

# Přehled psychopatologie

# Historie I

- Duševní poruchy vždy obtížně uchopitelné; vysvětlení různého druhu
- Zvláštní „dar“
- Posedlost zlými duchy
- První „medicínská“ vysvětlení: Hippokrates
- Středověk: démonizace; lodi bláznů, exorcismus, de facto restrikce
- Renesance, humanismus – 1. psychiatrická revoluce; Johann Weyer (1515 – 1588) – průkopník deskriptivní psychiatrie
- 18. století – 2. psychiatrická revoluce: Philipp Pinel (1745 – 1826) – „osvobodil duševně nemocné z okovů“
- 19. století – věk nozologického pojetí duševních chorob, deskriptivního dělení, taxonomií; počátky etiologického uvažování (podle příčiny)

# Historie II

- Počátek 20. stol. – medicínský, „biologický“ či organický model
- Psychoanalýza (Sigmund Freud, 1856 – 1939) a navazující psychodynamické školy: psychosociální model, relativizuje se význam deskriptivní klasifikace; rozvoj psychoterapie (různé školy...)
- Polovina 20. stol.: rozvoj psychofarmak (neuroleptika, antidepresiva...)
- Rozvoj „antipsychiatrického hnutí“
- Duševní poruchy součástí medicínských klasifikačních systémů (1938 v MKN, 1952 DSM)
- V současnosti MKN 10, DSM IV; systémy se však rozvíjejí a mění, oba manuály jsou ateoretické (DSM programově) nejsou jedinými hledisky, jak pohlížet na duševní poruchy a jak je klasifikovat, existují různé alternativy

# DSM, MKN

- Manuály řazeny „sestupně“ podle závažnosti
- DSM hodnotí různé aspekty poruch – 3 osy:
  - hlavní duševní porucha, porucha osobnosti, event. somatické choroby
  - postižení v oblasti péče o sebe, výkonnost, sociální fungování...
  - vlivy působící na pacienta ze zevního prostředí, faktory ovlivňující formu prezentace a průběh duševních potíží

# Klasifikovat je vědecké... (MKN)

- F00 – F09 Organické duševní poruchy
- F10 – F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- F20 – F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
- F30 – F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)
- F40 – F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- F50 – F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70 – F79 Mentální retardace
- F80 – F89 Poruchy psychického vývoje
- F90 – F98 Poruchy chování a emocí s počátkem obvykle v dětství a v adolescenci
- F 99 – nespecifikovaná duševní porucha

# ... a bláznit je lidské

- **Choré self:** cyklothymní a schizofrenní způsob zacházení se svými obtížemi
- **Choré vztahy:** neurotičtí, psychosomatictí, závislí, suicidální ebo osobnostně narušení lidé
- **Choré tělo:** nemocní s organickým postižením mozku, tělesně nemocní bez primární příčiny v CNS, mentálně postižení
- **Chorý věkem:** staří či mladí, jejichž potýkání se s obtížemi vyplývajícími z daného životního období vede k jednomu ze tří výše zmíněných onemocnění

*K. Dörner, U. Plog: Bláznit je lidské (Grada 1999);  
zdůrazněný sociální a vztahový aspekt, aspekt  
motivů a řešení problémů*

# Kdo je kdo?

- „člověk, který překáží sobě i druhým“
- „mladý člověk“
- „člověk, který miluje sebe a druhé“
- „člověk, který si skládá sebe a druhé“
- „člověk, který burcuje sebe a druhé“
- „člověk, který ubíjí sebe i druhé“
- „člověk, který pokouší sebe a druhé“
- „člověk, který zatěžuje sebe a druhé“
- „člověk, který zabíjí sebe i druhé“
- „člověk, který svým tělem zraňuje sebe i druhé“
- „starý člověk“

# Další vybrané klasifikace

- Psychodynamické školy: podle druhu úzkosti, vývoje self, vývoje libida (Freud)...
- Transakční analýza: životní scénáře (sociální aspekt, identita, vztah k sobě)
- Systemické přístupy: identita, role, povaha systému
- Gestaltistické školy: kontakt jednotlivce s prostředím („kontaktní křivka“ ...)
- Humanistické směry: poruchy sebeaktualizace a sebeakceptace
- ...



