokým sebeovládáním a spoluprací (podobně jako tvořivý), ale nízkou sebetranscendencí. Osoby s organizovaným charakterem jsou popisovány jako logické, důvěřivé a zralé. Jde o typický profil vynikajících úředníků. Zatímco tvořiví vůdci jsou revoluční a svobodně uvažující, ti s organizovaným charakterem jsou konzervativní, upřednostňují analytické uvažování, výkonnost, stálost a důraz na detail a zákony. Podle tohoto modelu mají osoby s organizovaným charakterem větší zájem o moc a vlastnictví než osoby s tvořivým charakterem.

Fanatický charakter má vysoké skóre v sebetranscendenci a sebeovládání stejně jako tvořivý charakter, ale skóre spolupráce je nízké, což odpovídá paranoidnímu charakteru popsanému Kraepelinem. Ten zdůraznil odolnou a nepřetržitou cílesměrnost, spojenou s podezřívavostí, povrchností, excentrickou fascinací, a jiné formy projektivního myšlení u osob s tímto charakterovým typem. Fanatický charakter se vyskytuje ve spojení s kontrastujícími temperamentovými typy: antisociálním a nezávislým (nízké vyhýbání se nebezpečí a malá závislost na odměně) a vyhýbavým typem (neobvykle citlivým k sociálnímu ohrožení, tj. vysoké vyhýbání se nebezpečí a silná závislost na odměně).

Cyklotymní charakter má vysoké skóre sebetranscendence a spolupráce, stejně jako tvořivý charakter, ale nízké skóre sebeovládání. Jako osoby se závislým charakterem jsou i lidé s cyklotymním citliví na odmítání (tj. nízké sebeovládání a vysoká spolupráce), což se u nich může projevovat atypickými depresivními symptomy oscilujícími mezi pýchou a studem. Vysoké skóre sebetranscendence je činí více sugestibilními, takže jsou nejistě radostní a mají častější změny nálad. Řada pacientů s bipolární poruchou II. typu má cyklotymní charakterovou konfiguraci. Objevuje se také u mnoha pacientů s bipolární poruchou I. typu, kteří mají časté rysy vztažené k vysoké spolupráci, jako je sociabilita a přátelskost. Bipolární maničtí pacienti mají obvykle premorbidní rysy vztažené k vysokému skóru sebetranscendence (jako je srdečnost, ovlivnitelnost, živá představitost a široké zájmy),

ale část z nich má také rysy vztažené k nízkému skóru sebetranscendence (jako je iritabilita, tendence ke kontrole, vážnost).

Podle tohoto modelu je vysoká míra sebetranscendence (ST) spojena buď s **radostnou tvořivostí** nebo směřováním **k psychóze** (schizotyp, cyklotym nebo fanatik) v závislosti na dvou dalších charakterových dimenzích. Riziko jak manické, tak depresivní epizody je zvýšeno u všech charakterových typů, u kterých skór sebeovládání (SD) není extrémně vysoký. Poměr elevace k iritabilitě a poměr frekvence a trvání od manické k depresivní epizodě se očekává nejvyšší u tvořivého charakteru (vysoké ST, CO a SD), vysoký u cyklotymního (vysoké ST a CO), nízký u závislého (pouze vysoké CO) a nejnižší u melancholického charakteru (nízké ST, CO a SD). Tyto čtyři typy korespondují úzce se **čtyřmi základními stavy manicko-depresivní poruchy** popsané Kraepelinem, jako je manický, cyklotymní, iritabilní a depresivní, a v současné multidimenzinální klastrové analýze. Jinými slovy, tvořivý typ je prototypem unipolárních manických pacientů, cyklotymní prototypem bipolárně manicko-depresivních pacientů, kteří jsou obvykle radostní, reaktivně závislý je prototypem atypických depresivních pacientů a iritabilních bipolárních pacientů, kteří jsou obvykle depresivní, a melancholický typ je prototypem unipolárně depresivních pacientů s typickými vegetativními projevy. Taková heterogenita může vysvětlit předchozí nálezy o osobnosti bipolárních pacientů a jejich terapeutické odpovědi na lithium.

Jaké metody používáme při diagnostice poruch osobnosti?

V klinické praxi a ve výzkumu se používají především dva druhy metod – dotazníkové metody a rozhovor, v klinické praxi semistrukturovaný, ve výzkumu strukturovaný. Volba metody, zdá se, má vliv na míru a typ diagnostikovaných osobnostních poruch (Mulder, 2002). Sebeuposuzovací metody obecně klasifikují poruchy osobnosti častěji než strukturované rozhovory a ty zase více než klinické hodnocení.

I když je známo, že pro diagnostiku poruch osobnosti jsou nejhorší sebeuposuzovací metody, přesto je většina psychologů používá nejvíce. Většina metod zkoumající poruchy osobnosti má malou validitu. To má více příčin. Jednou z nich může být to, že Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, stejně jako DSM-IV, nekategorizuje poruchy osobnosti optimálně. Dalším možným vysvětlením je, že vyšetřovací metody se příliš vzdálily klinicko-diagnostické praxi. Podle Westena a Shendlera (1999) všechny existující sebeuposuzovací metody nebo strukturované rozhovory spočívají na přímých otázkách odvozených z kritérií jednotlivých poruch osobnosti. U pacientů s poruchami osobnosti je ale velký problém pokládat přímé dotazy, protože jedním z projevů této poruchy je právě absence vhledu a pochopení. V jedné studii se ukázalo, že ze tří metod (přímé

otázky odvozené z kritérií poruch osobnosti, poslouchání pacientova vyprávění a pozorování pacienta během vyšetření) klinici nejvíce využívají druhou a třetí, zatímco přímé kladení otázek považují za nejméně účinné, ačkoliv to běžně dělají při vyšetření specifických psychických poruch.

Kromě toho byla vytvořena řada posuzovacích a sebesposuzovacích metod. Jejich seznam uvádějí Millon a Davis (1996) (tab. 17).

Tab. 17 Hlavní diagnostické metody u poruch osobnosti (upraveno podle Millona a Davise (1996)).

Druh metod ¹	Kategorie	Metody
Sebesposuzovací dotazníky	Dotazníky na měření manifestních poruch osobnosti ²	MCMI-III (Millonův klinický víceosý dotazník) MMPI PDQ-Revised (Personality Diagnostic Questionnaire) Další: DAPP-BQ, CATI, PAI
	Dotazníky na měření latentního matematického konstruktů	NEO-PI-R (Neuroticism, Extroversion, Openness to Experience-Personality Inventory-Revised) SNAP (Schedule of Nonadaptive and Adaptive Personality) TPQ (Tridimensional Personality Questionnaire) nebo nověji TCI Temperament and Character Inventory) WISPI (Wisconsin Personality Disorders Inventory) MIPS (Millon Index of Personality Styles)
Strukturované rozhovory	Komplexní strukturované rozhovory	SCID (Structured Clinical Interview for DSM) SIDP-R (Structured Clinical Interview for DSM Personality Disorders-Revised) PAS (Personality Assessment Schedule) IPDE (International Personality Disorder Examination) ³
	Jednotlivé strukturované rozhovory Katalogy (Checklist)	DIB-R (Diagnostic Interview for Borderlines Revised) DIN (Diagnostic Interview for Narcissism) PACL (Personality Adjective Checklist) MPDC (Millon Personality Diagnostic Checklist) PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised)
Projektivní techniky ⁴		TAT Rorschachův test ⁵

1 Všechny druhy metod jsou podle Millona a Davise (1996) nezbytné, ale ne dostatečné pro komplexní vyšetření osobnosti.

2 Vycházejí z převodu kritérií DSM nebo MKN do dotazníkových položek.

3 Jako jediný strukturovaný rozhovor je koncipován pro DSM i MKN zároveň.

4 Zajímavou možností projektivní diagnostiky poruch osobnosti je kresba, viz např. Hárđi (1992).

5 Projevy poruchy osobnosti v Rorschachově testu shrnují v ČR Řiřčan, Šebek, Ženatý a Morávek (1981).

Mezi strukturovanými interview vyniká výzkumně zaměřený *Structured Interview for Personality Disorders* (SCID, SCID-II pro DSM) a klinicky i výzkumně orientovaný *International Personality Disorder Examination* (IPDE, pro DSM a MKN). Tyto nástroje jsou někdy považovány za **zlatý standard**. IPDE vznikl jako nástroj WHO a ADAMHA (*US Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration*) s cílem zintenzivnit úsilí v klinické oblasti i výzkumu v poruchách osobnosti u různých kultur i národů. V rámci stejného projektu vznikl např. pro epidemiologické využití CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*), které obsahovalo i antisociální poruchu osobnosti.

IPDE je semistrukturovaný rozhovor, obsahuje 157 položek a slouží k diagnostice specifických poruch osobnosti především pro kliniky. Na validizaci nástroje spolupracovalo 14 center v 11 zemích Severní Ameriky, Evropy, Asie a Afriky. Minimálně jeden z příznaků poruchy osobnosti se musí rozvinout před 25 rokem a trvat minimálně pět let. Jednotlivé položky se škálují (0 – schází nebo v běžné míře, 1 – přítomno ve zvýrazněné míře, 2 – patologie).

Jak postupovat při diagnostice?

Neznáme s jistotou příčiny většiny duševních poruch, nejsme si jisti, zda je naše klasifikace poruch osobnosti správná a zda metody jejich diagnostiky jsou validní. Klinická diagnostika poruch osobnosti je nelehká a roztržštěná. Nikde ve světě neexistuje jasný diagnostický algoritmus. Diagnostika v ambulantní praxi je ještě obtížnější než během hospitalizace pacienta v nemocnici nebo na klinice. Nejčastější chyby, které se vyskytují, jsou:

1. přehnaný důraz na aktuální stav oproti zkoumání dlouhodobého vývoje;
2. zaměňování osy I projevů poruchy osobnosti a projevů specifické psychické poruchy II;
3. absence informací od blízkých pacienta nebo pacienta samotného.

Při vyšetření by bylo ideální kombinovat sebesposuzovací dotazníky zaměřené na manifestní projevy poruch osobnosti (např. Millonův MCMI-III) a dotazníky zaměřené na latentní konstrukt osobnosti (např. Cloningerův TCI nebo NEO-FFI, u nás Hřebíčková, 1997, 1999) a strukturovaný rozhovor s pacientem (např. Lorangerovo IPDE). V horším případě použijeme anamnestický rozhovor nebo volný rozhovor. Používání různých domácích dotazníků (např. Mikšíkův SPIDO nebo KUD) je rizikové vzhledem k absenci odborné literatury o jejich vztahu k poruchám osobnosti. V ČR rozvíjejí tzv. interakční a interpersonální přístup k diagnostice poruch osobnosti Josef Výrost a Milana Kovaničová (2000, 2001). Ten je pro praxi možná vhodnou kombinací s MCMI-III nebo TCI.

Význam dotazníků v diagnostice poruch osobnosti by se neměl přeceňovat. Postupovat bychom měli podobně, jako např. v sexuologii (Kolářský, Brichtín a Holý, 2001). Jestliže nás anamnéza a objektivní zprávy vedou k jasnému

podezření, že pacient trpí poruchou osobnosti, stačí k potvrzení hypotézy v dotazníkových metodách i mírnější zjištěná patologie. Jde o stejnou logiku, jako když se užívá „zdánlivě měkkých statistických kritérií významnosti (jednokoncových testů), je-li hledaný jev (směr rozdílu) předvídan“. Oproti tomu i značně nápadný výsledek v dotazníku je zapotřebí brát s rezervou, pokud zjištěné poruše neodpovídá anamnéza a objektivní zprávy. Při aplikaci IPDE můžeme využít pouze jednotlivé moduly (Preiss, 2001), čímž ušetříme čas. Pokud je to možné, použijeme sebesposuzovací metody dvakrát, k vyloučení vlivu aktuálního psychického stavu pacienta na jeho výpověď o osobnostních proměnných.

Vzhledem k vlivu aktuálního psychického stavu na klinikův úsudek považujeme za správné diagnostiku provést dvakrát (v době obtíží a po jejich částečném odeznění). Za optimální při našich zkušenostech považujeme tento postup:

1. první vyšetření dotazníky (TCI, MCMI-III), sebesposuzovací škálou (SCL-90-R) a dalšími metodami (Rorschach, Doplnování vět);
2. vyšetření 1–2 hlavních poruch osobnosti (identifikovaných TCI a MCMI-III) podle IPDE;
3. druhé vyšetření (TCI, MCMI-III).

Při prvním rozhovoru provedeme dotazníková měření pomocí Cloningerova TCI a MCMI-III. Mezi těmito dvěma metodami uděláme krátkou přestávku. Provedeme také sebesposouzení pomocí SCL-90-R a projektivními metodami. Sebesposouzení pomocí SCL-90-R je výhodné především pro měření aktuálního stavu. Po určení hlavní osobnostní psychopatologie (např. závislosti) provedeme ještě vyšetření pomocí příslušného modulu IPDE (v tomto případě závislá porucha osobnosti), kterým potvrdíme, nebo vyvrátíme poruchu osobnosti. S odstupem času (nejlépe po období delším než 2 týdny) provedeme již jen vyšetření dotazníkovými metodami a posoudíme změny od prvního vyšetření. Teprve po tomto vyšetření provedeme závěr, ve kterém se vyjádříme k míře osobnostní psychopatologie. Pokud sebesposuzovací metody poruchu osobnosti potvrzují a strukturovaný rozhovor nikoliv, dáme přednost výsledkům strukturovaného rozhovoru.

Poruchu osobnosti bychom měli diagnostikovat pouze tehdy, pokud:

1. jsme přesvědčeni, že se jedná o dlouhodobou záležitost;
2. jsme schopni odlišit poruchu osobnosti od specifické psychické poruchy;
3. naše diagnostické vyšetření je v souladu s kritérii MKN nebo DSM.

Při vyšetření se pokusíme zodpovědět tyto otázky:

1. Jedná se u pacienta (pacientky) o poruchu osobnosti?
2. O jakou specifickou poruchu osobnosti se jedná?
3. Jsou nějaké komorbidní specifické poruchy osobnosti?
4. Nezpůsobuje specifická psychická porucha nálezy podobné jako u poruchy osobnosti?
5. Ovlivňuje porucha osobnosti specifickou psychickou poruchu? Jak?
6. Jaký druh terapie pro pacienta (pacientky) doporučujeme?

Pokud zjistíme, že pacient (pacient) má více specifických poruch osobnosti (např. emočně nestabilní a závislou), píšeme o poruše osobnosti s emočně nestabilními a závislými rysy spíše než o pacientovi s poruchou osobnosti emočně nestabilní a s poruchou závislou. Pokud nezjistíme poruchu osobnosti, ale přesto nám osobnostní rysy připadají extrémní nebo významně se odchyľující, můžeme psát o osobnosti s trendem k poruše osobnosti nebo o osobnosti s rysy, které blíže specifikujeme. Vhodné je přidat větu o tom, jak by daná osoba mohla reagovat při zátěži. Rozhovor s pacientem o závěrech vyšetření by mohl vypadat například takto:

Takže, pokusím se vám shrnout, k čemu jsem při vyšetření dospěl. Ta první zpráva je, že se nedomnívám, že byste měl nějakou závažnou psychiatrickou nemoc nebo poruchu, která by se musela obtížně a náročně léčit. To je myslím dobrá zpráva, ne? Ta druhá zpráva je, že vaše potíže by se daly označit jako osobnostní zvláštnosti nebo také porucha osobnosti. Jak jistě víte, každý máme nějakou „osobnost“ a každý člověk se od druhých v některých vlastnostech liší. Vy se také od ostatních lidí v některých vlastnostech lišíte, a v některých dokonce dosti výrazně. Nejvíce mi připadá, že se lišíte v... Za druhé mi připadá, že se od většiny ostatních lidí odlišujete v... a pak také... To není nic hrozného. Pouze se v některých vlastnostech od druhých odlišujete více. To hlavní, co si myslím, že je potřeba a může vám pomoci, je práce na sobě. Myslím tím psychoterapii. Myslím si, že byste měl mít ke své pomoci člověka, který je zkušený a se kterým byste byl **dlouhodobě** v kontaktu, a pracoval na tom, co vám dělá potíže. Asi již chápete, že na vaše potíže není žádná zázračná pilulka, i když na druhou stranu si myslím, že vám léky někdy mohou práci na sobě usnadnit. Práce na sobě bude pro vás náročná, ale na druhou stranu je to opravdu něco, co vám v dlouhodobější perspektivě může pomoci.

V praktické diagnostice neplatí, že každá osoba s poruchou osobnosti musí mít problémy se sebou nebo s okolím.

Forenzní posuzování poruch osobnosti

Posuzování činů jedinců s poruchou osobnosti u soudu nebo policie vychází ze zásady, že u poruch osobnosti jde o povahu člověka, nikoliv o chorobu ve vlastním slova smyslu. Duševní stav lidí s poruchami osobnosti zpravidla dovoluje rozpoznat v době trestného činu nebezpečnost jejich jednání pro společnost a toto jednání ovládat (Knobloch a Knoblochová, 1965). Zároveň však platí, že u poruch osobnosti dochází častěji k chorobným duševním reakcím, jako jsou patický afekt, impulzivní jednání nebo mráкотné stavy. K exkulpaci je zapotřebí prokázat natolik narušenou osobnost (ve smyslu Millonových „strukturálně narušených“ typů) a natolik zřetelnou psychopatologii, že jde jasně o stav nepřičetnosti. Porucha osobnosti sama o sobě nemá takový vliv na volní i rozumové schopnosti, aby podmiňovala nepřičetnost, někdy se však připouští lehčí, nikoliv podstatné, snížení ovládacích a rozpoznávacích schopností (Dufek, 1976). Nejčastěji se do konfliktu se zákonem dostávají osoby s disociaľní poruchou osobnosti.

Léčba poruch osobnosti

Lidé postižení poruchou osobnosti jen zřídka kdy přicházejí k léčbě kvůli tomu, že jsou nespokojeni se svými osobnostními rysy. Považují je za přirozenou součást své povahy, vesměs jsou přesvědčeni o své „normalitě“ a pokud si uvědomují, že jim povahové rysy dělají problémy, nepovažují je za léčitelné. Na psychiatrii se však dostávají relativně často, protože potřebují pomoc v době náhlé krize, kvůli depresivním stavům, úzkostným poruchám, poruchám přizpůsobení či poruchám příjmu potravy. Obvykle mají zájem o léčbu aktuální psychické poruchy, která je trýzní a obtěžuje, nikoliv o změnu svých osobnostních rysů. Vzhledem k tomu, že se jejich psychické problémy objevují opakovaně a bez změny rysů osobnosti je obtížné tuto situaci změnit, má léčba zaměřená na změnu rysů osobnosti zásadní význam. Na základě současných poznatků víme, že poruchy osobnosti lze léčit pomocí farmakoterapie a psychoterapie. Protože pro poruchy osobnosti jsou typické hluboce zakořeněné postoje a vzorce chování, každá změna vyžaduje dlouhodobé úsilí.

2.1 Psychoterapie poruch osobnosti

Při terapii poruch osobnosti můžeme volit z několika psychoterapeutických směrů. Existují poznatky o účinnosti léčby poruch osobnosti pomocí psychoanalýzy a dynamické psychoterapie (Stone, 1993), interpersonální psychoterapie (Benjamin, 1993), skupinové psychoterapie a kognitivně-behaviorální terapie

(Beck, Freeman a kol., 1990; Sperry, 1999). Léčba může mít ambulantní formu nebo může probíhat během hospitalizace. Vždy dáváme přednost dlouhodobé ambulantní léčbě. Hospitalizace je na místě jen v nutných případech, při ohrožení pacienta nebo jeho okolí, a samotná nemůže vést k podstatnější změně osobnostních rysů – spíše je zde riziko posilování sekundárních zisků z poruchy.

Až do devadesátých let 20. století byla léčba poruch osobnosti převážně doménou psychoanalytických přístupů. Psychoanalýza a psychoanalyticky orientovaná psychoterapie byla dlouho pokládána za léčebný přístup první volby (Stone, 1993). Cílem léčby byla změna struktury charakteru. Úspěšnost této léčby však nebyla příliš vysoká ani u pacientů s lehčími typy poruch osobnosti, kteří byli pokládáni za indikované k léčbě. Těžší poruchy osobnosti byly považovány za neanalyzovatelné. V posledních deseti letech však došlo v rozvoji nových léčebných psychoterapeutických přístupů a byla prokázána jejich účinnost. Tyto přístupy jsou více zaměřené na konkrétní problémy, jsou strukturované a terapeut zaujímá aktivnější roli (Beitman, 1991; Stone, 1993). Účinná léčba poruchy osobnosti většinou vyžaduje kombinaci a integraci různých psychoterapeutických přístupů, metod a forem – např. podpůrná psychoterapie, psychoanalytická psychoterapie a KBT, individuální, skupinová a rodinná psychoterapie, psychoterapie a farmakoterapie (Sperry, 1999). Rovněž psychoanalyticky orientovaní autoři doporučují kombinování různých přístupů u těžkých poruch osobnosti (Gabbard, 1994; Stone, 1993; Winer a Pollack, 1989).

Léčba poruch osobnosti byla však vždy pokládána za velmi obtížnou. Většina psychiatrů a psychologů má zkušenost, že postižení zpravidla dostatečně nereagují na standardní farmakoterapii nebo psychoterapii (Reich a Green, 1991). Pacienti s poruchou osobnosti jsou vůči léčbě často nedůvěřiví. Navíc se obávají „značkování“ a sami si „značkují“ psychiatrickou léčbu jako takovou (Praško, 2001). Pokud získají k terapeutovi důvěru, často bývají zklamáni z nevyplněných nadměrných očekávání. Je běžné, že pacient s poruchou osobnosti má předepsány léky, často ve vysokých dávkách a ve složitých kombinacích vyjadřujících tápání psychiatra, i když se neprokázalo, že by vysoké dávky léků vedly k „dostatečným nebo předpověditelným účinkům“ (Gunderson a Philips, 1995). Donedávna byli odborníci přesvědčeni, že medikace nedokáže ovlivnit poruchu osobnosti jako takovou, dokáže pouze zmírnit příznaky přidružených specifických psychických poruch – deprese, úzkosti nebo nespavosti. Tento názor se však rychle mění. V posledních deseti letech se objevily výzkumné práce zaměřené přímo na farmakologickou léčbu specifických poruch osobnosti (Silk, 1996). Stále větší část biologicky orientovaných psychiatrů začíná věřit, že léky mohou cíleně měnit základní temperamentové rysy, které tvoří osobnost (Siever a Davis, 1991; Silk, 1996; Sperry, 1999). Při léčbě poruch osobnosti si můžeme stanovit různé cíle. Může se jednat o:

- krizovou intervenci při suicidálních tendencích, sebezpoškozování, agresivním chování;

- krátkodobou léčbu aktuální specifické psychické poruchy (depresivní epizoda, úzkostná porucha apod.);
- dlouhodobou léčbu poruchy osobnosti, která se zaměřuje na modifikaci dlouhodobých maladaptivních vzorců chování, myšlení a emočních reakcí.

2.2 Základní předpoklady účinné léčby poruch osobnosti

V průběhu terapie musí terapeut rozhodnout, které metody zvolí, aby to co nejlépe odpovídalo konkrétním potřebám temperamentu a charakteru pacienta. Rozhodování se týká těchto pěti oblastí:

1. prostředí terapie – ambulantní, během hospitalizace, denní stacionář aj.;
2. formát terapie – individuální, skupinová, rodinná, párová, kombinovaná aj.;
3. čas terapie – jak často se konají sezení, jak dlouho trvají, jak dlouho trvá celá terapie;
4. orientace terapie – terapeutický přístup a metody, např. psychoanalytická, KBT, systemická aj.;
5. somatická terapie – farmakoterapie, elektrokonvulzivní léčba, cvičení, rehabilitace, výživa aj.

Úplně nejdříve musí terapeut učinit jedno zcela zásadní rozhodnutí – zda je terapie indikována, či nikoliv. Přizpůsobení terapie „na míru“ pacientovi často znamená kombinovat různé přístupy a modalities léčby. Přitom různé terapeutické metody ovlivňují různé aspekty poruchy – např. psychofarmaka, podobně jako některé behaviorální postupy, ovlivňují více vegetativní a tělesné projevy a zasahují podstatněji do temperamentových rysů, zatímco kognitivní přístupy ovlivňující myšlení a postoje modifikují spíše rysy charakteru.

Sperry (1999) na základě existujících poznatků zformuloval čtyři předpoklady účinné terapie poruch osobnosti:

1. ochota pacienta ke změně;
2. čím hůře je určitá porucha osobnosti léčitelná, tím častěji je nutný kombinovaný, integrovaný a „na míru šitý“ přístup;
3. účinná léčba poruch osobnosti se zaměřuje jak na obecné, tak na konkrétní léčebné cíle;
4. pokud má pacient více než jednu poruchu osobnosti, zpočátku léčíme každou poruchu osobnosti odděleně.

Rozvedme si jednotlivé předpoklady blíže.

Ochota pacienta ke změně

Pacientova ochota ke změně a úroveň jeho fungování nejvíce ovlivňují jeho léčitelnost a prognózu (Sperry, 1999). Jako ochotu pacienta ke změně chápeme jeho motivaci, která vzniká na základě pozitivního očekávání ohledně výsledku léčení. Motivaci k léčbě můžeme odhadnout na základě konkrétních cílů, které si pacient v léčbě klade, na základě průběhu minulých terapeutických pokusů a na základě ochoty pacienta ke spolupráci. Dalším významným faktorem, který určuje léčitelnost pacienta, je úroveň jeho psychosociálního fungování. Pacienti, kteří žijí v dobře fungující v rodině, pracují, mají přátele a zájmy, zpravidla reagují na léčbu lépe než pacienti s dlouhodobě nedostatečným psychosociálním zázemím. Rovněž samotná diagnóza ovlivňuje léčitelnost.

Čím hůře je určitá porucha osobnosti léčitelná, tím častěji je nutný kombinovaný, integrovaný a „na míru šitý“ přístup. Poruchy osobnosti lze rozdělit podle míry léčitelnosti do tří skupin (Sperry, 1999) :

1. dobře léčitelné poruchy osobnosti: závislá, histrionská, anankastická, vyhubávací a depresivní;
2. průměrně léčitelné poruchy osobnosti: narcistická, hraniční a schizotypní;
3. špatně léčitelné poruchy osobnosti: paranoidní, pasivně-agresivní, schizoidní a antisociální.

U pacientů s rysy více poruch osobnosti může prognózu ovlivňovat to, do jaké míry jsou výrazné rysy třetí skupiny poruch osobnosti.

Kombinovaná léčba znamená, že jednotlivé léčebné přístupy, jako je individuální, skupinová, párová nebo rodinná terapie, se uplatňují současně nebo postupně. **Integrovaná léčba** je léčba, která spojuje různé terapeutické přístupy, např. KBT, interpersonální, psychodynamický či farmakologický přístup. **„Na míru šitá“ léčba** vyjadřuje maximální snahu o přizpůsobení léčebných postupů individuálním potřebám, afektivnímu a kognitivnímu stylu a sociálním dovednostem pacienta. Účinná léčba poruch osobnosti se zaměřuje jak na obecné, tak na konkrétní léčebné cíle. Obecně můžeme stanovit čtyři úrovně terapeutických cílů:

1. zmírnění akutních příznaků;
2. ovlivnění temperamentových dimenzí osobnosti;
3. zlepšení sociálního, pracovního a vztahového fungování;
4. ovlivnění charakterových dimenzí osobnosti (změna kognitivních schémat).

Je potřebné si uvědomit, že na úrovni dvě a čtyři jde často spíše o ovlivnění, modifikaci nebo částečnou úpravu, nikoliv o radikální restrukturalizaci těchto dimenzí osobnosti. Dosažení cílů na první a třetí úrovni bývá zpravidla snazší. Medikace, expoziční léčba, kognitivní restrukturalizace či relaxační metody mohou výrazně ovlivnit příznakovou úroveň za relativně krátkou dobu (týdny). Konzultace, povzbuzování, změna okolností, partnerská terapie a řešení problémů

mohou opět za relativně krátkou dobu zvýšit sociální, pracovní a vztahové fungování (týdny až měsíce). Nejobtížnější a časově nejnáročnější jsou změny, které modifikují charakter a modulují temperament (měsíce až léta).

Jak klinická zkušenost (Freeman a Davison, 1997; Sperry, 1999), tak výzkum (Linehan a kol., 1993) naznačují, že v léčbě poruch osobnosti je nejdříve potřebné dosáhnout ovlivnění temperamentu (stylu) a až potom se má terapie zaměřit na ovlivnění charakteru (schémat). **Ovlivnění (modulace) temperamentu se týká afektivních, kognitivních a behaviorálních projevů pacienta, tedy jeho reaktivity. Tato reaktivita (styl) může být buď nedostatečná, nebo nadměrná, přehnaná. Teprve když je pacient schopen dostatečně kontrolovat své temperamentové reakce, může mít prospěch z běžných psychoterapeutických intervencí zaměřených na ovlivnění charakteru.** Snaha modifikovat charakterové rysy dříve než temperamentové často vede k negativním terapeutickým reakcím, regresi, poruchám chování, opíjení se, parasuicidálním či suicidálním pokusům nebo hospitalizacím.

Kromě výše uvedených všeobecných terapeutických cílů je nutné zaměřit se v terapii na velmi **konkrétní terapeutické cíle**, které se mohou jak u jednotlivých poruch osobnosti, tak u individuálních pacientů lišit. Z těchto konkrétních cílů často vyplývají cílené specifické strategie, které jsou jednotlivým pacientům „šity na míru“. Např.: Najít si zaměstnání a vydržet v něm přes zkušební dobu.

Není neobvyklé, že pacient projevuje znaky více poruch osobnosti (Millon, 1996). V těchto případech se zpravidla rysy různých poruch osobnosti projevují v různých situacích. Například s rodiči může pacient projevovat rysy typické pro závislou poruchu osobnosti, zatímco v partnerském vztahu se projeví rysy hraniční poruchy osobnosti. Při komorbiditě více poruch osobnosti je však také časté, že dominují jiné rysy osobnosti při různých spouštěcích situacích s jednou osobou. Pacient například v terapeutickém sezení může projevovat anankastické rysy s perfekcionismem, ambivalencí, snaživostí, pečlivostí a emoční střídmostí, vzápětí se však při líčení svého postavení v práci grandiózně zasní, zdůrazňuje svoji jedinečnost, odlišná pravidla, která by potřeboval, čímž projevuje své narcistické rysy. V terapii se doporučuje zaměřit se nejdříve na jednu z komorbidních poruch osobnosti – na tu, která pacienta nejvíce omezuje nebo trápí. Když se projeví výrazná dekompenzace druhé poruchy osobnosti, je potřebné pacientovi pomoci v kompenzaci, ale co nejdříve se vrátit k práci na ovlivnění „základní“ poruchy.

2.3 Podpůrná psychoterapie

Každá individuální terapie u pacientů s poruchou osobnosti, ať je vedena farmakoterapeuticky, nebo specifickou formou psychoterapie, by měla být zpočátku vedena jako podpůrná. Vzhledem k tomu, že jen malá část pacientů s po-

ruhami osobnosti se dostane do specializované psychoterapeutické péče a přitom dlouhodobé psychoterapeutické vedení potřebuje, je nasnadě závěr, že podpůrná psychoterapie by měla být primární terapií pro většinu osob trpících těmito poruchami. Podpůrná psychoterapie je indikovaná také u fragilních pacientů s velkým deficitem dovednosti zvládat i běžnou frustraci každodenního života, kteří mají za sebou řadu suicidálních pokusů a hospitalizací, sklon k automutilaci či impulzivnímu napadání druhých. Dokonce i ti pacienti, kteří jsou ve specializované psychoanalytické nebo kognitivně-behaviorální péči, velmi často v průběhu dlouhodobého vedení potřebují spíše přístupy typické pro podpůrnou terapii než specificky zaměřené strategie.

Tab. 18 Specifika terapeutického přístupu při léčbě poruch osobnosti

- počátečná podpora;
- konzistence;
- strukturovanost;
- zaměření na „tady a teď“.

Obecně se podpůrná psychoterapie u poruch osobnosti snaží o normalizaci dysfunkčního chování. Pomáhá pacientovi stabilizovat a mobilizovat obranné mechanismy, rozvinout slabé a nedostatečné dovednosti a redukovat jeho tendenci k obviňování a využívání druhých lidí (Novalis a kol., 1993). To znamená, že pacienta často učí zvyšovat schopnost tolerovat frustraci, odkládat krátkodobé uspokojení ve jménu dlouhodobých pozitivních důsledků, zvládat impulzy a snášet bolestné afekty. V případě poruch osobnosti „podporujeme“ vše adaptivní v pacientově chování, ať v terapeutickém sezení či v popisu životních situací. Nad maladaptivním nemoralizujeme, ale zkoumáme jeho důsledky a pomáháme pacientovi hledat alternativy. Podpůrná psychoterapie u poruch osobnosti se nejvíce zaměřuje na normalizaci dysfunkčního interpersonálního chování. Pomáhá pacientovi rozvinout nedostatečné dovednosti, které se týkají zejména zvládání zátěže a frustrace v mezilidských vztazích, a na redukci tendence k sebeustrukci či naopak k obviňování či využívání druhých lidí. Tyto cíle stanovujeme u každého pacienta specificky podle jeho převažujících problémů. Například někteří pacienti se potřebují naučit vzdát se nerealistických nároků, jiné je potřebné povzbudit k překonávání překážek, další se učí odložit své ukvapené reakce v chování, jiní se zase potřebují stát méně kritickými k sobě, další se potřebují stát objektivnějšími, aby nepoužívali externalizaci jako obranu.

Pacienti s poruchami osobnosti si zpravidla pro přizpůsobení realitě vytvořili v průběhu života pevný homeostatický **systém obran** (Perry a Vaillant, 1989). Tyto rigidní obrany (tzv. krunýř) jim pomáhají „přežít“ bez fragmentace a jakžtakž jim pomáhají udržet sebeúctu. Na jejich prolomení často reagují úzkostí nebo depresivní náladou. Řada těchto pacientů může mít prospěch ze sociální podpory.

Terapeut musí mít schopnost zvládnout **protipřenos**, který je často negativní a kopíruje negativní zkušenosti v jednání z důležitými lidmi v dosavadním životě pacienta, udržet adekvátní hranice ve vztahu a stranit se předčasných konfrontací a interpretací. Pro pozdější interpretace je důležité od počátku vykazovat konzistentní chování. Terapeutický vztah může být upřesněn **kontraktem** na počátku terapie. Kontrakt upřesňuje základní parametry léčby, její podmínky a cíle. Je společným dílem terapeuta a pacienta, nikoli direktivní vyhláškou terapeuta. Může se týkat konkretizace problému, na kterých budou společně pracovat, stanovení cílů, dohodnutého tabuizovaného chování (heteroagrese, suicidální chování), zodpovědnosti pacienta i lékaře, dále frekvence návštěv, jejich trvání, celkové délky terapie. Tím kontrakt umožňuje vymezit určitý koridor práce, který pomáhá ochraňovat průběh léčby. Bez ohledu na to, zda bylo v počátečním léčebném kontraktu podmínek mnoho, nebo jen několik (druhá možnost se zdá být realističtější), téměř vždy se objeví nějaké neočekávané situace. Pacient například zatelefonuje terapeutovi o půlnoci kvůli nějakému nepodstatnému problému a vyžaduje okamžitou pomoc, protože „to nemůže počkat“ do terapeutického sezení. Terapeut musí v takovém případě jasně vymezit hranice a odložit rozhovor do terapeutického sezení a sdělit pacientovi, že si nepřeje, aby mu volal do soukromí, pokud to doopravdy není naprosto nezbytné. Stane-li se to znovu, je na místě být důraznější a rozhovor rázně ukončit například: „Chápu, že chcete tento problém řešit. Teď vám však nepomohu. Mohu to udělat až na našem plánovaném setkání.“ (Novalis a kol., 1999) Tato asertivní reakce umožňuje pacientovi modulovat svoje chování a učí ho důležité dovednosti, totiž toleranci odkladu, která je cestou k větší kontrole emoční nestability.

Tab. 19 Požadavky na terapeuta provádějícího léčbu poruch osobnosti

-
- entusiasmus a empatie kontra mýtus nevyléčitelnosti;
 - důraz na částečné úspěchy krok za krokem vedoucí k adaptivnějšímu fungování pacienta kontra snaha o „své vyléčení“;
 - hlídání profesionálního vztahu;
 - flexibilita – být připraven na náhlé změny (prevence frustrace).
-

Jedním z úkolů léčby je **identifikovat maladaptivní vzorce** vztahů a ukázat na jejich opakování v životě i v terapeutickém vztahu bez negativního hodnocení. Pacient může přecházet mezi přilnavou vděčností a otevřeným zneužíváním, může se chovat svůdně, jindy je panovačný. Terapeut potřebuje „vydržet“ silné afekty, které se u pacienta ve vztahu k němu mohou objevit, a nereagovat komplementárně. Zejména u pacientů s hraniční poruchou osobnosti to může být pro terapeuta velmi obtížné. Agresivní napadání, vyčítání, manipulace, vyhrožování sebevraždou nebo agresí jsou prubířským kamenem tolerance a pevnosti terapeuta.

Mnozí pacienti s poruchou osobnosti se ve svém životě naučili, že extrémní emocionální projevy jsou potřebné k tomu, aby získali pozornost nebo pomoc. Přestože svoje potřeby vyjadřují takto výrazně, sami bývají extrémně zranitelní. Silné afekty je potřebné v první řadě **uznat** – vzít na vědomí jejich vážnost a vyjádřit pochopení pro to, že je pacient prožívá. Až pak je možné nabídnout pacientovi **společné hledání jejich příčin a souvislosti**. Přenosové reakce je třeba trpělivě vztahovat k dřívějším vztahům a pomoci pacientovi orientovat se v nich. Zde terapeut může použít vysvětlení – např. objasnit z anamnézy důvod kolísání nálady jako důsledek strachu z opuštění a obav z toho, že bude ovládaný. Kromě **objasnění** pacientova přenosu je však důležité věnovat se také dlouhodobým důsledkům pacientových interpersonálních vzorců chování a společnému hledání alternativních způsobů, které by mu pomohly k lepší adaptaci. Vždy je třeba **oddělit maladaptivní vzorce chování od pacientovy osoby jako celku** a najít i adaptivní postoje a vzorce chování, o které se lze opřít, a ty v terapii posilovat a rozvíjet. Pak můžeme pacienta postupně vést k tomu, aby převzal více **zodpovědnosti** za své emoce i chování. Je to však úspěšné jen tehdy, když pacient vidí, že nové chování přináší jemu i jeho vztahům více dlouhodobého prospěchu.

Je otázkou, zda s pacientem mluvit **o diagnóze**, kterou jsme u něj stanovili. Sdělení, že jde o poruchu osobnosti, postižený často vnímá jako „značku“ a cítí se zraněn. Může být zbytečné a zavádějící sdělovat mu diagnostickou „nálepku“ na počátku terapie. Raději volíme popis jeho problému nebo mu můžeme sdělit, že jeho problémy souvisejí s některými jeho navyklými pohledy na sebe a druhé lidi, očekáváním od světa a s rysy jeho temperamentu a povahy. Někteří autoři však doporučují opak – pacienta konfrontovat s diagnózou a dát mu přečíst diagnostická kritéria, aby je srovnal se svými projevy (Freeman, 2002, osobní doporučení).

2.4 Interpersonální psychoterapie

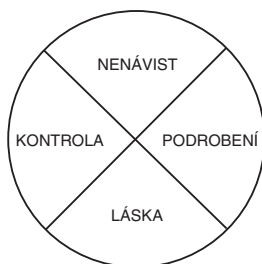
Interpersonální terapie (IPT) se zaměřuje na vztah mezi pacientem a důležitými osobami v jeho životě. IPT předpokládá, že poruchy osobnosti vznikají na základě narušených vztahů s těmito osobami. Základním prostředkem terapie je zde určení takových vztahů a jejich úprava v rámci současné rodiny, původní rodiny a mezi současnými partnery a přáteli pacienta.

Zakladatelem IPT byl americký psychiatr Harry Stock Sullivan (1892–1949). Podle jeho teorie je dítě sociabilní tvor se svými bazálními potřebami emočních a fyzických kontaktů. Nástrojem terapie je nalézání souvislostí mezi pacientovým vnímáním raných zkušeností a charakterem jeho současných vztahů. Sullivan navrhl na základě klinických pozorování deset osobnostních variant (např. negativistická, asocíální, inadektivní, homosexuální, chronicky adolescentní). Další z interpersonálně orientovaných autorů, Timothy Leary, založil diagnostiku in-

terpersonálního chování na dvou dimenzích: dominanci/submisi a lásce/nenávisti. Z těchto dimenzí získal dalšími odvozeními a mírou závažnosti 16 behaviorálních kategorií, které pak spojil do 8 typů (vždy adaptivnější a patologičtější úroveň). Pro testování svého pojetí vyvinul Leary dotazník ICL. Současnou verzi vytvořili v osmdesátých letech 20. století G. L. Klerman a M. M. Weissmanová (1984) původně pro léčbu deprese. Pro poruchy osobnosti ji upravila Lorna S. Benjaminová (1993). Ve své práci integrovala kognitivní, afektivní a interpersonální dimenze pochopení poruch osobnosti – převzala tak prvky Learyho, Beckova i dynamických modelů, ale důraz ponechala na interpersonální oblasti. Vytvořila „strukturální model sociálního chování“, který zahrnuje faktory sociální, intrapsychické a chování jedince. Osobnost podle jejího modelu byla vytvořena následkem raných interakcí s rodiči a dotvářena pozdějšími sociálními zkušenostmi s významnými osobami. Interpersonální vzorec dospělého člověka zahrnuje:

- vývoj interpersonálních dovedností;
- učení se následkem potřeb a nemocí;
- význam chápání sebe a sociální identity;
- učení se interpersonálním důsledkům vyjádření afektů.

Benjaminová vyvinula pro testování metodu *Structural Analysis of Social Behavior* (SASB). Její model předpokládá, že základní osobnostní rysy mají sociální charakter a jsou odvozeny od základních vztahových módů. Vychází z práce D. J. Kieslera, který v roce 1982 zformuloval „interpersonální kruh“ se dvěma základními dimenzemi – afiliace (láska versus nenávist) a kontrola (dominance versus submise). Lze je schematicky znázornit jako protipóly v kruhu.



Na základě konkrétního modelu vytvořeného pro pacienta Benjaminová doporučuje následující terapeutické kroky:

- prohlubování spolupráce mezi terapeutem a pacientem;
- hledání souvislostí mezi minulými a současnými vztahy a vlivu minulých vztahů na současné;
- prevence opakování sebeobránných vzorců v jednotlivých sociálních interakcích;
- motivace pacienta k opuštění destruktivních vzorců;
- podpora učení novým způsobům interakcí.

V rámci IPT se pacient učí rozumět sociálním dopadům svého chování a svých emočních výlevů. Terapeut s pacientem pak zvažují, zda pacientovi o takové dopady jde, nebo zda by pro něj jiné strategie nebyly přijatelnější. Důraz se klade na odhalení tzv. prototypických přání – očekávání od druhých, která jsou maladaptivní. Terapeut se s pacientem snaží odhalit typická očekávání od blízkých i od terapeutického vztahu a zmapovat, jak druzí mohou na vyjádření těchto přání reagovat.

Tab. 20 Příklady prototypických přání u vybraných poruch osobnosti (podle Robinson, 1999)

Porucha osobnosti	Prototypické přání
Disociální:	Nikdo mi nic nedaruje, leda tak bolest, a tak koukám mít ze všeho výhody a dělá si, co chci.
Vyhýbavá:	Cítím se zahanbený tím, jaký jsem, a zesměšněný svojí nešikovností, ale toužím po přijetí.
Hraniční:	Být sám znamená, že budu opět zraněn, a to mě teď vzteká, ale nepokoušej se mě opustit.
Závislá:	Cokoliv chceš udělat, je bezvadné, jen buď se mnou.
Histrionská:	Řekni mi, že jsem nádherný, a navždy mě zbožňuj.
Narcistická:	Nejsem nejlepší, koho jsi kdy viděl? Musíš si stále uvědomovat můj talent, konexe a moc.
Paranoidní:	Využiješ mě ihned, jakmile si přestanu dávat pozor.
Anankastická:	Když ti ukážu, jak perfektně dělám věci, pak mi dovolíš, abych zlepšil věci i pro tebe.
Schizoidní:	Prosím, nech mě samotného, necítím se s tebou dobře.
Schizotypní:	Konvence mě zlobí/nudí. Je řada jiných cest, jak vysvětlit, o co jde – můžeme je hledat.

Prvním z cílů, které si léčba klade, je redukovat maladaptivní chování a zvýšit sebehodnocení pacienta, druhým je pomoci mu rozvinout efektivní strategie v jednání. Terapie se zaměřuje na dvě problémové oblasti ze čtyř, u poruch osobnosti však nejčastěji jde o neshody v interpersonálních rolích:

- neshody v interpersonálních rolích;
- změny v rolích, přechody v rolích;
- interpersonální deficit;
- ztráta/zármutek.

Terapeutické strategie jsou pak kombinací psychodynamických (interpretace, konfrontace) a kognitivně-behaviorálních přístupů (edukace, plánování aktivit, nácvik komunikačních dovedností), které jsou cíleně zaměřeny na změnu interpersonálního zvládání aktuálních vztahů.

2.5 Psychodynamický přístup v léčbě poruch osobnosti

Tradičním přístupem zabývajícím se poruchami osobnosti je psychoanalýza. Je to směr, který má s léčbou poruch osobnosti největší zkušenosti. Psychoanalýza zaměřuje své přístupy explicitně na osobnostní strukturu, zejména na charakter. Má poněkud odlišnou taxonomii poruch osobnosti než MKN-10; hranice poruch osobnosti jsou v psychoanalýze daleko širší. Poruchu osobnosti diagnostikuje psychoanalytik na základě zjištěných obranných mechanismů, které lze zjistit až v průběhu rozvoje analytického vztahu.

Hlavním nástrojem terapeutické změny je **interpretace** terapeuta. Ta umožňuje rozvoj **náhledu** pacienta, uvědomění si rozporů a konfliktů. Může se týkat jak souvislostí zde a nyní, tak souvislostí současných zážitků s minulými, obranných mechanismů a přenosu. Cílem terapie je převést do vědomí podstatu konfliktů a dovést pacienta k vhledu do nevědomých motivací. Postoj terapeuta je neutrální, objasňuje souvislosti a interpretuje pacientovy volné asociace. V psychoanalytické terapii mohou být cíle stanoveny různě podle rozsahu změn, které se od terapie očekávají (viz tab. 21).

Tab. 21 Cíle terapie podle rozsahu změn (podle Herman, 2001)

Cílová oblast	Intervence	Očekávaná doba ke změně
Subjektivní aktuální stav	Podpora, zájem	Dny
Dysforie	Testování reality, řešení problému, rozpoznání chybných vzorců	Týdny
Chování	Rozpoznání obran a jejich maladaptivních důsledků	Měsíce
Způsob vztahu k ostatním	Konfrontace, rozpoznání vztahových vzorců, analýza přenosu	6–18 měsíců
Intrapsychické uspořádání	Analýza obran a přenosu, korektivní vztahy, reálné vztahy	2 roky a více

Tab. 22 Možnosti terapie podle frekvence návštěv (Herman, 2001)

1 návštěva týdně	Podpora, stabilizace přítomných osobnostních rysů, pomoc ve zrání v souvislosti s vlastními životními zkušenostmi pacienta
2 návštěvy týdně	Potenciál ke změně prostřednictvím náhledu
3 návštěvy týdně	Dynamická psychoterapie, kde vliv přenosu je ústřední, růst pacienta v přímé souvislosti s terapií
4 a více návštěv týdně	Psychoanalýza, dalekosáhlé osobnostní změny, změna životní osy

Z klasických analytických popisů se ovšem zdá být patrné, že psychoanalytici léčili hlavně neurotické poruchy s akcentovanými osobnostními rysy (převážně ve smyslu skupiny C poruch osobnosti: vyhýbavá, závislá a anankastická), nikoliv pacienty s typickými poruchami osobnosti odpovídajícími moderní klasifikaci (Tyrer a Davidson, 2000). Referované výsledky u poruch osobnosti jsou smíšené i u pacientů, kteří jsou pro léčbu vhodní. Vědecké kontrolované výzkumy výsledků psychoanalýzy prakticky chybějí (Andrews, 1991). Na druhou stranu je potřebné zdůraznit, že v posledních 30 letech dynamická psychoterapie popsala precizně terapeutické postupy u hraniční poruchy osobnosti (Kernberg, 1984) a narcistické poruchy osobnosti (Kohut, 1977) a vytvořila logické modely, jak poruchám osobnosti porozumět. Původní klasické analytické postupy jsou však u těchto moderních analytických přístupů výrazně modifikovány (viz popis terapie u hraniční a narcistické poruchy osobnosti).

Přenos

Specifické vzorce v organizaci psychiky z dětství přetrvávají i v dospělosti, což je podkladem pro opakování minulých prožitků v současnosti. Nejznámější podoba přenosu se nachází v jádru psychoanalytického konceptu, v němž pacient zaujímá k terapeutovi stejný vztah, jaký měl k důležité osobě ve svém dětství. Vlastnosti této osoby jsou přisuzovány terapeutovi a pocity, které měl pacient v dětství, vůči němu rovněž prožívá. Pacient nevědomě **odehrává** minulý vztah, čímž do terapie přináší důležité informace o specifické vztahové situaci z raného dětství, která mu není přímo vědomě dostupná.

Koncept přenosu je úžeji svázán s psychoanalytickou terapií, nicméně prakticky v každém vztahu, do kterého vstupujeme, jsme ovlivněni svými minulými zkušenostmi. Nevědomě očekáváme, že se minulá zkušenost bude opakovat, a neustále testujeme podobnost aktuální situace se vzorcem z minulosti. Psychoanalytická situace není jedinečná tím, že se v ní přenosové jevy nacházejí, ale tím, že představují terapeutický materiál, který má být v průběhu léčby nalezen, pochopen a prožit. Popisují se dvě podoby přenosu:

- **opakující se přenos**, ve kterém pacient očekává a bojí se toho, že se terapeut bude chovat stejně traumaticky, jako se chovali jeho rodiče v dětství;
- **selfobjektový přenos**, kdy pacient touží po korektivní hojivé zkušenosti, při níž by v terapii zažil to, co mu v dětství chybělo (Gabbard, 2000).

Protipřenos

Stejně jako u pacienta, tak i u terapeuta se objevuje soubor nevědomých reakcí vůči pacientovi, které jsou opakováním jeho vztahů k blízkým osobám v dětství. Přenosové jevy jsou analyzovány v průběhu terapeutického procesu, protipřenos by měl být pod trvalou vnitřní kontrolou terapeuta.

Koncepce protipřenosu prodělala značný vývoj. Freud (1912) uvedl jeho užší pojetí jako terapeutův přenos vůči pacientovi nebo jako reakci terapeuta na pacientův přenos. V této koncepci je implicitně obsažena přítomnost terapeutových nevyřešených nevědomých konfliktů. Později dochází k rozšíření pojetí protipřenosu i na objektivní pocity terapeuta vůči pacientovi, zejména ve vztahu k problematickým osobám se závažnějšími osobnostními poruchami (Kernberg, 1965). Tento přístup otupil dřívější pejorativní význam protipřenosu (jako nevyřešených nevědomých konfliktů terapeuta, které si zaslouží jeho další terapii) a nahrazuje jej pohledem na protipřenos jako na základní diagnostický a terapeutický nástroj, který terapeutovi podává důležité informace o pacientově vnitřním světě. Na protipřenosových pocitech terapeuta má tedy podíl jak jeho vlastní minulost, tak i jeho reálné reakce vyvolané pacientovým chováním (Gabbard, 2000).

2.6 Skupinová psychoterapie u poruch osobnosti

Nejčastějším přístupem, kterým se lidé trpící poruchou osobnosti ve skutečnosti léčí, je **dynamická skupinová psychoterapie**. Skupinová psychoterapie u poruch osobnosti pravděpodobně přináší podobné výsledky jako terapie individuální, přitom však výrazně šetří čas (Fuhrman a Burlingame, 1994). Vzhledem k tomu, že efektivita dynamické skupinové psychoterapie u poruch osobnosti nebyla studována v kontrolovaných experimentech, nelze se k její účinnosti přesněji vyjádřit (Rutan & Stone, 1993). Podobně jako u psychoanalýzy si můžeme udělat obraz jen ze soudů autorit.

Skupina je prostředí, které umožňuje jejím příslušníkům prožívat svoji individualitu a její změnu prostřednictvím reflexí a změn ostatních členů skupiny i přes změny skupiny samotné. Skupinová psychoterapie se tedy věnuje individuu ve skupině, také však individuu v rámci skupiny a také skupině jako celku. Základní ideje skupinové psychoterapie, které platí i pro skupiny s pacienty s poruchou osobnosti, jsou:

- pacientova autonomie a jeho zdroje psychosociálního zrání jsou umocňovány interakcí s druhými lidmi;

■ vlastní pochopená zkušenost je stabilnější než zkušenost, která se předává jenom zvenčí.

Pacienti nejsou zpravidla do skupiny vybírání pro poruchu osobnosti. Bývají doporučení pod diagnózou aktuální úzkostné, depresivní, adaptační či somatizační poruchy. Krátkodobý skupinový program (do 40 skupin) je však pro změnu osobnosti nedostatečný a jediným reálným cílem, kterého se dá dosáhnout, je kompenzace (zpravidla krátkodobá) aktuálních příznaků (Gabbard, 1994). Vzácností u nás i ve světě jsou dlouhodobé dynamické skupiny pro poruchy osobnosti. Aby takový program měl smysl, potřebuje trvat **rok a více**. Skupinová psychoterapie může poskytnout pacientům s poruchami osobnosti korektivní zkušenost a pomoci jim zmírnit přenosové reakce. Emočně nestabilním a narcistickým pacientům může umožnit vyjádření hněvu a kritiky bez komplikované reakce terapeutů. Pasivním, vyhýbavým a sociálně izolovaným pacientům může poskytnout zážitek „rozmražení“ vzájemnou emocionální zkušeností v životě skupiny (Janosiková a Daviesová, 1999). Protože řada pacientů s poruchami osobnosti (hraniční, histrionská, narcistická, závislá, pasivně-agresivní) mívá neomezenou potřebu pozornosti druhých, může jim zpětná vazba skupiny pomoci pochopit nepřiměřenost jejich očekávání a pomoci jim modulovat hněv nebo napětí z frustrace. Skupinová zkušenost jim také může přinést značnou podporu sebedůvěry. Interpersonální učení se od druhých jim často umožňuje prožít emoce, které sami v sobě dlouho potlačovali. Skupina rovněž identifikuje typické vzorce pacientova chování a napomáhá tak zlepšit kvalitu jeho sebehodnocení. Kvalitní skupina je schopna pochopit důvody určitého maladaptivního chování a zároveň ho korigovat. Spolupacienti mohou navíc poskytovat velmi účinnou zpětnou vazbu o tom, které chování je tolerovatelné, a které již nikoliv, i mimo skupinu. Tlak skupiny z velké části brání prudkému chování i u emočně nestabilních poruch osobnosti. Přes všechny zisky, které skupina pacientům s poruchou osobnosti může přinést, je jejich léčba ve skupině dosti obtížná. Zejména pacienti s hraniční a histrionskou poruchou osobnosti snadno skupinu rozčlení na své přátele a nepřátele, své nepřátele velmi krutě napadají a jsou schopni ve skupině zmobilizovat silný odpor vůči terapeutům.

2.7 Kognitivně-behaviorální terapie poruch osobnosti

Kognitivně-behaviorální terapie vychází z teorie, že příčinou psychických potíží jsou chybné způsoby chování a myšlení, které jsou naučené a udržované rozpoznatelnými vnějšími i vnitřními faktory. V terapii se pacient může tyto chybné způsoby chování a myšlení odnaučit či přeučit nebo se může naučit novým,

vhodnějším způsobům, jak řešit své problémy. Vztah důvěry a spolupráce považují kognitivně-behaviorální terapeuti za nezbytný, ale nikoli postačující prostředek k dosažení úspěchu v terapii.

Efektivitu kognitivně-behaviorální terapie u pacientů s poruchami osobnosti zkoumalo několik kontrolovaných studií. Tyto studie ukazují na dobrou účinnost tohoto psychoterapeutického přístupu (Alden, 1989; Andrews a kol., 1990; Shea a kol., 1990; Linehan a kol., 1991, 1993). Daleko více je kazuistických sdělení a pilotních studií. Tento druh psychoterapeutického přístupu je tedy slibný, i když zdaleka ne vše řešící. V přístupech k poruchám osobnosti lze sledovat sblížení analytických a kognitivně-behaviorálních pohledů (review Pretzer a Beck, 1996). Postup a metody KBT musejí být u poruch osobnosti modifikovány, protože standardní kognitivní nebo kognitivně-behaviorální přístupy, používané u úzkostných poruch, mají pouze omezený efekt (Beck a kol., 1990).

Stadia léčebného procesu

Proces změny a typy intervencí, které se užívají při léčbě poruch osobnosti v KBT, jsou podobné jako při léčbě symptomatických poruch, liší se však v zaměření a důrazech. Beitman (1991) popsal obecné procesy změny a vhodné intervence jak u psychoterapie, tak ve farmakoterapii. Beitmanův model zdůrazňuje čtyři vývojová stadia léčebného procesu:

1. zaangažování (zapojení) do terapie;
2. analýza vzorců;
3. změna;
4. ukončení.

Zaangažování (zapojení) do terapie

Nejdůležitějším úkolem prvního stadia terapie je zjistit, zda pacient je **vhodný** pro terapii, a pokud ano, **motivovat** ho k další spolupráci. Jedním z nejdůležitějších motivačních faktorů je vybudování nosného **terapeutického vztahu** založeného na postupně se upevňujícím ovzduší vzájemné důvěry a respektu. Ke vzniku takového vztahu je zapotřebí dostatek času a následující dovednosti terapeuta:

- empatické naslouchání;
- kongruence v chování;
- vřelost a neodsuzující přijetí pacienta.

Pacient potřebuje cítit, že je přijímán s porozuměním, že mu terapeut fandí, neodsuzuje ho, stojí za ním. Potřebuje se svěřit. Pacienti s poruchou osobnosti často musejí překonávat značnou nedůvěru k odborníkovi, zkoušejí ho, nejsou si jisti, zda je přijme, zda nebude moralizovat, kritizovat nebo se dívat svrchu.

Terapeut musí v pacientovi vzbudit naději na změnu. **Edukace** o možnostech léčby posiluje jak pacientovu důvěru k léčbě, tak jeho naději a v důsledku i motivaci. Posílení motivace k léčbě je počátkem psychoterapie, ale i dobré spolupráce při farmakoterapii. Bez úspěšného zapojení pacienta do terapie nejsou další kroky v léčbě možné.

Prvním krokem nosného pracovního vztahu s pacientem je **stanovení problémů a cílů**, na kterých se pacient s terapeutem shodnou. Terapeutický vztah musí být vztahem vzájemné spolupráce. Je odpovědností terapeuta, aby pacienta upozornil, když se v sezení odchyluje od stanoveného cíle, a aby spolu s ním prozkoumal, jaké jej k tomu vedou důvody. Zdůraznění „my“ je důležité na počátku spolupráce. „Budeme spolu hledat možnosti, jak situaci změnit“, „Stanovíme si cíle, na kterých budeme společně pracovat“. Terapeut od začátku terapie zdůrazňuje, že k úspěchu může vést jen společné úsilí, že pacient nemůže čekat na zázrak, který způsobí terapeut. Součástí zaangažování do terapie může být uzavření terapeutického kontraktu, který může být písemný nebo jen ústně odsouhlasený (záleží na zvyku, písemný je však spolehlivější a pro pacienta více zavazující). Součástí kontraktu je domluva o počtu sezení, jejich frekvenci, délce, náplni, dále pak definice problémů, které bude pacient s terapeutem řešit, stanovení cílů terapie, stanovení odpovědnosti na obou stranách.

Prochaska a DiClemente (1982) popsali šest stadií procesu změny, které ovlivňují pacientovu motivaci k léčbě:

1. **Stadium prekontemplační** – pacient popírá poruchu (onemocnění) a není motivován k dosažení jakékoli změny.
2. **Stadium kontemplační** – pacient připouští, že je nemocen nebo má problémy a potřebuje léčbu, ale jeho motivace ke změně je kolísavá a ambivalentní.
3. **Stadium rozhodnutí** – pacient se rozhodl, že se chce aktivně pustit do práce, je motivován k dosažení změny.
4. **Stadium akce** – pacient aktivně uskutečňuje kroky potřebné k dosažení změny. Pokud má úspěch, jeho motivace narůstá, pokud se setká s neúspěchem, jeho motivace klesá.
5. **Stadium udržovací** – pacient úspěšně dosáhl žádoucí změny a je motivován ji udržet a zabránit návratu potíží. Tato motivace však může během doby klesnout, takže může nastat další stadium.
6. **Stadium relapsu** – problémy a potíže se částečně nebo úplně vrátí.

Nízká připravenost k léčbě je typická pro pacienty ve stadiu prekontemplace a kontemplace. To se odráží v nespolupráci různými způsoby: pacient chodí pozdě do sezení nebo terapii vynechává, nebere léky nebo užívá ještě jiné, které neměl předepsané, radí se u dalších odborníků, musí ho přivádět rodina, neplní domácí úkoly apod. V těchto případech je hlavním cílem prvních setkání zvýšení motivace pacienta k léčbě a jeho převedení do stadia rozhodnutí a akce.

Vyšetření – analýza vzorců

V této fázi se terapie zaměřuje na zkoumání dysfunkčních vzorců v oblasti chování, afektivity, myšlení a obran pacienta pomocí metod, jako je rozhovor, hraní rolí, behaviorálních experimentů, zjišťování automatických negativních myšlenek a dysfunkčních schémat. Cílem je vytvořit formulaci problémů pacienta a určit cíle terapie, na kterých se terapeut a pacient shodnou.

Vlastní terapie – změna vzorců

V této fázi usilujeme pomocí různých terapeutických metod o dosažení změny maladaptivních vzorců v oblasti myšlení, citění a chování pacienta a o vytvoření nových adaptivnějších vzorců. Tento proces má tři fáze:

1. starý vzorec je opuštěn;
2. v rámci terapie je vytvořen nový, vhodnější vzorec;
3. nový vzorec je přenesen do běžného života pacienta a zde je praktikován.

U poruch osobnosti se terapie zaměřuje na změnu jak temperamentových (stylových), tak charakterových (obsahových) rysů osobnosti. V léčbě je obtížné, nebo téměř nemožné změnit charakterové vzorce, aniž bychom předtím postihli vzorce temperamentové.

Kognitivně-behaviorální postupy a metody jsou konkrétněji zaměřené na jednotlivé problémy a více strukturované než dynamická psychoterapie. Snahou behaviorálních přístupů je snížit impulzivitu a zvýšit asertivitu pacienta, naučit jej relaxovat a zvýšit jeho pocit pohody v interpersonálních vztazích. S velkým zjednodušením lze říci, že behaviorální přístupy, používající klasické a operantní podmiňování, vyhasínání a nácvik, jsou zaměřené na modulaci (úpravu) temperamentových vlastností. Kognitivní metody, které pracují s identifikací automatických myšlenek, představ a specifických vnitřních postojů (schémat), se zaměřují na postupnou modifikaci charakterových kvalit. Jak již bylo řečeno, úprava temperamentových vlastností by měla předcházet úpravě kvalit charakterových.

Ukončení terapie

Aby se nové vzorce chování, myšlení a afektivního či fyziologického reagování zafixovaly v životě pacienta, je potřebné, aby je používal co v nejširším rejstříku aktivit a činností. Po dostatečném upevnění těchto nových způsobů myšlení a jednání v běžném životě pacienta můžeme terapii ukončit. V této fázi se často objeví u pacienta separační úzkost. Proto je nutné aby na ni byl připraven předem. Někdy se v tomto období objeví nové příznaky. Pokud je separace od terapeuta pro pacienta náročná, je potřebné se na ni v této fázi zaměřit jako na hlavní problém.

Tab. 23 KBT metody zaměřené na modulaci temperamentových a rekonstrukci charakterových rysů

Temperament	Lze do určité míry modulovat pomocí behaviorálních přístupů (klasické a operantní podmiňování, vyhasínání, nácvik dovedností) a k jeho změně může dojít v důsledku dobrého terapeutického vztahu (bezpečí, kontextuální podmiňování, imitace)
Vyhledávání nového	Imaginace, meditace, brainstorming
Vyhýbání se nebezpečí	Expozice, behaviorální experimenty, zábrana nutkové reakce, nácvik asertivity, relaxace
Závislost na odměně	Sebeodměňování, meditace, příjemné aktivity, zpřítomnění prožitků, imaginace, asertivita
Perzistence	Plánování času, tělesné cvičení, expozice
Iritabilita	Relaxace, meditace, tělesné cvičení (aerobní trénink), nácvik zvládání hněvu, asertivita
Charakter	Lze ovlivnit pomocí edukace, interpretací a kognitivních technik
Sebeovládání	Kognitivní restrukturalizace, zvládání stresu, zlostných afektů, empatické dovednosti
Spolupráce	Kognitivní restrukturalizace, řešení problémů, nácvik asertivity
Sebepřesah	Plánování času, plánování budoucnosti, řešení problémů, kognitivní restrukturalizace

Základní charakteristiky KBT poruch osobnosti

Kognitivně-behaviorální terapie je založena na individuální formulaci případu, spolupracujícím terapeutickém vztahu, relativně strukturovaném terapeutickém programu, na edukaci pacienta, na stanovení konkrétních cílů a systematickém řešení problémů, na pravidelném hodnocení změny a na učení novým dovednostem, které pacient musí uplatňovat i mimo rámec terapie při plnění tzv. domácích úkolů.

Základní zásady KBT poruch osobnosti zohledňují větší komplexnost těchto poruch a menší schopnost pacientů v terapii spolupracovat. Ve srovnání s léčbou úzkostných a depresivních poruch je KBT poruch osobnosti:

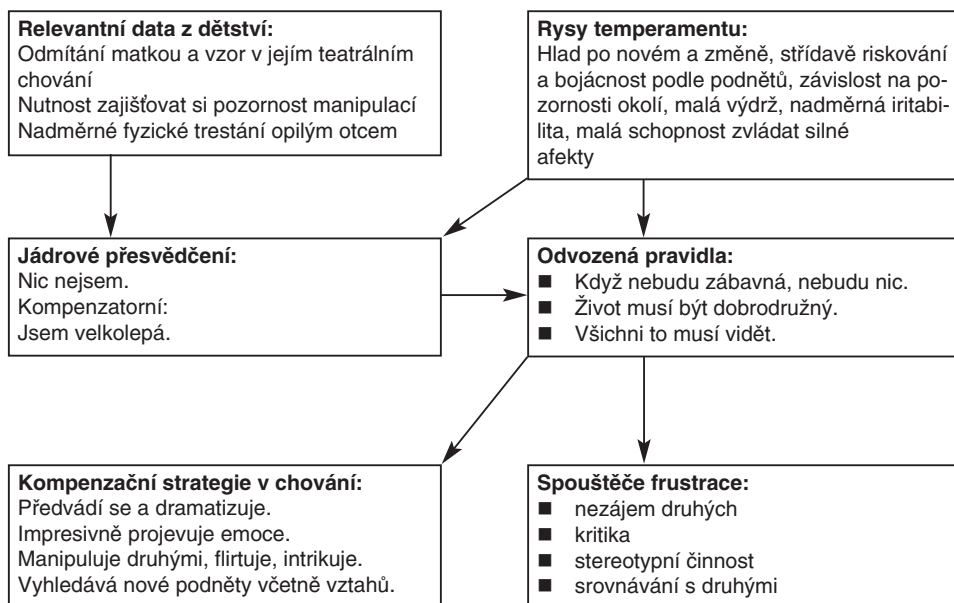
- komplexnější;
- složitější;
- trvá delší dobu;
- léčba se více zaměřuje na vytvoření a upevnění terapeutického vztahu;
- terapeutický vztah může být v terapii použit jako reprezentace jiných vztahů;
- velká pozornost je věnována také událostem ve vývoji pacienta a jeho dětství;
- struktura sezení je variabilnější;
- nejdůležitější postupy jsou zaměřeny na změnu dysfunkčních přesvědčení o sobě, jiných lidech a světě vůbec a na modifikaci kompenzačních vzorců v chování.

Tab. 24 Charakteristiky KBT poruch osobnosti

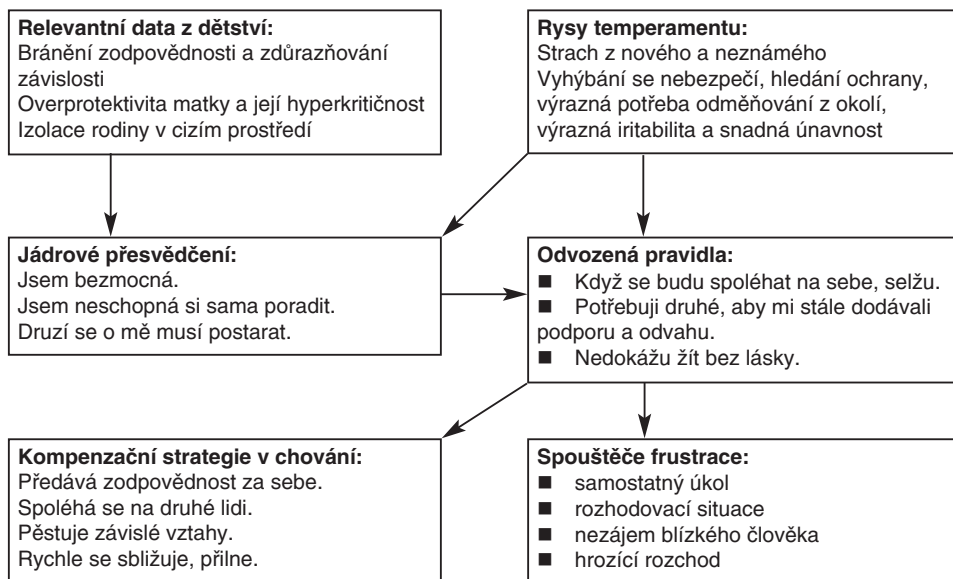
1. individuální KBT formulace případu;
2. terapeutický vztah založený na vzájemné spolupráci;
3. strukturovaný terapeutický program se stanovením konkrétních problémů a cílů;
4. variabilnější struktura sezení a terapie;
5. edukace;
6. zaměření na současnost, ale i na minulost a budoucnost;
7. systematické řešení problémů;
8. pravidelné hodnocení dosažených změn;
9. učení novým dovednostem;
10. domácí úkoly.

1. Individuální KBT formulace případu

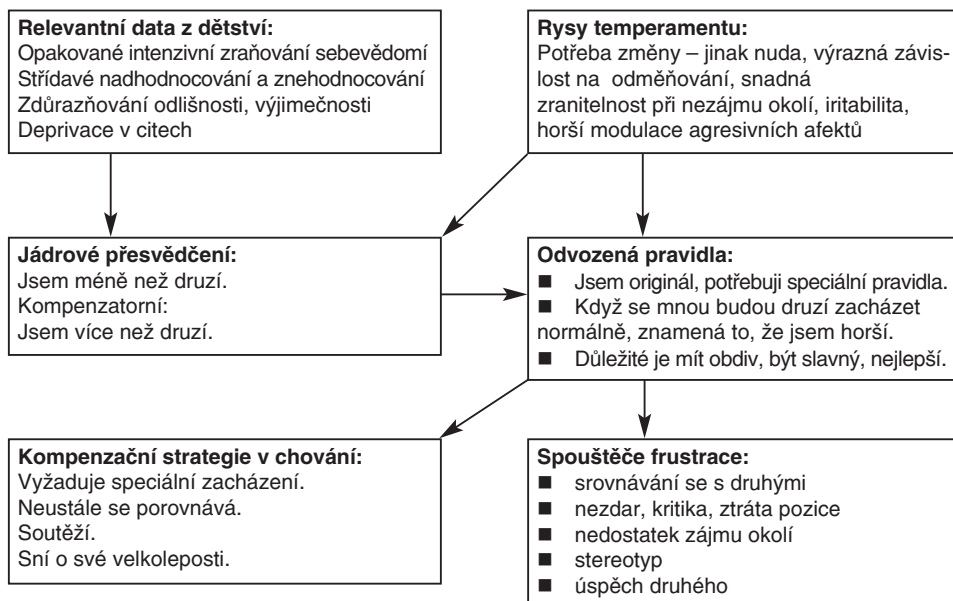
Na základě anamnézy a důkladné behaviorální, funkční a kognitivní analýzy pacientových problémů terapeut formuluje hypotézy o tom, jak temperamentové rysy (iritabilita, zvládání afektů, schopnost modulace afektů, úzkostnost, selektivní pozornost apod.) a charakterové rysy (automatické myšlenky a dysfunkční postoje) ovlivňují myšlení a chování pacienta a jeho fungování v životě. Ty-

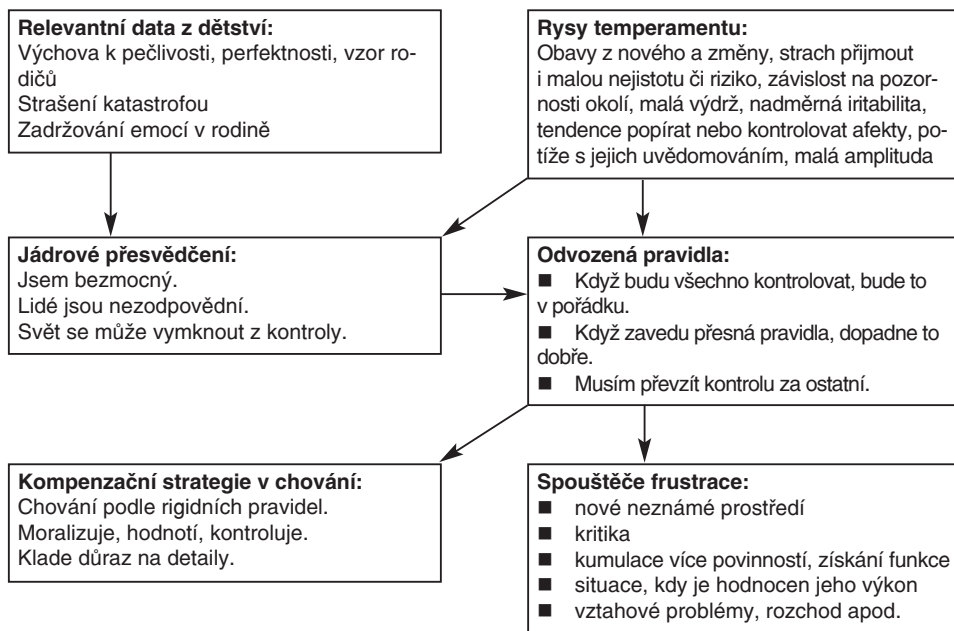
Tab. 25 Příklad formulace případu u histrionské poruchy osobnosti

Tab. 26 Příklady formulace případu u závislé poruchy osobnosti



Tab. 27 Příklady formulace případu u narcistické poruchy osobnosti



Tab. 28 Příklad formulace případu u anankastické poruchy osobnosti

pické situace, automatické myšlenky, emoční reakce a chování se daří identifikovat poměrně záhy, ovšem dysfunkční předpoklady a jádrová přesvědčení se identifikují obtížněji, až na základě opakovaně se objevujících témat. Svá pozorování terapeut předkládá pacientovi jako hypotézy, které je třeba v průběhu terapie ověřit. Původní formulace případu se během terapie pozměňuje a upravuje na základě nových poznatků a zkušeností. Formulace případu pomáhá terapeutovi a pacientovi předvídat reakce pacienta na budoucí situace a tím postupně připravit optimální strategii na jejich řešení.

2. Terapeutický vztah založený na vzájemné spolupráci

U nekomplikovaných úzkostných poruch se KBT na analýzu terapeutického vztahu nezaměřuje. Pacient zpravidla terapeutovi bazálně věří a dobře spolupracuje, terapeut je v roli pomáhajícího odborníka, který pacientovi vysvětluje jednotlivé kroky a povzbuzuje ho v jejich samostatném provádění. Pacient na terapeutovi nebývá závislý a nepotřebuje ho jinak než jako experta v průběhu své terapie. Vztah je nekomplikovaný. Naopak pro pacienty trpící poruchou osobnosti se terapeutický vztah stává ohniskem terapie. Jeho kvalita rozhoduje o tom, zda pacient bude v terapii pokračovat a zda bude ochoten pracovat na jed-

Tab. 29 Příklady některých druhů přenosu a možných strategií změny

Typ přenosu	Příklad typických kognicí	Emoční reakce	Chování	Strategie změny
Mírný, pozitivní	Terapeut mi chce pomoci, rozumí mi, je lidský a ochotný, svoji práci dělá velmi dobře – tak mi pomůže.	Příjemné naladění	Spolupráce, ochota dělat úkoly	Žádná
Obdivující – nezávislý	Terapeut je skvělý podobně jako já. Je příjemné se setkávat s takovým člověkem, v něčem mi může poradit, samozřejmě pomoci si mohu jenom já sám.	Příjemné naladění až euforie při setkávání	Chuť diskutovat s terapeutem opačné postoje, mímě soupeřit, úkoly střídavě dělá a nedělá, zdůrazňuje svobodu vztahu.	Otevřít narcistické postoje, diskutovat jejich „výhody a nevýhody“ v životě, „normalizace“ – ani jeden z nás není výjimečný víc než kterýkoliv jiný člověk, trvat na domácích úkolech.
Obdivující – závislý	Terapeut je skvělý – jedině on mi může pomoci. Bez něho jsem ztracený, s ním dokážu všechno.	Euforické naladění střídá úzkost z možnosti opuštění.	Snaží se vcítit do potřeb terapeuta, přináší dárky, lichotí, plní domácí úkoly – není si jistý, zda dobře, chce ujištění, často požaduje rady, vysvětlení, podporu.	Posilovat nezávislé chování, v domácích úkolech nezávislé kroky, otevřít závislé kognice a diskutovat výhody a nevýhody závislých postojů a chování, nedávat ujištění, rady či další vysvětlení, expozice samostatným činnostem a úkolům.
Erotický	Terapeut je ideální partner, vztah s ním mě zachrání, bylo by krásné s ním být, milovat se, splynout.	Zamilovanost, možná depersonalizace nebo „trans“ při kontaktu	Flirtování nebo naopak stydlivé stažení, nápadné oblékání, zamilované pohledy, filtrování sdělení (potřeba ukázat se v lepším světle).	Dokud neinterferuje s terapií, není potřebné řešit – odezní spontánně. Pokud blokuje léčbu, otevřít jako problém, probrat kognice a jejich vliv na chování, probrat „zdroje této potřeby“ v minulosti, citlivě, ale jasně se vyjádřit k vlastním postojům v terapeutickém vztahu.
Bojácný – nedůvěřivý	Terapeut mě může kritizovat, ublížit mi, je silný. Až zjistí, jaký jsem, odmítne mě, vysměje se mi, zavrhně mě.	Strach, úzkost, stud	Obtíže s očním kontaktem, cenzuruje, co sdělí, plní úzkostlivé úkoly, často mluví o své neschopnosti, hledá omluvy a vysvětlení, racionalizace, nedokáže důvěřovat.	Často odezní v průběhu terapie s nabýváním důvěry, pokud déle interferuje s léčbou, vhodné otevřít jako problém, pracovat s kognicemi, hledat původ postojů v minulosti, jejich adaptivní a maladaptivní stránku, plánovat expozice s projevem „odvahy“ se chovat otevřeně.
Útočný	Musím ukázat svoji sílu, jinak mě připraví o svobodu a soudnost; bud vyhraje on, nebo já! Co si to vůbec dovoluje! Musím ho usadit!	Zlost, nenávisť, strach	Útočný hlas i pohled, slovní agrese: obviňování, vyčítání, vyhrožování, ojediněle i fyzická agrese	Dát zpětnou vazbu, že víme o jeho pocitech, negativním dotazováním a asertivním souhlasem či zpětnou vazbou umožnit vyjádřit pocity zlosti, křivdy, pak probrat postoje, které za tím leží, jejich kořeny, projevy v chování, výhody a nevýhody. Až nakonec po poklesu pacientova napětí vyjádřit svůj postoj (oddělit chování od člověka jako celku) zpětnou vazbou.

Typ přenosu	Příklad typických kognicí	Emoční reakce	Chování	Strategie změny
Nedůvěřivý	Terapeut mi schválně křivdí, zneužívá mě pro svoje potřeby nebo pro potřeby někoho jiného, je proti mně, má skryté motivy, nechová se fér.	Hněv, strach, pocit ohrožení	Uzavírá se, nemluví o sobě, nebo mluví povrchně, může být nepřímo agresivní, nedělá úkoly, vynechává hodiny nebo přestává do terapie chodit.	Dát zpětnou vazbu, otevřeně diskutovat situaci, pomoci prozkoumat, odkud vztahovačnost pramení, probrat jiné vztahy, kde se objevuje. Zmapovat vztahovačné postoje, jejich výhody a nevýhody, vliv na chování. Experimentovat s důvěrou.
Soupeřivý	Jen ať se na mně nevytahuje, v řadě věcí jsem lepší, předvedu mu to, nedovolím, aby mě ponižoval.	Napětí, střídání pocitů euforie, vzteku, závisťi či bezmoci podle subj. „skóre“	Skrytě nebo otevřeně soutěží, zapáleně diskutuje všude, kde očekává „utkání“, racionalizuje neplnění úkolů nebo je plní schválně tak, aby ukázal, že to nejde.	Dát zpětnou vazbu na konkrétní situace, propátrat soutěživé kognice a hlubší postoje, jejich zdroje, situace, kdy se objevují, chování, ke kterému vedou, pak výhody a nevýhody, včetně toho, co dělají v terapii.
Pohrdavý	Nemá na to! Je to slaboch (hlupák, blázen apod.). V čem mi ten může pomoci? Mám převahu.	Pohrdání, netrpělivost, vztek	Dává najevo pohrdání, opovržlivě komentuje akce terapeuta, odmítá dělat domácí cvičení, vynechává hodiny nebo přestává do terapie chodit.	Dát zpětnou vazbu na konkrétní chování, propátrat kognice a postoje, pak najít jejich původ, ve kterých situacích fungují, jaké chování generují, výhody/nevýhody pro vztahy a život, jak působí v léčbě.
Žalivý	Dává přednost jiným, o mně nestojí.	Vztek, lítost	Stažení se nebo naopak vyčítání, někdy rozněvané výbuchy, měření času sezení (u sebe i druhých), monitorování projevů přízně a nepřízně u druhých a u sebe	Zeptat se na kognice související s lítostí (zranění v terapeutickém vztahu), pak pomoci otevřít kognice, emoce a chování týkající se vzteku. Probrat důvody v minulosti (sourozenecké pozice apod.) a jejich vliv na chování, emoce a vztahy v různých životních situacích, výhody a nevýhody pro vztahy a život, jak působí v léčbě.
Majetnický	Je tady pro mě, musí být vždy k dispozici.	Euforické pocity střídá vztek podle chování terapeuta.	Chová se suverénně, často telefonuje, chodí mimo domluvený čas, zlobí se, když terapeut nemůže, vyčítá nebo slovně utočí, uráží se.	Probrat kognice a postoje, jejich původ v minulosti (vlastnění jako opak strachu z opuštění), kognice, emoce a chování v různých vztazích včetně terapeutického, kde se potřeba „vlastnění“ projevuje, výhody a nevýhody.

notlivých cílech. Terapeut musí od počátku dávat najevo, že přijímá pacienta takového, jaký je. Jasně odděluje jednotlivé komponenty chování a myšlení od **lidské hodnoty** pacienta. Nabízí společnou analýzu způsobů, jak pacient hodnotí situace a jak na ně reaguje, a společné vypracování plánu, jak jeho postoje a chování změnit tak, aby mu přinášely více spokojenosti.

Terapeutický vztah může být často využíván **k identifikaci** automatických myšlenek i dysfunkčních předpokladů a jádrových přesvědčení, zejména když

se v průběhu sezení nebo terapie aktivují dysfunkční přesvědčení týkající se vztahu mezi terapeutem a pacientem (Beck, 1997). Potíže s vytvářením terapeutického vztahu mohou pacientovi odrážet potíže ve vztazích mimo terapii (přenos) a jejich zkoumání může pomoci odhalit jak pacientova přesvědčení, tak jeho obvyklé kompenzační strategie. Sám terapeut potřebuje pravidelně zkoumat své myšlenky a chování k pacientovi, které mohou mít základ v jeho vlastních dysfunkčních postojích. Velmi důležitá je proto supervize. Při léčbě poruch osobnosti se tedy i v rámci KBT stává terapeutický vztah důležitým nástrojem terapie (Linehan a Kehrer, 1993; Williams, 1996).

K základním předpokladům úspěšné terapie patří **motivace** pacienta k léčbě a **schopnost spolupráce**. U řady psychických poruch, zejména pak u poruch osobnosti, pozorujeme narušené interpersonální vztahy a rigidní neadaptivní systém chybných předpokladů o sobě i o druhých (maladaptivní kompenzační schémata), což může spolupráci znesnadňovat. Svě dřívější nepříjemné zkušenosti může pacient naučeně zevšeobecňovat na všechny lidi nebo autority, včetně terapeuta. Úkolem terapeuta je pak nezaujímat role, do kterých je někdy pacientem manévrován, chovat se s porozuměním k některým jeho nepřiměřeným projevům a nepřistoupit na vymáhání úlev. K nejnamáhavějším úkolům v dobré psychoterapii patří vyvarovat se komplementárního chování, například nereagovat protiagresí na agresí, neposkytovat úlevy při pacientově nadměrné loajalitě, nenechat se vmanipulovat do role ochránce apod.

Terapeutický vztah v KBT je podobně jako v jiných psychoterapeutických směrech základem pro terapeutickou změnu. Jsou v něm zdůrazňovány empatie, kongruence, podpora pacienta, důvěryhodnost, pozitivní emoční zaujetí a nezávislost. Specifickým rysem terapeutického vztahu v KBT je „empirická spolupráce“. Beck (1984) přirovnává vztah v KBT k práci vědeckého týmu, jehož členové, terapeut a pacient, spolupracují na řešení problémů – pacientových potíží. Všichni zúčastnění jsou si rovnocenní, jednotlivé kroky spolu diskutují, poskytují si zpětnou vazbu. Pro dobrou spolupráci na řešení problémů je potřebná příjemná, pozitivně laděná atmosféra. Terapeut není v roli žádného „mága“, který „už ví“, tváří se tajuplně a nechává si řadu postřehů pro sebe. Naopak velmi otevřeně sděluje svá pozorování, své názory formuluje jako hypotézy, nikoli jako „pravdy“, diskutuje je s pacientem a následně s ním zkoumá jejich pravdivost. Je důležité hned na počátku zdůraznit rámec spolupráce, např.:

„V průběhu dalších 50 týdnů budeme spolupracovat, ale pro cokoliv se rozhodneme, musíme se rozhodnout spolu. Jsou nějaké těžkosti, které brání udělat to a to?“

Chování terapeuta

Ve všech terapeutických směrech je důraz kladen hlavně na terapeutovu **kongruenci** (opravdovost), **empatii** (schopnost vcítit se) a **akceptaci** pacienta. Na rozdíl od těchto tří základních předpokladů se v různých terapeutických směrech liší **míra direktivity** ve vztahu terapeut/pacient. Při **direktivním** pří-

Tab. 30 Příklady protipřenosu a možné strategie změny

Typ protipřenosu	Příklad typických kognicí	Emoční reakce	Chování	Strategie změny
Mírný, pozitivní	Je mi sympatický, pěkně spolupracuje, fandím mu, půjde to dobře.	Příjemné naladění	Spolupráce, podpora, vcítění, obětavost	Žádná
Obdivující	Ten člověk je výjimečně krásný, originální, inteligentní apod.	Obdiv, fascinace	Terapeut nedělá dostatečný assessment, nevede terapii, případně kroky bagatelizuje, nepožaduje domácí cvičení, má tendenci fascinovaně si povídat o pacientových výjimečnostech.	Ujasnit si vlastní postoje, jejich kořeny, vliv na chování, výhody a nevýhody pro vedení terapie. Nutná supervize. „Normalizace terapie“ – vést stejně jako u jiných. Pokud nejde změnit chování a držet standardní terapii, je možné to s pacientem otevřít, případně ho předat jinému terapeutovi.
Overprotektivní	Neporadí si sám, potřebuje pomoc, radu, bude to moje chyba, když se mu něco stane.	Strach, nejistota	Radí, chrání, ujišťuje, ubezpečuje, řídí a kontroluje pacienta, nenechává ho samostatně jednat, skrytě zpochybňuje pacientovy zdroje.	Ujasnit si vlastní postoje, jejich kořeny, vliv na chování, výhody a nevýhody pro vedení terapie. Nutná supervize. Přestat s direktivitou vedení, nechat plánování na pacientovi, přestat zabezpečovat. Pokud to nejde – předat jinému terapeutovi.
Erotický	Je přitažlivá (ý), bylo by s ní (ním) hezky. Jediný její (jeho) problém je, že má nedostatek něhy (sexu, pozornosti apod.). Sní sexuální fantazie o pacientovi.	Fascinace, „trans“ nebo depersonalizace při setkání	Flirtuje, nápadně „chrání“, „nechtěně“ se dotýká, s chutí velmi často mluví o sexu, v nejhorším případě nabízí „sexuální terapii“ a s pacientkou/pacientem se sexuálně stýká.	Přestat s racionalizací sváděvého chování, zastavit ho, přiznat si protipřenos, najít si supervizi, ujasnit si vlastní motivy, jejich kořeny, vliv na chování, nevýhody pro vedení terapie. Pokud nejde přesto vést standardní terapii – předat jinému terapeutovi. Ani pak však sexuálně vztah nekonzumovat.
Bojácný	Může mi ublížit, vysmát se mi, odmítnout mě, ukázat, že jsem neschopný, hloupý apod.	Strach, úzkost, stud	Mluví tiše, nedokáže mít odstup, vedení terapie nechává na pacientovi, sám do ní nevstupuje (někdy si to racionalizuje „emfatickým vedením“), bojí se sdělit, co si myslí, alternativy nediskutuje.	Pracovat na svém sebevědomí a sebepřijetí, pokud je to reakce na agresivní přenos pacienta – pomoci pacientovi zpracovat přenosovou reakci. Vždy nutná supervize. Pokud přesto nejde vést standardní terapii – předat jinému terapeutovi.
Útočný	Je to psychopat, ignorant (málo se snaží, chce jen výhody, sekundární zisky apod.). Otravuje mě. Já mu ukážu!	Vztek, rezonance	Moralizuje, poučuje, vyčítá, bagatelizuje pacientovy potřeby, nemá čas, pacienta „seřve“.	Uvědomit si svoje agresivní postoje a chování, přestat je racionalizovat či opírat o názory podobně postižených terapeutů, Ujasnit si kořeny těchto postojů, vliv na chování, nevýhody pro vedení terapie. Pokud přesto nejde vést standardní terapii – předat jinému terapeutovi

Typ proti- přenosu	Příklad typických kognicí	Emoční reakce	Chování	Strategie změny
Nedůvěřivý	Co po mně vlastně chce? Něco má za lubem (proti mně)!	Obava, napětí, vztek	Stažení se, pracuje s pacientem jen „for- málně“, číhá na „skryté motivy“, snaží se terapii zrušit.	Pracovat na svém sebevědomí a sebedůvěře, nutná supervize, zpracovat svoje postoje, jejich původ a působení. Pokud přesto nejde vést standardní terapii – předat jinému terapeutovi.
Soupeřivý	Ať si nemyslí, že se na mě bude vyťahovat.	Střídavě napětí a pýcha	S pacientem soupeří v názorech, „kdo má pravdu“, chlubí se a předvádí, špatně nese „pacientovy vý- hry“, málo povzbu- zuje, necítí se.	Pracovat na svém sebevědomí a sebedůvěře, nutná supervize, zpracovat svoje postoje, jejich původ a působení. Pokud přesto nejde vést standardní terapii – předat jinému terapeutovi.
Pohrdavý	Je to hlupák (slaboch, blbec, hysterka, obsedant apod.). Nudí mě. Ať už neotravuje.	Pohrdání, nuda, vztek, pýcha	Dává pohrdavé rady, bagatelizuje pacien- tovy potíže i postoje, posmívá se, nemá čas, netrpělivě vstu- puje do pacientova sdělení, nenaslou- chá.	Pracovat na svých mezilidských vztazích, jít do výcviku (případně dalšího, protože předešlý zjevně velký význam neměl), zpracovat svoje postoje, jejich původ a pů- sobení na druhé. Při vedení tera- pie nutná supervize, pokud to přesto nejde – předat jinému te- rapeutovi.

stupu je terapeut ochoten poskytnout pacientovi i přímé léčebné rady a pokyny. Je běžný v klasické behaviorální terapii, sugestivních metodách a všeobecně v psychoterapii zaměřené na příznaky. **Nedirektivní** přístup považuje přímé udělování rad a poučování pacienta za chybu a terapeut nechá pacienta, aby sám postupně dospěl k poznání, které mu umožní zvládnout jeho potíže a problémy. Místo udílení rad bývají probírány alternativy řešení problémů. Nedirektivní metoda je typická pro zkušenostní psychoterapeutické směry, ale také pro kognitivní terapii. Kognitivně-behaviorální terapie využívá obou přístupů. Dobrý kognitivně-behaviorální terapeut musí mít obecné vlastnosti dobrého psychoterapeuta, popsané Rogersem, tj. musí mít schopnost empatie (vcítění), musí vystupovat opravdově a musí být schopen pacientovi vyjádřit podporu a vřelost. Míra direktivity terapeuta se v KBT liší podle fáze terapie i podle typu problémů – např. více direktivní přístup, spočívající v podávání informací a přímých pokynů, se využívá na počátku terapie a u pacientů mentálně retardovaných, zatímco nedirektivní, na kladení vhodných otázek a probírání různých možností zaměřený přístup, se používá v pozdějších fázích terapie a u pacientů schopných od počátku kvalitního samostatného uvažování.

Role terapeuta v KBT je však nejbližší **roli průvodce**, dobrého učitele, trenéra nebo kouče. Pacient není označován za nemocného, ale za člověka s problémem. Terapeut učí způsobům, jak tento problém zvládat. Terapeutovo chování se vyznačuje aktivitou, jasností a jednoznačností. Je vzorem přiměřeného opti-

mismu, sám demonstruje přesvědčení, že problémy jsou řešitelné a je možné najít východisko společně s pacientem. Naučené dovednosti se upevňují formou zadávání domácích úkolů, které terapeut s pacientem následně společně probírají, a terapeut přitom oceňuje snahu pacienta (Praško a Kosová, 1998). Stejně jako dobrý učitel předává i terapeut pacientovi potřebné znalosti a dovednosti, jejichž uplatnění v praktickém životě však musí zajistit sám pacient. Terapeut se musí přizpůsobovat pacientovým možnostem a schopnostem, vzít v úvahu jeho aktuální stav, např. nedostatek energie, problémy v soustředění, depresivní náladu a podobně. Domácí úkoly jsou vždy výsledkem vzájemné dohody a terapeut musí dbát na to, aby je pacient byl schopen splnit, povzbuzovat jej v jeho úsilí a oceňovat jej za pokrok, kterého dosáhl. Pokud pacient určitý domácí úkol nesplní, terapeut jej za to nekritizuje a neobviňuje jej z nedostatku motivace, ale zaměří se na hledání příčin tohoto selhání, tak aby příště pacient úkol zvládl. Úkol může být zjednodušen nebo se postupuje po menších krocích.

3. Strukturovaný terapeutický program se stanovením konkrétních problémů a cílů

Od prvního sezení terapeut nabízí program s jasnou strukturou. Podobně jako v otázce struktury jednotlivých sezení je to pro mnohé pacienty s poruchou osobnosti velmi těžké. Odmítají to přijmout. Opět můžeme počkat, než dokážeme vytvořit pevnější terapeutický vztah. Rovněž můžeme testovat předpoklady, které přijetí jasného terapeutického programu brání.

Tab. 31 Příklad stanovení problémů a cílů

Problémy	Cíle
1. Intenzivní výbuchy zlosti, když si mě někdo z rodiny nevšímá, kritizuje mě nebo se mnou nesouhlasí.	Naučit se reagovat asertivně, když si mě někdo z rodiny nevšímá, kritizuje mě nebo se mnou nesouhlasí.
2. Potíže s plánováním času; neumím se přinutit, abych dělal obtížné věci, odkládám je a místo aktivity lenoším a pak si to vyčítám. Příjemné aktivity, které bych opravdu dělat chtěl (chodit do divadla), nestíhnu.	Plánovat si čas tak, abych dokázal udělat důležité věci v práci (vyřídit nepříjemné rozhovory a udělat administrativu) a doma (pravidelně uklidit, vyprat a vyžehlit) a přitom měl dost času na příjemné aktivity.
3. Vyhýbání se nadřizenému a sebevědomým lidem v práci z obavy, aby nezjistili, že jsem neschopný.	Naučit se jednat se šéfem i s kolegy (Ondřej, Marie), kteří ve mně budí pocity méněcennosti, se kterými mám obavy ze znehodnocení.
4. Jsem osamělý, nemám partnerku ani přátele a často se proto lituji.	Začít se seznamovat s lidmi přes internet a inzeráty, navázat kontakt s bývalými spolužáky.
5. Při velkém napětí se pořežu na zápěstí – už mám několik jizev.	Při velkém napětí se naučit odreagovat ho pohybem nebo odstranit jiným způsobem než pořezáním.

Již od prvního sezení pomáhá terapeut pacientovi vypracovat **seznam problémů a cílů**, kterých chce v terapii dosáhnout. To bývá pro pacienty s poruchami osobnosti obtížné, protože často by si přáli, aby se změnili jiní lidé a cíle by měl dosáhnout terapeut, nikoliv oni („Ať změni své chování manžel, matka a šéf v práci, oni se ke mně chovají špatně“) nebo si kladou vágní cíle („Chci být konečně šťastná“, „Chci, abyste mě ve všem změnil“). Nezbyvá než trpělivě vysvětlovat, že chování druhého člověka, pokud to on sám nechce, změnit nemůžeme. Můžeme však změnit svůj vlastní přístup k němu tak, že je větší šance, že se může změnit i jeho chování.

V případě neurčitých cílů se ptáme pacienta, jak by mělo vypadat konkrétní chování, které by k takovému cíli vedlo. Snažíme se cíle specifikovat natolik, aby byly stanoveny v pojmech viditelného chování, byly konkrétní, měřitelné, praktické a dosažitelné. U poruch osobnosti je tedy práce na definování problémů a cílů zpravidla zdoluhavá, ale dokud se to nepodaří, terapie se obvykle nepohybuje z místa. Často se stává, že se v průběhu léčby vynoří nové cíle, na které pacient ani terapeut na počátku nepomysleli.

4. Variabilnější struktura sezení a terapie

KBT zdůrazňuje jasnou strukturu jednotlivých sezení. Terapie probíhá samozřejmě, když pacient s určitou strukturou sezení od počátku souhlasí. Do typické struktury sezení patří **měření** (škály), **probrání domácích úkolů, události od minulého sezení**, pak diskutování **agendy** (co se bude v sezení dělat, který problém se bude řešit), **práce na vybraném problému či problémech**, zadání **domácího úkolu, shrnutí sezení a jeho zhodnocení ze strany pacienta**.

Tab. 32 Typická struktura terapeutického sezení

1. uvítání, měření;
2. probrání domácích cvičení (co šlo, do dělalo problémy, jakých výsledků pacient dosáhl);
3. události od minulého sezení (co důležitého se událo v životě pacienta);
4. diskuze o agendě (na čem budeme v tomto setkání pracovat – na kterém problému, jakou strategii);
5. práce na vybraném problému;
6. zadání domácího úkolu (téma vyplývá z kontextu);
7. sumarizace sezení a zpětná vazba;
8. rozloučení a domluva o příštím sezení.

Někteří pacienti s poruchami osobnosti obtížně přijímají požadavek, aby sezení mělo nějakou strukturu. Vyžadují od terapeuta, aby se přizpůsoboval jejich okamžitým potřebám, které mohou kolísat od extrému k extrému (od „Chci někoho, kdo by mě jen vyslechl a pochopil /a dal mi ve všem za pravdu/“ až po „Chci abyste mi nadiktoval, co přesně mám udělat, aby se ke mně manžel choval lépe“). Terapeut nabízí svoji alternativu strukturovaného sezení i celého pro-

gramu, často je však potřebné najít s pacientem kompromis, který by vyhovoval oběma stranám. Proto mívá KBT poruch osobnosti variabilnější strukturu, než je tomu u jiných poruch. Například pacientka s histrionskou poruchou osobnosti má potřebu na počátku sezení mluvit sama, bez jakéhokoliv zasahování terapeuta. Na tom je možné se předem dohodnout s tím, že je na ní, zda bude pak chtít komentář, či nikoliv. Pak může následovat probrání domácích úkolů a dalších bodů podle společně domluvených pravidel. Na tom, že sezení má mít relativně jasný postup a pravidla, však trváme, stejně jako na délce času, který sezení věnujeme. Pokud s tím pacient nechce souhlasit, zkoumáme postoje, které mu v tom brání. Někdy trvá několik sezení, než se podaří najít smysluplnou strukturu sezení, která je přijatelná pro obě strany. Pokud je pacientův požadavek extrémní a pacient na něm trvá, může terapeut nabídnout experiment, při kterém nechá několik sezení běžet přesně podle pacientových představ a pak zjišťuje, jak byl pacient s takovým sezením spokojen a kolik užítu mu tato sezení přinesla. Najít konzistentnější strukturu jednotlivých sezení může být problém u pacientů, kteří mají dysfunkční předpoklady typu (podle Beck, 1998):

- „Pokud bude terapeut řídit sezení, bude řídit i mě (a to by znamenalo, že jsem slabý).“
- „Pokud bude terapeut řídit to, co se má dělat, nemá opravdový zájem o to, co já prožívám.“
- „Pokud bude terapeut řídit diskusi, nezíská úplný obraz o tom, co se se mnou děje, nebude mi rozumět a pak ani schopen mi pomoci.“
- Když se mě bude terapeut ptát na to, co chci během sezení řešit, můžu mu nabídnout nedůležitý problém.“

V této situaci potřebuje terapeut zvážit, zda určení a ověřování platnosti těchto přesvědčení má v této fázi terapie význam nebo zda se tím nezvýšila nedůvěra pacienta v terapii vůbec. Pokud jde o druhý případ, je vhodné několik prvních sezení strukturovat jen minimálně a postupně upevňovat strukturu sezení až v době, kdy se již vytvořil pevnější terapeutický vztah.

5. Edukace

Edukace se u poruch osobnosti týká porozumění vztahu mezi temperamentovými a charakterovými komponentami osobnosti. Emoční a tělesné reakce vztažujeme k temperamentovým komponentám, myšlenky a postoje k charakterovým, i když přesné dělítko je velmi těžké udělat. Co se týče charakteru, pacient se postupně dozvídá, jak jádrové přesvědčení souvisí s eventuálním kompenzatorním přesvědčením (např. u histrionské poruchy osobnosti může znít jádrové přesvědčení „Nestojím za nic“ a kompenzatorní „Jsem skvělá“), dále jak jádrová přesvědčení ovlivňují z nich odvozené dysfunkční předpoklady a převážující způsoby chování. V prvních sezeních, kdy ještě nemáme dostatek informací, vysvětlujeme pacientovi vztahy mezi kognicemi, emocemi, chováním

a tělesnými příznaky a vztah mezi některou životní zkušeností a nynějšími postoji. V průběhu dalších sezení, kdy už máme informací více a známe celou pacientovu anamnézu, je pak na místě popsat, jakým způsobem dysfunkční předpoklady v dětství vznikaly a jak byly udržovány a zpevňovány od dětství až do současnosti v důsledku selektivní abstrakce, diskvalifikace protichůdných informací a přeceňování informací potvrzujících daný předpoklad.

Dalším důležitým bodem edukace je vysvětlení, jak kompenzatorní strategie pomáhají udržovat celý proces dlouhodobě v chodu. Sdělení, že jde o poruchu osobnosti, pacient často vnímá jako negativní „značku“ a cítí se zraněn. Je proto zbytečné a zavádějící sdělovat mu diagnostickou „nálepku“ na počátku terapie. Raději volíme konkrétní popis jeho problému nebo mu můžeme sdělit, jak jeho konkrétní problémy souvisejí s jeho temperamentovými rysy a s navyklými postoji a očekáváním od sebe samého a druhých osob a s pohledem na svět jako takový. Tyto postoje a z toho vyplývající chování však může postupně změnit natolik, aby mohl být se svým životem spokojenější. Např.:

Vaším hlavním problémem je, že máte intenzivní pocit zlosti, kdykoliv si vás někdo z rodiny nevšímá, kritizuje vás nebo s vámi nesouhlasí. Dále máte problémy s plánováním času. Neumíte se přinutit, abyste dělal obtížné věci, odkládáte je a pak si to vyčítáte. Dalším problémem je, že se kvůli nedostatečné sebedůvěře vyhýbáte sebevědomým lidem. Posledním z problémů, který jsme společně zjistili, je to, že se při velkém napětí často pořežete na zápěstí. Zkusíme si říci, s čím tyto problémy mohou souviset. Intenzivní emoce, které prožíváte, pocity zlosti, napětí nebo obavy, jsou patrně rysem temperamentu, který je z velké části vrozený. Proto v určitých, pro vás důležitých situacích prožíváte velmi silné emoční reakce, které obtížně dokážete kontrolovat – takže vybuchnete zlostí nebo se při velkém napětí pořežete. Tyto silné emoční reakce se můžete postupným nácvikem naučit lépe ovládat, nicméně temperamentové vlastnosti lze ovlivnit jen do určité míry – žádný klidás, se kterým nic nehne, z vás asi nikdy nebude. Můžete ovšem poznat, jaké situace vedou k těmto emočním výbuchům, a můžete se naučit, jak na ně reagovat přiměřeněji. Situace, jako je odmítnutí nebo kritika ze strany druhých, jejich nezáměr, jsou pro vás nadměrně zraňující proto, že jste v minulosti tyto situace mnohokrát prožil a cítil jste se v nich hodně špatně. Můžete se ale naučit (nacvičit si), jak na ně reagovat jinak, klidněji. Podobně nedostatečné sebevědomí a tendence vyhýbat se autoritám či osobám jiného pohlaví souvisí s tím, že jste se v minulosti nenaučil dostatečně si věřit. A to mohlo vzniknout mimo jiné tím, že vás váš otec nadměrně kritizoval, posmíval se vám a často vás i bil. To vedlo k tomu, že jste se od dětství ze strachu vyhýbal autoritám a nemohl jste se naučit cítit se v jejich přítomnosti uvolněně. Strach, že by se vám mohly posmívat, vedl také k tomu, že jste se vyhýbal dívkám, takže si dnes nevěříte, že by o vás některá mohla stát a zůstávat sáma. Vaše nedostatečná sebedůvěra vede dále k tomu, že si říkáte, že těžší úkoly nedokážete dobře zvládnout – odkládáte je a pak si to vyčítáte. Obtížná práce se vám hromadí, máte tendence lenošit, abyste se vyhnul neúspěchu. Tím, že se obtížným věcem vyhýbáte, vaše sebedůvěra dále klesá. V léčbě se bychom se mohli nejdříve zaměřit na to, abyste se naučil klidněji reagovat na kritiku, odmítnutí či nezáměr a abyste se naučil plánovat přiměřeně čas tak, abyste mohl zvládnout pracovní záležitosti. Postupně se pak budete učit asertivním dovednostem, které vám pomohou v jednání s autoritami a dívkami – což by mohlo pomoci jak v práci, tak při snaze odstranit vaši osamělost. Dovednosti,

kteře se budeme učit v terapii, je potřebné vyzkoušet v přirozených situacích – jinak byste si nevěřil, že je dokážete použít – proto si budete některé věci, které se naučíte v terapii, zkoušet i mezi sezeními, a pak si probereme, co se podařilo a co nepodařilo.

Jsou však zastánci přímé konfrontace pacienta s diagnózou poruchy osobnosti (Freeman, 2002, osobní doporučení). Pacientovi sdělí diagnózu a nechají ho projít diagnostická kritéria s tím, aby si ujasnil, jak se ho týkají. Pak ho nechají zvažovat výhody a nevýhody jednotlivých diagnostických rysů pro život.

Od prvního sezení pacienta informujeme o způsobu, jakým spolu budeme pracovat. Edukace však probíhá v průběhu celé terapie a je stále komplexnější. Na rozdíl od úzkostných poruch a depresí nemáme k dispozici žádnou příručku, která by pacientovi citlivým způsobem popsala jeho problémy tak, aby dosáhl alespoň částečného vhledu a viděl možnosti změny. Odborné publikace o poruchách osobnosti jsou často jen přesným popisem diagnostiky se skeptickými poznámkami o možnostech léčby. Pomoci pacientovi nemohou.

6. Zaměření na současnost, ale i na minulost a budoucnost

Běžně v KBT převládá zaměření na současnost. To je samozřejmě důležité i u pacientů s poruchami osobnosti. Ovšem navíc je potřeba probrat s nimi důkladně i jejich vývoj od dětství a problémy, které mohou vyvstat v budoucnosti. Probrání toho, jak jsou jejich současné názory a postoje ovlivněny zážitky z dřívějšího života, pomáhá pacientovi pochopit, proč dnes reaguje na situace tak, jak reaguje. Postoje k budoucím možným problémům pomáhají odhalit některá skrytá přesvědčení a maladaptivní očekávání a také umožní připravit se na budoucí problémy. Systematická příprava na budoucí možné obtíže je pro řadu pacientů s poruchami osobnosti novum, které neměli v repertoáru svých dovedností.

7. Systematické řešení problémů

Ze stanovených problémů a cílů vybereme po dohodě s pacientem jeden, maximálně dva problémy v životě, které jsou poměrně snadno řešitelné, a zaměříme se na jejich řešení. K řešení dalších problémů přistupujeme až po zvládnutí problémů předcházejících. Tím zabráníme zahlcení pacienta úkoly, na které jsou lidé s poruchami osobnosti zvlášť citliví.

8. Pravidelné hodnocení dosažených změn

Na základě písemných záznamů, které si pacient vede mezi sezeními, hodnotíme, jakých změn ve svém životě dosáhl. Můžeme hodnotit počet pozitivních reakcí, snížení počtů konfliktů a hádek, sebepoškozujícího chování apod. Tato hodnocení jsou součástí terapeutických materiálů a zaznamenáváme je tak, aby jasně ilustrovaly vývoj v průběhu terapie – například formou škál, grafů, číselných hodnot. Hodnocení podle povahy problému provádíme v pravidelných časových intervalech, např. jedenkrát týdně, jedenkrát měsíčně, jedenkrát za tři měsíce.

9. Učení novým dovednostem

Během terapie se pacient postupně učí konkrétním dovednostem, které mu pomáhají lépe zvládat obtížné situace a řešit jeho životní problémy. Spolu s terapeutem hledá pacient nové možnosti chování a nové postoje a postupně si vytváří rezervoár možných vzorců chování pro dané problémové situace. Jednotlivé vybrané způsoby chování si poté pacient zkouší uplatňovat v běžném životě. Tento nácvik má charakter opakovaných behaviorálních experimentů.

10. Domácí cvičení

Na konci každého sezení se terapeut s pacientem dohodnou, co bude pacient zaznamenávat a procvičovat v době do následujícího sezení. Další sezení pak začínáme hodnocením domácího cvičení a oceníme pacienta za snahu, kterou vynaložil. Poznatky získané při plnění domácích cvičení je třeba využívat i během následující práce v sezení. Tím nepřímo posílíme argumentaci o nutnosti vykonávat domácí cvičení a posílíme pacientovu motivaci. Když pacient domácí úkol nesplní, nekritizujeme jej a nevyjadřujeme zklamání, ale spíše se zaměříme na prozkoumání důvodů, které mu zabránily domácí cvičení provést.

Modulace temperamentu

Temperament odpovídá spíše biologické dimenzi osobnosti (z velké části se jedná o vrozené biologické vzorce reaktivity, ovšem podléhající také vlivům okolního prostředí – některé neurobiologické pochody a jejich substrát musely být v „kritickém období zapnuty“ tím, co se v prostředí dělo, aby došlo k expresi genů). Temperament lze v psychoterapii ovlivnit méně než charakter, nicméně ovlivnit ho lze. K modulaci temperamentu (stylu chování, reaktivity) se používají nejčastěji behaviorální přístupy a pomáhá zde milieu terapeutického vztahu, zatímco k modifikaci charakteru se spíše hodí kognitivní přístupy. Dělení je však poněkud umělé. Někdy je velmi obtížné oddělit, co je ještě behaviorální přístup a co je již kognitivní přístup a která metoda ovlivňuje spíše temperamentové nastavení a která více charakterový pohled na sebe, svět a druhé – jednotlivé strategie se mohou překrývat. Nejtypičtějším behaviorálním přístupem při léčbě poruch osobnosti je nácvik dovedností. Jde o nácvik jednoduchých dovedností, jako je kontrolovat dech a relaxovat, nebo složitějších, jako je kontrola vlastních impulzů, hněvu či nácvik asertivní komunikace.

Podle Sperryho (1999) můžeme rozlišovat tři základní dimenze temperamentu:

- **afektivní styl** – stereotypní emoční reakce a nálada, kterou se pacient projevuje v závislosti na (pro něj) typických zevních a vnitřních klíších;
- **kognitivní styl** – stereotypy v myšlenkách, představách, postojích a očekáváních;

■ **vztahový a behaviorální styl** – stereotypy chování v běžných a kritických situacích, ve vztazích.

Nedostatečná kontrola nebo naopak nadměrná kontrola těchto temperamentových dimenzí může výrazně ovlivnit míru a závažnost příznaků a úroveň pacientova fungování v běžném životě. Přiměřená kontrola těchto dimenzí je věc **dovedností**. Ke zvládnutí problémů v běžném denním životě je třeba mít řadu dovedností. Lidé s poruchami osobnosti mnohé dovednosti buď nikdy nezískali – mluvíme o tzv. **nedostatku dovedností**, nebo sice určitou dovednost mají, ale nedokážou ji v životě účinně využívat – mluvíme o tzv. **nedostatku v provedení**. Pro jedince s poruchou osobnosti je typická omezená variabilita reagování, **rigidní používání maladaptivních reaktivních vzorců**, neschopnost přizpůsobit pružně svou reakci konkrétní situaci. Ke zlepšení dovedností a jejich využívání v běžném životě je nejúčinnějším postupem strukturovaný nácvik, který umožňuje „zautomatizování“ nových dovedností. Existuje řada programů nácviku jednotlivých dovedností, které se uplatňují v terapii poruch osobnosti v rámci změny afektivního, behaviorálního a vztahového či kognitivního stylu pacienta.

K nácviku dovednosti přistupujeme po důkladném zhodnocení, **co a proč** máme nacvičovat (pacient dovednost potřebuje, ale nemá, a její nedostatek vede k opakované frustraci a problémům) a vždy po **zjištění a probrání postojů**, které by mohly nácvik narušovat (např. „Když budu asertivní, ostatní mi nebudou pomáhat, když je budu potřebovat“ nebo „Když si budu plánovat čas, nebudu vůbec svobodná a spontánní“). Vhodné je propojení dovednosti s **novým adaptivním postojem** (např. „Když budu asertivní, dokážu si pomoci sám a v případě potřeby o pomoc požádat“ nebo „Plánování času mě osvobodí od úzkosti a chaosu“). Jinak bude pacientovi (zejména s hraniční, histrionskou, pasivně-agresivní nebo schizoidní poruchou osobnosti) připadat nácvik jako umělý a zbytečný a bude ho sabotovat. Dovednosti nacvičujeme:

- Během sezení, můžeme k tomu použít nácvik podle vzoru, hraní rolí, videa, imaginace, psychogymnastických nebo arteterapeutických prvků.
- Novou dovednost si však musí pacient procvičovat hlavně mimo sezení v domácích cvičeních, které se snažíme zároveň plánovat jako experimenty.

Strukturované intervence zaměřené hlavně na modifikaci temperamentu

Strategie, které mohou modulovat temperamentové kvality osobnosti, jsou vesměs zaměřeny na přeučení starých stereotypních vzorců myšlení, chování a citění na nové stereotypy. I když kognitivní aspekty pacientovi pomáhají pochopit, proč určité dovednosti má nacvičit, nejdůležitější součástí nácviku je vytvoření nových automatických reakcí za použití klasického nebo operant-

ního podmiňování, případně zautomatizování toho, co se člověk naučil pomocí sociálního učení nápodobou či instruktáží. Patří sem nácvik jednoduchých dovedností, jako je kontrola dechu a relaxace, ale i nácvik složitých automatismů, jako je např. reakce na kritiku druhé osoby. Je dobré mít na paměti, že i když původní vzorec chování může v extrémních zátěžových situacích převládnout (vliv heredity, dlouhodobé podmiňování), může i změněný poměr zvládnutých a nezvládnutých situací podstatně zlepšit fungování pacienta v životě.

Nácvik zklidňujícího dechu

Stav zneklidňujících emocí (úzkost, napětí, zlost, depersonalizace a derealizace) je u mnoha lidí spojen se zrychleným povrchním dýcháním, tzv. hyperventilací. Trvá-li hyperventilace delší dobu, vyvolává v těle řadu nepříjemných tělesných příznaků, především točení hlavy, pocity svírání na hrudi a nedostatku dechu a mravenčení až křeče v prstech a končetinách. Pokud pacient tyto tělesné příznaky interpretuje jako známku tělesného ohrožení („Omdlím!“, „Udusím se!“), má tendenci usilovně dýchat, čímž se příznaky ještě prohloubí. Podle Clarka (1989) vede tato katastrofická interpretace tělesných příznaků k rozvinutí panického záchvatu.

Pokud pacient dokáže ve stavu úzkosti (nebo jiných vybuzených negativních emocí) kontrolovat a **zklidnit své dýchání**, zabrání to rozvinutí záchvatu a sníží to míru prožívané negativní emoce. Proto je nácvik zklidňujícího dýchání jednou z důležitých metod zvládání stavu úzkosti a zlosti, a to i u pacientů, u nichž hyperventilace nehraje rozhodující roli.

Před vlastním nácvikem je třeba pacientovi vysvětlit rozdíl mezi „hrudním“ a „břišním“ dýcháním a ukázat mu, jak má dýchat do břicha. Dále se pacient učí dýchat v rytmu 8 až 12 dechů za minutu, přičemž zpočátku jej terapeut vede pokyny „nádech“, „výdech“. Mezi nádechem a výdechem necháváme krátkou pauzu. Terapeut v sezení spolu s pacientem najde dechový rytmus, který pacientovi nejvíce vyhovuje. Tento rytmus je pak vhodné nahrát na kazetu, kterou si pacient vezme domů, kde podle ní nacvičuje klidné „břišní“ dýchání. Jakmile si toto dýchání nacvičí, magnetofon vypne a pokračuje v dýchání sám.

Kontrolované dýchání při záchvatu paniky nebo hněvu

Při záchvatech paniky s hyperventilací je účinná další modifikace kontrolovaného dýchání, při které kromě zpomalení dechu a uvolnění přistupuje další důležitý fenomén – **tělesné vyjádření napětí** (Praško a Kosová, 1998). Celý postup vypadá takto:

Pacient zadrží dech na dobu, než v duchu napočítá do osmi. Pak provede výdech, trvající stejně dlouhou dobu. Poté vyčká, než napočítá do čtyř a provede nádech opět na

osm dob. Po plném nádechu zadrží dech, napne svaly v ramenou a pažích a vši silou vytlačí břišní stěnu dopředu jako míč. V maximálním napětí vydrží, než napočítá do osmi. Pak dlouze vydechne, přičemž nechává vzduch vycházet z plic bez úsilí a snaží se výdech spíše zpomalit než zrychlit. Během výdechu uvolní svaly ramen, paží i břicha a nakonec nechá celé tělo „zvadnout“ a uvolnit. Tento výdech trvá nejméně osm dob, ale může být i daleko delší. Celý postup pacient opakuje, dokud se tělesné příznaky panického záchvatu výrazně nezmírní.

Metodu kontrolovaného dýchání užíváme při provádění „interoceptivní“ expozice (viz dále) u pacientů, trpících panickými záchvaty. Pacient nacvičuje tuto metodu i mezi sezeními a uplatňuje ji ve chvílích, kdy pocítí první příznaky panického záchvatu.

Nácvik relaxace

Existuje řada metod, jak dosáhnout uvolnění kosterních svalů. Mezi nejznámější a nejpoužívanější patří Jacobsonova progresivní relaxace, Östova aplikovaná relaxace a Schulztův autogenní trénink. Jednou z metod nejčastěji používaných v rámci KBT je Östova aplikovaná relaxace (Öst, 1987). Ve většině studií, v nichž se zjišťovala účinnost aplikované relaxace, byl nácvik prováděn během osmi až dvanácti sezení a nelze očekávat, že by bylo možno celý program nacvičit během méně než sedmi sezení. Pokud však nemáme dostatek času k nácviku celého programu, pak může vést ke snížení úzkosti i zvládnutí jen některá z jeho částí. Celý program nácviku Östovy aplikované relaxace uvádí Clark (1989):

Teoretický úvod

Je důležité, aby pacient byl před začátkem nácviku seznámen s jeho smyslem a teorií jeho účinnosti. Měl by dostat tyto informace:

Když někdo pociťuje úzkost, sestává tato reakce ze tří složek: fyziologické reakce (zvýšená tepová frekvence, pocení, napětí ve svalectech), reakce v chování (snaha vyhnout se situaci vzbuzující úzkost, útek) a reakce v myšlení (negativní myšlenky jako „Určitě omdlím“, „To určitě nezvládnou“). Relativní poměr těchto složek je u každého různý, ale nejobvyklejší je, že fyziologická reakce vyvolá určitou negativní myšlenku, která zase zvýší tuto fyziologickou reakci, čímž vzniká bludný kruh. Jedním z účinných způsobů, jak se z tohoto bludného kruhu dostat, je zaměřit se na fyziologickou reakci a naučit se ji zvládnout. Vzhledem k tomu, že úzkost vzniká velmi rychle a v celé řadě situací, účinný způsob relaxace je pouze takový, který umožní člověku, aby se uvolnil nejen tehdy, když si doma sedne do křesla, ale v jakékoli situaci a přitom velmi rychle (během 20–30 vteřin). K tomu směřuje nácvik aplikované relaxace. Protože je snazší ovládnout úzkostnou reakci, když se uvolníte dříve, než dosáhne svého maxima, nácvik začíná tím, že se učíte rozeznat první varovné signály hrozící úzkostí. Potom si postupně projdete řadu různých cvičení, při kterých se budete učit relaxovat stále rychleji. Během nácviku můžete využít naučené dovednosti ke zvládnutí úzkostí, které se ve vašem životě objeví. Nesmíte

ovšem očekávat, že budete hned zpočátku zcela úspěšní, dokud jste nácvik nedokončili. Kromě toho se budete zpočátku učit relaxovat v době, kdy nepocítujete úzkost, protože je to daleko jednodušší. Stejně jako u jiných dovedností, např. jízdy na kole, i aplikovaná relaxace vyžaduje opakované procvičování. Proto je během nácviku nutné cvičit každý den.

Jak rozeznat první příznaky napětí či úzkosti

Aby si pacient dokázal všimnout prvních příznaků úzkostné reakce, požádáme jej, aby si vedl záznam úzkostných epizod. V tomto záznamu si poznačí, v jaké situaci se záchvat úzkosti odehrál, jak byl intenzivní (na škále 0–10) a jaký byl vůbec první příznak, kterého si všiml (nejčastěji se jedná o nějaký tělesný pocit, např. sevření žaludku). Po pacientech chceme, aby si všímali časných příznaků úzkosti během celého nácviku relaxace.

Progresivní relaxace (15–20 minut)

Prvním krokem při nácviku relaxace je nácvik progresivní relaxace. Střídavým napínáním a uvolňováním svalů se pacienti učí rozlišovat tyto dva stavy a dokážou lépe určit, které části těla jsou v napětí. Abychom usnadnili přenesení do přirozených situací, pacienti během tohoto nácviku neleží na pohovce, ale sedí na pohodlné židli. Terapeut nejdříve předvede, jak je třeba jednotlivé skupiny svalů napnout a uvolnit. Pak toto cvičení provádí pacient a terapeut kontroluje, zda to dělá správně. Potom pacient zavře oči a terapeut jej vede, aby napínal a uvolňoval jednotlivé svalové skupiny ve správném pořadí a správném rytmu. Napětí obvykle udržuje po dobu asi pěti vteřin, relaxaci po dobu následujících 10–15 vteřin. Po projití všech svalů požádáme pacienta, aby zhodnotil na škále 0–100, jakého stupně relaxace dosáhl. Této škály využíváme po celou dobu nácviku, abychom mohli sledovat dosažený pokrok. Terapeut musí zjišťovat, zda má pacient problémy s uvolňováním některých svalových skupin, a pomoci je překonat. Pro potřeby progresivní relaxace si tělo rozdělíme na dvě části. Během prvního sezení nacvičujeme relaxaci rukou, paží, tváře, krku a ramen. Ve druhém sezení přibereme i zbytek těla. V každém sezení probíráme tyto hlavní svalové skupiny a udělíme následující instrukce:

První sezení

Zatněte pravou pěst, tak abyste cítili napětí v pěsti a v zápěstí... zatněte levou pěst, tak abyste cítili napětí v pěsti a v předloktí... ohněte loket a zatněte biceps, přičemž ruce nechte uvolněné... natáhněte paže a zatněte triceps, přičemž si předloktí opřete o židli, ruce jsou uvolněné... nakrčte čelo a zvedněte obočí... přiblížte obočí k sobě (jako při zamračení)... napněte svaly kolem očí... napněte čelisti tím, že sevřete pevně rty... zatlačte jazykem silně proti patru, rty jsou zavřené, všimněte si napětí v hrdle... sevřete pevně rty... zakloňte hlavu, jak nejdál to jde (proti židli)... zatlačte bradu proti hrudi... zvedněte ramena k uším a zakružte jímí.

Druhé sezení

Nejdříve si projděte cvičení, které jste se naučili v prvním sezení. To by mělo trvat asi 10 minut. Po skončení cvičení s rameny přejděte rovnou k další sadě cvičení:

Dýchejte klidně a pravidelně břichem... zhluboka se nadechněte, naplňte zcela plíce, zadržte dech na několik vteřin a pak pasivně vydechněte... napněte svaly břicha... napněte hýždě... napněte stehna... napněte lýtky a šlapky, tlačte je dolů... napněte chodidla a tlačte je dolů, prsty nohou tlačte vzhůru... stále klidně a pravidelně dýchejte břichem.

Po každém sezení zadejte za domácí úkol procvičování progresivní relaxace dvakrát denně po dobu asi 15 až 20 minut. Pacienti si mohou zvolit místo a čas, který jim vyhovuje a kdy nebudou rušeni. Měli by si vést záznam, jak dlouho jim relaxace trvá a jakého stupně uvolnění dosáhnou (na škále 0–100).

Pouze uvolnění (5–7 minut)

Cílem tohoto stadia nácviku je zkrátit dobu potřebnou k dosažení relaxace, proto vynecháme fázi napětí. Sezení začíná tím, že pacienta požádáme, aby klidně dýchal a přitom se co nejvíce uvolnil. Terapeut pak pacientovi dává pokyny, aby uvolňoval postupně jednotlivé skupiny svalů, počínaje hlavou až do konečků prstů u nohou. Instrukce mohou znít takto:

Dýchejte klidně, pravidelně... přitom cítíte, jak se s každým výdechem stále více a více uvolňujete... poddejte se tomu... uvolněte čelo... obočí... víčka... tváře... jazyk... celý obličej... uvolněte krk... ramena... paže... až do konečků prstů... stále klidně a pravidelně dýchejte... pocit uvolnění vám přechází do břicha... uvolněte hrudník... záda... hýždě... stehna... kolena... lýtky... chodidla, až do konečků prstů... dýchejte klidně a pravidelně a uvědomujte si, jak se s každým výdechem více a více uvolňujete... zhluboka se nadechněte, na několik vteřin zadržte dech a pak pomalu vydechněte... jste stále více a více uvolnění.

Pokud pacientovi dělá potíže uvolnit některou svalovou skupinu, pak jej požádáme, aby tyto svaly napjal a pak uvolnil. Domácí úkol spočívá v procvičování relaxace dvakrát denně, přičemž si pacient vede záznam, jak dlouho mu trvalo, než se uvolnil, a jakého stupně uvolnění dosáhl. Po jednom až dvou týdnech cvičení může většina pacientů přejít k dalšímu stadiu nácviku, kterou nazýváme podmíněná relaxace.

Podmíněná relaxace (2–3 min)

Při podmíněné relaxaci se opět zkrátí čas potřebný k dosažení relaxace tím, že se zaměříme na dýchání a vypracujeme podmíněné spojení mezi sebeinstrukcí „uvolnit“ a zvýšením pocitu relaxace. Sezení začíná tím, že pacient relaxuje pouhým uvolňováním svalů (aniž by jej přitom terapeut podrobně instruoval) a dává pokyn, když dosáhne dostatečné relaxace. Terapeut mu potom dává následující instrukce zaměřené na pacientův rytmus dechu. Těsně před nádechem tera-

peut řekne „nádech“ a těsně před výdechem „uvolnit“. Tento postup opakujeme pětkrát a pak dáme pacientovi pokyn, aby v tom pokračoval beze slov. Po minutě terapeut opět několikrát řekne „nádech“ ... „uvolnit“ a pak opět nechá pacienta několik minut, aby pokračoval samostatně. Tato podmíněná relaxace se pak procvičuje dvakrát během každého sezení. Zajímavým rysem této fáze nácviku je, že pacienti téměř vždy přeceňují dobu, kterou jim trvá dosažení relaxace. Je proto vhodné, když terapeut předem požádá pacienta, aby odhadl, jak dlouho mu bude trvat, než dosáhne relaxace, aby mu pak mohl sdělit, jak se jeho výkon zlepšuje. Stejně jako v předchozích dvou stádiích sestává domácí úkol z procvičování této formy relaxace dvakrát denně a záznamu doby potřebné k dosažení relaxace a míry dosaženého uvolnění. Opět je obvykle třeba jednoho až dvou týdnů nácviku, než je možno přejít k dalšímu stadiu.

Diferencovaná relaxace (60–90 vteřin)

Hlavním cílem této fáze nácviku je naučit se, jak relaxovat při běžné činnosti, ne pouze při sezení v křesle. Při řadě činností je třeba, aby některé svalové skupiny byly napjaté. Cílem diferencované relaxace je naučit se, jak uvolňovat ty svalové skupiny, které napjaté být nemusejí. První sezení začíná tím, že se pacient uvolní pomocí podmíněné relaxace, když sedí v křesle. Pak dostane pokyn pohnout některou částí těla a zaměřit se na to, aby zbytek těla zůstal uvolněný. Používáme tyto pohyby: otevřeme oči a podíváme se kolem, aniž pohneme hlavou; rozhlédneme se tak, že otočíme hlavou; zvedneme jednu ruku, zatímco zbytek těla je stále uvolněný; zvedneme jednu nohu, zatímco zbytek těla je uvolněný. Během těchto cvičení terapeut stále vede pacienta k tomu, aby si všimal známek napětí a uvolňoval ty části těla, které se pohybu neúčastní. Když určíme, které svaly se zbytečně napínají, probereme možnosti, jak je uvolnit. Když pacient zvládne toto cvičení při sezení v křesle, začne je procvičovat při sezení zpříma na židli, pak při sezení u stolu (nacvičujeme, jak zůstat uvolněný, když píšeme na papír nebo telefonujeme). Ve druhém sezení nácviku diferencované relaxace nacvičujeme uvolnění při stání a při chůzi. Při každém cvičení vedeme pacienta k tomu, aby si všimal známek napětí v těle a uvolňoval všechny svaly, které nejsou k dané činnosti potřebné. Na konci druhého sezení se obvykle čas, který pacient potřebuje k dosažení relaxace, zkrátí na 60 až 90 vteřin. Za domácí úkol pacient nacvičuje diferencovanou relaxaci dvakrát denně. Obvykle je třeba jednoho až dvou týdnů, než pacient může přejít k další fázi nácviku.

Rychlá relaxace (20–30 vteřin)

Při rychlé relaxaci jde o to, aby se pacient naučil rychle se uvolnit v běžných, nestresujících situacích. Terapeut spolu s pacientem určí řadu vodítek, které pacientovi v běžných situacích připomenou, že by měl být uvolněný. Například po každé, když se pacient podívá na hodinky, když má telefonovat, otevře příborník, jde do koupelny apod. Aby se tato vodítka ještě zvýraznila, je vhodné

upevnit si na dohodnutá místa – na telefon, na příborník – čtvereček barevného papíru. Pacient by se měl snažit relaxovat 15–20krát během dne v přirozených nestresujících situacích. Během relaxace má postupovat takto:

- a) jednou až třikrát zhluboka vdechnout a pokaždé pomalu vydechnout;
- b) před každým výdechem si v duchu říci „uvolnit“;
- c) uvědomit si, kde cítí napětí, a uvolnit co nejvíce svalů, u kterých je to možné.

Když si pacient procvičuje rychlou relaxaci po dobu jednoho až dvou týdnů a dokáže se uvolnit během 20 až 30 vteřin, pak můžeme přejít k závěrečné fázi nácviku.

Aplikovaná relaxace

Při aplikované relaxaci pacient uplatňuje dříve naučenou dovednost uvolnit se v situacích, které v něm budí úzkost. Než tuto fázi nácviku začneme, připomeneme pacientovi, že aplikovaná relaxace je dovednost jako každá jiná a že proto vyžaduje opakované procvičování, než ji člověk úspěšně zvládne. Pacient nemůže očekávat, že se mu podaří hned zpočátku zcela zvládnout pocity úzkosti, ale že se mu to bude dařit stále lépe, pokud bude pravidelně cvičit. Nácvik obvykle spočívá v tom, že se pacient často, ale jen na krátkou dobu (10–15 minut) vystaví některé z řady situací, které v něm budí úzkost. Cílem této expozice je ukázat pacientovi, že je schopen tuto úzkost snést a postupně ji i zvládnout. Pacienta upozorníme, že k tomu, aby dokázal svou úzkost lépe kontrolovat, je třeba využít aplikované relaxace již při prvních známkách úzkosti. Využijeme k tomu dřívějších záznamů prvních příznaků úzkosti.

Udržovací program

Abychom udrželi zlepšení dosažené při nácviku aplikované relaxace, vedeme pacienty k tomu, aby si všímali pocitů napětí v těle nejméně jednou denně, a pokud nějaké napětí zjistí, aby jej odstranili pomocí rychlé relaxace. Kromě toho je upozorníme, že je vhodné procvičovat diferencovanou nebo rychlou relaxaci jednou až dvakrát týdně, aby tuto dovednost nezapomněli.

Autogenní trénink

Autogenní trénink, který vytvořil J. H. Schultz, je u nás nejrozšířenější metodou navození relaxace. V rámci KBT bývá používán méně než Östova aplikovaná relaxace, protože není tak vhodný pro použití přímo ve stresující situaci. Relaxace při autogenním tréninku však bývá hlubší než při aplikované relaxaci. Autogenní trénink se používá buď jako samostatná léčebná metoda, nebo jako doplňková metoda umožňující celkové snížení psychického napětí, například u generalizované úzkosti.

Při autogenním tréninku dosahuje pacient stavu relaxace navozením představ určitých tělesných pocitů (tepla, tíhy, chladu) v určitých částech těla. Schultz doporučuje postupovat po těchto krocích:

- Vyvolání pocitů tíže: „Pravá ruka je těžká“, „Levá ruka je těžká“, „Obě ruce jsou těžké“, „Obě nohy jsou těžké“, „Celé tělo je těžké“.
- Vyvolání pocitů tepla: „Pravá ruka je teplá“, „Levá ruka je teplá“, „Obě ruce jsou teplé“, „Ruce i nohy jsou teplé“, „Celé tělo je teplé a příjemně uvolněné“.
- Zklidnění dechu: „Dech je lehký a volný“, „Dýchá mi to lehce a uvolněné“.
- Zklidnění tepu: „Srdce tepe klidně a pravidelně“.
- Pocit tepla v břiše: „Do břicha proudí příjemné teplo“.
- Pocit chladu na čele: „Čelo je příjemně chladné“.
- Na závěr nácviku relaxace doporučuje Schultz formule: „Po skončení relaxace budu svěží, aktivní a v dobré náladě“, „Napnout paže!“, „Zhluboka se nadechnout!“, „Otevřít oči!“.

Kromě tohoto „základního stupně“ autogenního tréninku existuje ještě „vyšší stupeň“, označovaný jako autogenní meditace, při němž si pacient v duchu představuje komplexnější vjemy: představy barev, představy konkrétních předmětů, přehledku abstraktních hodnot, cestu na mořské dno, cestu na vrchol hory, případně spontánní obrazový zážitek. Podrobný popis autogenního tréninku podává např. Kratochvíl (1997).

Expoziční léčba

Expozice je zřejmě nejrozšířenější metodou KBT v terapii úzkostných poruch. S úspěchem se však dají použít i u řad potíží, které se týkají poruch osobnosti. Při expozici se pacient vystaví (exponuje) podnětu či situaci, která v něm vyvolává úzkost, napětí, zlost nebo bezmoc, a proto se jí až dosud vyhýbal, a naučí se tyto nepříjemné pocity vydržet a zvládnout. Přitom se přesvědčí:

- a) že katastrofické důsledky, kterých se obával („Omdlím!“, „Přestanu se ovládat a ztrapním se!“ aj.), nenastanou;
- b) že intenzita napětí či jiné nepohody se po počátečním rychlém vzestupu ustálí na určité hladině, tedy nevzrůstá donekonečna, a po určité době začne spontánně klesat, i když pacient v situaci setrvává;
- c) že nepříjemný prožitek lze aktivně zvládnout a získat nad ním kontrolu.

Při opakované expozici téže situaci dochází k tzv. **habituaci** (přivyknutí): míra napětí v této situaci je postupně stále nižší a k spontánnímu poklesu dochází čím dál rychleji. Je to způsobeno jak fyziologickými, tak kognitivními změnami – pacient začne být schopen v obávané situaci konstruktivně uvažovat a zklidňovat se, přestane se cítit bezmocný a začne si věřit, že dokáže tuto situaci zvládnout sám.

Expozice je potenciálně riskantní metoda v tom, že pokud se pacient obávané situaci vystaví a poté z ní předčasně unikne, jeho strach se dále upevní, stejně jako jeho přesvědčení, že tuto situaci nedokáže nikdy zvládnout. Proto je třeba dbát na to, aby k tomuto selhání nedošlo.

Formy expozice

Expozici vůči podnětu či situaci vyvolávající strach, napětí, zlost nebo bezmoc můžeme provádět buď **v imaginaci**, kdy si pacient představuje, že je danému podnětu vystaven, nebo **in vivo**, tedy v reálné situaci. Také můžeme provádět expozici **odstupňovanou**, kdy si pacient podobně jako při systematické desenzibilizaci vytvoří hierarchicky odstupňovaný seznam obávaných situací, nebo formou tzv. **zaplavení** (*flooding*), kdy se pacient vystaví hned té nejvíce obávané situaci či podnětu v realitě.

Varianta expozice, při níž se pacient vystaví nejvíce obávané situaci v představě, se označuje jako **implozivní terapie**. Tvůrce této formy terapie, Stampfl (1970), doporučoval, aby si pacient představoval nejen reálné nejvíce obávanou situaci, ale aby své představy vystupňoval za hranici reality.

Na rozdíl od systematické desenzibilizace, při níž jsou pocity úzkosti a strachu záměrně minimalizovány, usilujeme při expozici o to, aby se pacient nepřijemnému prožitku úzkosti či zlosti dobrovolně vystavil a naučil se jej zvládat. V praxi nejčastěji používáme odstupňovanou expozici, podle okolností buď v představě, nebo v reálné situaci. Obě formy expozice lze také kombinovat tak, že se pacient nejdříve v sezení naučí zvládat obávané situace v představě, a poté se exponuje těmito situacím v reálném životě – zpočátku třeba v doprovodu terapeuta či jiné osoby, která mu slouží jako vzor, později samostatně.

Provádění expozice

Před vlastním zahájením expoziční terapie je třeba pacientovi jasně **vysvětlit** její smysl a to, jaký průběh úzkostné reakce může očekávat. Přitom je třeba zdůraznit, že zpočátku musí být připraven na nárůst úzkosti – tuto fázi označujeme jako fázi **senzibilizace** vůči podnětu. Po několika minutách dosáhne úzkost svého maxima a na něm setrvá po určitou dobu – od několika minut do několika desítek minut. Tuto fázi označujeme jako fázi **habituace**. Pak začne úzkost spontánně klesat – fáze **desenzibilizace**. Pacienta upozorníme, že pokud by ze situace unikl ve fázi senzibilizace nebo habituace, jeho strach z této situace se ještě upevní, a že pro úspěch terapie je nezbytné, aby vydržel tak dlouho, až dojde k desenzibilizaci. Délku fáze habituace může pacient zkrátit, pokud se dokáže v dané situaci uvolnit a zklidňovat se pozitivní samomluvou. Při opakované expozici se začne doba habituace zkracovat a míra prožívané úzkosti se bude snižovat. Po tomto vysvětlení spolu s pacientem vytvoříme **hierarchii obávaných situací**, podobně jako při systematické desenzibilizaci.

Při **vlastním provádění expozice** se pak pacient postupně exponuje jednotlivým situacím či podnětům, přičemž postupuje od méně obávaných situací s situacím obtížnějším. Expozici dané situaci provádíme opakovaně, dokud ji pacient nedokáže zvládnout samostatně v reálné situaci se snesitelnou mírou úzkosti. Je nereálné očekávat, že pacient v těchto situacích nebude pociťovat žádnou úzkost. Důležité je, aby si věřil, že svou úzkost dokáže zvládnout, a aby se dané situaci přestal v běžném životě vyhýbat. Poté můžeme přejít k expozici vůči obtížnější situaci.

Při plánování a provádění expozice je nejdůležitější nepostupovat mechanicky, ale přizpůsobovat postup reakcím pacienta. Jde o to, aby pacient získal **zážitek úspěchu**, který jej motivuje do další léčby. Proto je třeba zvážit, jakou míru úzkosti je pacient schopen snést, a být v tomto ohledu raději opatrnější než přehnaně ambiciózní (případně tlumit ambice pacienta). Je lépe dosáhnout vrcholu hierarchie – tj. samostatného zvládnutí nejvíce obávané situace – po více drobných krůčcích než nechat pacienta, aby v určité situaci ztratil sebekontrolu a předčasně z ní unikl, neboť tím se jeho strach z této situace posílí a jeho sebevědomí a víra v úspěšnost léčby se sníží. Čím silnější úzkosti se pacient vystavuje, tím více podpory a vedení mu musí poskytnout terapeut. Při provádění expozice formou „zaplavení“, při níž se pacient exponuje v reálné situaci hned maximálně obávané situaci, je přítomnost terapeuta pravidlem. Rovněž při provádění „implozivní terapie“ musíme být připraveni na dostatečně dlouhou dobu expozice (fáze habituace může trvat i několik hodin) a na velmi bouřlivé tělesné i emoční reakce pacienta. Je zřejmé, že tyto formy expozice jsou vhodné jen pro velmi motivované pacienty.

Kromě pečlivého plánování míry úzkosti, které se pacient při expozici vystavuje, je pro úspěch terapie důležitá také frekvence expozice. Pacient by měl expozici provádět denně, nejméně však obden. Jinak hrozí, že k postupnému snižování míry úzkosti nedojde a pacient se časem vrátí k vyhýbavému chování. Odpovědnost za plánování a provádění expozice během terapie postupně přenášíme na pacienta, aby ji byl schopen po skončení terapie provádět zcela samostatně.

Interoceptivní expozice

Na rozdíl od popsané expozice vůči vnějším podnětům a situacím se zvláště u panické poruchy používá metoda tzv. interoceptivní expozice čili expozice vůči vnitřním podnětům (Praško a kol., 1997). Při ní jde o to úmyslně vyvolat v pacientovi tělesné příznaky, které spouštějí panický záchvat (např. závratě, bušení srdce, pocit nedostatku dechu apod.) a naučit jej, jak může tyto příznaky sám dostat pod kontrolu a zmírnit je pomocí kontrolovaného dýchání (viz výše), které je proto třeba nejdříve důkladně nacvičit.

Tělesné příznaky vyvoláváme nejčastěji pomocí úmyslné **hyperventilace**. Pacienta požádáme, aby dvě minuty dýchal co nejrychleji zhluboka ústy. Je třeba jej přitom povzbuzovat, aby nepřestával, navzdory příznakům, které se objeví – obvykle točení hlavy, někdy mravenčení v končetinách, křeče kolem úst. Pak se pacient soustředí na zklidňující dýchání nosem do břicha, které pro-

vádí tak dlouho, dokud příznaky opět neodezní. Tento postup opakujeme několikrát po sobě. Zpočátku provádí pacient hyperventilaci vsedě, později ve stoje.

Pokud je podnětem vyvolávajícím panickou úzkost bušení srdce, vyvolává si jej pacient tělesným cvičením – například dřepy či běháním do schodů a ze schodů. Příznak točení hlavy a závratě si pacient může vyvolat tak, že se točí na místě s předpaženou paží a zrak upírá do dlaně. Tato rotace může trvat 2–3 minuty, pak pacient pozvolna zpomalí a zklidňující dýchání provádí vleže na břiše. Přehled metod používaných při nácviku interoceptivní expozice, je uveden v tab. 33.

Tab. 33 Různé možnosti navození interoceptivní expozice

Manévr/cvičení	Doba expozice	Instrukce
Hyperventilace	2–5 minut	Dýchejte otevřenými ústy hluboce v rychlém tempu bez přestávky. Dělejte to hlasitě (tzv. psí dech).
Rotace	2–3 minuty	V rychlém tempu se točte na místě, nejlépe blízko zdi, abyste se mohli opřít v případě ztráty rovnováhy (je možné i na otočné židli).
Dřepy	2–3 minuty	V rychlém tempu dělejte dřepy, dokud se vám nerozbuší srdce.
Běh na místě	2–5 minut	Energicky sprintujte na místě (případně vysoko zvedejte nohy).
Změna polohy	2–3 minuty	V sedu v křesle nebo na židli si dejte hlavu mezi nohy tak, aby byla pod úrovní srdce. Po uplynutí času se prudce zvedněte a dívejte se před sebe.
Třes hlavy	1–2 minuty	Skloňte hlavu a třeste s ní do stran se zavřenými očima. Pak ji zvedněte, otevřete oči a podívejte se před sebe.
Tělesné napětí	2–3 minuty	Sevřete pěsti, napněte paže, chodidla, sevřete vpředu ramena, napněte hrudník a celé tělo. Zhluboka dýchejte.
Zadržení dechu	30 vteřin	Zhluboka se nadechněte a zadržte dech.
Dýchání přes brčko	2–3 minuty	Vdechujte přes brčko. Druhou rukou si ucpěte nos.
Upřený pohled	2–3 minuty	Dívejte se upřeně na jedno místo na prázdné zdi. Zkuste nepohybovat očima.
Knedlík v krku		Polkněte rychle 4–6krát za sebou tak rychle, jak jen to jde.
Odolávání teplu	15–20 minut	Sedněte si na vyhřáté místo (sluncem, kamny, apod.) velmi teple oblečení.
Pohled do zrcadla	2–5 minut	Dívejte se na sebe do zrcadla bez toho, že byste pohybovali očima.

Zábrana neutralizační reakce a zabezpečování

Tuto metodu uplatňujeme při léčbě nutkavých nebo impulzivních příznaků (kompulze, nutkavé pořežávání, pálení cigaretou, útočení aj.). Expozici je nutno doplnit tím, že pacientovi zabráníme, aby v dané situaci snížil své napětí tím,

že provede neutralizační reakci (kompulzí, vybití afektu apod.). Jako u všech behaviorálních metod je třeba pacientovi nejdříve **vysvětlit** smysl této metody a domluvit se s ním na spolupráci. Pacient musí být ochoten se vystavit podnětu, který v něm vyvolá nutkání k impulzivní reakci, a vydržet vzniklé nepříjemné pocity (silné napětí, zlost, bažení) bez provedení neutralizační reakce.

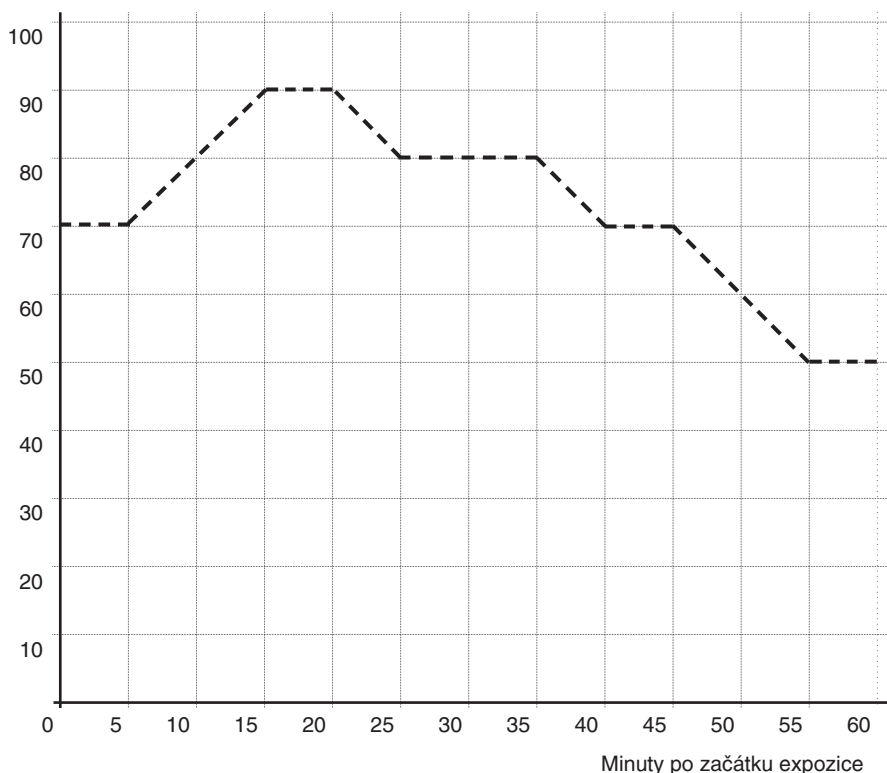
Dalším krokem je vytvoření **soupisu** všech podnětů a situací, které v pacientovi vyvolávají impulzivní či kompulzivní reakci nebo nutkání k vybití napětí a jejich seřazení podle intenzity tohoto nutkání. Také jej požádáme, aby nám intenzitu momentálního nutkání k provedení neutralizace sděloval v tzv. **jednotkách subjektivní nepohody**, např. na škále 0 (žádné nutkání) až 100 (naprosto neodolatelné nutkání).

Obr. 5 Záznam míry napětí/nutkání během expozice se zabráněním impulzivní neutralizační reakce (říznutí se po kritice)

Jméno: Jana S.

Datum: 28. 2. 2003

Napětí/nutkání



Poté, podobně jako u postupné expozice, se pacient vystaví podnětu a vzniklé nutkání k impulzivní reakci překonává bez provedení neutralizace tak dlouho, až míra puzení k provedení neutralizace poklesne. Přitom si míru pociťované nepohody zaznamenává do grafu.

Například pacientka s pocity viny za celou řadu situací, které se jí netýkaly nebo týkaly jen vzdáleně, opakovaně neutralizuje napětí pořežáním hřbetu své ruky. Po vyžádané kritice se několik hodin neřízne, dokud nutkání „říznout se“ neodezní.

Podobně jako u expozice dochází během opakovaného zabránění neutralizační reakce k tomu, že míra provokovaného napětí se snižuje a doba habituace se zkracuje. I zabránění neutralizace je třeba provádět opakovaně, dostatečně dlouho (dokud míra nutkání k provedení impulzivní reakce znatelně nepoklesne) a dostatečně často (nejlépe několikrát denně), má-li tato metoda vést k trvalému odstranění impulzivního chování.

Nácvik zvládání hněvu

Cílem nácviku zvládání hněvu je zmírnění tendencí ke vzniku a vyjadřování hostilných afektů a zvýšení schopnosti jedince tolerovat a vyjadřovat tyto afekty společensky přijatelným způsobem (Sperry, 1999). Jde o přímou terapeutickou intervenci, která může probíhat jak individuálně, tak ve skupině. Po nácviku s terapeutem si pacient tuto dovednost procvičuje samostatně v odpovídajících situacích. Intervence má následující kroky:

1. Terapeut vysvětlí pacientovi, jaké **faktory** ovlivňují zlostnou reakci:
 - a) Rizikové situace, okolnosti a spouštěče (zevní, kontextuální faktory, jako jsou určití lidé, místa nebo časy dne, které potenciálně provokují zlostnou nebo zuřivou reakci pacienta).
 - b) Vnitřní spouštěči a doprovodné emoční a somatické faktory (jako jsou pacientovy pocity, bažení, tělesné příznaky, míra únavy, které zvyšují pravděpodobnost vzniku zlostné reakce).
 - c) Kognice (automatické myšlenky, vzpomínky, představy, a postoje, které zvyšují pravděpodobnost vzniku zlostné reakce nebo ji zpětně potvrzují jako správnou a potřebnou).
 - d) Pacientovy dovednosti, které umožňují neutralizovat nebo zesílit tyto vnitřní spouštěče.
2. Terapeut s pacientem společně vytvoří **seznam** těchto faktorů, které se objevují u pacienta. Můžeme například požádat pacienta, aby popsal poslední zlostnou reakci a pokusil se jednotlivé faktory identifikovat. Příklad takového popisu je uveden v tab. 34.

Tab. 34 Příklad popisu epizody hněvu

Okolnosti:	Vracel jsem se unavený z práce, byl jsem rozladěný, že budu muset jít ještě nakoupit.		
Spouštěč:	Domovník na mě zakřičel, když jsem mu šlápl na mokrou umytou podlahu na chodbě.		
Emoce:	Prudký vztek.		
Tělesné reakce:	Napětí svalstva, zrychlení dechu, rozbušení srdce, zčervenání.		
Kognice:	Co si to dovozuje! Kde bere tu drzost na mě křičet! Musím mu to ukázat!		
Chování:	Seřívání domovníka, nadávání, že umývá chodbu velmi zřídka, a to ještě v době, kdy lidé chodí z práce.		
Důsledky:	Bezprostřední:	Vybití napětí.	Kognice: Zaslouží si to!
	Dlouhodobé:	Pocit studu.	Kognice: Bude si o mně myslet, že jsem hulvát.
Dovednosti:	Konstruktivní:	Dovedu se mu omluvit, že jsem to přehnal, protože jsem byl vynervovaný z práce.	
	Nekonstruktivní:	Dovedu si zlostnou reakci dlouho posilovat tím, že si zdůvodňuji, že byla na místě, že si to domovník zasloužil apod. Pak si ji dovedu přehnaně vyčítat, což dále zvyšuje moje napětí.	

Na základě tohoto popisu konkrétní epizody hněvu pacient zpravidla pochopí, jak jednotlivé faktory ovlivňují jeho zlostnou reakci. Jeho úkolem je vytvořit seznam okolností a spouštěčů, které jeho zlostnou reakci zpravidla vyvolávají, zmapovat emoce, chování a myšlenky během této reakce a pak důsledky – bezprostřední i dlouhodobé, konstruktivní i ty, které dané chování pomáhají udržovat.

3. Po pacientovi chceme, aby si vedl **záznam** o svých zlostných reakcích. Do formuláře zaznamenává každou zlostnou reakci, její okolnosti, spouštěče, kognice, emoce, tělesné reakce, chování, důsledky i možnosti, jak konstruktivněji na situaci zareagovat.

V následujícím sezení terapeut s pacientem probírají jednotlivé situace a začínají plánovat alternativní způsob reagování na situace, které spouštějí hněv.

4. Dalším krokem je společné **propracování dovedností**, jak odlišně na tyto situace reagovat. Možností je celá řada:
 - a) **Kontrolovat spouštěče a okolnosti:** například v době únavy si jít zacvičit, při napětí relaxovat, na nepříjemné poznámky reagovat asertivně, neopít se před očekávanou zátěžovou situací, připravit se na obtížné setkání sepsáním důležitých bodů apod.
 - b) **Kontrolovat kognice:** přerámovat typické automatické myšlenky a představy, které přicházejí v kritické situaci, připravit si sebeuklidňující myšlenky, zpracovat maladaptivní postoje a nereálná očekávání, které se situací souvisejí. Například pacient, který domů přinese výplatu, čeká, že jeho žena bude vděčná, že se dokázal v práci udržet, přestože přináší relativně malý obnos.

Tab. 35 Příklad záznamu zlostných reakcí

Okolnosti:	Celodenní únava Přinesení výplaty
Spouštěč:	Manželka vyčítá, že vydělávám málo. Pak vyčítá další věci daleko do minulosti.
Kognice:	Co si ta kráva dovoluje, když sama nedělá nic! To mi dělá naschvál! Ukážu jí, příště si to nedovolí!
Emoce:	Narůstání vzteku
Tělesné reakce:	Tělesné napětí v zádech a rukách Napětí v hlavě Prohloubení dechu Rozmazané vidění
Chování:	Zpočátku mlčím a nereaguji, pak jí říkám, aby toho nechala. Najednou to nevydržím – zařvu na ni, „ať drží hubu“. Po dalším opakování výčitek – nafackoval jsem jí.
Důsledky:	Krátkodobě: Úleva z napětí, říkám si, že si to zaslouží. Dlouhodobě: Je mi líto, že jsem se neovládl, vyčítám si to, cítím se bezmocný, neschopný zvládat svůj hněv. Žena se mnou nemluví.
Konstruktivní akce:	Nyní: Omluvím se a vysvětlím, že jsem byl unavený a neovládl se. Řeknu jí však také, že je to pro mě těžké, když jsem unavený a ona nedbá na to, že jsem ji varoval. Příště: Rovnou jí vyjádřím svoje pocity z jejího vyčítání, zkusím nenechat nahromadit vztek.

- c) **Změnit zlostné chování:** to je možné přecvičit při hraní rolí, kdy terapeut pacientovi umožní např. nacvičit jinou reakci na výčitky manželky.
- d) **Kontrolovat důsledky:** důležité je eliminovat úlevu z vybití afektu. Nejlépe tím, že se pacient naučí ihned omluvit a místo úlevy jde dělat nepříjemnou činnost (například umýt záchod). Učí se také nevyčítat si dané chování, ale místo toho udělat něco smysluplného.
5. Posledním krokem je, aby se pacient naučil najít **alternativní kognitivní sebezpotvrzení**, která mu mohou pomoci zvládnout situace probouzející hněv (např. „Nelíbí se mi, co dělá, ale dokážu to tolerovat a nevybuchnout! Dokážu být nad věcí! To její vyčítání dokážu tolerovat, ona se vymluví a pak uklidní!“).
- Pacient se rovněž učí snížit své napětí kontrolovaným dechem, relaxací nebo počítáním do deseti předtím, než zareaguje. Důležitou součástí kontroly zlostných afektů je **nácvik asertivity** jako konstruktivního způsobu vyjadřování napětí a zlosti.

Nácvik zvládání úzkosti

Nácvik zvládání úzkosti se svojí strukturou příliš neliší od nácviku zvládání zlosti. Cílem nácviku zvládání úzkosti je zmírnit sklon ke vzniku a projevování stresujících afektů (nejen úzkosti, ale i strachu, podráždění, zlosti) a zvýšit schopnost pacienta prožívat a snášet tyto afekty. Jde o terapeutem vedenou intervenci prováděnou individuálně nebo ve skupině. Nácvik může být složen z více komponent. Původní „nácvik zvládání úzkosti“, NZÚ (orig. *Anxiety management training*, AMT) vytvořili na počátku sedmdesátých let 20. století Suinn a Richardson (1970). Prokázalo se, že umožňuje pacientům účinně zvládat jak celkovou úzkostnost, tak konkrétní strachy (Gelder, 1985; Kennerleyová, 1998). V nejjednodušší formě tohoto terapeutického programu se pacient učí, jak má rozpoznat své příznaky úzkosti, a pak si nacvičuje, jak je ovlivnit. Programy obvykle zahrnují tyto techniky:

1. Zmapování **situací navozujících úzkost** nebo jiné negativní emoce (**externí spouštěcí faktory**, jako je specifické chování druhých nebo určité činnosti vzbuzující napětí a **vnitřní spouštěcí faktory**, jako jsou tělesné reakce a kognice, které pacienta činí náchylnějším k negativním emocím) a **dovedností zvládat negativní emoce**, které pacient už má. Pacient má za úkol popsat tyto situace a zmapovat je podle modelu ABC:

Spouštěče – (kognice – emoce – tělesné reakce – chování) – důsledky

Mezi setkáními pak pacient monitoruje situace, ve kterých prožívá negativní emoce, aby si ujasnil, jak jednotlivé faktory jeho emoční reakce vypadají. Svoje zápisy pak prochází s terapeutem – společně zvažují strategie, které pacient sám používá a hledají další alternativní strategie, které by mohl použít, případně nacvičují dovednosti, které pacient potřebuje k lepšímu zvládání situací.

2. Nácvik tělesné relaxace a kontrolovaného dechu.
3. Postupná expozice (tj. vystavení se) obávaným situacím.
4. Modifikace myšlenek, které vyvolávají úzkost, eventuálně nácvik „vnitřní řeči“ v ohrožující situaci (např. „Moje lidská hodnota nezávisí na tom, jak umím přednášet před lidmi. Neztratím proto práci, je to jen malá část mého zaměstnání.“).

Cílem léčby je pomoci pacientovi, aby zlepšil svou schopnost samostatně zvládat současné i budoucí stresové životní situace.

Nácvik sociálních dovedností

Jedná se o dovednosti uplatňované při kontaktu s druhými lidmi. Jejich nedostatek může zvyšovat míru stresu, kterou pacient prožívá, může se také jednat o důsledek psychické poruchy, která pacientovi brání sociální dovednosti účinně používat. Proto jsou kognitivně-behaviorální programy nácviku sociálních do-

vedností součástí léčebného programu u řady psychických potíží, od sociálních fobií přes poruchy osobnosti až po schizofrenie.

Liberman **definuje** sociální dovednosti jako schopnost jasně a srozumitelně sdělovat své pocity a problémy a konstruktivně řešit své mezilidské problémy tak, abychom byli schopni dosáhnout svých cílů (Liberman a kol., 1989). Rozlišuje tři základní složky sociálních dovedností:

- schopnost přiměřeně sociální situaci **vnímat**;
- schopnost vnímanému správně **porozumět**;
- schopnost **sdělovat** své vlastní pocity a potřeby druhým.

V rámci **vyšetření** při nácviku sociálních dovedností musíme zjistit, která složka je narušena – pokud pacient v sociální situaci reaguje nevhodně a nepřiměřeně, může to být proto, že určité důležité podněty nevnímá, že daným podnětům nesprávně rozumí, nebo proto, že v dané situaci přiměřeně reagovat neumí. Pacienti s poruchami osobnosti mohou mít celou řadu nedostatečně rozvinutých sociálních dovedností. Většinou mají potíže v naslouchání druhému – často jsou soustředěni jen na své prožívání a druhého neposlouchají. Rovněž schopnost porozumět bývá omezena – často je porozumění nahrazováno projekcí – pocity druhého jsou odvozovány od vlastních nebo zpracovány katatymně či přenosově. Dále se na schopnosti porozumět vnímanému negativně uplatňují dysfunkční kognitivní schémata, přes které pacient hodnotí vnímané signály. Podobně schopnost sdělovat vlastní pocity a potřeby druhým lidem bývá často narušená. Svoje potřeby pacient někdy nevyjadřuje vůbec, jindy je vyjadřuje nevhodně, naléhavě nebo útočně. Většinou chybí pozitivní aserce (dovednost sdělovat druhým pozitivní věci, jako je ocenění, pochvala, kompliment, vcítění), dovednost přijímat kritiku a kritizovat, prožívat a vyjadřovat empatii. Nedostatečné sociální dovednosti vedou k pocitu napětí a úzkosti v sociálních situacích, které pacient není schopen řešit. Pokud se pacient naučí v sociálních situacích chovat přiměřeněji, sníží se míra stresu, které je vystaven, a tím se zlepší jeho psychický stav. Základním cílem nácviku sociálních dovedností však není ani tak zmírnění příznaků psychické poruchy, jako spíše rozvíjení schopností pacienta, aby dokázal své problémy v běžném životě lépe zvládat.

Nácvik sociálních dovedností lze provádět i **individuálně**, ale obvykle se provádí ve **skupině**, protože jednotliví členové skupiny si mohou navzájem pomáhat, poskytovat si zpětnou vazbu a sloužit jeden druhému jako vzor. Proto by měli členové skupiny mít určitý shodný okruh problémů. Skupinu tvoří nejčastěji 8 až 16 pacientů a jeden nebo dva terapeuti. Nedílnou součástí nácviku sociálních dovedností je plnění domácích úkolů a jejich zaznamenávání.

Před zahájením nácviku je potřebné provést důkladné zhodnocení zaměřené na:

- a) **situace**, které má postižený problém zvládnout (např. hádka s rodiči, partnerkou, přijímání kritiky od nadřízeného, vyjádření vlastních potřeb partnerovi apod.);

- b) typické **vzorce komunikace**, které pacient používá, a jejich alternativy;
- c) stanovení **cíle** – jak by komunikace měla vypadat, aby byl spokojen pacient i okolí.

V rámci nácviku sociálních dovedností využíváme celé řady metod: vysvětlování, hraní rolí, instruktáž, nácvik podle vzoru, náповědu, zpětnou vazbu aj. Během nácviku je třeba sledovat verbální i neverbální projev pacienta, který musí být přesně specifikován – oční kontakt, výraz v obličeji, tón a hlasitost řeči, srozumitelnost atd.

Při vlastním nácviku sociálních dovedností doporučuje Liberman tento postup:

1. **Zvolíme problém**, kterému se bude pacient v sezení věnovat. Tento problém by se měl týkat současného života pacienta a jeho vyřešením by se měla zlepšit jeho životní situace.
2. **Přeformulujeme problém do konkrétní mezilidské situace**. Pacient by si měl ujasnit, koho se tento problém týká, kdo by mu mohl s řešením daného problému pomoci, v kterých mezilidských situacích se tento problém projevuje. Cílem je zformulovat konkrétní mezilidskou situaci, jejíž zvládnutí bude pacient nacvičovat.
3. **Přehrajeme situaci „nanečisto“**. Pacient si určí spoluhráče, kteří mu sehraji roli druhých osob, ujasní si, čeho by chtěl v dané situaci dosáhnout a jak druhé osoby v dané situaci reagovaly. Je třeba určit, kde a kdy se daná scénka odehrává. Pak pacient přehraje danou scénku bez zásahu terapeuta, který zaujímá roli pozorovatele.
4. **Zhodnotíme scénku „nanečisto“**. Musíme zhodnotit jednání pacienta, přičemž je bezpodmínečně nutné, abychom pacienta především pochválili (bez ohledu na skutečnou kvalitu pacientova projevu). Argument, že jde o falešnou chválu, neobstojí, vždy je za co chválit – za odvahu, modulaci hlasu, určitou menší část dialogu apod. Teprve po výrazném ocenění pacientova výkonu jej můžeme upozornit i na některé nedostatky a navrhnout konkrétní zlepšení. Přitom je třeba postupovat po malých krůčcích a navrhnout jen takové změny v chování, kterých je pacient schopen.
5. **Znovu přehrajeme scénku, přičemž roli pacienta hraje „model“**. Při této scénce pacient zaujímá roli pozorovatele. „Model“ přehrává scénku tak, aby do svého jednání začlenil doporučení terapeuta – může to být buď koterapeut, nebo jiný pacient, který je schopen danou scénku zvládnout o něco lépe. Během scénky upozorňujeme pacienta na jednotlivé projevy „modelu“, které by se měl snažit napodobit. Po scénce pacienta požádáme, aby zhodnotil jednání „modelu“, abychom věděli, čeho si pacient všiml.
6. **Zopakujeme scénku s pacientem za vedení terapeuta**. Pacient opakuje scénku, přičemž se snaží své jednání změnit podle instrukcí, které předtím dostal od terapeuta, a podle toho, co předtím viděl u modelu. Terapeut mu během scénky verbálně i neverbálně (gesty) radí – „koučuje“.

7. **Zhodnotíme dosažené zlepšení.** Při popsaném postupu dojde v této druhé scéně téměř vždy ke zlepšení projevu pacienta oproti prvnímú přehrání „nanečisto“. Toto zlepšení musí terapeut i skupina konkrétně ocenit a pacienta pochválit.
8. **Zadáme domácí úkol.** Je třeba jej zadat na základě dohody s pacientem, musí být velmi konkrétní, pacient si musí ještě v sezení naplánovat jednotlivé kroky, ujasnit si, co bude potřebovat, jak bude reagovat na případné překážky a jak bude zaznamenávat jeho plnění.

Plnění domácích úkolů je základem nácviku sociálních dovedností, protože umožňuje přenesení získaných dovedností do reálného života pacienta. Proto je třeba plnění domácích úkolů u všech pacientů na počátku každého sezení zkontrolovat, pacienty pochválit za snahu vynaloženou při jejich plnění, a případné problémy, které se při jejich plnění vyskytly, učinit obsahem dalšího nácviku. Pokud pacient při plnění domácích úkolů opakovaně selhává, pak je třeba zvážit, zda je třeba nácvik zintenzivnit, tj. příslušné dovednosti vícekrát opakovat, zda lze pacientovi pomoci zapojením blízkých osob, případně zda je pacient skutečně motivován daný problém zvládnout, tj. byl-li problém správně zvolen. Je-li důvodem pacientova selhávání nadměrná úzkost či nedostatečná kontrola impulzivity, vrátíme se k nácviku zvládání těchto projevů.

Hraní rolí

Hraní rolí patří k nejrozšířenějším metodám uplatňovaným v rámci kognitivně-behaviorální terapie. Slouží jak k analýze pacientova chování v určité situaci (je např. mnohem poučnější nechat pacientku předvést, jak se chovala během hádky s manželem, než si od ní hádku nechat pouze vylíčit), tak k nácviku vhodného chování. Při hraní rolí se uplatní řada výše popsaných metod, např. učení podle vzoru a pobízení. Hraní rolí lze využít v podstatě u všech typů problémů. Představuje základ terapeutického programu u nácviku sociálních dovedností a nácviku asertivního jednání.

Před vlastním hraním rolí je potřeba stanovit konkrétní **cíl** hraní rolí, popsat situaci, v které se pacient nachází, a roli jednotlivých účastníků. Někteří autoři doporučují vypracování **písemného scénáře**, v němž má každá osoba určeno, jak bude reagovat a co bude říkat. V klinické praxi obvykle vystačí slovní dohoda mezi terapeutem, pacientem a dalšími účinkujícími. Důležitá je rovněž role pozorovatelů, kteří dostanou za úkol sledovat konkrétní aspekty chování pacienta.

Někdy je vhodné, když pacient nejdříve zaujme roli pozorovatele a žádoucí chování nejdříve předvede někdo jiný – **model**. Terapeut, pokud nezaujímá roli modelu, může pacienta upozorňovat na konkrétní prvky chování modelu („Dívá se do očí, usmál se“). Pacient pak popíše, čeho si v chování modelu všiml. Tím se ujistíme, zda scénku skutečně sledoval, a zjistíme, jak ji vnímal.

Další krok při hraní rolí spočívá v tom, že se pacient sám pokusí **předvést vhodné chování** v dané situaci, zatímco terapeut mu může pomáhat gesty, pobídkami a pochvalami. Po ukončení scénky, která by nikdy neměla trvat déle než 1–2 minuty, je opět důležité, aby pozorovatelé včetně terapeuta nejdříve **ocenili**, co pacient dělal dobře, a až pak se věnovali tomu, co by mohl ve svém projevu zlepšit. Pacient pak zopakuje celou scénku s tím, že se pokusí své chování změnit podle pokynů terapeuta a pozorovatelů. Na závěr musíme pacienta vždy ocenit za snahu a za dosažené zlepšení, třeba i malé.

Existuje řada variant hraní rolí. Jednou z nejužívanějších je **obrácení rolí**, kdy terapeut či jiný účinkující hraje pacienta a ten hraje druhou osobu (např. svou manželku). Cílem je, aby pacient lépe pochopil, jak jeho chování působí na okolí a co by ve svém chování měl změnit.

Nácvik empatie

Nácvik empatie patří mezi nejdůležitější terapeutické postupy. Pomáhá pacientům s poruchami osobnosti ujasnit si, co cítí druzí lidé kolem nich. Při vlastním nácviku se pacienti snaží vycítit, co se děje s druhými lidmi, poté to sdělit a konfrontovat se zpětnou vazbou od dotyčné osoby. Zvláštní pozornost je věnována tomu, jaký má na druhé vliv to, co samotní pacienti dělají nebo říkají, a uvědomování si přání a očekávání lidí z jejich okolí. Nácvik empatie je mocná strategie k narušení projektivní identifikace a černobílého nazírání. Pomáhá výrazně zlepšit komunikaci pacienta s blízkými lidmi, usnadňuje řešení problémů v rodině i práci. Celý proces této intervence se dá rozdělit do následujících kroků:

1. **Vysvětlení a zkoušení tzv. pravidel empatického naslouchání.** Oční kontakt, postoj, mimika, gestika – pokyvování hlavou; paralingvistické projevy – hm; vyjádření pochopení – aha, chápu, rozumím; empatické parafrázování – „To jste musel mít strach“; krátké shrnutí – „Jestli tomu správně rozumím“.
2. **Hodnocení.** Terapeut zjistí, nakolik pacient rozumí a ovládá tři základní dovednosti nutné pro empatii: aktivní naslouchání, přiměřená interpretace interpersonálních signálů a empatická reakce (viz Praško a Prašková, 1996).
3. **Nácvik dovednosti.** Chybějící dovednosti si pacient nacvičuje pomocí hraní rolí, nácviku podle vzoru a koučování buď v individuální terapii, nebo lépe ve skupině.
4. **Trénování dovednosti při zátěži.** Pacient se učí empaticky reagovat na kritiku, hněv, manipulaci apod.
5. **Nácvik v přirozených podmínkách.** Pacient dostane za domácí úkol reagovat na typické poznámky blízkých lidí empatickou reflexí. Vybere si typickou situaci, pak provede nacvičenou reakci. Do sezení přináší podrobný popis svého chování i reakce partnera.

6. **Mapování emočních reakcí na empatii.** Pacient si všímá, jaké emoční reakce v něm a v druhých vyvolává úspěšně zvládnutá empatická reakce.

Nácvik kognitivní pozornosti

Cílem nácviku kognitivní pozornosti je ovlivnění projektivní identifikace, kognitivních distorzí, event. narcistických zranění. Zvýšená pozornost vůči kognitivním omylům a nerealistickým očekáváním výrazně snižuje nepohodu a riziko nevládnutého zkratkového chování. Tato intervence má následující kroky:

1. **Zhodnocení kognitivní nepohody.** Terapeut zhodnotí míru kognitivní nepohody pacienta, jeho typické kognitivní omyly, nadměrná očekávání, projektivní identifikaci, žárlivé myšlenky apod. Pacient sám hledá příklady, které odpovídají sledovaným kognitivním procesům.
2. **Monitorování ohrožujících situací.** Pacient po určité období monitoruje všechny situace, které v něm vyvolávají definovaný druh nepohody, zapisuje je jako spouštěče a zaznamenává k nim své kognice. Učí se identifikovat své myšlenky, postoje, očekávání a představy, které ho v určitých situacích zraňují.
3. **Přerámování automatických myšlenek.** Pacient se učí nalézt konstruktivnější reakci na situaci, ve které ho předtím napadaly nekonstruktivní kognice.

Nácvik odolnosti vůči stresu

Tento terapeutický program vytvořil Meichenbaum (1985) pod názvem *Stress Inoculation Training* (SIT). Jeho smyslem není pomoci pacientovi vyřešit konkrétní stresující situace a problémy, ale obecně zlepšit jeho schopnost zvládat stresující situace. Cílem tohoto programu je, aby se pacient naučil rychle rozpoznat problémové situace a pomocí určitých kognitivních a behaviorálních postupů dokázal tyto situace úspěšně zvládnout.

Postup při nácviku zvýšení odolnosti vůči stresu lze rozdělit do tří fází: 1. fáze získávání informací a poučení pacienta; 2. fáze nácviku zvládnání jednotlivých stresujících situací; 3. fáze praktického uplatnění získaných dovedností.

1. V první fázi zjišťujeme, jakým způsobem pacient v současné době zvládá stresující situace, především co si v nich říká a jak v nich jedná. Přitom využíváme nejen rozhovoru, ale i hraní rolí, zkoušek v reálných situacích a záznamů, které si pacient vede mezi sezeními. Poté pacientovi vysvětlíme model úzkostného prožitku, který je charakterizován jednak tělesnou reakcí (bušení srdce, zvýšený tlak krve, napětí ve svalech, pocení atd.), jednak úzkostnými myšlenkami a představami („To nezvládnou! To je strašné! Omdlím! Rychle pryč!“). Proto se pacient musí naučit kontrolovat své tělesné příznaky a nahra-

dit své úzkostné myšlenky myšlenkami, které mu umožní stresující situaci zvládnout. Pacienta je třeba připravit na to, že během terapie bude prožívat stavy úzkosti, protože jen tak se může naučit zvládat je jinak než dosud.

2. Ve druhé fázi SIT se pacient systematicky učí, jak zvládat stresující situace. Tělesnou reakci se učí zvládat pomocí progresivní svalové relaxace. Nejdůležitější však je, aby si postupně nacvičil konstruktivní výroky, pomocí nichž dokáže svou úzkost udržet pod kontrolou a stresující situaci vydržet. Meichenbaum uvádí tyto vhodné výroky pro jednotlivé etapy zvládání stresu:
 - **Při přípravě na stresující situaci:** „Co musím udělat?“, „Musím si připravit plán, jak tuto situaci zvládnout“, „Soustředím se na to, co budu dělat“, „Obavy mi nepomohou, jen zvýší mou úzkost“.
 - **Během stresující situace:** „Jen klid, pomalu, jedno po druhém“, „Je to sice nepříjemné, ale vydržím to!“, „Dýchej klidně a uvolni se. Pak se budeš cítit lépe“, „Je to jen strach a ten se teď učím překonávat!“.
 - **Povzbuzující a oceňující výroky během a po zvládnutí stresující situace:** „Výborně, jde to dobře!“, „Není to tak zlé, jak jsem se bál!“, „Dokázal jsem to!“, „Zase jsem to zvládl lépe!“
3. Pacient si sám vybere a procvičuje takové výroky, které mu nejvíce pomáhají. Procvičuje si je v sezení, za podpory terapeuta, když si stresové situace představuje nebo když je přehrává ve scénkách a poté i mezi sezeními, v domácím prostředí.

K praktickému uplatnění nacvičených dovedností v reálných situacích přistupuje pacient ve třetí fázi SIT, ale vždy až poté, co již tyto metody dobře zvládá „nanečisto“. Přitom si vybírá nejdříve méně náročné situace a postupně náročnost těchto nácvikových situací zvyšuje.

Nácvik regulace emocí

Pro emočně labilní pacienty (např. typicky pacienti s hraniční, histrionskou či narcistickou poruchou osobnosti) může být nácvik regulace emocí velmi přínosný. Emoce jsou důležitou součástí našeho prožívání. Organizují a motivují jednání a pomáhají člověku překonat překážky. Mohou být sebezpotvrzující. „Cítím, tedy jsem.“ Pacienti s výraznou emocionální labilitou se snaží svoje emoční stavy potlačovat, nicméně snaha o nadměrnou kontrolu emocí vede k tomu, že se jim často z kontroly vymknou. Místo aby přiměřeně emočně reagovali na každodenní situace, snaží se „držet“, z čehož pak vyplývá pocit emoční prázdnoty, nebo „vybuchnou“ na nepodstatný podnět, což si pak vyčítají nebo se za to nenávidí.

Dovednost regulovat své emoce se učí relativně obtížně, protože většina lidí věří, že stačí změnit postoje, a rázem se změní i emoční reakce. Labilní pacienti často žijí v prostředí, kde ostatní emoce podřizují kognitivní kontrole, a nemají pochopení pro někoho, kdo to neumí. Navíc labilní pacienti často nechťejí kon-

trolovat svoji emocionalitu, protože by tím dali za pravdu těm, kteří tvrdí, že jejich prožívání emocí není v pořádku. Přitom se potřebují učit opak – prožívat své emoce a pojmenovat je, naučit se jasně a přiměřeně sdělovat to, co emoční stav sleduje.

Emoční stres pacientů s emocionální labilitou se netýká ani tak primárních emocí, které projevují často velice prudce, ale sekundárních (odvozených) emocí, jako je stud, úzkost nebo vztek na sebe za to, že jsou emočně labilní. Primární emoce jsou často adaptivní a souvisejí s kontextem, byť jsou někdy velmi intenzivní a prudké. Aby pacient neprožíval své sekundární emoce tak nepříjemně, potřebuje dostat možnost vystavit se svým primárním emocím v atmosféře pochopení a tolerance. Důležité také je, aby si pacient svou emoční reakci plně uvědomoval. Kroky nácviku regulace emocí jsou následující:

1. **Zhodnocení** celkové pacientovy dovednosti v regulaci emocí a s tím spojených jednotlivých dovedností (uvědomit si své emoce, pojmenovat je, modulovat a být přitom soustředěný na emoční prožitek).
2. **Vytvoření plánu** na zlepšení dovednosti regulovat vlastní emoce. Nácvik může probíhat jak individuálně, tak ve skupině. Ve skupině se však nacvičuje lépe, protože je možné emoční reakce modelovat a získat podporu a zpětnou vazbu ostatních.
3. **Nácvik, modelování a koučování** jednotlivých emocionálních dovedností, jako je určení a pojmenování emocí, ujasnění si kontextu, ve kterém vznikají, ujasnění si somatických reakcí a chování, které je doprovází, včetně dechu, napětí svalstva, postoje, pohybu, mimiky apod.
4. **Cvičné** vystavení se silným emocím – pomocí hraní scénky nebo představou spouštěcí situace lze vyvolat v pacientovi silnou emoci. Pacient se učí tento stav co nejplněji prožít a přitom si všímat, co vše se v něm děje a jak lze postupně emoci modulovat. Pak se učí, jak ji co nejpřiměřeněji vyjádřit slovně.

Emoční labilitu lze kontrolovat tím, že se pacient naučí kontrolovat události, které emoční stav spouštějí, nebo tím, že se sníží jeho citlivost na tyto události. Rovněž **změna okolností** může pomoci. Lidé jsou náchylnější k emoční labilitě v situacích stresu, shonu, v době, kdy mají málo příjemných prožitků, když jim chybí sociální podpora. V ovlivnění afektivní lability proto může rovněž pomoci budování harmonického **životního stylu**. Sem patří pravidelný spánek, výživa, cvičení, rytmičné denní činnosti, dostatek příjemných aktivit, vyvarování se zbytečného přepracování, abúzu alkoholu, kávy, cigaret a drog. Emoční labilitu lze zmírnit zejména zvýšením množství **příjemných aktivit**, které si člověk dopřává. Musí si je však plně uvědomovat. Nácvik „**plné pozornosti**“ **pro příjemné aktivity** s uvědomováním si svých emocí, tělesných reakcí, chování a myšlenek během příjemného prožitku lze provádět jak přímo, ve skutečnosti, tak v představě. V představě si lze projít celou řadu příjemných aktivit, které si pak pacient zkouší „in vivo“.

Příklad expozice v představě pro „plnou pozornost“ při požívání tyčinky Snikers

Na tyčinku Snikers dostanu chuť už v metru. Když se blížím k výstupní stanici, začínám na ní myslet, vidím hnědý obal a začínají se mi sbíhat sliny. Mám na ni strašnou chuť. Roste s tím, jak se blížím ke stánku, kde si ji kupuji. Sbíhají se mi sliny. Těším se. Trochu se mi zrychlí dech a cítím se jako „v transu“. Když si ji koupím, nejdříve osahám obal. Velmi pomalu, nespěchám. Cítím umělou hmotu a pod ní čokoládu. Prohmatám tuhost čokolády přes obal. Prsty se velmi jemně boří. Pak roztrhnu obal. Většinou se do něj zakousnu na jednom konci, sevřu čelisti a silně trhnu hlavou. Jako dravec. Pak čichnu k čokoládě a zakousnu se do tyčky. Zuby projdou čokoládou... oříšky... střídá se pevnější a měkčí hmota. Začínám rozmělnit tyčinku kousáním. Chuť čokolády, karamelu, oříšku prochází ústy a patrem až na kořen jazyku. Polykám... sousto klouže jícnem... došlo do břicha... je to příjemný pocit. Po polknutí vydechnu... dlouhý výdech... celé tělo se uvolní. A znovu, zase začínám žvýkat, ústa jsou plná chuti...

Stanovení hranic

Lidé s poruchami osobnosti mají často problém se stanovením a udržením hranic, což souvisí s tím, že si nedostatečně uvědomují negativní důsledky svého jednání. „Stanovení hranic“ je terapeutická intervence, která spočívá v následujících krocích:

1. **Identifikace překračování hranic.** Terapeut si všimne chování pacienta, které narušuje léčbu. Může se jednat o pozdní docházku na sezení, vynechávání sezení, nebezpečné chování vůči sobě nebo druhým, včetně sebepoškození nebo sebevražedných pokusů, nevhodné slovní vyjadřování (např. vulgární nadávání), omezování terapeuta nebo členů skupiny tím, že je pacient překřikuje, nepustí ke slovu, stále si bere prostor, nečekané návštěvy, telefonáty, nepřiměřené chování (dotek nebo udeření, ničení věcí, lehání si na podlahu vyšetřovny, hlasité povykávání apod.), neplnění domácích úkolů, manipulace přes druhé osoby, pomlouvání terapeuta apod.
2. **Stanovení hranic.** Terapeut jasně vymezí hranice přijatelného chování pacienta, například „Pokud budete... tak...“. Je důležité, aby to řekl neutrálním, nekritickým tónem a bez moralistického hodnocení. Prostě jen pacientovi oznámí, kde jsou hranice.
3. **Vysvětlení důvodu stanovení hranic.** Terapeut pacientovi vysvětlí, proč jsou hranice nutné pro dobrou spolupráci.
4. **Vysvětlení důsledků překročení hranic.** Terapeut specifikuje, jak bude na překročení hranic reagovat (např. „Když přijdete pozdě, ukončím sezení dříve“).
5. **Dodržení sankcí.** Protože si pacient většinou potřebuje zkusit, nakolik jsou hranice, které terapeut stanovil, pevné, je důležité, aby terapeut stál za svými slovy a sankce přesně dodržel. Musí být přitom připraven na konfrontaci, ale také musí umět pacientovi své jednání vysvětlit.

Nácvik zvládání impulzů

Sebedestruktivní chování, sebepoškozování, předstírané sebevražedné jednání i některé suicidální pokusy mají někdy charakter impulzivního chování, které pacient nedokáže kontrolovat. Je nutné vždy zvážit ohrožení pacienta a okolí a při riziku nebezpečného chování je vždy potřebné zvážit hospitalizaci.

Nácvik zvládání impulzů je intervence, jejímž cílem je snížit nutkání reagovat prudce. Terapeut nejdříve pacientovi vysvětlí její smysl a principy a poté názorně předvede její provádění. Pacient pak nacvičuje potřebné dovednosti, nejdříve v sezení a pak v reálných situacích mezi sezeními. Cílem je, aby se pacient naučil lépe ovládat své popudy. Intervence má čtyři fáze: hodnocení, monitorování, nácvik a aplikaci.

1. Terapeut s pacientem **mapují** vzorce pacientových impulzivních reakcí. Zaměřují se na spouštěče, okolnosti, kognitivní aspekty, emoční reakci, typické chování, důsledky a modifikující faktory. Je důležité, aby pacient i terapeut velmi konkrétně rozuměli tomu, co se děje během impulzivního činu. Uvedeme si některé typické otázky, které je třeba pacientovi položit: „Které situace obvykle u vás spouští toto chování? Na co myslíte v takové chvíli? Jak se cítíte předtím, v průběhu impulzivního činu a po něm? Co vám jde hlavou? Co cítíte v těle? Jak se vám dýchá? Jsou situace, kdy dokážete toto chování lépe kontrolovat, a situace, kdy vám to jde hůře?“ Suicidální pokusy, sebepoškozování, ničení předmětů a jiné sebedestruktivní činy mohou mít nejružnější motivy – snahu potrestat někoho nebo sama sebe, uvolnění silného napětí, odčinění pocitů viny, snaha odvést pozornost od více ohrožující situace, získat pozornost apod. Ve chvílích, kdy si pacient svoji motivaci (nebo motivace) ujasní, je jednodušší dostat chování pod kontrolu. Zmapování konkrétních událostí pomáhá pacientovi porozumět, jakým způsobem jeho impulzivní reakce souvisejí s vnějšími okolnostmi i s jeho vnitřní situací. Terapeut obvykle nejdříve požádá pacienta, aby popsal poslední impulzivní reakci a pak společně probírají její jednotlivé složky.
2. Pacient strukturovaným způsobem **monitoruje** svoje impulzivní reakce po dobu nejméně dvou týdnů. Své záznamy probírá s terapeutem. Výsledkem je vytvoření seznamu spouštěcích situací a okolností, soupis typických kognicí, důsledků a modifikujících faktorů.
3. **Nácvik** je zaměřen:
 - a) Zpočátku na **oddálení impulzivní reakce** (buď kognitivně pomocí počítání nebo popisu okolností, změnou chování pomocí náhradní činnosti nebo pomocí kontroly dechu a relaxace); je také možné nahradit destruktivní chování méně destruktivním (např. pořezání se na zápěstí nahradit počmáráním se tužkou);
 - b) Na systematické **odvedení pozornosti**, které může být buď vnitřní, nebo vnější. Při vnitřním odvedení pozornosti se pacient učí, co si má v kritické situaci říci – nacvičuje si myšlenky neslučitelné s impulzy (např. „Je to

nakonec směšné, budu se raději smát, než abych se pořezal!“). Při vnějším odvedení pozornosti se pacient snaží změnit okolnosti, které jej rozcílují. Například když se dostane do konfliktu, raději rychle odejde z místnosti, místo aby v sobě hromadil napětí a pak druhého napadl nebo sám sebe zranil.

4. Terapeut pomáhá pacientovi s praktickým uplatňováním nacvičovaných dovedností, probírá s ním jednotlivé situace, které se pacient pokusil zvládnout a poskytuje mu zpětnou vazbu, jak je zvládl. Důležité je pacienta podporovat a oceňovat do té doby, dokud nedokáže své impulzy dostatečně kontrolovat samostatně.

Nácvik snížení přecitlivělosti

Nácvik snížení přecitlivělosti je intervence zaměřená na zvýšení schopnosti snášet kritiku, nezájem, podezřívavost, žárlivost a jiných komplexních maladaptivních reakcí na interpersonální situace. Lidé, kteří zkresleně a negativně vnímají sociální situace, mají tendenci reagovat na ně defenzivně nebo agresivně. Tato strategie je učí, jak reagovat přiměřeně. Při této intervenci terapeut učí pacienta a procvičuje s ním přiměřenější způsoby vnímání, hodnocení a jednání v interpersonálních situacích (Sperry, 1999). Nácvik snížení přecitlivělosti má následující fáze:

1. **Zmapování přecitlivělých reakcí, které si pacient uvědomuje.** Jde o to ujasnit si jednotlivé spouštěče a okolnosti (zaměření na jednotlivé komponenty mezilidského chování, jako jsou slova, mimika, gesta, paralingvistické komponenty apod.), typické kognice, hlavně však kognitivní omyly, kterých se pacient dopouští. Mapování informačních procesů se týká čtyř hlavních komponent: zaměření pozornosti, zpracování informace, reakce na informaci a zpětné vazby. Následující strategie se zaměřuje na tyto čtyři komponenty.
2. **Mapování dalších reakcí na sociální situace.** Důležité je popsat reakce na celou řadu sociálních situací (situace v rodině, v zaměstnání, s přáteli, na úřadech, v cizím prostředí aj.), protože v řadě z nich si pacient svoje zkreslené zpracování informací neuvědomuje. Hlavní pozornost opět věnujeme kognitivním procesům, tj. zpracování situace.
3. **Nácvik.** V této fázi probíhá nácvik porozumění sociální situaci, který zpravidla probíhá jako kognitivní restrukturalizace (práce s myšlenkami) nebo jako řešení problémů (jsou vedle sebe stavěny nejrůznější alternativy hodnocení situace a pacient se dopracovává k diferencovanému pohledu). K nácviku patří instrukce, hraní rolí a zpětná vazba prostřednictvím videozáznamu.
4. **Procvičování.** Pacient procvičuje naučené dovednosti v reálných situacích a přináší do sezení zápisy, jak dokázal zvládnout situace, na které dříve reagoval přecitlivěle.

Nácvik zvládání příznaků

Nácvik zvládání příznaků je metoda určená k odstranění akutních příznaků psychické poruchy. Pacient se učí příznaky konkrétně označit, pak monitorovat jejich frekvenci a intenzitu v průběhu času, zjistit jejich spouštěče, doprovázející kognice, emoční reakce, tělesné reakce a chování, pak zmapovat jejich důsledky, ovlivňující a udržovací faktory. Podle typu příznaků pak terapeut s pacientem plánují a uplatňují přiměřené léčebné postupy. (Podrobně viz Praško a Kosová, 1998; Možný a Praško, 1999.) Většinu metod uvedených v této kapitole lze také použít ke zvládání akutních příznaků některé z akutních psychických poruch.

Odvedení pozornosti

Tato metoda vychází z poznatku, že člověk se může v určitém okamžiku plně soustředit jen na jednu myšlenku nebo představu, zatímco ostatní myšlenky a představy jsou zatlačeny do pozadí a jejich vliv na náladu i na jednání člověka se oslabí. Uplatňuje se především tam, kde pacienta trápí nepříjemné myšlenky a představy, na které se snaží „nemyslet“.

Existují tři základní metody odvedení pozornosti: **tělesná činnost, přesunutí pozornosti a mentální cvičení**. Pro účinnost této metody je důležité, aby si pacient nacvičil více způsobů odvedení pozornosti a využil takových způsobů, které jemu samotnému nejvíce pomáhají a vycházejí z jeho zájmů a předností – např. sportovně založený pacient může odvádět svou pozornost tělesným cvičením, hudebně nadaný pacient hrou na klavír aj. Klíčem k úspěchu je, aby si pacient našel činnost, která jej opravdu zaujme a přitom je natolik náročná, aby se jí nemohl věnovat automaticky.

Tělesná činnost spočívá v tom, že pacient začne vykonávat s plným soustředěním určitou činnost, např. práci na zahradě, v domácnosti, tělesně cvičit, a tím přeruší hloubání nad negativními a úzkostnými myšlenkami.

Přenesení pozornosti spočívá v tom, že se pacient plně soustředí na své okolí a začne si všimát určitých podrobností všemi svými smysly – co vidí, co slyší, co cítí. Může například v duchu popisovat obraz na stěně, nábytek v místnosti, na ulici si může všimát, co mají druzí lidé na sobě, jaké zboží je vystaveno ve výkladech apod.

Mentální cvičení spočívá v soustředěném provádění např. matematických úloh – pacient může třeba odečítat po sedmi od tisíce, recitovat v duchu básně, co nejpodrobněji si vybavit vzpomínku na příjemný zážitek.

Jako u všech metod je pro její účinnost rozhodující, aby si ji pacient opakovane procvičoval nejdříve v klidu a poté i v běžných životních situacích, kdykoli se mu vynoří nepříjemné myšlenky, představy či obavy.

Stop technika

Jedná se o pomocnou metodu, která se používá vždy v rámci komplexní terapie a musí být doplněna uplatněním dalších metod – například zpochybňováním negativních myšlenek či expozicí. Jejím cílem je poskytnout pacientovi, kterého trápí určité nepříjemné a trýznivé myšlenky či představy, možnost vliv těchto myšlenek a představ omezit a dostat pod kontrolu. Proto se tato metoda používá u úzkostných poruch a u obsedantní poruchy.

Pacientovi nejdříve **vysvětlíme smysl** této techniky: cílem je zkrátit dobu trvání nepříjemných myšlenek a představ. Přitom je třeba, aby si tuto metodu nejdříve dobře nacvičil „nanečisto“, tj. v klidu, a až pak ji začal uplatňovat i v běžných životních situacích.

Pacient si vytvoří **seznam** několika neobvyklejších nutkavých myšlenek a situací, v nichž se nejčastěji objevují. Pak si vytvoří seznam tří až čtyř uklidňujících myšlenek či představ: např. vzpomínku na příjemný zážitek z dovolené, na určitou uklidňující scénu z filmu apod. Důležité je, aby mezi tyto uklidňující myšlenky nezařadil žádnou ze svých původních neutralizujících myšlenek či představ.

V sezení pak pacientovi **předvedeme**, jak lze pomocí této metody přerušit nutkavé a nepříjemné myšlenky. Vyzveme ho, aby si tyto nutkavé myšlenky či představy vybavil a dal nám znamení, jakmile se objeví. Pak velice hlasitě a rázně křikneme: „Stop!“ Pacient se obvykle lekne a jeho nutkavé myšlenky se přeruší. Tento postup pak několikrát opakujeme a pacienta instruujeme, aby si po pokynu „Stop!“ začal vybavovat uklidňující představu. Jakmile se mu to podaří, dá nám znamení. V prvním sezení tento postup s vyvoláním nutkavých myšlenek, jejich přerušením a nahrazením uklidňující představou opakujeme několikrát, až nám pacient sdělí, že se již naléhavost nutkavých myšlenek zmírnila.

Za domácí úkol si pacient tento postup **nacvičuje samostatně**, přičemž si sám zakřičí „Stop!“ Jakmile tento postup zvládne, začne postupně ztišovat svůj pokyn „Stop“, až si jej nakonec jen tiše zašeptá nebo řekne pouze v duchu. Teprve poté může začít nacvičovat tuto techniku i v běžných životních situacích, přičemž opět postupuje od situací méně obtížných k situacím obtížnějším.

Změna charakteru

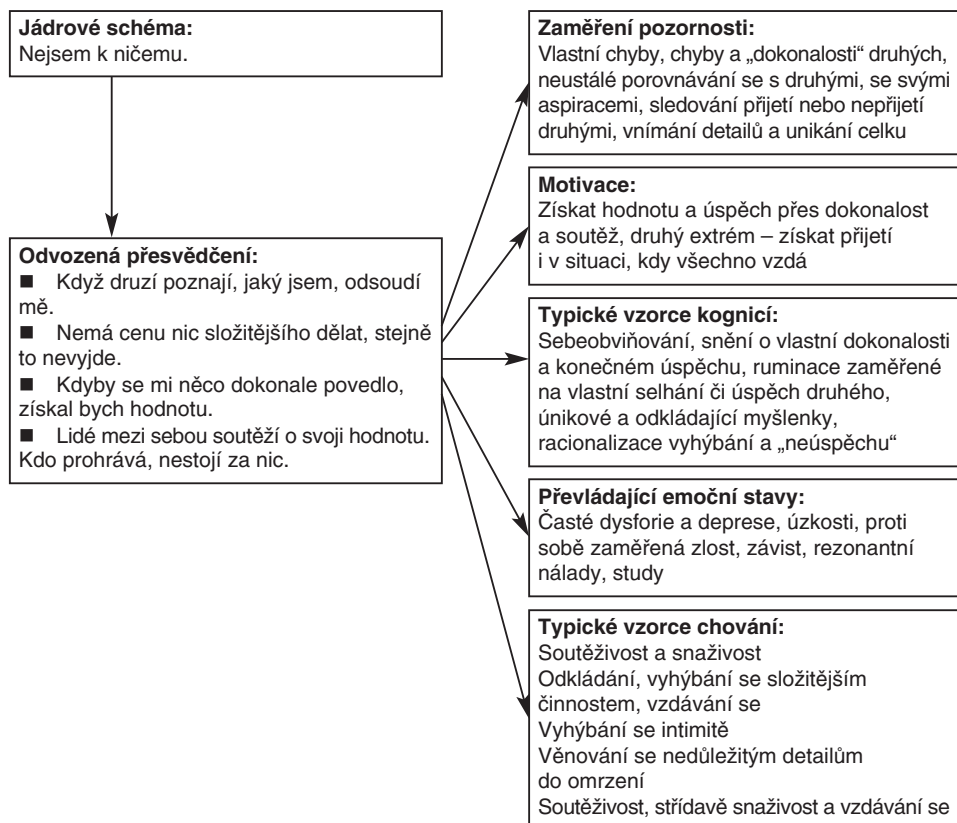
Jako charakter označujeme tu složku osobnosti, která vznikla procesem socializace během dětství. Z hlediska kognitivní teorie jsou základem charakteru schémata, tj. „základní přesvědčení, kterými člověk určuje své postoje k sobě, ke světu (k druhým lidem) a k budoucnosti“. Beck rozlišuje v rámci schématu složku **kognitivní, afektivní, motivační a instrumentální**. Každé schéma (ve svých posledních pracích používá Beck pojmu „psychický modus“) má určitý kognitivní obsah, je spojeno s určitou emocí, určitou motivací a určitým zjevným jednáním. Například schéma „Musím být ve všem perfektní“ je spojeno s úzkostným napětím při činnosti, motivací pracovat se zaměřením na detaily a s kon-

trolujícím chováním. Člověk má řadu různých schémat, která jsou v různých situacích různě aktivní – některá jsou latentní čili „spící“, jiná jsou aktivní a určují myšlení, emoce a jednání člověka v dané situaci. V terapii se terapeut s pacientem zaměřuje nejdříve na zkoumání jeho automatických myšlenek v konkrétní situaci, zjišťuje, jakých kognitivních omylů se pacient dopouští, a na základě toho se snaží postupně dobrat základních čili „jádrových schémat“, ze kterých jeho myšlenky a omyly vycházejí. Tato schémata potom společně zkoumají, zpochybňují a nahrazují schémata funkčnějšími. Jednotlivá schémata se projevují v nejrůznějších vzorcích chování, myšlení, emočního prožívání, v měření pozornosti a v motivaci člověka.

Plánování času

Tuto metodu uplatňujeme u pacientů trpících poruchou osobnosti často, zejména když jsou demoralizováni, rozpadl se jim časový plán nebo když aktuálně trpí depresí

Tab. 36 Projevy jádrového schématu a odvozených přesvědčení



(Praško a Šlepecký, 1995). Demoralizace se často objevuje u hraniční poruchy osobnosti, vyhýbavé poruchy osobnosti, narcistické a anankastické poruchy osobnosti. Tito pacienti mají tendenci k negativnímu hodnocení sebe, svého okolí i své budoucnosti (Beck, 1979). Proto často tvrdí, že celý den nic nedělají a z ničeho nemají žádné potěšení. Problém s organizací času se často objevuje i u histrionské poruchy osobnosti, kde se pacient může věnovat jen činnostem, které ho baví, a odsouvat činnosti, které jsou nudné nebo nezajímavé (chodí stále do kina, do divadla, na výlety, ale doma vůbec neuklízí, nevaří, nežehlí a to vede ke sporům s rodinou).

Pacienta požádáme, aby si do předem připraveného formuláře zaznamenával hodinu po hodině činnost, kterou v této době dělal. Tuto činnost má za úkol hodnotit na dvou jednoduchých škálách s hodnotami např. 0–4: na škále „výkonu“ (V) pacient hodnotí, jaké úsilí při této činnosti vynaložil, a na škále „potěšení“ (P) hodnotí, jaké potěšení přitom pociťoval. Jinou možností je, aby si kromě své činnosti zaznamenával každou hodinu svou náladu na škále např. –4 (úplně nejhorší možná nálada) až + 4 (nejlepší nálada). Smysl této metody je dvojitý. Jednak již samotné zaznamenávání může vést k tomu, že pacient svou aktivitu během dne zvýší, neboť je mu nepříjemné stále zapisovat „ležím, V 0, P 0“, případně „náhlada -4“. Důležitější ovšem je, že sledování činnosti umožňuje terapeutovi i pacientovi reálněji hodnotit, co pacient skutečně během dne dělá, v kterých obdobích dne je aktivnější, kolik jej která činnost stojí úsilí, při které činnosti pociťuje aspoň určité uspokojení a jak během dne kolísá jeho nálada. Má-li ovšem toto sledování přinést reálné informace, je třeba, aby pacient prováděl záznamy průběžně několikrát během dne, nikoli až zpětně večer za celý den. To je již hodnocení zkreslené momentální náladou a neodráží skutečný stav v okamžiku právě vykonané činnosti.

Prozkoumáním záznamu „Sledování činnosti“ zjistíme, jaká je souvislost mezi aktivitou a náladou pacienta, které činnosti mu přinášejí nejvíce potěšení a co mu brání, aby svou aktivitu zvýšil. Při probírání záznamu „Sledování činnosti“ v sezení také můžeme určit některé automatické negativní myšlenky pacienta, například „Nic se mi nedaří“, „Dříve jsem toho stihla mnohem víc“, které pak můžeme zpochybňovat a nahrazovat konstruktivnějšími myšlenkami metodou kognitivní restrukturalizace (viz dále). Na základě záznamu můžeme také spolu s pacientem ověřovat a zpochybňovat platnost negativních myšlenek typu „Celý den nic nedělám“ nebo „Vůbec nic mě nebaví“.