# Běžně sdílené kategorie

- Neurózy
- Poruchy osobnosti
- Psychózy

# Psychózy

- Okruh schizofrenií + schizotypní porucha
- Schizoafektivní psychózy
- Afektivní psychózy (depresivní syndrom, manický syndrom, bipolární porucha – „maniodepresivní psychóza“)

# Schizofrenie

- Pozitivní a negativní příznaky, příp. primární a sekundární (Bleuler)
- **Primární** symptomy – charakteristické pro proces onemocnění, méně nápadné (tzv. „4 A“):
  - Poruchy **asociací** (rozvolnění, fragmentace, „všezahrnující myšlení“, změna postoje k náhodě...)
  - Poruchy **afektivity** (nepřiměřené emoce, příp. oploštění, ztupělost)
  - **Autismus** (sociální izolace, zaměření na vlastní vnitřní svět, narušené komunikační schopnosti, egocentricita – přeceňování vlastních prožitků)
  - **Ambivalence** (koexistence protichůdných pocitů, výkyvy, nekonzistentní jednání)
- **Sekundární** symptomy – **halucinace, bludy, katatonní a hebefrenní projevy**
- Na počátku často narůstá úzkost, hypersenzitivita...; úzkost se redukuje po „krystalizaci“ bludu

# Schizofrenie – časté příznaky

- Slyšení vlastních myšlenek, pocity vkládání nebo odnímání myšlenek
- Bludy kontrolovanosti, ovlivňování, prožitky pasivity...
- Halucinatorní hlasy
- Jiné bludy – politická nebo náboženská identita, nadpřirozené schopnosti...
- Halucinace různých forem ve spojení s bludy nebo mimo ně
- Zárazy myšlení, překotné myšlení, související projevy v řeči – neologismy, slovní salát...
- Katatonní příznaky – hyperexcitace, nástavy, „vosková ohebnost“, stereotypní pohyby, automatismy, stupor, mutismus...
- „negativní“ příznaky – apatie, ochuzení řeči, oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí
- Výrazné změny v osobním chování (ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, sociální izolace...)

# Schizofrenie - formy

- Paranoidní schizofrenie
- Hebefrenní schizofrenie
- Katatonní schizofrenie (produktivní a stuporózní forma)
- Simplexní schizofrenie
- ...
- Schizotypní porucha (hlavně negativní příznaky, trvalé, podobná simplexní schizofrenii)

# Schizofrenie – etiologie, průběh, léčba

- **Příčiny** nejasné, spekuluje se o biologických (dopaminergní systém...) i sociálních („dvojná vazba“), o vlivu dědičnosti i extrémních situací, o prodromálních příznacích (přecitlivělost a slabost ega – neschopnost snášet úzkost, neschopnost ovládat vlastní impulzivitu, snížená schopnost prožívat radost, nápadnější introvertní zaměření...) avšak bez jednoznačného závěru
- **Vznik, výskyt:** plíživý nebo náhlý, typicky mezi 16. a 25. rokem; může existovat spouštěč, může být přítomna prodromální či krystalizační fáze; asi 25 % prvních hospitalizací, asi 1 – 2 % lidí „rozervanost“ taková, že kontaktují psychiatrii, asi 0,3 % se se schizofrenií léčí
- **Průběh, prognóza:** záleží na okolnostech, formě onemocnění, věku – lepší u produktivních forem (sekundární příznaky), při propuknutí ve vyšším věku, při nižším počtu atak (vs. „syndrom zlomené pružiny“; asi 20% jen jedna ataka, až 60 % chronicita
- **Léčba:** poprvé vždy hospitalizace, medikamentózní léčba (zkoušelo se všelicos biologického – ECT, inzulinové šoky...), v současnosti větší důraz na doléčování i na psychoterapii a sociální rehabilitaci

# Afektivní poruchy

- „náročné“ i tím, že oproti schizofreniím jsou (zvláště zpočátku a lehčí) obtížně rozpoznatelné jako onemocnění a lze je snadno podcenit, nemocný může být dlouho vystaven neúčinnému působení okolí atd.
- Základním projevem je **patická nálada** - chorobná nálada, která neodpovídá životní situaci nemocného, bývá neodklonitelná, nadměrně intenzivní, může souviset i s narušením dalších funkcí
- Časté i **kognitivní poruchy** (bludy, občas halucinace – psychotické příznaky) a **somatické příznaky** (poruchy spánku, bolesti, ztráta chuti k jídlu...)
- Fázická povaha – časté střídání depresivních a manických epizod (**bipolární porucha**) nebo fázický či periodický výskyt jen jednoho typu (**unipolární porucha**)