Plánování činnosti a sebeodměňování

Tuto metodu uplatňujeme u demoralizovaných pacientů jako další krok po sledování činnosti. Jakmile máme přesnější informace o tom, co pacient přes den dělá, co mu přináší největší potěšení a v kterém období dne má nejlepší náladu, vedeme jej k tomu, aby si začal denně dopředu plánovat program své činnosti hodinu po hodině. Cílem je zvýšit míru jeho aktivity a také zvýšit míru potěšení, kterou při své činnosti prožívá. Pokud si pacient předem naplánuje program své činnosti na příští den, usnadní mu to rozhodování, do čeho se má

pustit, zvýší to pravděpodobnost, že určenou činnost vykoná, zvýší to podíl příjemných činností během dne a začne se postupně zvyšovat míra jeho přesvědčení, že má svůj život pod kontrolou.

Je důležité, aby plán činnosti byl realistický a odpovídal aktuálnímu stavu a možnostem pacienta. Pokud by totiž pacient opakovaně nebyl schopen svůj plán činnosti dodržet, vedlo by to k prohloubení jeho sebedoceňování. Proto je třeba zdůraznit, že plán činnosti představuje pouze pomůcku, která mu usnadní zaměřit se na určité činnosti a prožít při nich aspoň mírné potěšení. Nejde o „zákon“, který je třeba stůj co stůj dodržet. Náročnost úkolů je třeba zvyšovat postupně a opatrně.

Další důležitou složkou plánování činnosti je systematické sebeodměňování. Pacient by si měl sepsat určité příjemné činnosti či věci, kterými sám sebe odmění hned po splnění každého naplánovaného úkolu. Tento „Seznam odměn“ může průběžně stále doplňovat. Odměny mohou být materiální (koupit si něco pěkného), může jít o příjemnou činnost (teplá koupel, šálek kávy, poslech hudby, popovídání si s blízkou osobou) nebo může jít o „duševní odměny“, tj. sebeocenění, uvědomění si svých předností apod. Jednotlivé odměny si pacient plánuje v rámci plánování činnosti: „Až splním tuto činnost, odměním se takto.“ Pacient si plán činnosti i skutečnou činnost během dne zaznamenává podobně jako při sledování činnosti, včetně hodnocení „výkonu“, „potěšení“ a „nálad“ každou hodinu.

Pacienti často sebeodměňování zpočátku odmítají s tím, že se nemají za co odměnit. Je třeba je přesvědčit, že systematické sebeodměňování je nezbytné, pokud se chtějí dysforického ladění zbavit a zajistit si kontrolu nad svými emocemi a chováním. Navíc zdůrazňujeme, že jde o posun od závislosti na druhých (to, že druhí mě ocení nebo odmění) k sebeřídícímu stylu. Sebeodměňování je třeba v každém sezení kontrolovat a opakovaně vysvětlovat jeho smysl. Většina pacientů po určité době pocítí pozitivní vliv sebeodměňování na svou náladu a začne je pravidelně provádět.

Sebeinstruktáž

Sebeinstruktáž je metoda, která vychází z poznatku, že jednání i emoce v určité situaci jsou ovlivněny tím, co si člověk v této situaci říká. Systematické uplatnění sebeinstruktáže jako terapeutické metody vychází z prací Meichenbauma (1977b) a Goldfrieda a kol. (1974), i když podobný přístup najdeme již v pracích Cautely (1967) o tzv. skrytém podmiňování.

Prvním krokem při nácviu sebeinstruktáže je zjištění a analýza toho, co si pacient v určitých problematických situacích myslí a jak to ovlivňuje jeho emoce a jednání. Když si pacient uvědomí, jak jeho „vnitřní monolog“ souvisí s jeho prožíváním a jednáním, spočívá další krok ve vytvoření takových myšlenek, které pacientovi pomohou lépe problematickou situaci zvládnout. Tyto konstruktivní a povzbuzující výroky si poté pacient systematicky nacvičuje – nejdříve v rámci sezení, kdy si problematickou situaci představuje, později v reálných situacích. Terapeut

může sloužit jako vzor, když předvádí pacientovi, jak lze určitou situaci zvládnout, a přitom nahlas říká jednotlivé sebeinstruuující výroky. Pacient si může tyto výroky při zvládání určité situace říkat nejdříve nahlas, pak šeptem a nakonec v duchu. Také může nosit tyto výroky napsané u sebe a ve stresujících situacích si je číst.

Fliegel (1993) uvádí, že sebeinstrukce lze rozdělit na ty, které:

- **zaměřují pozornost** na vzniklý problém („Co se to děje? Čeho se bojím?“);
- **řídí vlastní jednání** („Co mám teď udělat? Musím se uvolnit, dýchat klidně, neutíkat!“);
- **dodávají odvalu** („Vydržím to! Zvládnou to!“);
- **oceňují vlastní jednání** („Výborně! To jsem udělal dobře!“).

Metoda nácviku sebeinstruktáže a změny vnitřního monologu se obvykle ne-užívá samostatně, ale kombinuje se s dalšími metodami, především s expozicí, s nácvikem podle vzoru nebo s operantním podmiňováním. Rozdíl mezi nácvikem sebeinstruktáže a kognitivní restrukturalizací je spíše v odlišném důrazu na jednotlivé kroky. Zatímco při kognitivní restrukturalizaci klademe důraz především na analýzu logických chyb v myšlení a nahrazení iracionálních myšlenek myšlenkami rozumnějšími, při nácviku sebeinstruktáže se zaměřujeme především na poukázání souvislostí mezi určitými vnitřními výroky a emoční reakcí („To je strašné!“ úzkost zvyšuje, „Je to nepříjemné, ale dá se to vydržet“ úzkost snižuje) a na praktický nácvik používání uklidňujících, sebeřídících, povzbuzujících a sebeoceňujících výroků před, během a po zvládnutí určité problematické situace.

Nácvik sebeinstruktáže lze použít při zvládání všech stavů úzkosti a demoralizace, stavů zlosti a při problémech se zvládáním impulzů.

Kognitivní restrukturalizace

Při kognitivní restrukturalizaci jde o změnu dysfunkčních automatických myšlenek, které vedou k emoční nepohodě a mohou nepříznivě ovlivňovat chování. Kognitivní restrukturalizace zpravidla znamená systematické hledání adaptivnějších (vyváženějších) myšlenek a představ, kterých pacient využívá ve zraňujících nebo ohrožujících situacích. Nalezení konstruktivní vnitřní mluvy zpravidla vede k zmírnění negativních emocí a k adaptivnějším formám chování. Na úrovni kognitivní restrukturalizace můžeme použít celou řadu intervencí:

- určení a zkoumání automatických negativních myšlenek;
- označení kognitivních omylů;
- sokratický dialog;
- použití záznamu automatických myšlenek;
- restrukturalizaci představ při řízené imaginaci;
- zkoumání výhod a nevýhod automatických myšlenek a metakognicí (myšlenek o vlastních myšlenkách);
- behaviorální experimenty.

Určení automatických negativních myšlenek

Poté, co pacientovi vysvětlíme, jak úzce spolu myšlenky a emoce souvisejí, požádáme jej, aby uvedl jako příklad několik myšlenek, které jej obvykle napadají, když se necítí dobře. Beck (1985) doporučuje, aby terapeut tyto myšlenky napsal na tabuli nebo na papír, protože pacient tak od nich získá určitý odstup. Uvádí, že když si pacient může své negativní myšlenky přečíst, často se mu začnou vybavovat další, hlubší a závažnější myšlenky. Ke každé zapsané myšlence pacient uvede, jak silnou emoci na škále 0–10 v něm vyvolává a nakolik této myšlence věří (na škále 0–100 %).

Některým pacientům nedělá potíže své negativní automatické myšlenky určit. Jiní však potřebují určitý nácvik, než dokážou určit své negativní myšlenky, které se u nich pojí s depresí či s úzkostí. Clark (1989) udává tyto nejčastější příčiny problémů s určením automatických myšlenek:

- Automatické myšlenky jsou pro pacienta tak běžné a samozřejmé, že neupoutávají jeho pozornost.
- Kognitivní procesy spojené s negativními emocemi jsou často velmi krátké (trvají méně než jednu sekundu), takže je pro pacienta velmi těžké si jich všimnout a zapamatovat si je. Pacient si proto uvědomí až emoci, kterou tyto myšlenky vyvolaly, a má pak dojem, že vznikla „z ničeho nic“.
- Emoce nemusejí být vyvolávány jen myšlenkami, ale také vizuálními představami, které mohou být i velmi bizarní (pacientka si představí, jak leží v mdlobách na ulici) a o kterých se proto pacient zdráhá hovořit.
- Automatické myšlenky vyvolávají nepříjemné emoce, a proto se pacient často snaží vyhnout se jim a potlačit je, například tak, že okamžitě začne myslet na něco jiného. Tato reakce, tzv. kognitivní vyhýbání, je mnohdy natolik automatizovaná, že si je pacient vědom pouze svých „obránných“ myšlenek, zatímco úzkostné a depresivní myšlenky a představy není schopen popsat.
- Protože automatické myšlenky často budí v pacientovi velmi silnou úzkost, strach, napětí, zlost, podrážděnost nebo depresi, zdráhá se někdy při rozhovoru s terapeutem úmyslně si je znovu vyvolat a hovoří jen obecně o tématech, která mu dělají starosti, nebo sděluje „umírněné“ verze svých automatických myšlenek.

Pacientovi k určení jeho automatických negativních myšlenek může pomoci několik technik (Clark, 1989):

1. **Rozbor posledního negativního prožitku.** Necháme pacienta, aby nám podrobně popsal, co se dělo, když se naposledy cítil hodně špatně, a přitom se snažíme zjistit, co pro něj tato situace znamenala a jak tuto situaci hodnotí. Ptáme se: „Co vám v tom okamžiku běželo hlavou?“, „Co nejhoršího si myslíte, že by se v této situaci mohlo stát?“ Pokud si pacient na poslední úzkostný zážitek dostatečně nevzpomíná, můžeme jej požádat, aby zavřel oči a představil si, že je opět v situaci, která v něm vyvolala negativní emoce. Pak jej požádáme, aby nám svou představu popsal, včetně emocí a myšlenek, které se mu při této představě vybavují.

2. **Hraní rolí.** Pokud se negativní emoce objevují v interpersonálních situacích, nejvhodnějším prostředkem ke znovuvyvolání negativních myšlenek je přehrát scénku, v níž terapeut hraje roli druhé osoby. Během scénky se můžeme opakovaně zeptat, co právě pacientovi běží hlavou.
3. **Zachycení změny nálady během sezení.** Když si všimneme, že pacient během sezení jeví známky frustrace, můžeme se jej zeptat, co mu právě běží hlavou.
4. **Určení významu určité události.** Někdy se nám pomocí otázek nepodaří určit, jaké konkrétní negativní myšlenky nebo představy pacienta zúzkostňují či deprimují, a pacient tvrdí, že jej nic nenapadá, není schopen si nic představit, ani se vžít do své role při hraní rolí. Pak může pomoci, když se zeptáme, jak pacient určitou situaci hodnotí: „Nejste si jist, co vám běželo hlavou, když... (popíšeme situaci). Když nyní tuto situaci zpětně hodnotíte, co pro vás znamenala? Co říkala o vás, o vaší budoucnosti?“
5. **Uvedení příkladů myšlenek, na které se má pacient zaměřit.** Pacienta můžeme vyzvat, aby se zaměřil na své myšlenky týkající se ohrožení, myšlenky týkající se pocitů viny, myšlenky obsahující extrémní výrazy „nikdy“, „nic“, „úplně k ničemu“, katastrofická slova jako „strašné“, „nesnesitelné“, „příšerné“, myšlenky obsahující „bychy a musy“, myšlenky obsahující negativní sebehodnocení „hlupák“, „blbec“, „nemožná matka“, případně na otázky, na které nelze odpovědět „Co se mnou bude?“, „Co když...?“, „Proč zrovna já...?“.
6. **Zkouška „in vivo“.** Pokud se nedaří zjistit automatické myšlenky v sezení, je třeba vyvolat v pacientovi příslušnou emoci v reálné situaci. Můžeme proto požádat pacienta, abychom se společně vystavili situaci, která v něm budí frustraci, a aby popsal, jaké myšlenky mu běží hlavou. Obecně lze tedy říci, že nejučinnějším způsobem, jak zjistit pacientovy tzv. horké (emočně nabitě automatické) myšlenky, je vyvolat emoci, která je s těmito myšlenkami či představami spojena.

Když se pacient naučí určovat své automatické myšlenky v sezení za pomoci terapeuta, požádáme jej, aby za domácí úkol sledoval své nepříjemné pocity a využíval jich jako signál k určení, v jakých situacích se tyto nepříjemné pocity vyskytují a jaké negativní automatické myšlenky obsahují. Tyto emoce, situace i myšlenky si pacient zaznamenává do formuláře.

Je důležité, aby si pacient zaznamenal skutečné znění automatických myšlenek, tak jak mu běžely hlavou. Tedy aby si zapsal „Jsem úplně nemožný“, a ne „Přemýšlel jsem o sobě“. Dále je důležité, aby si zaznamenal, nakolik uvedené automatické myšlenky věří na škále 0–100 %. Rovněž emoci zhodnotí podle její síly na škále 1–10. Situaci může pacient popsat jen stručně „Byla jsem v kuchyni a vařila jsem“. Pokud je toho pacient schopen, může si zapsat i to, o čem v době výskytu automatických myšlenek přemýšlel.

Záznam automatických myšlenek pak probíráme s pacientem v následujícím sezení. Přitom si všímáme, zda zaznamenaná negativní myšlenka odpovídá síle

emoce, kterou vyvolala. Například když pacientka zapíše, že při vaření pocítila silnou depresi (hodnota 8), protože polévku málo osolila, a že ji napadlo „Zase se mi to nepodařilo“, zdá se, že tato myšlenka je vzhledem k udávané síle deprese příliš slabá. V tom případě je vhodné se ptát, jaké další myšlenky se za touto myšlenkou skrývají, např. „Jsem úplně k ničemu. Nikdy se mi nic nepodaří. Můj manžel se se mnou rozvede a zůstanu opuštěná a bez prostředků“. Při probírání automatických negativních myšlenek se pacienta neptáme, **proč** jej určitá negativní myšlenka napadla. Zajímá nás, jak tato myšlenka zněla a co z ní pacient pro sebe vyvozuje. K témuž postoji vedeme i pacienta. Beck (1985, str. 193) uvádí, že „když se pacient ptá sám sebe, proč cítí úzkost nebo proč nedokáže svou úzkost kontrolovat, vyvolává to v něm další myšlenky a potlačuje to jeho pozornost. Když se zaměří na to, **jak** se jeho úzkost projevuje, vypíná své „přemýšlející já“ a přepíná se do svého „pozorujícího já“. Tato změna postoje vůči vlastním negativním myšlenkám je jedním z klíčových faktorů kognitivní terapie.

Zpochybňování automatických negativních myšlenek

Jádrem kognitivní restrukturalizace je, aby se pacient naučil své automatické myšlenky zkoumat, zpochybňovat jejich platnost a nacházet na ně rozumné odpovědi, které sníží jejich přesvědčivost a zmírní jejich emoční dopad.

Pacient bývá často přesvědčen, že jeho automatické myšlenky jsou pravdivé a věří jim na 100 %. Úkolem terapeuta je naučit ho, aby své automatické myšlenky kriticky zkoumal, tj. pohlížel na ně jako na „hypotézy“, které mohou být pravdivé, ale nemusejí. Beck (1979) doporučuje, aby terapeut s pacientem vytvořili něco jako „vědecký tým“, který společně zkoumá platnost automa-

Tab. 37 Záznam automatických negativních myšlenek u hraniční poruchy osobnosti

Situace:	Matka mě kritizovala, že jsem přišla domů až ráno.
Myšlenky:	1. Co si ta kráva vůbec myslí! 2. Vždy mi jen škodila! (90 %) 3. Nenávídím ji! (80 %)
Emoce:	Vztek (9) Nenávist (8)
Chování:	Křik na matku Rozbití okna Pořezání se
Restrukturalizace:	1. Měla o mně strach, sice zbytečně, ale kráva proto není. (60 %) 2. Přeháním, v mnohém mi pomohla. (60 %) 3. Někdy ano, jindy mi na ní záleží. (90 %)
Akce:	Nyní: Řeknu, že jsem to přehnala. Příště: Zavolání mě nezničí.
Dysfunkční schéma:	Buď jsem zlá já, nebo ona.

tické myšlenky. Na rozdíl od Ellisovy metody konfrontace, která spočívá v tom, že terapeut silou svých argumentů přesvědčí pacienta o iracionálnosti a nelogičnosti jeho myšlenek, doporučuje Beck, aby terapeut vedl s pacientem tzv. sokratický rozhovor, při němž jej učí, aby sám sobě kladl určité otázky a na jejich základě sám dospěl k závěru o platnosti či neplatnosti svých negativních myšlenek. Smyslem tohoto rozhovoru tedy není přesvědčit pacienta, že se ve svém myšlení mylí, ale ukázat mu, že jeho způsob myšlení není jediný možný, že lze určitou situaci hodnotit i jinak a že jiný způsob myšlení vede k rozdílnému emočnímu prožívání. Přitom musíme mít stále na paměti, že pro pacienta je představa, že by mohl své automatické negativní myšlenky kriticky zkoumat, zpočátku velmi málo přijatelná a že potřebuje dostatek času, aby se naučil klást si příslušné otázky a hledat na ně rozumné odpovědi. Musíme být proto velmi trpěliví a pomáhat mu, aby si dokázal tuto metodu postupně osvojit. Fennel (1989) uvádí tyto vhodné otázky ke zkoumání platnosti automatických myšlenek:

1. **Co svědčí pro tuto myšlenku?** Fakta, z nichž automatické myšlenky vycházejí, jsou mnohdy zkreslena dvojím způsobem. Pacient si jednak daleko snáze vybavuje informace, které jeho automatické myšlenky podporují, než informace, které jsou s ní v rozporu, takže své závěry tvoří na základě jednostranného výběru informací. Za druhé má pacient často tendenci hodnotit pozitivní či neutrální informace jako negativní a skutečně negativní informace jako ještě negativnější, než ve skutečnosti jsou. Z toho plyne, že musíme vést pacienta k tomu, aby prozkoumal platnost faktů, které podporují jeho automatické myšlenky, a aby se zaměřil i na zjištění faktů, které jsou s touto automatickou myšlenkou v rozporu. Pacient by se měl naučit klást si otázky: „Nepletu si fakta s myšlenkami?“ nebo „Nedělám ukvapené závěry?“

Tab. 38 Příklady otázek ke zkoumání platnosti automatických negativních myšlenek

-
1. Co svědčí pro? Co svědčí proti?
 2. Jsou možná i jiná vysvětlení?
 3. Co by si v takové situaci myslel někdo jiný?
 4. Vychází myšlenka pacienta z toho, jak se cítil, nebo z faktů – z toho, co se skutečně dělo?
 5. Jaké výhody a nevýhody mu přináší tento způsob uvažování?
 6. Jakých logických chyb se dopouští?
 7. Nezapomíná na některá důležitá fakta a nepřeceňuje význam maličkostí?
 8. Neuvažuje v extrémních pojmech – všechno, nebo nic?
 9. Nezabývá se otázkami, na které nelze odpovědět?
 10. Nemá na sebe přísnější nároky než na druhé?
 11. Nepřeceňuje pravděpodobnost, s níž určitá událost hrozí?
 12. I kdyby se stalo to, čeho se pacient obává – co by na tom bylo tak strašného?
 13. Nepřebírá na sebe pacient odpovědnost i za věci, které nemůže ovlivnit?
-

Tento postup ilustrujeme na následujícím dialogu (Fennel, 1989):

- Pacientka:* Můj manžel mě už nemá rád.
Terapeut: To musí být velice nepříjemná myšlenka. Proč si myslíte, že už vás nemá rád?
Pacientka: No, když přijde večer domů, tak se se mnou vůbec nebaví. Jenom si sedne a kouká na televizi. Pak si jde hned lehnout.
Terapeut: Dobrá. Existují nějaké důkazy, cokoli v jeho chování, co nesouhlasí s vaší myšlenkou, že vás už nemá rád?
Pacientka: Nemůžu na nic přijít. No, počkejte. Vlastně jsem měla před několika týdny narozeniny a on mi dal moc pěkné hodinky. Viděla jsem je za výkladem a řekla jsem mu, že se mi líbí, a on si to zapamatoval a koupil mi je.
Terapeut: Dobrá. A jak se to shoduje s vaším přesvědčením, že vás manžel už nemá rád?
Pacientka: No, moc to nesouhlasí, že? Ale proč se tedy tak chová večer?
Terapeut: Předpokládám, že jedním možným vysvětlením je, že vás nemá rád. Ale jsou i jiná možná vysvětlení?
Pacientka: Víte, on přes den těžce pracuje, takže se vrací domů dost pozdě. A často pracuje i o víkendu. Možná že je to tím.
Terapeut: Mohlo by to být tím? Jak by se dalo zjistit, jestli to tak opravdu je?
Pacientka: Mohla bych mu říci, že vypadá unavený, zeptat se ho, jak se cítí a jak mu jde práce. Neudělala jsem to, protože mě naštvalo, že si mě nevšímá.
Terapeut: To je velice dobrý nápad. Co kdybyste to dostala za domácí úkol na tento týden?

2. **Nejsou možná i jiná vysvětlení?** Někdy je snadné přivést pacienta na údaje, které svědčí proti jeho automatickým myšlenkám. Pokud tomu tak není, můžeme se ptát: „Co byste si v této situaci myslel dříve, když jste se cítil dobře?“, „Co by si v této situaci mohl myslet někdo jiný?“ nebo „Co byste řekla někomu jinému, kdyby za vámi přišel s tímto problémem?“. Lidé často dokážou získat od svých problémů emoční odstup, když si představí, že se týká někoho jiného, a pak je dokážou také lépe řešit. Důležité je, aby jiné možnosti vysvětlení odpovídaly známým faktům, jinak je pacient může vnímat pouze jako prázdné ujišťování.
3. **Jaké výhody a jaké nevýhody přináší tento způsob uvažování?** Tato otázka je zvláště důležitá při zpochybňování sebekritických myšlenek. Řada pacientů považuje sebekritický postoj za užitečný a neuvědomuje si, nakolik podřívá jejich úsilí překonat potíže.

- Terapeut:* Mám dojem, že jste na sebe hodně přísný, když o něco usilujete a ono se vám to nedaří.
Pacient: Ani si nemyslím. Teda, kdybych na sebe neměl vysoké nároky, pak už bych neudělal vůbec nic.
Terapeut: Abyste se vůbec přiměl k nějaké činnosti, musíte být na sebe přísný?
Pacient: Ano.
Terapeut: Poslyšte, vy máte malou dcerku, že? Když se učila mluvit, jak jste jí přitom pomáhal? Všiml jste si všech chyb, které dělala, a zlobil jste se na ni, když nějaké slovo nepoužila správně?
Pacient: Ne, to ne.
Terapeut: Co myslíte, že by se stalo, kdybyste to tak dělal?

- Pacient:* No, myslím že by ztratila odvahu a nepokoušela se dál mluvit.
- Terapeut:* Nezdá se vám, že něco podobného děláte sám sobě?
- Pacient:* Hm..., máte pravdu, ztratím chuť a radši se vzdám další snahy.
- Terapeut:* Co by se mohlo stát, kdybyste na sebe přestal být tak přísný a spíše se oceňil za všechno, co se vám povede?
- Pacient:* Myslíte, abych se k sobě choval stejně, jako se chovám k někomu jinému, kdo se snaží naučit něco nového?
- Terapeut:* Přesně tak. Co kdybychom vyzkoušeli výhody tohoto přístupu během příštího týdne?
- Pacient:* No, myslím, že bych se pak snáze pouštěl do různých činností.

Pacient by se měl naučit položit si otázky: „Pomáhá mi tento způsob uvažování, nebo mi škodí?“, „Neztrácím čas hledáním odpovědí na otázky, na které odpovědět nelze?“, „Nepoužívám dvojí metr – nemám na sebe vyšší nároky než na druhé? Nebo naopak?“.

4. **Jakých logických chyb se pacient dopouští?** Tento typ otázek je vhodný tehdy, když se pacient opakovaně dopouští určitých logických chyb v myšlení. Pak by si měl položit například tyto otázky: „Nemám sklon k černobílému myšlení – tedy k myšlení v pojmech všechno, nebo nic?“, „Nezaměřuji se jen na své nedostatky a nepřehlížím i své přednosti?“, „Nepřeháním skutečné riziko toho, co by se mohlo stát?“, „Nemám sklon vyčítat si i věci, za které ve skutečnosti nemohu?“, „Nemám sklon považovat se za úplně neschopného, když se mi něco nepodaří?“, „Neočekávám od sebe, že budu vždy dokonalý?“, „Nevšímám si jen nepříjemných stránek událostí?“, „Nemám sklon ke katastrofickému myšlení?“, „Nepřisuzuji určitým událostem příliš velký význam?“, „Nezabývám se stále přemýšlením o tom, jak by věci měly být, místo abych se smířil s tím, jaké jsou?“, „Nevzdávám se předčasně a neříkám si, že se moje situace stejně nedá nijak změnit?“, „Mám sklon budoucnost předvídat, místo abych ji sám tvořil?“ či „Nesnažím se problémům vyhýbat, místo abych se snažil je vyřešit?“. Seznam možných otázek je nekonečný a každý terapeut si postupně vytvoří svůj vlastní, který mu nejlépe vyhovuje.

Je velmi důležité vést pacienta k tomu, aby si tyto otázky sám kladl a terapeut mu pouze pomáhal hledat na ně odpovědi. Sokratický rozhovor se nikdy **nesmí změnit v disputaci**, v níž terapeut pacientovi dokazuje, že se mýlí, zatímco pacient hájí pravdivost automatické negativní myšlenky. Je také důležité nenechat se svést k tomu, abychom odpovídali na tyto otázky za pacienta. I když někdy máme dojem, že známe vhodnou rozumnou odpověď na automatické myšlenky, je lepší být trpělivý a nechat pacientovi dostatek času, aby přišel s vlastní odpovědí, která bude pro něj přesvědčivá. Cílem tohoto způsobu vedení rozhovoru totiž není pouze to, aby pacient dokázal nalézt rozumnou odpověď na automatické myšlenky, ale především aby se naučil si tyto otázky sám klást a s jejich pomocí své automatické myšlenky zpochybňovat. Proto pacientovi poskytneme vhodné otázky ke zpochybňování automatických myšlenek písemně. Je také vhodné nahrávat průběh sezení na magnetofonovou kazetu

a dát ji pacientovi domů, aby si ji do příštího sezení několikrát poslechl a rychleji tak pochopil principy metody zpochybňování automatických myšlenek.

Nalezení rozumné odpovědi na automatické myšlenky

Na závěr sokratického rozhovoru by měl být pacient schopen zformulovat si určitou rozumnou odpověď na automatické myšlenky. Tato rozumná odpověď musí odpovídat známým faktům, tj. nesmí jít o zkreslování skutečnosti opačným směrem („vyměnit černé brýle za růžové“). Právě tím se liší KBT od různých směrů tzv. pozitivního myšlení. Je důležité, aby rozumná odpověď byla pro pacienta dostatečně přesvědčivá – proto ho vždy požádáme, aby zhodnotil přesvědčivost rozumné odpovědi na škále 0–100 %. Pokud zjistíme, že rozumná odpověď není pro pacienta přesvědčivá, je třeba přesvědčivost rozumné odpovědi posílit dalšími argumenty nebo hledat jinou přesvědčivější rozumnou odpověď.

V dalším kroku musíme zjistit, zda se změnila přesvědčivost původní automatické myšlenky. Pokud se ji během sokratického rozhovoru podařilo úspěšně zpochybnit, pak její přesvědčivost klesne. Konečně v posledním kroku musíme zjistit, zda se vlivem vytvoření rozumné odpovědi změnila síla emoce spojené s automatickou myšlenkou. Pokud byla automatická myšlenka úspěšně zpochybněna, pak emoce s ní spojená zeslábnou.

Tab. 39 Záznam automatických negativních myšlenek u narcistické poruchy osobnosti

Situace:	Úspěch kolegy v práci, šéf ho chválí.
Myšlenky:	Mě nikdo nepochválí. (90 %) Nestojím jim za to! To je proto, že mě šéf nemá rád. (90 %) Závidí mi, že jsem schopnější než on. (80 %)
Emoce:	Naštvaní (8) Smutek (9) Pohrdání (7)
Chování:	Mrzutě nepřítomně blahopřeji. Rychle s výmluvou odcházím. Celý den se tím trápím a vymýšlím, „jak se pomstít“.
Restrukturalizace:	Není to pravda, občas mě šéf i jiní lidé pochválí. Fakt je, že bych to mohl slyšet pořád. Mám nadměrnou potřebu chvály. (60 %) Nic mimořádného jsem teď neudělal. Když se mi povede, jsem pochválen. Nevím, zda mě šéf má rád, ale většinou se chová přátelsky. (70 %) Spíše mu já závidím jeho schopnosti, protože se před ním cítím někdy neschopný. (100 %)
Akce:	Nyní: Vrátím se na oslavu a zkusím se těšit s Frantou (pokud to půjde). Příště: Nebudu utíkat ze situací, když cítím závist a málo uznání, spíše se nad nimi zamyslím. Uvědomím si, že mám nadměrnou potřebu ocenění.
Dysfunkční schéma:	Jsem horší než druzí – jsem lepší než druzí.

Celý tento postup zpochybňování automatických a vytváření rozumných odpovědí si pacient mezi sezeními procvičuje za domácí úkol, přičemž používá formulář „Záznam zpochybňování negativních myšlenek“, který je uveden v tabulce 39.

Ověření platnosti automatických myšlenek v reálných situacích

Verbální zpochybnění automatických myšlenek sice může vést k oslabení jejich účinnosti a oslabení negativních emocí, které jsou s nimi spojené, nemusí však vést k tomu, aby pacient změnil i své chování a tím získal nové zkušenosti. Proto doplňujeme nácvik zpochybňování automatických myšlenek i systematickým plánováním tzv. behaviorálních experimentů, při kterých pacient ověřuje platnost automatických myšlenek v reálných situacích. Pokud získané zkušenosti nepotvrdí pacientova negativní očekávání, věrohodnost automatické myšlenky se tím dále sníží a pacient získá více odvahy své dosavadní chování změnit.

Je však třeba předem zjistit, zda pacient má určité chování ve svém repertoáru, ale pod vlivem negativních myšlenek toto chování neuplatňuje (např. umí vyjádřit nesouhlas, ale pod vlivem myšlenky „Když s ním budu nesouhlasit, nebude mě pak mít rád“ se to obává učinit), nebo zda neví, jak jinak by se měl v určité situaci chovat. V takovém případě je nezbytné s ním nové formy chování nejdříve nacvičit v rámci sezení a teprve pak napláňovat behaviorální experiment.

Při ověřování automatické myšlenky v reálné situaci postupujeme po těchto krocích:

1. **Necháme pacienta vyslovit určitou předpověď** – hypotézu – která plyne z automatické myšlenky, např. „Když půjdu na rodinnou oslavu, určitě mi budou rodiče vyčítat moje vlastnosti, pohádám se a bude mi z toho špatně“.
2. **Probereme s pacientem všechna fakta svědčící pro i proti této hypotéze.** Již upozornění na fakta svědčící proti negativní předpovědi může pacientovi dodat odvalu, aby uskutečnil jednání, kterého se obává. Například pacientce může pomoci, když si uvědomí, že pokud se bude chovat jiným způsobem než obvykle, nemusí k hádce dojít. Dokonce i kdyby se chovala stejně jako obvykle, hádka není nutností. Ale i kdyby došlo k výčitkám, nemusí na ně reagovat protiútokem. Má mnoho jiných možností – například mlčení, asertivní souhlas, negativní dotazování, odvedení pozornosti apod. Ale i kdyby reagovala protiútokem, nemusí jí z toho být špatně.
3. **Naplánujeme konkrétní zkoušku, která potvrdí, nebo vyvrátí danou hypotézu.** Je třeba, aby pacient přesně věděl, co má dělat a čeho si má všímat. Je důležité napláňovat behaviorální experiment tak, aby se zvýšila pravděpodobnost úspěšného výsledku. V uvedeném příkladě je například možné napláňovat s pacientkou vstřícné chování k rodičům – pochválení jejich vzhledu, zdraví, toho, co udělali. Pak je možné také napláňovat reakci na kritiku a nacvičit ji.
4. **Zaznamenáme výsledek.** Je důležité, aby byl behaviorální experiment uspořádán tak, že každý výsledek lze hodnotit jako úspěch. Pokud se hypotéza nepotvrdí, pacient si ověří, že jeho automatické myšlenky jsou mylné.

Pokud se však hypotéza potvrdí (např. pacientka na rodiče vybuchne nebo v určité situaci skutečně nedokáže říci ani slovo nebo řekne něco, čemu se druzí začnou smát a ona si bude připadat trapně), znamená to pro pacienta i terapeuta cennou informaci. V sezení pak můžeme podrobně probrat, kde se stala chyba, co by pacient příště mohl dělat jinak a zda tato zkušenost byla pro pacienta skutečně tak nesnesitelná, jak se předtím domníval.

5. **Zformulujeme závěry.** Po probrání výsledku behaviorálního experimentu by si pacient měl zformulovat, co si z něj odnáší za poučení, např. „Nebudu si předem říkat, že něco nedokážu, ale vyzkouším si, jak mi to půjde“.

Obvyklé problémy při zpochybňování AM

Při zpochybňování AM se nejčastěji setkáme s těmito problémy:

- a) **Rozumná odpověď nemá žádný účinek.** Aby rozumná odpověď byla účinná, tj. aby snižovala přesvědčivost automatických myšlenek a zmírňovala emoci s ní spojenou, je nutné, aby byla pro pacienta přijatelná a aspoň částečně přesvědčivá. Odpověď, která může připadat logická terapeutovi, nemusí tak připadat pacientovi. Neznámá to ovšem, že je nutné najít rozumnou odpověď, která by pro pacienta byla přesvědčivá na 100 % a která by zcela smazala přesvědčivost automatických myšlenek. Zvláště zpočátku je třeba počítat s tím, že rozumné odpovědi, i když odpovídají faktům a pacient je na racionální úrovni přijímá, mají na přesvědčivost automatických myšlenek a jejich emoční doprovod jen omezený vliv. Není to důvod se této metody vzdát s tím, že je neúčinná. Zpochybňování automatických myšlenek je dovednost, kterou je třeba znovu a znovu procvičovat. Přesvědčivost rozumných odpovědí a jejich vliv na automatické myšlenky se obvykle zvyšuje jen pozvolna. Platí, že čím usilovněji pacient tuto metodu používá, tím dříve se její účinek projeví.
- b) **Terapeut se nakazí způsobem uvažování pacienta.** V některých případech se může stát, že pacient přesvědčí terapeuta o oprávněnosti své automatické myšlenky. I v těchto případech však platí, že každou situaci lze hodnotit několika různými způsoby a že není jen jeden možný způsob myšlení. Terapeut se proto musí zaměřit na hledání jiných možných způsobů myšlení a hodnocení, především takových, které by pacientovi více pomáhaly než jeho současný způsob. Ne každý člověk, který by se dostal do situace pacienta, by v ní propadl tak silné úzkosti či depresi. Mnoho lidí si dokáže uchovat konstruktivní způsob uvažování i ve velmi obtížných a zdánlivě beznadějných situacích. Proč toho právě tento pacient není schopen? Co v jeho myšlení mu v tom brání?
- c) **Zpochybňování nezpochybnitelného.** Fakta nelze úspěšně zpochybnit. Někdy se proto negativní předpověď pacienta ukáže jako pravdivá, jeho negativní hodnocení situace odpovídá skutečnosti. Abychom se vyvarovali toho, že se budeme snažit zpochybnit něco nezpochybnitelného, je třeba probrat všechna fakta, která svědčí pro to, že pacientovy myšlenky v dané situaci jsou realistické. Stejně tak nelze zpochybňovat otázky typu „A co když...?“ „Za tě-

mito otázkami se skrývají určitá negativní očekávání (za otázkou „A co když se znemožním?“ se skrývá negativní myšlenka „Znemožním se!“), která je třeba s pacientem zformulovat, zvážit jejich pravděpodobnost a ověřit formou behaviorálního experimentu. Pacienta je zároveň třeba formou sokratických otázek přivést k přijetí skutečnosti, že v reálném světě neexistují sto-procentní záruky, že se mu nestane něco nežádoucího.

- d) **Nedostatek trpělivosti na straně terapeuta.** Vzhledem k tomu, že terapeut metodu zpochybňování automatických myšlenek zná a je pro něj daleko snazší se od nich emočně odpoutat a posuzovat pouze jejich faktický obsah, může se zvláště začínajícímu terapeutovi zdát nepochopitelné, jak to, že pacient není schopen přijít s žádnou „rozumnou“ odpovědí a uvědomit si zcela zjevné chyby v logice svého uvažování. Nesmíme se však začít na pacienta zlobit, ani jej považovat za hloupého, či dokonce za úmyslně nespolupracujícího, a nesmíme také podlehnout pokušení začít mu vnucovat své vlastní „rozumné“ odpovědi na jeho automatické myšlenky. Jako při všech metodách v KBT je i při této poměrně náročné metodě proces učení postupný, a proto se musíme přizpůsobit schopnostem a tempu pacienta. Nesmí nás také překvapit, že v sezení již zdánlivě úspěšně zpochybněná automatická myšlenka se znovu vrátí s plnou přesvědčivostí a pacient jako by zapomněl, jaké „rozumné“ odpovědi si na ni již vytvořil.

Zpochybňování dysfunkčních schémat

Zdrojem jednotlivých automatických myšlenek jsou hlubší kognitivní struktury, které Beck označuje jako „schémata“ (Beck & Weishaar, 1989) – viz výše. Tato „schémata“ si člověk vytváří během života již od raného dětství prostřednictvím svých zážitků a zkušeností a na jejich základě pak hodnotí sám sebe, svět kolem sebe a svá očekávání do budoucnosti. Přitom jsou tato „bazální přesvědčení“ často neuvědomovaná, a pacient je proto nedokáže sám zformulovat. Tato dysfunkční schémata mají následující charakteristické rysy:

- a) **Neodrážejí reálnou lidskou zkušenost.** Např. schéma „Musím si se vším poradit sám“ nebere v úvahu skutečnost, že každý člověk se může dostat do situace, kterou není schopen svými vlastními silami zvládnout.
- b) **Jsou rigidní, nadměrně generalizující a extrémní.** Neberou ohled na to, že okolnosti se mohou měnit a že zásady vhodné v určité situaci mohou být nevhodné v situaci jiné.
- c) **Dosažení žádoucího cíle spíše brání než pomáhají.** Např. schéma „Nesmím nikdy udělat chybu“ zvyšuje úzkost, která může vést k většímu počtu chyb.
- d) **Jejich porušení vyvolává dlouhotrvající a intenzivní emoční reakci.** Např. pokud člověka se schématem „Moje hodnota závisí na tom, co dokážu“ potká úraz a stane se invalidou, propadne zoufalství a beznaději. Naopak, pokud se člověku podaří jednat ve shodě se svým schématem, pociťuje velké nadšení a má pocit hrdosti.

- e) **Jsou relativně odolná vůči každodenní zkušenosti.** To znamená, že i když se člověk setká s událostmi, které jeho schématům odporují, má tendenci si tyto události vysvětlit jako výjimku nebo si jich vůbec nevšimnout. Je tomu částečně proto, že i když člověk podle těchto schémat jedná, **jako kdyby** byla pravdivá, často si jejich existenci neuvědomuje. Kromě toho je jejich překročení spojeno s pocitem ohrožení, takže se člověk jejich zpochybnění vyhýbá.

Beck rozlišil tři skupiny dysfunkčních schémat: schémata týkající se **výkonu** (vysoké nároky na sebe, potřeba úspěchu apod.), **přijetí** (potřeba být vážen, milován) a **moci** (potřeba mít události pod kontrolou, být silný apod.). (Beck a kol., 1985)

Při léčbě poruch osobnosti, na rozdíl od úzkostných poruch, kde většinou vystačíme s prací na úrovni změny automatických myšlenek, vždy směřujeme dále ke **změně jádrových přesvědčení o sobě** (např. u závislé poruchy osobnosti: „Jsem bezmocná“) **o druhých** („Druzí lidé by se o mě měli postarat“) a **odvozených předpokladů** („Potřebuji druhé, aby mě stále podporovali a dodávali mi odvalu“ a „Kdybych se spoléhala na sebe, selhala bych“). Jde o postupnou modifikaci jádrových přesvědčení a z nich odvozených předpokladů.

Tab. 40 Kognitivní restrukturalizace – změna dysfunkčních přesvědčení o sobě, jiných lidech a světě vůbec

- Poruchy osobnosti – extrémně rigidní, globální a negativní přesvědčení o sobě, druhých lidech a světě vůbec.
- Změna těchto přesvědčení je obtížná a vyžaduje dlouhodobou práci.
- Jde o rozpoznání a postupnou modifikaci jádrových přesvědčení a z nich odvozených předpokladů:

Mapování:

- nejdříve je potřebné tato přesvědčení identifikovat a popsat;
- pak zmapovat, jak fungují v myšlenkách, emocích a chování pacienta; společně je probrat;
- vysvětlení funkce informačních procesů v udržování poruchy (selektivní abstrakce, diskvalifikace, černobílé vidění, generalizace, katastrofizace a další kognitivní omyly);
- jaké kompenzační strategie na jejich základě volí;
- které způsoby chování se jejich vinou nenaučil.

Zkoumání:

- zvažování jejich výhod a nevýhod;
- testování jejich pravdivosti či přehnanosti;
- extrémní kontrast.

Modifikace:

- hledáním modifikace dysfunkčních přesvědčení tak, aby se staly funkčnějšími, tj. zachovaly výhody a odbouraly nevýhody původních předpokladů;
- během rozhovorů s terapeutem;
- v domácích cvičeních.

Praktické procvičování:

- posledním krokem je plánování a praktikování nových způsobů chování, které vychází z modifikovaných schémat;
- expozice a behaviorální experimenty s novým nastavením.

- Nejdříve je potřebné dysfunkční schémata identifikovat a popsat. Pak zmapovat, jak fungují v myšlenkách, emocích a chování pacienta, jaké kompenzační strategie na jejich základě volí a které způsoby chování se jejich vinou nenaučil.
- Dalším krokem je zkoumání těchto přesvědčení, zvažování jejich výhod a nevýhod, jejich pravdivosti či přehnanosti.
- Léčba pokračuje hledáním modifikace dysfunkčních přesvědčení tak, aby se staly funkčnějšími, tj. zachovaly výhody a odbouraly nevýhody původních předpokladů. To probíhá jak během rozhovorů s terapeutem, tak v domácích cvičeních.
- Posledním krokem je plánování a procvičování nových způsobů chování, které vycházejí z modifikovaných schémat.

Tento proces vyžaduje značnou a vytrvalou námahu. Přehled jednotlivých přístupů je uveden v knize Becka a kol. (1990) a kapitole Beckové (1997). Zde uvádíme jen základní přístupy:

Identifikace dysfunkčních schémat

Určení dysfunkčních schémat je obtížnější než určení automatických myšlenek, protože je pacient přímo nikdy nevysloví. Nejde totiž o vědomé myšlenkové pochody, ale o neuvědomělá všeobecná pravidla, která lze z jednání a myšlení pacienta pouze odvodit. Při tomto určování dysfunkčních schémat nám mohou pomoci tato vodítka:

- opakující se témata během terapie, např. obavy z odmítnutí, sebehodnocení na základě výkonu;
- logické chyby v automatických myšlenkách mohou odrážet podobné chyby v dysfunkčních schématech;
- všeobecné hodnocení sebe i druhých může odrážet určité předpoklady o tom, jaké chování pacient od sebe i od druhých očekává;
- vzpomínky na dětství či rodinná rčení mohou pomoci určit, podle jakých schémat se řídí současné myšlení a jednání pacienta;
- nepřiměřená nálada, ať již negativní nebo pozitivní, může upozornit na to, že pacient buď porušil, nebo naopak jednal ve shodě s určitým schématem.

Schémat nejčastěji zjišťujeme na základě rozboru automatických negativních myšlenek a kognitivních omylů, kterých se pacient v konkrétních situacích opakovaně dopouští. Další metodou je podrobný **rozbor životopisu** a především **nejranějších vzpomínek**. Z nich se snaží terapeut odvodit, jaká základní přesvědčení o sobě, druhých a budoucnosti si pacient vštípil. Pomocnou možností je použití dotazníků, např. Dotazník schémat (Schema questionnaire, Young, 1994).

Jinou metodou k určení dysfunkčních schémat je „metoda padajícího šípů“. Jde o opakované kladení otázek typu: „A co to říká o vás?“, „A co je na tom tak hrozného?“, „A co to říká o druhých?“. Při tomto přístupu nezpochybňujeme určitou automatickou myšlenku, ale snažíme se dostat pod ní, k základním postojům, které ji generují. Hledáme tak dlouho, až objevíme základní pravidlo, kterým se pacient řídí nejen v dané konkrétní situaci, ale i v jiných situacích.

Tab. 41 Použití „padajícího šípů“ při hledání kognitivních schémat

Použití „padajícího šípů“ při hledání schématu v pohledu na sebe	
Automatická myšlenka:	Určitě zase zčervenám.
↘ (Co je na tom špatného?)	<i>Totálně se před druhými znemožním.</i>
↘ (Co to říká o mně?)	<i>Že nejsem schopen před druhými obstát.</i>
↘ (A co je na tom tak hrozného?)	<i>Nikdy si mě nikdo nebude vážit.</i>
↘ (Co to říká o mně?)	
Dysfunkční kognitivní schéma:	Jsem bezcenný.
Použití „padajícího šípů“ při hledání schématu v pohledu na druhé lidi	
Automatická myšlenka:	Určitě zase zčervenám.
↘ (Co je na tom špatného?)	<i>Totálně se před druhými znemožním.</i>
↘ (Co to říká o druhých?)	<i>Že jsou nadměrně kritičtí a odsuzují.</i>
↘ (A co je na tom tak hrozného?)	<i>Mají tak vysoká měřítká, že to nikdy nedokážu zvládnout.</i>
↘ (Co to říká o druhých?)	
Dysfunkční kognitivní schéma:	Lidé pohrdají těmi, kteří se neumějí chovat perfektně.
Použití „padajícího šípů“ při hledání schématu v pohledu na svět a život vůbec	
Automatická myšlenka:	Určitě zase zčervenám.
↘ (Co je na tom špatného?)	<i>Totálně se před druhými znemožním.</i>
↘ (Co to říká o světě a životě vůbec?)	<i>Že se mi v něm žije těžko.</i>
↘ (A co je na tom tak hrozného?)	<i>Že budu mít problémy v životě obstát.</i>
↘ (Co to říká o světě a životě vůbec?)	
Dysfunkční kognitivní schéma:	Život je příliš těžký a plný nebezpečí.

Když se s pacientem shodneme v tom, že jeho chování a myšlení se řídí určitým schématem (pravidlem, postojem, přesvědčením), můžeme s ním začít platnost tohoto schématu zkoumat.

Určení terapeutického cíle

Při změně schématu můžeme usilovat o čtyři úrovně změny:

1. **Restrukturalizace schématu** – dysfunkční schéma nahradíme schématem funkčním. Je to ideální cíl, dosáhnout ho se však nepodaří vždy. Například schéma „Jsem úplně k ničemu“ nahradí pacient schématem „Jsem stejně schopný jako ostatní lidé“.
2. **Modifikace schématu** – dysfunkční schéma se určitým způsobem upraví, aby bylo méně rigidní a extrémní. Například schéma „Lidem se nedá věřit“ se upraví na „Některým lidem se věřit nedá, jiným věřit lze“.
3. **Reinterpretace schématu** – stávající schéma se využije konstruktivnějším způsobem. Například schéma „Lidem se nedá věřit“ využívá pacient v rámci povolání hlídače či policisty, jinak se učí nedávat to okamžitě najevo a chovat se vstřícněji.

4. **Kamufláž (zakrytí) schématu** – pacient se učí změnit své způsoby jednání v okamžiku aktivace maladaptivního schématu, např. když je aktivní schéma „Jsem úplně k ničemu“, tak nespáchá hned sebevražedný pokus, ale zatelefonuje na linku důvěry. V rámci krátkodobé terapie či u vážně osobnostně postižených pacientů je i toto možným cílem terapie.

Tab. 42 Příklad různých úrovní změny schématu

Původní přesvědčení:	Lidem se nedá věřit, snadno zradí a ublíží mi.
Restrukturalizace přesvědčení:	Lidem mohu přiměřeně věřit ve většině situací. I pokud by mě zradili a ublížili by mi, zvládnu to.
Modifikace přesvědčení:	Některým mohu věřit, jiným nikoliv.
Reinterpretace přesvědčení:	Lidem se nedá věřit, ale mně to neohrožuje.
Kamufláž přesvědčení:	Lidem se nedá věřit, ale moje okolí mě ochrání.

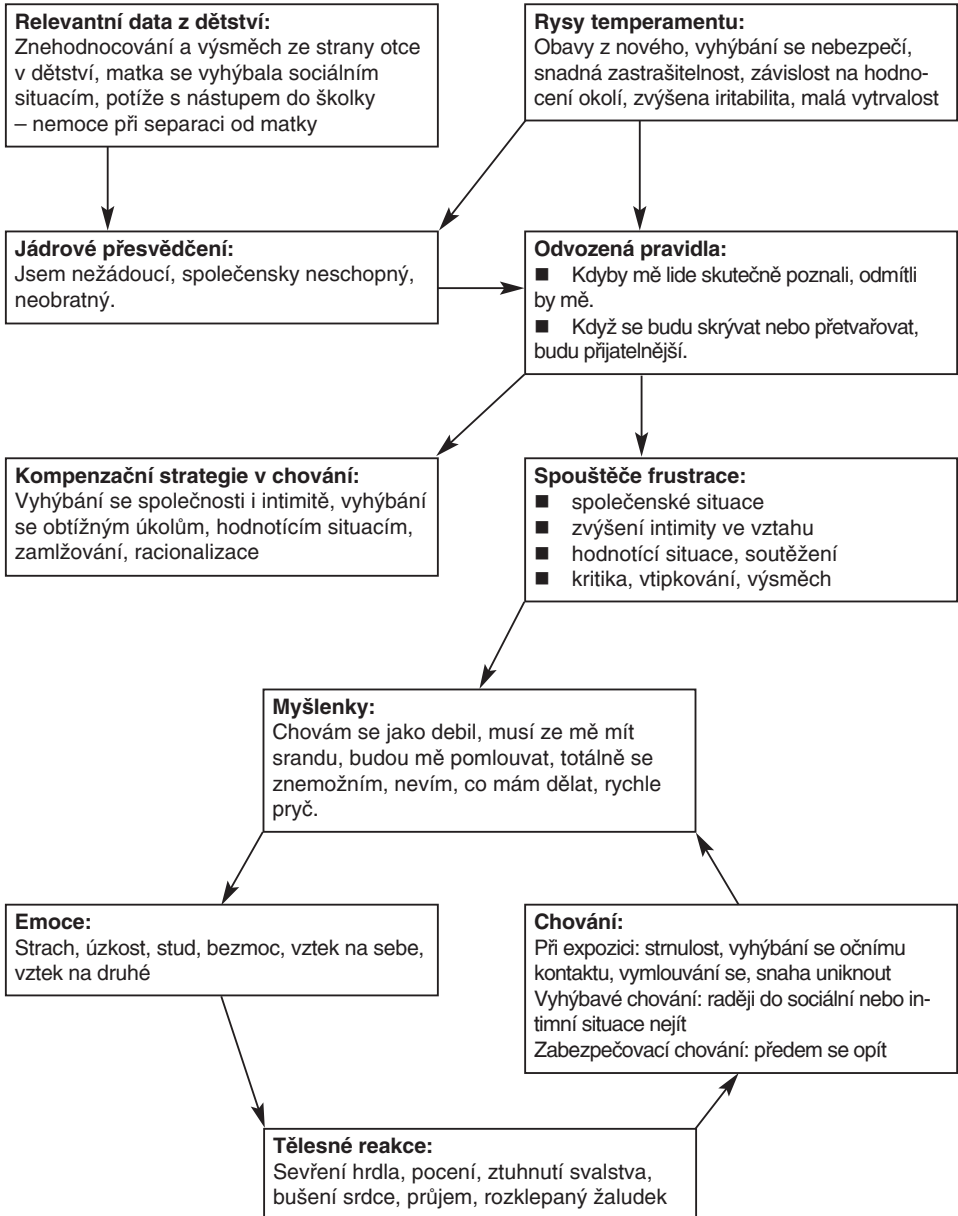
Vysvětlení kognitivního profilu pacientovi

Terapeut pomáhá pacientovi pochopit vztah mezi konkrétními vývojovými zkušenostmi, zážitky a utvářením pacientových jádrových přesvědčení, kompenzatorních přesvědčení a odvozených předpokladů a vztah ke kompenzatorním strategiím v chování až na úroveň konkrétních reakcí na nynější situace. Tyto vztahy se dobře vysvětlují na diagramu KBT modelu poruchy, který terapeut během několika sezení spolu s pacientem vypracovali. Dalším krokem je pomoci pacientovi pochopit, že tyto globální, rigidní a hluboce uložené postoje jsou naučenými idejemi souvisejícími s nepříjemnými životními zkušenostmi, a nikoliv nezbytnou pravdou o něm, druhých nebo o světě. Vysvětlení, jak fungují informační procesy (selektivní abstrakce a další kognitivní omyly), umožní pacientovi pochopit, proč jádrová přesvědčení vnímá jako „pravdivá“ navzdory mnohým opačným zkušenostem.

Zkoumání jádrových přesvědčení a odvozených postojů

Pomocí otázek v „sokratickém dialogu“ pomáhá terapeut pacientovi zjišťovat, nakolik jeho jádrová přesvědčení odpovídají realitě a zda skutečnost není přece jen jiná. Vzhledem k tomu, že toto zkoumání může v pacientovi vyvolávat silnou úzkost, je dobré začít jednoduchými otázkami zaměřenými na výhody a nevýhody jádrového přesvědčení a jeho důsledků v životě. To pacientovi umožní dostat se do „pozice pozorovatele“ a posléze snést i úzkost při dalším zkoumání. Obvykle jde o:

- rozebírání okolností, za kterých příslušné schéma vzniklo, aby si pacient uvědomil, že se nejedná o přesvědčení, které je s ním neodlučně spjato, ale o naučený názor. Ten mu byl vštípen jednáním ze strany rodičů, sourozenců, vrstevníků a jiných osob, a proto jej může opustit a vytvořit si jiné schéma;

Tab. 43 Příklad formulace případu u vyhýbavé poruchy osobnosti

- zkoumání fakt svědčících pro a proti platnosti určitého schématu;
- vytvoření nového postoje či modifikace, reinterpretace nebo kamufláž stávajícího schématu;
- experimenty s chováním na základě nového schématu v běžném životě.

Když se s pacientem shodneme na tom, že se ve svém jednání a myšlení řídí určitým nevyřčeným předpokladem nebo podle určitého pravidla, můžeme začít platnost tohoto kognitivního schématu zkoumat a zpochybňovat, podobně jako jsme si to popsali u zpochybňování automatických myšlenek. Vhodné otázky uvádíme v tabulce 44:

Tab. 44 Otázky vhodné pro zkoumání dysfunkčních schémat

- Jaké mám důkazy, že tento pohled je pravdivý? V čem je nepřiměřený, přehnaný?
- Je toto přesvědčení pro mě pravdivé vždycky a neměně?
- V čem mi tento předpoklad pomáhá? Jaké má výhody?
- V čem může být tento předpoklad nepřiměřený, přehnaný nebo zavádějící?
- V čem může tento předpoklad škodit? Jaké má nevýhody?
- Z čeho tento předpoklad pramení?
- Přišel jsem k tomuto přesvědčení na základě své zkušenosti, nebo jsem ho od někoho převzal (z rodiny, od učitelů, vrstevníků)?
- Jaká mírnější forma tohoto přesvědčení by zachovávala jeho výhody a odstraňovala jeho nevýhody?

■ **„Jaké mám důkazy, že tento pohled je pravdivý? V čem je tento předpoklad nepřiměřený?“** Například, je přiměřené očekávat, že život bude vždycky spravedlivý?

■ **„V čem je tento předpoklad škodlivý?“** Tj. pomáhá tento předpoklad pacientovi v životě, nebo mu spíše přináší nesnáze? Je vhodné sepsat s pacientem všechny výhody a nevýhody daného přesvědčení, aby si uvědomil, zda mu nepřináší více problémů než výhod.

Tab. 45 Příklady restrukturalizace kognitivních schémat

Kognitivní schéma	Konstruktivní pohled
Musím vždy ve všem uspět.	Mám radost, když jsem úspěšný, ale i když se mi něco nepodaří, nestane se nic hrozného.
Všichni mě musí mít rádi.	Těší mě, když mě někdo má rád, ale také je pro mě důležité být sám sebou.
Svět je zlý a nebezpečný.	Někdy se stane, že mi někdo ukřivdí anebo mě ohrozí, ale ani zdaleka to nepřevažuje. Většinou se lidé ke mně chovají dobře, a když je požádám, pomohou mi.
Jako člověk jsem bezcenná, a až to lidé poznají, odvrhnou mě.	Každý člověk má svoji hodnotu a já také. Když lidé poznají moje nedostatky, někteří mě možná nebudou vyhledávat, ale ti, co mě mají doopravdy rádi, mě budou mít rádi i s chybami.

■ **„Z čeho tento předpoklad pramení?“** I když se v KBT obvykle nezabýváme příliš dopodrobna minulostí pacienta, při zkoumání dysfunkčních schémat může pacientovi pomoci, když si uvědomí, za jakých okolností si určité schéma vytvořil a zda se tyto okolnosti od té doby již nezměnily.

■ **„Jaká forma tohoto přesvědčení by zachovávala jeho výhody a odstraňovala jeho nevýhody?“** Vzhledem k tomu, že kognitivní schémata má pacient hluboce zažitá, je pro něj velmi obtížné se jich vzdát. Proto je reálnějším cílem terapie existující schéma pouze pozměnit, tak aby reálněji odráželo jeho současnou situaci a nevyvolávalo v něm tak silné emoční reakce. Například pacient, který se řídil schématem „Musím být schopen vždycky všechno zvládnout sám“ byl ochoten akceptovat zásadu: „Je dobré zvládat věci sám, ale v některých případech je rozumnější požádat druhé o pomoc. Nikdo nedokáže zvládnout všechno sám.“

Tab. 46 Záznam jádrového přesvědčení (podle Beck, 1997)

Jméno:	Datum:
Staré jádrové přesvědčení: Nejsem k ničemu.	
Jak moc věříte svému starému jádrovému přesvědčení nyní? (0–100 %)	70 %
Na kolik procent jste mu věřila nejvíc v tomto týdnu?	90 %
Na kolik procent jste mu věřila nejméně v tomto týdnu?	50 %
Nové přesvědčení: Jsem schopný, i když mám své silné i slabé stránky.	
Nakolik věříte svému novému přesvědčení právě teď? (0–100 %)	50 %
Důkazy, které svědčí proti starému přesvědčení a podporují nové	Přerámování důkazů, které podporovaly původní jádrové přesvědčení
Vypracovala jsem novou dohodu s panem R.	Podnikání stále přináší problémy, ALE já jsem udělala všechno, abych je nyní řešila.
Získala další prodloužení od S.	Nedokážu přinutit matku, aby užívala léky, ALE to opravdu není v méjím moci.
Napsala dopisy a denně telefonovala, abych vyřešila problémy s „firmou A“.	Táta mě obvinil z možného bankrotu, ALE (1) podnik měl problémy již v době, než jsem ho převzala (2) rozdělila jsem odpovědnost za kontinuální problémy mezi několik lidí (3) i kdyby podnik zkrachoval, tak to ještě neznamená, že jako člověk nemám hodnotu.
Pokračuji v ABC projektu (dobrovolná charitativní aktivita).	

Podobně jako u zpochybňování automatických myšlenek je vhodné i ke zpochybňování dysfunkčních schémat naplánovat a provést s pacientem řadu behaviorálních experimentů, při nichž jedná proti svému původnímu přesvědčení a získává tak nové zkušenosti, k čemu to vede. Například pacient, o kterém jsme právě mluvili, se rozhodl, že opakovaně požádá druhé o pomoc, a to i v případě, že ji nepotřeboval. Ke svému překvapení zjistil, že to neznamenal, že jej druzí začali považovat za neschopného břídila a za slabocha, ale že se jeho vztahy s druhými zlepšily, protože se jim přestal jevit tak nadřazený a dokonalý jako dřív.

Záznam jádrového přesvědčení. Formuláře pomáhají pacientovi v každodenním testování jeho jádrového přesvědčení na základě každodenních událostí. V průběhu času tak dochází k oslabení vlivu jádrového přesvědčení na pacienta.

Extrémní kontrast. Takový kontrast může někdy pacientovi pomoci porovnat sebe s někým, u koho věří, že má daleko vyšší stupeň negativní kvality typické pro jeho jádrové přesvědčení (J. S. Beck, 1997). Například pacient s hraniční poruchou osobnosti věří, že je totálně zlý jako člověk. Terapeutka mu nabídla, aby tuto kvalitu porovnal s masovým vrahem, tyranem dětí a mužem, který znásilňuje ženy (o kterých v poslední době psaly noviny). Provedli pečlivé porovnání kvality „zlý jako člověk“ se všemi třemi muži a pacient je nakonec shledal daleko více „zlými“, než je on sám.

Behaviorální experimenty. KBT terapeut může s pacientem naplánovat experimenty, které testují pacientovo přesvědčení. Předem jsou vytvořeny hypotézy, jak situace dopadne, které jsou založeny na starém jádrovém schématu, pak další hypotézy vycházející z alternativního pohledu.

Tab. 47 Příklad behaviorálního experimentu s novým postojem u anankastické poruchy osobnosti

Testovaný postoj:	Musím být ve všem perfektní, jinak o mě nikdo nebude stát.
Konkrétní očekávání:	Když řeknu matce, že chci přerušit školu, bude z toho hádka, já to nezvládnou, vynadám jí a ona mě vykáže z domu.
Nový postoj:	Chci raději dělat věci pro radost než být perfektní, a přesto mě ostatní přijmou.
Alternativní očekávání:	Máma nebude ráda, že chci přerušit školu a jet na rok do Anglie, nicméně kvůli tomu mě nepřestane mít ráda, i když se mě bude snažit nejdříve dotlačit k tomu, abych dále studoval bez přerušení.
Možné problémy:	Mohu vybuchnout a přehánět. Matka může vybuchnout a přehánět.
Postupy, jak je překonat:	Pokud to přeženu, omluvím se a uvedu věci na pravou míru. Pokud matka bude přehánět, vyjádřím jí pochopení – bojí se přece o moji budoucnost.
Výsledek:	Matka manipulovala, abych školu nepřerušoval, chvíli vyhrožovala, že mě v budoucnu nebude podporovat. Sam jsem dokázal „nekontrovat“. Nakonec přijala moje řešení a zajímala se, kde tam budu a kdy hodlám odjet. Dobře jsme se pobavili o Anglii.
Nakolik výsledek podpořil nový postoj (0–100 %)	Matka mě přijala, i když jsem nebyl v jejích ani svých očích „perfektní“. Potvrzení vnímám na 90 %.

Změny kognitivních procesů v imaginaci

Úzkostné stavy, deprese, záchvaty vzteku, bezmoci i závisti, tj. emoční stavy, které lidé trpící poruchami osobnosti často prožívají, jsou nezřídka doprovázeny a vyvolávány nejen negativními myšlenkami, ale také živými vizuálními představami, v nichž pacient vidí sám sebe nebo druhé lidi v ohrožení, jak se mu druzí smějí, jak se mu něco nepodařilo, jak někomu ubližuje či někdo ubližuje jemu. Pro některé pacienty je obtížné jasně popsat, co v určité situaci dělali, co cítili a na co mysleli. Když je ale požádáme, aby si tuto situaci představili a popsal svou představu krok za krokem, jako kdyby sledovali scénu ve filmu, dokážou si své jednání, pocity a myšlenky velmi živě zpřítomnit. Přitom pacienti s poruchami osobnosti na tyto představy emočně a fyziologicky reagují podobně, jako kdyby se jednalo o skutečnost. Pacienti o těchto představách obvykle spontánně nemluví, pokud se jich na ně konkrétně nezeptáme.

Slečna Lída, pacientka s hraniční poruchou osobnosti, měla několikrát denně velmi živé představy, ve kterých se viděla, jak ubližuje různým lidem, zejména svým příbuzným. Viděla se, jak je seká sekyrou, bodá nožem nebo škrtí. Tyto představy přicházely bez zjevného podnětu a čím více se je snažila vytěsnit ze své mysli, tím snadněji se do ní vracely. Vyvolávaly silnou úzkost a dokázala je zahnat jen tím, že si sama způsobila silnou bolest.

Pokud pacient trpí těmito živými úzkostnými nebo deprimujícími představami, je třeba jim v terapii věnovat stejnou pozornost jako negativním myšlenkám a zjevnému chování. Existuje řada technik, jimiž lze emoční dopad těchto představ zmírnit. Kromě toho lze práci s představami terapeuticky využít k dosažení stanovených cílů.

Uvedeme si nyní některé možnosti terapeutického využití imaginace v KBT, uplatňované především při léčbě poruch osobnosti.

Opakování představy a přesycení

Jakmile je pacient schopen svou představu situace, která v něm budí nelibé pocity, podrobně popsat, můžeme jej v sezení požádat, aby tento popis ještě několikrát zopakoval a přitom hodnotil, zda se jeho prožitek mění. Obvykle totiž během opakování představy dochází k poklesu nepříjemných pocitů. V tom případě dáme pacientovi za domácí úkol, aby si danou představu opakoval několikrát denně, až v něm přestane budit emoční odezvu. Někdy se obsah představy při opakování mění tak, že původně nepřiměřené a přehnané představy se zmírňují a stanou se reálnějšími. Beck (1985) uvádí příklad pacienta, který se obával reklamovat v obchodě vadné zboží. Na žádost terapeuta popsal svou představu, v níž na něj prodavač začal sprostě křičet, urážet jej a nakonec jej fyzicky napadl. Při opakování této představy si postupně začal představovat, že prodavač jeho stížnost klidně vyslechne a vymění mu zboží za nové. Tato spontánní změna představy pak pacientovi usnadní, aby si obávanou situaci vyzkoušel v reálném životě. Jinou možností je přesycení v představě.

Paní Veronika, trpící histrionskou poruchou osobnosti, měla nutkavou agresivní představu, že kope muže, které potkává na ulici, do rozkroku a sprostě jim nadává. Tato představa souvisela s traumatickou událostí před třemi lety, kdy byla znásilněna opilým kamarádem. Tehdy to nikomu neřekla, protože se styděla. Za necelý půlrok poté se objevila nutkavá agresivní představa. Tato představa se jí obsedantně vracela pokaždé, když nějakého muže potkala. Začala mít strach, aby to neudělala, protože se bála, že by jí to dotýčný určitě oplatil. Obávala se vycházet z bytu. Pokud přece jen musela ven a představa se jí dostavila, snažila se odvést pozornost, ale přesto pocítila silnou úzkost. Nakonec úplně přestala z bytu vycházet. Po půlroce se tato představa přenesla i domů, kde se obávala, aby takto nezaútočila na svého muže nebo malého syna.

Jednou ze strategií terapie bylo přesycení paní Veroniky nutkavou agresivní představou. Dostala za úkol popsat nejhorší variantu své agrese a její důsledky. Nejdříve se toho bála, pak popsala, jak vulgárně nadává svému synovi a kope ho do rozkroku, těžce ho zraňuje a je za to odsouzena do vězení. Nikdo z rodiny se k ní nechce znát, ve vězení je osamělá a spoluvězeňkyně, které se dozvěděly, co udělala svému synovi, ji týrají. Pak ji pouštějí z vězení, nikdo o ni nestojí, a tak se upíjí a žije jako bezdomovec, má hlad a je jí zima, až nakonec umírá zestárlá, chudá, osamělá a nemocná. Svého syna a manžela již nikdy za svůj život neuvidí. Takto do důsledků dovedená představa budila nejdříve hrůzu, pak lítost. Při opakovaném psaní paní Veronika pláče, je ze sebe nešťastná. Ovšem již po první hodině popisu katastrofy na papír cítí snížení negativních emocí. Píše každý den hodinu po dobu jednoho týdne. Během týdne nutkavá představa téměř vymizela z jejího běžného života. V dalších týdnech dělala paní Veronika expozice „in vivo“ – vycházela ven mezi muže. Dostala za úkol představit si, jak každého z nich nakopne do rozkroku a jak ten muž reaguje. Nedařilo se jí to, i když se snažila. Představa se stala útržkovitější, až se přestala objevovat úplně.

Řízená změna představy

Tuto metodu můžeme použít u pacientů, kteří trpí vtíravými vzpomínkami na traumatizující události. U jedinců s poruchami osobnosti je vyšší pravděpodobnost rozvoje posttraumatické stresové poruchy po traumatické události. Je to zřejmě tím, že jsou psychologicky zranitelnější, ale určitou roli může hrát i skutečnost, že se častěji dostávají do nebezpečných situací (lehkomyslnost a riskování u narcistických, histrionských a hraničních poruch osobnosti).

Třicetiletá Pavla je v šestém měsíci těhotenství. Před čtyřmi roky přišla o dítě, které čekala v šestém měsíci, kdy na ultrazvuku byla zjištěna porucha plodu neslučitelná s životem. Plod jí byl operačně odejmut. Několik let z toho byla smutná, vzpomínala na své těhotenství, vracely se jí vzpomínky na okolnosti zážitku v nemocnici, byla hádavá, podrážděná, trápla se. Tyto potíže odezněly během jednoho roku. Nyní šťastně znovu otěhotněla. Oba s manželem se na miminko těší. Ovšem již od třetího měsíce začala být Pavla nadměrně nervózní, hůře večer usíná, je precitlivělá, podrážděná, neklidná. Občas ji napadají myšlenky, zda je dítě v pořádku. Snaží se je však od sebe odehnat, nechce nad ničím takovým přemýšlet. To se jí celkem daří, ale přesto je ve stresu. Před dvěma týdny byla na odběru plodové vody pro genetické vyšetření. Nyní čeká na výsledky. Dva dny po vyšetření náhle zjistila, že se jí špatně dýchá, jako by se částečně dusila. Vyděsilo ji to. Začala pozorovat celodenně svůj dech a má pocit, že se nedokáže pořádně nadechnout. V noci kvůli tomu nemůže vůbec spát, bušívá jí srdce. Je přesvědčena, že je

to ze strachu o dostatek kyslíku. Stále je v noci nadměrně bdělá, aby pozorovala svůj dech. Svůj strach z výsledku genetického testu popírá. Dítě přece „musí být“ v pořádku.

S paní Pavlou se opakovaně v relaxaci vracíme k traumatické události z minulého těhotenství. Představa se postupně proměňuje tím, že se více soustředíme na popis toho, jak se jí manžel věnoval a chránil ji po ztrátě dítěte. Úzkostný náboj se postupně otupuje. Pak v představě přecházíme k manželově nynější péči a k dítěti, které nosí nyní. Pavla postupně zpracovává představu, jak si dítě v jejím břiše klidně plave, má od ní všechny živiny, cítí se v naprosté harmonii a lásce, jak jsou spolu uvnitř spojeni. Pouští mu desky s hudbou, kterou má ráda, a miminko plave v jejím rytmu. Postupně dítě necháváme v děloze růst – stále si tam svobodně plave, je v klidu. Pak přecházíme do doby porodu. Pavla si představuje, jak stěny dělohy začínají dítě vytlačovat a ono se hlavou dere ven, je silné a „cpe se na svět“, ona mu svým tlačením pomáhá. Pak si představuje, jak ho má u sebe, kojí ho a mazlí se s ním.

Další možnost změny obávané představy spočívá v tom, že pacient v představách mění velikost, vzdálenost a jiné vlastnosti objektů, kterými se cítí ohrožen. Například pacient, který trpí strachem z mezilidských situací, může svůj strach zmírnit, když si např. představí, že osoby, z nichž má strach, na sobě mají jen trenýrky apod.

Časová projekce

Pokud se pacient obává určité události, která jej čeká, můžeme jej požádat, aby si představil, jak bude tuto situaci hodnotit za několik měsíců nebo roků. Tuto metodu navrhl A. A. Lazarus (1978). Uvádí příklad pacientky, která se velmi obávala, že by jí její muž mohl být nevěrný, a považovala to za katastrofu. Terapeut jí doporučil, aby si představila, že skutečně zjistila, že je jí manžel nevěrný, a jaká bude její reakce bezprostředně, po týdnu a po šesti měsících. Pacientka byla schopna si představit, že i když by to pro ni bylo bezprostředně velmi zdrcující, dokázala by se postupně s touto skutečností vyrovnat a rozhodnout se, zda by v tom případě chtěla v manželství setrvat.

Dekatastrofizace představy

Pacient si obvykle představuje určitou situaci jako naprostou katastrofu, v níž se zastaví čas a jeho nepříjemné pocity trvají věčně. V tom případě může pacientovi pomoci, když se jej zeptáme, co nejhoršího by se v dané situaci mohlo opravdu přihodit a jak by situace dále pokračovala, dokonce jaké nejhorší důsledky by mohla přinést. Pracujeme s tzv. katastrofickým scénářem. Při práci s katastrofickým scénářem musíme být opatrní, abychom pacienta naopak nesenzibilizovali. Proto je nutné před expozicí „katastrofě“ probrat nejdříve její pravděpodobnost a vysvětlit účel takové expozice. Jeden náš pacient s hypochondrickou poruchou se přesto nejdříve při expozici „nejhoršímu scénáři“ vyděsil, že ho připravujeme na smrt, aby se s ní smířil. Pokud probíráme katastrofický scénář opakovaně, zpravidla dochází k habituaci na jeho obsah. Navíc i pokud by došlo k této alternativě, můžeme s pacientem hledat, co vše by se dalo dělat, kdyby k nejhorší situaci došlo. Zpravidla si pak uvědomí, že existují možnosti, jak může nejhorší obávanou situaci zvládnout on nebo někdo jiný.

Martin je dvaadvacetiletý student, který přišel pro dva roky trvající rozvoj hypochondrické poruchy při závislé poruše osobnosti. Stále musí chodit nadměrně oblečený, nemůže sportovat, ani popoběhnout na autobus, prohlíží se v zrcadle, zda mu nežloutnou skléry a nepopelaví obličej, dvakrát každou hodinu si měří tělesnou teplotu, všude chodí s otcem, který mu vyřizuje nákladná vyšetření na všech špičkových pracovištích. Martin má obavu, že onemocněl leukémií. Proto to sledování a řada vyšetření. Po důkladné edukaci o povaze potíží pracujeme s Martinem na dekatastrofizaci jeho představy nemoci. Probíráme nejdříve pravděpodobnost, že onemocněl leukémií, důkazy pro a proti. Má celou řadu důkazů pro: kolísá mu denní teplota o jeden stupeň, nadměrně se potí, cítí se nadměrně unavený, občas je dušný, občas mu buší srdce, zdá se mu, že má bledší kůži, bolí ho za sternem („kde se vyrábějí bílé krvinky“); ani jeden z těchto důkazů lékaře nepřesvědčuje, uvádí snadno alternativní důvody těchto příznaků. Poté co Martin vyčerpá úplně všechny důkazy pro leukémii, probírají důkazy proti: opakované negativní laboratorní nálezy, obavy trvající dva roky bez progresu onemocnění, tvrzení odborníků. Pak lékař nabízí možnost probrat vše, čeho se Martin obává, aby spolu zjistili, zda i v těch nejhorších variantách není nějaká možnost, jak je řešit.

Martinův nejhorší scénář obsahuje jeho pobyt na onkologii, kachektickou vyhublost, zažloutlou pergamenovou kůži s krvavými skvrnami, nemocniční zápach, ztrátu vlasů, zakulacení boků, falešné chování okolí, které mu nechce sdělit, že má umřít, až po operaci kostní dřeně, během které umírá. Pak procházíme Martinovy představy o tom, co bude po smrti. Má jich několik. První alternativa je, že nic nebude. To nebude nic cítit a tak je to jedno. Druhá je, že bude jako duše létat kolem svých blízkých. Bude létat kolem svého otce a ten ho neuvidí, nebude s ním moci mluvit. Pak otec opustí matku, a on Martin to nebude moci ovlivnit. Matka bude nešťastná, sama, bez syna i bez manžela. Bude nešťastná rok, dva, ale pak si někoho najde. A bude spokojená. Otec si také najde jinou ženu. Pak budou žít spokojeně i nespokojeně až do smrti. Po ní se opět potkají s Martinem, který na ně bude čekat. Martin to pokládá za slušný konec. Uklidňuje se. Pak ještě procházíme scénář posledního půlroku života, který mu ještě zbývá, než by zemřel na leukémii. Rozhodl se, že by všechny ušetřené peníze „vrazil“ do cesty do Tibetu. Jel by tam s otcem a bratrem. Vyvezli by ho na vozíku do výšky nad 5000 m. Byl by to hezký konec života.

Tato práce s představami a katastrofickým scénářem, kterou jsme dělali opakovaně, pomohla Martinovi zbavit se strachu z nemoci a zároveň získat větší odvahu pro samostatný život. V další celkem osmiměsíční individuální terapii se Martinovi podařilo osamostatnit od rodiny, začít se spoléhat sám na sebe a najít si svoji první dívku.

Vytvoření uklidňujících představ

Pokud pacienta trápí nepříjemné představy a obavy, je vhodné, aby si vytvořil určité „obrané“ představy situací, v nichž se cítí klidně, v bezpečí a uvolněně. Tuto uklidňující představu si pacient procvičuje tak, aby si ji dokázal vybavit co nejživěji, se všemi smyslovými vjemy a emočním doprovodem. Tato uklidňující představa je zcela individuální a pacient si ji může vytvořit buď na základě vlastních vzpomínek (představovat si místa či situace, v nichž se vždy cítil dobře), nebo i na základě vlastní fantazie. Tuto uklidňující představu může pacient užívat v situacích, kdy se potřebuje zklidnit, nebo jako obranu proti vnucujícím se negativním představám.

Vytvoření přehnané představy

Některým pacientům může pomoci, když si svou negativní představu dovedou ad absurdum, tedy rozvinou ji do ještě horší podoby, než byla původně. Beck (1985) uvádí příklad pacientky, která se bála, jak bude publikum reagovat na její referát. Vytvořila si představu, jak se všichni hlasitě smějí tomu, co říká, křičí na ni a házejí po ní rajčata. Její původní představa ji pak přestala znepokojovat.

Jiná pacientka trpěla představou, že bodne své děti nožem. Čím více se snažila tuto představu potlačit, tím více se jí vnucovala a děsila ji. Terapeut jí v rámci sezení dodal odvalu k tomu, aby si představila, že nožem bodá nejen své děti, ale pak i svého manžela a všechny sousedy a pak všechny lidi v celém městě. Když si tuto přehnanou představu několikrát zopakovala, zjistila, že původní představa ji již neděsí natolik, aby nebyla schopna si ji opakovaně vybavovat za domácí úkol, čímž se její úzkost dále snížila.

Podobný postup je vhodný v léčbě pacientů s vyhybavou poruchou osobnosti či závislou poruchou osobnosti. Při tzv. zaplavení v imaginaci si pacient za pomoci terapeuta napíše scénář nejhorší možné varianty mezilidské situace, které se obává: jak se zesměšní nebo jak jej všichni opustí. Ke scénáři patří i popis tělesných příznaků a reakcí druhých osob („Cítím, jak rudnu a potím se“, „Všichni si říkají, co je to za hlupáka!“). Terapeut mu pak tento scénář opakovaně v imaginaci předřikává, zatímco si jej pacient představuje do všech podrobností. Je důležité, aby tato expozice v představě trvala tak dlouho, dokud se pocit úzkosti nezmírní.

Příklad zaplavení v imaginaci u vyhybavé poruchy osobnosti se sociální fobií

Váš nový přítel Jirka vás pozval na nedělní oběd do rodiny. Jste napjatá – bude tam hodně lidí. Vcházíte do místnosti, všichni se na vás otočí. Představíte se jako Jirkova dívka. Chvilí je u stolu ticho, pak se Jirkův otec obrátí k vám a řekne: „Řekni nám něco veselého, ať se pobavíme!“ Cítíte, jak vám stoupá adrenalin v krvi. Všichni se na vás dívají. Jsou zvědaví, co bude. Cítíte, jak vám chaoticky utíkají myšlenky. Chcete utéct od stolu, ale víte, že to nejde. V krku vám vyschlo a silně se červenáte. Jedno dítě na vás ukáže prstem a vykřikne: „Podívejte, jak je červená!“ Máte v hlavě zmatek. Nic vás nenapadá. Jediné, na co se soustředíte, je bušení srdce a horkost ve tvářích. Všichni se na vás dívají. Očekávají, co řeknete. Ve zmatku vás napadne, že byste mohla říct legrační dětskou říkanku před jídlem. Chcete promluvit, ale hlas z vás nevychází. Z hrdla vám vychází cizí chrčivý zvuk. Nakonec slyšíte, jak změněným hlasem říkáte začátek říkanky. Hlas se silně třese. V pülce věty zmlknete úplně. Ostatní si vás překvapeně měří. Říkají si, že někoho tak nervózního ještě neviděli. Šeptají si: „Ubohé děvče, je mi jí líto!“, „Chudák Jirka, to si opravdu nemohl hůře vybrat!“. Jedno dítě vykřikne: „Co je jí, mami?“ A matka odpoví: „Hrozně se stydí, broučku!“ Jediné, co můžete dělat, je dívat se do země. Vyhnout se pohledům. Přitom cítíte, jak vás ostatní pozorují. Něco si šeptají po celou dobu oběda.

Nácvik v představě

Při plánování domácích úkolů je někdy vhodné, aby si pacient v rámci sezení prošel plánovaný úkol v představě, protože se tak může připravit na případné problémy, a předem si naplánovat, jak by je mohl řešit (např. pohovor s nadří-

zeným). Tato příprava v imaginaci také zvyšuje u většiny pacientů odhodlání skutečně se pustit do plnění úkolu, protože během opakované představy plnění úkolu se intenzita jejich úzkosti postupně snižuje. Wilson (1987) doporučuje provádět nácvik v představě ve dvou postupných krocích.

■ V první fázi si pacient **představí sebe sama poté, co již dokázal úspěšně splnit** příslušný úkol. Zdůvodňuje to tím, že je pro pacienta lehčí představit si, že již mají úkol úspěšně za sebou, a využít pocitů úlevy a hrdosti vyvolaných touto představou, k posílení odhodlání pustit se do plnění tohoto úkolu. Zdůrazňuje, že představa vlastního úspěchu oslabuje obvyklá myšlenková schémata zaměřená na očekávání neúspěchu a selhání. Upozorňuje, že pacient by si měl tuto představu nacvičit nejdříve v sezení, přičemž terapeut musí dbát na to, aby si pacient svou situaci po úspěšném splnění úkolu nejen představil, ale aby ji i emočně prožil a představil si i pochvalnou reakci druhých lidí.

■ Ve druhém kroku si pacient představuje sám sebe, **jak plní** příslušný úkol. Přitom zaujímá pozici pozorovatele, jako kdyby sledoval sám sebe ve filmu, jak příslušný úkol plní. Pokud začne pociťovat zvýšenou úzkost, může svou představu přerušit a vyvolat si představu uklidňující. Když se mu podaří v představě úkol úspěšně splnit, měl by se pacient pochválit a prožít si radost, že to dokázal. Postupně si pacient může představovat i své tělesné reakce a myšlenky při plnění úkolu, včetně zklidňující samomluvy. Na závěr nácviku v představě si pacient může představovat i problémy, které by se při plnění úkolu mohly objevit, a způsoby, jak by je mohl zvládnout. Je důležité, aby pacient končil nácvik s příjemným pocitem, že daný úkol zvládl.

Představa budoucnosti

Melges (1982) doporučuje, aby v závěru terapie, když je již pacient schopen své problémy s nepříjemnými emocemi lépe zvládat, vyzval terapeut pacienta, aby si vytvořil podrobnou představu své vlastní budoucnosti za několik měsíců – vhodné je vybrat určité významné datum, například pacientovy narozeniny nebo první den nového roku. Pacient by si měl představit, jak tento den stráví a jak se v té době změní jeho chování a postoje. Terapeut se jej přitom ptá tak, jako kdyby onen den v budoucnosti již nastal – ptá se pacienta, co všechno se mu za tu dobu podařilo splnit, co mu dělalo potíže, jaké jsou jeho vztahy s blízkými osobami, jaké je jeho postavení v zaměstnání apod. Pacient si díky této metodě může lépe ujasnit, čeho by chtěl v době po ukončení terapie dosáhnout, jak musí postupovat, aby toho dosáhl, čeho se obává. Musíme přitom pacienta upozornit na případné nereálné plány nebo na to, zda neočekává změny, na které nemá žádný vliv – například, aby se více zaměřil na změny ve svém vlastním chování, než aby očekával změny v chování jiných lidí. Pacient by si měl vytvořit podrobnou představu, jak stráví určený den v budoucnosti, a tuto představu si pak opakovaně vybavovat, nejméně jednou denně. To mu bude stále připomínat, na jaké cíle se má soustředit a jaké chování a postoje si má procvičovat.

Řešení problémů

Strategie řešení problémů je dovednost, která většinou pacientům s poruchami osobnosti chybí. Často řeší problémy zkratkovitě a impulzivně nebo vysilující strategii pokus-omyl, případně je neřeší vůbec nebo přenesou zodpovědnost za řešení na druhé osoby. Proto v terapii daleko více než o vyřešení jednotlivého problému jde o to naučit pacienta, jak vůbec k problémům v životě přistupovat.

Strukturované řešení problémů je postup, který v rámci kognitivně-behaviorální terapie používáme poměrně často. Lze říci, že samotná KBT je praktickou aplikací principů strukturovaného řešení problémů, jak je popsali d'Zurilla a Goldfried (1971). Podle tohoto pojetí je řešení problémů dovednost, kterou se lze naučit a která podobně jako jiné dovednosti vyžaduje znalosti, úsilí a pravidelné procvičování. Přitom je třeba postupovat systematicky po jednotlivých krocích a k dalšímu kroku přejít vždy až po uspokojivém vyřešení kroku předchozího. Strukturované řešení problémů sestává z těchto kroků:

1. určení a popis problémů;
2. zvolení problému, který chceme řešit;
3. „brainstorming“ – nalezení co největšího množství možných řešení daného problému;
4. zhodnocení výhod a nevýhod každého z navržených řešení;
5. zvolení určitého řešení a naplňování konkrétních kroků k jeho uskutečnění;
6. uskutečnění zvoleného řešení;
7. zhodnocení účinnosti zvoleného řešení.

Určení a popis problémů

Nejdříve je třeba sestavit písemný seznam všech aktuálních problémů, které pacienta trápí, a seřadit je podle oblastí, jichž se týkají – např. „problémy v zaměstnání“, „manželské problémy“ aj. Seznam oblastí možných problémů uvádí tabulka 48. Dále lze problémy seřadit podle závažnosti a naléhavosti.

Tab. 48 Seznam oblastí možných problémů (Hawton a Kirk, 1989)

1. Vztah k partnerovi/partnerce či manželovi/manželce
2. Vztah k ostatním členům rodiny, zvláště k dětem
3. Zaměstnání či studium
4. Finance
5. Bydlení
6. Právní problémy
7. Sociální izolace a vztahy k přátelům
8. Požívání alkoholu a drog
9. Duševní zdraví
10. Tělesné zdraví
11. Sexuální nesoulad
12. Zámutek z něčí smrti nebo hrozící ztráta blízké osoby

Zvolení problému k řešení

V rámci řešení problému je třeba řešit problémy jeden po druhém, nikoli větší množství problémů najednou. Jako první můžeme zvolit problém, který pacient pociťuje jako nejnaléhavější, ale někdy je vhodnější zvolit problém, jehož řešení se jeví jako nejjednodušší, protože úspěšné vyřešení jednoho problému pacienta povzbudí a motivuje jej k práci na řešení dalších problémů. Konečné rozhodnutí, na který problém se zaměřit nejdříve, musí učinit pacient. Jakmile zvolíme určitý problém, je třeba jej konkrétně popsat – čeho se týká, koho se týká, v jakých situacích se projevuje, jaký má dopad na život pacienta, jak bude vypadat život pacienta po vyřešení tohoto problému.

„Brainstorming“

V této fázi je třeba pacienta upozornit, že kvantita má jednoznačně přednost před kvalitou. To znamená, že pacient se nemá vyhýbat řešením, která jsou na první pohled nesmyslná, neobvyklá či nerealizovatelná. Každé možné řešení, které jej napadne, si запиše do seznamu. Pokud se problém týká více lidí, měli by se podle možností také zapojit do této fáze řešení problému. Cílem je vytvořit atmosféru kreativity, ve které pacienta napadnou i takové možnosti řešení, na něž by v běžném životě nepřišel. Terapeut může v tomto ohledu sloužit jako vzor, ale je důležité, aby nevymýšlel všechna řešení za pacienta. Dalším pravidlem je, že v této fázi řešení problému žádné řešení nehodnotíme a nezavrhujeme.

Zhodnocení výhod a nevýhod každého z navržených řešení

V této fázi nejdříve vyloučíme zcela zjevně nereálná řešení. Jsme však v tomto ohledu spíše opatrní, a pokud určité řešení má být jen trochu reálný podklad, raději jej na seznamu ponecháme. Poté projdeme s pacientem (případně dalšími zúčastněnými osobami) všechna navržená řešení daného problému, jedno po druhém. U každého řešení napíšeme jeho pozitivní důsledky (do jednoho sloupku) a jeho negativní důsledky (do druhého sloupku). Přitom je třeba myslet jak na důsledky bezprostřední, tak na důsledky dlouhodobé. Důležitým výsledkem této fáze řešení problému není jen to, že pacient důkladně prozkoumá všechny možnosti řešení svého problému, ale i to, že si obvykle uvědomí, že žádné z existujících řešení není ideální, tj. že každé řešení s sebou nese vedle pozitivních i negativní důsledky. Může se proto smířit s tím, že místo aby každé řešení zamítal, protože není dokonalé (známá hra „Ano, ale...“), přijme řešení, které je „nejméně špatné“.

Zvolení určitého řešení a naplánování konkrétních kroků k jeho uskutečnění

Po probrání výhod a nevýhod každého z navržených řešení si pacient zvolí, které řešení mu připadá nejpríjemnější a které se pokusí uskutečnit. Přitom se může jednat i o kombinaci jednotlivých prvků různých řešení. Poté si pacient

naplánuje konkrétní kroky, které musí uskutečnit, aby dosáhl zvoleného řešení. Je třeba, aby si ujasnil, co musí udělat a jak bude reagovat na případné překážky. Také si musí určit, kdy zhodnotí, nakolik byl při uskutečnění zvoleného řešení úspěšný.

Uskutečnění zvoleného řešení

V této fázi pacient postupně krok za krokem uskutečňuje plán, který si vytvořil. Terapeut s ním probírá jednotlivé kroky, hodnotí je společně. V případě, že některý z kroků nejde dobře, společně vytvářejí plán, jak jej realizovat.

Zhodnocení účinnosti zvoleného řešení

V předem určeném čase je třeba zhodnotit, nakolik bylo zvolené řešení úspěšné. Je důležité, aby se pacient ocenil za úsilí, které do uskutečnění svého plánu vložil, bez ohledu na jeho výsledek. Pokud bylo jeho úsilí úspěšné, může se zaměřit na řešení dalších problémů. Pokud bylo řešení částečně úspěšné, je třeba určit, zda k úspěšnému zvládnutí problému je třeba více času, nebo zda se objevily problémy, s nimiž pacient nepočítal. Ty je třeba řešit stejným způsobem jako původní problém. Pokud bylo řešení neúspěšné, je třeba nejdříve zvážit, zda byl problém správně určen. Pokud ano, pak se pacient může pokusit uskutečnit další z možných navržených řešení.

Ukončení terapie a příprava na budoucnost

KBT ve svém celku je vlastně výukový proces. Učí pacienta nejen, jakým způsobem se zbavit současných problémů, ale jak problémy vůbec řešit. Pacient se v průběhu léčby učí, jak se stát sám sobě terapeutem. Před ukončením terapie, které by mělo přijít po dosažení stanovených cílů, se pacient připravuje na možné budoucí problémy. Zvažuje, nakolik je pravděpodobné, že se mohou objevit v budoucnosti situace, které zná z minulosti a jež **reaktivovaly** jeho dysfunkční přesvědčení, nebo ty, které sice nezažil, ale mohly by se za nějaký čas (týden, měsíc, rok) objevit a představovat pro něj **zátěž**. Pro tyto situace si připravuje plán řešení ve smyslu naučené strategie řešení problémů.

Příprava na ukončení terapie probíhá v **několika sezeních**. Pacient v té době již zpravidla nechodí na sezení tak často, jako na počátku léčby (zpočátku jedenkrát za týden, ke konci jedenkrát za měsíc). To mu umožňuje přesvědčit se, že své problémy v mezidobí je schopen zvládat sám. Samotné ukončení terapie může být spojeno s celou řadou negativních kognicí. Některá negativní jádrová přesvědčení mohou být aktivována a pacient to potřebuje předvídat, uvědomit si a případně kognitivně restrukturovat.

Před koncem terapie bývá zvykem, že terapeut požádá pacienta, aby udělal přehled dovedností, technik a postojů, které se během terapie naučil nebo získal. Diskutují spolu, jak by je mohl použít v budoucnosti.

2.8 Farmakologická léčba poruch osobnosti

Naše chápání bio-psycho-sociálních aspektů poruch osobnosti se neustále vyvíjí. Nejnovější etiologické i léčebné modely v sobě integrují genetické, biologické, psychologické a sociální faktory. Řada autorů se snažila najít vysvětlení, zda a jakým způsobem farmakoterapie ovlivňuje poruchy osobnosti. Jedni zkoušejí u všech poruch osobnosti konkrétní lék či lékový typ (Coccaro, 1993; Soloff, 1993), jiní hodnotí účinnost různých terapií u jedné poruchy osobnosti. K nejčastěji zkoumaným patří hraniční (Koenigsberg, 1992; Soloff, 1993) a vyhubavá porucha osobnosti (Deltito a Stem, 1989). Současná farmakologická doporučení jsou nejednotná. Siever a Davis (1991) předpokládají, že poruchy osobnosti lze pochopit pomocí dimenzionálních modelů založených na syndromech specifických psychických poruch. Definovali čtyři základní okruhy psychopatologie poruch osobnosti, které by mohly poskytovat ideální cíl farmakoterapeutických intervencí:

1. narušená kognitivní/percepční organizace, zvláště u schizotypálních a paranoidních pacientů, pro které podle autorů modelu mohou být užitečné nízké dávky neuroleptik;
2. zvýšená impulzivita a agrese, zvláště u hraničních a disociálních pacientů, u kterých mohou být účinné serotonergní látky;
3. afektivní nestabilita u hraničních a histrionských pacientů, u kterých mohou pomoci jak tricyklická antidepresiva, tak serotonergní látky;
4. zvýšená úzkost/inhibice, zejména u vyhubavé poruchy osobnosti, u kterých mohou být účinné jak serotonergní látky, tak inhibitory monoaminoxydázy (Siever a Davis, 1991).

Podobně Soloff (1990) a Soloff a kol. (1993) určili čtyři hlavní oblasti nedostačké kontroly u hraniční poruchy osobnosti, na které by měla být farmakoterapie cílena. První oblastí jsou kognitivní funkce, druhou afektivní labilita, třetí impulzivita a čtvrtou úzkostnost. Silk (1996) rovněž doporučuje strategie zaměřené na určité okruhy příznaků (spíše než na specifické diagnózy). Gitlin (1993) navrhl v terapii postupovat na základě vzájemného ovlivnění poruchy osobnosti a specifické psychické poruchy.

Současné psychofarmakologické modely a jejich problémy

Model biologických znaků

Model biologických znaků se zaměřuje na temperament pacienta. Temperament je považován za důležitý osobnostní znak, který odráží neurobiologický substrát. Podle Plomina (1990) mají osobnostní znaky významnou dědičnost, ko-

lem 50 % (Livesley a kol., 1993, popisují podobně vysokou dědičnost pro 12 z 18 dimenzí poruch osobnosti). Bohužel míra vrozenosti různých znaků je u těchto diagnóz variabilní (Bergeman a kol., 1993). Navíc, přestože se hledají další definice dimenzí osobnosti, setrvává nejistota o tom, kolik jich je vlastně potřeba k tomu, aby byl popis osobnosti úplný.

Model biologických znaků přisuzuje porušenou osobnost extrémům v různých znacích temperamentu (Paris, 1996). Ale k tomu, abychom mohli dokázat, že existuje plynulý přechod (kontinuita) mezi poruchou a normální osobností, nám chybí pečlivé testování a velké kontrolované populační studie, které by zjišťovaly distribuci určitých rysů temperamentu v běžné populaci.

Vysvětlování klinických příznaků (chování, změn afektu, kognitivních funkcí) prostřednictvím biologických znaků je problematické ještě z jiného důvodu. Afektivní nestabilitu můžeme například chápat buď na základě Cloningerovy „závislosti na odměně“ (Cloninger a kol., 1993), za jejíž modulaci je zodpovědný noradrenergický systém (v této hypotéze zvýšená potřeba odměny vede ke střídání afektivních stavů), nebo na základě nedostatečného tlumení afektů (van Reekum a kol., 1994), jejíž mechanismus je zase více přičítán serotoninergnímu systému. Jak zvolit farmakoterapeutickou intervenci?

Subsyndromální model

Tento model (Akiskal, 1981) považuje poruchu osobnosti za variantu určité specifické psychické poruchy, a ne za samostatnou diagnostickou jednotku. Hraniční porucha osobnosti by tak například měla být subsyndromální poruchou nálady. Hledají se biologické znaky, které by tento vztah potvrzovaly (van Reekum a kol., 1993). Gunderson a Phillips (1991) kriticky prošli literaturu u hraničních poruch osobnosti a zjistili, že i když existuje určitý vztah mezi specifickými psychickými nemocemi a poruchami osobnosti, porucha osobnosti není jen jednoduše afektivní poruchou. Subsyndromální model příliš zjednodušuje povahu tohoto vztahu.

Komorbidní a diagnosticky zaměřený model

Diagnosticky zaměřený model předpokládá, že léčba u jednotlivých pacientů se řídí podle specifických diagnóz. Gitlin (1993) však ukázal řadu metodologických problémů v diagnostice poruch osobnosti. Jejich klasifikace doznala za poslední dvě dekády mnoho různých změn. To znemožňuje vytvořit systematický základ pro metaanalýzy výzkumných výsledků. Spolehlivost diagnóz poruch osobnosti je problematická. Velmi špatná shoda je mezi různými strukturovanými interview (Paris, 1996). U každé poruchy osobnosti nacházíme velkou heterogenitu. Jedinci mohou splňovat tutéž diagnózu naplněním odlišných charakteristik, a navíc na ose II existuje vysoká komorbidita. Rovněž v případě komorbidity mezi osou I (specifické poruchy podle DSM-IV) a osou II (poruchy osobnosti podle DSM-IV) dochází k řadě matoucích výsledků při hodnocení účinků léčby. Pokud je pacient s komorbidní poruchou léčen medikamenty, je těžké určit, zda léčebný efekt ovlivnil i poruchu osobnosti.

Symptomově specifický model

Tento model se snaží zaměřit farmakoterapii na specifické symptomy. Je atraktivní, protože ovlivnění symptomů lze spolehlivě měřit. Řada autorů však upozorňuje na fakt, že medikace u poruch osobnosti má značně nespecifické účinky (Coccaro, 1993). Například u pacientů s hraniční poruchou osobnosti není účinnost neuroleptik omezena jen na pseudopsychotické příznaky, ale ovlivňuje také úzkost, obsedantní, afektivní příznaky a suicidální chování. Studie s fluoxetinem u hraničních poruch zjistila, že oproti placebo snižuje depresi, úzkostnost, paranoidní myšlení, psychoticismus, interpersonální senzitivitu, obsedantní chování, hostilitu i celkové fungování (Gunderson a Links, 1995). Takže medikace, která má typický specifický efekt u specifických poruch, může mít u poruch osobnosti širší spektrum účinku. K celkovému zlepšení u pacientů s poruchou osobnosti také přispívá vyšší počet placebo odpovědí (Soloff a kol., 1993).

Reliabilita a validita měřících nástrojů u poruch osobnosti bývá nedostačující (Gitlin, 1993). Uvedme tři příklady symptomů, jejichž adresnost je sporná. Do DSM-IV klasifikace u hraniční a paranoidní poruchy osobnosti byly přičleněny **pseudopsychotické příznaky a disociativní příznaky**. Kritérium 9 v DSM-IV zahrnuje přechodné, na stres vázané paranoidní představy, a závažné disociativní symptomy. Současné stupnice však nejsou schopny dobře zmapovat celé spektrum disociativních ani paranoidních příznaků (například jejich afektivní aspekty) a vyšší skóry dosahují i lidé s výraznými fobickými příznaky, hostilitou, somatizací, či zneužívající látky. Podobně **afektivní labilita** vyžaduje podrobnější specifikaci. Jako osobnostní znak je charakterizována častými dramatickými a krátce trvajícími změnami nálady v průběhu dne. Neuropsychiatři odborníci však užívají koncept emoční lability jinak – k popisu emoční inkontinence, kterou vidíme u pacientů s mozkovým traumatem, po mrtvici či u sclerosis multiplex (Iannaccone a Ferini-Strambi, 1996). Jaký je vztah mezi těmito dvěma koncepty? Je variace v náladě odlišná například od smíšených stavů nálady? Mezi jednotlivými hodnotícími nástroji nenacházíme příliš velkou shodu. Termín **impulzivita** rovněž charakterizuje různé psychopatologické znaky. Neuropsychologové hovoří o ukvapených rychlých odpovědích v testech, psychiatři sledují zjevné chování (bezohledné řízení, sebepoškozující chování), pediatři zase nepozornost a motorický neklid (van Reekum a kol., 1994).

Symptomově specifický model může mít i další úskalí. Například v posledních algoritmech pro hraniční pacienty se užití medikace změnilo z původní občasné intervence v doporučení stabilního podávání. Někteří autoři však varují před paušálním podáváním léků bez patřičného vědeckého zdůvodnění, bez osvětlení mechanismů v etiopatogenezi (Links a kol., 1997).