# Depresivní syndrom

- Psychické, somatické i vegetativní příznaky
- Hlavní je patická depresivní nálada – bez dostatečných pochopitelných důvodů, silně ovlivňuje veškerou psychiku
- Smutek, stísněnost, plačtivost, úzkost, někdy až apatie; ztráta schopnosti radovat se, sebedůvěry a sebevědomí, pesimismus, nerozhodnost, sebeobviňování (autoakuzace), bez naděje do budoucna, minulost se devaluje nebo idealizuje
- Někdy depersonalizační pocity – že nese utrpení lhostejně, že se ostatní změnili...
- Devlavace sociálních vztahů
- Vzhled: odpovídá náladě – ochablé držení těla, snížená aktivita (někdy však až agitovanost); často zanedbaný zevněšek; řeč pomalá, tichá, někdy mutismus
- Mohou se objevit poruchy myšlení – zpomalení, soustředění na své utrpení, může budit dojem demence;
- Bludy – často autoakuzací (sebeobviňující), mikromanické, pseudomegalomanické (ahasverismus), perzekuční, hypochondrické; někdy i halucinace, iluze, obsese, fobie
- Poruchy chování – může se dopustit agrese vůči sobě nebo i okolí (riziko sebevraždy, popř. i rozšířené sebevraždy – vysoké, často disimulují)



# Depresivní syndrom

- Somatické a vegetativní příznaky:
  - Ztráta chuti k jídlu, úbytek na váze
  - Poruchy spánku
  - Úbytek sexuální apetence
  - Zažívací potíže
  
- Nejdůležitější symptomy:
  - Hluboce smutná nálada se sebevražednými myšlenkami
  - Ranní pesimum obtíží, večer spíše úleva
  - Poruchy spánku (zvláště probouzení mezi 2. a 3. hodinou)

# Manický syndrom

- Nadměrná, neodůvodněná rozjařenost, dobrá euforická, předrážděná nebo expanzivní nálada
- Zrychlená duševní činnost, neunavitelnost, nezdolnost
- Zvýšené sebevědomí, ztráta zábrán, snadná produkce myšlenek – až překotné myšlení či myšlenkový trysk, rychlá řeč až logorhea, (pseudo)inkohherentní myšlení
- Málo spí nebo nespí vůbec
- Do všeho zasahuje, „reformuje“, zlepšuje
- Utrácení, nakupování, nereálné plánování; častý zdroj konfliktů
- Excesy v pití, erotice, vyšší predispozice k trestné činnosti...
- Někdy bludy – prchavé, proměnlivé, zpravidla megalomanické a perzekuční
- Někdy agresivita – křik, znečišťování, rozbíjení předmětů, napadání lidí
- Někdy komplementarita s depresí – v obou případech přítomna výrazná úzkost; „cirkusový stan nad černou jámou deprese“

# Manický syndrom - typy

- **Rezonantní:** expanzivní nálada, arogance, nespokojenost, agresivita
- **Kverulatoční a paranoidní:** odvěta proti domnělým křivdám, vztahovačnost, podezíravost
- **Reformační a inventorní:** tendence opravovat společnost, navrhopvat vynálezy atd.
- Mania acuitissima, konfúzní mánie aj.

# Afektivní poruchy – etiologie, průběh, léčba

- Vznik: může být dispozice k periodickým změnám funkce CNS; dědičnost je ale různorodá – někdy může pro vznik stačit tato dispozice, někdy plus osobní historie (dětství, formativní soc. vlivy a přesvědčení, živ. události)
- k těm často patří ztráty (separační reakce) a problémy se zvládnutím role dospělého (vč. profesní, partnerské) – deprese jako reakce na ztrátu, mánie jako hektická náhražka sebeprosazení (psychosociální teorie)
- souvislost bývá nalézána i s ročním obdobím a fyzickým stavem (choroby, intoxikace, endokrinní funkce, exhausce...), farmakologické vlivy

# Afektivní poruchy – etiologie, průběh, léčba

- **začátek onemocnění - deprese:** je typický pro dospělost (mezi 20. – 40. rokem, jiného typu bývá ve stáří), výskyt u 1-3% populace, deprese častěji postihuje ženy, používá se kombinace biologické léčby a psychoterapie;  
**mánie:** začátek obvyklý v mladší až střední dospělosti, častý návrat manických fází; při ojedinělém výskytu fáze prognóza dobrá, riziko chronifikace asi 10 – 20 %
- **adekvátní přístup:** v depresi zřídka pomůže domlouvání („vzchop se“), třeba se zaměřit na vztah - zvládnutí devalvace, podpora; deprese a režim: vhodné – zvláště po odeznění první fáze – strukturovat nemocnému čas, zajistit přiměřený pohyb; vysvětlení účinku farmak, zájem; důraz na změnu kognitivních schémat; důležitost farmak u psychotiků i těžších dep.; náhled, objektivizace; bludy přímo nevyvracet
- **terapie:** interní i ambulantní; u deprese zpoč. „chránit před světem“, později mírný pohyb; rozhodně spoluúčast, nezatěžovat; antidepressiva (thymoleptický, anxiolytický, psychostimulační účinek); mánie: neuroleptika, lithiové soli; v současnosti posuny v péči: skupiny rodinných příslušníků, socioterapie, zařízení „na půl cesty“ – větší důraz na doléčování, nejen na léčbu v době nejhorších příznaků