Přes tyto rozpory symptomově-specifický model léčby poruch osobnosti zatím přinesl nejvíce praktických výstupů, včetně prvních pokusů o vytvoření léčebných algoritmů (například Soloff a kol., 1993; Gunderson a Links, 1995), byly navrženy postupy první volby pro jednotlivé příznakové oblasti. Protože je

symptomově-specifický farmakologický model v současnosti nejvyužívanějším přístupem, budeme se mu věnovat trochu více a zmíníme jeho praktická doporučení.

Farmakoterapii podle tohoto modelu můžeme rozdělit na zvládání krátkodobých akutních stavů (například suicidalita), které se v podstatě neliší od jiné krizové intervence v psychiatrii, a na léčení dlouhodobé psychopatologie (impulzivity, úzkostnosti, poruch nálady atp.). Chronické problémy u poruch osobnosti tvoří čtyři hlavní symptomové okruhy:

1. agresivita a nedostatečná kontrola impulzů;
2. afektivní poruchy, dysregulace nálady;
3. úzkost;
4. kognitivní a percepční dysfunkce.

Tyto specifické příznakové okruhy připomínají Cloningerovu typologii. Do určité míry mapují temperamentové rysy a daly by se jim tak přiřadit převažující „motivační“ dimenze (k impulzivité a agresivitě – **vyhledávání nového**; k úzkosti a depresi – **vyhýbání se zranění**; a k afektivním dysregulacím, kognitivním či percepčním poruchám – **závislost na odměně**). Souhrn použití jednotlivých psychofarmak je uveden v tabulce 49.

Tab. 49 Hlavní symptomové oblasti, možnosti jejich farmakologického ovlivnění a relativní kontraindikace u poruch osobnosti. (Upraveno podle Cloninger a Svrakic, 2000)

Příznaky	Skupina farmak	Kontraindikace
<i>I. Agrese</i> afektivní predátorská organická iktální	Li, SRI, antikonvulziva, malé dávky neuroleptik neuroleptika, Li, beta-antagonisté imipramin, cholinergika karbamazepin, difenylhydantoin, benzodiazepiny	↓ benzodiazepiny benzodiazepiny neuroleptika
<i>II. Poruchy nálady</i> emoční labilita deprese, dystymie emoční oploštění	lithium, neuroleptika IMAO, SRI, neuroleptika serotonin-dopamin antagonisté, atypická neuroleptika	↓ TCA ↓ TCA
<i>III. Úzkost</i> kognitivní chronická somatická závažná	SRI, IMAO, BZD IMAO, beta-antagonisté nízké dávky neuroleptik, IMAO	
<i>IV. Psychotické</i> akutní chronické a „hraniční“	neuroleptika nízké dávky neuroleptik	

Li – lithium; SRI – serotoninérgní antidepresiva; ↓ – nízké dávky; NL – neuroleptika; BDZ – benzodiazepiny; TCA – tricyklická antidepresiva; IMAO – inhibitory monoaminoxidázy

K jednotlivým příznakovým okruhům:

1. Agresivita/impulzivita

K usnadnění volby vhodného preparátu je možno tuto příznakovou skupinu ještě rozdělit na jednotlivé typy agrese a impulzivity.

Nejčastější forma, tzv. **afektivní** agrese, se objevuje u emočně nestabilních osob po frustrujícím či ohrožujícím podnětu. Typické jsou výbuchy afektivní agrese u hraničních poruch osobnosti. Za biologický korelát je považována hlavně alterace serotonergní neurotransmise. Řada dvojité slepých studií prokázala v této indikaci účinnost lithia. Po jeho podávání dochází ke zmírnění projevů krutosti, hostility i k celkovému poklesu impulzivity (Sheard a kol., 1976). Účinná jsou i SSRI, antikonvulziva a malé dávky neuroleptik.

Iktální agrese se vyskytuje u pacientů emočně nestabilních, s cerebrální nestabilitou (dříve epileptoidní osobnost), většinou potvrzenou abnormálním nálezem v EEG. Antikonvulziva karbamazepin a valproát redukují jak intenzitu, tak frekvenci agresivních impulzů, zlepšují kontrolu chování, snižují úzkost a suicidalitu. Zde bývají účinné i benzodiazepiny, ale vzniká na ně velmi brzy tolerance (co se týče antiepileptického působení) a samozřejmě závislost.

Predáterská agrese v sobě obsahuje pomstychtivost, krutost a příjemné pocity z ubližování, přičemž kontrola impulzů bývá často zachována. Vyskytuje se například u antisociální či hraniční poruchy osobnosti. Pro usměrňování predáterské (i afektivní) agrese mohou pomoci nízké dávky neuroleptik. Antipsychotika (thioridazin, haloperidol) se podávají v nízkých dávkách (Soloff, 1998). Pokles predáterské agrese je také popisován po lithiu a beta-blokátorech.

Agrese **pseudoorganické** (napodobující organické) často nacházíme společně se špatným socioekonomickým postavením u poruch osobnosti pojících se s nízkým intelektem. Bývají při ní vyjádřené i další příznaky připomínající organické poruchy (rozrušenost, strach, zmatenost, nepozornost, emoční labilita a tělesná – vegetativní úzkost). Pacienti s pseudoorganickou agresí mohou mít prospěch z terapie imipraminem, psychostimulancii, popřípadě některými novějšími cholinergními agonisty (donepezil). Účinné mohou být také antagonisté β – adrenergních receptorů (betablokátory), protože redukují agresi a zuřivost u pacientů s demencí, mozkovým traumatem, schizofrenií, mentální retardací a organickým psychosyndromem.

Impulzivita se často projevuje i ve formě symptomatického jednání (přejídání se, utrácení, sexuálních excesů, experimentování s drogami), popř. jako kognitivní impulzivita (zbrklé úsudky, překotné rozhodování). V souladu s teorií o serotonergní dysregulaci bývají u takových projevů účinná antidepresiva ze skupiny inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), která v řadě případů zlepšují kromě depresivní a impulzivní symptomatologie i afektivní labilitu, přecitlivělost na odmítnutí, sebepoškozování a psychoticismus. Inhibitory monoaminoxidázy (IMAO), například tranycypromin, jsou efektivní u některých hysteroidních dysforií s vegetativním úzkostným doprovodem, hostilitou

a destruktivní impulzivitou. Několik kontrolovaných prací potvrdilo efekt psychostimulancií (methyلفenidátu) u hyperaktivních dospělých, zvláště pokud jejich symptomy začaly již v dětství (jako lehká mozková dysfunkce).

Při symptomatické léčbě agresivity a impulzivity existují některé relativní farmakologické kontraindikace. Například automatické nasazení lithia u antisociální poruchy není vhodné, pokud agresivita a impulzivita nejsou dominujícími symptomy. Lithium totiž není účinné na jiné antisociální chování, například na lhaní, krádeže apod. Je také hůře snášeno; podobně je tomu například u schizoidních úzkostných pacientů. Benzodiazepiny, stejně jako alkohol, mohou svým dezinhibičním působením na lidské jednání vztek a agresivní projevy odblokovat. Neprospívají ani adaptivním procesům učení nových (vhodnějších) vzorců chování. U některých hraničních pacientů může údajně karbamazepin spustit rozvoj depresivní poruchy (Cloninger a Svrakic, 2000).

2. Afektivní příznaky

Do tohoto okruhu zahrnujeme hlavně emoční nestabilitu, oploštění, depresi a dysforii.

Kolísání nálady a emoční nestabilita dobře reagují na lithium, karbamazepin, valproát, stejně tak i nízké dávky neuroleptik (například haloperidolu) mohou mít stabilizující efekt (Tyrer a Davidson, 2000). Podle jiných autorů není role stabilizátorů nálady v regulaci výkyvů u hraničních poruch nijak převratná – například u lithia, karbamazepinu či valproátu (de la Fuente a Lotstra, 1994; Stein a kol., 1995). Několik otevřených studií zase podporuje použití valproátu (Stein a kol., 1995; Wilcox, 1995).

Emoční oploštění, chlad, lhostejnost, nezáměr o sociální vztahy (chronická asociálnost) jsou typické pro schizoidní, některé antisociální a paranoidní osobnosti. Pokud je sociální stažení důsledkem depresivní nálady, pak jsou samozřejmě účinná antidepresiva (SSRI, IMAO). Tricyklická antidepresiva však mohou zhoršit krátkodobé psychotické projevy. Emoční oploštění také odpovídá na léčbu atypickými neuroleptiky (risperidon, olanzapin, quetiapin). Ta zlepšují i řadu jiných symptomových oblastí, což potvrzuje hypotézu, že se v etiopatogenezi poruch osobnosti uplatňuje dysregulace více neurotransmiterových systémů.

Velmi častými příznaky u poruch osobnosti bývají **atypická deprese a dysforie**, které se lepší spíše po podávání SSRI a IMAO než po TCA. I neuroleptika ovlivňují afektivní příznaky (Soloff, 1986, 1998). Nízké dávky trifluoperazinu výrazně redukuje úzkost, suicidalitu, depresi, přecitlivělost na odmítnutí. Atypická antipsychotika zase zlepšují kognitivní deficity a sebekontrolu. Otevřená studie s venlafaxinem (kombinovaný inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu) potvrzuje dobrou účinnost tohoto preparátu (Cloninger a Svrakic, 2000).

Naopak k prohloubení atypické deprese může dojít asi u poloviny hraničních pacientů po podání TCA, což je v kontrastu s jejich nezpochybnitelným efektem u typické depresivní epizody, která velmi často průběh poruchy osobnosti kom-

plikuje. Tricyklická antidepresiva (amitriptylin) také u poruch emočně nestabilních zvyšují impulzivitu, suicidalitu a útočnost. Tento paradoxní efekt pravděpodobně není způsoben anticholinergním či sedativním účinkem tricyklik (TCA), spíše se předpokládá kognitivní a behaviorální dezorganizace vlivem katecholaminového stresu.

3. Chronická úzkost

Úzkost vyskytující se u pacientů s poruchami osobnosti můžeme dělit na **kolísavou** (s výraznými výkyvy) a **stálou** (která je typická pro závislé, vyhubé a anankastické osobnosti); **tělesnou** (charakterizovanou řadou vegetativních příznaků) a **kognitivní** (obavy, předtuchy, strach), popřípadě na **úzkost spojenou s vyhubým chováním** či **bez vyhubého chování**.

Účinná léčba spočívá v podávání SSRI (fluoxetin, citalopram), popřípadě agonistů 5-HT_{1A}, receptorů (buspiron) nebo kombinovaných inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu a 5-HT_{1C} a 5-HT₂ antagonistů (nefazodon). Při rozvoji úzkostných symptomů se předpokládá i role GABA-transmise, proto jsou krátkodobě účinné i benzodiazepiny. Indikace benzodiazepinů by měla být dobře zvážena například u hraničních poruch osobnosti, protože na jednu stranu pomáhají ve zmírnění hostility, podezřavosti, kognitivních poruch a spánkových problémů, ale na druhou stranu mohou vyvolat kognitivní dysfunkci, závislost a odbrzdění agresivity.

Dá se říci, že **kognitivní** úzkost (anticipační úzkost, předtuchy, obavy) lépe reaguje na IMAO a SSRI, **tělesná** úzkost (vegetativní, nespecifické somatické potíže, bolesti) zase na anxiolytika (Tyrer a Davidson, 2000). Některé projevy **tělesné** úzkosti (pocení, palpitace, průjem, tremor) mohou být zvládány betablokatory. Intenzivní vnitřní napětí a neklid nejlépe reagují na nízké dávky antipsychotik (Cloninger a Svrakic, 2000). Silně úzkostní pacienti, kteří se extrémně vyhubají, mohou mít prospěch z podávání IMAO a SSRI – podobně jako u sociální fobie.

Buspiron má potencionálně důležitou roli v léčbě úzkostí spojených se všemi poruchami osobnosti, protože má relativně nízké riziko rozvoje závislosti.

4. Kognitivně-percepční poruchy

Do této symptomové oblasti řadíme například nepsychotické poruchy myšlení (magické myšlení, zvláštní domněnky a fantazie, ruminace, obsese), dlouhodobé psychotické symptomy o nízké intenzitě, iluze nebo částečnou ztrátu kontaktu s realitou (výrazné depersonalizace, derealizace). Nejčastěji se s těmito příznaky setkáme u hraniční, schizoidní a paranoidní osobnosti. Navíc přechodné psychotické příznaky (pseudohalucinace a paranoidita krátkodobého trvání) mohou komplikovat průběh řady těchto poruch.

Doporučovány jsou nízké dávky neuroleptik (Soloff, 1986). Někdy se chronické kognitivní poruchy (například mírné pocity odlišnosti, podezřavost) mohou zlepšit, pokud odstraníme úzkost, která může být jejich příčinou (Cloninger a Svrakic, 2000).

Model zaměřený na cíle léčby

Links a jeho spolupracovníci (1997) uvádějí čtyři hlavní důvody pro vytvoření tohoto modelu:

1. nezbytnost přesného stanovení účelu psychofarmakologických intervencí pro pacienta i klinika;
2. volit takové postupy, které jsou měřitelné a ve vztahu k funkčnímu zlepšení;
3. zlepšit porozumění psychobiologickým mechanismům v etiopatogenezi poruch osobnosti;
4. umožnit vývoj nových psychofarmakologických přístupů pro tyto pacienty.

Cílem farmakoterapeutické intervence je určitý typ chování, který je dobře definovatelný a měřitelný, například sebepoškozující, suicidální chování, interpersonální vztahy pacienta, jeho schopnost spolupracovat a další individuální cíle.

Sebepoškozující chování

Sebepoškozující chování je typické pro hraniční poruchy osobnosti. Často špatně reaguje na léčbu (Roth a kol., 1996). Dvojnásobně zvyšuje riziko sebevraždy (v porovnání s pacienty bez sebepoškozujícího chování). Má řadu dalších charakteristik, například současně může a nemusí být přítomen úmysl se zabít, může být spojováno s emocionální úlevou, s analgetickou reakcí a v některých případech může vést k sexuálnímu vzrušení. Předpokládá se, že souvisí se zneužíváním či zanedbáváním v dětství, které vede k dysregulaci endorfinového neurotransmiterového systému (Winchel a Stanley, 1991). Zneužívání v dětském věku hypoteticky vede k dysfunkci endorfinového systému (van der Kolk, 1996). Sebepoškozující chování může být udržováno díky uvolnění endogenních opiátů. Podobný mechanismus se předpokládá u řady dalších příznaků, například u vzpomínek na traumatické zážitky, přejídání se, zneužívání návykových látek – ty všechny mohou být zpevněny a udržovány zvýšeným uvolňováním endogenních opiátů.

Proti posilujícím účinkům uvolněných opiátů může působit preventivně naltrexon, antagonistu opiátových receptorů. Původní nadšení pro naltrexon pochází ze studií u mentálních retardací (Willemsen-Swinkels a kol., 1995), ve kterých byl popisován pokles sebepoškozujícího chování asi u 70 % pacientů léčených naloxonem (krátkodobě působící antagonistu) či naltrexonem (dlouhodobě působící antagonistu). Šlo však o pilotní nekontrolované studie s malým počtem pacientů. Stejní autoři později dokončili randomizovanou kontrolovanou studii s mentálně retardovanými autistickými dospělými. Podávali placebo nebo naltrexon 50 či 150 mg na den. Ukázalo se, že naltrexon nebyl účinnější než placebo, a dokonce zvyšoval intenzitu stereotypního chování.

Využití naltrexonu u poruch osobnosti známe jen z kasuistik. Roth a spolupracovníci (1996) léčili sedm žen se sebepoškozujícím chováním spojeným s analgezií a redukcí dysforie, které bylo hodnoceno jako rezistentní. V otevřených podmínkách pacientky dostávaly 50 mg naltrexonu po dobu jedenácti týdnů. U šesti ze sedmi z nich došlo k úplnému vymizení sledovaného chování. U dvou pacien-

tek se sebepoškozování po přerušení medikace rychle vrátilo a opětovně ustoupilo po jejím znovunasazení. McGee (1997) podával ženám s hraniční poruchou osobnosti a opakovaným sebepoškozujícím chováním 50 mg naltrexonu denně. Kromě dramatického snížení sebepoškozování popsal ještě pokles abuzu alkoholu.

Naltrexonu se věnuje zvláštní pozornost u hraniční poruchy osobnosti i pro její vysokou komorbiditu se zneužíváním alkoholu (minimálně 30 % pacientů s poruchou osobnosti splňuje celoživotní kritéria pro škodlivý abúzus alkoholu) a v dlouhodobých sledováních tito pacienti vykazují více impulzivního chování, suicidálních pokusů a sebepoškozování v porovnání s hraničními bez abúzu (Links a kol., 1997). Volpicelli a kol. (1992) sledovali udržení abstinence v randomizované kontrolované studii 70 mužů-alkoholiků, kterým podávali 50 mg naltrexonu nebo placebo 12 týdnů. Pouze 23 % pacientů na naltrexonu relabovalo v porovnání s 54 % na placebo. Ještě zajímavější bylo, že naltrexon snížil riziko relapsu i v případě jednorázové expozice alkoholu – jen u 8 ze 16 (50 %) pacientů na naltrexonu došlo k relapsu po ojedinělém požití alkoholu v porovnání s 19 z 20 léčených placebem (95 %).

Druhá velká studie (O'Malley a kol., 1992) ukázala dobrý efekt naltrexonu u 97 alkoholiků. Pacienti dostávali 50 mg naltrexonu nebo placebo spolu s podpůrnou psychoterapií či terapií cíleně zaměřenou na nácvik strategií k prevenci relapsů. Léčba trvala 12 týdnů. Abstinentně vydrželo 61 % pacientů na naltrexonu s podpůrnou psychoterapií, 28 % na naltrexonu s cílenou psychoterapií, 21 % na placebo s cílenou a 19 % na placebo s podpůrnou psychoterapií. Naltrexon ale snižoval riziko těžkého relapsu po prvním selhání. Pacienti popisovali pokles touhy po alkoholu.

Zmiňovaná data podporují názor, že by naltrexon mohl být užitečný ve snižování posilujícího efektu u různých typů repetitivního chování, včetně sebepoškozujícího.

Suicidální chování

Opakované suicidální pokusy a výhrůžky sebevraždou jsou charakteristické pro hraniční poruchu osobnosti. Farmakologické intervence se zaměřují na snížení rizika suicidálního jednání u pacientů s opakovanými pokusy.

Montgomery a Montgomery (1982) porovnávali malé dávky flupenthixolu (20 mg každé čtyři týdny) s placebem. Pacienti (nejčastěji s hraniční a histrionickou poruchou) byli přijati po dvou či více suicidálních pokusech. Léčba trvala šest měsíců. Skupina na flupenthixolu měla významnější redukci počtu pokusů o sebevraždu ve čtvrtém a pátém měsíci terapie s udržením v průběhu šestého měsíce. Je to první zpráva o pozitivním efektu terapie u tohoto jednání.

Lithium zůstává v oblasti zájmu u poruch osobnosti, protože výsledky ve dvojité slepé, randomizované, placebem kontrolované studii srovnávající lithium s desipraminem a placebem u hraniční poruchy osobnosti ukazují na pokles vznětlivosti, vzteku a suicidálních pokusů u pacientů užívajících lithium v porovnání s pacienty na desipraminu (Links a kol., 1997). U osmi z jedenácti

(72,2 %) pacientů na lithiu došlo ke statisticky významnému poklesu sledovaného chování – oproti čtyřem z jedenácti (36,4 %) na desipraminu.

V prevenci suicidálního chování mohou být účinné inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), protože postihují regulaci serotonergního systému a snižují tak agresivní chování a iritabilitu. Z některých studií vyplývá, že SSRI jsou efektivní ve snižování hostility, impulzivity, sebestrukce a suicidálního chování (Gunderson a Links, 1995; Kavoussi a kol., 1994). SSRI jsou účinné u širokého spektra symptomů. Změny v impulzivité a hostilitě jsou pozorovány nezávisle na efektu antidepresivním.

Spolupráce při léčbě (tzv. compliance)

Pacienti s poruchou osobnosti často nedokončí léčbu. Kolem 40 % pacientů průměrně vypadáva ze studií (Cowdry a Gardner, 1988). Compliance je důležitým prediktorem klinického výsledku a udržení kontinuity léčby je jednou z nejdůležitějších priorit práce s hraničními poruchami osobnosti. Čím déle můžeme s pacientem souvisle pracovat, tím lepší je výsledný efekt. Někteří autoři zmiňují nutnost zařazení účinnějších strategií ke zvládání hraničního vzteku či impulzivity již na počátku jako nezbytný předpoklad pro další průběh léčby (Kelly a kol., 1992). Ti pacienti, kteří léčbu nedokončili, byli impulzivnější a hostilnější než ostatní. Gunderson a kol. (1989) potvrzují, že terapeutická konfrontace aktivuje pacientův hněv proti terapeutovi a vede k předčasnému ukončení léčby. Takže strategie zaměřené na snížení vzteku a impulzivity a zvýšení spolupráce při léčbě zlepšují její celkové výsledky. Impulzivita může být snížena například pomocí SSRI a jako důležitý výstup může být měřena compliance s celkovým léčebným plánem.

Důležité cíle pro pacienta

I v pečlivě prováděných studiích je zjišťována jen malá korelace mezi subjektivně vnímaným zlepšením a objektivním posouzením stavu. Pacienti s poruchami osobnosti subjektivně necítí takové zlepšení, jaké vidí posuzovatelé. Psychofarmakologové by proto měli zaměřit léčbu tak, aby její dopad pacient co nejvíce pocítil. Je vhodné plánovat léčbu společně s pacientem a podpořit ho, aby si sám určil, čeho chce v léčbě dosáhnout. Když se pacient může podílet na plánování terapie, zvyšuje se jeho spolupráce a snižují se jeho obavy z vnější kontroly; lépe ví, co může od medikace očekávat, a do budoucna je větší pravděpodobnost, že bude léky pravidelně užívat.

Budoucí studie u poruch osobnosti by měly být zaměřeny zejména na zlepšení kvality života a výkon v sociálních rolích. Zatím jen málo prací bylo věnováno posouzení vztahu mezi diagnózou poruchy osobnosti, symptomatickým stavem a výkonností v sociálních rolích. Diagnózy poruch osobnosti jsou obecně spojeny s vyšší mírou dysfunkce v sociálních rolích (Nakao a kol., 1992). Je nomže u pacientů s poruchou osobnosti se funkční stav výrazně mění a vyvíjí se v průběhu různých situací. Pacienti trpící hraniční poruchou osobnosti jsou výkonnější v pracovních rolích a méně výkonní v sociálních, zájmových a rodin-

ných aktivitách. Paris (1996) zjistil, že stanovení funkční úrovně před zahájením terapie může být užitečné pro rozhodování o léčitelnosti. Čím vyšší funkční úroveň, tím lepší prognóza.

Kvalita života je jedním z měřitelných funkčních výstupů, který se v psychiatrii zanedbává. Kvalita života může být definována různými způsoby. Zahnuje oblasti, jako jsou zdraví, rodina, okolí, zaměstnání, sociální vztah, cíle a aspirace. Zcela chybějí data u poruch osobnosti. Měřením kvality života u poruch osobnosti můžeme kromě pouhé kontroly symptomů zjistit potřebné údaje o významu farmakoterapie v léčbě. Sledování indikátorů kvality života je prospěšné pro dosažení rovnováhy mezi efektem medikace směřujícím k redukci symptomů a k funkčnímu zlepšení. I když studie kvality života u léčení poruch osobnosti chybějí, koncepční a empirické zkušenosti můžeme převzít z jiných oblastí psychiatrie.

Léčba postavená na vztahu či příbuznosti k aktuálním psychickým poruchám

Postupy, při kterých se nejprve léčí nasedající komorbidní porucha na ose I, bývají často upřednostňovány (Links a Steiner, 1988; Soloff, 1993). Gitlin (1993) zdůrazňuje, že tento postup je důležitý, pokud je přítomen významný překryv mezi kritérii osy I a II. Tento přístup lze nejlépe demonstrovat u vyhubavé poruchy osobnosti, která je charakterizována dlouhodobým, pervazivním vyhubavým chováním. Tato diagnóza se překrývá s konceptem sociální úzkostné poruchy. IMAO, RIMA a SSRI mohou být úspěšné u obou poruch (Liebowitch a kol., 1992). Reich a kol. (1989) zkoušeli účinek alprazolamu na vyhubavé příznaky u 14 pacientů se sociální fobií. V první řadě demonstrovali významný průnik mezi sociální fobií a vyhubavou a úzkostnou poruchou osobnosti, ve druhé prokázali, že alprazolam významně redukoval vyhubavé chování a že to výrazně souviselo s redukcí úzkosti a zlepšením fungování. Podobně Versiani a kol. (1992) ukázali, že moclobemid a fenelzin jsou účinnější než placebo u pacientů se sociální fobií po osmi týdnech léčby. Komorbidní vyhubavá porucha osobnosti nevedla ke snížení účinnosti léčby.

Fahlen (1995) zjistil, že maladaptivní osobnostní znaky charakteristické pro sociální fobii, včetně znaků vyhubavých, reagují na brofaromin. Počet pacientů, kteří na počátku studie splňovali diagnostická kritéria pro vyhubavou poruchu osobnosti, se během léčby snížil o 40 %. Van Ameringen a kol. (1993, 1994) zkoumali efekt SSRI v léčbě generalizované sociální úzkosti a zjistili, že po fluoxetinu a sertralinu poklesla jak úzkost, tak i příznaky charakterizující vyhubavou poruchu osobnosti. Příklad sociální fobie a vyhubavé poruchy osobnosti ukazuje, že poruchy na ose I a II jsou si konceptuálně či biologicky příbuzné.

Podobný vztah nacházíme i mezi sociálním stažením a dalšími negativními příznaky u schizofrenie a schizotypní poruchy osobnosti. Nízké dávky neuroleptik a nová antipsychotika u schizotypní poruchy fungují jak na „pseudopsychotické“ příznaky, tak na sociální stažení.

U pacientů s poruchami osobnosti je častým cílem farmakoterapeutických intervencí deprese. Povaha vztahu mezi klinickou depresí a poruchami osobnosti je složitá. Klinické příznaky deprese se objevují u obou typů poruch a typická pro poruchy osobnosti je zvýšená vulnerabilita k zátěžovým biologickým, psychologickým a sociálním faktorům. Porucha osobnosti může nepříznivě ovlivňovat léčbu deprese. Na druhou stranu úspěšně léčená akutní epizoda deprese u pacientů s poruchou osobnosti přináší zlepšení osobnostních dysfunkcí (Joffe a Regan, 1988).

Cíle vycházející z psychobiologických dat

Coccaro (1993) ukázal, že farmakologické testy, například fenfluraminový, souvisí s úrovní vznětlivosti a agresivity – bez ohledu na diagnózu. Specifické serotonergní látky (například sertralin) pak snižují vznětlivost a impulzivní agresivitu u pacientů, kteří jí trpí, nezávisle na klinické diagnóze. Podobně Kavoussi a kol. (1994) podávali v otevřené studii sertralin jedenácti pacientům s agresivní impulzivitou. Devět dokončilo čtyři týdny léčby a významně se zlepšilo v celkové agresivitě i iritabilitě, přičemž změny v celkové agresivitě souvisely i se změnami v iritabilitě. Našli jen nevýznamný vztah mezi úzkostí, depresí, agresivitou a iritabilitou. V další práci Coccaro a kol. (1997) prokázali v randomizované kontrolované studii dobrý efekt fluoxetinu u poruch osobnosti s impulzivní agresivitou. Coccarův postup poskytuje návod, jak hledat souvislost mezi biologickými hypotézami a ovlivněním psychopatologických příznaků v léčbě poruch osobnosti.

Závěry

Jednotlivé farmakologické modely a přístupy, které jsme uvedli, mohou být podnětem pro některá doporučení pro klinickou praxi.

1. V terapii jednotlivých symptomů se dosud nelze řídit podle biologických dimenzí osobnosti (i když výzkum v této oblasti je velmi žádoucí).
2. Nedoporučuje se zaměřit farmakoterapii na specifickou poruchu osobnosti přímo.
3. Pokud má pacient s poruchou osobnosti i aktuální psychickou poruchu, pak je farmakologická léčba více než na místě. Komorbidní porucha osobnosti je vlastně dalším cílem léčby.
4. Jednotlivé aspekty chování jsou dobrým cílem pro farmakoterapii. Sebebeškození chování, opakované suicidální pokusy, dodržování léčby a specifické, pacientem definované cíle, by měly být objektem farmakologických studií. Zjištěné údaje umožňují i případné zkoumání specifických biologických hypotéz, jako je třeba význam endogenních opiátů v opakování sebebeškození chování.
5. Farmakologické intervence mohou pacientovi pomoci lépe zvládat jiné terapeutické intervence, například nácvik dovedností. Jakékoliv zlepšení paci-

entova přístupu k léčbě pomůže v dlouhodobém horizontu a může být monitorováno jako zajímavý výstup přinášející celkové zlepšení poruchy.

6. Pacienty s poruchou osobnosti je potřeba podporovat ve vytvoření vlastních, pro ně specifických cílů léčby.
7. Farmakologická léčba by měla být vedena tak, aby se zlepšovaly pacientovy sociální funkce. Ve farmakologických studiích je třeba zjišťovat i úroveň fungování pacienta v práci, v rodině a v dalších sociálních rolích. V budoucnosti by měly být ukazatele kvality života využity k určování účinku psychofarmak.

Diagnóza a léčba specifických poruch osobnosti

3.1 Paranoidní porucha osobnosti (F60.0)

Hlavním rysem paranoidní poruchy osobnosti je celoživotní nedůvěřivost vůči jiným lidem. Jde o hypersenzitivní, rigidní a podezřavé jedince, kteří často podléhají žárlivosti, závisti. Jsou extrémně citliví na kritiku, nezájem, nezdary, domnělé odmítnutí nebo urážky. Typická je tendence mylně chápat chování druhých jako nepřátelské nebo opovržlivé, i když je neutrální, nebo dokonce přátelské; nadměrná citlivost k nezdarům, kritice, neomlouvání urážek a tendence k tvrdošíjnému boji za svá domnělá práva (Bernstein a kol., 1993). Tito jedinci mají často tendenci ze svých neúspěchů obviňovat druhé. Může se u nich objevit sklon k patologické žárlivosti nebo k nadměrnému vyzdvihování vlastní významnosti a sebechvála. Přiřkládají nadměrný význam své osobě, mají pocit, že jsou tak důležití, že druzí se mohou proti nim spiknout. Patří sem expanzivně-paranoidní, fanatická, kverulantní a senzitivně-paranoidní osobnost jiných klasifikací (Smolík, 1996).

Mezilidské vztahy paranoidních jedinců bývají konfliktní, protože snadno podezírají okolí z nekalých úmyslů a ze zneužívání. Často druhé kontrolují a vyslýchají, aby se ubezpečili, že se proti nim neděje nic zlého, nicméně ani tyto manévry jim klid nedodají, spíše naopak. Často věnují enormní množství času

a energie hledání důkazů, které by potvrdily jejich podezření. Za důkazy považují často detaily, které je možné vysvětlit celou řadou jiných možností. Jen velmi obtížně vyjadřují svoji náklonnost, ale i pochybnosti a nejistotu. Tím, že neustále hledají skryté motivy a čekají, že se k nim ostatní budou chovat nefér, chovají se k nim nepřátelsky. To často vede zpětně k nepřátelskému chování druhých, což paranoidního jedince v jeho přesvědčení dále utvrzuje. V zátěžové situaci a neznámém prostředí se zvyšuje nedůvěra, precitlivělost na odmítnutí nebo znevažování, obavy ze závislosti, zhoršují se i pocity studu a zranitelnosti (Smolík, 1996).

Pan Jiří, šestatřicetiletý podnikatel, vyrůstal v rodině protestantského faráře. Otec byl dominantní postavou v rodině. Všichni jej museli na slovo poslouchat. Sám však byl úzkostný, často se obával o své zdraví. Matka je spíše submisivní osobnost. Pacienta od dětství zahrnovala svazující láskou. Při konfliktech v rodině se však podřizovala manželovi a byla vždy na jeho straně. Pan J. má sestru starší o 1,5 roku. Mají a měli spolu dobrý vztah.

Pan J. byl od dětství nejistý a úzkostný. Často míval strach o matku. Obával se, že by se jí mohlo něco strašného přihodit. Báł se, že ztratí náhle rodiče nebo bude on sám vážně nemocen. Někdy matku tajně sledoval, aby se ujistil, že jí nic nehrozí. Často kontroloval celý byt, zda tam není někdo schovaný. Otce se bál, snažil se postavit proti jeho tvrdé výchově. Byla období, kdy spolu vůbec nekomunikovali. Jako křivdu nesl, že se matka nedokázala dětí před otcem zastat.

Rodina se často stěhovala. Jiří se obtížně adaptoval na nová prostředí. Prospěch míval většinou průměrný, i když měl na víc. Po základní škole se rozhodl pro učební obor s maturitou. V pubertě vyvrcholily neshody s otcem. Cítil se jím příliš omezován, a proto často dělal některé věci naschvál. Brzy po maturitě se od rodičů odstěhoval. Samotu však snášel obtížně. V roce 1988 emigroval. V zahraničí se živil různou prací, převážně jako dělník. Hodně cestoval. V roce 1992 zažil těžký traumatický zážitek (byl svědkem násilné smrti několika lidí). Po této události začal nadměrně pít alkohol, stávalo se mu, že byl přehnaně agresivní po malých podnětech, často podezřívavý. Více začal sledovat své okolí. Měl pocit, že některé věci kolem něj se dějí záměrně a jsou namířené proti němu. Několikrát se stěhoval, dokonce i do jiné země v Evropě. Přesto měl často pocit, že je sledován. Stupňující se úzkost řešil alkoholem. Vrátil se do Čech, ale problémy nezmizely. Naopak byl utvrzen ve svých podezřeních ihned po návratu, kdy ještě na letišti musel podstoupit rozhovor s cizineckou policií. Ačkoliv tento „výslech“ nepřinesl žádný negativní dopad, pan J. začal ještě více sledovat lidi okolo sebe a jeho úzkost narůstala. V té době poprvé navštívil psychiatra. Začal docházet do psychiatrické ambulance, krátce užíval fluoxetin a pro kolísavý tlak Lomir. Úzkosti se zmírnily asi po čtyřech měsících. Pan J. přestal užívat fluoxetin. O podezřívavosti s ambulantním psychiatrem nemluvil, protože považoval své obavy za reálné. Jiří nadále sledoval své okolí, téměř každého, s kým přišel do styku, „lustroval“. (Po nějaké době se dozvídáme, že na začátku terapie si takto ještě ověřoval některé spolupacienty a personál.)

Začal pracovat u soukromé firmy. Zpočátku se v práci cítil relativně dobře a věnoval jí hodně energie. Následoval pracovní postup a s ním spojená větší míra zodpovědnosti. Panické ataky se u něj poprvé objevily v období, kdy měl možnost získat jedno z vedoucích postavení ve firmě. Bylo to období plné stresu a „intrik“ protikandidátů. První panický záchvat přišel v autě, kdy spěchal na důležité jednání a uvízl v dopravní zácpě. „Najednou jsem ucítil píchání v hrudi, bušení srdce a pocení. Napadlo mě, že je to možná

infarkt. Nemohl jsem dodechnout a dostal jsem strach, že se udusím, dokonce mě začaly brnět i ruce. Dojel jsem do nemocnice. Řada vyšetření ale infarkt či jiné závažné onemocnění vyloučila. Prý je to od stresu v práci. Přál jsem si tomu uvěřit, ale nemohl jsem. Příznaky byly tak silné, že jsem měl vážně strach, že umřu.“ Od té doby se podobné stavy začaly objevovat častěji při jízdě do zaměstnání, někdy dokonce při jednáních. V práci, kde se Jiří původně cítil nejlépe, začal mít nyní intenzivní úzkostné stavy. Zesílila jeho podezřívavost. Báł se, že i v práci ho někdo sleduje a chce mu ublížit. „Nebyl jsem už ani schopen vypít kávu, kterou mi přinesla sekretářka. Báł jsem se, že by mohla být otrávená. Vše, co mi předložila k podpisu, jsem po ní kontroloval, abych nepodepsal něco podstrčeného. Zabralo mi to hodně času. Jednou mi omylem dala k podpisu dokument, který měl podepsat kolega. Přestože se nejednalo o nic vážného, což jsem vlastně schopen s nadhledem posoudit až dnes, utvrdilo mě to v tom, že mě někdo chce zničit. Zesílil jsem kontroly. Všechny své záznamy v počítači jsem zahesloval. Nejhorší bylo, že jsem začal být podezřívavý všude. Měl jsem například pocit, že mě někdo sleduje na ulici nebo v obchodě. Vymyslel jsem si řadu manévřů, jak těm lidem zmizet nebo jak si je ověřit. Na ulici jsem se najednou otočil a vydal opačným směrem. Nebo jsem šel rovnou k té mé podezřelé osobě a rovnou se jí zeptal, kolik je například hodin. Vždy jsem pak sledoval její reakci. Dokud jsem ještě řídil, míval jsem intenzivní pocit, že mě někdo sleduje, nejčastěji zahraniční automobil. To jsem řešil tím, že jsem náhle bez blinkru odbočil, nebo jsem hodně zpomalil a sledoval, jestli mě to auto předjede. Uvědomoval jsem si, že to asi přeháním. Že je to něco ve mně, ale nedokázal jsem to ovládnout. Vždy jsem si různé události dal do takových souvislostí, že fakt, že mě někdo sleduje, vypadal logicky a reálně. Prostě jsem tyhle myšlenky nemohl zastavit a vyhovoval jsem jejich tlaku.“

Společně se silící vztahovačností se stupňovala i trvalá úzkost a četnost panických záchvatů. Ty začaly přicházet i v metru, při nakupování, ve frontách, dokonce i při zábavě s přáteli. Jiří navštívil opakovaně pohotovost, několikrát si přivolal první pomoc domů. Byl kompletně somaticky vyšetřen: kromě kolísavého krevního tlaku nikdy lékaři nic nezjistili. Byl upozorněn, že původ těchto záchvatů je pravděpodobně psychický. Dostal předepsaný alprazolam. Přesto se postupně rozvinulo vyhýbavé chování. Postupně přestal cestovat městskou hromadnou dopravou, při cestě autem musel mít řidiče. Nemohl nakupovat v supermarketech, vybíral si jen občůdky s pultovým prodeje. Báł se u holiče, u zubaře (že nevydrží sedět). Vyhýbal se i setkání s přáteli, přestal chodit do společnosti a sportovat. Neustále se zajišťoval tím, že s sebou nosil tablety na uklidnění a mobilní telefon, aby odkudkoliv mohl zavolat pohotovost. Postupně si navykl nevycházet beze zbraně, kterou vlastnil. Sice věděl, že by ji asi nepoužil, ale cítil se tak bezpečnější. Časem si na tyto „zabezpečovací pomůcky“ natolik zvykl, že nebyl schopen jít ven bez nich. Asi rok žil v neustálém napětí, které částečně snižoval alprazolamem (užíval až 6 mg za den).

Tento stav vyvrcholil v situaci, kdy jej opustila přítelkyně. Nebyla s ním schopna už vydržet. Vadily jí jak jeho stížnosti, tak snaha se sociálně izolovat. K plně rozvinuté úzkosti se přidala i smutná nálada. Jiří již v té době nechodil do zaměstnání, obával se vůbec jakkoliv kontaktovat své kolegy. Rovněž se nestýkal se svými přáteli. Málokdy vycházel ven. Byť měl zabezpečený nejmodernějšími poplašnými zařízeními. V tomto stavu byl po dalším prodělaném silném panickém záchvatu přijat do krizového centra a následně přeložen do psychiatrické léčebny. Během měsíčního pobytu přišla částečná úleva a zklidnění. Vysazení alprazolamu doprovázely abstinenci příznaky. Byl mu nasazen fluvoxamin a clonazepam. Ani v tomto zařízení se však nezmínil o své vztahovačnosti a podezřívavosti. Depresivní nálada ustoupila, přetrvávaly však úzkostné ataky. Pacient byl doporučen ke specializované léčbě do Psychiatrického centra.

Tab. 50 Diagnostická kritéria MKN-10 pro paranoidní poruchu osobnosti

-
- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.
 B. Musí být přítomny nejméně čtyři z následujících příznaků:
1. nadměrná citlivost k odstrkování a odbývání;
 2. tendence k trvalé zášti, tj. odmítání odpustit urážky, bezpráví a zlehčování a uražená ješitnost;
 3. podezřavost a sklon k překrucování a chybné interpretaci neutrální nebo přátelské akce druhých jako nepřátelské nebo pohrdavé;
 4. bojovný a úporný smysl pro osobní práva bez ohledu na bezprostřední situaci;
 5. opakované neoprávněné podezírání manželského nebo jiného sexuálního partnera ze sexuální nevěry;
 6. sklon ke zdůrazňování důležitosti vlastní osoby, projevující se trvalým vztahováním všeho ke svému já;
 7. zabývání se nepodloženým „konspiračním“ vysvětlováním událostí kolem sebe nebo ve světě vůbec.
-

Etiologie a patogeneze

U této poruchy osobnosti pravděpodobně existuje určitá genetická predispozice (v rodinách se vyskytuje více nemocných se schizofrenií a poruchami s bludy) (Kendler a Gruenberg, 1982). Pravděpodobně zde hrají roli i nespecifické komplikace v rodinných vztazích v časném vývojovém období (Smolík, 1996). Někteří autoři jsou přesvědčeni, že lidé s touto poruchou byli objektem extenzivní rodičovské zlosti nebo byli druhými pokořováni (zejména blízkými stejného pohlaví). To vedlo k nadměrnému rozvoji obranného mechanismu projekce, který je zodpovědný za rysy nemoci. Jakýkoliv typ psychického zranění vede k pocitům nedostatečnosti a zranitelnosti, které jsou projikovány do druhých jako jejich hostilita nebo nepřátelství (Vaillant, 1992).

Epidemiologie

Prevalence v populaci se odhaduje na 0,5–2,5 % (DSM-IV, 1994). Vyšší, až mezi 10–30 %, je odhad v populaci hospitalizovaných a 10–20 % u ambulantních psychiatrických pacientů. Vyšší incidence v rodinách pacientů se schizofrenií a poruchami s bludy. Častěji se objevuje u mužů.

Průběh

Paranoidní rysy se mohou objevit už v dětství a časně adolescenci; často ve formě hypersenzitivity, sociální úzkosti a chudosti kamarádkských vztahů. Tyto projevy se někdy mohou stát cílem pozornosti vrstevníků a vést k nárůstu pa-

ranoidních postojů. V době zvýšeného stresu nebo psychosociální zátěže mohou postižení lidé reagovat krátkými psychotickými epizodami. Během těchto epizod se mohou objevit bludné myšlenky a narušená percepce. Jinak jsou příznaky a projevy chronické, dlouhodobé. Typický je horší pracovní výkon, hostilita k druhým, neústupnost, neustálá připravenost k obraně, vyhýbání se intimnějšímu kontaktu. Dále pak nekompromisnost a rigidita v postojích, obviňování druhých při interpersonálních problémech, konflikty s autoritami. Postižení bývají nadměrně citliví na dodržování řádu a pořádku. Komplikacemi mohou být především adaptační poruchy, depresivní stavy a úzkostné stavy, jako je sociální fobie, agorafobie a obsedantně-kompulzivní porucha. Rovněž se může vyvinout závislost na návykových látkách. Je možný i vývoj do poruchy s bludy. Komplikace jsou většinou důvodem pro vyhledání terapie.

Diferenciální diagnóza

Paranoidní schizofrenie: Je charakterizovaná paranoidními bludy, často velmi systematizovanými, obsah však bývá bizarní, jsou doprovázeny halucinacemi a dalšími jádrovými příznaky schizofrenie. Diferenciální diagnóza bývá složitější, když dojde k dekompenzaci paranoidní poruchy osobnosti do krátké reaktivní psychotické poruchy. Krátká reaktivní psychóza má však kratší trvání a je zpravidla provokovaná zřetelnou stresující událostí.

Porucha s bludy: Projevuje se psychotickou poruchou myšlení – bludy. U paranoidní poruchy osobnosti jde spíše o dominující myšlenku, i když někdy je velmi těžké odlišit dominující myšlenky od bludů. Paranoidní myšlenky však nebývají bizarní a během rozhovoru je pacient většinou ochoten uvažovat i o alternativním vysvětlení.

Změna osobnosti při tělesném onemocnění: U některých onemocnění postihující CNS (encephalitidy, lupus erythematosus, Alzheimerova choroba atd.) může dojít k rozvoji paranoidního nastavení. Rovněž u některých tělesných vad (např. hluchota) a ve spojitosti s abúzem alkoholu a některých drog, např. amfetaminových derivátů, se paranoidní nastavení objevuje.

Jiné specifické poruchy osobnosti: Řada podobných rysů se objevuje u hraniční, schizoidní, schizotypní a narcistické poruchy osobnosti. Tyto osobnosti mohou ve stresových obdobích reagovat paranoidním zpracováním zevních událostí. Vztahovačnost je však u nich přechodná a s odezněním zátěže ustupuje. Asociální chování, které se někdy u paranoidní poruchy osobnosti objevuje, je většinou motivováno snahou po odvetě; u disociální poruchy osobnosti je motivováno snahou mít zisk nebo někoho perzekvovat.

Přenos a protipřenos

Při léčbě paranoidní poruchy osobnosti se může u pacienta snadno rozvinout podezřavost vůči terapeutovi. Vztahovačnost posilují všechna nejasná a nekongruentní sdělení i jakýkoliv, byť zdánlivý náznak znehodnocení. Proto jednání terapeuta musí být vždy otevřené, tvrzení jednoznačná, bez náznaku humoru. Podezřavost pacienta někdy terapeut vnímá nelibě; „sám se maximálně snaží, a přesto ho pacient podezřívá ze skrytých úmyslů“. Při opakovaných epizodách podezírání se terapeut může cítit zraňován a reagovat komplementárně, jindy hrozí jeho rezignace na léčbu vůbec.

Podpurná psychoterapie

Pokud pacient trpící paranoidní poruchou osobnosti vyhledá léčbu, určitě to není pro charakteristiky jeho osobnosti. Nepřijde a neřekne: „Pane doktore, můj problém je, že jsem vztahovačný.“ Co nás však může upozornit, že by mohlo jít o tuto poruchu, jsou některé pacientovy projevy. Například zkoumá pečlivě terapeutovu pracovnu, často sleduje okno, ptá se, kdo všechno má přístup k naší psané dokumentaci. Opakovaně zdůrazňuje potřebu důvěrnosti a vyžaduje různá opatření od terapeuta, aby důvěrnost byla zachována. Pro velkou nedůvěru ke druhým se paranoidní osoby obvykle snaží psychiatrické léčbě vyhnout. Vtáhnout do léčby a udržet je v ní lze nejlépe při udržování respektujícího a nevnučujícího se terapeutického vztahu. K paranoidnímu pacientovi je těžké se přiblížit a terapeut by se o to ani neměl pokoušet. Příliš vřelý styl může budit podezřavost stejně jako nadměrné pečování. Lepší je udržovat **předvídatelný odstup** a zdržet se osobních poznámek. Bez ohledu na to, nakolik je oprávněná teorie homosexuálního strachu (Colby, 1977), je potřebné se vyhnout provokacím pacientovy sexuality a situacím fyzické blízkosti. I přes zmíněné obtíže je potřebné pokusit se o vytvoření důvěryhodného vztahu. Stále však musíme mít na mysli, že pacient potřebuje mít značnou autonomii. Proto použití direktivních přístupů na počátku léčby je velmi ohrožující. Jsou však způsoby, jak se pacientovi **přiblížit**. Dobrým východiskem zpravidla bývá diskuze o traumatech nebo zanedbávání v dětství, o dětském vyrovnávání se s chováním rodičů. Další možností je vyjadřování pochopení pro to, jak je pro pacienta obtížné a vyčerpávající, když pro své pocity, že by mu druzí mohli ublížit, musí kontrolovat tolik věcí, být neustále bdělý a připravený.

Pro pacienta je těžké důvěřovat druhým lidem, často má pro to dobré důvody v tom, jak se s ním zacházelo někdy v minulosti, zpravidla v dětství. To, že jde o **nadměrnou generalizaci**, přenesení jedné zkušenosti na řadu ostatních, nemění nic na tom, že tuto bolestnou zkušenost prožil. Zpočátku je lepší neoslabovat jeho obrany (např. projekci), ale přistupovat k jeho pokroucení reality

jako ke kognitivnímu omylu a probrat s ním alternativy jiných možných úmyslů druhých, včetně toho, že některé z nich mohou být zaměřené proti pacientovi. Zkreslené vnímání reality můžeme dát do souvislosti s „optikou“, skrze kterou se pochopitelně dívá na svět po svých dřívějších negativních zkušenostech. Můžeme použít metaforu o člověku, který, když byl jednou napaden v lese, má pak obavy v každém lese a vidí za každým stínem stromu lupiče. V podpůrné psychoterapii nebudeme interpretovat projekci pacienta na druhé lidi, ale omezíme se na zhodnocení negativních důsledků jeho vlastního chování vycházejícího z paranoidního nastavení (slovní napadání druhých, kontrolování na pracovišti, zabezpečování se tím, že kličkuje ve městě a ztrácí tím množství času apod.) a pak hodnocení důsledků jiných možných alternativních přístupů k situaci.

Léčba by se měla zaměřit na upevnění spokojenosti se sebou, zlepšení testování reality a zvýšení pocitů bezpečí. **Postupné zvyšování sebedůvěry** umožňuje později zvýšit důvěru v okolí. Pacient potřebuje ocenění svých pozitivních vlastností. Pokud bychom jenom odstraňovali jeho podezřívavost a neposilovali jeho sebeakceptaci, vedlo by to ke snížení jeho sebeúcty a rozvoji smutku nebo deprese. Někteří terapeuti změnu paranoidního myšlení na depresi považují za nutný krok a považují rozvoj deprese za částečný terapeutický cíl (Meissner, 1978). Pacient potřebuje posilovat **pocit autonomie**, soběstačnosti, ale i **důvěry v druhé**, přestože občas zklamou.

Terapeut sám potřebuje být stále bdělý, aby se **vyhnul odsuzování** nepřiměřenosti, hněvu, lakoty, puntičkářství, žárlivosti či jiných vlastností, které pacient připisuje druhým. Je dokonce důležité nevyjadřovat souhlas s odsuzováním vlastností, které pacient opovržlivě popisuje u druhých, protože se často týkají jeho samotného. Pokud s ním budeme souhlasit, že určitá vlastnost je hrozná, můžeme si ho znepřátelit. Pacient si může například stěžovat na lakotu svého spolupracovníka. Je důležité souhlasit s pacientem v tom, že je to vlastnost, která může stěžovat spolupráci, a poznamenat, že být lakotný není nic neobvyklého nebo zahanbujícího a může se to stát lidem, kteří někdy v životě prožili velkou nouzi. I když se vyhneme odsouzení určitých vlastností či chování u jiných lidí, je potřebné pacientovi vyjádřit **pochopení** v tom, že jsou pro něj tyto mezilidské situace velmi náročné, protože musí vynakládat tolik sil na ostražitost a kontrolování. Dokonce i když pacient popisuje nezákonné chování u druhých, neměli bychom použít výrazů jednoznačného odsouzení, ale poukázat na to, že motivy mohly být nešťastné nebo z vývoje toho člověka pochopitelné, i když to není správné chování. Například: „To je pravděpodobné, že většinu lidí, když se ocitnou v podobné situaci, napadne, že by mohli zpronevěřit ty peníze, ale samotná myšlenka ještě neznamená, že to udělají.“ (Novalis a kol., 1999)

Terapeut by měl být připraven na **pacientovu hostilitu** a naučit se ji adekvátně snášet. Pacient může terapeuta obviňovat ze zanedbání péče nebo z nevlídného přístupu. Je proto potřeba včas vysvětlovat všechny metody léčby a trpělivě a vlídně čelit opakovanému nepřátelskému nebo podezřívavému nastavení pacienta, který je sužován obavami a nedůvěrou. Terapeut musí zacho-

vat klid a zjistit, z čeho přesně pacientova reakce pochází, a vyjádřit pochopení pro jeho pocity. Pokud má pacient v tom, co říká, pravdu alespoň částečně, měl by ji terapeut přiznat, i když jej pacient obviňuje z nějaké chyby. Tím, že terapeut ukazuje, že snese kritiku, a přizná, co je pravda, je pro pacienta modelem toho, že není třeba se až tak obávat kritiky a že člověk může také dělat chyby, aniž by to pokládal za totální selhání, tragédii nebo vlastní neschopnost. Pokud pacient pravdu nemá, je třeba to uvést na pravou míru, ale vyjádřit pochopení pro jeho hněv, když si něco takového myslí. Vždy je potřebné připravit se na **nadměrnou reakci** pacienta na nežádoucí účinky léků.

Skupinová psychoterapie

Pro svoji podezřívavost nebývají pacienti s paranoidní poruchou osobnosti zpravidla léčeni ve skupině. Přitom však skupina může paranoidnímu pacientovi pomoci v tom, že posílí jeho sebedůvěru a umožní mu testovat svoji vztažovost na členech skupiny. Nicméně paranoidní pacienti mají problém uvěřit tolika lidem a otevřít se před nimi. Pokud se to podaří (naše zkušenost je velmi dobrá, pokud byl pacient předtím připraven v individuální psychoterapii) a skupina jej za otevřenost ocení a vyjádří přijetí, může dojít k podstatné změně v celkovém nastavení.

Farmakoterapie

Antidepresivní a krátkodobá anxiolytická medikace může napomoci odstranění úzkosti, fobie či deprese, přestože bývají důsledkem paranoidních reakcí na stresující situace. Malé dávky neuroleptik, zejména atypických, mohou pomoci v obdobích s výraznou paranoidní dekompenzací nebo v obdobích krátkých psychotických epizod.

Psychodynamické aspekty

Sigmund Freud (1911) ve svém popisu případu soudce Schrebera (který trpěl paranoidní schizofrenií) vyložil jádrový konflikt paranoidního myšlení jako výsledek homosexuálního přání. Podle Freuda bylo pro Schrebera toto přání neúnosné, proto je nevědomě popřel (**popřetí**), jeho přání bylo přeměněno (**reaktivní formace**) na nepřátelství jeho přítele vůči Schreberovi, který se v konečném důsledku vědomě cítil být pouze pronásledován. Podle klasické psychoanalytické teorie tedy proces vedoucí ke vzniku paranoidity zahrnuje tyto kroky: touha po přátelství s osobou stejného pohlaví – nevědomá chybná

interpretace tohoto impulsu jako sexuálně motivovaného – potlačení tohoto neúnosného impulsu – projekce tohoto impulsu navenek – vznik vědomě prožívané paranoidity z vnějšího ohrožení.

Melanie Kleinová (1952) ve své **teorii objektních vztahů** popsala **paranoidně-perzekuční pozici**, ve které jsou destruktivní myšlenky a pocity odštěpeny (**štěpení**) od ega a projikovány navenek (**projekce**). Podstatou této situace je oddělení psychických reprezentací dobré matky (uspokojující základní potřeby) a špatné matky (deprivující) v raném dětství a neschopnost prožívat lásku a nenávisť ke stejné osobě. Jakékoli pokusy integrovat tyto protichůdné pocity vedou ke vzniku neúnosné úzkosti pramenící ze strachu, že negativní část objektu zničí část pozitivní. Paranoidní pacient proto projikuje vše „špatné“ (negativní pocity, impulzy, myšlenky) ze svého nitra do druhých osob s následným vznikem pocitu paranoidního ohrožení vnějšími agresory, což je pro něj únosnější než vnitřní napětí mezi neslučitelnými kladnými a zápornými prožitky. Pokud je paranoidní pacient nucen do reinternalizace svých projikovaných postojů, vzniká v něm silná tenze s výrazným obranným nastavením.

Další charakteristikou paranoidně-perzekuční pozice je nespojitá zkušenost pacienta s druhými lidmi. Vztahy nejsou vnímány jako trvalé. Paranoidní pacient vstupuje do každého vztahu s přesvědčením, že každá i přátelsky se tvářící osoba nakonec „udělá chybu“ a potvrdí prvotní podezření pacienta. Při tomto způsobu vnímání žije pacient v trvalé úzkosti vyplývající z přesvědčení, že svět je plný nedůvěryhodných, v konečném důsledku nepřátelských cizinců s nepředpověditelným chováním.

Paranoidní pacienti mají často v dětství zkušenost s ponižováním, nadměrnou kritikou, exemplárními tresty, výsměchem a s nesmiřitelnými, často ve výchově sadistickými rodiči, což u těchto pacientů vede k celoživotnímu obrannému nedůvěřivému nastavení. Opakovaná negativní zkušenost s rodiči (při výprasku nebo výsměchu) vede k růstu vzteku a frustrace u dítěte a rovněž k přesvědčení, že jejich vztek může mít velkou destruktivní sílu. Tito pacienti někdy pocházejí z komunit nebo rodin, které reálně jsou nebo se cítí být vyčleněny ze společnosti a prožívají ohrožení okolním světem. Děti z těchto rodin mohou být následně celoživotně paranoidně nastaveny.

Projekce a projektivní identifikace jsou základní obranné mechanismy paranoidních pacientů. Významná je rovněž potřeba **kontrolovat** druhé, spojená s velmi nízkým sebehodnocením. Vnějšíkově projevované pocity grandiozity nebo výjimečnosti jsou kompenzací jádrových pocitů inferiority, slabosti a neúspěšnosti. Pacient, který podsouvá jiným nějaké nekalé motivy, do nich často projikuje své vlastní agresivní tendence. Částečně je to možné považovat za důsledek nelogické nadměrné generalizace předchozího zneužívání nebo zlého zacházení v dětství.

Psychodynamická terapie

Většina analytických terapií probíhá v kontextu individuální psychoterapie a vyžaduje od terapeuta extrémní nasazení. Paranoidní pacienti vše vnímají doslovně, nejsou schopni uvažovat: „Vypadá to, **jako by** mi tato osoba chtěla ublížit.“ Namísto toho **vědí**, že daná osoba má nepřátelské úmysly. Pokud se u pacienta v průběhu terapie objeví schopnost prožívat situace „**jako by**“, učinil veliký pokrok a posunul se do depresivní pozice podle Mahlerové. Pacient však dlouhodobě vnímá terapeuta jako pronásledující ohrožující objekt, cítí se být napádan, nepochopen a klamán. Při projektivní identifikaci nejprve pacient promítne negativum do terapeuta. Následně se terapeut postupně vlivem tlaku od pacienta, který s ním takto zachází, začne cítit a chovat v souladu s projikováním obsahem. Pokud si to neuvědomí, potvrdí pacientovi jeho předpoklad, že se v terapeutovi vskutku nacházejí ony negativní charakteristiky, které u něj (jako u dalších důležitých osob) pacient od počátku předpokládal.

Souhrnným cílem psychoterapeutické práce s paranoidním pacientem je pomoci mu přesunout ohnisko vnímání problémů na jejich původní místo, z vnějších osob do vnitřního světa své vlastní psychiky. Dalším cílem je postupný posun do depresivní pozice, což pacientovi umožní konfrontovat se se svými vnitřními pocity slabosti, nedostačivosti a neúspěšnosti. V průběhu celé terapeutické práce musí terapeut pacientovy pocity spíše přijímat než na ně reagovat. Pokud je terapeut schopen snášet pacientovu paranoitidu, negativní prožitky a trvalou podezřívavost, pacient získá zkušenost, že jeho samotné negativní postoje a myšlenky nemají tu schopnost ničit, jak se v hloubi duše obává. Toto přijetí pacientovi poskytne jinou zkušenost z objektního vztahu, než byla ta předešlá. V průběhu psychoterapeutické práce s paranoidními pacienty bývají uváděna tato doporučení:

- nesnižovat pocity grandiozity pacienta;
- neinterpretovat projekce v časných fázích terapie;
- nezpochybňovat pacientovy paranoidní postoje a negativní vzpomínky na události;
- zachovat pacientovo zdání kontroly nad terapeutickou situací.

Důležité je uvědomovat si protipřenosové postoje, které jsou většinou silné, hostilní na jedné straně, nebo úzkostné s pocity ohrožení (někdy i reálného) na straně druhé. V psychodynamické terapii může bohužel analytická situace vést k prohloubení podezřívavosti a odmítnutí další léčby.

Kognitivně-behaviorální terapie

Podle Becka, Freemana a spol. (1990) je paranoitida vyjádřením celého systému strategií, které mají minimalizovat nebo odstranit riziko zahanbení, zneužití nebo jiného poškození za strany druhých lidí. V některých situacích může být

tento postoj adaptivní. Jádrovým schématem těchto pacientů je, že jsou nedostateční, nepřijatelní nebo neschopní. Čekají, že když to druzí zjistí, budou je zneužívat, smát se jim nebo je jinak poškodí. Tyto postoje a přesvědčení se u nich vytvořily v dětství a často jsou posilovány nepříjemnými zkušenostmi v dalším životě. Ve výchově těchto jedinců se často uplatňují zejména následující poselství:

- Nikdy nesmíš udělat chybu, protože se ti to vymstí.
- Jsi odlišný od druhých.
- Lidé jsou zlí a manipulující, nic dobrého od nich nemůžeš čekat.
- Lidé zaútočí, když jim dáš šanci.
- Jsi v pořádku, jedine když stojíš na vlastních nohou a na nikoho se nespoleháš.

Lidé s těmito schématy **zaměřují svoji pozornost** na vše, co by mohlo znamenat výsměch nebo manipulaci, silně vnímají rozpory v jednání druhých osob (včetně terapeuta), jsou citliví na jakékoliv náznaky křivdy. Protože mají malou důvěru ve vlastní schopnost řešit náhlé situace, nadměrně se bojí toho, že by mohli udělat chybu.

V mezilidských vztazích se vyhýbají blízkosti, protože mají strach z „odhalení“ své slabosti, které by pak druzí mohli zneužít. Paranoidní jedinec často prožívá pocity křivdy, zneuznání a považuje se za oběť. Typická je také nadměrná útočnost, boj za vlastní práva, což má zakrýt vlastní zranitelnost. Problém s přijímáním autority je téměř vždy přítomný. Je snaha autoritu testovat, zjišťovat její případné chyby a napadat ji za ně. Jde o preventivní „obrané útoky“, které mají zakrýt vlastní zranitelnost a strach ze zranění, které by autorita mohla navodit. Kontrolování druhých je běžné. Někdy tito lidé kladou „rafinované“ otázky, do kterých by se druzí mohli „chytit“ a prozradit tak nepřátelské postoje.

Zaangažování (zapojení) do terapie

Ústředním problémem psychoterapie paranoidní poruchy osobnosti je navození důvěry pacienta vůči terapeutovi. Je to neobvykle náročné a vyžaduje to velkou trpělivost a hodně času. Pacient předem očekává zradu, zneužití nebo zranění a má problém s přijetím autorit. Pokud se zjevně snažíme o získání důvěry, může to pacient zpracovat jako snahu o podvod. Proto paranoidního pacienta nenutíme, aby mluvil o citlivých záležitostech a zaměříme pozornost na problémy, se kterými přišel do léčby a které sám vnímá jako obtěžující. Při práci na zvládnutí těchto problémů využíváme jednoduchých kognitivních nebo behaviorálních přístupů, případně behaviorálních experimentů. V rámci řešení těchto problémů se objeví i to, jak do těchto problémů zasahuje paranoidní zpracování událostí. Vždy se zaměřujeme nejdříve na zvýšení sebedůvěry a sebevědomí, až poté na paranoiditu.

Od počátku terapie musíme být pozorní jak k pacientovi, tak k sobě. Pacientovi projevujeme úctu a respekt, zaměřujeme se na jeho povzbuzení a posílení jeho sebedůvěry. Pokud je schopen problémové situace zvládnout, ale přeceňuje riziko hrozby nebo podceňuje svoje schopnosti, snažíme se mu pomoci vytvořit realistič-

tější pohled na jeho schopnosti. V zásadě je lepší mít zpočátku nižší frekvenci sezení (cca jednou týdně), protože pacient to vnímá bezpečněji a necítí tak velký tlak na změnu. Vyjadřujeme se jasně, přímo a jednoduše, tak, aby naše sdělení nemohla být vysvětlována dvojznačně. Někdy to může být obtížné, když pacient stále svaluje vinu za vše na druhé, mluví o tom, jak ho ostatní zneužívají a jak s ním špatně zacházejí. Protipřenosově může být hra na „posledního spravedlivého“ protivná. Pozornost sobě musíme věnovat hlavně v tom, abychom byli kongruentní, a přesto pacienta nezranili nebo nebagatelizovali to, co říká. Kliše, která každý terapeut občas při únavě používá, působí na paranoidního pacienta jako faleš. Je třeba otevřeně akceptovat pacientovu nedůvěru a neurážet se kvůli tomu.

Pacient: Musím si pořád dávat pozor, protože spolupracovníci na mě stále přesouvají práci. Pak to nestíhám. Tím se snaží proti mně popudit šéfa. Lidé jsou zlí a žárliví.

Terapeut: Chápu, že se mezi nimi necítíte dobře, když máte dojem, že jsou proti vám. Těžko jim pak můžete důvěřovat. Napadlo mě, jak je to ve vztahu ke mně? Nemáte také někdy pocit, že to s vámi nemyslím dobře – že bych vám mohl nějak ublížit? Bylo by to vcelku pochopitelné, když je pro vás těžké lidem důvěřovat.

Pacient: Nevím, jak vám mám odpovědět. (Nedůvěřivě se dívá.)

Terapeut: Někdy je těžké důvěřovat terapeutovi, když se člověk cítí lidmi zklamaný nebo zrazený. To je pochopitelné. Na druhé straně je obtížné důvěřovat léčbě, když nevěřím lékaři. A když nedůvěřuji léčbě, jak mi může pomoci? Je však těžké důvěřovat nebo nedůvěřovat, když druhého ještě pořádně neznám.

Pacient: Máte pravdu, špatně důvěřuji novým lidem, vlastně všem lidem. Ani vám nedokážu úplně důvěřovat – vždyť vás pořádně neznám. Tváříte se přátelsky, ale jakýpak jste přítel. Proč byste se měl se mnou přátelit?

Terapeut: Máte pravdu, v tom, jak se tváří, je kus terapeutického zvyku. Ale skutečně vám chci pomoci. Napadá mě, že není nutné si ihned říkat, že důvěřuji nebo nedůvěřuji. Můžete počkat, až mě budete znát lépe. Uvidíte, zda se chovám tak, jak říkám, nebo zda dělám něco jiného. Lépe se dá důvěřovat činům než slovům a tváření. Co tomu říkáte?

Pacient: Něco na tom je.

Řešení konkrétních naléhavých problémů pomáhá pacientovi získat k terapeutovi větší důvěru. Proto je léčba zpočátku orientovaná na aktuální problémy, jako je deprese, agorafobie, sociální fobie, nespavost nebo manželský konflikt. Až po jejich úspěšném řešení bývá pacient ochoten začít pracovat na svých temperamentových a charakterových rysech, pokud pochopil, že s jeho aktuálními problémy souvisejí a že mu v životě škodí.

Analýza vzorců

Jak již bylo řečeno, pacient s paranoidní poruchou osobnosti přichází zpravidla do terapie kvůli jinému problému, než je jeho paranoia. Proto se v počátečním vyšetření zaměřujeme spíše na hodnocení vzorců jeho **akutní psychické dekompenzace**, což bývají projevy úzkosti nebo deprese. Na těchto vzorcích se

pacient učí porozumět vztahu mezi situačními spouštěči, okolnostmi, kognitivní interpretací, emočními a tělesnými reakcemi, důsledky a modifikujícími faktory. Zmírnění akutní symptomatologie může velmi pomoci k získání důvěry pacienta. Pak je možná postupná analýza paranoidních vzorců chování a myšlení. K ní vyžíváme **popisu konkrétní epizody**, kdy se pacient cítil zrazen, obelstěn, zneužit nebo jinak zraněn. Přitom se snažíme popsat jak spouštěcí situaci, tak kognice, emoce, chování i tělesné reakce pacienta. Důležité je zjistit vyhýbavé a zabezpečovací chování, které je u paranoidní poruchy osobnosti velmi časté (kontroly v práci, mnohonásobné zaheslování počítače, prohlížení kapes partnerky, jejího mobilního telefonu apod.).

Tab. 51 Záznam epizod vztahovačnosti a nepohody

Okolnosti:	Dlouhodobě se obávám sledování tajnou policií.
Spouštěč:	Jede za mnou na dálnici mercedes.
Kognice:	Proč mě nepředjede? Určitě mě sleduje! Musím to zjistit!
Emoce:	Napětí Vzteky Odhodlání
Tělesné reakce:	Svalové napětí Bušení srdce Zrychlení dechu
Chování:	Bez blinkrů jsem náhle zahnul na odpočívadlo. Pak jsem za půl hodiny vyjel znovu. Už se neobjevil.
Důsledky:	Krátkodobě: Úleva z napětí, že už mě nesleduje, poté však nejistota, zda sledování nepředali jinému autu.
Konstruktivní akce:	Nyní: Přestat sledovat auta a jet podle potřeby. Příště: Totéž

Po zmapování konkrétní epizody je důležité zjistit, zda pacient prožil podobné epizody již v minulosti a co v nich bylo podobné. Dalším krokem je **monitorování epizod napětí** v průběhu několika týdnů. Probírání těchto epizod v následujících sezeních umožňuje pacientovi, aby od nich získal odstup. Vhodné je také zaměřit se na vzájemný vztah s terapeutem a na období či epizody, kdy pacient terapeuta podezíral. Ujasnění si **spouštěčů a myšlenkových pochodů** v tomto období pomáhá pacientovi nahlédnout, jakým způsobem si interpretuje okolnosti, které pak dopadají jinak, než očekával.

Postupně z anamnézy vývoje v dětství, jednotlivých domácích cvičení, z chování k terapeutovi v sezeních, plnění domácích úkolů a hlavně strategie padajícího šípu (viz kapitolu o KBT poruch osobnosti) dává terapeut s pacientem dohromady typické kognitivní komponenty, které utvářejí pacientovo **paranoidní nastavení**.

Tab. 52 Důležité komponenty KBT modelu paranoidní poruchy osobnosti

Jádrové přesvědčení o sobě	Jsem zranitelný (ale nedám se, jsem ostražitý).
Jádrové přesvědčení o druhých lidech	Druzí lidé jsou zlomyslní, zlí, lstiví, nepoctiví. Jde jim jen o jejich zájmy.
Odvozené předpoklady	Ostatní si nezaslouží důvěru. Druzí mi ublíží, když budou mít možnost – musím být ve střehu. Pokud se lidé tváří příjemně, něco za tím bude. Kdybych druhým věřil, mohli by mi ublížit. Když si dám pozor, můžu se ubránit. Za pěknými slovy bývá zrada.
Nedostatečně rozvinuté strategie	Důvěra, klid, přijímání druhých, sebedůvěra, intimita, schopnost relaxovat
Nadměrně rozvinuté strategie	Ostražitost, nedůvěřivost, podezřívavost, bojovnost, zabezpečování
Zaměření pozornosti	Selektivně se zaměřuje na rozpory v jednání, náznaky nepříteli, kritiky, výsměchu, křivdy, falše, manipulaci.
Nejčastější způsoby zpracování informací	Závěry skokem, generalizace, diskvalifikace pozitivního, černobílé myšlení, personalizace, argumentace emocemi
Příklady kognicí	Buď ve střehu! Pozor na ně! Všechno ověř! Dělá to naschvál! Co je asi za tím?
Typické chování	Je nadměrně podezřívavý. Hledá skryté motivy. Obviňuje. Protiútočí. Zabezpečuje se v „ohrožujících“ situacích nebo se jim snaží vyhnout. Vyhýbá se blízkosti ze strachu z „odhalení“ své slabosti a následného zneužití. Ve vztazích se často cítí v roli oběti, přestože velmi často na okolí útočí. Své útoky vnímá jako „obranu“ nebo „prevenci“. Problémy ve vztahu k autoritě, neustále ji testuje, bojí se zranění, nedůvěřuje, při nalezení chyby útočí. Vytváření „pastí“, které druhé usvědčí.

Základní **přesvědčení o sobě** bývá přesvědčení o zranitelnosti, vlastní poctivosti, která je druhými zneužívána nebo znevažována. **O druhých** bývá pacient přesvědčen, že jsou nečestní, lstiví, skrytě manipulují a zneužívají. Sám sebe permanentně instruuje **kognicemi** typu: „Buď ve střehu! Nikomu nemůžeš důvěřovat! Všechno ověř!“ Tyto kognitivní události vedou k tomu, že se často cítí napjatý, úzkostný (ze skryté manipulace) nebo nahněvaný (na možné využívání). V **chování** ho to nutí kontrolovat, prověřovat, zabezpečovat se, vyhýbat se možným ohrožením a preventivně kverulovat. Protože očekává podvod, klam a zlé úmysly, je paranoidní pacient nadměrně citlivý ke všem nepravostem, které ihned registruje. Protože lidé nejsou ideální, nachází řadu reálných, ale i domně-

lých důvodů pro svá přesvědčení. Dalším kognitivním aspektem je snížený odhad vlastní zdatnosti obtížnou situaci zvládnout. Pokud by pacient byl přesvědčen, že situaci zvládne, kdyby nastala, nebyl by tak úzkostný. On se však obává, že by ji zvládnout nedokázal.

Analýza vzorců paranoidního prožívání slouží k vytvoření modelu fungování u konkrétního pacienta. Tento model může pacientovi pomoci lépe pochopit, co se s ním děje a proč.

Změna vzorců

Po **propracování modelu vzniku a udržování poruchy** pracujeme s pacientem na dovednostech, které umožňují **posílit jeho sebedůvěru** a (až následně) změnit jeho **paranoidní chápání** situací. Paranoidita proto není primárním cílem terapie.

Behaviorální přístupy se zpočátku zaměřují hlavně na zvládání úzkosti a na rozvoj sociálních dovedností. Zvýšení vlastní zdatnosti zvládat stresující situace má předcházet práci se vztahovostí. Zejména nácvik otevřené **asertivní komunikace** a **expozice** situacím, kterým se pacient kvůli své paranoidní percepci vyhýbal nebo ve kterých se různě zabezpečoval, může změnit jeho postoje skrze novou zkušenost. Důležitý je zvláště nácvik empatie a otevřeného vyjadřování potřeb, postojů a názorů.

Z kognitivních strategií pracujeme nejdříve na kognitivním přerámování každodenních situací, které pacient vnímá paranoidně. To musíme dělat opatrně, protože pacient může mít pocit, že hodně vidíme do jeho soukromí. Se vzrůstající důvěrou ve vztahu to však zpravidla funguje dobře. Důležité je každodenní testování a přerámování událostí, které pacientovi „dokazovaly“, že druzí jsou nebezpeční a vůči němu nepřátelští. Zaměřujeme se jednak na **testování myšlenek** o tom, že ho druzí nějak ohrožují, jednak na testování pacientova přesvědčení, že by určité situace nezvládl. Cílem je snížit paranoiditu a zvýšit pocit vlastní zdatnosti, i kdyby se druzí skutečně zachovali nepěkně. Propracujeme také **katastrofický scénář**. V něm pomáháme pacientovi vytvořit příběh nejhoršího možného chování okolí, jaké si umí představit, a poté najít různé možnosti, jak by tuto katastrofu řešil. Později při kognitivní restrukturalizaci jde hlavně o testování a postupnou **akomodaci pacientova přesvědčení** o vlastní nedostatečnosti, zranitelnosti a neschopnosti a testování výhod a nevýhod jednotlivých kompenzatorních strategií v praktickém životě. Pacient za pomoci terapeuta hledá přiměřenější postupy a způsoby jednání a systematicky s nimi experimentuje v životě.

Ukončení léčby

Léčba trvá zpravidla měsíce až rok, často však i několik let. I když si pacient vytvoří ke svému terapeutovi dobrý vztah, potřeba svobody je u paranoidních pacientů výrazná. I při dlouhodobém vztahu mívají kritický odstup, a tak se stávají závislými jen výjimečně. Před ukončením léčby je potřebné probrat vše, co

se pacient během docházky naučil, zejména důkladně projít kognitivní schémata a jejich změny. Důležitá je příprava na budoucnost a probrání možných úskalí – psychosociální stresory, které lze předvídat a které by mohly probudit paranoidní prožívání. Je důležité anticipovat mírné zvýšení paranoidity před ukončením terapie. I po ukončení pravidelné léčby jsou na místě kontrolní setkání po třech, šesti a dvanácti měsících.

Příklad z rozhovoru s terapeutem před ukončením léčby (přepsáno z video-nahrávky):

Terapeut: Co vám pomohlo zmírnit vaši vztahovačnost?

Pacient: Důležitá pro mě byla práce s myšlenkami, přerámování, jak to tu nazýváte. Zpočátku jsem nevěřil, že by to mohlo nějak pomoci, ale dneska vidím, jak důležité to bylo a jak moc mi to pomohlo. Díky tomu jsem se naučil podívat se na celou situaci zvenku, zlehčit ji nebo zironizovat. Velkým pokrokem pro mě byla rezignace. Prostě mi došlo, že nemůžu vše a všude kontrolovat. A už vůbec ne tady. Dostal jsem zde chuť to změnit, začít žít svobodněji.

Terapeut: Jak ještě jste zkusil pracovat se svou vztahovačností?

Pacient: Navštěvoval jsem lidi, ze kterých jsem měl nepříjemný pocit. Pravda, bylo to doprovázeno špatnými pocity. Bral jsem to ale jako expozice, jako úkoly, které musím zvládnout. A také mi moc pomohlo, že jsem pochopil souvislost tělesných příznaků s úzkostí. Už jsem se jich nebál. Věděl jsem, že musím bojovat.

Terapeut: Jak jste si dříve vysvětloval, když jste s někým byl a bylo vám špatně?

Pacient: Že za to někdo může, že mi chce ublížit, možná, že mi dal nějakou látku do jídla. A že je mi tak špatně. Nebo když jsem byl sám a tyhle pocity přišly, řekl jsem si, že mě někdo sleduje.

Terapeut: Vzpomenete si na některou z těchto situací?

Pacient: Ano. Velkou expozicí byla návštěva holiče. Situace, kde jsem neměl možnost volného pohybu, mě děsily. Když měl někdo nade mnou kontrolu. Čekali tam dva muži, kteří přišli přede mnou. Jak jsem tam tak seděl, přepadl mě divný pocit. Necítil jsem se dobře z těch mužů.

Terapeut: Co to znamená nedobrá pocity? Co vás napadalo?

Pacient: Pociť, že se na mě moc dívají. Víc, než je třeba.

Terapeut: Proč to mohli dělat?

Pacient: Nevím, jestli ty myšlenky teď popíšu přesně. Dneska už na to mám jiný náhled. Ale říkal jsem si něco v tom smyslu, že mě asi kontrolují, že tam jsou, aby mě sledovali a hlídali.

Terapeut: Co jste s tím dělal?

Pacient: Zkusil jsem to přerámovat svými vlastními logickými argumenty. Říkal jsem si, že tam byli už přede mnou. Nemohli mě tedy sledovat. Nikdo nevěděl, že jdu k holiči. Nemohli to tedy vědět ani tihle pánové. Řekl jsem si, že je to asi další z mých podezřívavých myšlenek. A zkoušel jsem se soustředit na dech a ty nepříjemné tělesné pocity prodýchat, jak jsme se to tu učili.

Terapeut: Nenapadlo vás třeba, že vám ti pánové mohli číst myšlenky a vědět předem, co budete dělat?

Pacient: Ne, to tedy ne. Vždy jsem měl problémy s racionálními věcmi. Magické a tak – to ne. Ale pravda je, že jsem si dokázal vykonstruovat logické důvody k velmi nesmyslným věcem.

- Terapeut:* Kam všude zasahovala vztahovačnost ve vašem životě?
- Pacient:* Absolutně všude. Partnerský život – nedůvěřoval jsem partnerkám, bál jsem se, že mě zradí, zraní, bál jsem se jim o sobě něco vyprávět. Nevěřil jsem ani přátelům. Zkoušel jsem si je prověřovat. Zjistit o nich všechno, i o jejich rodičích. Bál jsem se, že se se mnou přátelí jen proto, aby na mě získali nějaké informace. Zasahovalo to i do práce. Tam to bylo nejhorší.
- Terapeut:* Jak by se dalo popsat to životní nastavení, které jste měl? Když budu lidem důvěřovat, tak...
- Pacient:* Tak mě zradí, zraní, zahubí nebo cokoliv jiného.
- Terapeut:* Změnilo se to nějak?
- Pacient:* Myslím, že jsem ušel kus cesty. Začínám normálně žít. Bez kontrol, bez zabezpečování. Něco jde už automaticky. Někdy se přistihnu, že zase rozjždím svůj podezřívavý scénář. A tak začnu přerámovávat a té situaci se vystavím naschvál ještě intenzivněji. Stejně jako mi expozice při agorafobii pomohly znovu cestovat – teď s tím nemám absolutně žádný problém, tak věřím i expozicím s tou svojí podezřívavostí. A moje životní nastavení? Především jsem pochopil, jaké bylo. Dřív jsem si ani neuvědomoval, že jsem tak nastavený. Teď vím, že to byl můj pohled na svět, že to ostatní mohli vnímat úplně jinak. Myslel jsem si, že když budu lidem důvěřovat, tak mi mohou ublížit. Teď nevidím důvod, proč by mi ubližovali. Je nelogické, aby mě právě partnerka či přátelé chtěli zranit. Rozhodl jsem se jim věřit.
- Terapeut:* A co když vám někdo z nich v budoucnu opravdu ublíží? Co s tím uděláte?
- Pacient:* Třeba vás v práci pomluví nebo vám přítel nepomůže, až budete potřebovat? Asi jde o to, překlenout se přes takovou situaci. Víím, že se to může stát. Učím se žít s tou nejistotou, že se to stát může. Ale přesto chci primárně lidem věřit. Život je takhle radostnější.
- Terapeut:* A myslím, že i normální lidé mají problém překlenout se přes zradu.
- Pacient:* Co si asi řeknete, když vás někdo zradí?
- Pacient:* Nevím, jak zareaguji, až se to stane. Ale víím, že jde o to, nevztahovat to na jiné lidi. Nepřestat věřit ostatním. Nechci se už pořád chránit a zabezpečovat.
- Terapeut:* To by bylo bezvadné a já myslím, že se to povede. Vaše vystoupení v tomto rozhovoru o tom koneckonců svědčí, kdybyste nedůvěřoval, těžko byste mluvil o všem tak otevřeně.

3.2 Schizoidní porucha osobnosti (F60.1)

Schizoidní porucha osobnosti je charakterizována hlubokým defektem schopnosti vytvářet vztahy s druhými smysluplnou cestou. Tyto osobnosti mají problémy žít ve vztazích. Typické je stažení se od emočních, společenských a jiných kontaktů, upřednostňování fantazie, samotářství a introspektivní rezervovanosti. Zpravidla vypadají studeně, odtahitě, málo prožívají příjemné aktivity. Udrží si odstup, aby chránili sebe i druhé před ublížením. Mají velký problém vyjádřit vřelé emoce. Cítí se lépe obklopení věcmi než lidmi. I přesto se mohou velmi dobře uplatnit v technických nebo vědeckých oborech.

Bývají přemýšliví a hloubaví, vytvářejí si své systémy, svéráznou logiku a často jsou originální. Někdy vidí souvislosti, které nejsou, žijí mimo svou dobu (Don Quijote). Kromě typického kognitivního profilu má schizoidní jedinec také typické vzorce chování. Mívá letargické a mdlé pohyby a pomalou monotónní řeč. Od dětství bývají patrné chudé vztahy s nepřístupnými nebo krutými rodiči. Bývají zabráněni do sebe, často se zabývají denním sněním. Již od dětství jsou nápadní svojí plachostí, nepraktičností. Bývají citliví na kritiku a odmítání. V zásadě se tito lidé vzdávají naděje na lásku a pečování.

Emoční reakce i vlastní citové vyjádření jsou chudší. Často hůře prožívají radost, neumějí vyjadřovat své city k druhým, mají malý zájem o druhé, sex, trpí nedostatkem blízkých vztahů. Na stimuly od druhých často nereagují nebo reagují minimálně, popřípadě odpovídají intelektuálně na podněty, které by měly navodit spíše spokojenost, hněv, smutek nebo úzkost, jako u jiných. Millon (1981) předpokládá, že nejsou schopni rozeznat jemné emoce ani u sebe, ani u druhých. Tito lidé udržují křehkou emoční rovnováhu tím, že se vyhýbají osobním kontaktům a tak minimalizují riziko vzniku konfliktů, které neumějí dostatečně tolerovat. Jsou často samotáři, bez zájmu o společenské kontakty.

Nebývají nešťastní, spíše lhostejní a jakoby bez potřeby kontaktu. Na rozdíl od schizotypní poruchy si jedinci se schizoidní poruchou osobnosti vztahy ani nepřejí. Ovšem Akhtar (1987) zpochybňuje premisu, že lidé se schizoidní poruchou osobnosti „nejsou nešťastní“. Předpokládá, že schizoidní člověk ve skutečnosti sestává z „odkrytého“ a „uzavřeného“ *self*, vytvořeného pomocí obranného mechanismu štěpení (splittingu). Vnitřní citlivost schizoidních lidí je vyvažována zevní lhostejností. Takže schizoidní člověk je „navenek“ odpoutaný, soběstačný, roztržitý, pro druhé nezajímavý, asexuální, zatímco „uvnitř“ je velmi citlivý, tvořivý, emočně strádající.

Většinou jsou stabilní, žijící na okraji, mají sice stabilní pracovní místo, které však většinou neslibuje profesionální postup. Hledají většinou práci, která nevyžaduje častý kontakt s druhými lidmi. Jejich pracovní výkon je většinou lepší než jejich schopnost zúčastňovat se společenského života. Podobně zájmy a koníčky jsou většinou samotářské, jako je např. sbírání známek, rybolov apod.

Martin je sedmatřicetiletý svobodný bez závazků a bez zaměstnání. Byl doporučen z psychiatrické ambulance pro sociální fobii. Jeho nevlastní bratr byl hospitalizován snad pro depresi,

prababička byla údajně také hospitalizována na psychiatrii. Proč, neví. Nikdy se o to nezajímal. Doma se vůbec málo mluvilo. Otec si dělal svoji úřednickou práci, kterou si nosil domů. S matkou sotva promluvil. Matka do práce nechodila, s lidmi se vůbec nestýkala, celé dny studovala historické knihy. Nepamatuje si, že by si s ním někdo někdy hrál nebo se ho vůbec tělesně dotýkal. O prospěch se rodiče nestarali. Předměty mu však většinou šly, protože ho zajímaly. Méně už spolužáci. Co si pamatuje, byl nadměrně uzavřený a s vrstevníky se nestýkal. Nikdy neměl žádného kamaráda, ale také neměl nepřátele. Sbíral nálepky od zápalkových krabiček a stavěl modely letadel. Kontakt se spolužáky ho nezúčastňoval, ale měli jiné zájmy. Neměl si s nimi moc co říci, tak je nevyhledával. Nikdy s žádnou dívkou nechodil. Ženy se mu sice líbí, ale chodit s nimi by bylo moc komplikované. Neví, co by mu kromě sexu mohly přinést. Sexuálně si stačí sám, občas uvolňuje napětí ipsací. Vystudoval matematicko-fyzikální fakultu. Nějakou dobu po škole se pokoušel učit, ale nezáměr dětí ho odradil. Přes své vzdělání si nakonec našel práci v archivu, kde mohl celé dny studovat a moc se nemusel s nikým stýkat. Podobně jako matku ho zaujala historie, zvláště historie válek a filozofická logika. Ve 28 letech prodělal meningitidu neznámé etiologie, rok pak zvýšené teploty a bolesti hlavy. Byl opakovaně v nemocnici, což mu nepřidalo. Špatně snášel zejména pobyt na pokoji, kde neměl žádné soukromí. Od té doby začal prožívat návaly úzkosti, které se objevovaly spontánně, nebo zejména tehdy, když byl nucen s někým komunikovat. Nemá pocit, že by se bál výsměchu, spíše ho situace znervózňuje tím, že neví, o čem mluvit. Raději by nekomunikoval s nikým. Proto se asi šest let vyhýbá lidem. Chodí jen nakupovat. Obává se, aby po něm někdo něco nechtěl, protože by mu to bylo nepříjemné. Nyní před půlrokem ztratil zaměstnání, protože archiv přesouvali do jiného města. Od té doby nemá práci a neví, kde by si ji hledal. Žije ze skromných úspor. Ztratil možnost si celé dny číst a ještě neví, co bude dělat. Je v rozpacích. Dosavadní život mu plně vyhovoval. V posledním měsíci prožíval návaly pocitů prázdnoty a začalo ho napadat, že jeho život nyní nemá žádný smysl. Rozhodl se, že by s tím mohl něco zkusit udělat, a proto vyhledal terapii. Chtěl by se naučit být mezi lidmi proto, aby si mohl najít zaměstnání. Nicméně nechtěl by pracovat mezi lidmi. Potřebuje něco podobného, jako dělal v posledních šesti letech.

Při vyšetření dominuje rezervovaný kontakt, odstup, oploštělá afektivita. Není patrná depresivní nálada, spíše je nálada „prázdná“. Při vyšetření je klidný, mluví o své sociální izolaci jako nezatěžující situaci, spíše jej zatěžuje nutnost mít sociální kontakty pro potřebu získání pracovního místa. Lidé mu nechybějí.

Tab. 53 Diagnostická kritéria MKN-10 pro F60.1 – schizoidní poruchu osobnosti

-
- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.
- B. Musí být splněny nejméně čtyři z následujících příznaků:
- (1) málo činností, pokud vůbec nějaká skýtá potěšení;
 - (2) emoční chlad, odstup nebo oploštělá emotivita;
 - (3) omezená schopnost vyjadřovat vřelé, něžné city nebo zlobu vůči jiným lidem;
 - (4) zjevná lhostejnost ke chvále nebo kritice;
 - (5) malý zájem o sexuální zážitky s jinou osobou (ve srovnání s jinými stejného věku);
 - (6) téměř trvalá obliba samotářských činností;
 - (7) nadměrná pozornost věnovaná fantazii a introspekci;
 - (8) nedostatek blízkých přátel nebo důvěrných vztahů (nebo jenom jeden) a nedostatek touhy po takových vztazích;
 - (9) výrazná necitlivost k převládajícím společenským normám a konvencím.
-

Etiologie a patogeneze

Jsou zde pravděpodobně dědičné vlivy. V některých rodinných studiích se našel určitý vztah mezi schizofrenií a schizoidní poruchou osobnosti, ale není výrazný. Větší studie ho nepotvrdily. V úvahu připadají podobné teorie jako u schizofrenie. Často lze zjistit narušené rodinné vztahy v časném vývojovém období pacienta: vztahy byly studené, negratifikující, odtažitě. Některý z rodičů také mohl být vzorem podobného chování.

Epidemiologie

Epidemiologie schizoidní poruchy osobnosti není přesněji známá. Odhady mluví o prevalenci mezi 0,5 až 1 % v populaci. Incidence je vyšší mezi příslušníky rodin pacientů se schizofrenií, vyšší je u mužů než u žen.

Průběh

Projevuje se od časného dětství, izolovaný životní styl, chudé emoční i citové reakce, zabranost do sebe, denní snění. Jako komplikace se může objevit porucha s bludy, sociální fobie, dystymie. Motivace k léčbě bývá minimální. Obtížně akceptují paternalistické postoje lékařů. Často neocení úspěch léčby, spíše se soustředí na technické detaily než na vztah.

Diferenciální diagnóza

Schizotypní porucha: Vyskytuje se více bizarností, podivínství a excentrických projevů v řeči a chování. Lidé trpící schizotypní poruchou osobnosti si přejí být ve vztazích, ale nedaří se jim to, zatímco lidé se schizoidní poruchou osobnosti po vztazích zpravidla vědomě netouží.

Paranoidní porucha osobnosti: Zde nechybí kontakt s okolím, vztah k druhým má podezřavý náboj.

Vyhýbavá porucha osobnosti: Tito pacienti de facto po společnosti touží, ale vyhýbají se ze strachu ze zesměšnění, podcenění nebo kritiky. Schizoidní pacient se chová ke kritice i pochvale nezaújatě, i když poznamená, že situace „není fér“.

Anankastická porucha osobnosti: Nechybí zcela schopnost vřelého emočního kontaktu, často žije mezi lidmi a nevyhýbá se jim, neuniká do svého vnitřního světa.

Porucha s bludy, schizofrenie: Jsou přítomny psychotické projevy, např. bludy a halucinace, schází už běžný kontakt s realitou.

Přenos a protipřenos

Podobně jako paranoidní pacienti mají tito pacienti strach z nadměrné závislosti a jsou k léčbě ambivalentní. Větší přiblížení s terapeutem prožívají jako hrozbu ztráty autonomie. Léčba pokračuje velmi pomalu a nemůžeme čekat žádné velké výsledky. Na straně terapeuta se často objevuje frustrace z toho, že pacient si neklade žádné cíle. Pokud terapeut chce vnutit svoje představy o možných cílech léčby, pacient je zpravidla neakceptuje. Pacient někdy velmi suše dává najevo terapeutovi, že je moc „dotěrný“, když se chce dovědět něco o jeho vnitřním prožívání. Navíc pacient není schopen úspěch léčby ocenit (nebo ocenění vyjádřit). Léčba může dlouhé měsíce stagnovat. To vše může terapeuta značně frustrovat.

Tento typ pacientů je velmi osobitý a právě pro práci s nimi je potřebná velká dávka trpělivosti, pochopení a laskavosti.

Podpurná psychoterapie

Lidé trpící schizoidní poruchou osobnosti jen zřídka vyhledávají léčbu. Necítí, že by jim vytvoření jakéhokoli vztahu, tedy i terapeutického, mohlo něco přinést. Samozřejmě občas léčbu vyhledají pro asociované problémy, jako je depresivní nálada, a tím se dostanou do léčby. Budování terapeutického vztahu pak bývá obtížné a postupné. Je potřebné zpočátku se vyhýbat konfrontaci i interpretacím. Při dostatečné důvěře získává terapeut možnost vstoupit do pacientova vnitřního života. To samotné už znamená velký pokrok. Schizoidní pacient bývá sice navenek soběstačný a sděluje, že lidi nepotřebuje, nicméně velmi často při delší terapii zjistíme, že by ve vztazích rád byl, ale je velmi citlivý a zranitelný na odmítnutí, takže na to dávno rezignoval.

Schizoidní pacient zpravidla trpí nejistou identitou a inhibicí sexuality. Terapeut se však může dotknout těchto oblastí až po dlouhém fungování terapeutického vztahu, o který se takto křehký pacient může opřít. Na počátku léčby je lepší věnovat se pacientovým mechanickým a abstraktním zájmům, protože je to méně ohrožující a zájem a pozornost pacientovi umožňují postupně si vytvářet důvěru.

Léčba spočívá v postupném povzbuzování k odvaze být mezi lidmi. Velmi může pomoci skupinová psychoterapie.

Je důležité, aby terapeut pomáhal pacientovi hledat další potřeby a touhy, které se pak mohou stát součástí terapeutického plánu. Ovšem je třeba mít na paměti vlastní protipřenos a overprotektivitu, kterou pacient někdy vzbuzuje, abychom do něj neprojektovali zájmy, které on nemá.

Skupinová psychoterapie

V některých případech může dlouhodobá skupinová psychoterapie přinést úspěch. Pokud to jde, je tedy vhodné pacienta do skupinové psychoterapie začlenit. Ta může sloužit jako prostředí získávání sociálních dovedností a urychlit jejich nácvik. Skupina také může dopřát pacientovi zážitek ze vztahů. Na počátku je důležité respektovat počáteční stahování se do pozadí a tendenci neprojevovat se. Získávání důvěry jak k terapeutovi, tak ke skupině je dlouhodobá záležitost. Když však tito pacienti přilnou, je vztah intenzivní a stabilní. Skupina bývá často jediné prostředí, kde se pacient stýká s lidmi.

Farmakoterapie

Výjimečně mohou pomoci malé dávky neuroleptik nebo antidepresiva, zejména však v situacích, kdy trpí komorbidní depresí nebo úzkostnou poruchou.

Psychodynamické aspekty

Z hlediska Melanie Kleinové v paranoidně-schizoidní pozici má přijít po fázi štěpení (splittingu) období reparace a integrace v depresivní pozici. Pokud k tomuto posunu nedojde, rozštěpené části psychiky nejsou integrovány a dávají vznik schizoidnímu obrazu v dospělosti. Schizoidní pacienti mohou být na jedné straně otažiti, chladní, asexuální, odpojení od vnějšího světa, na druhé straně citliví, toužící po emocích, kreativní a pozorní. Tyto polarizace nereprezentují vědomé a nevědomé osobnostní rysy, spíše představují rozštěpení nebo fragmentaci *self* do rozdílných částí, které nejsou spojené. Výsledkem je „schizoidní dezintegrace“ a difúzní identita. Tito pacienti si často nejsou jisti, kdo vlastně jsou, a cítí se zmatení svými protichůdnými myšlenkami, popudy, přáními a impulzy.

Balint (1979) popisuje u těchto pacientů základní deficit schopnosti tvořit vztah způsobený zásadním narušením ve vztahu mezi matkou a dítětem v raném dětství. V rodinách schizoidních pacientů se často nacházejí studení, distantní a nepečující rodiče.

Fairbairn (1954) vykládá schizoidní stažení jako obranu proti konfliktu mezi přáním mít s ostatními vztah a strachem, že by tato potřeba mohla druhým ublížit.

Vnitřní svět schizoidních pacientů se často velmi liší od jejich distantního, podivínského zevnějšku. Pokud jsou schopni se v terapii otevřít, často jsou u nich přítomny onipotentní fantazie a magické myšlení, za které se však většinou stydí. Prožívají však i trvalé pocity ohrožení opuštěním, případně perzekucí. Vnitřní stabilita schizoidních pacientů může být velmi křehká s prožitky úzkosti z dezintegrace.

Základními obrannými mechanismy jsou **štěpení, projekce a introjekce, schizoidní fantazie** se stažením do vnitřního světa a **intelektualizace** vedoucí k převaze intelektuálních procesů s cílem vyhnout se prožitkům emocí.

Psychodynamická terapie

Schizoidní pacienti nejsou častými pacienty psychodynamických terapií, pokud o ni mají zájem, je indikována jak individuální, tak i skupinová psychoterapie. Vcelku je shoda v názoru, že u tohoto typu pacientů je mechanismem terapeutického působení spíše internalizace a prožitek terapeutického vztahu než interpretace vnitřních konfliktů. Úkolem terapeuta je „rozmrazit“ pacientovo prožívání a vztahy prostřednictvím nového vztahového zážitku v terapii. Trvajícím schizoidním nastavením je vykládáno jako selhání procesu zrání, v terapii by tedy mělo dojít k obnovení psychického vývoje. Terapeut by měl být připraven zaujmout pozici a funkci blízké osoby z kterékoli fáze pacientovy minulosti s následnou korekcí minulé zkušenosti. Schizoidní pacienti rovněž často potřebují ujištění, že nejsou deviantní nebo směšní. Je dobré vytvořit pohled na jejich často bizarní vnitřní svět jako na něco cenného. Pacient se může rovněž dopracovat k postoji, že jeho nepřijetí některými lidmi je výrazem omezenosti těch druhých, nikoli nedostatkem pacienta. S pokračujícím zráním, integrací odštěpených částí psychiky a rostoucí sebedůvěrou může dojít k lepší psychické stabilitě pacienta a k jeho bohatší psychosociální adaptaci se vznikem přátelských vztahů a zařazením do zájmových skupin.

Kognitivně-behaviorální pohled a terapie

Pacienti se schizoidní poruchou osobnosti se častěji léčí podpůrnou terapií, protože zpravidla nemají zájem o spolupráci při dosahování terapeutických cílů. Pokud se však pro specifickou psychoterapii rozhodnou, může jim pomoci.

Zaangažování (zapojení) do terapie

Není jednoduchá rada, jak pacienta se schizoidní poruchou osobnosti zapojit do terapie. Pokud pacienti vůbec léčbu vyhledají, bývá to pro depresivní nebo úzkostnou poruchu. Toho můžeme využít pro zapojení do terapie. Úspěšné řešení depresivních nebo úzkostných stavů pomáhá pacientovi ve vytváření pozitivního vztahu k terapeutovi. Depresivní prožívání se objevuje v době, kdy si uvědomí svoji odlišnost a postavení mimo společnost a ztrácí smysl a motivaci pro život. Úzkostné stavy se naopak objevují v situacích vyžadujících sociální interakci (Beck, Freeman a kol., 1990). Je důležité být rezervovaní a překonat svoji netrpělivost. Pacient spíše ocení naši trpělivost a stálost než proklamovanou pomoc. Kritika ani ocenění nemusí být pro pacienta důležité. Posiluje jej

spíše zajímavost objevování zákonitostí. V tom mohou být velmi originální a tvořiví. Důležitý je jemný zájem o pacientovo prožívání, aniž bychom se vnucovali. Ve chvíli, kdy se podaří zpevnit terapeutický vztah, bývá dlouhodobě stabilní.

Analýza vzorců

Analýza typických vzorců prožívání umožňuje konceptualizaci celého případu. Pro **kognitivní styl** je typické, že automatických myšlenek bývá málo. Jsou to chudé myšlenky typu: „Nemám motivaci! Cítím se lépe sám! Jen se hýbu. Proč se trápit? Kdo má o to zájem?“ Těch několik automatických myšlenek, které se podaří identifikovat, odráží jednoduchost myšlení pacienta. **Afektivní styl** je rovněž chudý. Chybí intenzivnější emoční reakce na běžné situace, na které lidé zpravidla reagují. Ve **stylu chování** se projevuje zejména stažení ze sociálních situací, holdování samotářským zájmům, ale také nezainteresovanost do zevního dění.