# Neurózy

- potíže **tělesného** nebo **duševního** rázu, pro které *nelze nalézt organický podklad* (poškození tělesných orgánů nebo mozku) a které *nejsou zapříčiněny* ani závažnější psychickou poruchou (*psychózou* – u neurózy nebývá porušena soudnost, projevy nejsou hrubě nepřiléhavé či nesrozumitelné pro okolí)
- Je třeba rozlišovat neurózu (či neurotický vývoj) a neurotické reakce
- Může se vyskytnout ojedinělý příznak, nebo soubor příznaků – neurotický syndrom (typická konstelace)
- člověk si své problémy neurotického rázu může i uvědomovat, avšak současné mít tendenci řešit je opět neurotickým způsobem

- **Tělesné potíže:** bolesti hlavy, závratě, tlak či píchání u srdce, bušení srdce, tlak či bolest žaludku, nevolnost, říhání, nechutenství či sklon k přejídání, zvracení, průjmy či jiné poruchy trávení, třes rukou či celého těla, křeče a záškuby, poruchy chůze nebo pohyblivosti končetin, ztráta hlasu, nadměrné pocení, pocity mravenčení, brnění či svědění, některé poruchy zraku či sluchu, nejrůznější bolesti...
- **Psychické potíže:** stavy napětí a úzkosti, pocity vyčerpanosti a nepřiměřené únavy, deprese, úzkosti přetrvávající či záchvatovité, vtíravé a nutkavé myšlenky (kontrola běžných úkonů, kontrární myšlenky...), fobie, pocity vnitřního chvění, únavy a slabosti vůle, podléhání afektům, nesoustředěnost, poruchy paměti, pocity méněcennosti, nadměrná tázavost a hloubavost, neschopnost se rozhodnout, nejistota ve vztazích k lidem či malá samostatnost, obavy z nemoci (včetně obav z vlastního „zbláznění“, z duševní nemoci); celkově převažuje negativní ladění

- za vznikem neuróz často stojí závažné ***konflikty vnitřní nebo vnější, problémy v důležitých oblastech*** života (partnerské vztahy a rodina, práce, mezilidské vztahy obecně...), zvláště ***déletrvající působení konfliktové či frustrující situace***
- ***pocit neřešitelnosti situace***
- mohou se podílet i zvyky, postoje a osobnostní vlastnosti jedince – např. málo zkušeností se zvládáním zátěžových situací, malá frustrační tolerance, „*toxická přesvědčení*“
- podle mnoha autorů může mít neuróza úzkou souvislost i se *zážitky z dětství, z primární rodiny* (případná *traumata, naučené způsoby* neurotického reagování či naučené neurotické způsoby uvažování – „*životní scénáře*“),
- může pramenit i z *prožitého traumatu „staršího data“*
- terén pro vznik neurózy může vytvořit i ***celkové oslabení organismu*** ...), hlavní příčinou však bývají *zážitky duševního rázu*
- *tyto zážitky mohou mít podobu jednorázového duševního otřesu* (přírodní katastrofa, ztráta blízkého člověka, ztráta důležité životní hodnoty...)



# Neurotické syndromy I

- **neurastenie** – tzv. „dráždivá slabost“ – pocity napětí, neklidu, předráždění, výbušnost, snadná unavitelnost, často nesoustředěnost, roztržitost, zapomnětlivost; špatná nálada, pocit smolařství, méněcennosti; často poruchy spánku (neschopnost usnout nebo opakované probouzení se), ve dne vyčerpanost; tělesně často bolesti hlavy, pocity brnění nebo mravenčení v končetinách, zvýšená potivost, pocity únavy
- **úzkostná neuróza** – opakující se pocity úzkosti (neurčitého strachu), popř. záchvaty úzkosti; často spojeno s bušením srdce, slabostí v nohou, pocity chladu nebo tepla, nechutí k jídlu; může být i strach z toho, že člověk umírá; záchvaty často v situaci osamělosti, v noci; vyhledávání opory
- **fobická neuróza** – spojená s nepřiměřeným strachem z určité konkrétní situace, osoby nebo předmětu (nejčastěji při vědomí nerozumnosti tohoto strachu); fobie může dosti omezovat, týká-li se něčeho běžného (sociální fobie, agorafobie, klaustrofobie); fobie často vznikají na základě nepříjemného zážitku v příslušné situaci, mohou však i signalizovat či symbolizovat odlišný vnitřní konflikt