Kognitivní schémata: Pacient je o sobě zásadně přesvědčen, že je nepřizpůsobivý, ale soběstačný (jádrové schéma o sobě). Další postoje mohou být, že je „ztracenec“, „vnitřně prázdný“ nebo „nic není vzrušující“. Druzí mu nemají co nabídnout. I kdyby se snažil o vytvoření vztahů, stejně by nefungovaly. Jenom by vedly k jeho frustraci. Jako by se řídil heslem „žij a nechej žít“. K dalším nevědomým přesvědčením mohou patřit postoje typu: „Lidé jsou nahraditelné objekty. Život je méně komplikovaný bez lidí.“

Tab. 54 Důležité komponenty KBT modelu schizoidní poruchy osobnosti

Jádrové přesvědčení o sobě	Jsem nepřizpůsobivý. Jsem soběstačný. Jsem samotář.
Jádrové přesvědčení o druhých lidech	Druzí mi nemají co nabídnout.
Odvozené předpoklady	Když si budu od druhých udržovat odstup, bude se mi dařit lépe. Kdybych se snažil mít vztahy, nefungovaly by. Vztahy nic nepřinášejí. Je mi jedno, co si druzí o mně myslí. Nejdůležitější je nezávislost. Je lepší všechno dělat sám. Blízkost nic nepřináší, vyjma nepohody. Dokážu všechno sám, nikoho nepotřebuji. Nemám žádnou motivaci k ničemu. Nic na světě není vzrušující. Uvnitř jsem prázdný.
Nedostatečně rozvinuté strategie	Intimita, sdílnost, reciprocita
Nadměrně rozvinuté strategie	Autonomie, stažení se
Zaměření pozornosti	Do vnitřního „kognitivního světa“, potíž zaznamenat své i cizí emoce, nazvat je.
Nejčastější způsoby zpracování informací	Vytváření odstupů, potlačování emočních stavů Postoj nezávislého pozorovatele svého života
Typické chování	Vytváří si odstup. Izuluje se. Věnuje se samotářským činnostem.

Tyto kognice se vytvořily zpravidla už v dětství. Většina těchto pacientů vyrůstá v emočně chladném prostředí, kde se emoční reakce a projevy blízkosti neprojevují. Méně často jde o opačný extrém, kdy postoje vznikly v emočně zraňujícím prostředí; odstup a metapozice byly ochranou před nadměrným zraňováním.

Změna vzorců

Cílem terapie je dosažení větší míry intimity, sdílnosti a reciprocit. V **kognitivních strategiích** testujeme význam izolace pro pacienta, její výhody a nevýhody z krátkodobého a dlouhodobého hlediska. Pokud pacient žije v extrémní izolaci, snažíme se o snížení této izolace a vytvoření intimity s druhými jak v terapeutickém vztahu, tak ve skupině. Dobře tomu může posloužit terapeutický vztah. Pacient testuje výhody a nevýhody tohoto vztahu a po analýze se může sám rozhodnout, zda pro něho vztahy nejsou alespoň někdy výhodné. Záznam dysfunkčních myšlenek je užitečný nejen na zachycování automatických myšlenek, ale i na identifikaci emocí a jejich různé intenzity. To pacientovi, který si emocí nikdy moc nevšímal, umožňuje, aby se jimi začal zabývat. Podobně můžeme pacientovi pomoci při rozhovoru v sezení.

Příklad navedení pacientky na uvědomění si emočních reakcí:

Terapeut: V minulém sezení jste mi říkala, že jste si podala seznamovací inzerát.

Pacientka: Ano, přišlo pět odpovědí. Jsou nějakí divní, že odpovídají na takový inzerát.

Terapeut: Jak to myslíte?

Pacientka: Napsala jsem tam, že po vztahu ani netoužím, ale že píšu ten inzerát, abych uspokojila rodiče. To je pravda.

Terapeut: A jaké to bylo, dostat pět odpovědí?

Pacientka: Nijaké. Je mi to vlastně jedno. Beztak z toho nic nebude. Co bych dělala s nějakým mužem. Mám dost starostí se sebou.

Terapeut: Zkuste si vzpomenout, jaké jste měla pocity, když jste otevírala první dopis?

Pacientka: Byla jsem zvědavá... to je všechno.

Terapeut: Jak jste prožívala tu zvědavost? Šlo by popsat všechno, co se s vámi dělo?

Pacientka: Byla jsem trochu napjatá – nedostávám dopisy. Bylo jasné, že je to na ten inzerát. Ale máte pravdu, byla jsem také nejistá – trochu radosti a trochu obavy.

Terapeut: Výborně, už začínám více rozumět, co jste cítila.

Pacientka: Ten první dopis byl smutný. Asi také nějaký blázen. Asi se ke mně nebude hodit. Ale dlouho jsem nad ním seděla a představovala si, jaké by to bylo, kdyby se to povedlo.

Terapeut: Jak jste to prožívala?

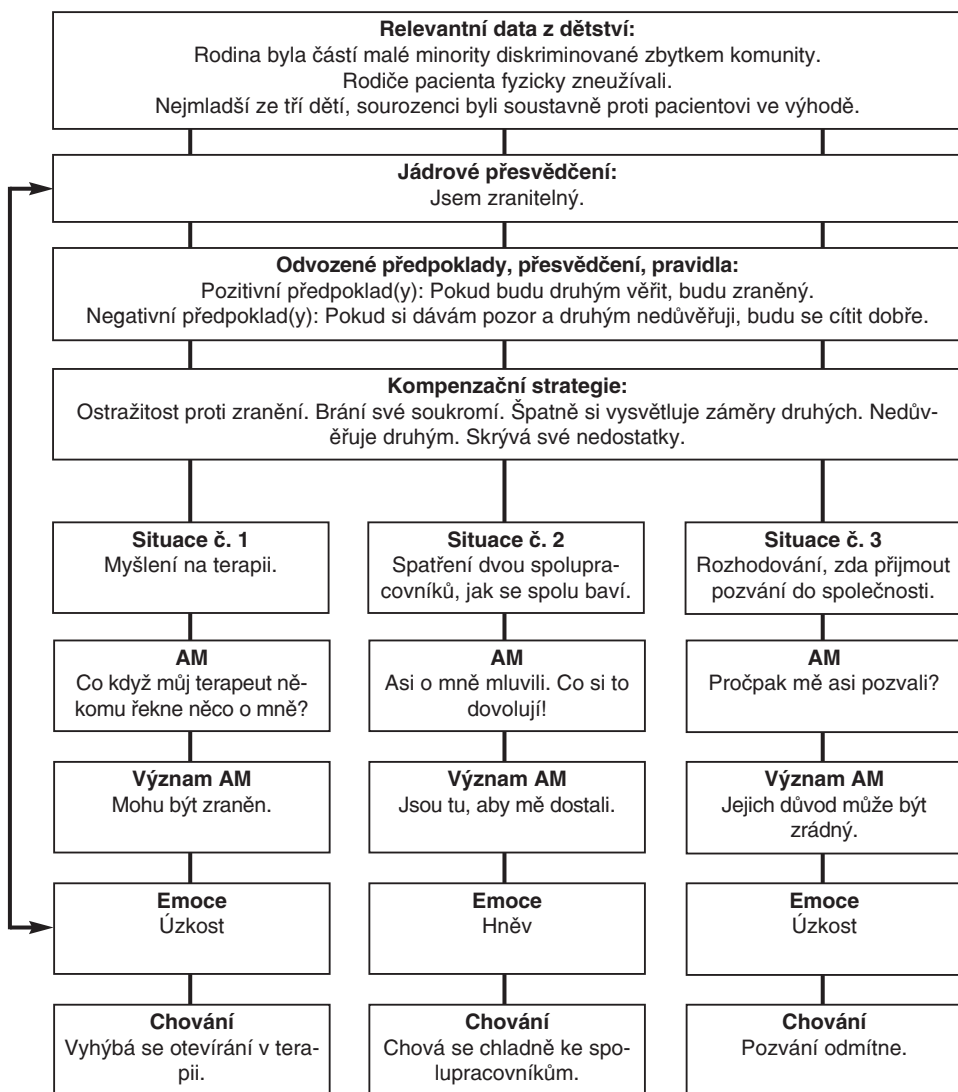
Pacientka: No takové napětí, příjemné i nepříjemné. Cítila jsem to někde v hrudi – i teď to trochu cítím, když o tom mluvím.

Při záznamu automatických myšlenek z mezilidských situací může dát terapeut pacientovi zpětnou vazbu o tom, jaké myšlenky a emoce prožívala protistrana, což postupně umožňuje pacientovi objevit empatii.

Behaviorální strategie se zaměřují zejména na postupné zapojení pacienta do sociálních aktivit, na zvládání úzkosti a rozvoj sociálních dovedností (Liebo-

witz a kol., 1986). Zvláště nácvik zvýšení sociální citlivosti, prožívání a vyjadřování vřelých emocí a empatie může být pro tyto pacienty velmi důležitý krok, protože sociálnímu chování zpravidla nerozumějí. Důležité je postupně prohloubit prožívání pozitivních emocí. Terapeut pacientovi může klást otázky, které umožní začít vnímat emoční detaily, postupně zmapovat některé stránky

Obr. 6 Kognitivní model paranoidní poruchy osobnosti (podle Beck, 1996)



jeho zážitků, které dříve vytěsňoval. Po individuální přípravě je ideálním prostředím těchto nácviků skupina spolupacientů. Ve skupině pacient zpočátku vyjadřuje odstup, posléze však velmi pilně.

Ukončení léčby

Léčba je ukončena často po odstranění komorbidní akutní poruchy, méně často pacient dochází dlouhodobě (léta) a pracuje na změně svého charakteru a temperamentu. Před ukončením léčby je potřebné s pacientem probrat, čemu se během terapie naučil, a dále adaptivní možnosti, jak reagovat na možná úskalí v budoucnosti. Katamnestická setkání jsou vždy na místě za tři, šest a dvanáct měsíců po ukončení léčby.

3.3 Disociální porucha osobnosti (F60.2)

Základní charakteristikou disociální poruchy osobnosti je dlouhodobý vzorec sociálně anetického chování, které odráží nezáměr o práva druhých osob. Disociální jedinci hledají uspokojování svých potřeb bez svědomí. Mezi jejich chováním a převládajícími sociálními normami je rozpor. Nedokážou udržet trvalý vztah a snadno kořistí na druhých. Často již od dětství kradou, lžou, týrají slabší vrstevníky nebo zvířata, toulají se, chodí za školu, vytvářejí asociální party, mají problémy s autoritami. V dospělosti se často projevují promiskuitou, kriminálním chováním a zneužíváním druhých. Toto chování nelze dostatečně ovlivnit zkušeností, včetně trestu.

Disociální jedinci mívají velmi nízkou frustrační toleranci a nízký práh pro výbuchy agresivity a násilí. Mají problém odložit potěšení nebo ukojení. Chybí jim soucit a empatie. Lhostejnost ke společenským pravidlům a závazkům, morálce, zvykům, nedostatek citu a chladný nezáměr o ostatní jsou typické. Nemívají pocity viny. Za všechny nezdary obviňují druhé a své konfliktní jednání omlouvají a racionalizují. Svůj problém chápou jako neschopnost druhých lidí akceptovat je nebo jako snahu omezit je ve svobodě.

Jedinci s touto poruchou se často vyskytují ve vězení, ale mohou se objevit i na psychiatrii pro přidruženou aktuální poruchu, jako je např. deprese, nespavost nebo somatoformní porucha. Dále se s nimi můžeme setkat na psychiatrickém oddělení, kde jsou buď pro soudně nařízenou léčbu, nebo se zde ukrývají před trestem. Disociální porucha osobnosti je také často spojená s abúzem návykových látek (Dinwiddie a kol., 1992).

Tato porucha osobnosti je v mnohých ohledech podobná narcistické poruše osobnosti, včetně nedostatku empatie ke druhým (Kernberg, 1987). Jejich neschopnost internalizovat morálku je však činí zvlášť těžce léčitelnými. Disociální poruchu osobnosti tak, jak je definovaná v klasifikaci, nalezneme jen

u malého procenta lidí, kteří páchají trestné činy. Ne všichni kriminálníci mají tuto poruchu osobnosti, a naopak ne všichni lidé s disociační poruchou osobnosti páchají trestné činy. Tato kategorie zahrnuje také amorální, asociální, antisociální, psychopatickou a sociopatickou osobnost z jiných klasifikací.

Milan se narodil v rodině policisty a právníčky. Otec byl okresní vyšetřovatel, velký strážník, měl významné postavení v KSČ a matka pracovala jako podniková právníčka. Na děti (Milana a o tři roky starší sestru) neměli rodiče moc času. Pokud se otec doma vyskytoval, byl prudký, velmi přísný a krutý. Často Milana surově zmlátil i pro drobné prohřešky. Matka byla „hysterická“, často se s otcem hádala, občas pak otec zmlátil i ji. Milan si to však pamatuje jen málo. Více si vzpomíná na období, kdy matka umírala na rakovinu a stále otce proklínala. Děti byly vychovávány/nevychovávány placenými chůvami, většinou ženami na mateřské dovolené, které měly na starost i své vlastní děti. Šlo jim hlavně o to, aby děti „nezlobily“. Matka zemřela na karcinom prsu, když bylo Milanovi sedm let. Od té doby se o něj starala ponejvíce o tři roky starší sestra. Otec na děti čas moc neměl. Milan vyrůstal na ulici velkoměsta v partě kamarádů. Protože byl slabší, často dostával „nářez“ od silnějších a větších. Jednou ho chytla parta z druhé ulice a mučila ho pálením cigarety. Když to řekl otcí, ten se mu vysmál, že je zbábělec. Zásady „oko za oko“ a „zub za zub“ se brzy staly jeho nejdůležitějšími „příkázáními“. Od otce nedostával žádné peníze, sbíral tedy láhve a staré železo, aby si vydělal. Kolem 10 let začal krást v obchodech drobné předměty a bonbony. Jednou byl přistižen; skončilo to třídní důtkou. V partě byl zpočátku Milan fyzicky slabý a bázlivý, kolem 12 let však začal hodně posilovat, chodil trénovat box. Hodně se pral a ve rvačkách byl podobně necitelný, jako byli dříve silnější k němu. Snaha druhým ukázat, že něco dovede, že je fyzicky zdatný, a nadměrná soutěživost mu zůstaly dodnes, stejně tak rozdělování lidí na fyzicky slabé a silné, sportovní a nesportovní typy apod.

Školní prospěch měl celkem dobrý, přitom se téměř neučil. Problémy měl s kázní, protože občas chodil za školu a často se rval. Vzhledem k postavení jeho otce mu to však procházelo. Dostal se na gymnázium, které s protekcí s problémy dostudoval. Pak pokračoval na medicíně. Zde však začaly problémy se studiem, zejména v prvních třech ročnících, kdy převažovaly teoretické obory. Neměl ze střední školy dostatečné studijní návyky. S potížemi však dostudoval. Během školy si přivydělával „šmelením s bony“. Po škole, což už bylo po revoluci v roce 1989, nastoupil jako chirurg a oženil se. V práci však měl opakovaně problémy s alkoholem na pracovišti, několikrát se porval v hospodě na malém městě – ředitel nemocnice ho nakonec propustil ještě před atestací. Tři roky pak neměl stabilní zaměstnání. Vždy krátkodobě pracoval jako lékař, našel si místo, kde ho vzali (na patologii, na psychiatrii), nicméně záhy byl pro nadměrné popíjení, nechození do práce a další „průsvihy“ propuštěn. Pak dělal nějakou dobu brigádně pomocné práce. Manželka ho mezitím i s dítětem opustila – našla si úspěšnějšího. Musí platit alimenty, i když se tomu snažil vyhnout. Nyní si našel místo na chirurgii v malém městě, chvíli vydržel bez „průserů“, nyní mu však „čurák primář“ dal „nůž na krk“, že pokud nepřestane pít, vyhodí ho.

Povahově se hodnotí jako „egocentrický, vytrvalý“. Je přesvědčen, že se musí chopit každé příležitosti, která se mu naskytne. Většinu lidí pokládá za „šulpasy“, kteří „v tom neumí chodit“. Hlavním cílem je „hodně vydělat, mít se dobře a mít hodně ženských“. Nemá rád „takový ty morální kecy, to lidé jen říkají, ale jde jim stále jen o vlastní prospěch, stejně jako mně“. Volný čas věnuje hlavně sportu, denně chodí do posilovny, a jeho

hlavní koníček jsou „ženský“, které svádí při nejrůznějších příležitostech. To mu však „bylo osudové, protože jsem se zamiloval a ona mě odmítla“.

Celý život příležitostně pije alkohol, nárazově se však dokáže opít a pak porvat v hospodě. Opakovaně měl problémy v práci, kde se jako lékař opil ve službě tak, že nemohl „fungovat“. Nicméně běžně nepil. V posledním roce však s rozvojem úzkosti a deprese začal pít více. Zpočátku mu to přinášelo chvilkovou úlevu, hlavně od úzkosti, nyní mu však i po alkoholu začalo být hůře, následující dny cítil stále větší propady. V posledním půlroce údajně vypil kolem 2–5 piv každý večer po práci. Jednou si na něj stěžoval pacient, když z něj při noční službě bylo cítit pivo, nadřízený mu dal „nůž na krk“, že s tím musí něco dělat. Je nekuřák, drogy nezkoušel. Asi rok užívá alprazolam ve vysokých dávkách, který mu dělá „moc dobře“.

Na psychiatrii přišel, protože „má průser“ a „musí se léčit“. Uznává však, že má asi rok potíže. Objevily se nečekaně na podzim minulého roku. V té době byl přepracován, jezdil za milenkou do sousedního města a hodně sloužil, nakonec byl milenkou odmítnut. Náhle dostal záchvat silného bušení srdce, cítil sevření na hrudi. Záchvat přišel bez varování, měl pocit, že omdlí, naměřil si zvýšený krevní tlak. V následujících měsících se pak záchvaty objevovaly téměř denně, postupně se začal bát jít večer spát. Když si dal 1–2 piva, strach poklesl a usnul. Během dvou měsíců pravidelných záchvatů se objevila úporná nespavost a depresivní nálada. Ztratil zájem o pohyb, sport, přestal se soustředit na televizi, do práce se musel nutit. Panické záchvaty vymizely, zůstal jen strach z tunelů. Na psychiatrii dostal Seroxat s Lexaurinem, vzhledem k dalšímu snížení libida však užíval jen půl tablety. Došlo k mírné úlevě v depresi, ztráta radosti přetrvávala. Spánek začal pravidelně navozovat alkoholem, budil se však předčasně a ráno mu bylo nejhůř. Chvillemi se snažil překonat problémy vůlí, hodně cvičil, ale záhy zjistil, že to moc nefunguje. V práci kolegové sledovali, že se změnil, poté měl „průser“ s pivem, které z něho jeden pacient cítil. Nakonec nadřízený začal tláčit, aby s tím něco udělal a šel se léčit.

Tab. 55 Diagnostická kritéria MKN-10 pro F60.2 – disociační porucha osobnosti

-
- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.
 B. Musí být splněny nejméně tři z následujících příznaků:
- (1) chladný nezájem o citění druhých;
 - (2) hrubý a trvalý postoj nezodpovědnosti a bezohlednosti vůči společenským normám, pravidlům a závazkům;
 - (3) neschopnost udržet trvalé vztahy při nedotčené schopnosti takové vztahy bez obtíží vytvářet;
 - (4) velmi nízká tolerance k frustraci a nízký práh pro uvolnění agrese, včetně násilí;
 - (5) neschopnost zakoušet vinu a poučit se ze zkušenosti, zvláště z testu;
 - (6) výrazná tendence ke svádění viny na jiné nebo k uvádění racionálního vysvětlení pro chování, které jedince přivádí do konfliktu se společností.
-

Komentář: Neustálá podrážděnost a poruchy chování v dětství a adolescenci doplňují klinický obraz, ale nejsou pro diagnózu nezbytné.

Etiologie a patogeneze

U disociální poruchy osobnosti existuje nejvíce důkazů pro vliv dědičnosti při vzniku poruch osobnosti. Interakce mezi biologickou predispozicí a vlivem prostředí je však neméně významná. Reiss (1995) studoval 708 rodin s přinejmenším dvěma adolescenty. Jako jeden ze závěrů uvádí, že disociální osobnostní rysy dětí provokují rozporuplné a nevlídné chování pečovatelů. Na druhou stranu děti bez disociálních rysů v rodičích nevlídné chování neprovokovaly, a navíc přítomnost těchto dětí měla protektivní vliv i na vztah rodičů a sourozenců, u kterých byly disociální rysy přítomny. Pro významnou roli genetických a biologických faktorů svědčí také studie, které našli vyšší incidenci asociálních charakteristik a alkoholismu v rodinách s touto poruchou. Také studie adoptivních dětí prokazuje genetické vlivy (Grove a kol., 1990; Lyons a kol., 1995). Konkordance poruchy u jednovaječných dvojčat je 51%, u dvouvaječných jen 22%.

U pacientů s disociální poruchou osobnosti často zjišťujeme porodní komplikace, měkké neurologické příznaky v dětství, případně poruchy pozornosti a hyperaktivitu (ADHD). Raine (1997) zjistil, že přítomnost jak časných neuromotorických příznaků, tak negativního rodinného prostředí signifikantně významně zvyšovala pravděpodobnost kriminálního a násilného chování v dospělosti v porovnání s jedinci, u kterých byly přítomny pouze neurologické komplikace nebo pouze negativní rodinné prostředí. Organická etiologie přichází v úvahu po perinatálním poškození mozku, mozkovém traumatu a encefalitidách. Predispozičními stavy jsou porucha pozornosti s hyperaktivitou v dětství a poruchy chování v dětství.

S impulzivitou a násilností je spojováno snížení funkce serotonergního i noradrenergního systému. U jedinců s disociálním a kriminálním chováním jsou také nalézány elektroencefalografické abnormity, především v temporálních a frontálních oblastech.

Navíc časný rodinný život těchto osob měl obvykle závažné nedostatky; často zjišťujeme chybějící, agresivní nebo nekonzistentně se chovající rodiče. Dítě bylo zanedbávané, případně tělesně nebo sexuálně zneužíváno. Řada členů rodiny mívá problémy s abúzem drog nebo alkoholu, nebo má také disociální rysy. Z psychologických faktorů hraje patrně nejvýznamnější roli vztah matky a dítěte v časném dětství. Byly nalezeny korelace mezi deprivací ve věku do pěti let dítěte a rozvojem disociální poruchy v dospělosti. Matky bývají většinou nedisciplinované, častěji jsou impulzivní a závislé na alkoholu.

Epidemiologie

Údaje o výskytu této poruchy jsou nejednotné. Prevalence je udávána 0,2–9,4 % v celkové populaci, 3–37 % u hospitalizovaných psychiatrických pacientů a až 75 % u vězňů v nápravných zařízeních. Je častější u mužů. Poměr pohlaví je

udáván od 2 : 1 až po 7 : 1. V rodinách postižených se vyskytuje více osob s jinými poruchami osobnosti, somatizační poruchou a alkoholismem. Porucha je častější v městských populacích a v nižších socioekonomických vrstvách.

Průběh

Rysy disociální poruchy osobnosti se objevují obvykle už před 18. rokem. U části postižených jsou už v dětství typické poruchy chování, záškoláctví, týrání zvířat, krádeže, lhaní apod. Disociální rysy mají tendenci se zmírňovat v průběhu času. Po 21. roce dochází k remisím asi u 2 % postižených každý další rok. Tito pacienti předstírají jiné psychické poruchy i tělesné nemoci z účelových důvodů. Mohou však také trpět depresí, úzkostnou poruchou nebo somatoformní poruchou.

Diferenciální diagnóza

Narcistická porucha osobnosti: Může mít sklony k antisociálnímu chování, pokud to slouží narcistickým potřebám gratifikace. Narcistický jedinec vykořisťuje nebo zneužívá proto, že si myslí, že na to má právo z titulu své výjimečnosti, disociálnímu jde zejména o materiální prospěch. Obě poruchy mohou být variantou stejného typu psychopatologie (Hare a kol., 1991). Na rozdíl od narcistické poruchy osobnosti má jedinec s disociální poruchou osobnosti problémy s impulzivitou.

Asociální chování v dospělém věku: Nejsou splněna všechna kritéria pro zařazení do této kategorie.

Poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek: Asociální chování se může objevit jako důsledek užívání psychoaktivních látek. Může se však vyskytovat souběžně jako komorbidita.

Mentální retardace: Sociopatické chování se může objevit jako důsledek sníženého intelektu a nedostatečné soudnosti. Může se však vyskytovat souběžně.

Poruchy s bludy, schizofrenie, porucha nálady s psychotickými příznaky: Tyto poruchy jsou charakterizovány psychotickými příznaky, jako jsou bludy a halucinace. Asociální chování může vzniknout jako následek bludů. Mohou se vyskytovat také souběžně.

Impulzivní typ emočně nestabilní poruchy osobnosti: K asociálním činům dochází jen v okamžicích nezvládnutých impulzů.

Hraniční porucha osobnosti: Vztahy jsou ambivalentní, časté jsou sebevražedné pokusy a sebepoškozování, silné afektivní vzplanutí. K asociálním činům dochází hlavně v okamžicích nezvládnutých impulzů.

Histrionská porucha osobnosti: Nemá primárně sklon k antisociálnímu chování. Když se objeví, souvisí to s rozjitřenými emocemi, nikoliv z potřeby mít přímý zisk ze situace.

Přenos a protipřenos

Disociální jedinci mají sklon manipulovat okolím, provokovat, využívat. Naděje na úspěch jakéhokoliv typu léčby je velmi malá. Protipřenos vzniká už při čtení parere s diagnózou. Pacient nedůvěřuje lékařovým radám a doporučením v rámci nespravedlivých generalizací, které pocházejí ze špatných zkušeností s rodičovskými autoritami v dětství.

Nedůvěra lékaře a značkování pacienta může pocházet z nepříjemné osobní zkušenosti s pacienty tohoto typu. Ti často předstírají příznaky onemocnění jen proto, aby získali léky pro svůj abúzus. Protipřenos však vede k tomu, že terapeut může mít pocit, že je podváděn i v situacích, kde se o nic takového nejedná. Přitom nemá cenu se snažit nachytat pacienta při lži, přestože nám často lže doopravdy, a to i v situacích, kdy mu o nic nejde. Je obtížné změnit rychle léta navykklý způsob chování.

Jedním z vážných problémů je terapeutova potřeba moralizovat. Je potřebné si uvědomit, že úkolem terapeuta není být soudcem ani rozhodčím, ale jen pomocníkem při hledání adaptivnějšího chování. Je nutné vyhnout se pozici tresťající autority či kontrolora, protože pak snadno dojde k „zápasu“ s pacientem. Lepší je vytvořit chápající, vstřícný, ale jasně ohraničený pevný vztah, v němž trváme na dodržování pravidel, hranic, které jsme si dohodli. Další možností, jak se vyhnout neproduktivním střetům, je připustit citlivost na manipulaci. Terapeut může uznat, že pacient umí manipulovat dovedně, nicméně, že tím pádem nejde dostatečně spolupracovat na cílech, které si dohodli, protože kdo je zmanipulovaný, nemůže účinně pomáhat.

Podpurná psychoterapie

Cílem psychoterapeutického působení je změna maladaptivního chování a zvýšení odpovědnosti vůči okolí i vůči sobě. Věcný, otevřený, vstřícný, ale uváženě opatrný přístup, který počítá se sklonem pacienta k manipulaci a podvodům, může vzbudit u pacienta respekt.

I když je popisován určitý úspěch dosažený individuální nebo skupinovou léčbou, tito pacienti mají tendenci brát terapii jako hru, kterou využívají do té doby, dokud je baví nebo dokud z ní mají sekundární zisky. Léčba, pokud se přece jen najde motivace ke změně, se zaměřuje na pomoc pacientovi přijmout více zodpovědnosti za svoje vlastní chování a uvědomit si, že jeho problémy vycházejí z jeho činů.

Přestože pacienti, kteří se dostanou do léčby, jsou typičtí rozsáhlými racionalizací a bagatelizací závažnosti svého chování („Představte si, že ta bába měla peněženku pohozenou jen tak nahoře v tašce. No, nevzdal byste to, pane doktore?“), „Napadl mě, tak jsem šel domů, vzal si pistoli a zastřelil ho!“), je

důležité začít tím, že je důkladně **vyslechneme** a zkusíme **pochopit pravidla** světa, ve kterém se pohybují. Neznamená to však, že s těmi pravidly souhlasíme.

Konfrontace s tím, proč je nevypočitatelný a nespolehlivý, nemá přátele ani žádný životní plán, někdy pacienta může přimět k tomu, aby se zamyslel nad dlouhodobými důsledky svých postojů a činů. Šance na změnu se otevírá tehdy, když pacient pochopí, že dlouhodobé důsledky jeho jednání jsou pro něj významnější než krátkodobé (Dinitz, 1980).

Pokud se podaří najít pacientův vnitřní konflikt, může se terapeut pokusit o jeho plné zvědomění a postupné propracovávání. To zpravidla vede k rozvoji „smysluplné dysforie“ (Lion, 1978), která může pomoci nastartovat motivaci ke změně. Problémem je, že pacient udává řadu konvenčních a předstíraných výčitek svědomí a „institucionální vhléd“ (tj. to, co předpokládá, že by terapeut chtěl slyšet), takže se často k žádnému reálnému vnitřnímu konfliktu nedostanou.

Skupinová psychoterapie

Tito pacienti běžně do skupiny nepřicházejí, protože od ní nečekají žádné hmatatelné výhody. Nicméně skupinová terapie může být formou terapie, kterým se tito lidé léčí ve vězení. Konfrontace s vrstevníky v podobné situaci může někdy nastartovat změnu v sociálním chování.

Farmakoterapie

S určitým úspěchem bylo použito lithium a beta-adrenergní antagonisté při kontrole násilných a agresivních projevů u vězňů, fluoxetin ke snížení impulzivity, karbamazepin u jedinců s patologickým EEG nálezem. Antidepresiva byla kromě depresivních dekompenzací také úspěšně použita u jedinců s abúzem alkoholu a kokainu.

Psychodynamické aspekty

Přestože byla skupina pacientů s disociální poruchou osobnosti široce studována, jsou to osoby, kterým se terapeuti nejčastěji vyhýbají. Psychodynamický pohled je užitečný v hodnocení závažnosti, případně léčitelnosti této poruchy, neboť pacient se může na jednu stranu chovat výrazně psychopaticky, aniž by naplňoval kritéria MKN-10 pro disociální poruchu osobnosti, a na druhé straně může pacient tato kritéria naplňovat a neprojevoval se poruchami chování. Disociální pacienti tedy představují široké spektrum od čistých primitivních psychopatů přes osoby s narcistickou poruchou osobnosti s egosyntonními diso-

ciálními rysy až po narcistické pacienty, kteří v terapiích sledují pouze své sekundární zisky (Kernberg, 1984). Posouzení jednotlivého pacienta z tohoto pohledu může lékaři pomoci odhadnout jeho léčitelnost, případně určit terapeutické strategie.

Z psychodynamického hlediska Kernberg (1984) uvádí **maligní grandiozitu** jako jednu z charakteristických vlastností disociálních pacientů. Jedním z rysů je úmyslná a vědomá snaha využívat druhých ke svému vlastnímu prospěchu (v protikladu k více zastřeným či nevědomým manipulacím přítomných u jiných osobnostních poruch). Tito pacienti většinou snadno navazují první kontakt s terapeutem. Pokud terapeut dokáže být morálně neutrální, popisují bez pocitů viny v grandiózním duchu svoje zisky a úspěchy vzhledem k institucím či lidem dosažené nelegálním či neetickým způsobem.

Centrálním dynamickým aspektem u disociálních pacientů je **defektní superego** vedoucí k absenci svědomí a k oslabeným nebo chybějícím pocitům viny. Pacienti většinou potřebují vůči ostatním uplatňovat svoji moc a kontrolovat je. Významnější a bližší vztahy k lidem nápadně chybějí, druzí jsou vnímáni pouze jako objekty, které je potřeba ovládat a které mají sloužit jejich prospěchu. Krutý vnitřní svět těchto osob je plný chaosu, nejistoty a intolerance. Projevy běžných emocí jsou vnímány jako slabost a zranitelnost. Prožívány jsou pouze extrémy – slepý vztek nebo manioformní excitace – měkké emoce u sebe i druhých jsou aktivně devalvovány. (Cleckley, 1988)

Disociální pacienti často prožívají **primitivní závist** a mají sklon ničit to, po čem nejvíce sami touží a co závidí druhým. Například oběti mnoha sériových vrahů byly atraktivní ženy nebo členové šťastných, stabilních rodin.

Termín **lakunární superego** souvisí s učením se disociálních rysů od rodičů. V řadě rodin disociálních jedinců rodiče dětem předváděli svoji moc s opakovaným sdělením, že v životě nejsou žádná omezení a že dostatečně silnému a bezohlednému jedinci je povoleno vše. Tito rodiče rovněž devalvovali a uráželi představitele společenských norem jako učitele, policisty či soudce. V tomto smyslu se mohou disociální osobnostní rysy rodičů přenést na potomky. Zločinci v „bílých límečcích“ mají často tyto rysy, jejich narcistická osobnostní struktura a dobrý intelekt jim dovolují ve společnosti uspět, avšak defekty v superegu se manifestují v jejich disociálním podvodném chování.

Psychopatologie disociálních jedinců je rovněž popisována jako impulzivní chování, ve kterém je krátkodobá úleva od úzkosti důležitější než dlouhodobé následky provedených činů.

Kernberg (1984) uvádí disociální a psychopatické chování jako variantu narcistického kontinua (viz tabulka 56). Na jednom extrému tohoto kontinua jsou psychopatičtí jedinci, kteří si nedokážou představit etickou kvalitu života a jsou zcela neschopni vstupovat do nevykořisťovatelských vztahů. Následující stupeň představuje maligní narcismus, který je charakterizován egosyntonním sadismem a paranoidním nastavením. Osoby, které se nacházejí v této skupině, mají určitou schopnost tvorby vřelejších vztahů a zájmu o druhé lidi. Dokážou

si rovněž představit, že druzí lidé mohou mít morální přesvědčení a normy. Ve třetí kategorii jsou pacienti s narcistickou osobnostní strukturou, kteří vykazují disociální chování. Tito pacienti nemají paranoidní a sadistické vlastnosti jako maligně narcističtí jedinci, ale bezohledně využívají druhých ke svému prospěchu. Nicméně prožívají jisté pocity viny, mají starost o druhé a také mohou být schopni realisticky plánovat svoji budoucnost. Na další hladině se nacházejí pacienti s jinými osobnostními poruchami (emočně nestabilní, histrionská nebo paranoidní), kteří příležitostně vykazují disociální chování. Nejvýše si stojí pacienti s neurotickými osobnostními rysy, kteří se mohou chovat disociálně z důvodů nevědomých pocitů viny, s cílem být dopadeni a potrestáni.

Tab. 56 Kontinuum disociálního chování (Kernberg, 1998)

-
1. Disociální chování jako část symptomové neurózy
 2. Neurotická osobnostní porucha s disociálními rysy
 3. Disociální chování u jiných osobnostních poruch
 4. Narcistická porucha osobnosti s disociálním chováním
 5. Maligní narcistický syndrom
 6. Disociální porucha osobnosti – psychopatie
-

Z obranných mechanismů je u pacientů s disociální poruchou osobnosti nejčastěji přítomno **kontrolování** – trvalá snaha ovládat a kontrolovat osoby a události s cílem minimalizovat vnitřní úzkost a uvést do rovnováhy vnitřní konflikty (**primární zisk**) a dosáhnout **sekundárních zisků** (například vyhnout se trestnímu stíhání). **Projektivní identifikace** umožňuje pacientovi promítnout část (většinou nepřijímanou a negativně prožívanou) své psychiky do druhé osoby a tuto osobu uvést ve vztahu do stavu, kdy tuto část bude prožívat, případně se podle ní ve vztahu k pacientovi chovat. Pacient poté vidí a vnímá ve druhé osobě promítnutou část své psychiky, jako by jí patřila, a zaujímá k ní vztah jako k něčemu externímu, souvisejícímu s druhou osobou, a nikoli s ním samým. **Acting out** umožňuje pacientovi vyjádřit nevědomé impulzy prostřednictvím činů, pacient jedná místo toho, aby řešil vnitřní konflikt. **Disociace** představuje dočasnou, avšak často závažnou změnu pocitu vlastní identity či narušení integrity psychických procesů. Jedná se o maladaptivní vyrovnání se s neúnosnými psychickými obsahy.

Přenosové reakce jsou nejčastěji obrazem snahy využít terapeuta ke svému prospěchu, sekundární zisky jsou cílem. Pravidlem je manipulativní chování, obvykle se snahou vystihnout citlivý bod terapeuta, někdy s více či méně otevřeným zastrašováním. Popisována je **maligní pseudoidentifikace**, kdy disociální pacient vědomě imituje nebo simuluje určitý typ chování, což vede k identifikaci terapeuta s pacientem a snazší manipulaci terapeutem. Prostřednictvím simulovaného smutku, plačtivosti nebo výčitek svědomí se pacient snaží v terapeutovi vzbudit sympatie. Protipřenosové reakce zahrnují prožitky

strachu a ohrožení, pravidelně se popisuje nepříjemný pocit, že je terapeut pacientem ovlivňován a kontrolován. Časté jsou rovněž pocity rezignace a marnosti terapeutova snažení.

Psychodynamická terapie

Řada odborníků sdílí názor, že pacienti se závažným disociálním chováním nemají přílišný prospěch z ambulantní psychoterapeutické péče. Metodou volby je nejčastěji institucionální léčba s celodenním režimem. V tabulce 57 jsou uvedeny prediktory pozitivní a negativní terapeutické reakce při hospitalizaci na běžném psychiatrickém oddělení.

Tab. 57 Prediktory pozitivní a negativní terapeutické reakce na běžném psychiatrickém oddělení

Negativní reakce

1. Trestní stíhání pro závažný zločin v anamnéze
2. Opakované lhaní a podvody v anamnéze
3. Nedořešené trestní stíhání v době přijetí
4. Výkony trestu v anamnéze
5. Psychiatrická hospitalizace jako alternativa k výkonu trestu v anamnéze
6. Násilné činy vůči osobám v anamnéze
7. Diagnóza organické mozkové poruchy

Pozitivní reakce

1. Přítomnost úzkostných příznaků
 2. Přítomnost depresivních příznaků
 3. Přítomnost psychotické poruchy jiné než depresivní nebo organické mozkové poruchy
-

Pokud terapeut přistoupí k ambulantní psychoterapeutické péči, uvádí se tato doporučení (Kernberg, 1984):

1. Terapeut má zůstat stabilní a neovlivnitelný, odchylky od předem dané struktury terapie se nedoporučují vzhledem ke značné schopnosti pacientů manipulovat terapeutem a pravidly.
2. Terapeut má opakovaně čelit pacientovu popírání a omlouvání antisociálního chování. Technika opakované konfrontace pacienta s disociálními dopady jeho činů má vést k narušení jeho tendence k externalizaci veškeré problematiky a k přijetí vlastní odpovědnosti za své činy.
3. Terapeut má opakovaně napomáhat pacientovi spojovat jeho činy s předcházejícími a následnými pocity.
4. Konfrontace typu zde a nyní je účinnější než interpretace nevědomého materiálu z minulosti.

5. Protipřenosové pocity mají být pečlivě monitorovány s cílem zabránit acting outům terapeuta.
6. Terapeut nemá příliš očekávat, že terapie povede k pozitivním výsledkům. Terapeuti, jejichž sebevědomí je závislé na zlepšení stavu jejich pacientů, by disociální pacienty neměli léčit.
7. Jinak léčitelné poruchy, jako je deprese či mánie, by měly být diagnostikovány a léčeny.

Kognitivně-behaviorální terapie

Podle pohledu KBT je chování disociálního pacienta pod vlivem dysfunkčních postojů k sobě, druhým i budoucnosti, a ty jsou udržované selektivním výběrem potvrzujících zážitků. Při podvědomém přesvědčení, že jedná správně, je málo pravděpodobné, že by pacient příliš uvažoval nad svým chováním. Postoje jsou typicky „predátorské“. Týkají se bezprostředního zisku, zmocnění se, druzí jsou vnímáni jako potenciální sokové nebo oběti vybízející ke zneužití. Automatické myšlenky jsou často pod vlivem přesvědčení zdůrazňujících primitivní egoistické požitky na úkor druhých a minimalizujících důsledky chování v budoucnosti (např. „Když to teď vezmu, nikdo na to nepřijde. Byl bych blbý, kdybych nevyužil šanci.“). KBT si může vytyčit jako cíl pomoci pacientovi změnit simplifikované konkrétní myšlení na uvažování v širších souvislostech a alternativních možnostech. Jeho dosažení však není jednoduché. K tomu může někdy pomoci diskuze, strukturovaná kognitivní cvičení a behaviorální experimenty.

Mnohé behaviorální přístupy jsou více nebo méně úspěšně používány v nápravných zařízeních. Pacienti však zpravidla bývají málo motivováni ke změně svého charakteru či temperamentu, a tak je postavení smysluplných problémů a cílů pro systematickou psychoterapii jen málokdy možné. Pokud se nějakou náhodou takovýto pacient dostane k terapeutovi, je nutné především zvážit, zda bude spolupracovat, protože tato terapie je skutečně náročná.

Zaangažování (zapojení) do terapie

Cesta k opravdovému zapojení disociálního jedince do terapie je složitá a často nemožná. Pacient však může být motivován k léčbě druhotnou psychiatrickou problematikou (deprese, úzkost), při opakovaných debaklech ve vztazích, které vyústily v sociální izolaci, ztrátě zaměstnání nebo na naléhání rodiny. Ke spolupráci na odstranění svízelné situace se ho daří získat. K systematické práci na osobnostních rysech je však ochoten pracovat jedině v případě, že jednoznačně vidí svůj zisk. Zisk však může mít rentovou povahu nebo je to snaha uniknout trestu. Výjimečně se podaří problém sumarizovat jako „poruchu životního stylu“, který přináší dlouhodobé negativní důsledky. Terapie může být prezentována jako série setkání, která jsou zaměřená na řešení konkrétních problémů, které

narušují pacientovu svobodu. Můžeme pacientovi nabídnout, ať terapii na nějaký čas zkusí a pak se rozhodne, zda mu poskytuje to, co od ní očekává.

Zatímco u ostatních poruch osobnosti mluvíme spíše o narušeném životním stylu než přímo o diagnóze, někteří autoři u disociální poruchy osobnosti doporučují rovnou říci diagnostickou nálepku a projít s ním jednotlivé položky v diagnostickém manuálu, aby si mohl sám porovnat svoje současné a minulé problémy s charakteristikami této diagnostické kategorie (Beck, Freeman a kol., 1990).

Vždy zvážíme, zda je pacient k práci dostatečně motivován. Pokud ano, vytvoříme konkrétní dohodu, která by měla zahrnovat závazek pravidelné účasti na sezeních, aktivní účasti v diskuzi, zapojení se do plánování a plnění domácích úkolů.

Pokud se objeví známky nespolupráce, je nutné se ho přímo zeptat, co si o léčbě myslí. Pokud ani po objasnění přístupu nespolupracuje, dáváme mu tři možnosti: buď aby přehodnotil svůj přístup a terapii ukončil, nebo aby v ní pokračoval, ale plnil dohodnuté závazky, nebo mu doporučíme, ať hledá jiné služby.

Jak pro zapojení do terapie, tak pro možnost dosáhnout terapeutické změny může být někdy důležitá identifikace pacienta s terapeutem. Tomu může pomoci přátelské, naslouchající, ale přitom sebejisté a uvolněné chování se smyslem pro osobní hranice a smysl pro humor. Pacient takové chování často nikdy v životě nezažil. Důležitá pro něj může být korektivní zkušenost, že jeho prohřešky terapeut netrestá, pomáhá mu a přitom z něho nechce kořistit. Vzorem se terapeut stává snadněji tehdy, když s pacientem dělá některé činnosti i mimo terapii. Možnost identifikace s terapeutem skýtá hlavně skupinová terapie. Jsou však možnosti i mimo samotnou psychoterapii a některé z nich mají ještě větší vliv. Máme na mysli společnou fyzickou práci (kácení stromů v lese), společnou hru (sportovní, karty, šachy apod.) či cvičení (imponuje zejména kondiční cvičení).

Analýza vzorců

K ujasnění diagnózy disociální poruchy osobnosti je potřebný důkladný rozhovor o životní historii pacienta. Typické zážitky v dětství jako nedostatečné citové zázemí, fyzické nebo sexuální zneužívání, týrání, problémy rodičů s impulzivitou, alkoholem, opakované rodinné hádky, rvačky a kruté tresty fungují jako rodičovský vzor a mohou vést k vytvoření disociálních postojů.

Na základě důkladné anamnézy pak můžeme určit problémové oblasti. Jejich seznam můžeme použít na určení obsahu následujících sezení. V každé problémové oblasti je na místě identifikovat typické vzorce automatických myšlenek.

Typické nevědomé **jádrové přesvědčení** bývá sice o zranitelnosti a osamělosti, ale je na vědomé úrovni kompenzováno přesvědčením o vlastní síle a vychytralosti. **Odvozené předpoklady** mají charakter „predátorského“ přístupu

ke světu. V důsledku těchto postojů nedochází k vytvoření dovednosti empaticky prožívat, být sociálně citlivý, ani ke schopnosti vztahu prožívat vzájemně, a nikoliv jen kořistnický. Mohou se týkat různých pohledů, např.:

- Omlouvající: „Pokud po něčem toužím nebo se chci něčemu vyhnout, omlouvá to moje chování.“
- Myšlení je potvrzením: „Moje myšlenky a pocity jsou naprosto správné, protože jsou moje.“
- Neomylnost: „Vždy dělám správná rozhodnutí.“
- Argumentace emocemi: „Musí to být správné, protože se pak cítím dobře.“
- Znehodnocení druhých: „Je lhostejné, co si o mně myslí druzí. Jsou to blbci.“
- Znehodnocení důsledků v budoucnosti: „Mně se nic stát nemůže. Teď to potřebuji a pak mě nechytanou.“

Tab. 58 Důležité komponenty KBT modelu disociální poruchy osobnosti

Jádrové přesvědčení o sobě	Jsem zranitelný. Jsem osamělý.
Kompenzatorní	Jsem silný a chytrý.
Jádrové přesvědčení o druhých lidech	Druzí by mě mohli vykořisťovat, zneužívat. Nedám se.
Odvozené předpoklady	Když nebudu jednat první, mohou mi ublížit. Když můžu využít první, jsem ve výhodě. Druzí jsou ťulpasové. Musím hlavně hledět na sebe. Nejlépe mohu dosáhnout toho, co chci, silou. Život je džungle a jen silní přežijí. Pokud nevyužiji druhé já, využijí oni mě. Pokud nedám ránu, dostanu ji. Nezáleží na tom, co si o mně kdo myslí. Když si lidé svoje věci nehlídají, je to jejich problém.
Nedostatečně rozvinuté strategie	Empatie, vzájemnost, sociální citlivost, schopnost oddálit uspokojení, utvářet kompromisy
Nadměrně rozvinuté strategie	Bojovnost, potlačování druhých, využívání druhých
Zaměření pozornosti	Selektivní zaměření na možnosti „zisku“ a na „konkurenci“
Nejčastější způsoby zpracování informací	Primitivní logika typu „všechno, nebo nic“, potlačování emočních stavů
Typické chování	Využívá druhé, manipuluje, krade, kořistí, napadá.

Změna vzorců

Vzhledem k tomu, že pacient nesnáší nudu, není dobré ztrácet příliš mnoho času poskytováním informací a vysvětlováním. Spíše je důležité, aby se pacient do terapie aktivně zapojil do nejdříve.

Od počátku mohou být velmi důležité behaviorální metody, které přinášejí rychlý pokrok, jako je nácvik zvládání impulzivního chování, nácvik zvládání agrese a nácvik empatie (viz příslušná kapitola).

Mezi první kroky kognitivní intervence patří pomoc pacientovi, aby zjistil, jak pohled a názor jiných lidí na jeho chování ovlivňuje jeho úspěšnost v dosahování toho, co chce. Nejdříve mu pomáháme v **nácviku zvládání situací**, ve kterých vnímá nepohodu. Ty však často souvisejí s jeho disociálními postoji. K takové práci může být motivován třeba tím, aby se nedostal znovu do vězení, aby měl méně konfliktů v partnerském vztahu a dokázal se lépe zařadit do pracovního kolektivu. V případě vážného zájmu pacienta o změnu analyzujeme jednotlivé epizody agresivního, hrubého, bezohledného nebo impulzivního chování a rozlišíme v nich spouštěče, okolnosti, kognice, emoční a fyziologické reakce, chování, modulátory, krátkodobé a dlouhodobé důsledky. Pacient dostane za úkol takové události monitorovat, byť by proběhly pouze ideálně. Poté zformulujeme s pacientem odvozené předpoklady tak, aby pochopil souvislost mezi postoji a problémy. Beck, Freeman a kol. (1990) rozlišují tři stupně problematického zaměření, které se projevuje v chování.

1. První stupeň – pacient přemýšlí jen v pojmech svých zájmů zaměřených na dosažení odměny nebo vyhnutí se bezprostřednímu trestu, bez ohledu na druhé lidi.

Disociální mladý muž popsal svoje vztahy jako čistě sexuální – dějí se jen pro jeho uspokojení. Přítelkyně ho opakovaně žádala, aby s ní šel na rande, zašel do restaurace nebo se jí i jinak „nesexuálně“ věnoval. On však neměl nejmenší zájem o takové rozšíření vztahu, protože mu to nic bezprostředního neskytalo. Rovněž v sexu se vůbec nezajímal o její potřeby, šlo mu jen o dosažení svého uspokojení.

2. Druhý stupeň – pacient už si uvědomuje důsledky svého chování a začíná chápat emoce, postoje a chování druhých, které vyvolal tím, že je zaměřený jen na své zájmy. Je schopen uvažovat o změně svého chování tak, aby přes porozumění druhým mohl zvýšit své dlouhodobé zisky, nikoliv jen krátkodobé potřeby.

Stejný muž začíná chápat, že by mohl občas vyplnit některý z požadavků své partnerky, aby pak dosáhl více výhod. Partnerka ho totiž začala sexuálně odmítat. Je schopen řídit se podle hesla: „Udělej ji občas šťastnou a pak ti bude dávat, co chceš.“ Proto začíná občas přinášet květiny a brát partnerku do kina a restaurace.

3. Třetí stupeň – člověk si je vědom dlouhodobých důsledků svého chování a jde mu o ně více než o krátkodobé uspokojení. Dělá mu radost, když může uspokojit druhého člověka.

Cílem léčby je pomoci pacientovi přejít z prvního stupně alespoň do druhého stupně. Na tom je možné pracovat **kognitivně** (zkoumáním pro a proti při alternativních formách chování) i **behaviorálně** (pacient experimentuje s různými formami více či méně prosociálního chování a pozoruje, jaké mu to přináší důsledky).

Práci na disociálních **kognitivních schématech** může pomoci, když zjistíme, z čeho disociální chování vychází. Zmapování pacientovy životní historie, situací, v nichž byla schémata vytvářena, umožňuje emoční abreakci – např. s pacientem probíráme, jak byl v dětství rodiči zneužíván, odmítán a vracíme se k jeho dětským touhám po přijetí. Často je potřebná expozice zpřítomnělých vzpomínek v imaginaci, která odkrývá zapomenuté touhy po pochopení a vzájemnosti s rodiči.

Terapie na počátku probíhá jako **série řešení problémů**, které pacient v životě má. Snažíme se zaměřit na konkrétně definovaný problém. Pacient uvažuje nad „výhodami a nevýhodami“ určitého chování. Hledá optimální řešení situace. Probíraná řešení musí vidět jako výhodná, jinak ho terapie přestává zajímat. Postupně lze zhodnotit nejen krátkodobé pozitivní důsledky, ale vnést i potřebu dlouhodobých pozitivních důsledků, které přináší prosociální chování.

Tab. 59 Příklad domácího cvičení zaměřeného na konstruktivní rozhodování

Problém:	Pacientka je v novém zaměstnání ve zkušebním období a šéfová ji požádala o práci navíc na krátké období.
Volba:	Řeknu šéfce, aby si to strčila někam. Řeknu, že budu dělat to, na čem jsme se dohodli, ale nechci dělat nic navíc. Udělám to, ale pomstím se jí. Práci navíc budu dělat loudavě a s chybami. Udělám to tak, jak to po mně chce.
Výhody:	Budu mít dobrý pocit, „že jsem jí to nandala“. Dám najevo, že mě nikdo nebude využívat, protože se nedám. Budu cítit zadostičinění. Méně riskuji než v předchozích možnostech.
Nevýhody:	Ukážu ostatním, že mám zájem na společné práci. Budou mě více brát. Budu si muset najít novou práci. Riziko, že si šéfovou naštvu a v budoucnosti mi nevyjde vstříc. Pokud to zjistí, naštvu se a vrátí mi to. Bude to nuda a bude to trvat ještě déle. Oblíbenost tím určitě nezískám. Budu chvíli dělat více, než se mi chce.

Je potřebné si uvědomit, že tito pacienti potřebují „akci“ a „soutěž“, protože se snadno nudí, což snadno vede k probuzení agrese. Nutně potřebují do života plánovat činnosti, které „akci“ a „výhru“ umožňují – kultivovaně to jde při sportu, při namáhavých úkolech, při kterých se mohou předvést (čistit na laně okna na výškové budově) apod.

Ukončení léčby

Léčba může být pacientem i okolnostmi ukončena kdykoliv. Pokud probíhá ideálně, končí během jednoho až dvou let. Lépe lze nakonec u těchto pacientů ovlivnit temperamentové kvality (výbušnost, agresivitu, impulzivitu) než charakterové kvality. Na konci léčby je důležité probrat zisky z léčby, označit

změnu, ke které se propracoval, probrat výhody udržování této změny, ujasnit si budoucí stresory a vhodné reakce na ně.

3.4 Emočně nestabilní porucha osobnosti (F60.3)

Emočně nestabilní porucha osobnosti se projevuje výraznou afektivní nestálostí a tendencí jednat impulzivně bez uvážení následků. Schopnost plánovat si věci dopředu bývá malá. Výbuchy silné zlosti mohou vést k násilí nebo „explozivnímu“ chování. Vyvolají se snadno, zejména když druzí impulzivní jednání kritizují nebo se proti němu staví. U **impulzivního typu** převažuje emoční nestálost a nedostatečná kontrola impulzivity. Běžné jsou výbuchy násilí nebo hroživé chování, zvláště je-li jedinec ostatními kritizován. U **hraničního typu** jsou přítomny některé charakteristiky emoční nestálosti, a navíc má pacient nejasné nebo narušené představy o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích (včetně sexuálních). Mívá chronické pocity prázdnoty, které střídají prudké změny afektivity a sebehodnocení. Příčinou opakovaných emočních krizí nebo epizod poruch chování bývají intenzivní, většinou nestálé interpersonální vztahy. Excesivní pokusy vyhnout se opuštěnosti mohou vést k sebevražedným vyhrůžkám nebo sebepoškozujícím činům – pálení cigaretou, pořezání kůže ostrým předmětem, bušení končetinou nebo hlavou do zdi apod. (i když ty se také mohou vyskytnout bez zjevných příčin). V následujícím textu budeme mluvit zejména o hraničním typu, protože je závažnější a léčba obou typů se opírá o stejné principy.

Pacienti s hraniční poruchou osobnosti mohou být i velmi bystří lidé, kteří se dobře verbálně vyjadřují. Často mluví o tom, že nevědí, kým ve skutečnosti jsou ani jak se cítí; chybí jim pocit vnitřní konzistence. Hněv prožívají často a velmi intenzivně – jako zuřivost. Bývají iritabilní, k druhým nadměrně kritičtí. Jejich emocionální potřeby jsou téměř nenasytitelné. Hlavním emocionálním rysem je však afektivní dysregulace – neschopnost odložit emoční impuls, který přinese úlevu, byť jen krátkodobě. Racionální kognitivní vyhodnocení situace, přestože někdy přichází včas, není schopno dysfunkční emocionalitu korigovat. Rozpor mezi emocionální reaktivitou a kognitivním zpracováním může být výrazný. I když postižený může být schopen dobře hodnotit svoje chování a jasně si uvědomit, že autodestruktivní čin byl vyprovokován kritikou druhé osoby (nebo odmítáním, či dokonce vlastním sebehodnocením v průběhu hloubání o sobě), přesto jej pokládá za přiměřený (kognitivní narušení). Další tendencí je nadměrná simplifikace řešení problémů v životě, která neodpovídá intelektu. K problémům se postižení často staví bezmocně a vynucují si pomoc, nebo je řeší zkratkovitě. Jednotlivé problémy pro ně znamenají „krizi“. Život se podobá dramaticky napsanému televiznímu seriálu.

Interpersonální vztahy bývají intenzivní, nespokojené, často velmi divoké. Mnozí se během života naučili, že extrémní emocionální projevy jsou potřebné k získání pozornosti a pomoci od druhých. Protože si nejsou jisti druhými lidmi a jejich vztahy, vytvářejí buď závislé a těsné svazky, nebo se naopak chovají distancovaně a chladně. I při dlouholetém vztahu mají problémy s chápáním partnerových pocitů a motivací. Druhé lidi prožívají buď jako dobré, nebo jako zlé. Ve vztahu s partnerem, rodiči i terapeutem se tyto póly mohou rychle střídát. Rovněž pracovní anamnéza velmi často ukazuje na těžký funkční deficit. Pracovní prostředí může být jedním z kolbišť, kde se odehrává boj za zachování vlastní identity oddělené od identity ostatních spolupracovníků (Janosiková & Daviesová, 1999). Konflikty s nadřízenými jsou na denním pořádku. Pracovní vzorce jsou charakteristické nestálostí, intenzivním zaujetím s následným náhlým ukončením činnosti, nedostatkem uspokojení z práce, problémy ve vztazích.

K vyhledání terapie zpravidla nevede nestabilita ve vztazích, ale krátkodobé afektivní reakce se sebepoškozujícím chováním, suicidálními pokusy či dlouhodobé dekompenzace ve formě epizod deprese, úzkostných, somatoformních, disociativních poruch, poruchy příjmu potravy či rozvoje závislosti na návykových látkách. Často se objevuje intenzivní pronikavá a všude se vyskytující anxiозita – tzv. panaxiета a depresivní epizody. Mohou se také objevit krátkodobé psychotické epizody. Souvisejí s výrazným interpersonálním stresem nebo s užíváním drog. Pacienti se také mohou opakovaně a vehementně dožadovat hospitalizace, i když se to ze zdravotního hlediska nejeví jako indikované. K hospitalizaci dochází velmi často v rámci krizové intervence.

Jana, 21 let, tč. nezaměstnaná středoškolačka, svobodná, bez partnera. Rodiče se vzali pro těhotenství matky, již před svatbou měli velké neshody. Matka měla strach „přijít domů s rancem“, tak si raději otce vzala. Matka byla osmnáctiletá venkovská „bobkačka“ a otec „dvacetiletý hippizáckej borec, nebo spíše prase s řeznickým chováním“. Od malička byla pacientka součástí rodičovských sporů, otec matku bil. Fyzicky tvrdě trestal i děti za každý nepořádek. Rodiče zatahovali malou Janu i její ještě mladší sestru do vzájemných sporů, druhého před dětmi osočovali. Matka doma nefungovala, neuklízela, často se opíjela „z neštěstí“, otec pak uklízel a vztekal se, často je všechny zbil. Většinou byl doma „neuvěřitelně bordel“, takže tam nesměly chodit žádné návštěvy, ani příbuzní. Matka jezdila daleko do práce, vracela se ještě později, aby nemusela být s otcem. Otec dělal v hospodském lokále pod bytem. Do školky nechodili, protože otec pracoval v domě. Jana si hrála buď sama, nebo s mladší sestrou. Velmi často však byla sama. Otec pil, hrál karty a pak se šel domů vyvztekat. Protože matka nebyla doma a největší byla Jana, nejčastěji si vybil vztek na ní. Bil ji klepáčkem na koberce nebo hadicí na stáčení vína. Strašil ji, že jí utrhá kleštěmi nehty na ruku, když si je bude kousat. Otec dlouho zakazoval styk dětí s prarodiči, aby „je nerozmazlovali“. Také je pokládal za „stupidní vesničany s prackama od hnoje“.

Začátek školy byl úlevou, nemusela být už doma, mohla se stýkat s vrstevníky. Velmi ráda se učila, byla nadšená z „hodných učitelů“. Konflikty mezi rodiči vrcholily, otec honil matku s nožem a vyhrožoval, že ji zabije. Jana v noci nemohla spát, třásla se hrůzou, co může otec matce udělat. Matka jednou utekla z domu a už se nevrátila. Kolem rozvodu začalo pro Janu peklo, otec neustále na matku nasazoval a opíjel se. Podle rozhodnutí soudu

děti zůstaly u otce (matka odešla za jiným mužem, nemohly u ní bydlet, hledala práci). Jana musela doma všechno uklízet, nikam nesměla a k nim také nikdo nesměl, za sebe-menší nedostatek byla fackována nebo zavírána do sklepa. Otec stále zdůrazňoval, že z ní nechce vychovat couru, jako je jejich matka. Na víkendy začali jezdit k jeho rodičům. Asi od devíti let k ní začal chodit opilý dědeček a když si myslel, že spí, hladil ji po pohlaví. Tvářila se, že spí, ale údajně jí to nebylo nijak nepříjemné. Pak se dozvěděla, že se to nesmí, „dědek mi začal být odporný“ a řekla to v 11 letech ve škole učitelce. Proběhlo vyšetřování, otec i děd byli pozváni na policii a s ní konfrontováni. Děda na ni křičel, že si vymýšlí, nikdo se jí nezastal. Bála se pak k prarodičům na víkend, ale musela. Dlouho se s ní nikdo nebavil. Cítila se i před dětmi jako pošpiněná, označovaná. Ale osahávání přestalo.

V pubertě začala být „buřič“, napadala authority, chodila za školu, začala pít, kouřit a fetovat. Spory s otcem se vyhrtily natolik, že i se sestrou utekly z domova. Byly umístěny do krizového centra a pak do diagnostického ústavu. Po soudech byly otci odebrány a dostala je matka. Obě se těšily, ale s matkou „se zhroutila realita“. Matka měla problémy s alkoholem, byla nerozhodná a nesamostatná. Na výchovu nestačila. Nicméně Jana začala studovat střední školu, kterou dokončila. Na střední škole chodila v černém, nosila vlasy na „ježka“, četný piercing, provokovala učitele, byla „drzá“, authority neuznávala, pokud nebyly opravdovými autoritami, a takové bohužel nepotkávala. Ostatní se ve škole bavili jejími výstřelky. Konflikty s autoritami pokračovaly, objevilo se rychlé střídání partnerů, dále se opíjela a užívala drogy. U matky moc nebydlela, přespávala u kamarádů nebo ve starém rozbitém bytě po otci. V posledním roce školy se setkala se skupinou věřících, která ji oslovila. Téměř obratem úplně změnila život, přestala pít, spát s náhodnými muži, fetovat. Nadchla se prací pro společenství a rychle dohnala učení, takže slušně maturovala. Po maturitě práci najít nemohla, pracovala jako dělnice, ale víra jí dávala smysl. Postupně však prohlédla, že vše je „kaširované“, že ti lidi nejsou tak ryzí, jak si myslela. Začala propadat zoufalství a pokusila se o suicidium.

Aktuální problémy a příznaky:

V posledních třech měsících propadá zoufalství, záchvatům pláče, ztratila pocit, že život má smysl, nic ji nebaví a netěší. Cítí silné záchvaty „vnitřní bolesti“, které „nejdou vydržet“. Někdy ji pomůže, když si udělá sama „vnější bolest“, protože to uleví té horší vnitřní bolesti. Má chuť zemřít, ale je věřící, tak to nejde. V nejhorším zoufalství se však o sebevraždu pokusila. Nemá práci, ale ani neví, jaká práce by ji mohla bavit. Nemá prostředky na živobytí. Kromě sestry, která spíše potřebuje její pomoc, vlastně nikoho nemá. Otce nenávidí, matkou pohrdá. Stejně by ji nepomohli. Otec sice nabízí, aby se k němu vrátila, ale ona už ho zná.

Interpersonální vztahy:

Snadno se nadchne novým člověkem, ale pak zjistí, že druhý není takový, jak si myslela, zklamání ji strašně bolí, pak dotyčného nenávidí. Je schopna pak dělat schválnosti a být krutá (slovně). To zažila s učiteli na škole i v době, kdy ji soud přidělil do výchovy od otce k matce. Otce chvílemi nenávidí, pak je jí ho zase líto. Matkou pohrdá. Jediný vztah se sestrou vidí jako dobrý, sestra je mladší a tak jí pomáhá a radí. Jiné vztahy prakticky nemá. Spala sice s mnoha muži, ale nikdy delší vztah neměla. Vždy se s nimi vyspala, když je chtěla získat, nebo když se opila. Zamilovat se nedokáže („protože je zlá“).

Chování při prvním pohovoru:

Neupravená pohledná dívka ve vytahaném svetru a rozdrbaných kalhotách, s umaštěnými vlasy, okované boty, neformální chování s afektovaným projevem, labilní emotivita (střídavě veselá a smutná v průběhu rozhovoru), nedůvěřivá a ostražitá (psychiatři ji „zklamali,

nevěří jim“), neustále zdůrazňující, jak je pro ni ten život těžký, prázdný, nemůže najít smysl, cíl, lepší je z něho dobrovolně odejít, prožívá takové vnitřní bolesti, že je to na zabít, ty ji přepadají z ničeho nic a jsou nesnesitelné. Na předloktí levé ruky jizvičky po četných povrchních řezech.

Tab. 60 Diagnostická kritéria MKN-10 pro emočně nestabilní poruchu osobnosti F60.30 – impulzivní typ a pro F30.31 – hraniční typ

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti:

Impulzivní typ:

B. Musí být splněny nejméně tři z následujících charakteristik a jedním z nich musí být (2)

- (1) zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků;
- (2) zřetelná tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulzivní konání někým přerušeno nebo kritizováno;
- (3) sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování;
- (4) obtíže se setrváním u jakékoliv činnosti, která nenabízí okamžitý zisk;
- (5) nestálá a nevypočitatelná nálada.

Hraniční typ:

B. Musí být splněny nejméně tři příznaky z kritérií B pro impulzivní typ spolu s nejméně dvěma z následujících:

- (1) narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních;
- (2) sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím;
- (3) přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí;
- (4) opakovaná nebezpečí nebo realizace sebepoškození;
- (5) chronické pocity prázdnoty.

Etiologie a patogeneze

Příčina je neznámá. Bývá zvažován podíl organicity (perinatální poranění mozku, encefalitida, poranění hlavy aj.). Z environmentálních vlivů jsou uvažovány faktory sexuálního zneužívání v dětství, týrání dítěte, odmítání nebo hyperprotektivita. Vývojová psychodynamika mnohých pacientů s hraniční poruchou osobnosti nabízí vysvětlení, že nestabilita v konceptu sebe (self) vede v konečném důsledku k iracionálnímu, impulzivnímu způsobu chování. Odpověď na neuroleptika je pokládána někdy za důkaz svědčící pro základní narušení kognitivních procesů. Dobrá reakce na antidepresiva a lithium a nález snížených koncentrací kyseliny 5-hydroxyindolactové (5-HIAA) v moči u impulzivních, agresivních nebo suicidálních pacientů a častý výskyt depresivních epizod u hraničních pacientů vedou k úvaze o dysfunkci serotonergního systému (Siever, 1990). Podle tohoto pohledu by hraniční porucha osobnosti mohla patřit do okruhu afektivních poruch. Diskuze o etiologii budou pokračovat. Pravděpodobně se jedná o interakci mezi několika faktory.

Epidemiologie

Jde o velmi častou poruchu, která v populaci postihuje kolem 2–3 % lidí. Častější je u žen (2 : 1), v rodinách vyšší prevalence poruch nálady, disociálních poruch a závislostí. Hraniční porucha osobnosti se pětikrát častěji objevuje u příbuzných prvního stupně než v běžné populaci. Údaje o výskytu poruchy však mohou být nepřesné. Přestože se jedná o nejčastější poruchu osobnosti, se kterou psychiatři přicházejí do styku (až 25 % hospitalizovaných pacientů), shoda na této diagnóze je jedna z nejmenších. Záleží na teoretickém založení, navázané spolupráci s pacientem, míře empatie terapeuta i celkovém kontextu.

Průběh

Průběh bývá značně kolísavý. Přes původní podezření porucha zpravidla neústí ve schizofrenii. Pro hraniční poruchu osobnosti je typické selhávání v sociálních i pracovních vztazích a menší kvalita života. Tito lidé zřídka uzavírají manželství. Ve vyšším věku dochází ke zlepšení. Časté jsou sebevražedné pokusy, sebepoškození, deprese, somatoformní poruchy, přechodné psychotické poruchy, abúzus psychoaktivních látek.

Diferenciální diagnóza

Narcistická porucha osobnosti: Intenzivní pocity na dně, označování sebe jako „dávla“ či „kripla“ jsou jasně odlišné od idealizace narcistického pacienta. Formace identity je u narcismu stabilnější. Pacient soutěží, chce být zajímavý nebo impozantní, v popředí je touha po obdivu.

Histrionská porucha osobnosti: Histrionský pacient chce vždy nějak vypadat, hraniční někdy také, ale většinou se nechá zpustnout, chodí špinavý, nedbá na okolí nebo je provokuje. U histrionských jsou méně časté suicidální pokusy a sebepoškozování. Interpersonální vztahy jsou stabilnější.

Disociální porucha osobnosti: Manipulace směřují k získání pozicní nebo materiální výhody. U hraniční poruchy osobnosti manipulace směřují k vyvolání zájmu pečovatele.

Porucha s bludy, schizofrenie, porucha nálady s psychotickými příznaky: V období dekompenzace může mít hraniční porucha osobnosti přechodně charakter psychotické poruchy, průběh je však velmi krátký, zpravidla dny (tzv. mikropsychotické epizody).

Porucha nálady: Epizoda změny nálady u poruch nálady bývá delší, nejméně 14 dnů, zatímco u hraniční poruchy osobnosti bývají epizody kratší, maximálně několikadenní. U hraniční poruchy osobnosti se však může objevit ko-

morbidně typická epizoda deprese a příznaky poruchy osobnosti ji mohou být zakryty.

Organická porucha osobnosti: Je prokázána organicita.

Schizotypní porucha: Jsou chudší emoční projevy a bizarnější imaginace, horší kontakt s realitou.

Paranoidní porucha osobnosti: Chybí sebedestrukce, impulzitiva, verbalizované odmítání a je relativní stabilita v představě o sobě.

Vyhýbavá porucha osobnosti: Má stálé vztahy i stabilnější formace identity. Chybí divoké projevy poruch chování a afektivní nestabilita.

Změna osobnosti při tělesném onemocnění: Vesměs jde o onemocnění, která postihují CNS nebo poruchy vzniklé ve spojitosti s chronickým užíváním psychoaktivních látek. Projevy mohou být někdy podobné jako u hraniční poruchy osobnosti, příčina je však zjevně jiná. Častá je však i komorbidita obou poruch.

Přenos a protipřenos

Řada terapeutů pokládá pacienty s hraniční poruchou osobnosti za „prokletí své existence“. Opravdu nemusí být žádnou radostí pracovat s touto skupinou pacientů. Ale i částečné úspěchy mohou pomoci terapeutovi vytrvat (Novalis a kol., 2000). Tito pacienti jsou často zlostní, vehementně se dožadující „svých práv“. Často osobně nebo telefonicky obtěžují terapeuta mezi sezeními. Někdy intervenuje celá rodina pacienta. Postižení mohou alternovat mezi přilnavou vděčností a otevřeným zneužíváním. Hledání posílení („a dokrmení citového hladu“) vede tyto pacienty k překračování jakýchkoliv hranic terapie. Přenosově mohou prožívat nadměrnou závislost na terapeutovi s fantaziemi o splynutí s ním, vzápětí však nenávisť při domnělém odmítnutí. Je potřebné akceptovat „testující chování“ pacienta, ale mluvit o něm, stanovit limity závislosti.

Přenosové jevy mohou být velmi hrubé a intenzivní. Pacienti prožívají v terapii zásadní prožitky z raných období svého života, těžce tolerují jak blízkost, tak odloučení. Přítomna je v počátku terapie masivní idealizace terapeuta, který je oslavován jako zachránce, který pacientovi konečně rozumí. Terapeut může být jak adorován, tak sexuálně sváděn. V průběhu terapie je terapeut devalvován, objevují se bouřlivé emoční reakce pacienta s častými „acting outy“.

Protipřenosové pocity jsou rovněž významné, terapeut je pod silným emočním tlakem pacienta. Hraniční pacienti mají dar vyvolávat intenzivní protipřenos v pozitivním i negativním slova smyslu. Mohou se chovat svůdně a narušovat stabilitu terapeuta, nebo naopak indukovat agresivní **protipřenosové** chování, jako jsou křik, výčitky nebo bagatelizace a časté pozdější značné sebezpytování u terapeuta. V důsledku projektivní identifikace může mít terapeut potíže s odlišením svých vlastních emočních reakcí a materiálu, který je do něj projikován pacientem. Terapeut může svého pacienta adorovat pro jeho „upřím-

nost“ i skrytě obdivovat jeho rebelské postoje, může se nechat okouzlit a připoutat a pak být manipulován, nebo ho pacient od počátku svojí nekonvenčností a častou kritikou bez servítků či naléhavostí nesnesitelně dráždí. Protipřenosově vzniká jak hněv na pacienta, tak mohou vzniknout fantazie o záchraně pacienta. Aby si mohl zachovat přiměřený odstup, potřebuje terapeut kontinuálně sledovat tyto pocity a vlastní očekávání.

Podpůrná psychoterapie

K vyhledání terapie zpravidla nevede nestabilita ve vztazích, ale krátkodobé afektivní dekompenzace nebo rozvoj aktuální komorbidní poruchy. K hospitalizaci dochází velmi často v rámci krizové intervence. Proto bývají úvodní intervence zaměřeny tímto směrem. V rámci dlouhodobého vedení je podpůrná psychoterapie směsí empatie, povzbuzování, podpory, trpělivé klarifikace a edukace a permanentního vymezování hranic. **Vysvětlující techniky** (edukace) se snaží pacientovi zprostředkovat:

- Pochopení oscilací nálad poukázáním na anamnesticky zjištěné výchovné vlivy a zážitky od dětství.
- Objasnění oscilace nálad na základě biologického vysvětlení emocionální nestability jako projevu deficitu serotoninu – důsledkem je snížená rozumová kontrola emočních výbuchů.
- Problémové aktuální vztahy na základě souvislosti s minulými vztahy prozkoumáním základních obav týkajících se blízkosti, strachu z opuštění a z toho, že pacient bude někým ovládán (Melges a Swartz, 1989).

Direktivní techniky se pro regulaci pacientova chování snaží uplatnit v rámci terapie určité hranice. Stanovení hranic začíná uzavřením **terapeutického kontraktu** na počátku léčby. Iniciální kontrakt umožňuje konfrontovat pacienta s jeho obdivnými nebo naopak znehodnocujícími projekcemi na terapeuta. Zdůrazňuje, že pacient musí sám nést část zodpovědnosti za léčbu. Iniciální kontrakt a diskuze o něm mobilizuje někdy v křehkém pacientovi nejprimitivnější obrany v době, kdy je terapeutický vztah ještě velmi slabý a nemůže být probírán a konfrontován tak účinně, jak je tomu možné později (Selzer a kol., 1987). Proto by měl podpůrný terapeut u křehkých pacientů omezit iniciální terapeutický kontrakt na minimum podmínek, pro léčbu naprosto nezbytných, které zajišťují jeho vlastní práva a bezpečnost. Podmínky, které se týkají dalších omezení chování pacienta, je třeba postavit tak, aby je pacient byl vůbec schopen splnit. Ideální nastavení je takové, aby bylo možné pacienta za jejich dodržování odměnit povzbuzením. U některých pacientů např. není možné požadovat hned od počátku pravidelnou docházku nebo úplné ukončení abúzu drog. Pokud by terapeut trval na takových podmínkách, musel by uvažovat o alternativním uspořádání léčby, například o hospitalizaci (Novalis a kol.,

2000). Pokud je však autodestruktivní chování důsledkem terapie (nebo je takto prezentováno), pak je absolutní zákaz nevyhnutelnou podmínkou pro pokračování léčby. Vždy je však lepší společná diskuze založená na spolupráci s pacientem a vzájemné dohodě než jednostranná ultimáta (Rockland, 1992).

Terapeut může podporovat sebeúctu pacienta nabídnutím **biologického rámce poruchy**. Pacientovi s hraniční poruchou osobnosti můžeme například sdělit, že díky nedostatku nervového přenašeče serotoninu v mozku, který má tonizující účinek na naše emoční centra (tygří mozek), je občas těžké je kontrolovat pomocí logického myšlení. Tato kontrola se dá zlepšit tím, že dostane lék, který umožní doplnění zásob serotoninu, nebo tím, že se postupně krok za krokem nacvičí rozumné reakce na ty situace, ve kterých emoce a z nich plynoucí impulzy unikají z kontroly. Pro posílení odpovědného chování je potřebné **oddělit zdroje od následků** (Novalis a kol., 1999), například zdroje poruchy (jako je afektivní nestabilita, nedostatek serotoninu, traumata z dětství) od následků (např. antisociální chování, promiskuita, sebestrukce, sebeznehodnocování, idealizace versus znehodnocování, impulzivita). Terapeut projevuje empatii pro první (zdroje), ale také vedení při vyhýbání se nebo kontrole druhého (důsledky). Podobný přístup navrhl Ermutl (1977) v **technice „indukované dichotomie osobnosti“** jako možnost interpretace pacientova vlastního obranného štěpení (splittingu). Pacientovy konflikty přiřazuje k jeho „nemocné“ a „zdravé“ části. Terapie prochází třemi fázemi: identifikací, odmítnutím a organizací. V první fázi se pacient téměř plně identifikuje s nemocnou částí (např. „Chápu, jste tak nešťastná, že během našeho setkání musíte stále brečet.“). V druhé fázi ho učíme více se identifikovat se zdravou (nebo dospělejší, zralejší, rozumnější) částí a odmítnout nemocnou (dětštější, méně zralou, hysterickou) část (např. „Nyní se mi to líbí. Jak jste to dítě v sobě, které musí stále jen naříkat, aby ostatní věděli, že mu je špatně a pomohli, dokázala rozumnější, dospělejší částí své osobnosti sama uklidnit. To znamená, že už dokážete mu vždy nepodléhat.“). Dichotomizované interpretace mohou být také použity bez vyjádření hodnotícího stanoviska, např.: „Zdá se, že jedna vaše část by přece jen raději zůstala doma a druhá část by chtěla jít ven.“ Z kognitivní perspektivy pomáhá terapeut pacientovi vytvářet kontinuálně stabilní self poukazováním na pacientovo minulé i současné štěpení reálných objektů na „jenom dobré“ anebo „jenom špatné“. Tento splitting obvykle pozorujeme v životě pacienta (např. ochranná matka, která se náhle stane hyperkritickou furií). Lze v tom použít i to, co se děje v terapeutickém vztahu, kdy pacient osciluje v postoji k terapeutovi, kdy ho chvílemi nadhodnocuje, pak ztrácuje a obviňuje (Novalis a kol., 1999). Aby terapeut mohl účinně použít tento druh interpretace, musí sám vůči pacientovi vykazovat konzistentní chování.

Podle Liebowitze a kol. (1986) mají hraniční pacienti tendenci být ohromeni momentální zkušeností a potřebují někoho, kdo by jim připomínal „zapomenuté“ události. To jim pak poskytuje perspektivu a pochopení, že svět kolem je stabilnější, než ho sami, zaplavení emočními bouřemi, vnímají.

Terapie hraniční poruchy osobnosti bývá zpravidla dlouhodobá a vyžaduje dostatek zkušeností. V první řadě je nutné léčit přidružené akutní poruchy, jako je např. depresivní epizoda, úzkostná porucha, závislost na alkoholu či porucha příjmu potravy apod. Léčba akutní poruchy bývá zdlouhavější a obtížnější než u pacientů bez poruchy osobnosti.

Interpersonální vlivy

Mezi základní výchovné vlivy patří:

- Chaotické rodinné vztahy připomínající vztahy známé z „mýdlových oper“ – různé potyčky, i se zákonem, užívání drog, aféry jednoho nebo obou rodičů.
- Traumatické opuštění spojené s extrémním zážitkem (sexuální abúzus)
- Odsouzení k samotě za to, že „jsem špatný“ po pokusu vyhnout se trestu, útekem apod.
- Přednost závislých vztahů před autonomními

Kromě přístupů již zmíněných v podpůrné psychoterapii Benjaminová doporučuje vytvoření jasného léčebného kontraktu a vedení k nezávislosti a vlastní síle. Jakmile si pacient uvědomí že nutkání k sebepoškození je vyvoláváno protiopatřením proti opuštění, zpřístupní se maladaptivní vzorec chování diskuzi, je možné probrat možnosti alternativního chování a pacient není odkázán pouze na maladaptivní jednání.

Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie může poskytnout těmto pacientům korektivní zkušenost a pomoci zmírnit přenosové reakce. Může umožnit vyjádřit hněv a kritiku bez komplementární reakce terapeutů. Pro pasivní pacienty může poskytnout zážitek „rozmrázení“ vzájemnou emocionální zkušeností v životě skupiny (Janosiková & Daviesová, 1999). Protože tito pacienti mívají zpravidla neomezenou potřebu pozornosti druhých, může jim zpětná vazba skupiny pomoci pochopit nepřiměřenost jejich očekávání a pomoci jim modulovat zuřivost z frustrace. Skupinová zkušenost jim také může přinést značnou podporu sebedůvěry. Interpersonální učení se od druhých jim často umožňuje prožít emoce, které sami v sobě dlouho potlačovali. Přes všechny zisky, které skupina pacientům s hraniční poruchou osobnosti může přinést, je jejich léčba ve skupině velmi obtížná. Snadno skupinu rozčlení na své přátele a nepřátele, velmi krutě své nepřátele napadají, jsou schopni ve skupině zmobilizovat silný odpor k terapeutům.

Farmakoterapie

Zatím neexistují specifické léky pro hraniční poruchu osobnosti. Přitom 90 % pacientů léky vzhledem ke specifické komorbidní poruše dostává. Podávání léků u pacienta v krizi může pomoci zlepšit terapeutický vztah. Užívání nebo neužívání medikace souvisí často s kvalitou vztahu a bývá prostředkem komunikace, podobně jako stížnosti na vedlejší účinky. Medikace může oslabit některé specifické problémy, jako je impulzivita, afektivní labilita či přechodné kognitivní nebo percepční poruchy (Cornelius a kol., 1993; Cowdry a Gardner, 1988; Salzman a kol., 1995; Soloff, 1989; Soloff a kol., 1993). Vzhledem k riziku předávkování a TS pokusů nejsou úplně vhodná tricyklická antidepresiva, přestože někdy mohou být účinná.

Tab. 61 Efektivita medikace u hraniční poruchy osobnosti

Medikace	Nálada	Suicidalita/ sebeпоškozování	Impulzivita	Psychóze podobné projevy
IMAO	+	++	+	?
SSRI	++	++	++	+
Tricyklická antidepresiva	+	+	+	+
Antipsychotika	+	++	+	++
Antikonvulziva	+	++	++	+
Benzodiazepiny	+	-	-	?

Pozitivní účinek léků lze však očekávat u jednotlivých příznaků. Problémy s kontrolou impulsů někdy dobře zmírňují thymoprofylaktika, jako je lithium carbonicum, karbamazepin, valproát nebo lamotrigin či gabapeptin. Poruchy nálady ve smyslu depresivních rozlad nebo epizod úzkosti dobře reagují na anti-depresiva, zejména blokátory zpětného vychytávání serotoninu. Mikropsycho-tické epizody a derealizaci lze pozitivně ovlivnit nízkými dávkami vysoce potentních antipsychotik či atypickými antipsychotiky.

Malé dávky antipsychotik: Haloperidol a thiothixen se ve dvou dvojité slepých studiích ukázaly být účinné pro redukci typického „hraničního“ chování, dokonce haloperidol byl účinnější v redukci deprese než amitriptylin, který byl v jedné ze studií užit jako komparátor (Soloff a kol., 1986; Goldberg a kol., 1986). Další studie, která prodloužila léčbu na 16 týdnů, však ukázala na daleko skromnější výsledky (Cornelius a kol., 1993). Všeobecně jsou neuroleptika pokládána za vhodný prostředek ke kontrole krátkých psychotických epizod. Hlavním problémem malých dávek neuroleptik se však ukázaly nepříjemné nežádoucí účinky, které vedly k nedostatečné spolupráci pacientů. Dále je zde relativně vyšší riziko tardivních dyskínéz, zejména u starších žen.

Antidepresiva: Amitriptylin byl porovnáván s jinými léky a s placebem při léčbě hraničních poruch osobnosti (Soloff a kol., 1986; Soloff, 1994). Výsledky jsou však nejednoznačné, protože někteří pacienti reagovali velmi dobře, jiní vůbec a další se naopak zhoršili. Podobně nejednoznačné výsledky ukázala studie porovnávající tranylecypromin s alprazolamem, carbamazepinem a trifluoperazinem (Cowdry a kol., 1988). V této studii však bylo zařazeno jen 45 pacientů. Zdá se, že lépe jsou na tom SSRI. Jedna kontrolovaná dvojité slepá studie ukázala, že fluoxetin byl významně lepší než placebo v kontrole impulzivity a frekvence sebepoškozování u hraničních pacientů (Salzman a kol., 1995). Výhodou SSRI je bezpečnost při předávkování.

Stabilizátory nálady: Carbamazepin byl jedním z léků porovnávaným ve studii Cowdryho & Gardnera (1988) u hraniční poruchy osobnosti. Výsledky jsou však mnohoznačné pro malý počet probandů. Lithium, valproát, carbamazepin a lamotrigin snižují impulzivní reakce v chování.

Anxiolytika by se pokud možno neměly podávat pro riziko závislosti a dezinhibice kontroly impulzů.

Psychodynamické aspekty

Termín **hraniční** původně odpovídal „hranici“ mezi neurózou a psychózou. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti byli původně pojímáni jako atypická forma schizofrenních pacientů. Koncepce této poruchy se však dále vyvíjela a v současnosti je také zdrojem mnoha nepřesností a z určitého pohledu je riziková jako „odpadkový koš“ pro obtížné pacienty, kteří jsou diagnózou hraniční poruchy osobnosti nálepkováni. Detailnější zkoumání a popis hraniční poruchy osobnosti se rozvíjel v souvislosti se vznikem analytické techniky a terapie.

Knight (1953) popisuje u adolescentních pacientů s diagnózou schizoformní psychózy nebo přechodné psychotické epizody závažně poškozené funkce ega manifestované jako převaha primárně procesového myšlení a neschopnost ovládat primitivní emoční impulzy.

Grinker (1968) našel čtyři konzistentní osobnostní rysy: vztek jako převládající nebo jediný afekt, chabě vytvořenou vlastní identitu, převládající poruchu nálady (nejčastěji depresi nebo dysthymní ladění) a malou kapacitu tvořit blízké vztahy. Grinker rovněž popisuje čtyři podtypy hraniční poruchy osobnosti:

Typ I. Hraničně psychotický obraz

- A. Nepřiměřené, neadaptivní chování
- B. Problémy v testování reality a narušené vnímání vlastní identity
- C. Negativistické chování a otevřeně projevovaný vztek

Typ II. Jádrový hraniční syndrom

- A. Převažující negativní afekty

- B. Rychle a výrazně měnlivý vztah k blízkým lidem
- C. Agování vzteku
- D. Nespojité prožitky vlastní identity

Typ III. „As if“ identita

- A. Sklon kopírovat druhé
- B. Chudá afektivita
- C. Vcelku adaptivní chování
- D. Vztahy bez opravdovosti a spontánnosti

Typ IV. Hraniční neuróza

- A. Anaklitická deprese
- B. Úzkost
- C. Neurotické a narcistické osobnostní rysy

Gunderson a Zanarini (1990) uvádějí popisné rysy charakterizující hraniční pacienty:

- kvazipsychotické myšlení;
- sebepoškozování;
- manipulativní suicidální pokusy;
- masivní úzkosti provokované strachem jak z fúze a následné ztráty identity, tak z opuštění ve vztazích;
- vysoké požadavky na druhé;
- sklon k výrazné regresi v terapii;
- problémy s protipřenosem u terapeuta.

Kernberg (1967, 1975) na rozdíl od dřívějších autorů, kteří uvádějí popisné znaky hraničních pacientů, vykládá tuto poruchu z psychodynamického hlediska (viz tabulka 62).

Tab. 62 Kernbergova kritéria pro hraniční osobnostní organizaci

-
1. *Nespecifické projevy slabosti ega*
 - A. Nízká tolerance úzkosti
 - B. Nízká schopnost ovládat impulzy
 - C. Nízký sublimační potenciál
 2. *Převaha primárně procesového myšlení*
 3. *Specifické obranné procesy*
 - A. Štěpení
 - B. Primitivní idealizace
 - C. Primitivní formy projekce, zejména projektivní identifikace
 - D. Popření
 - E. Omnipotence a devalvace
 4. *Patologické internalizované objektní vztahy*
-

1. **Nespecifické projevy slabosti ega.** Jedním z aspektů funkcí ega je schopnost odkládat vybíjení impulzů a tlumit afekty, jako je například vztek nebo úzkost. Hraniční pacienti nejsou podle Kernberga schopni tyto funkce ega využívat z důvodu jeho nespecifické slabosti, důsledkem je nebržděná impulzivita a výrazné výkyvy nálady. Dalším dopadem je malá schopnost sublimovat afekty a podržovat je cílevědomé činnosti.
2. **Převaha primárního procesového myšlení.** Pacienti s hraniční poruchou osobnosti mají sklon k regresi do semipsychotického způsobu myšlení v nepřítomnosti vnější struktury nebo pod tlakem silných afektů. Tyto jevy jsou však přítomny v kontextu povšechně neporušeného testování reality.
3. **Specifické obranné mechanismy.** Jako nejdůležitější primitivní obranný mechanismus popisuje Kernberg **štěpení** (splitting). Vidí jej jako aktivní proces oddělující od sebe protichůdné psychické obsahy a afekty. Využití štěpení pacientem s hraniční poruchou osobnosti se může klinicky manifestovat různými způsoby: a) střídání zcela protikladných způsobů chování a postojů, aniž by to pacientovi připadalo divné; b) rozčlenění všech pacientovi blízkých osob na „špatné“ a „dobré“, kdy daný jedinec může přiřazenou kvalitu kdykoli skokově měnit; c) současná přítomnost protichůdných představ o sobě, jejichž dominance se den ze dne a z hodiny na hodinu mění (difuze identity). Ostatní primitivní obranné mechanismy, jako jsou primitivní idealizace a devalvace, omnipotence a projektní identifikace, rovněž odpovídají procesům štěpení (černobílé vidění).
4. **Patologické internalizované objektní vztahy.** Pacienti s hraniční poruchou osobnosti v důsledku štěpení nevidí druhé osoby jako mozaiku pozitivních a negativních kvalit. Namísto toho jsou druzí lidé rozdělováni do polárních extrémů a jsou pacientem vnímáni jako zcela dobří nebo zcela špatní. Postižení nejsou schopni integrovat libidinózní a agresivní aspekty druhých lidí, což jim znemožňuje plně prožívat svoje vlastní zkušenosti s nimi. Jejich vnímání druhých může oscilovat mezi rychle se měnící idealizací a devalvací, což je pro osoby, které jsou s nimi ve vztahu, velmi zatěžující. Podobně vede jejich neschopnost integrovat pozitivní a negativní představy o sobě samém k hlubokému zmatku ohledně své identity.

Výše uvedená Kernbergova koncepce hraniční osobnostní organizace je odlišná od současně popisovaných fenomenologických charakteristik jednotlivých poruch osobnosti. Z jeho pohledu má řada osobnostních poruch (narcistická, disociální, schizoidní, paranoidní a další) za základ hraniční osobnostní organizaci.

Vznik a vývoj hraniční poruchy osobnosti se dává do souvislosti s narušením **separačně-individuačního procesu** podle Mahlerové, jmenovitě subfáze **znovupřiblížení**. V tomto období děti ve věku od 16 do 30 měsíců věku zkoumají okolní svět odděleně od matky, od které se však vzdalují velmi obezřetně a často se k ní vrací pro uklidnění a obnovení pocitu bezpečí. Matky, které interpretují tyto návraty dítěte jako doklad toho, že dítě se nechce separovat

a odmítá autonomii, aktivně těmto návratům brání. V opačném extrému matky, které mají patologicky silnou potřebu být milovány a být potřebné, mohou v dítěti vzbuzovat strach z autonomie a separaci bránit. Dítě může být v konečném důsledku za pokusy dosáhnout autonomie trestáno. Z tohoto pohledu se pacienti s hraniční poruchou osobnosti jeví jako neustále prožívající boj za svoji autonomii. Jako děti nedosáhli pocitu **stálosti objektu** – jsou tedy přesvědčeni, že blízká osoba, která zmizí z dohledu, také přestane existovat. Z tohoto důvodu tedy mají hrůzu z postupující separace, o které jsou přesvědčeni, že hrozí zmišením pečující osoby, na které jsou závislí, opuštěním od ní a konečnou vlastní dezintegrací. Z tohoto důvodu je jedním z charakteristických rysů hraničních pacientů neschopnost být sami a hrůza z opuštění blízkou osobou.

Často se na vzniku celkového obrazu podílejí další poruchy rodičovské péče:

- nepřítomnost rodiče (rodičů), jejich závislost na návykových látkách, přítomnost fází duševních poruch u rodičů;
- nedostatečná zralost rodičů nebo jejich osobnostní poruchy;
- rozvody, častá stěhování a rušení vzniklých vztahů, chaotický životní styl rodičů.

Kernberg (1975) popisuje vznik hraniční poruchy osobnosti jako důsledek zárazu ve vývoji ega a objektních vztahů dříve než Mahlerová, a to již v **diferenční** subfázi separačně-individuačního procesu ve věku 6–8 měsíců věku dítěte. U těchto osob sice došlo k vytvoření hranic ega, avšak jednotlivé „dobré“ a „špatné“ obrazy sebe a druhých jsou vlivem konstitučně podmíněné primitivní agrese rozštěpeny a nedochází k jejich integraci. Pokusy o jejich spojení vedou k neúnosným pocitům úzkosti a k zapojení primitivních obranných mechanismů.

Narušený vztah mezi dítětem a rodičem vede k značným potížím ve zvládnutí hněvu. Vztek bývá dominující emocí v prožívání hraničních pacientů, kteří jej vnímají jako destruktivní a ohrožující, proto se mu brání pomocí primitivních obranných mechanismů, nejčastěji štěpením nebo disociací. Závažná traumatizace v dětství se dává do souvislosti se vznikem hraniční poruchy osobnosti, často je přítomno emoční, tělesné nebo sexuální zneužívání dítěte. Tyto zážitky jsou pro dítě natolik neúnosné, že musí použít k jejich zvládnutí uvedené obranné mechanismy, které však mají zásadní vliv na budovanou integritu psychiky. **Štěpení** umožňuje oddělení pozitivních a negativních zkušeností, určitá osoba je vnímána buď jako „zcela dobrá“, nebo „zcela špatná“, přičemž tyto kvality mohou rychle alternovat. Pacienti většinou zastávají rigidní, zásadní postoje a nepřipouštějí jiné možnosti pohledu. Zásadní poruchy v psychickém vývoji znemožnily integrovat dobré a špatné obrazy druhých lidí i jich samých a prožívat vůči nim ambivalenci. Pohled je černobílý s neschopností prožívat odstíny šedé a připustit si, že dobré i špatné vlastnosti se nacházejí v každém člověku. Pomocí **idealizace** jsou pro pacienta blízcí lidé vnímáni buď jako ne-realisticky idealizovaní zachránci, nebo pomocí **devalvace** jako personifikované zlo. Rychlá záměna těchto postojů je pravidlem. **Popření** představuje zrušení vnější reality, je využíváno obzvláště při popírání negativní části roz-

štěpeného objektu. **Distorze reality** hrubě narušuje vnímání vnějšího světa a souvisí s častými **mikropsychotickými epizodami**. Pacient podléhá nerealistickým přesvědčením a fantaziím sloužícím jako obrana před neúnosnými prožitky. **Disociace** umožňuje dočasné odpojení od situace, která je příliš bolestná, než aby se s ní pacient mohl vyrovnat. Představuje hrubé narušení integračních mechanismů v psychice a může vést k závažným změnám chování pacienta v tomto alterovaném stavu. Pomocí **projektivní identifikace** pacient indukuje v druhých osobách chování odpovídající oštěpené (většinou negativní) části jeho psychiky. Funguje jako sebenaplňující se proroctví.

Acting out představuje vyjádření nevědomých impulzů prostřednictvím činů s cílem vyhnout se prožitku nepříjemného afektu. Tyto činy představují spíše naplnění nevědomých impulzů než obranu proti nim. Řada sebepoškození a pokusů o sebevraždu hraničních pacientů je motivována úzkostí z opuštění blízkou osobou a přidruženým vztekem. U pacientů s hraniční poruchou osobnosti je přítomna **difuze identity** a chabě vytvořené hranice ega. Tito pacienti nejsou schopni přesně říci, kdo jsou, jaké mají vlastnosti, přání a prožitky, což je činí citlivými vůči vlivu okolí. „**As if**“ (falešná) osobnost odpovídá extrémnímu vyjádření této vlastnosti. Tito pacienti žijí svůj život „jako by“ byli někým jiným, přičemž neprožívají svoje autentické prožitky. Tyto rysy se často manifestují ve sféře nevyhraněné sexuality vedoucí často k bisexuální promiskuitě, fetišismu a sadomasochismu.

Psychodynamická terapie

V terapii pacientů s hraniční poruchou osobnosti se uvádějí některá doporučení (Gabbard, 2001):

1. **Flexibilita terapie.** Lépe organizovaní hraniční pacienti se stabilnějším egem a lepší schopností porozumět psychologickým souvislostem mají prospěch z expresivně vedené psychoterapie. Více narušení pacienti, kteří jsou blíže psychotické hladině, potřebují více podpory a neinterpretativní aktivity terapeuta.
2. **Realizovatelnost terapie.** Většina hraničních pacientů vede chaotický životní styl, je tedy nutné zabezpečit strukturu terapie kontraktem o léčbě, ustanovit limity, které však mají být pro pacienta vzhledem k jeho omezeným schopnostem dostupné.
3. Terapeut má **unést přeměnu na špatný objekt**. Jedním z nejtěžších úkolů v terapii pacientů s hraniční poruchou osobnosti je konfrontovat se s intenzivními projevy hněvu, agrese a nenávisti ze strany pacienta a tolerovat je.
4. **Podpora vnitřní reflexe.** Cílem je umožnit pacientovi podpořit a ozdravit sebereflexi, aby byl schopen začít vnímat a přemýšlet o svých reálných prožitcích a vnitřním světě. Zkoumání a propracovávání emočních stavů a motivací k chování pomáhá integrovat psychické procesy a zlepšovat celkovou adaptaci.

5. Zabezpečit **oddělení psychoterapie a farmakologické péče**. Gabbard (na rozdíl od našich zkušeností) doporučuje oddělení psychoterapeutické a farmakologické péče mezi dva odborníky. Stejně psychoterapeutické mechanismy, jako je přenos, protipřenos a odpor, se vztahují i na vztahy k medikaci, idealizace a devalvace léků jsou pravidlem. Lékař, který pacientovi předepisuje léky, mu má pomoci pochopit, že cíle farmakoterapie jsou skromné – modifikovat afekty, impulzivitu, kognitivní a depresivní příznaky do té míry, aby mohl psychoterapeutický proces lépe probíhat.

Léčba pacientů s hraniční poruchou osobnosti je většinou dlouhodobá a náročná. Neexistuje jednoznačný postup v léčbě těchto složitých pacientů, terapie u každého z nich je velmi individuální, terapeut by měl být schopen na jednu stranu pacientovi vyhovět v jeho požadavcích a osobitosti, na druhou stranu musí stanovit limity terapie, ve kterých může dojít k obnovení zabržděného procesu psychického zrání těchto pacientů.

Gabbard (2001) rovněž uvádí indikace pro použití expresivního nebo podpůrného přístupu v psychoterapii hraničních poruch osobnosti (tabulka 63).

Tab. 63 Indikace pro použití expresivního a podpůrného přístupu v psychoterapii hraničních poruch osobnosti (Gabbard, 2001)

Expresivní přístup	Podpůrný přístup
Silná motivace porozumět sobě	Významné déletrvající defekty ega
Silný subjektivní pocit utrpení	Přítomnost významné životní krize
Schopnost regredovat ve službách ega	Malá schopnost tolerovat úzkost
Vyšší tolerance k frustraci	Nízká tolerance vůči frustraci
Dobrá schopnost psychologického vhledu	Neschopnost psychologického vhledu
Nedotčené testování reality	Narušené testování reality
Kvalitní objektní vztahy	Vážně narušené objektní vztahy
Dobrá schopnost ovládat impulzy	Nízká schopnost ovládat impulzy
Schopnost setrvat v zaměstnání	Nižší intelekt
Schopnost pracovat s metaforami a analogiemi	Malá kapacita k sebezpozorování
Porozumění a kvalitní reakce na zkusmé interpretace	Kognitivní dysfunkce organického původu
	Malá schopnost tvořit terapeutické spojení

Individuální psychoterapie se u hraničních poruch osobnosti zaměřuje na zvýšení schopnosti ega odolávat regresi, tolerovat frustraci, odkládat uspokojení, ovládat impulzy a snášet bolestné afektivní stavy. Hlavním terapeutickým nástrojem pro Kernberga (1993) je interpretace. Její součástí jsou vyžádaná **vysvětlení**:

„Nerozumím úplně tomu, co vás přimělo upustit od milostné hry s vaším přítelem, když se usmíval. Co tím míníte, že jste byla přibržděná? Jak jste se cítila?“ nebo „Opakovaně jste mi říkala, že by každá žena reagovala tak, jak jste to udělala vy a že vy ve všech těchto reakcích hnusu vůči mužům nevidíte nic významného. Trváte na tomto bodě?“

konfrontace:

„Odmítla jste všechna má pozorování v této hodině, aniž jste o tom okamžik přemýšlela, a současně jste tvrdila, že ode mne nic nedostáváte. Co si o tom myslíte?“ nebo „Vaše potřeba poohlédnout se po novém příteli se objevuje, jak se zdá, obvykle tehdy, když vás váš současný přítel překvapí nečekaně něžnými vlastnostmi.“

a výklad:

„Zatímco se vám omrzela váš přítel, právě když on se s vámi zdál být tak šťastný, ponížila jste ho, abyste mohla být chráněna před svou závistí z jeho schopnosti milovat.“

Interpretace umožňuje uvědomování si rozporů a konfliktů, které za nimi leží. Může se týkat souvislosti zde a nyní, souvislosti s vnější realitou, minulostí, obranných mechanismů i genetické rekonstrukce. Podle Kernberga (1993) je v průběhu terapie nutné dbát na zachovávání hranic a sekundární zisk „agování“ je nutné dostat pod kontrolu. To je předpoklad pro zachování terapeutické („technické“) neutrality. Důsledné dbání na hranice zamezuje vzniku „primitivní“ idealizace terapeuta. Kernberg preferuje práci na problémech „zde a nyní“ a varuje před lákadlem biografických obsahů. K integraci dochází pomocí stálého vyjasňování, výkladu a konfrontace chování. K dohodě o terapii, vyjasnění terapeutických cílů a stanovení hranic doporučuje Kernberg vypracovat léčebnou smlouvu týkající se:

1. **Motivace:** Léčebné cíle by měly být s pacientem zevrubně prodiskutovány a explicitně definovány. Měly by být realistické a dosažitelné. Pacientovi by mělo být jasné, že se sám musí změnit.
2. **Otevřenosti a čestnosti:** Pacient je odpovědný za upřímnost a otevřenost v komunikaci.
3. **Vyloučení faktorů, které ohrožují léčbu:** Projevy agování mimo terapii, které ohrožují život nebo zdraví pacienta nebo jiných, jsou smluvně vyloučeny.
4. **Odpovědnosti pacienta:** Za léčbu nese odpovědnost pacient.

Pacient s hraniční poruchou osobnosti se velmi pravděpodobně pokusí toto ohraňování prolomit a smlouvu porušit nebo zrelativizovat. Terapeut se k ní však vždy může vrátit a zdůraznit, že jedině pak má terapie šanci dospět k nějakému cíli.

Kognitivně-behaviorální terapie

Podle Linehanové (1993) je jádrem hraniční poruchy osobnosti porucha regulace emocí, která je do určité míry vrozená, ale která je rozhodujícím způsobem upevněna, pokud je takto postižené dítě vystaveno působení **systematicky diskvalifikujícího** rodinného prostředí. Podle Linehanové je tedy porucha afektivní regulace konstitučně založena, ale teprve v odpovídající reakci prostředí se rozvine. V rodinném prostředí je zanedbáváno přiměřené vnímání a emocionální prožívání dítěte, jeho emoční potřeby jsou devalvovány, emoční projevy nepřiměřeně

trestány nebo odmítány. Netolerance vůči afektivním projevům dítěte a vlastní nekontrolované afektivní chování rodinných příslušníků, podobně jako chování, které těžké afekty provokuje, jako je fyzické nebo sexuální zneužívání, tento proces dále posiluje. Právě pro tyto rodiny jsou typické ambivalentní vzorce vztahů. Blízké osoby jsou zároveň násilníky a ochránci. Potlačování vlastních emocí je při takových vztazích nutné pro „přežití“ dítěte.

Tab. 64 Typické vzorce chování u hraniční poruchy osobnosti (Linehanová, 1989)

Aktivní pasivita	Pasivní bezmocný přístup k problémům spojený s aktivním požadavkem na pomoc u blízkých
„Pseudo“-kompetence	Na první dojem vyvolaný pocit „kompetence“ často mýlí okolí, navíc kompetence k řešení problémů v čase enormně kolísá.
Permanentní krize	Neschopnost zvládat lehké krizové situace a neschopnost vrátit se na neutrální úroveň emočního fungování po odeznění krize
Potlačovaný smutek	Část negativních emocí, jako je truchlení nebo smutek, je potlačovaná, což neumožňuje integraci ztrát pomocí propracování smutku. Potlačovaný smutek pak vytváří frustrující pozadí při překonávání nových krizových zkušeností.

Tímto chováním blízkých se dítě nenaučí přiměřené afektivní regulaci a adaptivnímu chování v kritických situacích. Zpevněné maladaptivní způsoby chování a emočních reakcí se později stanou problémem v době, kdy přirozeně vyvstane požadavky na sociální kompetenci. Deficit se tedy výrazně projeví v době časně dospělosti a dospělosti, kdy potřeby socializace vyžadují dobrou afektivní kontrolu. Afektivní dysregulace se projeví sníženou frustrační tolerancí – hypersenzitivitou, vysokou intenzitou afektů a jejich protrahovaným odezníváním. Na základě prudkých protrahovaných afektů dochází ke zkratovému jed-

Tab. 65 Raná maladaptivní schémata u hraniční poruchy osobnosti

Raná maladaptivní schémata	Možné projevy v kognicích
Opuštění/ztráta	Vždy budu sám. Nikdy tady nebude nikdo pro mě.
Nemilovanost	Nikdo mě nebude mít rád, když pozná, jaký skutečně jsem.
Závislost	Sám to nezvládnu. Potřebuji někoho, kdo mě podpoří.
Podrobení se / ztráta individuality	Musím podrobit svá přání potřebám druhých, protože jinak mě opustí nebo zraní.
Nedůvěra	Lidé mi ublíží, napadnou mě, budou ze mě těžit. Musím se chránit.
Nepřiměřená sebedisciplína	Nedokážu se kontrolovat ani být disciplinovaný.
Strach ze ztráty emoční kontroly	Musím kontrolovat svoje emoce, jinak by se mohlo stát něco hrozného.
Vina/trest	Jsem zlý člověk. Zasloužím si potrestání.
Emoční deprivace	Nikdo nemůže naplnit moje potřeby. Není nikdo, kdo by byl natolik silný, aby se o mě postaral.

nání, které vybíjí afektivní tenzi. Dysfunkční chování sice slouží afektivní regulaci, ale z dlouhodobého hlediska přes devalvací sebe nebo druhých přispívá k udržování negativních afektů i samotného impulzivního chování.

Young (1987) vytvořil kognitivní přístup v léčbě poruch osobnosti, který nazval „kognitivní terapie zaměřená na schémata“. U hraniční poruchy osobnosti předpokládá, že během frustrace v dětství se vytvoří „raná maladaptivní schémata“ – extrémně stabilní vzorce myšlení, které jsou zdrojem maladaptivního myšlení a chování. Ty jsou pak potvrzována během života selektivním vnímáním skutečnosti a reakcí druhých na maladaptivní vzorce chování. Velký počet maladaptivních schémat u hraničního jedince může pak souviset s množstvím příznaků, které se u postiženého objeví v době krize.

Podle teorie Beckové mají nejpodstatnější vliv na vnímání, interpretaci událostí a následně chování tři klíčové základní předpoklady hraničního jedince (Beck, Freeman a kol.).

Kognitivně-behaviorální terapie se soustředí na nácvik dovedností zvládat svoje emoční stavy a impulzivní chování a systematicky řešit problémy. Mezi základní cíle u těchto pacientů patří:

- upravit kognitivní distorzi (zejména dichotomní myšlení);
- snížit afektivní labilitu a emoční dysregulaci;
- zvýšit stabilitu a uspořádanost pacientova života;
- zvýšit schopnost pacienta tolerovat ztráty a změny v životě;
- naučit pacienta systematicky řešit problémy.

Pouze několik kontrolovaných studií zkoumalo efektivitu kognitivně-behaviorální terapie u pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Tyto studie ukazují na vysokou účinnost (Linehan a kol., 1991, 1993). Léčba však musí být modifikována, protože standardní kognitivní nebo kognitivně-behaviorální přístupy používané u aktuálních poruch mají pouze omezený efekt (Beck a kol., 1990).

Zaangažování (zapojení) do terapie

Pacient mívá problém vnímat terapeuta jako někoho, kdo mu chce pomoci a s nímž má spolupracovat. Očekává, že terapeut vyřeší jeho problémy za něj, na zklamání reaguje impulzivně hněvem nebo agresí, případně autoagresí. Je od počátku důležitá konfrontace postojů k terapii a určení hranic v terapii. Pro ustanovení terapeutického kontraktu je však potřebné „přijímající prostředí“.

Analýza vzorců

Pro hraniční poruchu osobnosti jsou typické vzorce extrémního **maladaptivního chování**, kam patří prudké konflikty s okolím, závislost na druhých, zkratové jednání, sebepoškozování, opíjení se, suicidální aktivita na jedné straně, na druhé straně krátké propadání do nekritického nadšení až extatických stavů při prožívání přijetí druhými. **Pohled na sebe** je typický nejasnou vlastní identitou („Ne-

vím, kdo jsem, jaké je mé postavení, cíle, hodnota“), pohled **na svět** nejistotou, pokud jde o vztah druhých k postiženému – ambivalencí, nestabilitou. Pro **afektivní styl** je příznačné kolísání mezi extrémními náladami a afekty, dále impulzivita. V **kognitivním stylu** dominuje černobílé myšlení a projektivní identifikace.

Kognitivní schémata: Pacienti trpící hraniční poruchou osobnosti si v důsledku odmítavého a znehodnocujícího prostředí během dětství vytvořili relativně pevný, globální negativní pohled na sebe sama, druhé lidi a svět. V chování je přítomna často usilovná karikovaná snaha vyhnout se skutečnému nebo představovanému opuštění ze strany druhých. Tento pohled je ovlivněn jak genetickými faktory, tak časnými životními zkušenostmi (Beck, 1998). Mezi nejčastější u hraniční poruchy osobnosti patří schémata týkající se (Young, 1994):

- nemilovanosti/defektnosti („Nejsem hoden lásky. Jsem kripl, o kterého nikdo nemůže stát!“);
- opuštění/ztráty („Jsem na světě úplně sama! Všichni mě opustí! Nikdy si nikoho nenajdu!“);

Tab. 66 Důležité komponenty KBT modelu hraniční poruchy osobnosti

Jádrové přesvědčení o sobě	Jsem vadný. Jsem bezmocný. Jsem zranitelný. Jsem špatný.
Jádrové přesvědčení o druhých lidech	Druzí mě zradí nebo opustí. Lidem se nedá věřit.
Odvozené předpoklady	Kdyby to záviselo jen na mně, nepřežil bych. Když budu věřit druhým, opustí mě. Když budu závislý na druhých, přežiji, ale nakonec budu opuštěn. Budu vždycky sama, nikdo o mě nebude stát. Svět je nebezpečný, krutý a já jsem zranitelný a slabý, pro druhé nepřijatelný. Lidé mě zradí, ublíží mi, nemůžu jim důvěřovat. Sama sebe kontrolovat nedokážu, neumím se ukáznit. Musím své emoce kontrolovat, jinak se něco hrozného stane. Ale nedovedu to. Jsem zlá, musím být potrestaná.
Nedostatečně rozvinuté strategie	Reciprocita, tolerance, diferenciacie situací, emocí a vztahů
Nadměrně rozvinuté strategie	Splitting Testování okolí Vyžadování pozornosti Extrémy v chování Prudké impulzivní výlevy
Zaměření pozornosti	Selektivní zaměření na známky nezájmu, odmítání, kritiky, nesouhlasu, nekongruentní sdělení, nejednoznačnost Míra blízkosti s druhými
Nejčastější způsoby zpracování informací	Dichotomní myšlení, amplifikace, dramatizace, kognitivní procesy jsou překryty intenzivní emoční reaktivitou
Typické chování	Extrémy v chování

■ závislosti/nekompetence („Bez druhých bych nepřežil! Nejsem schopen se o sebe postarat!“).

Změna vzorců

Velká řada problémů, které hraniční pacient má, stěžuje rozhodování, která intervence bude potřebná jako první, zvláště když pacient mívá zmatek v tom, co jsou jeho cíle a priority. Uvažování o prioritách v terapii je společný proces pacienta i terapeuta; důležité je však pacienta směřovat iniciálně k něčemu, kde je možný relativně rychlý pokrok, který pomůže vytvořit základ pro další práci. Proto je vhodnější začít behaviorálními strategiemi, a až později pracovat na kognitivní restrukturalizaci. Pro pacienta je celkově méně ohrožující, když pracuje s chováním, než s myšlenkami a pocity.

Hlavním cílem terapie je zlepšit pacientovu emoční stabilitu a předpověditelnost reakcí. Terapeutické metody jsou zaměřeny jak na změnu temperamentu (stylu), tak na modifikaci charakteru (změnu schémat):

1. **Změna stylu:** nácvik emočního sebeuvědomování a regulace afektů, nácvik sebemanagementu, nácvik zvládnání impulzivitu, nácvik interpersonálních dovedností, nácvik sebeovládání a sebeobsluhy, nácvik kognitivního sebeuvědomování, nácvik zvládnání nepohody (viz příslušné kapitoly).

Tab. 67 Příklad domácího cvičení na kognitivní rekonstrukci u hraniční poruchy osobnosti

Situace:	Manžel odmítl jít se mnou do postele a ani neotočil hlavu od počítače.
Myšlenky:	Vůbec o mě nestojí. Kašle na mě. Je to hajzl. Co si o sobě vůbec myslí?!
	Nenávidím ho. Musím ho praštit.
Emoce:	Vztek Nenávist Agrese
Chování:	Skočila jsem na něj a začala ho bít a kopat do něj.
Rekonstrukce:	Je mi líto, že se mnou nechce teď hned do postele, ale chce dodělat práci. Neznámá to, že o mě nestojí. Většinou se se mnou miluje rád. Není to hajzl, stará se a je zodpovědný. Jen nechce skákat, jak já si písknu. Má mě rád. Já ho také mám ráda, jen zatím nezvládnu svoje emoce, když se cítím opuštěná. Nechci se s ním prát, naopak ráda jsem v jeho objetí.
Akce:	Nyní: Omluvit se, říci, že vlastně chci něhu. Příště: Odložit útok. Odejít do vedlejšího pokoje a podívat se na bludný kruh agresivních atak, který jsem si zpracovávala. Zeptat se ho pak v klidu, až dokončí práci, zda by se se mnou nepomazlil, že to potřebuji.

2. Změna schémat: analýza a zpochybňování automatických myšlenek, analýza a zpochybňování maladaptivních schémat, testování schémat pomocí behaviorálních experimentů (viz příslušné kapitoly).

Typickou v prostřední fázi léčby může být práce na jednotlivých frustrujících událostech, které se pacient snaží zachytit, zmapovat vlastní kognitivní, afektivní a behaviorální reakci. Postupně se pacient v sezeních učí kognitivní rekonstrukci. V sokratickém dialogu v sezení a pak doma sám v záznamu dysfunkčních myšlenek pracuje na testování automatických myšlenek, aby našel racionální odpověď.

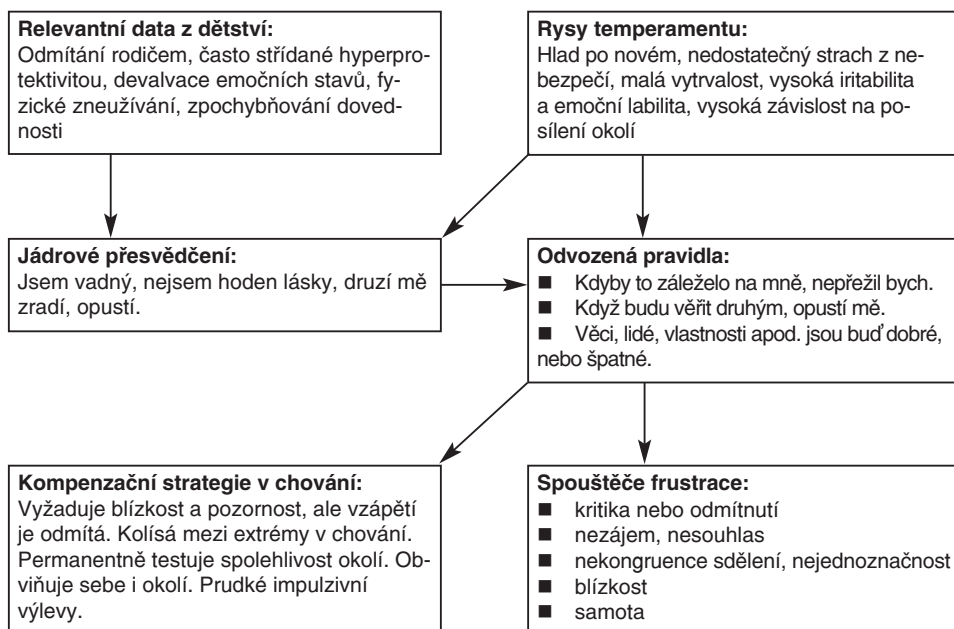
Dichotomní myšlení bývá samozřejmou součástí kognitivních procesů pacienta a je jedním z nejdůležitějších cílů intervence. Aby byla práce s tímto procesem možná, potřebuje pacient pochopit, že je v něm chycen jako v pasti a že je v jeho zájmu to změnit. Podívejme se na ukázkou práce s dichotomním myšlením (Beck, Freeman a kol., 1990).

Terapeut: Podle toho, co říkáte, to vypadá, jako by důvěra byla otázkou „všechno, nebo nic“. Buď někomu jde plně důvěřovat ve všem, nebo vůbec v ničem.

Pacient: Ano, je to tak.

Terapeut: Dobře. Protože to, co vás zraňuje, je situace, když někomu věříte a on vás zradí, bude důležité se na to podívat blíže. Jak se na to díváte? Jaké jsou charakteristiky někoho, komu jde plně důvěřovat? Jedním ze způsobů, jak to

Tab. 68 Příklad KBT modelu u hraniční poruchy osobnosti



nejpochoptitelněji popsat, je toto. Zkuste si představit, že sem přiletěl Marťan, který neví vůbec nic o lidech, a vy mu chcete vysvětlit, podle čeho najde někoho, komu může důvěřovat.

Pacient: Dává pozor na to, co říká.

Terapeut: Pořád?

Pacient: Ano.

Terapeut: Podle jakých dalších rysů se dá ještě poznat?

Pacient: Hmm. Nikdy nelže, nezavdává důvod k pochybnostem o tom, co říká, neoklame vás a neublíží vám.

Terapeut: Je to všechno, nebo potřebuje ještě něco dalšího, aby byl důvěryhodný?

Pacient: Myslím, že je to všechno.

Terapeut: Jaké označení byste dal lidem, kteří nejsou důvěryhodní?

Pacient: Myslím, že „zrádcové“.

Terapeut: A co je charakteristické pro opravdového zrádce?

Pacient: Nedává pozor, co říká.

Terapeut: A jak je to se lhaním?

Pacient: Lžou a podvádějí celý čas, a když mají příležitost, tak z vás těží.

Terapeut: Řekl jste, že důvěryhodný člověk nazavdá důvody k pochybnostem o tom, co říká. Jak to vypadá u zrádců?

Pacient: Pokud se vám snaží ublížit, přicházejí s množstvím omluv, proč se to tak stalo.

Terapeut: Teď to úplně definuje zrádce?

Pacient: Myslím, že... moment, ještě něco. Vzbudí ve vás nádeje a pak vás zradí. To mě hrozně štve.

Terapeut: Dobře, pojďme se tedy podívat na to, jak funguje tento způsob pohledu na důvěryhodnost. Začneme s vaší nevlastní sestrou, protože tu znám. Je důvěryhodná, nebo je zrádce?

Pacient: Jo, jí můžu věřit.

Terapeut: Ale pojďme se podívat na ta kritéria. První bylo, že důvěryhodný člověk udělá to, co řekne. Pokud si dobře pamatuji, minulý týden jste byl celý bez sebe, když nezavolala, přestože to slíbila.

Pacient: Ano, ale později to vysvětlila.

Terapeut: Ale teď už nesplňuje vaše požadavky na důvěryhodnost. Je proto zrádce? Lže a podvádí celý čas?

Pacient: Ne, opravdu je vcelku spolehlivá.

Terapeut: Takže ona není podle vašich norem ani úplně důvěryhodná, ani úplný zrádce. Co s tím uděláme?

Pacient: Že to není ani černé, ani bílé?

Terapeut: Dobře, pojďme to probrat znovu. Přestavte si stupnici od nuly do deseti, kde deset je úplně důvěryhodný a nula úplný zrádce. Kam byste na této stupnici zařadil svoji sestru?

Pacient: Asi tak na osm. Je hodně zaměstnaná a někdy zapomíná věci.

Terapeut: A kam byste zařadil svoji matku?

V průběhu kognitivní práce se pak dostává k zmapování svých dysfunkčních schémat – jádrových i odvozených přesvědčení. S terapeutem dávají do souvislosti jednak výchovné vlivy, které vedly k vytvoření těchto postojů, jednak si pacient ujasňuje, v čem mu tato nastavení pomáhají v životě a v čem mu škodí

Tab. 69 Příklad kognitivní rekonstrukce a restrukturalizace

Situace:	Zklamání náboženskou skupinou.
Myšlenky:	Nic nemá smysl. Na ničem nezáleží.
Emoce:	Vzteky Sebelítost Rezignace
Chování:	Sebepoškozování Rezignace na příjemné zážitky
Rekonstrukce:	Mám přemrštěná očekávání. Lidé nejsou jen dobří a zlí.
Akce:	Konkrétně pojmenuji, co se mi líbí a co nelíbí, co mám ráda a co mě štve u konkrétního člověka.
Dysfunkční schéma:	Když nemůžu být s vámi, budu proti vám.
Vliv na vztahy:	Vztahy s rodiči – nemůže se na ně spolehnout, pohrdá matkou, otce nenávidí, sestra si nechá pomoci, nemůže se však na ni spolehnout. Vrstevníci – „exot“ Autority – hledá ideální autoritu, pokud není naplněný ideál, revoltuje, vztah ke společenství – nejsou ideální, proti nim Partneři – neměla, jako by negace
Vliv na práci:	Nezaměstnaná – pokud objeví něco negativního, nuda – nic nemá smysl.
Vliv na životní styl:	Hledání smyslu života – když nenajdu smysl, nemá to smysl.
Akomodovaný postoj:	Můžu být s vámi, i když vidím chyby na obou stranách.
Potenciální vliv na vztahy:	Stanovit limity Přijetí rodičů – dělali vše v dobré víře, i když se jim to nedařilo, jsou to moji rodiče, vymezit se vůči nim, sdělit, ujasnit
Potenciální vliv na práci:	Na každé práci si najdu nějaký zisk.
Potenciální vliv na životní styl:	Nerezignuji na hledání života, i v maličkostech lze najít nějaký smysl.
Dovednosti, které je potřebné se naučit:	Vědět konkrétně, proč to dělám, nehledat jen extrémy.

(ve vztazích, v zaměstnání, v životním stylu) a jak ovlivňují reaktivitu na frustrující situace. Po důkladném zmapování dysfunkčních schémat terapeut s pacientem diskutují alternativní možné postoje – snaží se o nalezení akomodovaného postoje tak, že diskutují pro a proti. Pak je potřebné nový postoj zavést do života. Často mu však k tomu chybějí dovednosti, zejména zvládání prudkých emocí, stresu a frustrace, komunikační dovednosti a dovednost strukturovaně řešit problémy.

Terapie může být uspořádána individuálně nebo skupinově, možná je také práce s párem nebo rodinou. Obvykle je třeba kombinovat více modalit. Je zaměřená na nácvik interpersonálních dovedností.

M. Linehanová rozvinula vlastní přístup k léčbě hraniční poruchy osobnosti, který nazvala „dialektická behaviorální terapie“ (Linehanová, 1993). Tento program probíhající ambulantně spočívá v kombinaci individuální „dialektické“ terapie (terapie rozhovorem o protikladných postojích a chování), která je zaměřena na zvýšení schopnosti přijmout, tolerovat a zvládnout své emoce, a skupinové „behaviorální“ terapie zaměřené na nácvik sociálních dovedností. Individuální sezení se pružně přizpůsobují aktuálním potřebám pacienta, skupinový program je předem daný a obsahuje stabilní kroky. Pět kontrolovaných studií prokázalo, že takto pojatý přístup snižuje frekvenci sebepoškozování, zlepšuje sociální přizpůsobení a snižuje závažnost užívání drog ve srovnání s běžnou zdravotní péčí. Autorka zdůraznila nezbytnost týmové práce, vzájemné supervize a podpory mezi terapeuty, kteří se věnují této náročné skupině pacientů. V dialektické behaviorální terapii je důraz kladen na práci s **regulací afektů**. Pacient je konfrontován s rozpory a učí se snést napětí, která z toho vznikají. Hlavní dovednosti, které se na počátku protřebojuje naučit, jsou dovednosti věnovat pozornost svému vnitřnímu prožívání, myšlenkám a emocím a pochopit, jak souvisejí s impulzy v chování či vyhýbání se řešení důležitých situací v životě. K tomu jsou používány různé strategie:

■ **Validizační strategie:** Stvrzují potlačované emoce pacienta jako legitimní. Terapeut zásadně žádné emoce pacienta nezhodnocuje, snaží se je přijímat a pomoci pacientovi propracovat je tak, aby jim více rozuměl a byl je schopen modulovat, nikoliv potlačovat, jak to dělal většinu života.

Tab. 70 Fáze terapie a hierarchie problémových oblastí (Linehanová, 1993)

Přípravná fáze:	Zvážení motivace, edukace o léčbě, stanovení cílů a jejich analýza
První fáze terapie:	I. Sebevražedné a parasuicidální chování II: Chování ohrožující terapii III: Chování omezující kvalitu života IV: Zlepšení dovedností: – zvýšení pozornosti k vnitřnímu prožívání – komunikační a interpersonální dovednosti – uvědomování si pocitů, zvládání afektu a stresových situací – sebeřízení a sebevedení
Druhá fáze terapie:	Zpracování traumat z minulosti – akceptace traumatu – kognitivní rekonstrukce stigmatizace a sebeobviňování – propracování kognitivního vyhýbání – propracování dichotomie zneužívání
Třetí fáze terapie:	Vypracování sebeúcty Rozvoj a uskutečňování individuálních cílů

■ **Kontingenční a kognitivní strategie:** Vysvětlují a objasňují souvislosti a kontext emočních a behaviorálních vzorců, typicky se pracuje se záznamy automatických myšlenek v situacích frustrace. Pomocí práce s automatickými myšlenkami se pacient učí zpětně pochopit své impulzivní reakce a chování.

■ **Dialektické strategie:** Černobílý pohled „buď – anebo“ se propracovává na diferencovanější pohled „jak – tak“.

■ **Strategie řešení problémů:** Učí pacienta, jak řešit problémy systematickým krokovým způsobem, s brainstormingem alternativ řešení, a nikoliv prudkými afekty a impulzy.

■ **Strategie k rozšíření kompetencí:** Učení interpersonálním dovednostem a dovednosti sám sobě více rozumět. V této fázi je důležitý nácvik přijímání kritiky, dávání zpětné vazby, empatie, vyjadřování potřeb a emočních stavů, získání validizace z okolí.

■ **Vztahové strategie:** Používají se ke klarifikaci terapeutického vztahu, který reprezentuje mimo jiné i model jiných vztahů v životě pacienta.

Postupně se pacient v průběhu terapie učí monitorovat své prudké afekty, ujasnit si situace, ve kterých se typicky objevují, odložit impulzivní chování, zpracovat myšlenky a postoje, které s nimi souvisejí, a naučit se alternativnímu chování, které je zaměřeno nikoliv na krátkodobé uspokojení, ale na dlouhodobější cíle.

Dalším typickým krokem je **propracování traumat z minulosti**. Opakovanými rozhovory o traumatických zkušenostech dochází k propracování kognitivního vyhybání (část vzpomínek pacient vytěšňoval), k postupné akceptaci traumatu a habituaci emočně vypjatých vzpomínek v chráněném prostředí. Aby ke změně mohlo dojít, je potřebné zachytit a propracovat typické kognice týkající se traumatu, odmítání nebo týrání v dětství. Bývají spojeny se sebe-stigmatizací, úporným sebeodmítáním až nenávisť k sobě, střídaným někdy prudkou nenávisť k rodičům či násilníkovi, a dichotomním viděním. V této části se pracuje hodně s imaginací, vzpomínkami, hraním rolí a psaním dopisů (které se neodesílají) důležitým lidem ze života pacienta. Pacient se postupně učí monitorovat svoje silné emoce, popsat je, porozumět jejich vrstvení a přechodům, diferencovaně je vyjadřovat, odložit a modulovat.

Ve třetí fázi terapie se spolupráce zaměřuje na postupné **propracování sebe-přijetí a sebeúcty a uskutečňování konkrétních cílů v životě**. Zde jsou důležité strategie kognitivní restrukturalizace (hledání adaptivnějších postojů k sobě, druhým a světu), jejich propracování do konkrétního chování a strategie řešení životních problémů. Pacienti se rovněž učí komplexním komunikačním dovednostem (např. vyjednávání ve sporných situacích, uzavírání kompromisů apod.).

Potíže s vytvářením terapeutického vztahu mohou odrážet pacientovi potíže ve vztazích mimo terapii a jejich zkoumání může pomoci odhalit jak pacientova přesvědčení, tak obvyklé kompenzační strategie. Častým aspektem terapie je rychlá a náhlá pohotovost k intenzivním pozitivním nebo negativním přenosovým reakcím. Dalším problémem v terapii je rozvoj intenzivních protipřenosových re-

akcí. Pacientova konstantní projekce zkreslených vnitřních objektů a jeho trvání na tom, aby se jí přizpůsoboval, znamená pro terapeuta značný stres (Egan, 1986). Sám terapeut potřebuje pravidelně zkoumat své myšlenky a chování k pacientovi, které mohou mít základ v jeho vlastních dysfunkčních postojích.

Ukončení léčby

Na konci léčby může pacient prožívat intenzivní strach z opuštění. Má sklon k relapsu potíží na ose I, opět se může objevit zkratkové chování, impulzivita nebo agresivita. Základní strategií je prevence této „separační“ dekompenzace tím, že terapeut s pacientem probíráj předem možnost relapsu a jeho příznaků. Zpravidla dochází k prodloužení intervalu mezi sezeními a po ukončení léčby jsou plánovaná další podpůrná sezení v horizontu tří, šesti, devíti a dvanácti měsíců. Pacient si připravuje plán na zvládání obtížných situací, které hrozí v budoucnosti.

Hospitalizace u hraničních pacientů

Hospitalizace pacientů s hraniční poruchou osobnosti má svá úskalí. Na jedné straně sebepoškozující chování a riziko suicidia k hospitalizaci nutí, na druhé straně může pobyt na oddělení posílit maladaptivní chování. Neustálá potřeba speciální pozornosti, vynucování si výhod, negativismus, komunikace o smyslu jednotlivých aktivit či kroků léčby, bouření se proti režimu, to vše vzbuzuje u personálu a často i spolupacientů hněv. Hraniční pacienti jsou provokativní, manipulující a mají velmi dobrou schopnost zveličovat neshody členů personálu. Proto je nutná vysoká soudržnost týmu, jasně definovaná filozofie terapie, časté schůzky týmu s výměnou zkušeností a podporou sebe vzájemně (Janosiková a Daviesová, 1999).

Během léčby pacientů s hraniční poruchou osobnosti dochází velmi často k rozvoji projektivní identifikace. Nestabilita v objektních vztazích se přenáší na terapeuta a celý tým. Objevují se prudké a rozporuplné afekty. Pacient vnímá jednotlivé členy týmu v krajních variantách, buď jako „dobré“, nebo jako „zlé“. Nezkušený tým se skrze projektivní identifikaci může dostat v takové chvíli do krize. To znamená rozštěpení léčebného týmu do dvou skupin – na tu, která vnímá pacienta jako manipulujícího, vyžadujícího a škodícího druhým (tudíž potřebuje „potrestat, silnou ruku nebo propustit“), a tu, která ho vnímá jako nešťastnou oběť osudu (potřebuje více vlídnosti, empatie a ochrany). V této chvíli je nutné zachovat terapeutickou neutralitu. Pokud se terapeutovi podaří co nejdříve s týmem integrovat tyto rozpory a umožnit mu chovat se nekomplementárně pacientově projektivní identifikaci, může to pro pacienta znamenat významnou korektivní zkušenost.

Vždy také hrozí hospitalismus, protože pasivita patří k maladaptivním rysům této osobnosti. Na druhé straně projektivní identifikace, kterou je pacient schopen přivést terapeutický tým do rozkolu, může vést k trestání pacienta a k zesílení jeho maladaptivního chování. U většiny pacientů s hraniční poruchou osobnosti by se tedy měla hospitalizace omezit na minimum. Je nutná na odvrácení akutních suicidálních tendencí, detoxifikaci a pro léčbu těžké deprese či úzkostné poruchy.

3.5 Histrionská porucha osobnosti (F60.4)

Centrální pro histrionskou poruchu osobnosti je neustálé zabývání se pozorností druhých a vlastním vzhledem. Jedinec s touto poruchou stráví množství času hledáním pozornosti pro sebe a děláním se atraktivním. Atraktivnost v oblečení je však typicky provokativní, v chování jde o flirtování.

Typická je mělká a labilní emotivita, nadměrná dramatizace, teatrálnost, sebezdůrazňování a sebevyjadřování za každou cenu (i cenu ostudy), okázalé vyjadřování emocí, sugestibilita, svůdné chování a koketérie, egocentričnost, neustálá touha po ocenění, vzrušení a pozornosti. Cítí se špatně, pokud není středem pozornosti druhých. Vyjadřování emocí je u histrionské osoby nepřiměřené, zveličené, stavy se rychle přesouvají a bývají plytké. City bývají snadno zranitelné.

Kognitivní styl bývá nadměrně impresionistický, postrádá přesnost a detaily. Prožitky druhých je příliš nezajímají, pokud neslouží jejich předvádění se (přehrávanému soucitu a okázalému pečování). V řeči je typická vágnost, dojmologie a nedostatek konkrétních podrobností. Jedinci s histrionskou poruchou osobnosti mívají problémy s přímočarým, analytickým myšlením. Mohou však být tvořiví, s velkou představivostí. Bývají vnímaví, sugestibilní, s dobrou intuicí a často jednají spíše instinktivně než na základě logického rozhodnutí. Míra sebeocenění často závisí především na subjektivním posouzení vlastního vzhledu. Fyzická přitažlivost a atraktivita mohou být považovány za hlavní předpoklad ocenění a úspěchu.

Chování bývá zaměřené na dosažení okamžitého uspokojení, které není pacient schopen odložit. Častá je povolnost vůči sobě, nesystematičnost v činnosti, nedostatek vytrvalosti, vzdávají se náročnějších úkolů, špatně snášejí nudu. Interpersonální vztahy bývají konfliktní; jak s partnerem, tak s přáteli nebo spolupracovníky snadno rozehrají řadu manipulujících her. Pomluvami dokážou rozvrátit pracovní kolektiv, cizí i svoje manželství, terapeutickou skupinu. V sexuálním životě jsou pacientky často neuspokojeny; trpí sexuálními dysfunkcemi, často anorgasmií. Mají sklon k bájevé lhavosti, kdy líčí různé neskutečné události, které měly prožít; mohou také agravovat nebo simulovat různé poruchy a nemoci k manipulaci s ostatními. Vztahy s druhými hodnotí jako intimnější, než skutečně jsou.

Dana: třiačtyřicetiletá svobodná vyučená cukrářka. Otec, o 11 let mladší než matka, byl od mládí výbušný, projevoval se explozívním hněvem a pak omluvami za to, co rozbil nebo co komu řekl. Matka, žijící vždy „bohémským stylem“, často vzlykala a obviňovala otce za jeho výbušnost, nezáměr o ni, málo peněz, nedostatečnou „mužnost“ apod. Byla vždy přesvědčena, že má ve všem pravdu. Hádky mezi rodiči si pacientka pamatuje od dětství. V sedmi letech se rozvedli. Matka si vodila různé strýčky, ponocovala, opíjela se a užívala si. Doma se vyskytovala málo, téměř ji nevychovala. V noci se často hrozně bála, když doma nikdo nebyl. Dana byla „ukecané dítě“, měla spoustu kamarádek i kamarádů ze školy, volnost jí vyhovovala. Matka si jí více všímala pouze tehdy, když byla nemocná nebo když byly „průsery

ve škole“. To se jí věnovala sice nesystematicky, ale až nadměrně (dokonce i večer zůstávala doma). V nemoci to bylo moc příjemné, matka byla vyděšená a stále ji hladila a nosila jí čaj. Kvůli známám a průserům jí nadávala, což Danu vždy silně vztekalo. Brečela nebo na matku zle křičela, špatně to dokázala zastavit, matka jí někdy dala facku. S otcem se pacientka stýkala často, cítila k němu lepší vztah než k matce, měl o ni zájem a vždy si rozuměli. Dana byla trochu jako kluk, ráda se prala, chlubila a předváděla „rošťárny“. Mezi dětmi však nebyla oblíbená. Byla „rebel“. Všichni chodili v nažehlených oblecích a „já jako hippie“. Sama měla raději kluky, protože jsou přímější. Učení jí moc nešlo, nevydržela u úkolů, nebavilo ji to. Byla „dyslektik a dysgrafik“, spolužáci se jí smáli. Sama o sobě říká, že je na učení hloupá, neustále balancovala mezi propadnutím a čtyřkami. Matka jí to občas předhazovala, ale jindy na to „kašlala“. Po škole se vyučila cukrářkou – učení jí najednou šlo samo dobře, vynikala. Chtěla by však dělat spíše něco „uměleckého“, to by ji bavilo.

Od puberty měla výrazný zájem o chlapce, začátek pohlavního života byl v 15 letech, ale bylo to nepříjemné, v opilosti se vspala s klukem, se kterým nic mít nechtěla. Mezi 15. a 18. rokem vystřídala řadu kluků, vesměs krátkodobé známosti z diskoték. Seznamovala se snadno, chodila vyzývavě oblečená a dělalo jí dobře být centrem pozornosti. S nikým však dlouho nevydržela. „Byli to samí blbci, nešlo jim než o ‚to‘ a vůbec mi nerozuměli.“ V té době kouřila „trávu“, hodně pila, jednou zkoušela heroin. Bylo to vždy ve společnosti. Dala si jednak ze zvědavosti, jednak nechtěla „vypadat blbě“. V 19 letech se seznámila s nynějším přítelem, se kterým je už čtyři roky. S drogami přestala. Vztah je „ltálie“, „ale máme se rádi“. Hodně se spolu chodí bavit, často se hádají nebo se hádají s matkou, se kterou oba žijí v jedné domácnosti. Několikrát se rozešli, vyhodila ho, pak se zase usmířili. Partner jí často vyčítal, že flirtuje s jinými muži, ale to není pravda, nikdy mu nevěrná nebyla, jen se ráda baví a pozornost jí dělá dobře. Teď, když je jí blbě, se však o ni partner stará a je na ni „hodnej“. O sobě je přesvědčena, že je „dobrý psycholog“, protože se s ní lidé baví o samých psychologických věcech. Má dobrou „intuici“ a vycítí, jaký kdo je.

Po škole šla dělat prodavačku do smíšeného zboží, byl tam však „zlý a sprostý“ majitel, který si na ni zasedl. Nesnesla to a přešla do další práce. Vystřídala několik míst, ale všude se objevili nějakí „hrozní lidi“, se kterými se hádala, po konfliktech jí občas bývalo špatně a tak „šla marodit“, což je ještě více rozčilovalo. „Všichni všechno přecházeli a mě považovali za hypochondra.“ Nyní pracuje jako prodavačka oděvů, ale v práci není spokojená. Šéfové si na ni zasedla kvůli občasnému zaspávání a stále ji „buzeruje“. Zpočátku si jí vůbec nevšímal, nezaučila ji, „kašlala na mě, jako bych byla vzduch“, a teď ji naopak stále kritizuje. Je to „kráva“, která jí závidí, že je mladá a že se umí bavit. Potíže, které má, se objevily v době, kdy začaly konflikty se šéfovou, sama však nevidí žádnou souvislost.

Aktuální problémy a příznaky:

Před půl rokem se náhle zničehonic na koncertu začala dusit. „Bylo to strašné, museli mě odvést do nemocnice.“ Od té doby měla opakované záchvaty, když byla sama doma, zejména večer. Když záchvat přijde, tak už nezáleží na tom, zda tam někdo je, nebo není. Sama se však doma bojí (podobně jako v dětství), a proto nutí matku nebo přítele, aby s ní pořád někdo byl. Zpočátku při záchvatu vždy volala pohotovost, nebo ji přítel odvezl do nemocnice. Tam jí začali nadávat, že je „hysterka“, což ji naštvalo, přece si to nevymýšlí. Pak dostala Diazepam, tak do sebe hodí tak čtyři pětky a ono to hned zmizí. Když chodí venku, podlamují se jí nohy, proto musí s doprovodem. S doprovodem však cestuje i nakupuje ráda.

Interpersonální vztahy:

Říká, že má řadu přátel i přítelkyní, se kterými si velmi dobře rozumí. Všichni ji údajně vyhledávají, protože je zábavná a vždy každému pomůže a poradí. S matkou si často vje-

dou do vlasů, ale „matka už je taková, ta už se nezmění, do všeho chce stále kecat“, s přítelem má rovněž vášnivé hádky, při kterých „nakonec uzná, že mám pravdu“. Nedo-
brý vztah má s nadřízenou v práci a s kolegyněmi. „Nevím, proč mě nemají rádi, asi mi závidí“, ale „jsou to drbný zapšklý, ani o ně nestojím“.

Chování při prvním pohovoru:

Hlasitě se s terapeutem zdraví, žovíální, upovídáná a lehce flirtující, vše jí je „jasné“, mluví vesele o potížích i vztazích, výpověď neorganizovaná, nezatěžuje se s držním tématu, vesměs navazuje podle nálady a toho, co jí právě napadlo. Jeví se bez známek úzkosti či deprese, panické záchvaty popisuje dramaticky s bohatým mimickým doprovodem a koulením očí, pak se tomu sama směje.

Termínem „histrionská porucha osobnosti“ byl nahrazen v DSM-III starší pojem „hysterická porucha osobnosti“. Autoři se shodli v tom, že pojem „hysterický“ je příliš různorodě vykládán a svádí k představě konverzních příznaků. Hlavní projevy poruchy jsou především histrionské projevy chování.

Tab. 71 Diagnostická kritéria MKN-10 pro F60.4 – histrionská porucha osobnosti

-
- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.
B. Musí být splněny nejméně čtyři z následujících příznaků:
- (1) sebedramatizace, teatrálnost, přehnané projevy emocí;
 - (2) sugestibilita snadno ovlivnitelná jinými lidmi nebo okolnostmi;
 - (3) mělká a labilní emotivita;
 - (4) neustálé vyhledávání vzrušení a činností, při kterých je jedinec středem pozornosti;
 - (5) nepřiměřená koketérie ve vzhledu nebo chování;
 - (6) nadměrná pozornost věnovaná vlastní fyzické přitažlivosti.
-

Komentář: Egocentričnost, nestřídmost, neustálá touha po ocenění, nedostatek ohleduplnosti k jiným, snadno uražená ješitnost a trvalé manipulativní chování za účelem dosažení vlastních potřeb mohou doplňovat klinický obraz, ale nejsou pro diagnostiku nezbytné.

Etiologie a patogeneze

Nejčastěji bývají zvažovány psychologické příčiny poruchy. Psychoanalýza uvažuje o nevyřešených oidipálních problémech u lehčích histrionských pacientů. U těžších, nezralejších a hůře fungujících o orálních problémech souvisejících s odmítáním a separací v raném dětství. Byl prokázán familiární výskyt. V rodinách bývá častější výskyt stejné poruchy u žen, objevují se častější poruchy nálady, ale také disociální poruchy osobnosti u mužů.

Epidemiologie

Histrionská porucha osobnosti je významně častější u žen. Ale ani mužům se nevyhýbá. Odhady prevalence v běžné populaci jsou v širokém pásmu 6–45 %.

Průběh

Průběh i prognóza jsou velmi různé. Časté jsou komplikace somatizační poruchou, konverzními poruchami, poruchami nálady, sexuálními poruchami. Obvyklé jsou reaktivní dysforie, kterými reagují na odmítání, ztrátu, ale i nudu a stereotyp. V zaměstnání i ve vztazích bývají tyto osobnosti velmi nestálé; často vedou komplikované a dramatické vztahy s ostatními. Nedělají to však schválně. Věčná potřeba naplnění, „života“, touha po tajemném, romantickém a dramatickém je vede jako buzola.

Diferenciální diagnóza

Závislá porucha osobnosti: Závislý člověk také někdy potřebuje upoutat pozornost. Cílem je však připoutat si svého ochránce. Nejde mu tolik o drama, použije ho však, když ví, že na ochránce zapůsobí. Všeobecně chybí bouřlivá emocionalita. Závislí pacienti se však nedokážou rozhodovat, nechávají důležité věci na druhých. To opravdu není typické pro histrionskou poruchu osobnosti, leda že by z přenechání rozhodnutí na druhého mohlo být okázalé gesto.

Hraniční porucha osobnosti: Hraniční pacienti mají zřetelnější pocity zoufalství, častější suicidální a sebepoškozující tendence, automutilaci. V rámci manipulace mohou přehánět, ale v negativních sděleních bývají až nepříjemně upřímní. U histrionských nedochází k tomu, aby sami sebe označovali jako špatné, nebo si dokonce hrubě nadávali. Obě poruchy se však mohou objevit současně.

Narcistická porucha osobnosti: Narcističtí lidé samozřejmě také hledají pozornost, ale snaží se, aby to nebyla pozornost za každou cenu, ale pozornost v tom, kde ukážou, jak jsou výjimeční, zvláštní nebo obdivuhodní. Jejich sebevědomí je charakterizováno grandiozitou.

Somatizační porucha: Lidé trpící somatizační poruchou někdy dramatičují svoje příznaky. Přehánění se však nevyskytuje v popisech jiných věcí než příznaků. Celkově dominují tělesné příznaky.

Disociační (konverzní porucha): Dominují tělesné deficitní projevy.

Přenos a protipřenos

Histrionská osobnost vyhledává neustále pozornost a ujištění. Cítí se nesvá, když v centru pozornosti není. Typické je nevhodné sexuální svádění, projevované oblečením, líčením i chováním. Je dobré se vyhnout příliš chladnému, ale také příliš spásitelskému nastavení. Je potřebné si uvědomit, že pacient možná trpěl značnou deprivací v dětství a jeho potřeba pozornosti by měla být akceptovaná s laskavou vlídností. Na druhé straně se neopatrný terapeut snadno

může nechat vmanévrovat do pozice zachránce. Bude-li na sebe klást příliš velké požadavky, může se začít obviňovat, když zjistí, že se pacient nemění. Pacient má často fantazie o terapeutovi jako o zachránci, přenos bývá erotický nebo erotizovaný. Zpočátku je nutné přeměrování a zaměření pozornosti jinam, později pak analýza a vysvětlení. Ženy s histrionskou poruchou osobnosti se snaží posílit pocit vlastní důležitosti předváděním závislého chování nebo koketováním ve snaze získat obdiv terapeutů-mužů. Muži s histrionskou poruchou osobnosti se mohou chovat „hypermaskulinně“, aby zakryli pocit vlastní slabosti. Tito muži se často snaží svádět lékařky nebo ženy z ošetrovatelského týmu. Typické pro histrionskou poruchu osobnosti jsou manipulace terapeutů do role ochránců a obdivovatelů, což pomáhá ke zlepšení jejich pocitu sebeúcty. Zdrženlivý terapeut, držící si emoční odstup, vzbuzuje v histrionském pacientovi fantazie o terapeutické omnipotenci. V průběhu terapie se objevuje štěpení (splitting) v terapeutickém vztahu nebo mezi terapeutem a blízkými osobami. Je důležité zachovat si neutrální pozici, což obvykle vede ke stížnostem frustrovaného pacienta na to, že jeho potřebám nebylo vyhověno. V takovéto situaci je potřeba explodovat detaily a hlubší rovinu pacientových pocitů a chování. Chodoff (1989, s. 2731) uvádí příklad protiprojektivní techniky. Patientka melancholicky připomínala terapeutovi, že otec jí byl vždy ochotný říci, co by měla dělat, a od terapeuta očekávala to samé. Na to Chodoff odpověděl s mírným sarkasmem: „Ano, a vždy měl na všechno odpověď, že ano.“ Tím zasáhl projekci a vytvořil atmosféru na diskuzi o jejich pocitech z někoho, kdo má na všechno odpověď.

Terapeut se musí vyhnout i navození magického očekávání od léčby. Hrozí mu vlastní zaujetí rolí zachránce (spasitele), nebo naopak z pocitu ohrožení odtazitost, úzkost. Bohužel dochází i k podléhnutí a zneužití pacientova přenosu. Důležité je sledovat vlastní kognitivní pochody a emoční stavy, které v nás pacient vyvolává, a zdržet se nevhodného jednání.

Podpurná psychoterapie

Stabilní pacient s histrionskou poruchou osobnosti může být dobrým adeptem pro psychoanalyticky nebo kognitivně-behaviorální terapii. Ovšem labilní pacient, který často ztrácí kontrolu, chvílemi je hyperaktivní, pak zase pasivní, který není schopen kontinuálně spolupracovat, je spíše adeptem pro podpurnou psychoterapii.

Individuální psychoterapie je asi nejčastějším přístupem, kterým jsou tito pacienti léčeni. Terapeut potřebuje poskytnout pacientovi co nejvyšší možnou emoční podporu, aby snížil jeho úzkost a napětí, ale současně se musí vyhnout příliš blízkému osobnímu vztahu, který by mohl být pacientem mylně interpretován jako sexuální zájem. Podpurná terapie spočívá v mírnění emočních excesů a laskavé stabilitě terapeuta, který se nedá vyprovokovat ke komplementárnímu chování, nereaguje zlostně nebo naivně na manipulace ani svádění.

Hlavní obranný mechanismus vytěsnění vede k tomu, že kognitivní styl pacienta je globální, difuzní a impresionistický. Horowitz (1977) ukazuje, že impresionistický percepční styl je obranou vůči rozpoznání a projevení v pozadí ležících konfliktů týkajících se sexuality, orálních potřeb nebo agresivity. Chodoff (1989) to nazval „triumfálním nalézáním bombastických pseudo-vhledů, po kterém následuje rychlé vymazání“ (str. 2731). Vytěsnění pomáhá rychle zapomenout všechny „nádherné vhledy“, které s nadšením akceptovali v terapeutickém sezení. Proto se i sebestpřesnější interpretace zpravidla míjejí účinkem. Je však možné i těmito pseudo-vhledům dát smysl tím, že se ptáme na detaily nebo zadáme za domácí úkol vhléd konkrétně a do detailu popsat a pak zjistit jeho důsledky na jednotlivé aspekty života. To pacienta zpravidla vede k tomu, že v budoucnosti začíná přesněji uvažovat, než něco prohlásí v nadšení nebo jiném silném emocionálním stavu. Tato intervence může pomoci pacientovi stát se o něco hloubavějším.

Na počátku terapie je u pacienta zjevná emocionalita. Je potřebné zpočátku tolerovat inkonzistenci pocitů a jejich měnlivost v průběhu sezení. Po vyslechnutí je však možné **konfrontovat se změnou postoje** (nejlépe zopakovat pacientova protichůdná tvrzení) a zeptat se, co pacienta ke změně postoje přivedlo. Je ho možné povzbudit, aby detailně popsal svoje pocity. Zpočátku je to možné nechat bez nároku na logiku a pravdivost. Až v průběhu terapie, kdy se pacient cítí už bezpečně a je schopen svoje pocity popisovat detailně, začíná terapeut postupně podsouvat těmto pocitům logiku a realitu, používá klarifikace, aby pomohl pacientovi posunout se od fantazie více k realitě.

Chodoff (1978) nabízí přístup, který posiluje pacienta k postupnému objasnění požadavků vůči terapeutovi a tak mu pomáhá rozvíjet smysl pro pravdivost, přesnost a soběstačnost. Pacient se učí, že z dlouhodobého hlediska mohou fungovat adaptivnější způsoby, aby získala od života, co chce. Úkolem terapeuta je pomocí „regulovaného přenosu“ udržet směr pacientových myšlenek. Jde o oscilaci v intenzitě empatie, která umožňuje vytvořit pocit akceptace a bezpečí, ale nepodporuje příliš fantazie o totálním přijetí bez potřeby změny. Jemně pozitivní přenos ponechává, negativní vždy reguluje, ale neinterpretuje. Při regulovaném přenosu terapeut neinterpretuje, ale oslovuje ty pocity pacienta, které jsou přenosové, a provede jemně nevyhnutelné opravy, aby se obnovil pacientův smysl pro realitu (Novalis a kol., 1999). Jednoduché opakování a klidná prohlášení, které ozřejmují zjevné pacientovy důvody určitého jednání, pomáhají v postupném převzetí zodpovědnosti za sebe. Do regulovaného přenosu patří dále regulace odstupu mezi terapeutem a pacientem, např. změnou frekvence sezení nebo jejich trvání. Terapeut v regulovaném přenosu nezůstává „čistým plátnem“, ale objevuje se zde uvážené kontrolované sebeodhalování, které umožňuje, aby se omezily přenosové fantazie. Nejde o sdělování detailů o osobních vztazích, spíše o krátká sebeotevření týkající se obvyklých zájmů, jako je umění, knihy, sport, příroda apod.

U histrionské poruchy osobnosti můžeme zjistit celou řadu frustrací, které vyvolává jakékoliv oddálení uspokojení. Terapeut může sloužit jako model vhodného reagování na pacientovy požadavky. Pomáhá pojmenovat jednání pacienta pro

ulehčení vernalizace. Například chování někoho, kdo je často promiskuitně autodestruktivní, je možné popsat jako „sexuální agování“, chování člověka, kterého vždy vyhodí z práce, označit jako toho, „kdo má rutinu při vyhození“ (Novalis a kol., 1999). Histrionští pacienti hodně rádi telefonují terapeutovi. Pokud máme pocit, že to přehánějí, můžeme toho využít tak, že prodiskutujeme jejich frustraci s odkladem uspokojení, jejich tendenci zveličovat svoje potřeby a pak nabídneme trénink oddálení pohovoru až na sezení, čímž se mohou učit oddálit náhlou potřebu uspokojení. Někdy dochází k **sebedestruktivnímu chování**. Většinou souvisí s tím, že pacient nedovede projevit svůj hněv jiným způsobem. Je vhodné ho povzbudit k detailnímu projevení hněvu pomocí slov namísto chování.

Interpersonální vlivy

Základní výchovné vlivy:

- Oceňování za vzhled je mnohem výraznější než oceňování za schopnosti.
- „Člověk musí být atraktivní, aby dosáhl vliv a moc.“
- Láska a péče byly poskytovány v nepoměrně větší míře v nemoci dítěte.
- Model „as-if“ vztahů
- Neočekávané změny v rodinném prostředí byly jediným prostředkem vzrušení a zajímavosti rodinného života.

Jednou z cest terapie je ověřování, že dovednosti v určité oblasti mohou rovněž působit přitažlivě na okolí. Pacient se učí rozpoznávat stimuly, které vedou k okamžitému rozhodnutí a jejich kontrolou získává pocit, že se rozhoduje podle své svobodné vůle.

Pokud pacient vracející se nabírat sílu do své původní rodiny k obdivujícímu otci a matce, podporující „churavění“ a „slabost“, nahlédne destruktivní model této své potřeby, může získat sílu k nalezení jiných přístupů ve svém chování k rodičům.

Skupinová psychoterapie

Pacienti s histrionskou poruchou osobnosti mají zpravidla rádi skupinovou psychoterapii, protože skýtá dost obecenstva i možnosti dramatu. Ve skupině se nejčastěji líčí jako oběti všech možných okolností, svoje výpovědi říkají dramaticky, často je pozměňují. O druhé ve skupině mají zájem jen jako o své obdivovatele. Proklamovaná empatie většinou znamená, že po výpovědi jiného člena skupiny uvedou, jak to mají oni a začnou dlouze líčit vlastní situaci. Pokud jsou na to terapeuti nebo skupinou upozorněni, snadno se urazí nebo rozpláčou. Nicméně opakovaná citlivá konfrontace a ohraničení jasného a přesného líčení událostí jim může velmi pomoci. Potřebují získat náhled, že jsou respek-

tování, i když nejsou středem pozornosti, že jsou dokonce více oceňováni, když dají prostor jiným a chovají se empaticky.

Farmakoterapie

V některých případech velmi dobře působí antidepresiva (zejména u tzv. hysteroidní dysforie). Je vždy potřebné mít na mysli možnost periodické deprese, která se může projevit navenek především zvýrazněním histrionských rysů (Smolík, 1996), ale která zpravidla dobře reaguje na léčbu antidepresivy. Pokud pacientovo utrpení dosáhne hloubku deprese, je potřebné vždy uvažovat o antidepresivní medikaci. Vždy musíme hodnotit jeho suicidální potenciál, protože suicidální gesta i pokusy bývají u této poruchy osobnosti častým jevem. Pokud prožívání pacienta dosáhne psychotickou úroveň, zpravidla bude dosahovat kritéria pro krátkou reaktivní psychózu. To vyžaduje hospitalizaci. Na místě je podání neuroleptik. Tyto epizody rychle odeznívají po léčbě během jednoho až dvou týdnů. Mohou však vypadat bouřlivě.

I když pacient může často manipulovat s tím, že „když jsem dostávala od pana doktora (jmenuje někoho jiného než vlastního terapeuta) Lexaurin, cítila jsem se nejlépe“, měli bychom se zásadně vyhnout medikaci, která může vést k závislosti. Pacienti s histrionskou poruchou, podobně jako hraniční pacienti, jsou obzvlášť náchylní k rozvoji závislosti.

Psychodynamické aspekty

Termín histrionská má úzký vztah k pojmu hysterie. Hysterické konverzní symptomy otevřely Freudovi brány k nevědomí a ke vzniku psychoanalýzy. Hysterie původně označovala nemoc charakterizovanou širokým souborem pestrých psychických a tělesných příznaků. Z důvodu nejasnosti termínu hysterie a jeho pejorativního významu se v aktuálně platné klasifikaci chorob název hysterie neobjevuje a je nahrazen jinými okruhy duševních poruch.

Termín hysterie je odvozen od řeckého slova *hystera*, označujícího dělohu. Ve starověku byla přítomnost řady pestrých a bouřlivých psychických a tělesných příznaků u svobodných žen, které nebyly podloženy tělesnou chorobou, vykládána neuspokojenou hladovou dělohou, bloudící po břišní dutině a vyvolávající četné příznaky. Ve středověku se výklad vzniku těchto příznaků posouvá do psychologické oblasti, v 19. století je rozkvět zájmu o hysterické projevy spojen se jmény Charcot, Janet, Breuer a Freud. V průběhu 20. století se jednoznačněji vymezují hysterické příznaky jako psychogenně vzniklé a definují se procesy dissociace (vznik psychických příznaků u hysterie) a konverze (vznik tělesných příznaků).

V současnosti příznaky dříve označované jako hysterické spadají do okruhu úzkostných poruch (fobická porucha, panická porucha), disociačních poruch, somatoformních poruch a jádrové hysterické osobnostní projevy se označují jako histrionská porucha osobnosti. Hysterické konverzní a disociační příznaky a histrionská porucha osobnosti však nemusí mít společný klinický ani dynamický vztah. Přestože se konverzní a disociační příznaky nacházejí u pacientů s histrionskou poruchou osobnosti, mohou se objevovat rovněž i u řady jiných osobnostních poruch.

V první polovině 20. století pod vlivem Freudových prací převažoval názor, že intrapsychický konflikt spojovaný s histrionskou poruchou osobnosti se odvozuje od genitálního stadia psychosexuálního vývoje. Později se dostává do popředí identifikace dřívějších pregenitálních témat se zdůrazněním raných orálních fixací v patogenezi této osobnostní poruchy. V současné době Horowitz (1995) popisuje různé hladiny uspořádání psychiky u pacientů vykazujících interpersonální styl charakteristický pro histrionskou poruchu osobnosti. Vzhledem k úrovni integrace self a ke vzorci vztahů s druhými lidmi popisuje různé obrazy těchto pacientů. Osobnostní schémata charakterizovaná černobílým viděním a výraznou emoční nestabilitou odpovídají hraniční (emočně nestabilní) hladině histrionských osobnostních projevů. Pacienti s histrionskou poruchou osobnosti organizovaní na narcistické zranitelné hladině mají stabilnější osobnostní schéma, avšak jsou náchylní k labilnímu grandióznímu či minoritnímu sebeprožívání s výraznou citlivostí k narcistickému zranění a následnému vzteku. Neuroticky uspořádaní pacienti s histrionskou poruchou osobnosti

Tab. 72 Rozdíl mezi hysterickou a histrionskou osobnostní strukturou v rámci histrionské poruchy osobnosti

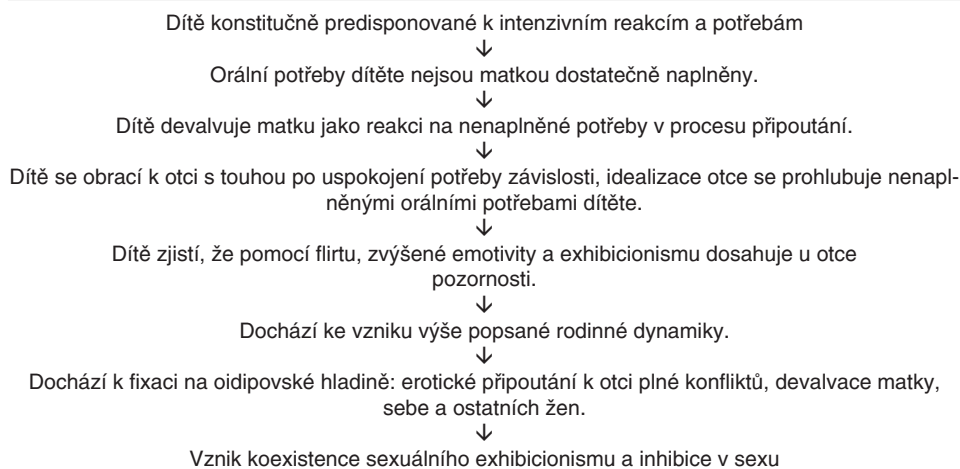
Hysterická struktura osobnosti	Histrionská porucha osobnosti
1. Potlačovaná a ohraničená emocionalita	1. Bouřlivá a generalizovaná emocionalita
2. Sexualizovaný exhibicionismus a vřelá potřeba být milován	2. Nenasytný exhibicionismus s požadovačnou, orální kvalitou, která je „chladná“ a méně angažovaná.
3. Dobrá kontrola impulzů	3. Generalizovaná impulzivita
4. Rafinované svádění	4. Primitivní, neadekvátní a odtahité svádění
5. Přítomnost životních ambicí a schopnost soutěžit s druhými	5. Bezcdlnost a bezmocnost
6. Zralejší, trojúhelníkové vztahy s druhými lidmi	6. Primitivní, dyadické vztahy, charakterizované závislostí, masochismem a paranoiditou
7. Relativně dobrá tolerance odpoutání od osoby, která je milována.	7. Při opuštění osobou, která je milována, je prožívána zničující separační úzkost.
8. Přísné superego a obrany s určitými obsedantními rysy	8. Laxní superego a převaha primitivních obran, jako je štěpení a idealizace.
9. Sexualizovaná přání v přenosu se rozvíjejí postupně a jsou vnímána jako nerealistická.	9. Intenzivní sexualizovaná přenosová přání se rozvíjejí rychle a jsou vnímána jako realistická očekávání.

mají dlouhodobé nevyřešené intrapsychické konflikty, které vedou k opakovaným neuspokojivým intimním a pracovním vztahům. V tomto kontinuu můžeme tedy nalézt na jedné straně poměrně dobře adaptované jedince, kteří sice mají jisté problémy ve vztahu k sobě a ke druhým lidem, na druhé straně labilní, orálně fixované bouřlivé histrionské osobnosti s dramatickým životním stylem. Gabbard (2001) uvádí rozdíly mezi hysterickou a histrionskou osobnostní strukturou odpovídající mělčí a hlubší patologii v širším okruhu histrionské poruchy osobnosti.

Čím hlouběji je narušena osobnostní struktura pacientů s histrionskou poruchou osobnosti, tím více se jejich životní témata organizují kolem pasivní a primitivní orality. V tomto smyslu je přítomno značné překrývání s emočně nestabilní (hraniční) poruchou osobnosti. Zralejší osobnostní uspořádání umožňuje zaměření na genitální sexualitu. Přestože jsou hysterické ženy klasicky popisovány jako „frigidní“ nebo anorgasmické, mohou být promiskuitní nebo plně orgasmické, nicméně jsou zpravidla nespokojeny se svým vztahem k mužům v sexuální oblasti. Často nejsou schopny navázat intimní vztah s mužem, který je dostupný a vztahově přiměřený, místo toho se beznadějně zamilovávají do nedostupného muže nebo navazují destruktivní vztah s agresorem či nespolehlivým partnerem. Dalším problémem těchto žen je, že jejich běžné chování je muži interpretováno jako sexuální výzva, čímž jsou opakovaně překvapovány. Tento vzorec je dokladem nevědomého podkladu jejich chování.

Z psychosociálního hlediska jsou v rodinách pacientek s histrionskou poruchou osobnosti často primárně upřednostňováni muži, ženy jsou ceněny pouze za jejich přitažlivý vzhled či roztomilé chování. Rodiče mohou vědomě či nevědomě sdělovat dceři, že pozornost jí bude věnována pouze tehdy, když se bude projevovat dostatečně dramaticky a nápadně. Matky, které jsou slabé a neúspěšné, mohou rovněž přispívat ke vzniku této poruchy. Dítě, které nemá v matce dospělý zralý vzor, se může v soutěži s ostatními ženami naučit spoléhat na infantilně femininní kvality chování.

Dalším častým etiologickým faktorem je otec, který se chová k dceři jak svádívkem, tak i zastrášujícím způsobem. Nezralé, většinou narcistické vlastnosti tohoto typu otců, jako jsou nadměrná až krutá kritika, výbuchy vzteku a sobeckost, dítě děsí a sdělují mu, že vůči mužům se musí přistupovat s opatrností. Některé pacientky mají otce, kteří se k nim upnuli, aby získali emoční naplnění, kterého nedosáhli se svojí manželkou. A v konečné podobě otec, který ve více či méně otevřené podobě vykazuje svádivé chování s incestními rysy vůči dceři, vyvolává v ní **konflikt mezi přiblížením a vyhýbáním se**, který je dominantním rysem této poruchy. Pacient s histrionskou poruchou osobnosti je tedy uvězněn mezi orálním a oidipovským stadiem psychosexuálního vývoje. Schematicky je možno vznik této poruchy u ženy znázornit takto (Robinson, 1999):

Tab. 73 Schéma vzniku histrionské poruchy osobnosti (Robinson, 1999)

Oidipovský konflikt (Elektřin konflikt u žen) se obvykle vyřeší odpoutáním se od rodiče opačného pohlaví jako erotického objektu s výslednou identifikací s rodičem téhož pohlaví. U pacientů s histrionskou poruchou osobnosti k tomuto vyústění nedochází, místo toho je přítomno (u žen):

- odmítání identifikace s devalvovanou matkou;
- odmítání dospělé sexuality;
- setrávání v pozici „tatínkovy malé holčičky“;
- zklamání z toho, že nemůže dosáhnout intimnějšího vztahu s otcem a pocity, že je jím odmítnuta.

Tato situace se rovněž umocňuje tím, že nezralý otec vnímá tělesné a psychické zrání dcery jako nepříjemné a stahuje se z dříve důvěrného vztahu s ní.

Histrionská porucha osobnosti není omezena pouze na ženy, muži s touto poruchou většinou zůstávají v závislosti na své matce. Nevyřešená oidipovská problematika ústí v pocity inferiority vzhledem k ostatním mužům. Pravidelně se objevuje nespokojenost se ženami, žádná není dost dobrá. Někteří muži s touto poruchou se uchylují do celibátu a přerušují s ženami styky. U jiných tato problematika ústí do nutkavého svádění žen, vždy s výsledným zklamáním, případně do hypermaskulinních aktivit, jako je bodybuilding. Rysy závislosti ve vztazích u hlouběji narušených osobností mohou být výrazné.

Z obranných mechanismů je u zralejších pacientů využíváno **vytěsnění**, umožňující odsunutí nepříjemných impulzů a přání sexuální povahy z vědomí do nevědomí. Pomocí **regrese** do bezmocné, dětské pozice se může pacientka vyhnout ohrožujícím tématům souvisejícím se sexualitou nebo s hrozbou opuštění

milovanou osobou. **Sexualizace** dává indiferentním situacím nebo objektům sexuální význam, vede ke snížení úzkosti, nicméně dokládá primární původ symptomatiky. **Disociace** představuje hrubé narušení koheze psychiky jako jednu z posledních obran před neúnosnými prožitky. Vzniklé psychické nebo somatické příznaky mohou mít symbolický charakter, při hlubší poruše osobnosti představují primitivní únikové mechanismy. Termín **kontrafobické chování** popisuje sklon pacientek vstupovat opakovaně do situací, kterých se obávají. Problémovými okruhy pacientek s histrionskou poruchou osobnosti je sexualita a vztah k mužům, proto nevědomě vytvářejí situace, ve kterých se s těmito tématy mohou setkat, a vstupují do nich. Některé z možností představují:

- svádivé chování, přičemž vlastnímu sexu se vyhýbají;
- flirt, který zakrývá stud z vlastního těla;
- toužení po pozornosti druhých a její provokace zakrývající pocity inferiority;
- provokace a vstup do reálně nebezpečných situací, přičemž se obávají agrese;
- provokování autorit, ze kterých však mají strach.

Z přenosových mechanismů je nejdůležitější **erotizovaný přenos** především k terapeutovi opačného pohlaví. U zralejších pacientek je vnímán jako egodystonní, u méně strukturovaných pacientek je vnímán jako reálný a vede v terapii k bouřlivým reakcím. Protipřenosové pocity jsou rovněž intenzivní, v tabulce 74 jsou uvedena doporučení k terapeutickému zvládnutí erotizovaného přenosu.

Tab. 74 Terapeutické zvládnutí erotizovaného přenosu

-
- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Zkoumání protipřenosových pocitů 2. Nezneužívající přijetí erotizovaného přenosu jako důležitého terapeutického materiálu, který má být zpracován 3. Zhodnocení mnohoznačnosti přenosu a jeho obranné funkce proti postupu v terapii 4. Interpretace vztahu mezi přenosem a současnými i minulými vztahy |
|--|
-

Vzhledem k emoční intenzitě a kvalitě erotizovaného přenosu může být terapeutický vztah komplikován řadou faktorů i ze strany terapeuta:

- aktivní provokace erotizovaného přenosu ze strany terapeuta;
- osobní narcistické potřeby terapeuta být obdivován a milován pacienty;
- vouyeristické zaujetí pacientovými erotizovanými fantaziemi;
- sadistické uspokojení, tím že je pro pacienta nedostupný.

Psychodynamická terapie

Pacienti s histrionskou poruchou osobnosti (hysterií) byli klasickými pacienty psychoanalytické léčby. Pacienti s mělkí osobnostní poruchou mohou mít velmi dobrý prospěch z psychodynamicky vedených terapií. Pacienti s histrionskou poruchou osobnosti často vstupují do terapie s nevědomým očekáváním, že terapeut jim bude plně intuitivně a neverbálně rozumět, což odpovídá jejich ranému dětskému postoji. Převádění emočních prožitků do slov umožňuje konfrontovat se s hlubšími pocity. S postupující schopností sebeuvědomění, identifikací reálných pocitů, postojů a tužeb dochází k opuštění pozice pasivního závislého dítěte a k nalezení zralější a nezávislejší role v životě. Pacienti s hlubší osobnostní poruchou vyžadují aktivnější a podpůrné prvky v terapii a mají obzvláštní prospěch z detailního zpracování svých obranných mechanismů vůči úzkosti. Tito pacienti mohou být náchylnější k tvorbě primitivnějších příznaků, jako je disociace nebo konverze, výrazná může být rovněž regrese až na psychotickou hladinu. V jejich terapii by měl být podporován pocit vlastní hodnoty a sebevědomí, pacienti by měli být vedeni k samostatnému řešení vlastních problémů.

Kognitivně-behaviorální terapie

Z hlediska KBT je podkladem nadměrné potřeby pozornosti nízké sebevědomí, kdy pozornost druhých je vnímána jako důkaz hodnoty. Proto pacient také odvádí pozornost od introspekce, vlastně se vyhýbá sebepoznání a žije ve vnějším světě. Jinak by mohl objevit vlastní nedostatky, které nedokáže unést. Velmi často hluboce v sobě nevěří, že by byl schopen se sám o sebe postarat, a to ho nutí najít způsob, jak přimět ostatní, aby se o něj postarali. Řada postižených touží, aby byli milováni kýmkoli za všechno, co dělají. Nezáměr, kritika nebo odmítnutí zasahuje nesnesitelně jejich nízké sebevědomí, proto ji nemohou přijmout a vnímají ji jako nadměrný stres. Ze stejných důvodů mívají problémy s opravdovou blízkostí ve vztahu – bojí se, že by druhý mohl poznat jejich domněle nízkou hodnotu. Proto jsou velmi často napjatí, ve střehu, nemohou se uvolnit a vzdát možnosti na získání pozornosti nebo pochvaly. Stále cítí puzení, aby vyhledávali pozornost způsobem, o kterých se naučili, že fungují nejlépe, které jsou často extrémem v rámci sexuální role. V dětství byli často chváleni za tělesnou atraktivitu, štěbetavé chování a šarm, nebo „machovské“ chování u chlapců, nikoliv za dovednosti či snahu o systematické myšlení a plánování.

Hlavními obecnými cíli KBT jsou:

- a) postupně podpořit sebevědomí, tak aby bylo postavené na vlastním ocenění a výkonu, nikoliv na pozornosti druhých;
- b) modifikovat způsob zpracování informací („Více myslet a méně cítit“); pomoci pacientovi změnit způsob myšlení na systematictější a zaměřenější na problém;

- c) zlepšit jak vzájemnost ve vztazích (návlek empatie, kompromisů), tak zvládání sebe sama (zvládání stresu, nudy apod.).

Zaangažování (zapojení) do terapie

Pacient obvykle rychle vytváří terapeutickou alianci, předpokládá však, že terapeut mu bude rozumět intuitivně, bez nutnosti verbálního zkoumání. Je proto nutné vysvětlit role v terapii a opakovaně se vracet k rozdílu mezi „pocitovým“ a myšlenkovým popisem události. Přichází na sezení s tím, že ho někdo „bude mít rád“, „bude mu naslouchat a radit“ a není moc připraven na způsob práce systematicky zaměřený na problémy. Zpočátku je velmi vstřícný, později může začít manipulovat, aby terapeut plnil jeho přání. Složitější je získat pravidelnou spolupráci, zejména plnění „nudných“ domácích úkolů. Pacient často říká, že myšlení mu nepomůže, má zájem o alternativní přístupy, zdůrazňuje, že nedůvěřuje racionalitě. Proto je důležité ocenit každý pokus o domácí úkol a vždy se část sezení domácím úkolům věnovat. Na druhé straně se snadno stává, že vedle strukturovaného domácího úkolu, jako je např. záznam dysfunkčních myšlenek, přinese pacient dlouhý text o všem, co dalšího mu probíhalo hlavou a co vše se stalo. Chce prostě terapeutovi sdělit „opravdu všechno“. KBT však pro pacienta představuje velkou šanci, protože poskytuje přesně to, v čem má pacient výrazný deficit – logickou, systematickou práci. Ke zlepšení compliance může pomoci „ozvláštnění“ úkolů tím, že je zadáváme v grafické nebo jiné „umělecké“ formě, jejich rozmanitost a zábavnost, výrazné posilování za jejich plnění. Obtížné bývá **stanovení problémů a cílů**. Problémů pacient jmenuje celou řadu, ale v dalším sezení mu už nepřipadají důležité a zajímavé apod. Cíle chce stanovit v oblasti prožívání: „Chci být stále šťastná“ nebo v proměně druhých osob „Chci, aby mě miloval“. Práce na definování problémů a cílů je zkouškou trpělivosti a laskavosti terapeuta. Terapeut může pomoci pacientovi vytyčit si cíle, které jsou konkrétnější, pomocí upřesňujících otázek, např.: „Ve kterých situacích chcete být schopna komunikovat s matkou? O čem, jakým způsobem, a jakým nikoliv? Jak se projeví to, že jste šťastná v chování? Co chcete konkrétně zvládat, abyste mohla být spokojená? Ve kterých situacích, jakým způsobem, jak často, s kterými lidmi?“ Když pacient neví, může být užitečné nechat ho fantazírovat během sezení o tom, jak by žil a choval se, kdyby neměl problémy, co by to pro něj znamenalo. Toto snění s následným zacílováním a konkretizací je dobrým cvičením na udržení pozornosti.

Analýza vzorců

V behaviorální analýze zjišťujeme zejména maladaptivní behaviorální reakce na sociální situace a na nečinnost.

Typickými **spouštěči** dekompenzace bývají nezájem druhých, kritika; jako by jakýkoliv projev odmítnutí byl úplně zničující. Dále to mohou být zpravidla

vztahové problémy, jak s opačným pohlavím (nadměrné „romantické“ nároky a zlost, když nejsou plněny) tak s „konkurencí“ stejného pohlaví. Na počátku vztahu jsou vnímáni jako „šarmantní“, když však vztah pokračuje, postupně jsou vnímáni jako nadměrně vyžadující a potřebující neustále ujišťování.

Typický **afektivní styl** se projevuje povrchními, ale intenzivními až dramatickými afekty. Tito pacienti se dávají strhnout afektem dokonce i v situaci, kdy ho úplně necítí. Proto některé projevy navenek vypadají nepřirozeně, přehnaně a strojeně. Bez možnosti úplné kognitivní integrace se tyto nediferencované emoce jen obtížně kontrolují, snadno dochází k explozivním výbuchům, sentimentálnímu dojetí apod.

Kognitivní styl je příznačný obecným dojmologickým myšlením, živou představivostí, nepřesností, vnímání je globální, difuzní, impresionistické. Pokud někdo nevnímá svoje chování a pocity dostatečně detailně, těžko ze sebe získá realistický dojem. Proto tito pacienti tak často mění názory, hlásí se k naprosto odlišným hodnotám – zpravidla ovlivněným snahou získat pozornost druhých. Mezi typické kognitivní omyly patří dichotomní myšlení (lidé jsou buď naprosto senzační, nebo příšerní), skoky k extrémním závěrům (usmál se na mě, asi je do mě zamilovaný), nadměrná generalizace (když jsem jednou odmítnutá, budu už vždy odmítaná) a emoční zdůvodňování – katatymní myšlení (necítím se dobře – je to tím, že mě nemá dost rád). Pacient má problémy s intelektuální koncentrací, je roztržitý, má potíže s vnímáním detailu a s introspekci. Raději svou pozornost obrací do okolí. Histrionští lidé jsou natolik zaujati získáním ocenění, že si zvykli více přijímat vnější ocenění než vnitřní zkušenost.

V **behaviorální stylu** se projevuje přelétavost, nezaměřenost, nedostatek empatie, špatná schopnost řešit problémy, potíže s intimitou, problémy s organizací času a peněz. Zpravidla chybějí asertivní dovednosti, místo toho pacient používá složité manipulace. Ve vztazích často manipulují nejrůznějšími způsoby – vyvoláváním krizí, žárlivostí, výčitkami, křikem, výbuchy hněvu, pláčem, šarmem a svůdností, odmítáním sexu, emočním stažením i fyzickým napadáním. I když toto chování zpravidla funguje dobře k dosažení krátkodobého cíle, z dlouhodobého jím vztahy trpí a nevýhody převáží – to však pro pacienta většinou není zjevné.

Jádrová schémata o sobě mluví o tom, že pokud člověk není středem pozornosti, prakticky neexistuje. Neumí se sám o sebe postarat. Odvozená přesvědčení typu: „Když mám pozornost, jsem skvělý“, „Ostatní mě musí stále potvrzovat, jinak nejsem nic“ se týkají velkoleposti, když má pozornost. Typicky pacient potřebuje, aby si ho druzí všímali, protože v tom cítí svoji hodnotu (velkolepost, zajímavost). Často naléhá na druhé, aby mu věnovali větší pozornost podle maladaptivního pohledu, že ostatní mu musejí věnovat zvláštní péči a brát na něj ohledy, protože ho jinak život znervózňuje. Tato schémata často souvisejí s emoční deprivací v dětství.

Tab. 75 Důležité komponenty KBT modelu histrionské poruchy osobnosti

Jádrové přesvědčení o sobě	Nic nejsem. (Kompenzatorní: Jsem velkolepý, zajímavý, vzrušující.) Nejsem schopna zvládat svůj život.
Jádrové přesvědčení o druhých lidech	Potřebuji, aby si mě druzí všímali (to mi dá hodnotu). Je potřebné být milovaný (vždy a každým). Druzí si mě nebudou vážit pro mě samotného. Lidé jsou tady proto, aby mě obdivovali nebo mi sloužili. Ostatní mi musejí věnovat zvláštní péči a brát na mě ohledy, protože mě život znervózňuje.
Odvozené předpoklady	Když budu druhé bavit, nevšimnou si mých nedostatků. Když nebudu zábavný, nebudu pro druhé přitažlivý. Když se budu chovat výrazně, získám pozornost druhých a jejich přijetí. Nikdy nebudu mít dostatek lásky a pozornosti. Intuice a pocity jsou důležitější než racionální plánování.
Nedostatečně rozvinuté strategie	Kontrola, reciprocita, systematickosti
Nadměrně rozvinuté strategie	Předvádění se, sebevyjádření, nepřesnost
Zaměření pozornosti	Na pozornost druhých
Nejčastější způsoby zpracování informací	Katartismy, amplifikace, disociace, projekce
Typické chování	Předvádí se, používá dramatizace, manipuluje, vyčítá.

Změna vzorců

Pro léčbu histrionských poruch osobnosti může být použito celého rejstříku strategií, které se používají v KBT – podle převažující problematiky. Užitečné je vše, co učí zaměřovat pozornost (například monitorování situací a s nimi souvisejících myšlenek a chování) a strukturovaně analyticky myslet (kognitivní rekonstrukce, restrukturalizace, řešení problémů), a co posiluje sebedůvěru (např. asertivita, sebeodměňování, behaviorální experimenty).

Na počátku je vůbec problém zaměřit pozornost na jedno téma v určitém čase. Výbornou příležitostí, jak se to učit, je sestavování agendy sezení pokaždé na začátku. Přírozenou tendencí pacienta je strávit většinu času na sezení dramatickým vysvětlováním výjimečných a traumatických událostí nebo stížnostmi na příkoří či příznaky. Není dobře s tím přímo bojovat, pouze na počátku sezení tomu vymezit daný čas a pak vést pacienta k tomu, aby ho sám hlídal. Zbytek sezení je pak možné věnovat cílům, na kterých jsme se na počátku dohodli. Udržet téma však může být problém, protože při delší práci začne být vše nudné a pacient má chuť se zabývat něčím více vzrušujícím.

Zpravidla se vyplatí začít behaviorálními přístupy, protože dříve přinášejí viditelný výsledek, až pak přejít na strukturovanější kognitivní techniky. Z kognitivních přístupů zpočátku stačí jen monitorovat automatické myšlenky, bez pokusů je testovat. Někdy se vyplatí jednoduchá kognitivní technika – shromaž-

řování důkazů pro a proti určitému jednání (tabulka 76). Pomáhá držet jeden cíl a nepřímou uči relativnějším ponětí světa.

Tab. 76 Příklad důkazů pro a proti – Kateřina analýza výhod a nevýhod odchodu od rodičů

Zůstat bydlet u rodičů	
Výhody	Nevýhody
Nemusím si vařit, práť, žehlit.	Jsou tam hádky.
Nemám výdaje za bydlení.	Matka mě často kritizuje a nadává mi.
Nejsem sama, nenudím se.	Musím se přizpůsobovat požadavkům rodičů.
Cítím se tam bezpečně.	Musím chodit včas domů, jinak jančí.
Nemusím se tolik rozhodovat sama.	Nemůžu si přivést, koho chci a kdy chci.
Když je mi blbě, někdo mi vždy pomůže.	Stále mi vyčítají, že mě mají na krku.
	Nutí mě k pracím, které se mi nechťejí dělat v čase, který chci věnovat něčemu jinému.
	Hádky o televizní program.
Přestěhovat se do vlastního bytu	
Výhody	Nevýhody
Mám klid pro sebe.	Necítím se tam zatím dobře.
Můžu si dělat, co chci, klidně chodit pozdě, dělat nepořádek, válet se přes den v posteli atd.	Budu se muset o sebe starat, žehlit, vařit, práť, uklízet.
Můžu si to zařídit úplně podle sebe.	Budu mít větší finanční výdaje.
Můžu si tam přivést, koho chci.	Budu někdy sama a nebudu mít s kým mluvit, kdykoliv se mi zachce.
Budu se moci dívat na televizní program, který chci já.	Budu se bát v noci.
	Všechno bude na mně – rozhodování, sama se uklidnit, zvládnout příznaky, zvládnout úřady apod.

Nicméně výběr přístupů záleží na problémech a cílech, které jsme si s pacientem stanovili. Pro změnu mohou být důležité následující strategie:

- Změna stylu:** nácvik konkrétní zpětné vazby, nácvik řešení problémů, nácvik kontroly impulzivity, nácvik empatie, nácvik asertivity, nácvik intimních komunikačních dovedností, nácvik přesného popisu události.
- Změna schémat:** analýza a zpochybňování automatických myšlenek, analýza vzniku a zpochybňování maladaptivních schémat, testování schémat pomocí behaviorálních experimentů.

Z dlouhodobé perspektivy je nejdůležitější nácvik **kognitivní rekonstrukce** a **restrukturalizace** – ten umožňuje postupně měnit pacientův dojmologický způsob myšlení na více zaměřený a konstruktivní. Proces identifikace myšlenek a pocitů je někdy prvním krokem sloužícím k zaměření pozornosti a odlišení reality od extrémních představ.

Protože pacienti mají sklon k dramatizaci a často se nudí při jednotvárné činnosti, s výhodou jde použít dramatizace práce s automatickými myšlenkami. Například

pacientovo já se rozdělí do dvou osob – terapeut je „ďábel-našeptávač“ negativních myšlenek, pacient sám se stává „andělem“, který chrání před destrukcí pacientovo „dítě“ (emoční stav) tím, že racionálně automatická negativní našeptávání „ďábla-terapeuta“ odvrací. Rovněž za domácí cvičení může pacient dostat úkol nahrát si hlasité „zahánění“ automatických myšlenek na kazetu a pak si ji přehrávat.

Tab. 77 Příklad kognitivní rekonstrukce a restrukturalizace

Situace:	Přišla pozdě do práce, šéfová jí to vyčítá.
Automatické myšlenky:	Je to kráva. Závidí mi, že jsem mladá. Příště se hodím marod.
Emoce:	Vztek Sebelítost
Chování:	Arogantní odmítání Hádání se Únik do nemoci
Racionální reakce:	Asi bych měla chodit včas. Je to moje vina, zaspala jsem. Nemoc není řešení.
Akce:	Příště se omluvím, když přijdu pozdě. Zkusím chodit včas.
Dysfunkční schéma:	Musím na sebe upozornit, jinak nejsem nic (bezvýznamná opuštěná chudinka).
Vliv na vztahy:	K sobě – nestálost, povrchnost, nízká sebedůvěra Partnerovi – „mám na to“, italská domácnost, vyžadování pozornosti, stálá nespokojenost
Vliv na práci:	Nepřesnost, odmítá zodpovědnost Stěžuje si na křivdy od nadřízených, chodí pozdě, neklade si dlouhodobé cíle, je stále nespokojená – v roli oběti.
Vliv na životní styl:	Necítí zodpovědnost sama za sebe, nevědomky žádá pozornost a přítomnost, pokud je sama – nudí se, nemá zájmy a koníčky.
Akomodovaný postoj:	Mám hodnotu sama o sobě, nemusím na sebe upozorňovat. O problému se dá mluvit i v klidu.
Potenciální vliv na vztahy:	Větší sebepřijetí a klid Zklidnění vztahů, menší náročnost, větší oblíbenost
Potenciální vliv na práci:	Převzetí zodpovědnosti za svoje úkoly i pracovní dobu Vymizení pocitu „oběti“ Větší smysluplnost práce Zlepšení pracovních vztahů
Potenciální vliv na životní styl:	Převzetí zodpovědnosti za svůj volný čas Opuštění nátlaku na manžela, aby ji čas organizoval nebo aby ji bavil. Nalezení vlastních koníčků a zájmů
Dovednosti, které je potřebné se naučit:	Chovat se asertivně, nevyjadřovat se dramaticky, plánovat čas a sámostatně příjemné aktivity, naučit se systematicky řešit problémy.

Kontrola silných emočních reakcí může být jednou z nejdůležitějších strategií při prudkých emočních konfliktech, které pacient nedokáže ovládnout a které mu devastují blízké vztahy. Zachycení bezprostředních automatických myšlenek nemusí být dostatečné pro kontrolu situace, protože postižení používají příliš často emoční výbuchy k manipulaci situace. Tak například žena s histrionskou poruchou osobnosti má zlost na manžela, protože přišel pozdě z práce. Napadne ji: „Jak mi to může dělat? Nemiluje mě! Zemřu, když mě opustí!“ Zlostně vybuchne a udělá scénu. Manžel, aby měl klid, se omluví a na její vyžádání jí řekne, že o ni stojí. Tím částečně uklidní její potřebu ujištění, nicméně posílí její tendenci příště vybuchnout znovu. Ovšem když zareaguje také prudce, dojde k hádce, která po dramatickém průběhu nakonec dříve nebo později skončí usmířením. Tím žena ukojí nejen potřebu ujištění, ale i touhu po dobrodružství. Takže opět posílí zlostné výbuchy. Pokud je žena v léčbě, je schopna začít kontrolovat svoje výbuchy několika způsoby. Jednak tím, že si ujasní typické spouštěče a reakční vzorec na tyto spouštěče a začne některou část vzorce měnit – má šanci svoje chování zčásti začít ovládat. Může kontrolovat spouštěče (když se manžel zpožďuje, ona si jde zaběhat, aby ho nečekala), měnit kognice (pomocí kognitivní rekonstrukce) či chování (nacvičit podávání zpětné vazby a vyjádření vlastních potřeb), nebo důsledky (vždy po emočním výbuchu se ihned omluvit a jít umýt nebo udělat jinou užitečnou, ale nepříjemnou činnost). Z kognitivního hlediska však může být nejdůležitější, podobně jako u jakýchkoliv zlostných výbuchů, pokusit se o strategii řešení problémů. Důležité je, aby se nejdříve zeptala sama sebe: „Co doopravdy chci?“ a konkrétně definovala dosažení své potřeby jako cíle. Pak si může probrat různé alternativy, jak toho dosáhnout lepší cestou než výbuchem zlosti. Může si odpovědět různě, ale u histrionských pacientů jde nejčastěji o pozornost nebo vyjádření náklonnosti od partnera. Terapeut s ní může probrat různé alternativy, jak získat pozornost nebo vyjádření náklonnosti. V tomto brainstormingu je dobré probrat množství možných i nemožných alternativ, jako je např. dát mu najíst, pochválit ho, políbit, dívat se s ním na televizi a přitulit se k němu, poslat ho na jídlo do hospody, nikdy ho nečekat, ale jít za kamarádkou apod. Pak vybrat způsoby, které by mohly fungovat a napláňovat je jako behaviorální experimenty. Pacientka pak plánovitě zkouší různé strategie a zkoumá, která přinesla největší ovoce.

Behaviorální experimenty jsou také důležité pro nácvik tolerance vůči kritice a odmítnutí. Po nácviku zvládání kritiky se pacient učí vyžádat si kritiku od blízkých a sledovat, jak ji sám zvládá. Rovněž můžeme napláňovat „expoziční odmítnutí“, kdy pacient chodí s nepřiměřenými požadavky za cizími lidmi tak, aby odmítnutí bylo jisté.

Uspořádání terapie může být individuální, skupinové nebo rodinné. Skupinová terapie je vhodnější než individuální, protože pacient se hodně může učit modelováním a získává zpětnou vazbu na své chování od více osob. Výhodná je i kombinace obou modalit či kombinace individuální a párové terapie.

Ukončení léčby

Ukončení léčby je často obtížné pro pacientovy fantazie o trvalém vztahu s terapeutem. Bojí se léčbu ukončit, protože nevěří, že by našel ještě jinou osobu, která by mu natolik rozuměla. Je potřebné před ukončením predikovat možný separační problém, postupně snižovat frekvenci sezení a hlavně podporovat během celé terapie jiné zdravé vztahy v životě pacienta.

3.6 Anankastická porucha osobnosti (F60.5)

U této poruchy osobnosti pocity osobního ohrožení a pochybností vedou k nadměrné svědomitosti, puntičkářství, umíněnosti, rigidní morálce, opatrnosti a strnulosti. Často se v duchu zabývají pochybnostmi, obavami, starostmi. Jsou stále ve stavu zvýšené kontroly. Kontrolují nejen všechny detaily, ale i svoje emoce a druhé lidi.

Behaviorální komponentou je nutkavé jednání s nadměrnou svědomitostí, vzornou disciplínou, vytvářením seznamů, perfekcionistických plánů, oběžníků, kontrolováním sebe i druhých, moralizováním apod. Jsou nerozhodní, zabývají se nepodstatnými detaily, mají sklony k byrokracii. Často nejsou schopni vyhodit opotřebované a rozbité předměty, i když k nim nemají sentimentální vztah. Přestože se snaží být dokonalí, přesní a vždy připravení, zřídka kdy se jim těmto vysokým lafkám daří dostat. Zůstanou perfekcionisticky u detailu, ale souvislosti, kontext a celek jim často uniknou.

Hůře se jim vyjadřují vřelé emoce nebo příjemné pocity, jsou spíše rezervovaní. Výrazná je vnitřní nejistota. Mívají strach z vyjádření agrese.

Ve svých rodinách někdy zavádějí „tvrdou disciplínu“, což si mohou odnést hlavně děti. Pacienti bývají přehnaně svědomití, skrupulózní a nedůtkliví v oblastech morálky, etiky a hodnot, což vše ve výchově zdůrazňují. Bývají nadměrně spořiví, hromadění peněz je jim cílem, nikoli prostředkem.

I když bývají tyto osobnosti spokojeny se svými způsoby adaptace a do léčby se pak nedostanou, přece jen řada z nich pociťuje úzkost, nerozhodnost a nedostatek emocí jako problém. Pokud mají přiměřenou práci a bezkonfliktní vztahy, mohou fungovat bez problémů. Na změny se však obtížně adaptují. V zaměstnání kladou důraz na pracovní výkonnost, formální chování, často zavádějí pravidla, normy a kontrolují sebe i druhé. Veškerá aktivita je detailně dlouhodobě plánovaná. Pro pracovitost a svědomitost se mohou stát vedoucími pracovníky; často je to tragédie pro ně i pro podřízené: jsou nerozhodní a nejistí, nepružní, spíše kontrolují, vyrábějí nová pravidla a dotazníky, nejsou schopni delegovat pravomoci na druhé a tak sami podléhají stresu z nahromaděných

úkolů. Jsou zaměřeni na dodržování pravidel, pořádku a plánu. Zaměření na práci a výkon bývá na úkor odpočinku, zábavy a přátelských vztahů. Pokud dojde ke změně v plánu, prožívají silnou frustraci. Rovněž všechno nové, měnlivé nebo nepravidelné, na co nejsou připraveni, u nich vyvolává silný stres. Při zevní frustraci, kterou nedokážou zvládnout, snadno propadají depresi nebo úzkostné poruše, jen řídce OCD. Pak se snaží léčbu vyhledat.

Robert je čtyřačtyřicetiletý bankovní úředník. Vychován byl v rodině úředníka a učitelky. Oba rodiče dbali na pořádek, přesnost a zdůrazňovali spolehlivost a přesnost. Citové projevy, doteky, mazlení nebo svěřování se v rodině chyběly. Robert měl velmi dobrý prospěch ve škole, byl trémista, puntičkář, vždy přesný a spolehlivý. Na gymnáziu měl problémy s gramatikou v češtině, nicméně svojí pílí se postupně vypracoval na jedničku. Po gymnáziu pokračoval na ekonomické fakultě, kterou vystudoval s vynikajícím prospěchem. Po škole nastoupil v bance a pracuje tam už 18 let. S prací je spokojený, pouze změny v poslední době, kdy banku koupila zahraniční banka, snášel hůře – všeobecně nemá rád změny. Ovšem pořádek, který si od změny slibuje, ho uspokojuje. Ženatý je 16 let. Prvních deset let vnímal manželství jako spokojené; byl vždy vzorným manželem, který pomáhal v domácnosti, všechny povinnosti si přesně s manželkou rozdělil a co slíbil, to vždy plnil. „Žil jsem jen pro práci a pro rodinu!“ Manželka měla problémy svoje povinnosti plnit, občas ji musel pokárat. Ale celkem se to dařilo. Pravidelně jednou za 14 dnů chodili za kulturou, jednou za tři týdny na výlet. O děti pečoval vždy vzorně, od malička se jim snažil vštípit morální zásady, pečlivost a pracovitost. Před šesti lety však manželka „morálně selhala“. Našla si milence. Špatně to snášel, káral ji, ale nakonec, když milence opustila, jí to dokázal odpustit. Ale úplně jí už nikdy nevěřil. Dále se však snažil být perfektním manželem, otcem i milencem. Nyní si však manželka našla nového milence. „To jí odpustit už nikdy nedokážu!“ Proč mu je nevěrná, nad tím neuvažuje. Nevěru v každém případě pokládá za těžký přečin. On by to nikdy neudělal, i když s ním nikdy nebyla intimně tak často, jak by si přál. Její nevěra vedla k tomu, že přestal spát a objevila se nechuť k jídlu. Během měsíce zhubnul o 12 kg.

Při vyšetření: mluví bez vyzvání a téměř bez přestávek, potřebuje se pohoršlivě vynaříkat, nálada je depresivní, bez kolísání v průběhu rozhovoru, myšlení je výrazně katatymní, ruminuje o ublížení, není schopen na nic jiného myslet, stále se k tomu, co se mu stalo, musí vracet i od jiných anamnestických údajů. Jako by naléhal na nějakou zázračnou radu, která by celou situaci změnila. Řada vegetativních příznaků deprese a úzkosti – rovněž si na ně opakovaně stěžuje – jediné starosti o zdraví ho dokážou odvést od ruminací o zklamání. Sděluje, že se na manželku nezlobí, ale mluví o ní velmi zle, není schopen na ní najít nic dobrého (proč se tedy trápí, když tak hrozná manželka odchází?). Trpí úpornou nespavostí s předčasným probouzením a ranními pesimy, nálada se však situačně zhoršuje i k večeru (když tam žena není i když tam je, vše to připomíná situaci). Anhedonie, hypobolie, hypoprosexie, nechutensví, bez TS rozlad, bez psychotické produkce, mnezie a intelekt bez postižení, osobnost premorbidně s anankastickými rysy s přesností, snahou o naprostou dokonalost, spolehlivost, jistotu, potíže s diferencovaným prožíváním emocí.

Etiologie a patogeneze

Je předpokládána genetická dispozice. Anamnéza z dětství často ukazuje na autoritativní a rigidní výchovu. Život v původní rodině bývá charakteristický zadržováním emocí, nadměrnou kritičností k dětem a ostrakizací za projevy hněvu. Z klasického psychodynamického hlediska jde u anankastické poruchy osobnosti o fixaci na análním stupni psychosexuálního vývoje. Dětské infantilní análně-erotické impulzy se dostávají do konfliktu s rodičovskou snahou dítě socializovat (například nácvikem chzení na toaletu). Tento konflikt mezi vlastními libidózními potřebami a požadavky autorit pak prochází dalšími vývojovými stadii a hraje roli v etiologii poruchy (Perry a Vaillant, 1989). Nadměrná rodičovská kontrola, kriticismus a posměch může vést k pocitům nejistoty, které se pak postižený snaží odstranit pomocí perfekcionismu, excesivní kontroly, moralizování apod. Díky této fixaci dochází k permanentnímu soupeření s autoritativními osobami o to, kdo bude mít v situaci kontrolu.

Epidemiologie

Častější u mužů, pravděpodobný familiární přenos. Byla zjištěna vyšší konkordance u jednovaječných dvojčat.

Průběh

Intenzita projevů může kolísat. Letité rozladěnosti, nerozhodnost a obtíže vyjádřit své prožívání mohou být komplikované depresivními epizodami, rozvojem OCD, alkoholismem. Trpí potlačovanou zlobou z pocitu, že jsou kontrolováni druhými, extrémně citliví na sociální kritiku a nadměrně svědomití a moralizující.

Tab. 78 Diagnostická kritéria MKN-10 pro F60.5 – anankastická porucha osobnosti

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.

B. Musí být splněny nejméně čtyři z následujících příznaků:

- (1) pocity přehnaných pochyb a opatrnosti;
 - (2) přehnané zabývání se detaily, pravidly, seznamy, pořádkem, organizací nebo plánem;
 - (3) perfekcionismus, který je na úkor splnění úkolu;
 - (4) přehnaná svědomitost a puntičkářství;
 - (5) přehnané zabývání se produktivitou na úkor spokojenosti a interpersonálních vztahů;
 - (6) přehnané pedantství a tendence k sociální konvenčnosti;
 - (7) rigidita a paličatost;
 - (8) nerozumné vyžadování, aby se jiní přesně podřizovali způsobu práce jedince nebo nerozumný odpor ke způsobu práce druhých.
-

V období „krize středního věku“ je větší riziko vzniku těžké depresivní poruchy (Smolík, 1996). Je zvýšené nebezpečí rozvoje alkoholismu.

Diferenciální diagnóza

Obsedantně-kompulzivní porucha: U obsedantně-kompulzivní poruchy se objevují obsese a kompulze, které u kompulzivní poruchy osobnosti nejsou přítomny. OCD pacient svoje obsese považuje za egodystonní, naproti tomu člověk s anankastickou poruchou osobnosti svoje obavy a nejistoty za plně egosyntonní. Obě poruchy se mohou vyskytnout komorbidně.

Vyhýbavá (úzkostná) porucha osobnosti: Chybí pedanterie, přesnost, rigidita. Mohou se vyskytovat souběžně.

Změna osobnosti při tělesném onemocnění: Některá onemocnění postihující CNS, při tělesné vadě a ve spojitosti s chronickým užíváním psychoaktivních látek se mohou objevit změny osobnosti připomínající anankastickou poruchu osobnosti. Příčina je však jiná.

Přenos a protipřenos

Podřízení se autoritě může pacientovi činit velké problémy. Velmi precizně a detailně líčí všechny své potíže a často tím kontroluje rozhovor a jakoukoliv možnost terapeutovy intervence. Anankastičtí pacienti špatně snášejí žoviálnost, bodrost a zlehčování, protože ty jim připadají jako nesolidní demonstrace moci. Podobně terapeut, který má na stole a v pracovně nepořádek, může vyvolat až vzteklou reakci pacienta.

Pacient bývá disciplinovaný, tvrdohlavý a lakomý. Protože chce vše kontrolovat, může odmítat názory terapeuta. U terapeuta může vzbuzovat velké sympatie nebo naopak antipatie v závislosti na rysech terapeutovy osobnosti. Odtahitost a nedostatečná schopnost vyjádřit svoje emoce může některé terapeuty nudit nebo rozčilovat. Stávají se pak netrpělivými a nutí pacienta vyjadřovat emoce. To budí silný odpor. Lépe je akceptovat pacientovy obrany a posilovat je, nikoliv rozbíjet.

Podpůrná psychoterapie

Terapeut si může získat důvěru tím, že použije vědeckého přístupu a pečlivým odebráním anamnestických dat a trpělivým vyslechnutím nadměru detailního líčení obtíží. Podrobné vysvětlení podstaty poruchy i zvoleného přístupu k léčbě pomáhá výrazně zlepšit terapeutický vztah. Je důležité, aby pacient měl mož-

nost podílet se na krocích léčby od počátku jako partner, jinak skrytý boj o dominanci zabere veškerý čas sezení. Pacient má rád domácí úkoly, pokud vidí jejich smysl, plní je pečlivě a je nutno je s ním detailně probrat, jinak se cítí zklamán. Také miluje dotazníky a testy. Jako fokus, který může pomoci obejít běžný odpor pacientů s anankastickou poruchou osobnosti, je dobré si zvolit anxiety, pocity nerozhodnosti a myšlenkové ruminace. Terapeut může pacientovi pomoci prozkoumat jeho úzkost pomocí direktivních intervencí zaměřujících se na myšlenky produkující úzkost a zabránit mu, aby plýtl časem na vyplňování katalogů aktivit plných nedůležitých detailů.

Léčba by se měla zaměřit na pomoc pacientovi vyrovnat se se svými obavami z blízkosti a agrese, dále na redukci stresu, který si vytvářejí sami vinou perfekcionismu. Vhodný je nácvik porozumění vlastním emocím i jejich asertivnímu vyjádření. Tento bod je citlivý, protože anankastičtí pacienti jsou chyceni do sítě svých myšlenkových racionalizací a emoce vyjadřují velmi málo. Terapeut se nepokouší jako první odkrývat pacientovy emoce, ale začíná tam, kde to pacientovi jde dobře – zaměřuje se na jeho uvažování. Během procházení skrze pacientovy racionalizace a intelektualizace můžeme vytvořit atmosféru pro to, aby pacient sám pocítil potřebu uvědomit si, že to jsou i jeho emoce, které ho pohánějí (Novalis a kol., 1999).

Interpersonální vlivy

Základní výchovné vlivy:

- Přílišné lpění na řádu, principech a správnosti chování. Rodinné prostředí bývá chladné, často trestající za minimální prohřešky proti (často domnělému) řádu věcí.
- Za úspěch přichází jen minimální či žádné ocenění. Jako odměna slouží vyhnutí se trestu.
- Smích, emoce a afekty v rodině chybějí, je kladen důraz na racionální, pragmatickou stránku věcí.

V terapeutických intervencích se doporučuje přátelský, spolupracující přístup. Také je vhodná i rodinná terapie, pacienti totiž často přenášejí své přehnané samozvané řády i do své rodiny, často vytvořené s partnerem závislým. Pacienti sice v terapii fantazírují o „rodinné konferenci“ s původní rodinou, kde by proběhla konfrontace, bylo poukázáno na všechny nedostatky výchovy a celá konference by končila prosbou o odpuštění ze stran rodičů. Tato intervence se však nedoporučuje, je lepší se zaměřit na akceptování svých reálných i domnělých nedostatků, dále na to, že adaptivní chování v původní rodině je nyní ve své kvantitě přítěží. Benjaminová doporučuje pracovat na rozvíjení empatie, zejména směrem k sobě, jako k dítěti.

Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie může být přínosem zejména pro získávání schopnosti dosáhnout pocitu vřelosti a intimity a snížení přecitlivělosti na odmítání. Učí pacienta vyjadřovat emoce, neskrývat se za intelektualizace. Je to však obtížné, protože postižený zpravidla neví, co po něm skupina požaduje. Také ho emoční projevy druhých vyvádějí z míry a on se snaží kontrolovat situaci přes otázky k terapeutovi nebo přes vyjadřování moralizujících postojů. Pokud je skupina k jeho obranám laskavá, vývoj je zpravidla dobrý, postupně si je dovo-luje uvolnit a prožívá ve skupině větší a větší intimitu bez potřeby vše kontrolovat. Může se však stát „sucharem skupiny“, kdy z něj ostatní mají legraci a on sám tomu nerozumí. Přínos je pak minimální.

Farmakoterapie

V některých případech může být vhodná léčba antidepresivy, jako je clomipramin anebo SSRI. Týká se to zejména emočních rozlad, rozvoje dystymie nebo depresivní epizody, které se u pacientů s anankastickou poruchou objevují v době dekompenzace.

Psychodynamické aspekty

Rané psychoanalytické příspěvky týkající se anankastické osobnosti (Abraham, Freud, Jones) popisují její specifické charakterové rysy – zejména tvrdohlavost, šetrnost a pořádkumilovnost – v souvislosti s anální fází psychosexuálního vývoje. Lazare (1966) mimo uvedených análních rysů přidává emoční stažení, ulpívavost, odmítání druhých, rigiditu a silné superego. Tito pacienti odpovídají nevyřešenému Eriksonovu druhému stadiu psychosociálního vývoje s tématy autonomie versus stud a pochybnost.

Pacienti s těmito osobnostními rysy regradují od kastráční úzkosti oidipovského stadia na relativně bezpečnější předchozí anální stadium psychosexuálního vývoje. Jejich nutková pořádkumilovnost je vykládána jako obrana proti zabývání se análními tématy zadržování stolice, jejích derivátů, vyměšování a znečišťování. Obzvláštní potíže mají tito pacienti s vyjadřováním a prožíváním agrese, do vztahu je dáván nezvládnutý boj týkající se toaletního tréninku s mateřskou postavou v raném dětství. Zatvrzelost anankastických pacientů může vyrůstat ze stejných kořenů.

Nerozhodnost kompulzivních osob a jejich zúžený emoční repertoár je možné chápat jako obrany proti opravdovosti, spontánnosti a zodpovědnosti (Shapiro, 1965). Na hlubší úrovni musíme hledat, na místo čeho se člověk projevuje zra-

ňujícím, kontrolujícím až sadistickým a ničivým chováním, které si racionalizuje a intelektualizuje.

Pozdější teorie (Gabbard, 1985) jdou za anální výklad této poruchy a popisují více interpersonálních elementů, pocity méněcennosti těchto pacientů, potíže se zvládáním hněvu a pocitů závislosti a problémy v emočních vztazích. Jedinci s anankastickou poruchou osobnosti mají nízké sebehodnocení, v dětství nebyli adekvátně milováni nebo oceňováni rodiči. Často je v rodinách těchto pacientů přítomen chlad nebo odstup rodičů, v jiných případech děti vyžadovaly od rodičů více ocenění a potvrzení správnosti svých činů a pochvaly za ně. Rodiče rovněž často potlačovali normální průchod afektů hněvu i radosti u dítěte, vyžadovali klid, poslušnost a emoční indiferenci. Reprezentace takovýchto rodičovských postojů se poté nacházejí v trestajícím primitivním superegu anankastických pacientů. Pacient ve strachu uposlechne uvedených požadavků (i když s potlačovaným vztekem) s cílem být konečně rodiči po naplnění strohých kritérií přijat a oceněn. Požadavky jsou však nekončící a ocenění nepřichází. Pacienti rovněž mají silný strach ze **ztráty kontroly**, která by dala průchod potlačované agresi, kterou pacienti prožívají jako zničující (v nevědomí může mít obraz zničení rodičů). Z těchto důvodů se snaží mít stále sebe i okolní situaci pod kontrolou, což jim znemožňuje uspokojivé prožívání. Oproti obsedantně-kompulzivní poruše však anankastičtí pacienti vnímají většinou svoje prožitky jako egosyntonní.

Obranné mechanismy odpovídají vyjádření silné potřeby po závislosti ve vztahu a pocitům hněvu a agrese vůči pečujícím osobám. **Izolace afektu** umožňuje racionálně některé pohnutky vědomě přijímat, emoce s nimi spojená je však oddělena a pacient ji neprožívá. **Odčínění** představuje verbální nebo behaviorální aktivitu odčínující nepřijatelnou myšlenku, přání nebo prožitek nejčastěji agresivní povahy a je často součástí kompulzivního chování. **Reaktivní formace** mění impulzy nebo postoje do protikladného obrazu, například nevědomě nenáviděnou osobu mohou zahrnovat okázalou (nicméně nadměrnou a dusící, tedy agresivní) láskou. S tímto souvisí extrémně nezávislé postoje (pseudonezávislost), ve kterých pacient eliminuje emoční závislost na jakékoli osobě. Podobně zcela chladný zevnějšek, emoční distance a odtažitá prezentace sebe sama brání projevům potlačovaného hněvu (ale přesto jsou v zastřené podobě projevem agrese). **Přesun afektu** mění cíl prožívaného hněvu na osobu či předmět symbolicky svázané s původním objektem, na který měl pacient vztek. Je však méně nebezpečný vzhledem k protiakci a méně rizikový z zřejmení původních pohnutek. (Místo nadříceného nakopnu psa nebo skříň.)

Psychodynamická terapie

Na rozdíl od refrakternosti obsedantně-kompulzivní poruchy vzhledem k psychoanalytickým terapiím pacienti s anankastickou poruchou osobnosti mohou mít velké zisky z expresivně vedené analytické léčby. Témata mohou být zpracovávána

v individuálním i skupinovém uspořádání. Jednou ze základních premis analytické léčby anankastických pacientů je jejich silný strach ze ztráty kontroly, koncepce nevědomých (jimi nekontrolovatelných) procesů jejich obavy oslovuje. Proto se řada anankastických pacientů vyhýbá přijetí základní koncepce dynamických terapií o nevědomých zdrojích prožívání a chování. S využitím obranných mechanismů může pacient tento model racionálně přijmout, terapeutovy interpretace však neprožívá. Pacienti s anankastickou poruchou osobnosti v počátku terapie poskytují nekonečný výčet faktických údajů o událostech bez zjevných emocí, které se k nim vážou. Často se popisuje nesouvislý tok hovoru těchto pacientů se skoky od tématu k tématu bez přímočarých propojujících elementů, odpovídající absenci uvědomění si emočních důvodů k těmto skokům. Všechny tyto manévry slouží k ochraně před ozřejmením skutečných pocitů a přání. Častým rizikem v terapii těchto pacientů je silná snaha stát se „dokonalým pacientem“, s nevědomým cílem dosáhnout konečně přijetí a ocenění. Pacient může produkovat to, o čem si myslí, že od něj terapeut očekává, což ovšem nepředstavuje jeho autentické prožitky. Ritualizovaná jsou rovněž terapeutická sezení, vzhledem k análnímu spořivým rysům mohou vyvstat potíže s případnou úhradou terapie.

V terapeutickém procesu je velmi důležité nespouštět ze zřetele protipřenosové postoje. Terapeut se může cítit být znaven, unuděn a emočně se stahuje od mechanické nesourodé prezentace plochých informací, kterými je pacientem zahlcen. Tímto izoluje afekt, stejně jako pacient, ve snaze vyhnout se uvědomění, že je podrážděn a má vztek na neuspokojující práci. Jiným protipřenosovým rizikem je skotomizace určitých aspektů pacientovy psychopatologie z důvodu obsedantně-kompulzivních rysů terapeuta. Obsedantně-kompulzivní a anální rysy jsou vysoce adaptivní v průběhu medicínského a hlavně analytického vzdělání (Gabbard, 2001), proto může být terapeut náchylný k přehlížení důsledků anankastického osobnostního stylu u pacienta, případně rovněž k potlačování svých negativních protipřenosových pocitů. Rovněž uvědomění si důsledků obsedantně-kompulzivních sklonů pacienta může vést u terapeuta k nepříjemným pocitům, neboť životní situace pacienta může rezonovat s vlastní životní situací terapeuta.

Jednou z uváděných strategií v léčbě anankastických pacientů je zviditelnění pocitů pacienta přímo v terapeutické situaci a vyhnutí se záplavě irelevantních údajů. Opakované zaměření pozornosti do terapeutické hodiny „zde a nyní“ může být efektivní, vyžaduje však nejprve vznik bezpečného terapeutického prostředí.

V rámci přenosu pacient vnímá terapeuta jako kritické, posuzující a trestající superego, na druhou stranu jej rovněž velmi kriticky hodnotí a soudí. Pokud pacient zjistí, že terapeut a ostatní lidé (většinou) k němu nejsou tak kritičtí jako on (případně jeho rodiče) k nim, jeho přísné superego se může stát benignějším.

Anankastičtí pacienti se často trápí a mučí přesvědčením, že učinili v minulosti něco špatného, nejčastěji souvisejícího s agresí, sexem nebo studem („zločin v představě“). V rámci magického myšlení mohou být nevědomě přesvědčeni, že myšlenka má stejnou hodnotu jako čin, proto práce na těchto tématech v po-

kročilejších stádiích terapie je krucální pro obnovení pocitu vlastní hodnoty a odbourání pocitů studu.

Tito pacienti tedy velmi dobře prospívají v psychoanalytické psychoterapii nebo psychoanalýze. Terapeut však musí být relativně aktivní v léčbě. Lepší než intelektualizovat je soustředit se na pocity, kterým se pacienti mají tendenci vyhýbat. Další obrany typické pro tuto poruchu jsou racionalizace, izolace, potlačení a reaktivní formace. Ty musí být identifikovány a klasifikovány.

Kognitivně-behaviorální terapie

Typický je perfekcionismus, který narušuje zvládání životních úkolů. Pacient s anankastickou poruchou osobnosti se neustále snaží neudělat žádnou chybu. Žije s postojem, že udělat chybu znamená katastrofu. O lásku druhých usiluje perfekcionismem a nechápe, proč druzí nejsou tak blízko. V jeho kognicích jsou neustálá varování, co vše by mohlo nevyjít dokonale přesně, což ho naplňuje napětím. Jedním z hlavních cílů terapie je naučit se „více cítit a prožívat, méně myslet“.

Jednou z charakteristik anankastických pacientů je přísně zaměřený způsob myšlení. Jsou neustále pozorní a koncentrovaní a jen zřídka nechávají svoji pozornost bloudit. Proto bývají dobrými techniky a jsou výteční v detailních úlohách, ale mají problém s více globálním a impresionistickým pohledem na věci. Dalším rysem je narušený pocit autonomie – tito lidé mají sebe-řízení jakoby přesunutě z normální chtěné volby a svobodného chování na uvědomělé řízení každého konání. Základním aspektem jejich zkušeností bývá myšlenka „měl bych“. Další kognitivní maladaptivní složkou bývá silné přesvědčení o existenci absolutně správného řešení pro lidské problémy. Při setkávání s realitou to vede k nadměrnému pochybování, odkládání, nadměrné pozornosti pro detaily a nejistotě při rozhodování.

Zaangažování (zapojení) do terapie

Terapeutický vztah je u těchto pacientů založen spíše na respektování terapeutových schopností než na emocionálním vztahu. Pokud se pokoušíme pacienta tlačit do emocionálního vztahu, může to vést k předčasnému ukončení léčby. Pacient zpravidla chce pracovat na množství detailních cílů. Je potřebné s ním probrat, že to není možné, a naučit ho stanovit si priority. Pacient s touto poruchou osobnosti ochotně plní zadání, nadměrně se soustředí na podrobnosti, vesměs pečlivě vypracovává domácí úkoly. Ve většině případů se snaží spolupracovat stejně perfektně, jako dělá věci ve svém životě. Obtížné je však pro něj najít si svoje cíle, nikoliv cíle, „jaké by měl mít“.

Analýza vzorců

Pacient s anankastickou poruchou osobnosti je typický perfekcionista, puntičkář, suchar. Zpravidla vyrůstal v prostředí, kde měl podobný vzor v rodiči, nebo zažil protichůdná poselství, takže nyní se snaží mít vše pod kontrolou.

Spouštěčem jeho nepohody bývají malé strukturované situace, nařízení autorit, se kterými nesouhlasí, ale také blízké vztahy, zejména je napadán blízkými za nedostatečné vyjadřování emocí. Proč, tomu vlastně nerozumí. Reaguje na to zpravidla moralizováním. Snadno se dostává do partnerských konfliktů, ve kterých sám moralizuje a partner reaguje emotivně. Platí to zejména, pokud si vybral histrionského partnera (partnerku). Takovou situaci nedokáže dvojice řešit.

V **afektivním stylu** je typické potlačování afektů a izolace emocí. Špatně snáší i malou nejistotu. Časté je napětí, úzkost, ale i bezradnost, smutek a bezmoc. Při porušení pravidel druhou osobou se objevuje silná zlost.

V **kognitivním stylu** jsou typické kognitivní distorze, jako je černobílé vidění (perfektní versus defektní), nadměrná generalizace (chyba znamená odmítnutí), zveličování, katastrofizace, pohánění sebe sama („bychy a musy“). V myšlení je časté přemítání, zvažování pro a proti i u banálních rozhodnutí, zaměřování se na detaily a podrobnosti, nadměrná ustaranost o každodenní záležitosti. Typický pohled na sebe mu říká: „Nesmím udělat žádnou chybu!“ Je přesvědčen, že nic není dost dobré, musí vše dělat ještě lépe. Nutí se zcela kontrolovat svoje emoce. Zaměřuje se na detaily, protože „chyby, omyly a nedostatky absolutně nelze tolerovat“. Pokud neodvede perfektní práci, říká si, že není k ničemu. Na svět kolem sebe se dívá jako na nepředvídatelný a nadměrně náročný. Typické automatické myšlenky bývají typu:

„Potřebuji to udělat perfektně!“

„Musím to udělat podle sebe, jinak to nebude správně!“

„Měl bych dělat něco užitečného a neztrácet zbytečně čas!“

„Raději si to dobře promyslím, abych neudělal chybu!“

„Měl bych si ten starý kufr odložit, protože se může někdy hodit!“

„Měl bych mít chuť dělat tento úkol!“

„Musím se na tom večírku dobře bavit!“

„Co když zapomenu něco zabalit?!“

Mezi nejdůležitější problematické **předpoklady** patří:

■ **Existuje správné a nesprávné chování, rozhodnutí a emoce.** Cokoliv nezapadá do jejich jednotvárné koncepce, je nedokonalé, a proto „nesprávné“.

■ **„Musím se vyhnout chybám, abych za něco stál.“** Pokud anankastičtí lidé dělají nebo cítí něco, co není dokonalé, často z toho udělají závěr, že nestojí za nic. Protože nic nemůže být stále perfektní, trpí tito pacienti pochybnostmi o sobě a nízkým sebevědomím.

■ „**Udělat chybu znamená selhat a selhání je netolerovatelné.**“ To může vést k tomu, že mnohé běžné chyby a nedokonalost běžného života může pacient cítit jako své selhání a katastrofu.

■ „**Udělat chybu znamená, že budu kritizován a odmítnut druhými.**“ Když někdo není dokonalý, není k sobě také dost kritický a dovoluje, aby se děly další chyby. Tím pádem musí být kritizován zvenčí, jinak se budou chyby stále více hromadit a stane se katastrofa a on bude bezcenný.

K dalším patří:

■ „**Musím mít perfektně pod kontrolou jak sebe, tak svoje okolí. Ztráta kontroly je netolerovatelná.**“

■ „**Jakékoliv riziko je nepřijatelné.**“

■ „**Pokud není jasné, jak se dá něco udělat perfektně, nemělo by se dělat nic.**“

■ „**Pokud se nebudu stále popohánět a nutit, dopadnu špatně.**“

Pro **behaviorální styl** je typické rigidní chování, snaha vše předem naplánovat, odkládání věcí a nerozhodnost, ujišťování se a zabezpečování. Ve vztahu k druhým je časté moralizování, poučování a kontrolování.

Tab. 79 Důležité komponenty KBT modelu anankastické poruchy osobnosti

Jádrové přesvědčení o sobě	Nedokážu dostatečně kontrolovat dění kolem sebe.
Jádrové přesvědčení o druhých lidech	Druzí mohou být nezodpovědní.
Odvozené předpoklady	Když budu perfektní, lidé mě přijmou. Nic není dost dobré, musím to dělat ještě lépe. Musím zcela kontrolovat svoje emoce. Když nebudu 100% zodpovědný, může se mi zřítit svět. Když zavedu přesná pravidla, dopadne to dobře. Chyby, omyly a nedostatky absolutně nelze tolerovat. Když neodvedu zcela perfektní práci, pak nejsem k ničemu.
Nedostatečně rozvinuté strategie	Spontaneita, impulzivita
Nadměrně rozvinuté strategie	Kontrola, odpovědnost, systematizace
Zaměření pozornosti	Na detaily
Nejčastější způsoby zpracování informací	Perfekcionismus, pro detail se ztrácí celek
Typické chování	Rigidně kontroluje druhé, aplikuje pravidla, moralizuje, hodnotí.

Změna vzorců

Na počátku je velmi důležité vysvětlit pacientovi KBT model poruchy. Že jeho pocity a chování jsou založené na jeho vnímání, myšlenkách a na významu,

který přisuzuje událostem ve svém životě. Od počátku po pacientovi chceme, aby zaznamenával automatické myšlenky do záznamu. Pak je nejdříve společně testujeme v sezeních a pacient se to učí dělat sám doma. Ze záznamů brzy vyplyne, že většina frustrací souvisí s jeho perfekcionismem a snahou po nadměrné kontrole. Užitečné je pak testovat kognitivní schémata, jejich vznik v minulosti a jejich důsledky pro život. To umožňuje posléze schéma modifikovat nebo akomodovat. Nový pohled je potřebné přenést do co nejširšího počtu běžných situací pomocí behaviorálních experimentů. Na kontrolu časté úzkostnosti a vegetativních příznaků může výrazně pomoci relaxace a kontrola dechu.

Kognitivní techniky se snaží pacientovi pomoci snížit excesivní potřebu kontroly a perfekcionismu. Terapeutické metody jsou zaměřeny na:

- a) **Změnu stylu:** nácvik řešení problémů, nácvik uvědomování si vlastních emocí, nácvik empatie, nácvik interpersonálních dovedností.
- b) **Změnu schémat:** analýza a zpochybňování automatických myšlenek, analýza vzniku a zpochybňování maladaptivních schémat, testování schémat pomocí behaviorálních experimentů.

Terapie může být uspořádána individuálně, skupinově nebo rodinně. Skupinová je vhodnější než individuální, výhodná je i kombinace obou modalit či kombinace individuální a párové terapie.

Ukončení léčby

Před ukončením terapie je pacient s anankastickou poruchou osobnosti často ambivalentní. Často má pocit, že ještě vše perfektně nevyřešil a je stále na čem pracovat, na druhé straně je mu nepřijemná možná kontrola terapeutem. V terapii je potřebné se těmito kognicemi, které se objevují na konci léčby, zabývat. Typické je postupné snižování frekvence setkání.

3.7 Vyhybavá (anxiózní) porucha osobnosti (F60.6)

Typickým představitelem je stále napjatý úzkostný člověk, který se bojí druhých, protože očekává, že jej budou kritizovat, sebepodceňující se, očekávající neúspěch, obvykle bývá osamělý nebo má jen málo blízkých. Mívá nízké sebevědomí. Dominují pocity napětí a obav, strach ze znehodnocení druhými. Potenciální nebezpečí odmítnutí a jeho důsledky zveličuje. Z toho vyplývá vyhýbání se sociálním situacím, přestože po blízkosti velmi touží. Vyhybavá osoba může mít bohatý vnitřní život a pocity, ale v sociálních vztazích se jeví jako stažená a lhostejná. Tito lidé jsou přecitlivělí na odmítnutí, proto se situacím, kde by hrozilo, snaží předem vy-

hnout. V blízkých vztazích, pokud jsou dobré, mohou prosperovat velmi dobře. Nová setkání však vnímají s nedůvěrou a strachem. Vyhýbají se sociálním interakcím ze strachu z negativního hodnocení ze strany druhých. Takový člověk se často cítí vůči druhým méněcenný, nepřítažlivý a neschopný a nerad se pouští do aktivit spojených s osobním rizikem a do nových činností, protože se obává, že se před druhými zsměšní. Ve společnosti trpí intenzivními pocity napětí, obav, nejistoty a méněcennosti. Jsou precitlivělí na kritiku a odmítnutí.

Pavel je dvaatřicetiletý architekt. Jako jediné dítě byl vystaven nadměrným nárokům rodičů na výkon. Oba rodiče hodně dali na to, jak je rodina viděna okolím, a pokud Pavel v něčem nevyhovoval, byl nadměrně kritizován nebo se mu otec posmíval. Pavel je svobodný, bezdětný, žije sám. Většinou se společnosti vyhýbá, protože je přesvědčen, že se bavit neumí. Pokud se do společnosti dostane, vesměs mlčky sedí, cítí takové napětí, že buď uteče, nebo se opije. Cítí se tam trapně. Dívku si dosud nenašel. Obával se, že žádná dívka by o něj nestála, protože je nesmělý, vlastně nezajímavý a neměl by jí co nabídnout. Mezi lidmi cítil stále napětí a obavy ze selhání. Před 12 lety pobyl dva měsíce v Lobči pro úzkost mezi lidmi. Ve skupině se nejdříve cítil hrozně a chtěl utéct, během dvou týdnů se mu však podařilo adaptovat. Skupině se dokázal svěřit, nikdo se mu neposmíval, naopak ho ostatní podpořili. Většina lidí, kteří zde byli, měla některé podobné problémy. Ke skupině posléze přilnul, ostatním důvěřoval. Tehdy došlo k mírnému zlepšení a dlouho se pak nepotřeboval léčit, i když v průběhu času se stále více a více společnosti vyhýbal a postupně téměř od lidí izoloval. Posledních pět let chodí jen do práce a z práce domů, kde komunikuje s rodiči. Jinak se s nikým nestýká. Vyčítá si to, ale je přesvědčen, že by se před lidmi ztrapnil. Letos cítí zhoršení stavu. Objevují se několikadenní období smutné nálady, nic ho nebaví, je unavený a vyčerpaný, v práci se nedokáže soustředit.

Tab. 80 Diagnostická kritéria MKN-10 pro F60.6 – vyhýbavá porucha osobnosti

-
- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.
 B. Musí být splněny nejméně čtyři z následujících příznaků:
- (1) trvalé a pronikavé pocity napětí a obav;
 - (2) přesvědčení o vlastní sociální neobratnosti, nedostatku osobní přitažlivosti nebo vlastní neschopnosti ve srovnání s jinými;
 - (3) nadměrné zabývání se tím, že bude kritizován nebo odmítnut v sociálních situacích;
 - (4) nechuť stýkat se s lidmi, pokud není jisté, že bude oblíben;
 - (5) omezení životního stylu kvůli potřebě fyzické jistoty;
 - (6) vyhýbání se sociálním a pracovním činnostem, pro něž jsou významné meziosobní kontakty, ze strachu z kritiky, nesouhlasu nebo odmítnutí.
-

Etiologie a patogeneze

Nejjednodušší a nejméně agresivní reakcí na ohrožení je únik nebo vyhnutí se. Tyto strategie pak vedou k rozvoji vyhýbavého chování. Millon (1981) soudí, že tato porucha se rozvíjí na základě rodičovského odmítání a cenzury, které jsou

pak posíleny odmítáním vrstevníků. Psychodynamická teorie soudí, že vyhýbavé chování pramení z časných životních zkušeností, které vedly k přehnané touze po přijetí a intoleranci kritiky. Výzkum v biologické oblasti zdůrazňuje v rozvoji vyhýbavého chování význam vrozeného temperamentu (Kagan, 1989). Příčinné faktory mohou být smíšené. Je možná částečná genetická podmíněnost. Pacienti s vyhýbavou poruchou osobnosti mívají blízké příbuzné s poruchami osobnosti ze stejného okruhu (vyhýbavá, anankastická, závislá nebo pasivně-agresivní).

Důležitou roli má však prostředí a výchova v dětství. Rodiče bývají příliš starostliví, varující před vnějším nebezpečím. Děti, které nebyly dostatečně přijímány nebo byly ponižovány, trpí častěji nedostatečným sebevědomím, které může vést k vyhýbání se sociálním situacím. Psychodynamická teorie naznačuje, že vyhýbavé chování může vzniknout z časných životních zkušeností, které vedly k nadměrné potřebě přijetí druhými, nebo ze zkušeností odmítání a nadměrné kritiky. Tento problém je pak posílen ve škole a může generalizovat do očekávání odmítnutí od každého. Popsány byly také traumatické zážitky (sexuální zneužívání, brutalita) s následným rozvojem posttraumatické stresové poruchy a v dalším vývoji i vyhýbavé poruchy osobnosti.

Predispozičními faktory mohou být hlavně úzkostná porucha v dětství a adolescenci, deformující tělesná vada nebo porucha.

Epidemiologie

Epidemiologie poruchy není známa, odhaduje se prevalence kolem jednoho procenta, ale v klinické populaci až 10 %. Obě pohlaví jsou postižena stejně často. Častá je komorbidita s anankastickou poruchou osobnosti.

Průběh

Tato porucha často navazuje na dětský strach z cizích lidí a nadměrnou stýdlivost ve školních letech. Výrazné zhoršení je v období adolescence, kdy celá řada sociálních situací vyžaduje pružnou adaptaci a riziko výsměchu je relativně velké. Porucha se zpravidla udržuje v období dospělosti a má tendence pozvolna slábnout s věkem. Lidé trpící touto poruchou se projevují nesdílností v sociálně náročnějších situacích, vyhýbáním se aktivitám, které vyžadují interpersonální kontakty, přecitlivělostí na kritiku. Při vystavení náročnější situaci upadají do zmatku s projevy úzkosti. Nejčastějšími komplikacemi mohou být depresivní epizoda, dystymie, panická porucha, agorafobie nebo sociální fobie.

Lidem s touto poruchou se zpravidla lépe daří v chráněném prostředí. Proto je prognóza hodně závislá na prostředí a okolnostech.

Diferenciální diagnóza

Sociální fobie: Postižený se vyhýbá spíše specifickým sociálním situacím než meziosobním vztahům. Mohou existovat v komorbiditě (až v 60 %).

Schizoidní porucha osobnosti a schizotypní porucha: Rozdíl je zejména v sociální izolaci. Lidé s vyhýbavou poruchou osobnosti však touží po hlubším a stabilním vztahu.

Závislá porucha osobnosti: Lidé se závislou poruchou osobnosti se nevyhýbají kontaktům, naopak je rychle umějí najít. Dominuje u nich strach z odmítnutí.

Změna osobnosti při tělesném onemocnění: Nemoci, které postihují CNS, lidé s tělesnou vadou a lidé chronicky užívající psychoaktivní látky někdy rozvinou rysy vyhýbavé poruchy osobnosti.

Častá je **komorbidita** s anankastickou a závislou poruchou osobnosti.

Přenos a protipřenos

Nejčastěji se **přenos** pacienta s vyhýbavou poruchou osobnosti manifestuje testováním terapeutovy tolerance, konkrétně jeho schopnosti morálně nehodnotit pacienta, neodsuzovat, nekritizovat a pečovat. Toto přenosové testování se objevuje zejména v prvních setkáních. Při prediktivní interpretaci (pacientovi předem sdělíme, že toto chování je u lidí, kteří mají podobné problémy jako on, velmi časté) můžeme toto období zkrátit. Po období testování si může někdy pacient k terapeutovi naopak vytvořit vztah přehnané důvěry. Pacient se snadno stává na terapeutovi závislým. Deleguje na terapeuta svá životní rozhodnutí, protože vlastnímu úsudku tolik nevěří. Může pak terapeuta zbožňovat a být přesvědčen o jeho nekonečných kvalitách. Terapeut pak může být protipřenosově blokován v některých terapeutických záměrech a interpretacích, aby tuto důvěru neztratil, a sloužit jako poradce na celý život. Úkol terapeuta je však opačný – postupně jemně, ale jasně snižovat závislost pacienta a předávat mu větší a větší zodpovědnost.

Typickým **protipřenosovým** problémem u těchto pacientů je frustrace terapeuta z testování na počátku terapie. Terapeut může být frustrován ambivalencí pacienta k léčbě, jeho váháním zvolit si léčebné cíle, pozdními příchody, měněním času setkání a nakonec i jeho předčasným ukončením léčby apod. V druhém období, kdy pacient přilne a terapeuta obdivuje, snadno může terapeut propadnout svým onipotentním představám, nebo je naopak frustrován z nesplněných nadměrných očekávání od pacienta (např. že pacient bude sociálně fungovat daleko lépe, než se daří). Představa, že pacient bude stejně důvěřovat jiným lidem, jako důvěřuje terapeutovi, je mylná. Při práci s protipřenosem je vhodné se zabývat zejména nadměrnými očekáváními od pacienta.

Podpůrná psychoterapie

Vyhledání terapeuta může být vážný problém. Pacienti s vyhubou poruchou osobnosti mají často problém do terapie vůbec přijít. Terapeut je pro ně nový člověk a představa, že by se měli psychologicky odhalit, je děs – obávají se, že terapeut je prohlédne a bude podceňovat tak, jak se podceňují sami. Proto od začátku terapie mají problém rozvinout v terapii stálý vztah. Někdy dokonce i po měsících dobré spolupráce může jediná poznámka, která zasáhne necitlivě sebeuctu pacienta (nebo si ji tak „přečte“), znamenat ztrátu důvěry a nutkání z terapie utéct.

Proti pacientovým představám, že je pro terapeuta bezvýznamným a že ho obtěžuje, je možné bojovat otevřeným projevem sympatií, starostlivostí, pečlivostí a přesným dodržováním dohodnutých časů.

Terapeut má představovat stabilní, předvídatelnou a dostupnou podporující osobu. Nejdůležitějším zaměřením je posilování a podpora pacientovy sebeucty. Některé z přístupů, které používáme při léčbě sociální fobie, jsou velmi vhodné u vyhubé poruchy osobnosti. Mluvíme s pacientem o strachu z ponížení a probíráme alternativy, jak by se mohl zachovat, kdyby opravdu ponížený byl, jaké by měl pocity a jak by mohl situaci překonat.

Léčba spočívá v postupném povzbuzování k odvaze být mezi lidmi, náviku asertivity a sociálních dovedností. Zapojení do terapie se děje pomocí podpůrných technik s respektem k nadměrné přecitlivělosti pacienta na odmítnutí a kritiku a pomocí jemných interpretací vyhýbání jako pochopitelné obrany. I když na počátku léčby tito pacienti tolerují pouze podpůrné přístupy, po přijetí terapeuta mohou mít prospěch jak z krátkodobé, tak dlouhodobé psychoanalytické terapie. Užitečná je skupinová psychoterapie.

Interpersonální vlivy

Základní výchovné vlivy:

- Rodinné vztahy jsou u této poruchy na rozdíl od mnoha jiných harmonické, je poskytována podpora, láska a přijetí v docela rozumné míře, ovšem s dovětkem, že svět vně rodiny je méně tolerantní, kritický.
- Klade se důraz na soudržnost rodiny.
- Vychovávající však klade až nepatřičný důraz na názory jiných lidí a na kultivovanou a důstojnou sociální image.
- Jakákoliv odchylka v chování, vzhledu, názorech je vnímána jako ostuda, ponížení.

V terapii jsou tito pacienti často velice laojální a dobře spolupracují, avšak doma jsou často nabádáni k tomu, aby neříkali vše, udrželi rodinné tajemství apod. Na toto je potřeba poukazovat a hledat, kde se tento vliv objevuje i v jiných mimorodinných vztazích.

Skupinová psychoterapie

Pacienti s vyhybavou poruchou osobnosti mají pochopitelně obrovský strach z práce ve skupině. Bohužel velmi často ze skupin utíkají již na počátku skupinové práce. Proto je vhodné paralelní skupinové a individuální vedení do té doby, než pacient získá ke skupině základní důvěru. Právě práce ve skupině může lidem trpícím vyhybavou poruchou osobnosti nejvíce pomoci díky přijímající atmosféře a četným zpětným vazbám. Ve skupině mají možnost přirozeně cvičit sociální dovednosti, zkusit se otevřít spolupraciantům a tím otestovat, zda mohou druhým důvěřovat. Empatická skupinová psychoterapie tak může těmto pacientům pomoci v překonání sociální úzkosti.

Běžně adaptace na skupinu trvá této skupině pacientů déle než u neurotických pacientů i u jiných poruch osobnosti. Zpočátku zůstávají uzavření, stranou, sedají si automaticky za kruh skupiny, vyhýbají se očnímu kontaktu s ostatními členy i terapeuti. Jsou příliš soustředění na to, jak budou sami vypadat, než aby plně vnímali dění ve skupině. Nicméně příběhy ostatních jim ukazují, že nejsou sami, kdo si nevěří a má pochybnosti o své přijatelnosti pro druhé. Tento fenomén „univerzality“ pro ně znamená velké posílení k tomu, aby mohli mluvit o sobě. Pokud je jejich výpověď posílena ostatními (a to si potřebuje terapeut hlídat a umožnit), velmi rychle ke skupině přilnou jako k prostředí, kde se cítí dobře a nemusejí se tolik skrývat. Někdy skupinu prožívají jako „první opravdovou rodinu, kde jsem mohl být upřímný a nebát se výsměchu nebo kritiky“.

Před ukončením skupiny však mívají problémy s osamostatněním se, protože podobně, jak se zpočátku vyhýbali blízkosti, se jí nyní těžce zřikají. Obávají se, že podobně bezpečné prostředí už nikdy nenajdou. V tom mají bohužel často pravdu. Nicméně je potřebné posílit je v tom, že jejich zranitelnost pro odmítnutí i kritiku je po skupinové zkušenosti nižší a tak mají šanci zvládnout i více zatěžující podmínky.

Farmakoterapie

Předběžná data ukazují, že pacienti s vyhybavou poruchou osobnosti se zlepšují po antidepresivech ze skupiny IMAO, RIMA a SSRI (Deltito a Stam, 1989; Versiani a kol., 1992). Při vegetativním doprovodu mohou pomoci beta-blokátory. Benzodiazepiny mohou pomoci od panických záchvatů, které se u této poruchy někdy objevují, z dlouhodobého hlediska je však nutné před nimi varovat.

Psychodynamické aspekty

Vyhybavá porucha osobnosti je charakterizována inhibicí, introverzí a úzkostí vázanou na sociální situace. Kretschmer (1925) popisuje osobnosti s „přecitlivělým uzavřením do sebe“. Horneyová (1945) píše o pacientech s osobnostním nastavením

„vyhýbajícím se ostatním“. Miloon (1969) uvádí obraz vyhýbavého osobnostního rysu s aktivním vzdálením se ze vztahů, kdy daný jedinec na jednu stranu touží po blízkých vztazích, na druhou stranu se jim vyhýbá ze strachu z odmítnutí a zranění. Koncepce vyhýbavé poruchy osobnosti byla kritizována pro svou podobnost se schizoidní poruchou osobnosti, odlišný je však jejich postoj ke vztahům. Schizoidní pacienti o ně nemají příliš velký zájem, pacienti s vyhýbavou poruchou osobnosti po nich vřele touží, avšak strach z odmítnutí vede k jejich osamělosti.

V prvním kontaktu je nutné těmto pacientům garantovat jejich přijetí, poté jsou schopni emočně adekvátně reagovat a poskytovat informace. Typické bývá, že tito pacienti jsou v kontrolovaných klinických podmínkách podstatně lépe adaptovaní než v běžných sociálních situacích. Pacienti většinou sdělují řadu událostí, ve kterých cítili stud a úzkost v konfrontaci s druhými lidmi, i nejtriviálnější každodenní situace pro ně mohou být velkým problémem. Nejčastější témata, která se těchto pacientů týkají, jsou: pocity defektnosti, nízká tolerance k dysforickému ladění, výrazná sebekritičnost, „aktivní sociální stažení“, ústup ze vztahů i po minimálním selhání nebo zklamání, navenek nezainteresovaný vzhled, avšak uvnitř hypersenzitivita, stydlivost, strach z odmítnutí, výrazná citlivost vůči kritice, vztahy typu „láska na dálku“.

Mimo genetického podílu, blízkého generalizované úzkostné poruše, se při rozvoji vyhýbavé poruchy osobnosti popisuje řada psychosociálních aspektů. Někteří z těchto pacientů byli v dětství ponižováni, kritizováni a zesměšňováni rodiči, kteří však rovněž nebyli dobře sociálně adaptovaní. V průběhu dalšího vývoje došlo ke generalizaci následných nepříjemných pocitů a ke vzniku vyhýbavého chování. Dalším aspektem je strach z výbuchu nekontrolovaného hněvu, vyvolaného zraněním a ponížením, který opět vede k sociálnímu stažení.

Jádrovým psychodynamickým konceptem je stud, který odpovídá neschopnosti naplnit vnitřní ideální představu o sobě samém, což vede k pocitu, že jedinec je „špatný“. Mimo konstitučních predispozic ke vzniku prožitků nadměrného studu se jako etiologický činitel uvádí přítomnost negativních pocitů v období toaletního tréninku análního období. Řada negativně emočně podbarvených reakcí od pečujících osob týkajících se análních témat „čisté“ versus „špinavé“ a „dobré“ versus „špatné“ vede k narušenému sebehodnocení a pocitům méněcennosti doprovázených dysforickými pocity a přesvědčením o vlastní defektnosti. Tito pacienti postupně svoje pocity generalizují a jsou přesvědčeni, že pokud je někdo pozná blíže, odhalí jejich nedostatečnost a hendikepy, což povede ke kritice a v konečném důsledku k jejich zesměšnění a odmítnutí. Kompromisním řešením mezi touhou po blízkých kontaktech a strachem z odmítnutí mohou být ochranné behaviorální strategie. Tyto osoby často navštěvují kina, divadla a sledují televizi, kde mohou být v bezpečné vzdálenosti účastníky sociálního dění, ze kterého však mohou rychle bezpečně uniknout. Pravidlem bývá „láska na dálku“, případně snění o ideálním vztahu, který jednoho dne magicky nastane. Častým maladaptivním zvládacím mechanismem bývá abúzus alkoholu, snižujícím anxieta v sociálním kontaktu.

Z obranných mechanismů je nejčastěji přítomna **inhibice** (vyhnutí se konfliktu a rizikovým sociálním situacím), **izolace afektu** (oddělení myšlenkových pochodů od prožitků), **přesun afektu** (přesun úzkosti na objekt, symbolicky svázaný s původním) a **projekce** (externalizace zdroje ponížení nebo odmítnutí).

V přenosových projevech jsou přítomny jádrové obavy pacientů z odmítnutí a zesměšnění, často činí cokoli, aby se vyhnuli odlišnému názoru, než má terapeut, nebo se mu zalíbili. Výrazná úzkost bývá vázána na obavy z „prokouknutí“ jejich skrývaných obav a pocitů méněcennosti profesionálem. Přítomna bývá rovněž představa, že terapeut „magickým“ způsobem nebo radou eliminuje jejich nejistotu. Protipřenosově se terapeut může cítit být dušen nutností neublížit pacientovi, garantovat mu bezvýhradné přijetí, vyhnout se jakémukoli negativnímu soudu o něm, neshodě v názorech a konfrontaci s ním.

Psychodynamická terapie

Pacienti s vyhubou poruchou osobnosti mají dobrý užitek spíše z podpůrného terapeutického modu s podporou expozice v situacích, kterým se vyhýbají. Důležitá je podrobná explorace, neboť tito pacienti si často nejsou vědomi, čeho se vlastně konkrétně bojí. Výhodná je práce s fantaziemi typu „co by se stalo, kdyby“. Důležité je zpracování ideálních představ o sobě samém a vysokých nároků na sebe a druhé, významné je téma touhy po dokonalosti.

Kognitivně-behaviorální terapie

U vyhýbavé poruchy osobnosti je KBT léčbou volby. Největším problémem je motivovat pacienta k léčbě a vytvoření pracovního terapeutického vztahu. Po zapojení pacienta do terapie bývají další kroky jednoduché. Léčba je pak podobná léčbě sociální fobie.

Zaangažování (zapojení) do terapie

V úvodním setkání často není jasné, zda pacient chce, nebo nechce být léčen. Hledí do země, je vyhýbavý, mluví povrchně, pořádne své stížnosti nepřednese. Sice k léčbě přišel, ale neví, zda ji vůbec potřebuje, zda mu pomůže, má z ní obavy, není si jistý, zda mu vůbec něco může pomoci atd. I když se tito pacienti navenek tváří podezřívavě a nedávají jasné najevo, že se chtějí léčit, to, že se dostavili, znamená zpravidla velký pokrok a odhodlání. Museli překonat velkou úzkost a nejistotu. Potřebují povzbudit k léčbě, vyjádřit pochopení pro ambivalenci a ocenit odvahu přijít do terapie. Tito pacienti velmi bedlivě sledují terapeuta a hledají jakýkoliv náznak odmítnutí nebo pohrdání. Podobně to hledají

i u jiných lidí. Proto potřebují na počátku hodně empatie, ujištění a povzbuzení. Vyjádření pochopení pro anticipační úzkost před vyšetřením pomáhá pacientovi v tom, když vidí, že terapeut chápe jeho přecitlivělost a neodsuzuje ji. Terapeut se potřebuje vyhnout jakékoliv konfrontaci, protože ji pacient chápe jako kritiku. Poté, co se cítí bezpečně a přijatelný, rychle se mění atmosféra setkání. Pacient začne ochotně popisovat svoje obavy, strach z odmítnutí či znehodnocení, i svoje vyhýbavé a zabezpečovací manévry. Přesto v průběhu léčby stále hrozí, že pacient z terapie uteče, protože bude ji vnímat nad svoje síly.

Základním problémem v dosažení pracovního společenství s pacientem trpícím vyhýbavou poruchou osobnosti je totiž jeho neustálé testování terapeuta a tendence předčasně léčbu ukončit (Othmer a Othmer, 1994). Pro základní přecitlivělost ke kritice a nedůvěru k lidem, jsou tyto osobnosti mistry v testování druhých; neustále monitorují, zda se k nim druzí chovají pozitivně, nebo alespoň neutrálně. Je jen velmi málo lidí, většinou členů rodiny nebo starých přátel, kterým trochu důvěřují. V terapii často testují klinika pomocí prohrášek, jako je chození pozdě, neděláním úkolů, zrušení sezení na poslední chvíli. Testování pokračuje, dokud si nejsou jisti, že nebudou odsuzováni (Sperry, 1999). Za tímto testováním je ukryto přesvědčení o druhých lidech, že jsou kritičtí, odmítající a pohrdající a že nakonec pacienta odmítnou. Pokud klinik toto testování unese bez odmítnutí nebo znevažování pacienta, začíná mu pacient důvěřovat. Pokud se mu to nepovede, pacient zpravidla z terapie odchází.

Analýza vzorců

Do analýzy vzorců patří adekvátní diagnostické zhodnocení a pak hlavně klinické posouzení schémat, stylů a spouštěcích stresorů, stejně jako úrovně psychosociálního fungování a motivace k terapeutické změně. Hlavní rysy chování, afektivity i myšlení jsou podřízeny jádrovému schématu o vlastní neschopnosti a schématu o nadměrné kritičnosti u druhých lidí.

Mezi typické **spouštěče** patří mluvení nebo diskutování před lidmi, být v centru pozornosti, projevit svoji blízkost, mluvit s autoritou apod. Tyto spouštěče vyprovokují typický vzorec kognicí, tělesných reakcí a chování, který je potřebné s pacientem konkrétně popsat.

Schémata: Jádrové schéma u vyhýbavé poruchy osobnosti je pohled na sebe jako na sociálně neschopného, nepřitažlivého, nuzného, nepřiměřeného nebo hodného pohrdání. Svět je těmito lidmi viděn jako nespravedlivý, náročný, kritizující a znevažující. Není tedy divu, že se tito lidé snaží vyhnout hodnotícím situacím, nepříjemným pocitům a myšlenkám. Typické pro tyto lidi jsou Youngova schémata „vadnost/stud“ a „odlišnost/opuštěnost“. Schéma „vadnost/stud“ má ve svém základu přesvědčení o tom, že postižený je nevratně defektní a omezený, a proto zásadně nehodný lásky a neakceptovatelný. Schéma „odlišnost/opuštěnost“ je založeno na předpokladu, že postižený je tak odlišný od druhých (v negativním slova smyslu), že o něj stát nebudou. **Odvozené**

přesvědčení pak řídí chování v mezilidských situacích. Typicky by se daly vyjádřit větami jako: „Neprojevuj své pocity“, „Nesbližuj se s druhými“, „Nenavazuj intimní vztahy“ a „Nebud' neloajální vůči své rodině“.

Styl/temperament: V úvahu přicházejí tři temperamentové dimenze: afektivní, behaviorálně-interpersonální a kognitivní. Pro **afektivní styl** je typický stud, nervozita, tenze, úzkost a strach, vztek na sebe a druhé, úzkostné očekávání, přecitlivělost na kritiku a pokoření. Pro **kognitivní styl** je typická hypervigilance (nadměrná pozornost) k možnému odmítnutí, kritice, znevážení, kterou monitorují každodenní realitu, dále sebepochybnosti a sebepodceňování. V **chování** je typická pasivita, stydlivost, nedostatek asertivity a vyhýbavé chování.

Tab. 81 Důležité komponenty KBT modelu vyhýbavé poruchy osobnosti

Jádrové přesvědčení o sobě	Jsem nežádoucí, vadný, defektní, nekompetentní, společensky neobratný.
Jádrové přesvědčení o druhých lidech	Druzí lidé mě odmítnou, budou mnou pohrdat.
Odvozené předpoklady	Kdyby mě lidé skutečně poznali, odmítli by mě. Pokud budu skrytý, nemusejí mě odhalit. Když se budu přetvářovat, budu perfektní, budu vypadat dokonale, možná mě přijmou. Nesmím se sbližovat s druhými. Nesmím navazovat intimní vztahy. Nesmím být neloajální vůči své rodině.
Nedostatečně rozvinuté strategie	Asertivita, sebedůvěra, družnost
Nadměrně rozvinuté strategie	Sociální zranitelnost, vyhýbání se, kamuflování a tlumení
Zaměření pozornosti	Selektivní monitorování možného odmítnutí, kritiky, znevážení
Nejčastější způsoby zpracování informací	Katastrofizace, diskvalifikace pozitivního, katatymní myšlení, závěry skokem, nadměrná generalizace, čtení myšlenek
Typické chování	Vyhýbá se intimitě. Vyhýbá se hodnotícím situacím.

Změna vzorců

Hlavním cílem terapie je zvýšení schopnosti snést kritiku a naučit se druhým více důvěřovat. Ke změně temperamentu (stylu) je používán nácvik asertivní komunikace, sociálních dovedností vůbec a hierarchická expozice vůči obávaným sociálním situacím.

Tab. 82 Okruhy nácviku asertivní komunikace

-
- Empatické naslouchání
 - Vedení rozhovoru (zahájení, udržování rozhovoru, ukončení)
 - Vyjádření svých pocitů a potřeb
 - Vyjádření svého postoje a názoru
 - Dávání a přijímání komplimentů
 - Reakce zpětnou vazbou a vyjádření kritiky
 - Reakce na kritiku
 - Žádost o laskavost a oprávněnou službu
 - Odmítnutí neoprávněného požadavku
 - Asertivní obligace
 - Konstruktivní vedení konfliktů a sporů
-

Tab. 83 Odstupňovaná expozice obávané sociální situaci

Problém:	To, že se bojím bavit se ve společnosti kolegů z práce, vede k tomu, že se všem pozváním vyhýbám a pak si to vyčítám. Už čtyři roky jsem nebyl na žádné společné akci. Nejezdím na společná výjezdní zasedání na hory, vždy se trapně vymlouvám.
Cíl:	Účastnit se pracovních společenských akcí podle vlastní chuti a potřeby.
Kroky:	1. Začít se ptát spolupracovníků, jak se mají a co nového u nich v rodině. 2. Začít chodit na společnou kávu v době svačiny. 3. Začít chodit na oběd, přisednout si k mužům. 4. Na obědě si přisednout i ke stolu, kde jsou ženy. 5. Jít do divadla s ostatními, když se tam chystají. 6. Jít v pondělí po práci na volejbal s ostatními. 7. Jít s ostatními do vinárny, když se tam chystají, a pobýt tam alespoň hodinu (bez alkoholu). 8. Jít do vinárny a zůstat tam s ostatními (bez alkoholu). 9. Jít na večírek v bytě. 10. Odjet na víkend na společnou akci na horách.

Cílem léčby je zvýšit odolnost pacienta vůči sociálním situacím, zejména vůči kritice a odmítnutí. Ke změně charakterových aspektů osobnosti (změna schémat) slouží analýza a zpochybňování maladaptivních schémat a postupné testování akomodovaného pohledu na svět pomocí behaviorálních experimentů. Prvním krokem je identifikace kognitivních schémat a pochopení, za jakých životních situací vznikly a byly udržovány. Pak pacient hledá výhody a nevýhody tohoto pohledu na svět. Po zvážení všech výhod a nevýhod se snaží formulovat nový pohled na svět, který by zachoval výhody starého schématu a odstranil jeho nevýhody (akomodace).

S akomodovaným pohledem na svět pak plánuje aktivity ve vztazích, práci i volném čase a pomocí behaviorálních experimentů je pak implementuje do života. Řadu dovedností (zejména sociální dovednosti) se však proto potřebuje naučit.

Terapie může probíhat individuálně, ve skupině nebo s rodinou. Kognitivní techniky, které postupně mění sebepojetí pacienta, jsou kombinovány s behaviorálními přístupy, jako je nácvik asertivity a sociálních dovedností. Velmi vhodná je kombinace individuální a skupinové terapie či pouze skupinová psychoterapie zaměřená na nácvik sociálních dovedností či asertivity.

Ukončení léčby

Ukončení léčby může být pro pacienty s vyhýbavou poruchou osobnosti problematické. I když často sami ukončují léčbu předčasně, ve chvíli, když vytvoří nosný vztah k terapeutovi, opouští ho jen velmi neradi – často je to první otevřený vztah v jejich životě. Zpravidla je nejdříve potřebné zředit frekvenci sezení, aby pacient zjistil, že může i při delších pauzách s menší frekvencí podpory fungovat dostatečně dobře. Přestože byla délka terapie domluvena předem, někdy pacienti ukončení terapie vnímají jako odmítnutí terapeutem. Je důležité otevřít v diskuzi kognice týkající se ukončení terapie a pomoci pacientovi, aby je přiměřeně zpracoval.

Poslední pravidelná setkání by měla být věnována prevenci relapsu. Pacient s terapeutem rekapituluje, co v terapii dělali, a pacient se snaží získané dovednosti aplikovat na možné budoucí problémy (ztráta zaměstnání, rozchod, nové místo, další dítě apod.). Je namístě vypracovat plán „svépomocné terapie“ (krabičku záchrany), ve kterém pacient sepíše možnosti přístupů k eventuelním stresujícím situacím, které jej čekají v budoucnu. Následná setkání po třech, šesti a dvanácti měsících jsou vždy na místě. Poskytují pacientovi imaginární „kotvu“ a nám zpětnou vazbu o trvalosti dosažené změny.

Tab. 84 Příklad práce s kognitivním schématem

Dysfunkční schéma: Když lidé poznají, jaká jsem, budou mnou pohrdat.

Výhody:

Chovám se snaživě a příjemně.
Nikdo o mně nic neví a tak jsem hodně chráněná před špatnými lidmi.
Nemám žádné konflikty, protože se jim dokážu vyhnout.
Jsem skromná, nemám nároky na druhé lidi.
Umím se dobře vžít do potřeb druhých a odhadnout je předem.
Jsem pracovitá, dochvilná a přesná.

Nevýhody:

Vyhýbám se blízkosti, a proto nemám přátele.
Nenašla jsem si partnera.
Špatně snáším kritiku.
Bojím se vytvořit si vlastní názor a tak papouškuji názory druhých.
Nedokážu říci ne.
Lidé mě často využívají, jak v rodině, tak v práci.
Stále procházím to, co jsem dělala a jak jsem s kým mluvila, a hledám, zda jsem někde neudělala chybu.
Nevěřím si.

Konstruktivnější pohled (modifikace schématu): Nemusím hned důvěřovat každému, ale můžu se trochu více otevřít lidem, které dobře znám.

Co by to změnilo v mém životě: Cítila bych se mezi lidmi lépe. Zvýšila bych šanci, že si najdu přátele, možná i partnera. Sama bych byla se sebou spokojenější.

Co se proto musím naučit: Otevřeně sdělovat svoje pocity a názory.

3.8 Závislá porucha osobnosti (F60.7)

Člověk se závislou poruchou osobnosti nadměrně potřebuje, aby se o něj starali druhí. To vede k submisivnímu chování, podlézavosti a extenzivnímu strachu z opuštění druhými. Typicky se trvale a pasivně spoléhá na jiné osoby, které za něho mají činit rozhodnutí, má velký strach z odmítnutí, pocity bezmoci a neschopnosti. Běžný je pasivní souhlas s přáním jiných osob, bázlivost, pocity bezmoci, bezradnosti a línost.

Je to člověk, který potřebuje druhé, aby za něj činili rozhodnutí v důležitých oblastech jeho života. Pacienti mající tuto poruchu osobnosti bývají submisivní a mají vážné potíže s rozhodováním sami za sebe – potřebují soustavné povzbuzování. Nejraději se spoléhají na druhé. Druhým se snaží zalíbit, často jim slouží, lichotí, obdivují je. Snadno se nechají zneužívat. Pokud jejich potřeby závislosti nejsou uspokojovány, snadno podléhají depresi nebo úzkostným stavům. Častá je intenzivní obava, že budou opuštěni. Mezi přidružené rysy může patřit vnímání sebe sama jako bezmocného, nekompetentního, bez životní síly. Postižený člověk obtížně vyjadřuje nesouhlas, protože má obavy, že by mu druhí mohli přestat poskytovat podporu. Nedokáže samostatně zahajovat činnosti a dělat věci po svém, protože pochybuje o své schopnosti správně se rozhodovat a zvládat věci správně. Aby si získal péči a podporu druhých, je ochoten dělat i věci, které jsou mu nepříjemné. Nesnáší samotu a cítí se opuštěný a bezmocný, když je sám. Naléhavě vyhledává společnost druhých, kteří mu poskytují podporu a pomoc. Má nadměrné obavy, že kdyby se musel starat sám o sebe, nezvládl by to.

U těchto osob byla také pozorována latentní hostilita a provokativní aspekt jejich závislosti (Malinow, 1981). Je to zjevné zejména tehdy, když jsou hospitalizováni.

Závislé rysy a z nich vyplývající chování často poskytují těmto lidem sekundární zisky ve formě péče a pozornosti druhých. Orální dispozice se obvykle projevují problémy s jídlem, alkoholem nebo drogami. Často rozvíjejí abúzus sedativ, hypnotik, anxiolytik a analgetik.

Lída, jedenadvacetiletá svobodná vystudovaná zdravotní sestra, bez zaměstnání, žije se starší sestrou u rodičů. V rodině bez hereditární zátěže. Od dětství časté infekce horních dýchacích cest, ve druhém roce hospitalizována tři týdny na dětském oddělení pro těžkou bronchitidu, do školky šla ve třech letech – těžce to snášela, nakonec s ní matka zůstala doma. Starší sestra školku snášela dobře. Další pokus ve čtyřech letech opět s potížemi, ale zvykla si, silně se navázala na starší paní učitelku. Přesto často odcházela do školky s pláčem. Přejít do školy již snesla dobře, byla velmi snaživá, oblíbená u učitelů, kontakt se spolužáky však byl problematický, spíše byla sama, hodně si rozuměla s matkou a se sestrou. Mezi děti prakticky nechodila, raději si četla a byla doma. Pokusy poslat ji na tábor s dětmi rodiče učinili dva, poprvé ji museli odvést domů během tří dnů, podruhé je umluvila předem, aby nemusela jet. Vždy se obtížně rozhodovala, potřebovala schválení od rodičů nebo od sestry. Sama se necítí dost zkušená na to, aby se mohla rozhodovat v důležitých věcech, rozhodnutí blízkých důvěřuje více než svým vlastním.

Prospěch měla výborný, po základní škole vystudovala s výborným prospěchem i střední zdravotní školu, kterou jí vybrali rodiče. Pak nastoupila na tříleté bakalářské studium na filozofické fakultě (rovněž jí vybrali rodiče). Nebyla však schopna pro nemožnost cestovat tam dojíždět. První ročník dělala dvakrát. Studium přerušila před zkouškami. Vyčítá si, že to nezvládla, že by se měla překonat, ale úzkost jí to nedovoluje. Po přerušení studia nepracuje, je evidována na úřadu práce.

Zájem o chlapce má od puberty, jako i jejich zájem o ni, snadno se seznamuje, cítí se v mužské společnosti bezpečně. První sexuální zkušenost měla v 16 letech s chlapcem, se kterým pak chodila asi rok. Byla submisivní a obdivovala ho, neměl však na ni čas, protože sportoval. Vyčítala mu, že s ní není více, pak se velmi trápila, když ji opustil. Poté měla krátkodobé známosti, které rychle navazovala, pak nastaly problémy s tím, že chtěla s partnery být prakticky pořád, proto ji většinou opouštěli. Nyní od 18 let má tři a půl roku trvající vztah. Partner ji velmi podporuje, cestuje s ní, chodí nakupovat, pomáhá jí rozhodovat se. Plně mu důvěřuje, pokud se pár dnů neobjeví, velmi se jí po něm stýská. Má potřebu, aby přítel byl stále s ní a izoloval se od svých přátel či aktivit mimo ni. V létě, když odjel na měsíc do ciziny, si s ním telefonovala každý den. V intimní oblasti je bez potíží. Abúzus: alkohol příležitostně, drogy nezkoušela, nekouří.

Aktuální problémy a příznaky:

Není schopna vycházet sama z bytu, nakupovat, cestovat, jezdit výtahem ani být sama doma. Žije u rodičů, kteří ji živí, protože není schopna docházet do zaměstnání. V doprovodu zvládne cestu autobusem a tramvají a může nakupovat. Potíže se objevily na počátku střední školy, v době, kdy přešla do nového kolektivu a rozešel se s ní hoch po ročním vztahu. Začalo jí být nevolno v metru a ve velkých obchodech, postupně se v těchto situacích bála být sama, nakonec je přestala zvládat i s doprovodem. Metrem nejedí už čtyři roky, ale to jí moc nevadilo, stav se zhoršil před 1,5 rokem, kdy náhle zemřel přítel její sestry při autonehodě. Od té doby se cítila silně unavená, do ničeho se jí nechtělo, přestala se ve škole učit, začala se úplně stranit společnosti a uzavírat doma. Měla strach ze ztrapnění před lidmi (že uvidí, jak je jí špatně), kromě metra se začala vyhýbat i dalším dopravním prostředkům, nakupování, nyní není schopna sama nikam jet. Při expozici i s doprovodem má typické vegetativní příznaky, jako je pocení, bušení srdce, závratě a nechuť. Léky odmítá, protože se nadměrně obává jejich vedlejších účinků.

Dosavadní léčba: Pacientka byla dosud léčena jen na ambulanci, neúspěšně již šest let. Postupně užívala všechny SSRI a venlafaxin, vždy však jen na krátkou dobu (maximálně týden, vesměs 3–4 dny), pak je vysadila pro vedlejší účinky – rozvoj ještě vyšší úzkosti a panických záchvatů, které jinak mimo expozici nemá. Benzodiazepiny (alprazolam, rivotril) nesnášela rovněž, cítila se po nich utlumená a změněná. Nyní má z léků nadměrný strach, rezolutně je odmítá. Hospitalizaci odmítla opakovaně – neuměla si představit, že by bydlela jinde než doma.

Interpersonální vztahy:

Stýká se s rodiči, sestrou a partnerem, další vztahy prakticky nemá, protože nedokáže cestovat. Dobrou kamarádku měla pouze na základní škole. Se seznámením však problémy nemá, s lidmi se jí mluví dobře, nicméně dává přednost blízkým. Má pocit, že si se všemi velmi dobře rozumí a umí i odhadnout, co potřebují. O jejich vztahu k sobě nepochybuje – mají ji rádi, ale trochu ji berou jako dítě. Ve vztazích má tendenci se podrobovat a většinou jí to vyhovuje. Pokládá vesměs lidi kolem sebe za chytřejší, rozhodnější a zkušenější. Díky tomu se mezi nimi cítí bezpečně. Spory s rodiči ani sestrou si nepamatuje, partnerovi pouze vyčítá, že s ní není více, a žárlí na jeho kamarády i rodiče.

Chování při prvním pohovoru:

Nenápadně oděná i chovající se pohledná mladá žena, kontakt velmi dobrý, spontánní, koherentní, chová se mile a usměvavě. Snaží se vždy vyhovět otázce, málokdy se však spontánně déle rozmuví. Popisuje agorafobický typ vyhýbavého chování – prakticky už není schopna vyjít bez doprovodu, cestovat, nakupovat, jet výtahem apod. Mnezie a intelekt orientačně bez narušení.

Tab. 85 Diagnostická kritéria MKN-10 pro F60.7 – závislá porucha osobnosti

-
- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.
 B. Musí být splněny nejméně čtyři z následujících příznaků:
- (1) vybízení jiných lidí nebo dovolování jim, aby za jedince přebírali odpovědnost za důležitá životní rozhodnutí;
 - (2) podřizování vlastních potřeb jiným osobám, na nichž je jedinec závislý, a přílišné vyhovívání jejich přáním;
 - (3) neochota vznášet i rozumné požadavky na osoby, na nichž je jedinec závislý;
 - (4) pocity, že není ve své kůži, neboť trpí obavami, že nebude schopen postarat se sám o sebe;
 - (5) stále obavy, že bude opuštěn osobou, ke které má těsný vztah a že se bude muset starat sám o sebe;
 - (6) omezená schopnost dělat běžná rozhodnutí, aniž by se poradili nebo si je nechali schválit.
-

Komentář: Tato kategorie zahrnuje také astenickou, insuficientní, pasivní a poráženeckou poruchu osobnosti.

Etiologie a patogeneze

U jednovaječných dvojčat významněji korelují faktory submise nebo dominance než u dvojvaječných (Gottesman, 1963). Závislá porucha osobnosti může reprezentovat zesílenou a maladaptivní variantu normální závislosti.

Z psychodynamického hlediska jsou častěji zvažovány poruchy orálního stadia psychosexuálního vývoje s odmítavým přístupem matky, případně nevědomá obrana proti agresivním přáním.

Jednou z možností jak reagovat na ohrožení je vytvoření závislosti na zevní situaci.

Epidemiologie

Častější je u žen, obvykle u mladších sourozenců z více dětí. Je relativně častá. Predispozičními faktory mohou být především chronické tělesné onemocnění nebo separační úzkostná porucha v dětství.

Průběh

Průběh i prognóza této poruchy je velmi různá. Často se objevují depresivní dekompenzace v době, kdy tito pacienti mívají subjektivní pocit, že jejich důležitý vztah je ohrožen. Při vhodné léčbě bývá však prognóza dobrá. Další komplikací může být rozvoj úzkostné poruchy, sexuální dysfunkce nebo poruchy spánku v době, kdy cítí ohrožení separací od partnera.

Diferenciální diagnóza

Hraniční porucha osobnosti: I hraniční pacienti mívají obavy ze samoty a vyžadují stálou podporu, ale nepodlézají a nepřizpůsobují se pečovateli. Naopak s ním mívají četné konflikty, protože v blízkosti cítí nesvobodu. U hraniční poruchy osobnosti se zpravidla objevuje více sebedestrukce, nestabilní vnímání vlastní identity, suicidální a sebepoškozující pokusy, výrazná manipulace okolím. Chybí submise a vyhledávání podpory.

Agorafobie: Obavy z opuštění domova, potřeba doprovodu při cestování či nakupování, to vše může vypadat jako projevy závislosti. V anamnéze je však nezávislé chování v minulosti. Obě poruchy však mají relativně častou komorbiditu.

Vyhýbavá (úzkostná) porucha osobnosti: Obě poruchy mají společné nízké sebevědomí a úzkostlivost. Pocity insuficience a obavy ze znehodnocení vedou však u závislé poruchy osobnosti k vyhledávání silného pečovatele, zatímco u vyhýbavé poruchy osobnosti k vyhýbání se kontaktům, nikoliv vyhledávání opory a silných vazeb.

Porucha nálady, panická porucha, následek tělesného onemocnění: Závislá porucha osobnosti má časný začátek, chronický průběh a projevy chování, které u těchto poruch nebývají. Může se však objevit souběžně.

Histrionská porucha osobnosti: Může předvádět slabost a submisivitu v rámci manipulace s cílem získat pozornost. Dramatičnost, nepřesnost, kokeťerie a další projevy v chování však tyto poruchy odliší.

Změna osobnosti při tělesném onemocnění: Při onemocněních CNS, při tělesné vadě a ve spojitosti s chronickým užíváním psychoaktivních látek dochází někdy k podobným projevům, příčina je však patrná.

Častá je komorbidita s depresivní poruchou, generalizovanou úzkostnou poruchou, agorafobií a panickou poruchou.

Přenos a protipřenos

Pacienti se závislou poruchou osobnosti zpravidla dobře spolupracují při léčbě. Často se snaží zavděčit lichocením nebo si vysloužit pochvalu plněním úkolů. Touží, aby o ně bylo pečováno. Občas vyžadují, aby byla věnována okamžitá pozornost jejich obtížím, které pokládají za ojedinělé a mimořádné. Pokud pomoc není k dispozici ihned, dostaví se zlostné reakce. V terapii lehce vzniká závislý vztah. Ten se projevuje jak otevřenou, tak skrytou závislostí, protože pacient používá terapeuta jako rodičovskou figuru (Goldman, 1956).

Protipřenosově se mohou u terapeutů objevit fantazie o „roli zachránce“ pacienta, které vedou k tomu, že opomenou konfrontovat pacienta s jeho nedostatečným pokrokem a pasivitou. Jiným problémem může být nadměrná komplementární direktivita. Pro terapeuta je důležité sledovat vlastní pocity a myšlenky týkající se „zachraňování“ pacienta a jeho vedení. Na druhé straně může terapeut protipřenosově cítit silnou zlost na pacienta pro jeho nároky, nedostatek motivace a zveličování bezmocnosti či bezradnosti. Může být vyčerpaný z neustálých projevů pozornosti, ujišťování a malého osamostatňování pacienta. Nicméně tyto projevy jsou na rozdíl od hraničních pacientů doporučovány.

Podpůrná psychoterapie

Pacienti se závislou poruchou osobnosti nejčastěji přicházejí do léčby pro depresi nebo úzkost, kterou precipitovalo ohrožení odchodem nebo odchod. Na počátku se typicky rozvíjí nadměrná závislost na terapeutovi, která se projevuje poslušností, četnými prosbami o radu a pomoc. Pacient si terapeuta idealizuje. Obvykle dobře reaguje na nejrůznější přístupy v léčbě. Pravidelně se však zhorší, když se má léčba ukončit. Léčba se zaměřuje na identifikaci potřeb závislosti a vyjádření vlastních požadavků, asertivitu, jednak na rozvíjení zodpovědnosti za sebe sama. Sestává z kombinace podpůrných a vhlédově orientovaných intervencí. Pacienta je možné léčit tak, že mu na počátku umožníme jeho známou závislou roli s respektem k terapeutovi. Na podpoření rozvoje závislosti můžeme pacientovi nabídnout něco „extra“, například extra čas. Tato brzká pozornost vyživuje přenos. Dožadování se rad musíme na počátku terapie částečně uspokojit, ale zároveň ho více a více povzbuzovat k vlastním rozhodnutím a každé samostatné rozhodnutí ocenit s ubezpečením, že i kdyby se to nepovedlo, rozhodování a převzetí odpovědnosti je důležitější než nějaká chyba. Léčba se také může zaměřit na strach pacientů, že ublíží jiným, pokud budou usilovat o vlastní autonomii a stanou se samostatnými. Postupně je potřebné jasně stanovit hranice vztahu mezi terapeutem a pacientem. Neuspokojovat pacientovy fantazie o všemocnosti terapeuta; zpochybňovat je a neustupovat pacientovým požadavkům na další rady a doporučení.

V další fázi léčby pacienta začneme podporovat v jeho překonávání úzkosti, sebevyjádření, rozhodování, schopnosti zvládat zklamání, asertivitě a posilujeme všechny nezávislé kroky, které udělá v rámci ochrany terapeutického vztahu (Perry, 1989). Spolu s rozvojem menší závislosti na léčbě je možno vstoupit s interpretacemi jeho ambivalence, úzkosti ze zodpovědnosti, rozhodování, vyjádření hněvu. Vlastní terapeutický vztah můžeme použít k tomu, aby se v něm pacient naučil vyjadřovat přiměřeně ty emoce, které opravdu cítí, a nemusel je potlačovat, jak to ze strachu z opuštění často v životě dělal. Nakonec je však potřebné pacienta postupně uvolnit z terapie a výrazně podpořit jeho autonomní fungování.

Interpersonální vlivy

Relativně bezpeční se tito lidé cítí, když se zapojí do církevních, politických nebo jiných spolků, které nabízejí skupinovou sounáležitost a bezpečí. Často jim to pomůže i ve zmírnění psychopatologie.

Skupinová psychoterapie

Ve skupině se pacienti se závislou poruchou osobnosti cítí brzy velmi dobře. Zpravidla se „zavěsí“ na terapeuta nebo některého z výraznějších členů skupiny, kterého začínají obdivovat. Své názory automaticky přizpůsobují tomu, co cítí, že se žádá, a tak velmi často vyjadřují neuvěřitelně snaživé názory. Pokud jejich závislé chování unikne pozornosti a není konfrontováno a interpretováno, před koncem skupiny se často dekompenzují.

Farmakoterapie

Není známa žádná účinná farmakoterapie pro lidi trpící závislou poruchou osobnosti. Nicméně vzhledem k vysoké komorbiditě s generalizovanou úzkostnou poruchou se často podávají SSRI, RIMA nebo SNRI – účinně zmírňují přídatnou úzkostnost nebo depresivní symptomatologii – do rysů osobnosti však zasahují minimálně.

Psychodynamické aspekty

Závislá porucha osobnosti je charakterizována submisivním chováním a nadměrnou potřebou emoční podpory. Málokdy je přítomna osamoceně, většinou v kombinaci s dalšími diagnózami, nejčastěji s depresivní poruchou, úzkostnými poruchami, emočně nestabilní poruchou osobnosti a poruchou příjmu potravy.

Freud (1923) se domníval, že excesivní vztahová závislost je způsobena fixací na **orálním stadiu** psychosexuálního vývoje. Abraham (1924) popsal „orálně přijímající“ osobnost u pacienta toužícího po náhradní osobě za matku, která by se o něj starala a poskytovala mu péči, což vede k jeho inaktivitě a vyhýbání se smysluplné činnosti. Bowlby (1977) vykládá závislou poruchu osobnosti jako důsledek selhání procesu připoutání v raném dětství, kdy u dítěte vznikne pochybnost o dostupnosti a spolehlivosti pečující osoby, což vede k **úzkostnému připoutání** s následným vznikem nadměrné závislosti na důležitých osobách a strachem z jejich ztráty.

Prvotní analytické názory o fixaci v orální fázi psychosexuálního vývoje v současné době nejsou pokládány za jediné vysvětlení vzniku závislé poruchy osobnosti. Vyhraněné podporování závislosti dítěte na rodičích a nadměrná obava o ně ve všech fázích jeho vývoje je přítomno v dětství a dospívání u většiny těchto pacientů. Řada pacientů vyrůstala s rodiči, kteří jim přímo či nepřímo sdělovali, že separace a nezávislost ohrožuje jak dítě, tak rodiče. Aby dítě zůstalo loajální ke svým rodičům, často rezignovalo na vytvoření vlastní autonomie a nezávislosti. Nejisté připoutání se zdá být podkladem vzniku závislé poruchy osobnosti s pravděpodobným podílem jak ze strany matky, tak biologicky determinovaného temperamentu dítěte. Mezi závislost a pasivitu by nemělo být dáváno rovnítko. Základní motivací pacientů se závislou poruchou osobnosti je udržet poskytující, podporující blízký vztah. Aby bylo tohoto cíle dosaženo, jsou však často schopni jinak velmi adaptivního asertivního a aktivního chování (například manželka může živit celou rodinu jen proto, aby ji neopustil pasivní manžel, na kterém je závislá). Závislé chování je rovněž způsobem, jak se vyhnout reaktivaci traumatických zkušeností z minulosti, souvisejících se zklamáním, opuštěním a odmítnutím.

Základními obrannými mechanismy jsou **idealizace** – kdy partner je vnímán jako všemocná osoba, která pacientovi poskytuje ochranu a činí za něj rozhodnutí; **reaktivní formace** – závislé chování může být transformací opačných hostilných nebo agresivních postojů; **projektivní identifikace** – například pacientka indukuje v manželovi pocity viny i vzteku za to, že ji málo miluje a dostatečně o ni nepečuje.

Popisují se dvě dimenze prožívání závislé poruchy osobnosti: 1. **dimenze připoutání** – vyhledávání bezpečí, potřeba náklonnosti, touha po blízkosti s osobami, na kterých je pacient závislý, protesty proti separaci od těchto osob a strach ze ztráty pečující osoby; 2. **dimenze závislosti** – nízký pocit vlastní hodnoty, submisivní chování, požadavek péče a podpory, potřeba potvrzování, rad a ujištění.

Psychodynamická terapie

Závislí pacienti většinou dychtivě vstupují do psychoterapie a využívají všech nabídnutých možností, termínů a uspořádání. Stávají se modelovými pacienty, málokdy ruší hodiny nebo přicházejí pozdě. Pacienti si terapeuta idealizují,

jsou velkorysí k jeho chybám a přehlížíjí jeho nedostatky, rovněž jej jako vše-vědoucího žádají o konkrétní rady ve svém životě. Při tématech konečnosti terapie a případné reálné změně jejich vztahového vzorce však terapeuta devalvují s prožitky vzteku a zášti.

Obtížným úkolem v terapii je přesvědčit pacienty, že jejich cílem musí být prozkoumání a následná změna závislého chování, nikoli setrvávání v něm a nalézání ještě lepších způsobů pro jeho uspokojení. Rovněž terapeut by se neměl stát „nekonečným“ průvodcem jejich životem a dalším projevem jejich závislého chování. V průběhu terapeutického procesu je tedy nutné postupně empaticky frustrovat pacientova přání, zkoumat původ jeho závislého chování a fantazie o něm. Cílem terapie je odkrýt to, co ve skutečnosti na autonomii pacienta děsí, a umožnit mu adaptivněji se s těmito strachy konfrontovat. V průběhu terapie se rovněž stává, že pacienti postupně zapomenou na svoje původní potíže a jejich jediným nevědomým cílem je v terapii setrvat a udržet si připoutání k terapeutovi.

V průběhu úspěšné terapie pokrok často vyvolá obavy ze separace a konce léčby. Adaptace pacienta se většinou zhorší, dochází k regresi, vyšší hladině úzkosti a depresivním reakcím, což má vést k prodloužení připoutání k terapeutovi. Rovněž interpretace jakékoli pozitivní změny může vést u pacienta ke zhoršení potíží, neboť pozitivním vyústěním terapie by měl být odchod z ní. Řešením této situace může být časově limitovaná terapie, nicméně někteří pacienti nejsou separace schopni a vyžadují „nekonečnou“, i když málo frekventní terapii.

Přenos většinou probíhá pod obrazem idealizace, terapeut je vševědoucí dokonalá osoba. Někdy se pacient v touze po obehnutí bolestného procesu hledání vlastní identity domnívá, že řešením jeho situace bude „podobat se terapeutovi“ a začne jej ve svém životě imitovat.

Protipřenosové reakce na závislost a pasivitu pacienta mohou být silné, terapeut může mít pocit, že vše, co pacient potřebuje, je pouze „postrčit“ ho správným směrem. Výrazně submisivní chování a obdivné postoje pacienta mohou být terapeutovi příjemné a mohou u něj vést k „tajné dohodě“ s pacientem s následným neotevíráním bolestivých témat a vyhýbáním se narušení „pozitivního“ přenosového vztahu nepříjemnými interpretacemi. Rovněž řada terapeutů nemá vyřešeny své sklony k závislosti (Gabbard, 2001) a vystavení se závislým potřebám pacientů pro ně může být nepříjemné, mohou je odmítat stejně jako si nepřiznávají svoje vlastní potřeby po uspokojení tohoto typu.

Kognitivně-behaviorální terapie

Typicky jde o nesamostatného člověka, který si nevěří a potřebuje druhé, aby za něj rozhodovali. Hlavním cílem terapie je zvýšit pocit samostatnosti a nezávislosti na druhých.

Zaangažování (zapojení) do terapie

Na počátku pacient vstupuje s nevysloveným požadavkem, aby terapeut rozhodl za něj a vyřešil jeho problémy. Má tendenci spíše poslouchat než spolupracovat. Na počátku je možné dovolit určitou míru závislosti, ale postupně je potřebné nastolit téma rovnoprávné spolupráce. Důležité je jasně odlišit spolupráci od poslušnosti.

Analýza vzorců

V behaviorální analýze jsou patrné typické vzorce frustrace, které navazují na situace, kde je pro pacienta nutné spolehnout se sám na sebe nebo být sám.

Typická schémata se týkají pohledu na sebe jako na slabého, neschopného a nesamostatného. V pohledu na druhé převládá požadavek, aby druzí o něj pečovali, pomáhali mu a bránili ho.

Odvozená přesvědčení se týkají postojů typu: „Kdybych zůstal sám, tak bych byl bezmocný“, „Musím mít někoho u sebe pro případ, že by něco šlo špatně“, „Nesmím urazit své blízké, kteří mi pomáhají“ a „Nedokážu činit vlastní rozhodnutí“.

Afektivní styl se projevuje nadměrnou úzkostností, kognitivní pochybnostmi o sobě, nekritickým důvěřováním, že druzí vědí lépe co dělat, přesvědčením, že druzí chtějí o pacienta pečovat. V chování převládá pasivita, spoléhání na druhé, podrobnost, nedostatek dovednosti řešit problémy.

Tab. 86 Důležité komponenty KBT modelu závislé poruchy osobnosti

Jádrové přesvědčení o sobě	Jsem bezmocný, neschopný.
Jádrové přesvědčení o druhých lidech	Druzí by se mě měli postarat.
Odvozené předpoklady	Kdybych se spoléhal na sebe, selhal bych. S pomocí druhých přežiji, budu šťastný apod. Potřebuji druhé, aby mi stále dodávali podporu a odvahu.
Nedostatečně rozvinuté strategie	Soběstačnost, pohyblivost
Nadměrně rozvinuté strategie	Vyhledávání pomoci, přilnavost, povzbuzování druhých k pomoci
Zaměření pozornosti	Na možnou separaci, odmítání, nezájem druhých
Nejčastější způsoby zpracování informací	Katatymní, amplifikace, ruminace neúspěchu
Typické chování	Pěstuje závislé vztahy, spoléhá se na druhé.

Změna vzorců

Hlavním cílem terapie je zvýšit pocit samostatnosti a nezávislosti na druhých nebo pomoci mu transformovat jednostrannou závislost ve vzájemnost. Schémata se týkají přesvědčení o vlastní nekompetenci a neschopnosti s typickým

očekáváním neúspěchu při samostatném rozhodování. Terapeutické metody se soustřeďují na:

- a) **Změnu stylu:** nácvik asertivity, postupnou expozici vůči obávaným situacím, nácvik řešení problémů.
- b) **Změnu schémat:** analýzu a zpochybňování automatických myšlenek, analýzu a zpochybňování maladaptivních schémat, testování schémat pomocí behaviorálních experimentů.

Tab. 87 Příklad kognitivní rekonstrukce a restrukturalizace

Situace:	Přítel přišel pozdě domů.
Automatické myšlenky:	Už mě nemá rád, chce mě opustit. Je v práci s kamarády raději než se mnou.
Emoce:	Úzkost Sebelítost Žárlivost Strach, obavy
Chování:	Pláč Výčitky Sebeznehodnocování
Racionální reakce:	Přeháním. Vlastně tomu nic nenasvědčuje – vrátil se a je milý. Svoji práci má rád, ale mě také. Mám radost, že má svoji práci.
Akce:	Zaměstnám se něčím a přivítám ho s úsměvem.
Dysfunkční schéma:	Druzí rozhodnou lépe než já.
Vliv na vztahy:	Závislost na partnerovi. Ve vztahu je nekonfliktní, pokud je s ní, jinak mu vyčítá, že není s ní. Málo přátel, uzavřenost s partnerem.
Vliv na práci:	Aktuálně nezaměstnaná, pokud pracuje, dobře plní úkoly, snaživá, pečlivá, není schopna samostatných úkolů
Vliv na životní styl:	Izolace vůči okolí, nemá vlastní zájmy, vše s partnerem
Akomodovaný postoj:	V řadě věcí jsem dost dobrá na to, abych se rozhodla sama.
Potenciální vliv na vztahy:	Samostatný návrh aktivity Říci a mít svůj názor, i když odlišný Uvolnění partnera ze závislosti
Potenciální vliv na práci:	Aktivně hledat práci, aby zjistila, že je schopna něco sama dělat Utvářet svobodné vztahy v práci, které budou širším zázemím, než je úzká závislost na partnerovi
Potenciální vliv na životní styl:	Obnovit a rozšířit přátelské vztahy Začít se věnovat svobodným koníčkům a zájmům nezávislým na partnerovi
Dovednosti, které je potřebné se naučit: Posilovat sebevědomí, ujasnit si, co umím, plánovat svůj volný čas, naučit se asertivně, řešení problémů.	

Uspořádání terapie může být individuální, skupinové nebo rodinné. Velmi vhodná je kombinace individuální a skupinové psychoterapie či pouze skupinová psychoterapie, zaměřená na nácvik sociálních dovedností či asertivity.

Ukončení léčby

Pro ukončení terapie je důležité udržení dosažených výsledků. Pacient často propadá strachu z ukončení léčby, má obavy z opuštění a může dojít k náhlému zhoršení stavu. Proto je důležité zhoršení stavu predikovat, postupně snižovat frekvenci sezení. Dobré je mít předem stanovenou dobu trvání terapie. Možná jsou však podpurná sezení, naplánovaná s delší periodou po ukončení léčby.

3.9 Jiné specifické poruchy osobnosti (F60.8)

Do kategorie F60.8 můžeme zařadit jakoukoli jinou specifickou poruchu osobnosti, kterou jsme schopni validně definovat. V DSM-IV se mezi specifické poruchy osobnosti ve skupině B („dramatické“, emocionální poruchy) řadí narcistická porucha osobnosti. Pasivně-agresivní porucha osobnosti je v ICD-10 i v DSM-IV řazena do skupiny poruch, jejichž validitu je potřebné ještě dále zkoumat.

3.9.1 Narcistická porucha osobnosti

Protože lidé s narcistickou poruchou osobnosti mají grandiózní sebevědomí, jsou velmi zranitelní na cokoli, co se jejich sebevědomí dotkne a reagují na to intenzivní emoční reakcí. Dominují projevy velikášství a nadměrná pozornost věnovaná sebehodnocení. Po náznaku kritiky, odmítnutí nebo nezájmu reagují prudkými emocemi. Proto se takovým situacím snaží vyhnout. Ve vztazích jsou často v lehké distanci, zkoušejí ve druhém vytvořit iluzi o své soběstačnosti (Modell, 1975) a přitom se snaží využít druhé k sebeposílení. Narcističtí pacienti často krácejí po visutém laně úspěchu se strachem, že pokud uklouznou, skončí to tragicky (Novalis a kol., 1999). Pokud se v jejich životě objeví nutné selhání a neúspěch, nedokážou na to adaptivně reagovat, protože mají tendenci katatymně zpracovávat význam takových událostí.

Motivy pacientova chování jsou ve vztahu k jeho současným problémům, jako je prázdnota, osamělost a nedostatek empatie (což se popisuje jako neschopnost přiblížit se k druhým a těšit se z jejich přítomnosti, neschopnost prožívat lásku apod.)

Lidé trpící touto poruchou osobnosti mívají nabubřelé sebevědomí, mají pocity velikašství, vlastní důležitosti a jedinečnosti. Projevují se grandiózně, často se stavějí na odív a jsou přecitlivělí, pokud je někdo nebere jako originální, zvláštní nebo okouzlující. Často zveličují své výkony a svoji jedinečnost. Někdy dlouhé chvíle sní o své velkoleposti a svých úspěších. Sebejistota je však u nich velmi křehká, při kritice nebo neuznání nebo při porovnávání s druhými, kteří něco zvládají lépe, se cítí extrémně zranění a mohou podléhat depresivním rozladám nebo zlosti. Ve vztazích mají často pocit oprávněnosti ke zneužití druhých, tlačí na „zvláštní“ pravidla, která si „zaslouží“ díky své „jedinečnosti“.

Jindřich, třiatřicetiletý rozvedený lékař, otec třináctiletého syna, pracující jako plastický chirurg. Bez psychiatricky relevantní zátěže v rodině. V pěti letech operace pigmentového naevu na krku, následná plastika kůže krku, alergie na pyl. Rodina žila v prostorném bytě na Vinohradech. Jindřich je jedináček, oba rodiče vysokoškolsky vzdělaní, otec inženýr, matka učitelka. Partnerský vztah mezi rodiči byl soutěživý, časté spory o to, kdo má „správnější názor“, časté mlčenlivé napětí mezi rodiči. Nikdy je neviděl, že by se objali. Od dětství má pocity odlišnosti od ostatních. Výchova byla „spartánská“, plavání, piano, nešlo nemít vynikající prospěch. Povinné výlety do přírody a poznávací po vlasti. Od dětství bylo zdůrazňováno, že je ze staré „pražské rodiny“ a bylo jasné, že jsou odlišní od ostatních. Oba rodiče trvali na tom, aby byl vzdělaný. Otec byl přísný, matka obdivující – říkala mu, že jednou bude lékařem jako její otec. Dědeček – impozantní „dědek“ ze staré školy, neustále mluvící o morálce a „odporných komouších“. Tomáš se ve škole učil velmi dobře, nicméně mezi spolužáky byl izolován. Protože byl fyzicky zdatný, dali mu pokoj, ale cítil, že úplně mezi ně nepatří. Zvykl si být sám. V pubertě se začal věnovat atletice a začal se dobře umísťovat, cítil obdiv spolužáků a na „vlastní výjimečnost“ začal být pyšný. Pouze před dívkami měl ostych, vůbec nevěděl, o čem s nimi mluvit, měl pocit, že mají „přízemní zájmy“, které jsou pod jeho úroveň, zároveň se jim toužil přiblížit. Otec náhle zemřel, když mu bylo 13 let. Od té doby se velmi upevnilo pouto s matkou. Matka ho vždy obdivovala, viděla se v něm. Gymnázium vystudoval jako premiant, měl několik krátkodobých známostí, vždy nakonec dal přednost studiu. Měl pocit, že „mladá děvčata si nárokovala moc času“. Medicínu vystudoval celkem bez problémů, našel si kamarády, se kterými chodil do posilovny, jezdil lyžovat a na vodu. Přejícné vztahy s ženami pokračovaly, „nechtěl jsem se ženit a ony se už chtěly vdávat“, nechtěl se vázat, ale užívat si.

Aktuální problémy a příznaky:

Přichází pro depresivní rozlady, které souvisejí s partnerskými konflikty. Opakovaně se mu stává, že ve vztahu požaduje po partnerkách vyjadřování lásky a přízně způsobem, který ony odmítají, přehnaně na ně žárlí, dochází k hádkám, na které on reaguje depresivními náladami. Výběr partnerek je podle něj opakovaně stejný – exkluzivní chladné dámy. Opakovaně se s nimi sám rozejde, pak cítí úlevu. V současném vztahu se situace opakuje. Nechce se opět rozejít, ale partnerka mu uniká, nechce se s ním moc vidět. Situace se vleče několik měsíců, v posledním však cítí bezvýchodnost, většinu dne má pocity insuficience, depresivní náladu, špatně spí, nedokáže se soustředit v práci, nic ho nebaví. Před třemi týdny začal užívat sertralin, nálada se zlepšila. Napětí ze vztahu, které brání práci, však přetrvává. Celý den nedokáže na nic jiného myslet. Vzal si dovolenou, aby u nás mohl podstoupit péči. Neschopenku nechce, bojí se stigmatizace psychiatrickou nálepkou.

Interpersonální vztahy:

Několik známostí mezi podnikateli a umělci, chodí s nimi na squash nebo tenis, občas do lepších vináren, jinak bez blízkých přátel. Jako jediný hlubší vztah uvádí vztah s matkou, kterou sice poněkud pohrdá, ale která ho potřebuje. Vztahy k ženám opakovaně dopadají nepříznivě – vybírá si exkluzivní atraktivní dámy, které nechtějí respektovat jeho potřeby, nerozumějí mu, nechápou, jaký společenský statut jim nabízí jako lékař v atraktivním oboru. Také sportování, cestování, prostě atraktivní život. Méně krásné ženy ho nepřitahují a styděl by se za ně.

Chování při prvním pohovoru:

Nápadně drazo oblečený muž se silným zlatým řetízkiem na krku i zápěstí, vztyčená hlava, pečlivý účes. Při rozhovoru dominuje subdepresivní nálada reaktivního charakteru, sebelítost střídá sebeobviňování nebo uraženost, úzkost, popisuje hypoprosexii, silnou tenzi, když je sám se sebou, pocity bezvýchodnosti. Zjevná sebestřednost, potíže vidět situace z jiného než svého úzce zaměřeného hlediska, zranění z toho, že druhí neplní jeho potřeby, tendence porovnávat se s jinými lidmi a jejich osudy, při náznaku nesouhlasu odtažitě a odměřeně chování. Zdůrazňuje své vzdělání, vkus, rodinný původ, vrstvu, ve které se pohybuje.

Somatický stav a laboratorní vyšetření:

Na krku vlevo na první pohled viditelná plastika kůže po operaci pigmentového naevu v dětství, atletická vytrénovaná postava (třikrát týdně fitness, dvakrát tenis, plavání, bowling nebo squash), somaticky zdravý, laboratorní screening, EKG a EEG v normě.

Tab. 88 Diagnostická kritéria MKN-10 pro narcistickou poruchu osobnosti

-
- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.
 B. Musí být splněno nejméně pět z následujících příznaků:
- (1) velikášská představa o vlastní důležitosti (např. přeceňuje dosažené úspěchy a svoje vlohy, očkává, že bude považován za lepšího, než jsou ostatní, aniž by tomu odpovídaly výsledky jeho činnosti);
 - (2) zaujetí fantaziemi o absolutním úspěchu, moci, vlastní skvělosti, kráse nebo ideální lásce;
 - (3) víra, že je „zvláštní“ a jedinečný a že může být pochopen a být ve spojení opět pouze se zvláštními nebo vysoce postavenými lidmi nebo institucemi;
 - (4) potřeba nekonečného obdivu;
 - (5) představa o zvláštní privilegovanosti, neoprávněné očekávání zvláště slibného způsobu léčby nebo automatického splnění jeho přání a očekávání;
 - (6) využívání interpersonálních vztahů ve svůj prospěch tak, že využívá výsledků jiných osob k dosažení vlastních cílů;
 - (7) chybění empatie, váhavost a neochota rozpoznat nebo se vžít do pocitů nebo potřeb jiných lidí;
 - (8) často závidí jiným nebo věří, že jiní závidí jemu;
 - (9) arogantní, zpupné chování nebo přístupy.
-

Etologie a patogeneze

Podle Kohuta (1971), který narcistickou poruchu osobnosti vymezil, byl člověk s narcistickou poruchou osobnosti poznamenán v raném vývoji ukvapeným, opakovaným a intenzivním zraňováním svého sebevědomí. Dlouhodobé důsledky jsou vyjádřeny poruchami sebevědomí v dospělosti. Přitom střídavě nadhodnocuje nebo podhodnocuje sebe i druhé osoby.

Epidemiologie

Pravděpodobně častá porucha, údaje chybějí.

Průběh

Průběh může být rozmanitý a velmi odlišný u různých lidí. Může být komplikován somatizační poruchou, konverzní poruchou, disociační poruchou, sexuálními poruchami nebo depresí. Často vymýšlí různé lži, aby byla zachována představa o vlastní výjimečnosti. Jindy předstírá pocity, kterými chce udělat dojem na ostatní.

Diferenciální diagnóza

Disociační porucha osobnosti: Obě tyto poruchy osobnosti sdílejí řadu podobných rysů. Narcistický pacient je schopen využívat druhé lidi, ale obvykle si to racionalizuje ušlechtilými motivy, disociační je nepotřebuje, protože si myslí, že celý svět je založen na kořistění. Cíle disociační poruchy osobnosti jsou zpravidla materialistické, u narcistického pacienta jde spíše o uznání jeho jedinečnosti, nadřazenosti, skvělosti – materiální zisky mohou být k tomuto předvedení se prostředkem.

Hraniční porucha osobnosti: U hraniční poruchy osobnosti jsou zjevnější projevy zoufalství, bývají přítomny suicidální a sebepoškozující tendence nebo činy. Obě poruchy mohou koincidovat.

Histrionská porucha osobnosti: Narcistický pacient nechce pozornost za každou cenu. Chce pozornost proto, aby všichni viděli, jak je skvělý, duchaplný, zvláštní apod. Ostudy se bojí, protože špatně snáší kritiku. Histrionský pacient chce pozornost za každou cenu, i za cenu trapasů a ostudy.

Somatizační porucha: U somatizační poruchy převažují tělesné potíže. Obě poruchy mohou koincidovat.

Závislá porucha osobnosti: Zde chybí emocionální způsob projevu.

Přenos a protipřenos

Narcistický pacient potřebuje terapeuta, který „je někdo“. Nemůže svoji jedinečnost spojit s každým. Proto jsou narcističtí pacienti většinou léčeni narcistickými terapeuty. V **přenosu** se objevuje jak idealizace, tak devalvace terapeuta, častá je projektivní identifikace. V **protipřenosu** hrozí u terapeuta neuvědomění si vlastních narcistických potřeb, jindy nuda, pocit že je pacientem manipulován, jindy zlost, bezmoc nebo dotčenost při znevážení pacientem.

Podpůrná psychoterapie

V podpůrné psychoterapii je zdůrazňován **terapeutický vztah** s aurou bezpečí a podpory. Vztah je spolehlivý, důvěryplný a emocionální, což pomáhá pacientovi cítit se přijatý a zároveň pozvedává jeho motivaci a morálku (Frank, 1975). Empatická a povzbudivá komunikace jako hlavní přístup je potřebná zejména v počátečním období, kdy pacient trpí protimluvami, odmítáním a zklamáním.

Konfrontace je používána pro pacientovo uvědomění si nepříjemných důsledků svého chování. Musí být však dávkována jemně a jen na základě empatického vztahu, ve kterém pacient důvěřuje. Jinak ji může pokládat za znehodnocování. Oddělujeme příčinu od následků (např. pocit nepřijetí od otce od permanentního sebevyvyšování před lidmi). Pro příčiny vyjadřujeme pochopení, o následcích uvažujeme spolu s pacientem, zda jsou opravdu to, co nejvíce chce. V konfrontaci často jde o to, aby si pacient plně uvědomil nepříjemné důsledky svého chování. Rovněž může být užitečné položit otázku: „Co by se stalo, kdybyste získal všechno, co si přejete?“ Ta často odkryje, že by se nezměnilo vlastně nic a pacient by byl nadále nešťastný (Novalis a kol., 1999). Konfrontace jsou často zaměřené na (pro narcistickou poruchu osobnosti) obvyklý, téměř kontinuální proces hodnocení sebe a druhých, resp. znehodnocování druhých (např. připisování sobeckých motivů, hochštaplerství, protekce apod.) a vyvyšování sebe sama (zdůrazňování vlastních schopností, vznešených motivů, obdivu od druhých, sny o vlastní velkoleposti apod.). Typická je dichotomie v kognitivním stylu – pacient rozděluje všechny události na pochvaly a pohanění. Získaná ocenění jsou však často iluzorní, kritiky jsou vnímány vztahovačně. Tuto tendenci transformovat drobné neúspěchy na obrovské tragédie přirovnal Baker (1979) k procházce po domě křivých zrcadel a tuto analogii doporučuje použít v terapii. Horowitz (1976) zdůrazňuje nutnost konfrontovat pacienta s jeho katatymním posouváním významu vnějších událostí, které slouží ochraně před zničujícími hodnoceními. Terapeut pomáhá pacientovi unést realističtější pohled. Cílem může být to, aby narcistický pacient začal oceňovat, že je v situaci, kde není potřeba soutěžit a nejde o vítězství. Někdy se terapeut cítí být chycený v neřešitelné situaci. Na jedné straně konfrontace pacienta ústí do jeho obran a deformování

reality, na druhé straně, pokud terapeut akceptuje racionalizace pacienta, pacient ho znehodnotí za lehkověrnost. Řešením je pomoci pacientovi tolerovat nepříjemný afekt, který vyvolá pravdivá konfrontace (Horowitz a kol., 1984). Může pomoci pacientovi přijmout, že pravda je akceptovatelná.

Pacientovi můžeme dovolit, aby si stěžoval na nevhodný způsob rodičovské výchovy jako zdůvodnění své grandiozity. Nicméně přesto potřebuje porozumět motivům svého chování vedeného grandiozitou, které ho chrání pomocí popření a fantazie síly vůči pocitům obklíčenosti a nedostatečnosti. Grandiozita se pacientovi může popsat jako zbytečná nadměrná očekávání a cíle. Pak je smysuplné probrat jejich výhody a nevýhody pro život. Pacient, který si uvědomí dysfunkční a nepříjemné důsledky těchto nastavení, má motivaci ke změně. Ta však zpravidla potřebuje roky.

Interpersonální vlivy

Základní výchovné vlivy:

- bezpodmínečný, nezištný obdiv nejméně jednoho člena rodiny, poskytován kdykoliv na přání;
- absence zájmu o pohodu ostatních;
- strach, že jakákoliv nedokonalost způsobí katastrofu.

Benjaminová navrhuje jako terapeutický nástroj poukazování na břímě, které s sebou nese člověk usilující o kontinuální bezpodmínečný obdiv. Další důležitý bod je naučit se nebýt zranitelný vůči nezájmu a nedostupnosti permanentního sebezpotvrzování v běžných mezilidských vztazích. Má se poukazovat na velikou cenu, často placenou zdravím, pocitem štěstí a kvalitou vztahů za tyto zaryté sebehýčkájící požadavky.

Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie může být velmi prospěšná, nicméně narcističtí pacienti mají problém být ve skupině v jiné než zvláštní roli. Od vstupu do skupiny o nich zřetelně víme, prosadí se, často soupeří s terapeuty, chtějí do pozice expertů a jsou zraňováni, když jsou přijímáni jako „kdokoliv jiný“ ze skupiny.

Farmakoterapie

Podávání léků je na místě v době dekompenzace do depresivní, úzkostné nebo somatoformní poruchy. Jde hlavně o podávání antidepresiv, které snížením celkového arousalu umožní větší odstup od soutěžení a srovnávání a otupí nesmírně bolestné emoce narcistických zranění.

Psychodynamické aspekty

Freud (1914) uvedl termín narcismus do odborné literatury. Popsal **primární narcismus** – prvotní stav zaujetí dítěte sebou samým na samém počátku života, a **sekundární narcismus** – ego-ideál, který je součástí aspirací jedince v pozdějším období života. Jones (1913) hovořil o pacientech, kteří byli navenek grandiózní, odsuzující druhé a udržující od nich distanci, mající vysoké mínění o svých schopnostech a fantazie o onnipotenci. Reich (1930) popsal pacienty s **charakterovým pancířem**, které nazýval **falicko-narcistické** – sebevědomé, arogantní a chránící sebe sama tím způsobem, že atakují druhé jako první. Kernberg (1967) uvedl narcistickou osobnost jako jedno z vyústění **hraniční osobnostní organizace** využívající stejné primitivní obranné mechanismy, avšak na vyšší hladině fungování ega. Kohut (1971), pionýr **psychologie self**, viděl narcistické pacienty jako osoby, které potřebují přijetí od okolí, což jim pomáhá udržet jim jejich pocit hodnoty a soudržnosti.

V současné analytické literatuře je pojem narcistické poruchy osobnosti poněkud matoucí, protože zahrnuje řadu obrazů od sebe i značně vzdálených. Z popisného pohledu je možné uvést dva polární typy: **netečný** a **ostrážitý** typ (Gabbard, 1989).

Tab. 89 Dva polární typy narcistické poruchy osobnosti

Netečný typ (tlustokožec)	Ostrážitý typ (tenkokožec)
Není si vědom reakcí druhých. Je arogantní a agresivní. Je zaujat sám sebou. Potřebuje být středem pozornosti. Má „vysílač“, nikoliv však „přijímač“. Je zcela odolný vůči zranění od ostatních.	Je vysoce senzitivní vůči reakcím druhých. Je inhibován, stydlivý a často nenápadný. Věnuje více pozornosti okolí než sobě. Vyhýbá se pozornosti druhých. Pozorně naslouchá a hledá náznaky kritiky a opovržení od druhých. Je snadno zranitelný, náchylný k pocitům studu a ponížení.

V posledních třiceti letech se nejvíce kontroverzních postojů výkladu narcismu ohraničilo kolem názorů Kohuta a Kernberga.

Kohut (1971, 1977, 1984) se domníval, že narcisticky narušení jedinci vývojově ustrnuli na stadiu, ve kterém potřebují specifické reakce od osob v jejich okolí, aby si udrželi stabilní pocit své osoby (self). Pokud nejsou tyto reakce k dispozici, jejich self je náchylné k fragmentaci. Kohut chápal tento stav jako důsledek empatických selhání rodičů. Rodiče nereagovali na normální exhibicionismus dítěte ohodnocením a obdivem, což vedlo k narušení jeho sebedůvěry a pocitu hodnoty. Tito rodiče rovněž nebyli pro dítě objektem pro idealizaci a identifikaci s nimi. Kohut uvádí, že v průběhu celého života každý z nás potřebuje reakce od

blízkých osob v okolí. Jinými slovy do jisté míry nevnímáme okolní osoby pouze jako nezávislé jedince, ale také jako zdroje pro uspokojení self. Tuto potřebu potvrzení a gratifikace od ostatních nikdy zcela nepozbýváme. Cílem terapie je poté odklon od archaických primitivních objektů ke schopnosti navázat vztah se zralejšími a přiměřenějšími osobami a zmírnit závislost na jejich potvrzení.

Kernbergovy teoretické formulace (1970, 1974, 1984, 1998) se zásadně liší od Kohutových. Teoretické odlišnosti se mohou rovněž odvíjet od rozdílné populace pacientů, kterou autoři studovali. Kohut léčil většinou aktivní, dobře v realitě fungující ambulantní pacienty, kteří byli schopni platit si psychoanalýzu, kteří si však stěžovali na chronické pocity prázdnoty, depresi a obzvláště na problémy ve svých vztazích. Kernberg spíše pracoval s pacienty v nemocnicích a jeho klinické popisy představují primitivnější, arogantnější a agresivnější, často více grandiózní pacienty, než které léčil Kohut. Kernberg viděl na rozdíl od Kohuta narcistické pacienty jako velmi podobné hraničním (emočně nestabilním) pacientům. Odlišnost od hraničních pacientů viděl v tom, že narcistický pacient má intergované self, které je však patologicky grandiózní. Hraniční pacienti na rozdíl od narcistických mají rovněž často slabou kontrolu impulzů a nízkou toleranci vůči úzkosti. Kohut se domníval, že narcistické self je vývojově „normální“, avšak odpovídá ranějšímu vývojovému stadiu, než ve kterém se pacient chronologicky nachází. Jinými slovy, jedná se o „dítě v dospělém těle“. Kernberg naproti tomu vidí narcistické self jako vysoce patologickou strukturu, která se nepodobá žádnému vývojovému stadiu dítěte. Vyzdvihuje, že exhibicionistické předvádění se dítěte je okouzující a radostné, což je v protikladu k nenasytnosti a neupokojitelným požadavkům narcistického pacienta.

V souvislosti s narcistickými pacienty se hovoří o „narcistickém vzteku“, který se objevuje, když nejsou uspokojeny potřeby přijetí, pochvaly a ocenění, což pacient prožívá jako zranění, odmítnutí nebo urážku. Jedna z manifestací narcistické agrese je chronická intenzivní závist, vyplývající z pocitu, že ti druzí mají něco lepšího než pacient, neboť druzí se cítí lépe než on.

Jiné teorie popisují narcistický vývoj u dětí, se kterými rodiče zacházeli jako s výjimečnými a které měly často nějaký speciální talent. Tyto děti jsou poté **narcistickou extenzí** rodičů, kteří si jimi nahrazují vlastní pocity méněcennosti. Tyto děti se snaží naplnit očekávání rodičů a zůstávají závislí na jejich pochvalě. Snaží se rovněž dosáhnout dokonalosti a vytvářejí tzv. **falešné self**, neautentickou, navenek prezentovanou osobnost naplňující představy rodičů, avšak znemožňující reálné prožívání jedince. Pod touto slupkou se pacient cítí prázdny, nehodnotný a křehký.

Obranné mechanismy u narcistických pacientů nejčastěji představuje **idealizace**, tito pacienti se snaží stýkat s výjimečnými lidmi, kterým přisuzují mimořádné vlastnosti, v jejich blízkosti se poté cítí cennější. **Devalvace** přichází jako důsledek zklamání nerealistických nevědomých očekávání. Narcističtí pacienti se často s cílem zvýšení svého sebevědomí **identifikují** s významnými organizacemi či lidmi.

Psychodynamická terapie

Pacienti s narcistickou poruchou osobnosti patří mezi nejčastější pacienty psychoanalytických terapií, popudem k léčbě mohou být problémy ve vztazích nebo dysforie, následující po narcistickém zranění. Jak Kohut, tak Kernberg vyjadřují přesvědčení, že analyticky orientované terapie jsou metodou volby u těchto pacientů. Kohut zdůrazňuje empatii jako základní kámen terapie. Pacientovi má být umožněna idealizace terapeuta a terapeut by měl pacienta přijímat a konejšit spíše než interpretovat. Terapeut by se měl vyhnout empatickým selháním rodičů pacienta, kteří opakovaně pacientovi tvrdili, že skutečné pocity pacienta jsou odlišné od těch, které popisuje. Kohut rovněž vyzdvihuje pozitivní stránky pacientova života a striktně se vyhýbá kritickým postojům. Kernberg uvádí jiné terapeutické postupy. Idealizaci vidí jako obranný mechanismus proti pocitům pohrdání, závidi a vzteku a doporučuje je interpretovat místo prostého přijímání. Kernbergův přístup je více konfrontační než Kohutův. Domnívá se, že nenasytnost a požadavky narcistických pacientů nejsou aspekty normálního vývoje, proto je nutné je konfrontovat a zkoumat z hlediska jejich dopadu na okolí pacienta. Zatímco Kohut zdůrazňoval pozitivní stránky pacienta, Kernberg se domnívá, že negativní přenosové fenomény mají být osloveny a interpretovány. Na druhou stranu zdůrazňuje i práci na pozitivním přenosu. Kernberg se rovněž významně liší od Kohuta v cílech léčby. Kohut očekává terapeutickou změnu v nevědomé oblasti, Kernberg se domnívá, že kognitivní porozumění umožněné interpretační prací je pro terapeutický proces kruciólní. Cílem léčby je propracování pocitů viny, vytvoření zájmu o druhé, stejně jako integrace idealizace a důvěry se vztekem a pohrdáním (integrace „pozitivních“ a „negativních“ částí pacienta).

Tab. 90 Psychoterapeutické techniky Kohut versus Kernberg

Kohut	Kernberg
Přijímá idealizaci jako normální vývojovou potřebu.	Interpretuje idealizaci jako obranu.
Empaticky přijímá pacientovy pocity jako srozměnitelnou reakci na selhání rodičů.	Pomáhá pacientovi vidět jeho podíl na problémech ve vztazích.
Přijímá pacientova sdělení bez komentáře, vnímá odpor jako zdravou psychickou aktivitu, která chrání self.	Konfrontuje a interpretuje odpor jako obranný mechanismus.
Vyzdvihuje pacientovu lepší stránku.	Zkoumá jak pozitivní, tak negativní stránku pacienta.
Podporuje pacientův vývoj.	Zaměřuje se na závid a její důsledky – neschopnost říci si o pomoc a opětovat ji.
Cílem terapie je pomoci pacientovi dosáhnout psychické stability a navázat přiměřené vztahy.	Cílem terapie je umožnit pacientovi prožít pocity viny a zájem o druhé, integrovat idealizaci a důvěru se vztekem a pohrdáním.

Souhrnně lze říci, že Kohutova technika je vhodná spíše pro ostražitý typ narcistických pacientů a Kernbergova pro netečný typ. Oba autoři se domnívají, že léčba narcistických pacientů je velmi těžká, někteří pacienti především s antisociálními rysy se pokládají za neléčitelné. Některé rysy však přispívají k příznivé prognóze: schopnost prožít smutek a truchlení, více pocitů viny než paranoidity v přenosu, schopnost sublimovat primitivní afekty, relativně dobrá kontrola pudových impulzů a dobrá motivace.

Přenosové fenomény jsou silné, terapeut je buď idealizován jako dokonalý, nebo devalvován jako neschopný. Častou verzí je idealizace současného terapeuta a devalvace předešlých. Protipřenosové fenomény jsou rovněž silné, terapeut, který se identifikuje s idealizovaným přenosovým objektem může být sveden do pozice vzájemného obdivu s pacientem. Ten má pouze krátké trvání, neboť přichází nevyhnutelná devalvace s možnými následnými pocity zklamání a zranění u terapeuta. Může být poté obtížné vyhnout se trestajícím protiaktům. Při menší osobní zaangažovanosti terapeuta se může objevit nuda jako protipřenosový fenomén.

Kohut a jiní self-psychologové vyvinuli přístupy, které jsou sice metodologicky psychoanalytické, ale obsahují hodně podpůrných elementů (Kohut, 1971). Patří sem empatická akceptace pacienta a rozvoj dvou typů vztahů:

- **idealizující přenos**, ve kterém má terapeut roli idealizované matky a
- **zrcadlicí přenos**, ve kterém pacient vnímá terapeuta jako objekt podobný jemu samotnému.

Kernbergův přístup obsahuje také **interpretaci přenosu** a více **konfrontačních metod**, jako je zdůrazňování pacientova výběru a použití obranných mechanismů (Kernberg, 1987). Kernberg však sám u pacientů s těžší narcistickou poruchou se sekundárními zisky a nízkou tolerancí afektů doporučuje expresivní a podpůrnou psychoterapii.

Kognitivně-behaviorální terapie

Pacient si zpravidla představuje sám sebe jako úspěšného, mocného, obdivuhodného, krásného, žádoucího a předpokládá, že mu porozumí jen výjimeční lidé. Vyžaduje obdiv a poslušnost, nesnáší kritiku a nesouhlas. To, že využívá druhé pro své vlastní potřeby, považuje za samozřejmé. Cílem terapie je zmírnění přecitlivělosti na zranění, zvýšení schopnosti rozumět druhým i sobě samotnému, lepší uvědomování si a respektování potřeb a pocitů druhých.

Zaangažování (zapojení) do terapie

Pacient obvykle vyžaduje speciální pravidla, bývá uražen, pokud je léčen „stejně jako druzí“. Zrcadlení je náročné, protože pacient snadno prožívá narcistické zra-

nění při jakémkoliv náznaku kritiky nebo konfrontace. Je potřebné ho zpočátku dostatečně vyslechnout a vyjádřit pochopení pro jeho prožívání, nikoliv však souhlas s jeho postoji.

Analýza vzorců

Spouštěčem frustrace bývá neúspěch, porovnávání se s druhými, které pacient pokládá za úspěšnější, kritika, nedostatek obdivu nebo neposlušnost ze strany druhých. Často druhým závidí nebo předpokládá, že druzí závidí jemu. Vzorcem dekompenzace jsou žárlivé nebo závistivé epizody, výbuchy hněvu nebo propady bolestnému smutku při zranění.

Jádrová schémata o vlastní méněcennosti jsou **kompensatorně** proměněná v pohled na sebe jako na výjimečného člověka, lepšího než druzí, pro kterého běžná pravidla neplatí. Týkají se výlučnosti a sebestřednosti. Od světa očekává, že jej bude obdivovat a poslouchat.

Afektivní styl se projevuje buď mírně nadnesenou náladou, nebo výbuchy vzteku až zuřivosti při „zranění“.

Kognitivní styl obsahuje nekritické, ale labilní pozitivní sebehodnocení.

V **chování** pacient zpravidla manipuluje druhými ve svůj prospěch, není schopen navázat rovnocenný vztah, je neochotný brát ohled na potřeby a pocity druhých. Může se chovat k druhým arogantně, nadřazeně a hrubě.

Tab. 91 Důležité komponenty KBT modelu narcistické poruchy osobnosti

Jádrové přesvědčení o sobě	Jsem méně než druzí. Manifestní kompensatorní: Jsem více než druzí.
Jádrové přesvědčení o druhých lidech	Druzí jsou lepší. Manifestní kompensatorní: Druzí jsou horší.
Odvozené předpoklady	Jsem výjimečný, lepší než druzí, běžná pravidla pro mě neplatí. Když se mnou druzí zacházejí normálně, znamená to, že si o mně myslí, že jsem horší. Druzí musejí uspokojovat moje potřeby. Druzí nemají právo mě kritizovat. Jsem originál, a protože jsem něco lepšího, mám nárok na zvláštní zacházení a privilegia.
Nedostatečně rozvinuté strategie	Zvládání afektů, reciprocita, sdílení, empatie, uvědomování si vlastních kognicí, identifikace se skupinou
Nadměrně rozvinuté strategie	Sebezduřazňování, soutěživost, přecitlivělost
Zaměření pozornosti	Porovnávání se s druhými, kritika
Nejčastější způsoby zpracování informací	Nekritické přeceňování sebe, projektivní identifikace
Typické chování	Soutěživost, vyžaduje zvláštní zacházení.

Tab. 92 Příklad kognitivní rekonstrukce a restrukturalizace

Situace:	Pozdní příchod domů a výčitky partnerky
Automatické myšlenky:	Nechápe mě, že mám svoji práci. Neumí mě ocenit. Neumí si vážit, koho má a jak se o vše starám.
Emoce:	Sebelítost Vztek Napětí
Chování:	Demonstrativní odchod za sportem
Racionální reakce:	Má pravdu, byl jsem v práci dlouho. Taky potřebuje, abych se jí věnoval. Mohl jsem jí dát vědět, že přijdu později.
Akce:	Zavolám jí, když se zdržím. Omluvím se za svoje arogantní chování. Půjdeme na večeři, výběr nechám na ní.
Dysfunkční schéma:	Mám právo na speciální zacházení a toleranci k tomu, co dělám.
Vliv na vztahy:	Vyžaduje speciální pravidla a výhody. Má vysoké nároky na partnera. Nedokáže se vcítit do potřeb druhého.
Vliv na práci:	Musí být vždy úspěšný. Vybírá si individuální obor. Nedokáže spolupracovat v týmu, protože zásadně se všemi soutěží. Potíže se vztahem s nadřízeným, který neuznává požadovaná „privilegia“.
Vliv na životní styl:	Pěstuje individuální sporty. Je málo doma, musí se věnovat „svým zájmům“. Utrácí za exkluzivní oblečení, auto, dovolenou. Stýká se s exkluzivními přáteli.
Akomodovaný postoj:	Všichni lidé jsou originály a zároveň v něčem stejní. Všichni máme stejná práva a pravidla, na kterých se musíme vzájemně dohodnout. Nejsem horší než druzí, ani oni nejsou horší než já.
Potenciální vliv na vztahy:	Dohoda s manželkou o domácích povinnostech a trávení volného času Větší tolerance k chování manželky, snížení nároků na ni Lepší vcítění do manželčiny potřeb a do potřeb dětí
Potenciální vliv na práci:	Nemusí zůstat tak často přesčas Lepší spolupráce v týmu Zlepšení vztahu s nadřízeným
Potenciální vliv na	Více možností trávit příjemně volný čas s partou známých i rodinou životní styl: společně Menší výdaje na „luxus“ Zrušení kontaktů se „snoby“
Dovednosti, které je potřebné se naučit:	Empatické naslouchání, přijímání kritiky, požádání o kritiku, uzavírání kompromisů a dohod.

Změna vzorců

Hlavním cílem terapie je zvýšit schopnost a ochotu pacienta brát ohled na pocity a potřeby druhých. Pacient je přecitlivělý na kritiku a nesouhlas, potřebuje se „otužit“ proti jejich projevům a zároveň být empatický k protějšku. Terapeutické metody změny jsou následující:

- a) **Změna stylu:** nácvik uvědomování si vlastních kognicí, nácvik zvládání vzteku, nácvik empatie, nácvik zvládání impulzivity, nácvik zmírnění přecitlivělosti.
- b) **Změna schémat:** analýza a zpochybňování automatických myšlenek, analýza a zpochybňování maladaptivních schémat, testování schémat pomocí behaviorálních experimentů.

Ukončení léčby

Vzhledem k vysoké zranitelnosti narcistických pacientů vždy hrozí předčasné ukončení terapie. Je vhodné tuto možnost predikovat v průběhu léčby a s pacientem probírat kognice, které by k tomu vedly.

3.9.2 Pasivně-agresivní porucha osobnosti

Vyznačuje se hlavně skrytým kladením překážek, otálením, neústupností a nevykonností. Tito lidé mají velké potíže při spolupráci s druhými, často jsou rezistentní vůči nařízením autorit, i když se nebouří přímo, prostě jim nařízená činnost z nějakého důvodu „nevyjde“. Stále bojují za svoji autonomii, mají potíže vytvořit a udržet blízký vztah, protože záhy začínají bojovat o svoji svobodu.

Takto strukturovaní jedinci používají jako hlavní strategii chování pasivní rezistenci vůči požadavkům druhých. Mají tendenci vzdorovat požadavkům, povinnostem a autoritám. Často slíbí, že něco udělají, ale z nějakého důvodu jim to nevyjde. Často zapomínají, váhají, nápadně často si stěžují, jsou kritičtí k jiným, stále nespokojení, zlostní. Svůj hněv i požadavky však vyjadřují nepřímým způsobem. Přitom se většinou okolí jeví jako stále podráždění a hašřeriví, v práci vše oddalují, odkládají, často sabotují společnou práci – prostě jejich úkol nevyjde nebo ho splní opožděně a nedostatečně. Kazí práci druhých tím, že neplní své povinnosti, na kterých závisí výsledek práce celého týmu. Mají problémy s přijímáním autorit, nedokážou se podrobit, autority často v zákulisí pomlouvají, nároky nadřazených prožívají jako přehnané a neodůvodněné.

Renáta je čtyřiatřicetiletá studentka, je stále svobodná a bezdětná, bez partnera. Údajně byla nechtěným dítětem, otec říkal matce, že není jeho. Vyrůstala s výbušným otcem, který stále něco nařizoval, pak svá nařízení měnil. Pokud někdo protřečil, vybuchoval v cho-

lerických scénach. Lepší bylo nechat jeho požadavky „vyhnít“. Výrazně před Renátou upřednostňoval staršího bratra, na kterého pacientka vždy žárlila. Matka byla spíše tišší, submisivní, ale často věštila různé katastrofy, nedůvěřovala tomu, že pacientka „něco dokáže“, zrazovala ji od studia na vysoké škole. Renáta se od dětství učila přikyvovat, aby nebyl zbytečný konflikt, a pak si dělat svoje. Na základní škole se učila dobře, do puberty vycházela se spolužáky dobře, i když nikdy neměla žádnou dobrou kamarádku. Od puberty se stala uzavřenější, měla silné pocity méněcennosti z toho, že má malá prsa a je nehezka (objektivně jde o velmi pohlednou ženu). Vystudovala gymnázium, kde měla často problémy s pozdním příchodem do školy. Zde nebyla moc oblíbena, protože stále „remcala“, nelíbili se jí ani učitelé, ani spolužáci. Prospěch měla dobrý. Tři roky pak pracovala jako úřednice, protože se nemohla dostat na vysokou školu. Nakonec se dostala na techniku, nebyla však spokojená a tak se po třech ročnících přihlásila na filozofickou fakultu. Zde rovněž nedostudovala, protože se dostala na medicínu, kam velmi toužila, přestože ji rodina odrazovala (stejně se nedostaneš, stejně to nedostuduješ). Jak docházka, tak zkoušky pro ni celé studium představovaly nadměrnou zátěž. Velmi často zapávala, na některé termíny se nedostavila, přitom se extrémně připravovala ze strachu, aby neseslala. Před státnicemi onemocněla chronickým unavovým syndromem. Od té doby státnice už jeden a půl roku odkládá, protože se nedokáže soustředit.

První vážnější partnerský vztah měla po 20. roce, s medikem, velmi se mu toužila vyrovnat a snažila se dostat na medicínu. To se povedlo, ale vztah se rozpadl. Byla v něm velmi obětavá, „neznala jsem hranice“, nicméně on si našel jinou, asi rok chodil s oběma a nakonec ji nechal. Od té doby žádný trvalejší vztah nenavázala, je nedůvěřivá a otevřít se nedokáže. Jako by jí potvrdil komplex, které má od puberty.

Sama o sobě říká, že ji snadno druzí odradí od toho, co chce, pak hodí „flintu do žita“. Je uzavřená a často se srovnává s druhými. Špatně se jí s kýmkoliv spolupracuje, většinou se jí nelíbí, co po ní ostatní chtějí, přímo to ale říci nedokáže, aby nebyla odmítnuta, nicméně ve většině případů to „nakonec nevyjde“. Zdá se jí, že lidé na ni mají často přemrštěné požadavky, které už z principu nemůže splnit. Často se porovnává s druhými a cítí se jako selhávající. Nemá ráda autority, které po ní něco požadují, má pocit, že většina učitelů i nadřízených, se kterými se setkala, byly „falešné autority“.

Při vyšetření je skoupá na slovo, uzavřená, bez známek hlubší deprese, i když si stěžuje na depresivní rozlady a občasné myšlenky na to, zda takový život má smysl. Dominují však četné obavy a starosti týkající se zejména zdravotního stavu, budoucnosti, možnosti najít si partnerský vztah, pochybnosti o léčbě, diagnóze, o tom, že se v životě nenašla apod. Inteligence je zjevně nadprůměrná, občas „příliš odborné“ vyjádřování, myšlení v obecných rovinách, nedostatečná schopnost konkretizovat, diferencovaně vyjádřit emoční prožívání.

První psychické potíže se objevily po rozchodu s chlapcem ve 27 letech. Popisuje to jako depresivní stavy, bez léčby se však nakonec vyrovnala. Jinak od dětství trpěla občas smutnější náladou, vesměs však přechodně jako reakci na zklamání nebo přepracování. Před rokem prodělala EB virózu, iatrogeně vystrašená tím, že do tří let dostane revmatické onemocnění. Začala se tím nadměrně zabývat, nebyla se schopna učit, musela na to stále myslet. Nešla na státnice, které v té době měla dělat, odložila je. Od té doby mívá špatnou náladu, stále uvažuje, co jí je, cítí se stále unavená, nesoustředěná, nestálé obavy a starosti se jí honí hlavou, má pocit, že je nedokáže kontrolovat. Spí dobře, přibrala v posledních třech měsících dva kilogramy.

Tab. 93 Diagnostická kritéria MKN-10 pro pasivně-agresivní poruchu osobnosti

-
- A. Musí být splněna hlavní kritéria pro specifické poruchy osobnosti.
 B. Jedinec musí vykazovat nejméně pět z následujících charakteristik:
- (1) neústupnost a prodlevy v plnění základních rutinních úkolů, zejména takových, které ostatní usilují splnit;
 - (2) neoprávněné stížnosti na to, že ostatní mají nesmyslné požadavky;
 - (3) mrzutost, podrážděnost nebo hádavost, je-li žádán o něco, co se mu nechce dělat;
 - (4) bezdůvodná kritika nebo pohrdavý postoj k nadřízeným;
 - (5) záměrně pomalu nebo špatně prováděná práce při úkolech, které ve skutečnosti nechce dělat;
 - (6) klade překážky snaze ostatních tím, že neudělá svůj podíl na společné práci;
 - (7) vyhýbá se plnění povinnosti s výmluvou, že zapomněl.
-

Etiologie a patogeneze

Relativně komplexní reakcí na úzkost vyvolávající situaci je vyhnutí se konfrontaci a využití vlastní agresivity nepřímo. Psychodynamické teorie i teorie učení shodně předpokládají vliv trestání tvrdohlavosti, prosazování se a agresivity v dětství. To potom vede k pseudozdvořilosti, skrývání hněvu, který může být ventilován jen nepřímo.

Chování pasivně-agresivního člověka si lze vysvětlit také pomocí teorie sociálního učení. Stálý tlak silných dominantních osob v jeho životě v dětství vedly k tomu, že se naučil vzdorovat nepřímo, protože přímý vzdor by si dovolit nemohl. Proto často pod tlakem slíbil, že něco udělá, a pak se vymluvil, proč to nevyšlo. Podobné zážitky má část lidí v kritických rodinách s nátlakovou výchovou a pak ve škole s učiteli.

Epidemiologie

Predispozice může být u mladých jedinců trpících poruchou opozičního vzdoru. Poměr pohlaví, prevalence a dědičné vlivy nejsou známy.

Průběh

Postižení trpí konflikty s autoritami, v otázkách podřízenosti, vlastní neposlušnosti nebo rozpory mezi potřebou autonomie a současné závislosti. Mívají strach z agrese, komplikace depresi a abúzem alkoholu.

Diferenciální diagnóza

Disociální porucha osobnosti: Tato porucha se vyznačuje otevřeným vzdorem, nedostatkem soucitu, potřebou mít materiální nebo poziční zisky, což pro pasivně-agresivní osobnosti, neustále chráníci svoji autonomii, není typické.

Anankastická porucha osobnosti: Tato osobnost je nápadná rigiditou a perfekcionismem, prakticky přímo nevzdoruje, ale vše plní pečlivě a přičinlivě. Mohou však být komorbidní, kdy preciznost, morálita a pečlivost se projevují směrem k podřízeným a opozice, konfliktnost a nespolehlivost směrem k autoritám.

Závislá porucha osobnosti: U závislé poruchy osobnosti bývá špatné plnění úkolů a dohod častěji známkou nejistoty, nerozhodnosti a selhání při požadování samostatnosti než projevem opozičního vzdoru.

Přenos a protipřenos

Pacient svoje interpersonální strategie přenáší i do vztahu terapeut–pacient. Proto může mít pocit, že se ho terapeut pokouší kontrolovat, vnucovat mu svoje názory nebo se k němu nechová čestně. Použití pasivně-agresivních manévřů v přenosovém vztahu, jako je například časté opožďování se, je potřebné dávat pacientovi za příklad toho, jak chování, ať vědomé, nebo nevědomé, může narušovat vztahy. Vůči jeho manévřům je však důležité vyjádřit pochopení a poukázat na jejich možné zdroje v pacientově minulosti. Častým problémem terapeuta je frustrace, protože léčba je velmi pomalá a obtížná v důsledku negativistických postojů a neochotě zkoušet něco nového. Pacient často nedělá domácí cvičení, má spoustu „rozumných“ důvodů, proč to nešlo. Je důležité, aby si sám stanovil své minicíle; každou naši snahu „zrychlit“ tempo ihned sabotuje.

Podpůrná psychoterapie

Dominujícím projevem bývá odpor k jakémukoliv zásahu terapeuta. Léčba se zaměřuje na pomoc rozeznat pacientovy vzorce chování, nácvik přímé komunikace a jasného vyjadřování potřeb. Pacient se učí, jakým způsobem kolem sebe vytváří hostilní svět pomocí často nevědomých mechanismů (např. přijde pozdě na důležitou schůzku několikrát za sebou, protože mu to „objektivně nikdy nevyjde“). Při převyprávění sociálních interakcí je možné pacienta naučit rozlišovat mezi hostilní agresivitou, manipulací, pasivitou a vhodnou asertivitou. Vzhledem k tomu, že pacienti jsou schopni rozeznat autodestruktivní povahu svého hněvu i v situacích, kdy ho pokládají za oprávněný, a jsou schopni předjímat, ve kterých situacích se objeví, je možné spolu probrat varianty důsledků různých způsobů chování v jednotlivých situacích. Pacientovi při uvědomění si

důsledků svého chování dochází, že přes krátkodobý úspěch (dokázal si, že si uhájí svoji autonomii) dochází postupně k dlouhodobým ztrátám sympatie okolí.

Skupinová psychoterapie

Pasivní agrese je častým rysem v naší kultuře a tak se ve skupinové terapii objevuje velmi často. Někdy může „infikovat“ celou skupinu. Typickým projevem je rezistence ke snahám skupiny a dokazování skupině i terapeutům, že pomoc není možná, nic nemá smysl, vše dopadne přes veškerou snahu špatně, z čehož plyne, že nemá cenu se o cokoliv snažit. Pasivní agrese často budí komplementární agresi u jiných členů skupiny nebo protipřenosově u terapeuta. To jen dále potvrzuje původní postoje. Z terapeutického hlediska je důležité nenabízet žádná řešení, ptát se jen, jak to chce pacient sám řešit. Pasivně-agresivní postoje lze interpretovat z životního příběhu, kde je tato strategie často jedinou možnou obranou proti intruzivnímu rodiči. Tato interpretace umožňuje vcítění do pasivně-agresivního jedince a pomáhá skupině na něj nereagovat agresí.

Farmakoterapie

Farmakoterapie se doporučuje u pasivně-agresivní poruchy vzácně; prakticky jen v případech rozvoje komorbidní poruchy, kterou bývá nejčastěji depresivní nebo úzkostná porucha, méně často somatoformní porucha.

Psychodynamické aspekty

Kraepelin (1913) a Bleuler (1924) popsali charakterový rys pacientů s negativistickými sklony, nízkou tolerancí vůči frustraci a snadnou drážditelností. Reich (1945) uvedl charakterový typ s trvalými stížnostmi a nízkou schopností zvládat nepříjemné situace. Spitzer (1977) se vyjadřuje spíše o „stavu“ než o osobnostním rysu.

V předpokládané etiologii se zmiňuje reakce na pečující osoby v dětství, které jsou záštiplné, neuspokojující, negativisticky nastavené a mrzuté. Dítě, aby s nimi udrželo pozitivní vztah, se učí být vděčné za to, co poskytují, byť se jedná o věci spíše negativní a zraňující. Takový typ rodičů může rovněž vychovávat dítě ke stejnému mrzutému osobnostnímu stylu. Jinou možností jsou rodiče, kteří nutkavě nutí dítěti výživná, ale nechutná jídla a vyvolávají v nich skrytou hostilitu. Otevřené vyjádření negativních pocitů dítětem ohrožuje jeho vztah s rodiči, proto skrytá forma negativistického chování může být přijatelnější, ovšem skrytou agresi skutečně představuje. V uvedených rodinách bývá

přítomen rovněž silný represivní postoj vůči negativním emocím. Vyjádření hněvu, vzteku či nesouhlasu je trestáno nebo důrazně nepřijímáno. Pasivně-agresivní chování může být poté kompromisem mezi impulzy a tímto omezením.

Obranné mechanismy zahrnují: **pasivně-agresivní chování** – nevědomý mechanismus, kdy agrese je vyjadřována nepřímou, výsledné chování (nemoc, negativismus) však druhé nepříznivě ovlivňuje; **hypochondrismus** – hostilní impulzy získávají somatickou podobu; **popření** – „Já to nebyl, jak si to o mně můžete myslet!“; **racionalizace** – racionální vysvětlení, které ospravedlní postoje pacienta.

Psychodynamická terapie

Pacienti přicházejí do terapie nejčastěji proto, že měli v životě „smůlu“ nebo je někdo „podrazil“. Hledají podporu a pochopení spíše než porozumění svému podílu na vzniklých problémech.

Pasivně-agresivní pacient je ovládán dvěma konflikty. První se týká touhy navázat závislý vztah, do kterého vstupuje pasivně, neboť postrádá dostatek asertivity, která by umožnila realizaci jeho potřeb. Pokud nedojde k naplnění jeho nevyslovených potřeb („selhání telepatie“), pacient je frustrován a začne být kritický ke svému okolí. Druhý konflikt vzniká tehdy, když se frustrace mění ve hněv, absence dostatečné aktivity a asertivity pacienta vede k vyjádření hněvu pasivním způsobem pod obrazem vzdoru, pomstychtivosti, sarkasmu, negativismu a sabotáže.

Pasivně-agresivní osoba je směsicí závislosti a vysokých nároků. Není většinou schopna vystoupit ze vztahů, které pokládá za neuspokojující, podle pravidla „lepší vrabec v hrsti než holub na střeše“. Často se jedná o stěžovatele, který však odmítá pomoc. Navíc negativistické chování skrytým způsobem vyjadřuje hostilitu a frustraci takovým způsobem, který umožňuje vyhnout se za ně zodpovědnosti.

Individuální terapie orientované na vzhled většinou u těchto pacientů selhávají. Uspokojení jejich potřeb a nářků terapeutem vede k posílení jejich maladaptivního chování, omezení podpory je však vnímáno jako odmítnutí a nepochopení. Hodiny jsou zaplaveny materiálem, který provokuje v terapeutovi vztek, aranžmá je většinou prezentováno jako bezvýchodné a jakákoli snaha terapeuta po pozitivním řešení je destruována, případně ji pacient hodnotí jako další nepochopení a ublížení. Prospěšná analytická práce se může rozvinout až po ustanovení stabilnějšího terapeutického vztahu, jádrové je zpracování neuvědomovaných kořenů potřeb pacienta a zvrácenost ve snaze o jejich dosahování.

Skupinové, analyticky orientované terapie jsou podstatně vhodnější, vztahy ve skupině přesně odrážejí pasivně-agresivní vzorec jednání pacienta. Pasivně-agresivní pacient přispívá málo pozitivy, s přehledem však ničí úsilí druhých. Konfrontace s pocity skupiny může být významnou motivací ke změně.

Přenosové reakce pacienta jsou většinou směsicí závisti vůči terapeutovi a opovržení jím. Tito pacienti rovněž často chodí pozdě, zapomínají platit a nepřímo terapeuta uráží.

Protipřenosové reakce mohou být rovněž velmi silné, vztek a frustrace bývají nejčastějšími prožitky v terapii, stejně jako nepřítomnost jakéhokoli uspokojení z pacientovy terapie.

Kognitivně-behaviorální terapie

Zaangažování (zapojení) do terapie

Již ve vstupním pohovoru bývá nápadné, že tito pacienti neodpovídají na otázky, které jiným pacientům nedělají problémy. Důvodem je obava z kontroly terapeutem. Často o sobě mluví jako o oběti okolností a vyžadují, aby se do nich terapeut vciťoval. Požadavek na aktivitu sabotují; chtějí, aby se snažil terapeut, ale jeho snahu často úspěšně blokují. Je potřebné jim od počátku ponechat co největší autonomii, od vytváření agendy setkání po kontrakt o pravidlech.

Analýza vzorců

Typické spouštěče frustrace jsou ve vztazích s jinými, zejména v partnerském soužití a ve spolupráci v zaměstnání.

V **jádrovém kognitivním schématu** bývá přesvědčení o vlastní zranitelnosti vůči kontrolování a zasahování druhých, což pacient kompenzatorně řeší zdůrazňováním své soběstačnosti.

Ve svých **odvozených přesvědčeních** předpokládají, že život je všeobecně mizerný, nemají a nebudou mít nikdy nic dobrého, nečeká je nic pozitivního, jenom strádání. Lidé mají pravidla, která omezují, je důležité se nenechat využít.

V **kognitivním stylu** převažují myšlenky o nepřátelskosti druhých a obavy z možného využití, znevažování nebo kritika autorit. Typický je pro ně negativismus, vybírání negativních detailů z chování druhých, jejich hromadění a amplifikace. Často si ve svých myšlenkách a představách posilují svoji roli jako oběti.

V **chování** je nejvýraznějším rysem této poruchy osobnosti rezistence vůči požadavkům okolí. Patří sem odkládání, „remcání“, nízká kvalita práce, zapomínání. Bojí se přímé konfrontace s okolím, a proto, i když mohou mít určité asertivní dovednosti, zpravidla je nepoužívají.

Změna vzorců

Hlavním cílem terapie je zvýšit ochotu a schopnost pacienta spolupracovat s druhými beze strachu ze ztráty vlastní autonomie. Terapeutické metody, které k tomu cíli mohou pomoci, jsou následující:

- a) **změna stylu:** nácvik uvědomování si vlastních kognicí, nácvik zvládnání vzteku, nácvik empatie, nácvik zmírnění přecitlivělosti.
- b) **změna schémat:** kognitivní rekonstrukce a restrukturalizace, behaviorální experimenty.

Důležité je pracovat na pacientových strategiích „pomsty“, pokud se na ně někdo zlobí nebo neudělá pro něj to, co od něj pacient žádal. Dáváme s pacientem dohromady výhody a nevýhody takového jednání a hledáme jiné alternativní přístupy a jejich důsledky. Je potřebné zaobírat se automatickými myšlenkami, které brání použití sociálních dovedností. Je velmi vhodné identifikovat automatické myšlenky, které se týkají vztahu k terapii a terapeutovi, protože často mohou terapii blokovat; a následně s nimi pracovat. Velmi často se objevuje emoční zdůvodnění – potřebné je znovu se vrátit k jeho kognitivním aspektům. Jednou z ústředních strategií je nácvik asertivity, aby se pacient naučil vyjadřovat svoje odmítnutí, hněv i svoje potřeby jinak než pasivní agresí.

Ukončení léčby

Terapie této poruchy je hodně časově náročná a vyžaduje enormní trpělivost terapeuta. Ukončení léčby může být podobně náročné, protože pacient si může začít stěžovat na nové problémy a sděluje terapeutovi, že mu vůbec nepomohl. Celou terapii má tendenci diskvalifikovat. Pokud však v průběhu terapie byla anticipována tato tendence, můžeme se vrátit ke kognicím a nastavení, které jsou příčinou tohoto chování.

Tab. 94 Důležité komponenty KBT modelu pasivně agresivní poruchy osobnosti

Jádrové přesvědčení o sobě	Jsem soběstačný. Jsem zranitelný vůči kontrolování a zasahování.
Jádrové přesvědčení o druhých lidech	Druzí kontrolují, zasahují, vyžadují, jsou nátlakoví a dominantní.
Odvozené předpoklady	Život je mizerný. Nikdy mě nepotká nic příjemného. Budu dělat jenom to, co chci já. Druzí omezují moji svobodu. Nenechám se jimi tlačit. Kontrola od druhých je nesnesitelná. Musím si dělat věci po svém.
Nedostatečně rozvinuté strategie	Intimita, asertivita, aktivita, kooperativnost
Nadměrně rozvinuté strategie	Negativismus, autonomie, rezistence, pasivita, sabotování
Zaměření pozornosti	Vybírání negativních detailů, selektivní zaměření na kontrolu druhými
Nejčastější způsoby zpracování informací	Negativismus, diskvalifikace pozitivního
Typické chování	Pasivní rezistence, na povrchu přizpůsobivost. Vyhýbá se, sabotuje, mění pravidla.

Závěr

V této publikaci jsme se snažili shrnout některé poznatky o diagnostice a léčbě poruch osobnosti. Zčásti jde o převzaté informace, zčásti také o naše zkušenosti. Určitě jsme se řady aspektů této problematiky nedotkli. Toto složité a kontroverzní téma však nejde plně vyčerpat. Jak diagnostika, tak znalosti o etiologii, patogenezi a léčbě jsou stále otevřené novým pohledům a poznatkům. Diagnostika poruch osobnosti se stále mění. Empirický výzkum intenzivně hledá nové přístupy k léčbě. To, co jsme zachytili v naší publikaci, může platit nyní, ale už nikoliv zítra. Pokládáme však za důležité otevřít českému čtenáři to, co víme dnes. Snažili jsme se také, aby vám kniha přinesla kvalitní informace a zároveň byla přiměřeně čtivá. Je však na vás, abyste posoudili, jak se nám to podařilo.

Autoři

Literatura

- Akhtar, S. (1987): Schizoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *Am. J. Psychother.*, 41, s. 499–518.
- Akiskal, H. S. (1981): Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic, and bipolar II disorders in the „borderline“ realm. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 4, s. 25–46.
- Akiskal, H. S. (1983): Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 140, s. 11–20.
- Alden, L. (1989): Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 56, s. 756–764.
- Allport, G. W. (1961): *Pattern and growth in personality*. New York, Holt, Rinehart and Winston.
- Andrews, D., Zinger, I., Hoge, R. a kol. (1990): Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, s. 369–404.
- Andrews, G. (1991): The Essentials psychotherapies. *British Journal of Psychiatry*, 162, s. 447–451.
- Arbib, M. A. (ed.) (1995): *The Handbook of Brain Theory and Neural Networks*. A Bradford Book / The MIT Press.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, A. J., Nolen-Hoeksema, S. (1995): *Psychologie*. Praha, Victoria Publishing.
- Awad, A. G., Voruganti, N. L. P., Heslegrave, R. J. (1997): A conceptual model of quality of life in schizophrenia: description and preliminary clinical validation. *Qual. Life Res.*, 6, s. 21–26.
- Bach, G. R. (1954): *Intensive group psychotherapy*. New York, Roland Press.
- Baker, H. S. (1979): The conquering hero quits: narcissistic factors in underachievement and failure. *Am. J. Psychother.*, 33, s. 418–427.
- Balcar, K. (1992): *Místo behaviorální terapie mezi ostatními psychoterapeutickými směry*. Předneseno na výcviku kognitivně-behaviorální terapie, Želiv, 27. 10. 1992.
- Bandura, A. (1969): *Principles of behavioral modification*. New York, Holt, Rinehart and Winston.
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, s. 191–215.
- Bandura, A. (1978): The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, s. 344–358.
- Bandura, A. (1982): Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, s. 122–147.
- Bandura, A., Schunk, D. H. (1981): Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through produmal self-motivation. *J. Personality and Social Psychology*, 41, s. 586–598.
- Beck, A. T. (1984): Cognitive therapy of depression: New Perspectives. In: Clayton, P. J., Barrett, J. E. (eds.): *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*. New York, Raven Press, s. 265–290.

- Beck, A. T., Freeman, A. a kol. (1990): *Cognitive therapy of personality disorder*. The Guilford Press, New York, s. 396.
- Beck, J. S. (1995): *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York, The Guilford Press, s. 338.
- Beck, J. S. (1996): Cognitive therapy of personality disorders. In: Salkovskis, P. M., Clark, D. M. (eds.): *Frontiers of Cognitive Therapy: The State of the Art and Beyond*. New York, Guilford, s. 165–181.
- Beck, J. S. (1997): Cognitive approaches to personality disorders. In: Wright, J. H., Thase, M. E. (eds.): *Cognitive therapy. Review of Psychiatry*, 16, Section I, s. 73–106.
- Beck, J. S. (1998): Complex cognitive therapy treatment for personality disorder patients. *Bull. Menninger Clinic*, 62, 2, s. 170–194.
- Beitman, B. (1991): Medication during psychotherapy: Case studies of the reciprocal relationship between psychotherapy process and medication use. In: Beitman, B., Klerman, G. (eds.): *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press, s. 21–44.
- Bejerot, S., Schlette, P., Ekselius, L. et al. (1998): Personality disorders and relationship to personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory in patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Psychiatr. Scand.*, 98, s. 243–249.
- Benjamin, J. L., Greenberg, B. D., Murphy, D. L., Hamer, D. H. (1996): Population and familial association between the D4 dopamine receptor gene and measures of novelty seeking. *Nature Genetics*, 12, s. 81–84.
- Benjamin, L. (1993): *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York, Guilford.
- Bennie, E. H., Kinnell H. G. (1975): *Dangerous offenders*. *Lancet*, II, s. 1303.
- Bergeman, C. S., Chipeur, H. M., Plomin, R. et al. (1993): Genetic and environmental effects on openness to experience, agreeableness, and conscientiousness: an adoption / twin study. *J. Pers.*, 61, s. 158–179.
- Bernstein, D. P., Useda, D., Siever, L. J. (1993): Paranoid personality disorder: a review of its current status. *J. Personal. Dis.*, 7, s. 53–62.
- Blatt, S. J. (1998): Contributions od Psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 46, s. 723.
- Bloch, S., Rouch, E. (1985): *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Oxford, Oxford University Press.
- Blum, K., Braverman, E. R., Wood, R. C. et al. (1996): Increased prevalence of the Taq I A1 allele of the dopamine receptor gene (DRD2) in obesity with comorbid substance use disorder: a preliminary report. *Pharmacogenetics*, 6, s. 297–305.
- Blum, K., Braverman, E. R., Wu, S. et al. (1997): Association of polymorphisms of dopamine D2 receptor (DRD2), and dopamine transporter (DAT1) genes with schizoid/avoidant behaviors (SAB). *Mol. Psychiatry*, 2, s. 239–246.
- Blum, K., Sheridan, P. J., Wood, R. C. et al. (1996): The D2 dopamine receptor gene as a determinant of reward deficiency syndrome. *J. R. Soc. Med.*, 89, s. 396–400.
- Brautigam, W. (1993): *Reakcie-neurózy-poruchy osobnosti. Stručný náčrt duševných ochorení*. Vydalo NsP Trenčín jako vnitřní studijní materiál, s. 262.
- Cerbone, A., Patacchioli, F. R., Sadile, A. G. (1993): A neurogenetic and morphogenetic approach to hippocampal functions based on individual differences and neurobehavioral covariations. *Behav. Brain Res.*, 55, s. 1–16.
- Clarkin, J. F. (1998): Research findings on personality disorders. *Psychotherapy in practice*, 4, s. 91–102.
- Cleckley, H. (1988): *The Mask of Sanity*. 5th edition, Augusta, Georgia.
- Cloninger, C. R. (1994): Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology*, 4, s. 266–273.
- Cloninger, C. R., Adolfsson, R., Svrakic, N. M. (1996): Mapping genes for human personality. *Nat. Genet.*, 12, s. 3–4.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M. (1991): The Tridimensional Personality Questionnaire: US normative data. *Psychological Reports*, 69, s. 1047–1057.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., Wetzel, R. D. (1994a): *The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use*. Center for Psychobiology of Personality, Washington University, St. Louis, Missouri.

- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. (2000): Personality disorders. In: Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (eds.): *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed., Baltimore, William & Wilkins, Vol. 2, s. 1723-1764.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., Przybeck, T. R. (1993): A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen. Psychiatry*, 50, s. 975-990.
- Coccaro, E. F. (1993): Psychopharmacologic studies in patients with personality disorders: review and perspective. *Journal of Personality Disorders*, 7 (suppl.), s. 181-192.
- Coccaro, E. F., Kavoussi, R. J., Hauger, R. L., Cooper, T. B., Ferris, C. F. (1998): Cerebrospinal fluid vasopressin levels: correlates with aggression and serotonin function in personality-disordered patients. *Archives of General Psychiatry*, 55, s. 708-714.
- Coccaro, E. F., Kavoussi, R. J., Trestman, R. L., Gabriel, S. M., Cooper, T. G., Siever, L. J. (1997): Serotonin function in human subjects: intercorrelation among central 5-HT indices and aggressiveness. *Psychiatry Research*, 73, s. 1-14.
- Coccaro, E. F., Kavoussi, R. J. (1997): Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, s. 1081-1088.
- Colby, K. H. (1977): Appraisal of four psychological theories of paranoid phenomena. *J. Abnorm. Psychol.*, 86, s. 54-59.
- Coolidge, F. L., Segal, D. L. (1998): Evolution of personality disorder diagnosis in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Clin. Psychol. Rev.*, 18, s. 585-599.
- Cornelius, J. R., Soloff, P. H., Perel, J. M. et al. (1993): Continuation pharmacotherapy of borderline personality disorder with haloperidol and phenelzine. *American Journal of Psychiatry*, 150, s. 1843-1848.
- Cowdry, R. W., Gardner D. L. (1988): Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine and tranylcypromine. *Arch Gen. Psychiatry*, 45, s. 111-119.
- Craig, J. R. (1998): Overview and current status of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 72, 1999, 3, s. 390-406.
- De la Fuente, J. M., Lotstra, F. (1994): A trial of carbamazepine in borderline personality disorder. *Eur. Neuropsychopharmacol.*, 4, s. 479-486.
- De la Rie, S., Duijsens, I. J., Cloninger, C. R.: Temperament, character, and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12, s. 362-372.
- Deltito, J. A., Sham, M. (1989): Psychopharmacological treatment of avoidant personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 30, s. 498-504.
- Dinitz, S. (1980): The antisocial personality. In: Curran, W. J., McGarry, A. L., Petty, C. S. (eds.): *Modern Legal Medicine, Psychiatry, and Forensic Science*. PA, FA Davis, s. 799-813.
- Dinwiddie, S. H., Reich, T., Cloninger, C. R. (1992): Psychiatric comorbidity and suicidality among intravenous drug users. *J. Clin. Psychiatry*, 53, s. 364-369.
- Dufek, M. a kol. (1976): *Soudní psychiatrie pro právníky a lékaře*. Praha, Orbis.
- Ebstein, E. P., Novick, O., Umansky, R. (1996): Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associated with human personality trait of novelty seeking. *Nature Genetics*, 12, s. 78-80.
- Egan, J. (1986): Etiology and treatment of borderline personality disorders in adolescents. *Hospital Community Psychiatry*, 37, s. 613-618.
- Ellis, A. (1962): *Reason and emotion in psychotherapy*. New York, Lyle Stuart.
- Ermutl, E. (1977): Induced dichotomy of personality as a technique in supportive psychotherapy. *Psychiatric Forum*, 7, s. 19-22.
- Etchegoyen, R. H. (1991): *The fundamentals of psychoanalytic technique*. London, Karnac Books.
- Eysenck, H. J. (1960): *The structure of human personality*. London, Methuen 1953 rev.
- Fahlen, T. (1995): Personality traits in social phobia, II: changes during drug treatment. *J. Clin. Psychiatry*, 56, s. 569-573.
- Ferris, C. F., Grisso T. (1996): Understanding aggressive behavior in children. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 794.
- Foulkes, S. H. (1964): *Therapeutic group analysis*. London, George Allen and Unwin.
- Frank, J. D. (1975): General psychotherapy: the restoration of morale. In: Freedman, D. X., Dyrun, J. E., Arieti, S. (eds.): *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edition. New York, Basic Books, s. 117-132.

- Freeman, A., Davison, M. (1997): Short-term therapy for long-term patient. In: Vandecreek, L., Knapp, S., Jackson, T. (eds.): *Innovations in clinical practice: A sourcebook*. Sarasota, FL, Professional Resource Press, s. 5–24.
- Freud, S.: *Sebrané spisy*. Praha, Psychoanalytické nakladatelství.
- Fuhrman, A., Burlingame, G. M. (1994): *Handbook of group psychotherapy: an empirical and clinical synthesis*. New York, Wiley.
- Gabbard, G. (1994): *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: the DSM-IV ed.* Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc., s. 336.
- Gelder, M. G. (1985): *Psychological treatments for anxiety disorders*. Oxford, Paper given to the University Department of Psychiatry.
- Gitlin, M. J. (1993): Pharmacotherapy of personality disorders: conceptual framework and clinical strategies. *J. Clin. Psychopharmacol.*, 13, s. 343–353.
- Goldberg, S. C., Shulz, S. C., Shulz, P. M., Resnick, R. I., Haymer, R. M., Friedel, R. O. (1986): Borderline and schizotypal personality disorders treated with low dose thiothixene versus placebo. *Arch Gen. Psychiatry*, 43, s. 680–686.
- Goldman, G. S. (1956): Reparative psychotherapy. In: Rado, S., Daniels, G. E. (eds.): *Changing Concepts of Psychoanalytical Medicine*. New York, Grune & Stratton, s. 101–113.
- Goldman, R. G., Skodol, A. E., McGrath, P. J., Oldham, J. M. (1994): Relationship between the Tridimensional personality questionnaire and DSM-III-R personality traits. *American Journal of Psychiatry*, 151, s. 274–276.
- Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R. et al. (1987): Roundtable: what is temperament? Four approaches. *Child Dev.*, 58, s. 505–29.
- Grove, W. M., Eckert, E. D., Heston, L. et al. (1990): Heritability of substance abuse and antisocial behavior: a study of monozygotic twins reared apart. *Biol. Psychiatry*, 27, s. 1293–1304.
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Ronningstam, E. F. et al. (1989): Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 177, s. 38–42.
- Gunderson, J. G., Links, P. S. (1995): Borderline personality disorder. In: Gabbard, G. O. (ed.): *Treatments of psychiatric disorders*. 2nd edition, Washington, DC, American Psychiatric Press, s. 2291–2309.
- Gunderson, J. G., Phillips, K. A. (1991): A current view of the interface between borderline patients and depression. *American Journal of Psychiatry*, 148, s. 967–975.
- Gunderson, J. G., Phillips, K. A. (1995): Personality disorders. In: Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (eds.): *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6th ed., Baltimore, William & Wilkins, Vol. 2, s. 1425–1461.
- Hall, C. S., Lidzey, G. (1985): *Introduction to theories of personality*. Washington, Wiley and Sons, Inc.
- Hárdi, I. (1992): *Dynamický test kresby lidské postavy*. Nové zámky, Psychoprof.
- Hare, R. D., Hart, S. D., Harpur, T. J. (1991): Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. *J. Abnorm. Psychol.*, 100, s. 391–398.
- Hay, P., Sachdev, P., Cumming, S. et al. (1993): Treatment of obsessive-compulsive disorder by psychosurgery. *Acta Psychiatr. Scand.*, 87, s. 197–207.
- Hebb, D. O. (1949): *The Organization of Behavior*. New York, Wiley.
- Hebb, D. O. (1967): Cerebral organization and consciousness. *Res. Publ. Assoc. Res. Nerv. Ment. Dis.*, 45, s. 1–7.
- Herman, E. (2001): Psychoanalytický přístup k léčbě poruch osobnosti. *Psychiatrie*, 5 (suppl. 2), s. 41–42.
- Hirschfeld, R. M. (1997): Pharmacotherapy of Borderline Personality Disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 58 (suppl.), s. 48–53.
- Höschl, C. (1996): Syndrom narušené závislosti na odměně. *Vesmír*, 6, s. 485–489.
- Hock, K. (1976): *Gruppenpsychotherapie. Einführung und Aspekte*. Berlin, Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Horowitz, M. J. (1976): *Stress response syndromes*. New York, Jason Aronson.
- Horowitz, M. J. (1977): Structure and process of change. In: Horowitz, M. J. (ed): *Hysterical Personality*. New York, Jason Aronson, s. 329–399.

- Horowitz, M. J. (1995): Histrionic personality disorder. In: Gabbard, G. O. (ed.): *Treatments of Psychiatric Disorders*. 2nd edition, Vol. 2. Washington, DC, American Psychiatric Press, s. 2311–2326.
- Horowitz, M. J., Marmar, C., Krupnick, J. (1984): *Personality styles and brief psychotherapy*. New York, Basic Books.
- Horvai, I. (1968): *Psychopatie*. SNZ Praha, 254 s.
- Hřebíčková, M. (1997): *Jazyk a osobnost*. Masarykova univerzita a Psychologický ústav akademie věd ČR.
- Hřebíčková, M. (1999): Obecné dimenze popisu osobnosti: big five v češtině. *Československá psychologie*, 43, s. 1–12.
- Hynlík, F., Nakonečný, M. (1977): *Malá encyklopedie současné psychologie*. Praha, Státní pedagogické nakladatelství, s. 340.
- Chodoff, P. (1978): Psychotherapy of the hysterical personality disorder. *J. Am. Acad. Psychoanal.*, 6, s. 497–510.
- Chodoff, P. (1989): Histrionic personality disorder. In: *Treatment of Psychiatric Disorders: A Task Force Report of the American Psychiatric Association*, Vol. 3. Washington, DC, American Psychiatric Association, s. 2727–2736.
- Iannaccone, S., Ferini-Strambi, L. (1996): Pharmacologic treatment of emotional lability. *Clin. Neuropharmacol.*, 19, s. 532–535.
- Insel, T. R., Winslow, J. T., Witt, D. M. (1992): Homologous regulation of brain oxytocin receptors. *Endocrinology*, 130, s. 2602–2608.
- Jackson, H. J., Burgess, P. M. (2000): Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental health and Wellbeing. *Soc. Psychiatry Psychiatry Epidemiol.*, 35, s. 531–538.
- Janosiková, E. H., Daviesová, J. L. (1999): *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. (Překlad z amerického originálu) Martin, Vydavateľstvo Osveta, s. 551.
- Joffe, R. T., Bagby, R. M., Levitt, A. J., Regan, J. J., Parker, J. D. (1993): The Tridimensional Personality Questionnaire in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 150, s. 959–960.
- Joffe, R. T., Regan, J. J. (1988): Personality and depression. *J. Psychiatr. Res.*, 22, s. 279–286.
- Kagan, J. (1989): Temperamental influences on the preservation of styles of social behavior. *McLean Hospital Journal*, 14, s. 23–24.
- Kavoussi, R. J., Liu, J., Coccaro, E. F. (1994): An open trial of sertraline in personality disordered patients with impulsive aggression. *J. Clin. Psychiatry*, 55, s. 137–141.
- Kelly, G. A. (1955): *The psychology of personal constructs*. New York, Norton Press.
- Kelly, T., Soloff, P. H., Cornelius, J. et al. (1992): Can we study (treat) borderline patients? Attribution from research and open treatment. *Journal of Personality Disorders*, 6, s. 417–433.
- Kendler, K. S., Gruenberg, A. M. (1982): Genetic relationship between paranoid personality disorder and the schizophrenic spectrum disorders. *American Journal of Psychiatry*, 139, s. 1185–1186.
- Kernberg, O. F. (1965): Notes on countertransference. *J. American Psychoanalytic Assoc.*, 13, s. 38–56.
- Kernberg, O. F. (1967): Borderline personality organization. *J. Am. Psychoanalytical Assoc.*, 15, s. 641–685.
- Kernberg, O. F. (1984): *Severe personality disorder: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT, Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1987): Narcissistic personality disorder. In: Michels, R., Cavenar, J. O., Cooper, A. M. (eds.): *Narcissistic personality disorder in psychiatry*. Philadelphia, PA, Lippincott.
- Kernberg, O. F. (1988): Clinical dimensions of masochism. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 36, s. 1005–1029.
- Kernberg, O. F. (1988): Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: theoretical background and diagnostic classification. In: Ronningstam, E. F. (ed.): *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*. Washington, DC, American Psychiatric Press, s. 29–51.
- Klein, D. N. (1990): Depressive personality: reliability, validity, and relation to dystymia. *J. Abnorm. Psychol.*, 99, s. 412–421.
- Knobloch, F. (2001): Integrovaná psychoterapie a pražská filozofie vědy. *Psychiatrie*, 5, 4, s. 232–238.

- Knobloch, F., Knoblochová, J. (1965): *Soudní psychiatrie pro právníky a lékaře*. 2. přepracované vydání. Praha, Orbis.
- Koenigsberg, H. W. (1992): The role of medication in the treatment of borderline personality disorder. In: Rockland, L. H. (ed.): *Supportive therapy for borderline patients*. New York, Guilford, s. 254–268.
- Koenigsberg, H. W., Kaplan, R. D., Gilmore, M. M. et al. (1985): The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients. *American Journal of Psychiatry*, 142, s. 207–212.
- Kohut, H. (1971): *The analysis of self: the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorder*. New York, International Universities Press.
- Kohut, H. (1991): *Obnova Self*. Praha, Psychoanalytické nakladatelství.
- Kolářský, A., Brichcín, S., Holý, M. (2001): Význam teorie v logice sexodiagnostiky. *Psychiatrie*, 5, 4, s. 242–247.
- Koo-Loeb, J. H., Costello, N., Light, K. C., Girdler, S. S. (2000): Women with eating disorder tendencies display altered cardiovascular, neuroendocrine, and psychosocial profiles. *Psychosom. Med.*, 62, s. 539–48.
- Koukolík, F., Drtilová, J. (1996): *Vzpoura deprivantů*. Praha, Makropulos.
- Koukolík, F., Drtilová, J. (2001): *Zlo na každý den. Život s deprivanty I*. Praha, Galén.
- Kožený, J., Kubička, L., Procházková, Z. (1989): Psychometric properties of the Czech version of Cloninger's three-dimensional personality questionnaire. *Pers. Individ. Diff.*, 10, s. 1253–1259.
- Kožený, J., Tišanská, L. (1998a): Formální vlastnosti dotazníku TCI testované na datech adolescentů. *Československá psychologie*, 42, s. 75–83.
- Kožnar, J. (1992): *Skupinová dynamika. Teorie a výzkum*. Praha, Pedagogická fakulta UK.
- Kratochvíl, S. (1978): *Skupinová psychoterapie neuróz*. Praha, Avicenum.
- Kratochvíl, S. (1983): *Skupinová psychoterapie neuróz II*. Praha, Avicenum, s. 208.
- Kratochvíl, S. (1992): Účinné faktory ve skupinové psychoterapii. In: Růžicka, J. (ed): *Psychoterapie*. Sborník přednášek I., Praha, Triton, s. 83–94.
- Kratochvíl, S. (1997): *Základy psychoterapie*. Praha, Portál, s. 392.
- Lenzenweger, M. F., Loranger, A. W., Korfine, L. et al. (1997): Detecting personality disorders in a nonclinical population. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, s. 345–351.
- Liebowitz, M. R., Schneier, F., Campeas, R. et al. (1992): Phenelzine vs. atenolol in social phobia: a placebo-controlled comparison. *Arch. Gen. Psychiatry*, 146, s. 1639–1640.
- Liebowitz, M. R., Stone, M. H., Turkat, I. D. (1986): Treatment of personality disorders. In: Frances, A. J., Hales, R. E. (eds.): *Psychiatry Update: American Psychiatric Association Annual Review*, 5, Washington, DC, American Psychiatric Press, s. 356–393.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A. et al. (1991): Cognitive-behavioral treatment of chronically suicidal borderline patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48, s. 1060–1064.
- Linehan, M. M., Heard, H., Armstrong, H. E. (1993): Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 50, s. 971–974.
- Linehan, M. M., Kehrer, C. A. (1993): Borderline personality disorder. In: Barlow, D. H. (ed.): *Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual*. New York, The Guilford Press, s. 396–441.
- Links, P. S., Steiner, M. (1988): Psychopharmacologic management of patients with borderline personality disorder. *Can. J. Psychiatry*, 33, s. 355–359.
- Lion, J. R. (1978): Outpatient treatment of psychopaths. In: Reid, W. H. (ed): *The Psychopath: A comprehensive study of antisocial disorder and behaviors*. New York, Brunner/Mazel, s. 286–300.
- Livesley, W. J. (1987): A systematic approach to the delineation of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 144, s. 772–777.
- Livesley, W. J., Jang, K. L., Jackson, D. N. et al. (1993): Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, s. 1826–1831.
- Loranger, A. W. (1990): The impact of DSM-III on diagnostic practice in a university hospital. *Arch. Gen. Psychiatry*, 47, s. 672–675.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A. (1994): The International Personality Disorder Examination. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51, s. 215–224.

- Ludewig, K. (1994): Systemická terapie. Základy klinické teorie a praxe. Praha, Pallata, s. 150.
- Lyons, M. J., True, W. R., Eisen, S. A. et al. (1995): Differential heritability of adult and juvenile antisocial traits. *Arch. Gen. Psychiatry*, 52, s. 906–915.
- Malinow, K. L. (1981): Passive-aggressive personality. In: Lion, J. R. (ed.): *Personality Disorders: Diagnosis and Management*. 2nd edition, Williams & Wilkins, s. 121–132.
- Markovitz, P. J., Calabrese, J. R., Schulz, S. C. et al. (1991): Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, s. 1064–1067.
- Masterson, J. F. (1976): *Treatment of borderline adult*. New York, Brunner-Mazel.
- McGee, M. D. (1997): Cessation of self-mutilation in a patients with borderline personality disorder treated with naltrexone. *J. Clin. Psychiatry*, 58, s. 32–33.
- Mečíř, J. (1987): *Základy obecné a speciální psychiatrie*. Praha, SPN.
- Meissner, W. W. (1978): *The paranoid process*. New York, Jason Aronson.
- Melges, F. T., Swartz, M. S. (1989): Oscillations of attachment in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, s. 1115–1120.
- Menza, M. A., Forman, N. E., Goldstein, H. S., Golbe, L. I. (1990): Parkinson's disease, personality, and dopamine. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci*, 2, s. 282–287.
- Menza, M. A., Golbe, L. I., Cody, R. A., Forman, N. E. (1993): Dopamine-related personality traits in Parkinson's disease. *Neurology*, 43, s. 505–508.
- Menza, M. A., Mark, M. H., Burn, D. J., Brooks, D. J. (1995): Personality correlates of [18F]dopa striatal uptake: results of positron-emission tomography in Parkinson's disease. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci*, 7, s. 176–179.
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. (1992): *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. (Přeloženo z anglického originálu) Praha, Psychiatrické centrum, Zprávy č. 102, s. 282.
- Mezinárodní klasifikace nemocí. Praha, Avicenum 1978.
- Mikšik, O. (1999): *Psychologické teorie osobnosti*. Praha, Univerzita Karlova, Karolinum.
- Millon, T. (1981): *Disorders of personality: DSM-III: Axis II*. New York, Wiley.
- Millon, T. (1996): *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York, Wiley.
- Millon, T. (1997): *MCMI-III. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*. 2nd edition. NCS, Minneapolis.
- Millon, T., Davis, R. D. (1996): *Disorders of Personality. DSM-IV and beyond*. 2nd edition. Wiley-Interscience Publication.
- Mitchell, J. (1986): *The selected Melanie Klein*. London, Penguin Books.
- Modell, A. H. (1975): A narcissistic defense against and the illusion of self-sufficiency. *Int. J. Psychoanal.*, 56, s. 275–282.
- Mombour, W., Bronisch, T. (1998): The modern assessment of personality. Part one: Definition and typology of personality disorders. *Psychopathology*, 31, s. 274–280.
- Montgomery, A. S., Montgomery, D. (1982): Pharmacological prevention of suicidal behavior. *J. Affective Disord.*, 4, s. 291–298.
- Možný, P., Praško, J. (1999): *Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe*. Praha, Triton, s. 304.
- Mulder, R. G., Joyce, P. (1997): Temperament and the structure of personality disorder symptoms. *Psychological Medicine*, 27, s. 99–106.
- Mulder, R. G., Joyce, P. R., Cloninger, C. R. (1994): Temperament and early environment influence comorbidity and personality disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 35, s. 225–233.
- Nakao, K., Gunderson, J. G., Phillips, K. A. et al. (1992): Functional impairment in personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, s. 24–33.
- Norton, K. (1992): Health of nation: personality disorders. *British Medical Journal*, 304, s. 255–256.
- Novalis, P. N., Rojewicz, S. J., Peele, R. (2000): *Klinická příručka podpornej psychoterapie*. Trenčín, Vydavateľstvo F., s. 421.
- O'Malley, S. S., Jaffe, A. J., Chang, G. et al. (1992): Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. *Arch. Gen. Psychiatry*, 49, s. 881–887.
- Othmer, E., Othmer, S. (1994): *The clinical interview using DSM-IV, volume 1: Fundamentals*. Washington, DC, American Psychiatric Press.

- Paris, J. (1996): *Social factors in personality disorders: A biopsychosocial approach to etiology and treatment*. Cambridge, UK, Cambridge University Press.
- Perry, J. C. (1989): Dependent personality disorder. In: *Treatment of Psychiatric Disorders: A Task Force Report of the American Psychiatric Association*. Vol. 3. Washington, DC, American Psychiatric Association, s. 2762–2770.
- Perry, J. C., Vaillant, G. E. (1989): Personality disorders. In: Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Baltimore, M. D. (eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 5th edition. Vol. 2. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, s. 1352–1387.
- Persons, J. B., Burns, B. D., Perloff, J. M. (1988): Predictors of drop-out and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy Res.*, 12, s. 557–575.
- Phillips, K. A., Gunderson, J. G., Hirschfeld, R. M. A. et al. (1990): A review of the depressive personality. *American Journal of Psychiatry*, 147, s. 830–837.
- Pines, M. (1990): Group analysis and the corrective emotional experience: is it relevant? *Psychoanalytic Inquiry*, 10, s. 389–408.
- Pines, M., Schlapobersky, J. (2000): *Group methods in adult psychiatry: Oxford Book of Psychiatry*. Oxford University Press, s. 1442–1462.
- Plomin, R. (1990): The role of inheritance in behavior. *Science*, 248, s. 183–188.
- Praško, J. (2001): Stigmatizace u psychogenních poruch. *Psychiatrie*, 5, s. 32–37.
- Praško, J. a kol. (1998): *Skupinová kognitivně-behaviorální terapie depresí*. Praha, Psychiatrické centrum.
- Praško, J., Kosová, J. (1998): *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. Praha, Triton, s. 234.
- Praško, J., Šlepecký, M. (1995): Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch. Praha, *Psychiatrické centrum, Zprávy*, č. 127, s. 196.
- Preiss, M. (2000a): Cloningerova teorie temperamentu a charakteru a klinická praxe. *Psychiatrie*, 4, s. 43–45.
- Preiss, M. (2001): Diagnostika poruch osobnosti pomocí teorie C. R. Cloningera. *Psychiatrie*, 4, s. 226–231.
- Preiss, M., Klose, J., Španiel, F. (2000b): Temperament a charakter podle C. R. Cloningera u psychiatrických pacientů a obecné populace. *Psychiatrie*, 4, s. 251–254.
- Pretzer, J. L., Beck, A. T. (1996): A cognitive therapy of personality disorders. In: Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F. (eds.): *Major theories of personality disorder*. New York, Guilford, s. 36–105.
- Procházka, J., DiClementi, C. (1982): Transteoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy*, 19, s. 276–288.
- Raine, A., Brennan, P., Mednick, S. A. (1997): Interaction between birth complications and early maternal rejection in predisposing individuals to adult violence: specificity to serious, early-onset violence. *American Journal of Psychiatry*, 154, s. 1265–1271.
- Reich, J. H., Noyes R, J. R., Yates, W. (1989): Alprazolam treatment of avoidant personality traits in social phobic patients. *J. Clin. Psychiatry*, 50, s. 91–95.
- Reich, J. H., Green, A. I. (1991): Effects of personality disorders on outcome and treatment. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 179, s. 74–82.
- Reiss, D., Hetherington, E. M., Plomin, R. et al. (1995): Genetic questions for environmental studies: differential parenting and psychopathology in adolescence. *Arch. Gen. Psychiatry*, 52, s. 925–936.
- Rhode, M. (1994): Přenosy ve skupinách. *Konfrontace*, 5, 1, s. 21–26.
- Rieger, Z. (1998): Loď skupiny. Hradec Králové, *Konfrontace*, s. 190.
- Roberts, J., Pines, M. (1998): *Skupinová analýza v praxi*. Praha, Psychoanalytické nakladatelství, s. 184.
- Robinson, D. J. (1999): *Disordered Personalities*. 2nd edition, Rapid Psychler Press.
- Rockland, L. H. (1992): *Supportive therapy for borderline patients: a psychodynamic approach*. New York, Guilford.
- Roosendaal, B., Wiersma, A., Driscoll, P., Koolhaas, J. M., Bohus, B. (1992): Vasopressinergic modulation of stress responses in the central amygdala of the Roman high-avoidance and low-avoidance rat. *Brain Res*, 596, s. 35–40.

- Roth, A. S., Ostroff, R. B., Hoffman, R. E. (1996): Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behavior: an open-label trial. *J. Clin. Psychiatry*, 57, s. 233–237.
- Russell, W. A. (1969): Kelly's contribution: Technique or paradigm? *Contemporary Psychology*, 14, s. 430–432.
- Rutan, J. S., Stone, W. N. (1993): *Psychodynamic group psychotherapy*. New York, Guildford Press.
- Řičan, P., Šebek, M., Ženatý, J., Morávek, S. (1981): *Úvod do Rorschachovy metody*. Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy.
- Salzamn, C., Wolfson, A. N., Schatzberg, A. et al. (1995): Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. *J. Clin. Psychopharmacology*, 15, s. 23–29.
- Satirová, V. (1994): *Kniha o rodině*. Praha, Práh, s. 350.
- Seligman, M. E. P. (1976): Learned-helplessness and depression in animals and man. In: Spence, J. T., Carson, R. C., Thibaut, J. W. (eds.): *Behavioral approaches to therapy*. Morristown, NJ, General Learning Press.
- Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Kernberg, O. F. (1987): The initial contract in the treatment of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 144, s. 927–930.
- Serban, G., Siegel, S. (1984): Response of borderline and schizotypal patients to small doses of thithixene and haloperidol. *American Journal of Psychiatry*, 141, s. 1455–1458.
- Shapiro, D. (1965): *Neurotic styles*. New York, Basic Books.
- Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Beckman, E. et al. (1990): Personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry*, 147, s. 711–717.
- Sheard, M. H., Marini, J. L., Bridges, C. I., Wagner, E. (1976): The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man. *American Journal of Psychiatry*, 133, s. 1409–1413.
- Schneider, K. (1958): *Psychopathic personalities*. London, Cassell.
- Schou, M. (1997): Forty years of lithium treatment. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, s. 9–13.
- Siever, L. J. (1990): Evaluation framework for biological correlates of personality disorder. *Psychiatric Times*, 7(1), s. 17–19.
- Siever, L. J., Davis, K. L. (1991): A psychological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, s. 1647–1658.
- Silk, K. (1996): Rational pharmacotherapy for patients with personality disorders. In: Links, P. (ed.): *Clinical assessment and management of severe personality disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Press, s. 109–142.
- Skála, J. (1989): Rozvíjení vztahu lékař–pacient. Balint, balintovská skupina. In: Skála J. (ed): *Psychoterapie v medicínské praxi*. Praha, Avicenum, s. 106–119.
- Smolík, P. (1996): *Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací. Nástin nosologie. Diagnostika*. Praha, Maxdorf, s. 504.
- Soloff, P. H. (1989): Psychopharmacologic therapies in borderline personality disorder. In: Tasman, A., Hales, R. E., Frances, A. J. (eds.): *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*. Vol. 8, Washington, DC, American Psychiatric Press, s. 65–83.
- Soloff, P. H. (1990): What's new in personality disorders? An update on pharmacologic treatment. *Journal of Personality Disorders*, 4, s. 233–243.
- Soloff, P. H. (1993): Pharmacological therapies in borderline personality disorder. In: Paris, J. (ed.): *Borderline personality disorder: Etiology and treatment*. Washington, DC, American Psychiatric Press, s. 319–348.
- Soloff, P. H. (1994): Is there any drug treatment choice for the borderline patients? *Acta Psychiatr. Scand.*, 89 (supl 379), s. 50–55.
- Soloff, P. H. (1998): Symptom - oriented psychopharmacology for personality disorders. *J. Pract. Psychiatry Behav. Health*, 1, s. 3.
- Soloff, P. H., Cornelius, J., George, A. et al. (1993): Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 50, s. 377–385.
- Soloff, P. H., George, A., Nathan, R. S. et al. (1986): Progress in pharmacotherapy of personality disorders: a double blind study of amitriptyline, haloperidol and placebo. *Arch. Gen. Psychiatry*, 43, s. 691–697.

- Sperry, L. (1999): *Cognitive behavior therapy of DSM-IV personality disorder*. London, Taylor and Francis Group, s. 201.
- Stein, D. J., Simeon, D., Frenkel, M. et al. (1995): An open trial of valproate in borderline personality disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 56, s. 506–510.
- Stiles, T. C. (1991): *The effects of standard cognitive therapy for unipolar major depression patients with or without a personality disorder. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research*. France, Lyon.
- Stone, M. H. (1983): Psychotherapy with schizotypal borderline patients. *J. Am. Acad. Psychoanal.*, 11, s. 87–111.
- Stone, M. H. (1993): *Abnormalities of personality: Within and beyond the realm of treatment*. New York, Norton.
- Suinn, R. M., Richardson, F. (1971). Anxiety management training: a nonspecific behaviour therapy programme for anxiety control. *Behaviour Therapy*, 2, s. 498–510.
- Svrakic, D. M., Whitehead, C., Przybeck, T. R., Cloninger, C. R. (1993): Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch. Gen. Psychiatry*, 50, s. 991–999.
- Swirsky-Sacchetti, T., Gorton, G., Samuel, S., Sobel, R., Genetta-Wadley, A., Burleigh, B. (1993): Neuropsychological function in borderline personality disorder. *J. Clin. Psychol.*, 49, s. 385–96.
- Tai, C. T., Clark, A. J., Feldon, J., Rawlins, J. N. (1991): Electrolytic lesions of the nucleus accumbens in rats which abolish the PREE enhance the locomotor response to amphetamine. *Exp. Brain Res.*, 86, s. 333–340.
- Turner, R. M. (1987): The effects of personality diagnosis on the outcome of social anxiety symptom reduction. *J. Personality Dis.*, 1, s. 136–143.
- Tyrer, P., Davidson, K. (2000): Management of personality disorder. In: Gelder, M. G., Lopez-Ibor, J. J., Andreasen, A. (eds.): *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, s. 970–978.
- Vaillant, G. E. (1992): *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Vaillant, G. E. (1994): Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *J. Abnorm. Psychol.*, 103, s. 44–50.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Streiner, D. L. (1993): Fluoxetine efficacy in social phobia. *J. Clin. Psychiatry*, 54, s. 27–32.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Streiner, D. L. (1994): Sertraline in social phobia. *J. Affective Disord.*, 31, s. 141–145.
- Van der Kolk, B. A. (1996): *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, Guilford.
- Van Reekum, R., Conway, C. A., Gansler, D., White, R., Bachman, D. L. (1993): Neurobehavioral study of borderline personality disorder. *J. Psychiatry Neurosci.*, 18, s. 121–29.
- Van Reekum, R., Links, P. S., Boiago, I. (1993): Constitutional factors in borderline personality disorder: genetics, brain dysfunction, and biological markers. In: Paris J. (ed.): *Borderline personality disorder: Etiology and treatment*. Washington, DC, American Psychiatric Press, s. 13–387.
- Van Reekum, R., Links, P. S., Fedorov, C. (1994): Impulsivity in borderline personality disorder. In: Silk, K. R. (ed.): *Biological and neurobehavioral studies of borderline personality disorder*. Washington, DC, American Psychiatric Press, s. 1–22.
- Versiani, M., Nardi, A. E., Mundim, F. D. et al. (1992): Pharmacotherapy of social phobia. A controlled study with moclobemide and phenelzine. *British Journal of Psychiatry*, 161, s. 353–360.
- Volpicelli, J. R., Alterman, A. I., Hayashida M, et al. (1992): Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch. Gen. Psychiatry*, 49, s. 876–880.
- Vondráček, V. (1944): *Hysterie*. Thomayerova sbírka č. 221.
- Vondráček, V. (1968): *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. Praha.
- Výrost, J., Kovaničová, M. (2000): *Možnosti využití interakční paradigma při diagnostice porúch osobnosti*. Brno, Konference Sociální procesy a osobnost.

- Výrost, J., Kovaničová, M. (2001): Souvislosti taxonomie porúch osobnosti a modelu črt interpersonálneho správania: Interakčný pohľad. *Československá psychologie*, v tisku.
- Weissman, M. M. (1993): The epidemiology of personality disorders: a 1990 update. *Journal of Personality Disorder*, 7, s. 44–62.
- Westen, D., Shendler, J. (1999a): Revising and assessing axis II, part I: developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 2, s. 258–272.
- Westen, D., Shendler, J. (1999b): Revising and assessing axis II, part II: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 2, s. 273–285.
- Wilcox, J. A. (1995): Divalproex sodium as a treatment for borderline personality disorder. *Ann. Clin. Psychiatry*, 7, s. 33–37.
- Willemsen-Swinkels, S. H. N., Buitelaar, K. J., Nijhof, G. J. et al. (1995): Failure of naltrexone hydrochloride to reduce self-injurious and autistic behavior in mentally retarded adults. *Arch. Gen. Psychiatry*, 52, s. 766–773.
- Williams, J. M. G. (1996): Personality disorder and the will: A cognitive neuropsychological approach to schizotypal personality. In: Salkovskis, P. M. (ed.): *Trends in cognitive and behavioral therapies*. Wiley, Chichester, s. 63–76.
- Wilson, E. O. (1993): *O lidské přirozenosti*. Praha, Nakladatelství Lidové noviny.
- Wilson, E. O. (1999): *Konsilience: jednota vědění*. Nakladatelství Lidové noviny, Praha.
- Winer, J., Pollack, G. (1989): Psychoanalysis and dynamic psychotherapy. In: Karasu, T. (ed.): *Treatment of psychiatric disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2639–2648.
- Winchel, R. M., Stanley, M. (1991): Self-injurious behavior: a review of behavior and biology of self-mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 148, s. 306–317.
- Winslow, J. T., Shapiro, L., Carter, C. S., Insel, T. R. (1993): Oxytocin and complex social behavior: species comparisons. *Psychopharmacol. Bull.*, 29, s. 409–414.
- Witt, D. M., Winslow, J. T., Insel, T. R. (1992): Enhanced social interactions in rats following chronic, centrally infused oxytocin. *Pharmacol. Biochem. Behav.*, 43, s. 855–861.
- Yalom, I. D. (1999): *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Konfrontace, Hradec Králové, s. 704.
- Young, J. (1994): Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, F. L.: *Professional Resource Exchange*, s. 201.

Rejstřík

A

acting out 235, 247, 256
„as if“ identita 253, 256
afekt 24–25, 43, 56, 69, 96, 100–105, 113–118,
128–129, 140–141, 143–144, 151, 156,
188–193, 219, 224, 231, 242–245, 247–249,
251–254, 256–263, 266–268, 283, 292,
294–295, 297, 306–308, 319, 326, 330–331
afektivní styl 128, 224, 283, 297, 308, 319, 331
agorafobie 205, 212, 301, 314
agresivita 23, 28, 32, 86, 191–194, 199, 227,
241, 268, 274, 335–336
anankastická porucha osobnosti 10, 20, 75,
118, 220, 288, 290–292, 294–299, 301, 336
antidepresiva 188, 191–194, 197, 208, 222,
233, 245, 251–252, 276, 293, 304, 326
antipsychotika 192–194, 198, 251
anxiolytika 194, 252, 311
autogenní trénink 7, 131, 135–136
automatické myšlenky 115, 117, 141, 142, 149,
157, 160–172, 176, 178, 224–225, 237–238,
263, 267, 284–287, 297, 299, 320, 333, 340

B

Bandura, A. 59, 63–66, 343
Beck, A. T. 26, 28, 59, 67, 69, 73, 77, 84, 88,
90–91, 97, 105, 111, 120, 125, 156, 158,
161, 163–164, 170–172, 178–179, 183, 210,
223, 227, 238, 240, 260–261, 263, 278, 325,
343–345, 350–352
behaviorální 6–11, 21, 32, 35, 55, 59, 77, 81,
86–87, 97, 99, 101–102, 105–106, 110–111,
113–115, 122, 128–129, 140, 144, 147, 149,

160, 168–170, 172, 178, 185, 194, 210–211,
215, 223, 225, 237, 239, 258, 260, 262–263,
266–267, 273, 281–285, 287–288, 294, 296,
298–299, 305–306, 309–310, 318–320, 330,
333, 339–340, 343, 349–351

Bleuler, E. 89, 337

C

Cloninger, C. R. 6, 16, 21, 23, 25, 29, 31–34,
77, 85–88, 90, 94–95, 189, 191, 193–194,
344–345, 348–350, 352
Cloningerova teorie osobnosti 6, 85

D

Davis, K. L. 77, 79, 93, 98, 101, 188, 345–346,
349, 351
deprese 12, 19, 26, 32, 45, 67, 75, 86, 89–90,
98, 105, 127, 158, 161, 163, 169, 179, 188,
190–191, 193–194, 199, 207–208, 212, 218,
222, 227, 229, 231, 237, 243, 246–247,
251–253, 268, 271, 276, 289, 304, 311, 315,
324, 328, 334–335, 350
depresivní 16–17, 19, 32, 45, 51, 80, 82, 84, 87,
89–92, 97, 99–100, 102, 110, 114, 123, 161,
163, 169, 188, 190–194, 197, 203, 205,
207–208, 210, 218–219, 221–223, 229, 233,
236, 243, 245, 250–252, 257, 276, 289,
290–291, 293, 301, 304, 311, 314–316, 318,
322–323, 326, 328, 334, 337, 350
desenzibilizace 21, 57, 66, 137
devalvace 253–255, 257, 264, 279, 325, 328,
330
diagnostická kritéria 15, 19, 127, 198, 204,
219, 229, 245, 271, 291, 300, 313, 323, 335

diagnostika poruch osobnosti 5–6, 16, 18, 20,
22–24, 26, 28, 30–32, 34, 36, 38, 40, 42, 44,
46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68,
70, 72, 74, 76, 78, 80–82, 84, 86, 88, 90,
92–94, 96, 189, 350
diagnóza 8–12, 14, 16–17, 20, 42, 76, 100, 104,
110, 127, 188–189, 197–199, 201, 204–206,
208, 210, 212, 214, 216, 218, 220, 222, 224,
226, 228–232, 234, 236, 238, 240, 242, 244,
246, 248, 250, 252, 254, 256, 258, 260, 262,
264, 266, 268, 270, 272, 274, 276, 278, 280,
282, 284, 286, 288, 290–292, 294, 296, 298,
300, 302, 304, 306, 308, 310, 312, 314, 316,
318, 320, 322, 324, 326, 328, 330, 332, 334,
336, 338, 340
diferenciální diagnóza 8–11, 205, 220, 231,
246, 272, 291, 302, 314, 324, 336
difuze identity 254
direktivní přístup 120, 122
disociace 82, 235, 256, 276, 280–281, 284
disociální porucha osobnosti 8, 20, 96, 205,
227–231, 233, 235, 238–239, 246, 271, 324,
336
DSM-IV 16–17, 76, 78, 81, 84, 92, 189–190,
204, 321, 346, 349, 352
dysfunkční kognitivní schémata 6, 67
dystymie 191, 220, 293, 301

E

edukace 106, 112, 114–115, 125–127, 182,
248, 267
ego 7, 12, 15–20, 25–26, 28, 30, 38–41, 43,
45–46, 50–51, 53–54, 58, 63–64, 67–70, 74,
76, 78, 80–84, 87–88, 92–93, 101, 103–105,
113, 119, 126, 130–131, 144–145, 150–152,
154–156, 158, 160–164, 166, 168–170, 172,
178–180, 182–183, 186–187, 191–193, 195,
197–199, 202–203, 207, 209–210, 227–231,
233–238, 242, 247–248, 252–262, 266–269,
271–272, 274, 278, 280, 286, 288, 291,
293–295, 300, 302, 305–307, 313, 321, 323,
327, 329, 336–339, 341, 345, 347, 352
Elektrín konflikt 279
Ellis, A. 67, 164, 345
emoece 16, 28, 35, 40–41, 73, 75, 77, 88, 90,
104, 110, 112, 116, 120, 125–126, 130, 142,
144, 150–151, 157, 159, 161–164, 167–168,
176, 184, 189, 202, 213–214, 218, 225, 227,
231, 234, 239–240, 249–250, 260, 262–263,
266–267, 283, 286, 288, 291–294, 297–298,
316, 320–321, 326, 333
emočně nestabilní porucha osobnosti 9, 20,
231, 242, 245, 316

empatický 73, 111, 114, 238, 276, 304, 309,
318, 325, 327, 330
empatie 7, 69, 87, 103, 120, 122, 145, 148–149,
215, 225–227, 239, 246, 248–249, 267–268,
274–275, 282–283, 285, 292, 299, 306, 321,
323, 329, 331, 333, 340
epidemiologie 8–11, 33, 94, 204, 220, 230, 246,
271, 290, 301, 313, 324, 335, 353
Erikson, E. 6, 46–48, 91, 293
etiologie 5, 8–11, 20, 204, 219–220, 230, 245,
271, 290, 300, 313, 324, 335
evoluční teorie osobnosti 6, 77
expoze 114, 119, 131, 135–139, 141, 144,
152, 156, 160, 172, 176, 180–181, 183, 196,
215–217, 241, 287, 306, 308–309, 312, 320
expoziční léčba 7, 21, 35, 100, 136

F

falešné self 328
farmakoterapeutický 101, 188–189, 195, 199
farmakoterapie 8–11, 35, 97–99, 188,
199–200, 208, 222, 233, 251, 257, 276, 293,
304, 316, 326, 337
Freud, S. 6, 24, 35, 37–41, 43–46, 53–54, 85,
109, 208, 276–277, 293, 317, 327, 346
Freudová, A. 40

G

Gabbard, G. 98, 108–110, 256–257, 278,
294–295, 318, 327, 346–347
genetický 20–21, 23, 28, 34, 67, 77–78,
180–181, 188, 204, 230, 258, 261, 290, 301,
305
genetika 5, 28

H

habituace 35, 136–138, 141, 181, 267
Herman, E. 39, 107, 346
histrionská porucha osobnosti 9, 20, 74, 116,
125, 180, 231, 246, 269, 271–275, 277–281,
284, 314, 324
hraní rolí 7, 113, 129, 143, 146–149, 154, 162
hranice 7, 60, 69, 71, 73, 77, 81, 103, 107, 137,
152, 232, 238, 247–248, 252, 255–256, 258,
260, 315, 334
hraniční 17, 31, 56, 69, 70–71, 74, 78, 80, 82,
84, 89, 100–101, 103, 106, 108, 110, 129,
150, 158, 164, 178–180, 188–197, 203, 205,
231, 242, 245–247, 249–264, 266, 268, 272,
276–278, 289, 314–315, 324, 327–328
hyperventilace 130, 138–139
hypochondrismus 338

CH

charakter 5–8, 15–26, 28–34, 37, 42, 45, 52,
54–55, 60–63, 81, 83, 85–92, 98–101,
104–105, 107, 113–115, 125, 128, 149, 153,
156, 170, 189–190, 194–196, 198, 205–206,
209–210, 212, 218, 227, 230–231, 234,
237–238, 241–243, 245–246, 253–255,
262–264, 272, 276–278, 280, 290, 293, 296,
304, 309, 316, 323, 327, 335, 337, 350

I

id 25, 38–39, 43–45, 47, 53–54, 69, 71, 80–81,
83, 94, 103, 105, 110, 113, 117, 119, 141,
148
idealizace 246–247, 249, 253–255, 257–258,
278–279, 317–318, 325, 327–330
imaginace 114, 129, 137, 160, 179, 183–184,
241, 247, 267
impulzivita 23, 32, 69, 79, 86, 113, 147, 188,
190–194, 197, 199, 230–231, 233, 241–242,
249, 251–252, 254, 257, 261–262, 268, 278,
285, 298, 333
inhibice 32, 34, 69, 74–75, 188, 252, 279, 306
intelektualizace 24, 42, 223, 292–293
interpersonální psychoterapie 7, 97, 104, 106
interpretace 18–19, 34, 60, 85, 103, 106–107,
114, 130, 148, 173, 175–176, 204, 208, 213,
221, 223, 236, 249, 257–258, 260, 274, 280,
295, 302–303, 316, 318, 330, 337
introjekce 82, 223
IPDE 76, 93–95
izolace afektu 24, 294, 306

J

jádrová přesvědčení 67, 69, 117, 119, 125, 171,
174, 187

K

KBT (kognitivně-behaviorální terapie) 7–11,
14, 35, 77, 97–100, 110–111, 114–115, 117,
120, 122, 124–125, 127, 131, 135–136, 167,
170, 174, 177–179, 185, 187, 210, 213–214,
225, 237, 239, 258, 260, 262, 264, 273,
281–282, 284, 296, 298, 306–308, 318–319,
330–331, 339, 341, 343, 350
Kelly, T. 59–63, 197, 347, 351
Kernberg, O. F. 82, 108–109, 227, 234–236,
253–255, 257–258, 327–330, 347, 351
klasické podmiňování 55, 66
Kleinová, M. 6, 45, 209, 222
kognice 119–120, 122–123, 125, 141–142, 144,
149, 153–155, 158, 160, 187, 213–214, 225,

240, 260, 267, 287, 296, 299, 307, 310, 331,
333, 340
kognitivní mapa 5, 30
kognitivní omyl 27–28, 149, 154, 160, 172,
174, 283
kognitivní proces 5, 26, 46, 63, 161
kognitivní restrukturalizace 34, 100, 114, 154,
160, 163, 172, 215, 267
kognitivní schéma 5–6, 26–28, 59, 67, 100,
173, 177, 216, 224, 240, 261, 299, 309
kognitivní styl 81, 100, 128–129, 224, 261,
269, 274, 283, 297, 308, 325, 331, 339
kognitivní teorie osobnosti 6, 59
Kohut, H. 108, 324, 327–330, 348
kompliance 197, 282
konfrontace 34, 106–107, 127, 164, 197, 233,
236, 258, 260, 275, 292, 325–326, 331,
338–339, 350, 353
kontrakt 103, 112, 248, 250, 256, 260, 339
kontrolované dýchání 7, 130, 131, 138
Kraepelin, E. 89, 91–92, 337
Kratochvíl, S. 136, 348

L

Loranger, A. W. 20, 94, 348

M

MCMI-III 76, 85, 93–95, 349
Millon, T. 21, 77–85, 93–94, 96, 101, 218, 300,
345, 349
MKN-10 16–20, 84, 93–94, 107, 204, 219, 229,
233, 245, 271, 291, 300, 313, 323, 335
model 8, 16, 33–34, 57–58, 64–66, 77–79,
84–85, 90–92, 105, 108, 111, 144, 146–147,
149, 151, 174, 188–191, 195, 199, 208,
214–215, 219, 225, 227, 239, 262, 264,
274–275, 284, 287, 295, 298, 308, 317, 319,
321, 331, 341, 343, 345, 349–350, 352–353
motivace 45, 63, 65, 100, 105, 107, 112, 120,
123, 128, 153, 156–158, 220, 223–225,
232–233, 243, 256–258, 267, 307, 315, 317,
325–326, 330, 338

N

náhled 21, 107, 216, 275, 316
narcistická porucha osobnosti 11, 20, 108, 117,
150, 168, 205, 231, 233, 235, 246, 272, 321,
323–325, 327, 329, 331
naučená bezmocnost 6, 59, 66–67
nedirektivní přístup 122
neurobiologie 5, 29, 33
nevědomí 6, 35, 37, 41, 53, 276, 279, 294

O

obránné mechanismy 6, 24, 39–41, 43, 54, 82, 102, 107, 209, 223, 235, 254–255, 279, 281, 294–295, 306, 317, 327–328, 330, 338
 obsedantně-kompulzivní porucha (OCD) 33, 289–291, 294
 odčinění 153, 294
 odvedení pozornosti 153, 155, 168
 Oidipovský komplex (O. konflikt) 40, 44, 279
 operantní podmiňování 6, 55, 57–59, 63, 114, 129, 160

P

panická porucha 277, 301, 314
 paranoidní porucha osobnosti 8, 20, 83, 190, 201, 204–206, 208, 211–214, 220, 227, 247
 pasivně-agresivní porucha osobnosti 11, 20, 321, 333, 335, 341
 patogenese 8–11, 204, 220, 230, 245, 271, 290, 300, 313, 324, 335
 Pavlov, I. P. 22–23, 55–56
 Perry, J. C. 12, 98–102, 128, 141, 154, 290, 307, 316, 350, 352
 Piaget, J. 26
 plánování času 34, 114, 129, 157
 plánování činnosti 158–159
 podpůrná psychoterapie 7–11, 14, 98, 101–102, 196, 206–207, 221, 232, 248, 250, 273, 291, 303, 315, 325, 336
 popření 42, 43, 208, 253, 255, 326, 338
 potlačení 40–41, 209, 296
 Praško, J. P. 4, 28, 98, 123, 130, 138, 148, 155, 158, 349–350
 primární zisk 235
 progresivní relaxace 131–133
 projekce 42, 45, 82, 181, 204, 209, 210, 223, 248, 253, 268, 284, 306
 protipřenos 7–11, 103, 109, 122–123, 206, 210, 212, 221, 232, 235, 237, 247–248, 253, 257, 267, 272, 280, 291, 295, 302, 306, 315, 318, 325, 330, 336–337, 339
 předvědomí 6, 37
 přenos 7–11, 82, 103–104, 107–110, 119–120, 122–123, 145, 206, 210, 212, 221, 232, 235, 237, 247–248, 250, 253, 257, 267, 272–274, 278, 280, 290–291, 295, 302, 306, 315, 318, 325, 329, 330, 336–337, 339, 350
 přesun afektu 306
 přesunutí 43, 155
 připoutání 6, 48–52, 62, 279, 317–318
 příznak 8, 94, 98, 100, 110, 113, 122, 125, 129, 130–132, 135, 138–139, 141, 144, 145, 149, 155, 182–183, 188–195, 198–199, 203–205,

216, 219, 229, 230–232, 236, 244–247, 251, 257, 260, 268, 270–272, 276–277, 280–281, 284–285, 289, 291, 299–300, 312–313, 322–323, 349
 psychoanalytický 6, 16–17, 24, 26, 35, 37, 40, 46, 50, 53–55, 91, 98–99, 102, 107–108, 208, 273, 281, 293–294, 296, 303, 329–330, 346, 348, 350
 psychoanalýza 6, 38, 53, 55, 97–98, 107–109, 271, 276, 296, 328
 psychodynamický přístup 7, 107

R

racionalizace 24, 41–42, 82, 119, 158, 176, 232, 292, 296, 326, 338
 regrese 44, 82, 279, 281
 relaxace 7, 114, 130–136, 144, 150, 153, 299
 Rorschachův test 81, 85, 93, 95, 351

Ř

řešení problémů 34, 36, 100, 114–115, 120, 122, 127, 148, 154, 185, 187, 241, 259, 267, 284–285, 299, 320

S

SCL-90-R 95
 sebeinstruktáž 159–160
 sebezpoškozující chování 127, 190, 195–196, 199, 243, 268
 sekundární zisk 122, 232, 234–235, 258
 senzibilizace 21, 57, 66, 137
 senzitivita 6, 51–52, 305
 sexualizace 280
 schizoidní porucha osobnosti 8, 20, 129, 218–221, 223, 225, 302, 305
 skupinová psychoterapie 7–11, 34, 97, 109–110, 208, 221–223, 233, 250, 275, 293, 303–304, 310, 316, 321, 326, 337, 348, 353
 Smolík, P. 12, 18, 20, 84, 201–202, 204, 276, 291, 351
 sociální dovednosti 7, 100, 144–147, 215, 222, 225, 266, 303–304, 308–310, 321, 340
 sociální fobie 194, 198, 205, 212, 220, 301–303, 306
 Soloff, P. H. 188, 190, 192–194, 198, 251–252, 345, 347, 351
 somatizační porucha 272, 324
 Sperry, L. 98–101, 128, 141, 154, 307, 352
 splitting (štěpení) 45, 69, 209, 218, 222–223, 249, 253–255, 262, 268, 273, 278
 spouštěč 57, 116–118, 141–142, 144, 149, 153–155, 176, 213, 240, 264, 282, 287, 297, 307, 331, 339

stabilizátory nálady 252
stadia psychosexuálního vývoje 277
stres 7, 21, 28, 40, 42, 48, 65, 68–69, 90, 114,
134–135, 144–145, 149–151, 160, 180, 190,
194, 202–203, 205, 208, 215–216, 241, 243,
265, 267–268, 281–282, 288–289, 292, 301,
307, 310, 346, 350, 352
suicidální chování 103, 190, 195–197, 267
superego 38–39, 53–54, 234, 278, 293–295

T

TCI 40, 44, 62, 76, 93–95, 228, 244, 275, 279,
344, 348
temperament 5–7, 15–16, 20–23, 25, 28–29,
31–35, 52, 55, 81–82, 85–87, 89–91, 93,
98–101, 104, 113–118, 125–126, 128–129,
176, 188–189, 191, 212, 227, 237, 241, 262,
264, 301, 308, 317, 344–347, 349–350, 352
teorie personálních konstruktů 6, 59, 60
teorie sociálního učení 6, 59, 63, 65
terapeutický cíl 101, 173, 207
terapeutický vztah 21, 103, 106, 111–112,
114–115, 117, 119–120, 123, 125, 128, 221,
223–224, 248–249, 251, 267, 273, 291, 296,
306, 316, 325, 338

U

ukončení terapie 113, 184, 187, 310, 321, 333
úzkost 7, 12, 19, 25–26, 28, 32, 39–41, 43–45,
50–52, 54, 56–58, 64, 71, 75, 81, 83, 86–87,
97–99, 102, 110–111, 113–115, 117, 119,

122, 127, 129–132, 135–139, 144–145, 147,
149–151, 155–156, 158, 160–163, 169–171,
174, 176, 179, 180, 181, 183–184, 188,
190–194, 198–199, 202–205, 208–210, 212,
214–216, 218–219, 222–223, 225, 227, 229,
231, 234–237, 243, 250–251, 253–257, 268,
271, 273, 277–278, 280–281, 288–289,
291–293, 297, 299–301, 304–308, 311–320,
323, 326, 328, 335, 337, 350

V

vědomí 6, 30, 34–38, 40–41, 45, 48, 51, 53–54,
64, 104, 107, 117, 122–123, 126, 138, 159,
161, 168, 177, 181, 186, 210–211, 223, 227,
233–235, 237, 250, 272, 276, 279, 281, 294,
297, 299, 301, 314, 320–322, 324, 326, 328
vyhýbavá porucha osobnosti 70–71, 75, 158,
176, 183, 188, 198, 220, 247, 300–302,
304–308, 310
vyšetření 81, 88, 93–96, 113, 145, 180, 182,
202, 212, 219, 289, 307, 323, 334
vytěsnění 39, 40–41, 274, 279

Y

Young, J. 26, 69, 172, 260–261, 307, 353

Z

zaplavení 57, 137–138, 183
závislá porucha osobnosti 10, 20, 78, 84, 95,
101, 117, 171, 182–183, 272, 302, 311, 313,
314–317, 319, 324, 336

Ján Praško a kol.

Poruchy osobnosti

Vydalo nakladatelství Portál, s. r. o.,
Klapkova 2, 182 00 Praha 8,
naklad@portal.cz

www.portal.cz

jako svou 1703. publikaci. Praha 2009

Návrh obálky Michal Rydval

Odpovědný redaktor Václav Urban

Výtvarný redaktor Vladimír Zindulka

Sazba Mgr. Václav Urban, Kostelní Radouň

Tisk Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.

Druhé vydání