# Neurotické syndromy II

- **nutkavá neuróza** – vtíravé myšlenky a pochybnosti, kt. často nutí i k jednání (stále si mýt ruce, kontrolovat, zda člověk zamkl...), mohou mít i kontrární povahu (vykřikovat vulgaritu ve společnosti, smát se na pohřbu, ublížit sobě nebo dítěti...), člověk jim však vyhoví jen tehdy, nejsou-li v rozporu s jeho morálním přesvědčením (nemají charakter bludu)
- **depresivní neuróza** – převládá smutná nálada, skleslost, neschopnost zažívat radost, potěšení, rozveselit se; koncentrace na špatné události a aspekty života, sebepodceňování, sebeobviňování, plačtivost; nevykonnost, zpomalené tempo, nedostatek motivovanosti; mohou být i myšlenky na sebevraždu (je třeba odlišit od endogenní deprese)

# Neurotické syndromy III

- **hysterická neuróza** – příznaky proměnlivé, často tzv. konverzní – „napodobují“ tělesné choroby a poruchy (od bolestí, paréz...přes zvracení, nevolnosti, stavy dušnosti či „srdeční“ záchvaty po křeče, třas, záchvaty smíchu apod.); omdlívání na veřejnosti a projevy připomínající epi. záchvat se již téměř nevyskytují; jde o reakce účelové, avšak nevědomé, není to simulace, člověk je nemá pod kontrolou; sklony k podléhání afektům, k „výstupům“; nízká úroveň reflexe vlastních pocitů i chování („nepozná se“ ani ve vlastním popisu); třeba odlišit od hysterické osobnosti a od psychosomatických onemocnění (jiného typu)
- **hypochondrická neuróza** - přehnané obavy o vlastní zdraví, nadměrné sebepozorování; soustředění se na potíže, je velmi sugestibilní pro prožívání příznaků, o kterých je mu známo, že existují a mohou být vážné

# Neurózy – výskyt, léčba

- Někdy v životě až desítky procent lidí
- Přístup: zaměřený na příznaky / na problém / na rozvoj osobnosti
- Posilování schopností zvládat stres, práce se symptomy, práce s úzkostí (vč. relaxace, autogeního tréninku...), ventilování napětí
- Skupinová práce: aspekt vztahů, možnost korektivní zkušenosti
- Účinná i farmakoterapie (otázka volby, zda nezbytná či vůbec vhodná)

# Poruchy způsobené stresem

- **Akutní reakce na stres**
- **PTSD – zpožděná nebo protražovaná odezva na traumatizující událost; příznaky:**
  - **intruze** – neodbytné, vtíravé tendence znovuprožívat událost a její konsekvence ve formě živých vzpomínek, obrazů, snů a
  - **popření** a k **vyhýbání se** situacím, lidem, místům nebo činnostem, které událost připomínají
  - Úzkost, přehnané **úlekové** reakce
  - **Disociativní** prožitky – „numbing“, později otupění, odcizení...
- **Změny osobnosti, poruchy přizpůsobení**

# Poruchy osobnosti

- průkazná trvalá vnitřní **struktura osobnosti**, která se navenek projevuje dlouhodobým, ustáleným, trvalým chováním, které se **vymyká od normy** přijatelného prožívání a chování *v dané societě*.

specifická kritéria:

- modifikovaný či dysfunkční způsob **poznávání a interpretace informací**
- přiměřenost nebo nepřiměřenost **emočního vznětu** či obecně odpovědi na emociogenní podněty
- schopnost nebo neschopnost ovládat **impulsy**, které vedou k uspokojování potřeb
- způsoby zvládnání **mezilidských vztahů**
- nepřizpůsobivé, maladaptivní, **dysfunkční chování v sociálních situacích** obecně
- což všechno je **problémem pro osobu samu i pro okolí** a
- forma tohoto chování je **přetrvávající, dlouhotrvající**

# Poruchy osobnosti

- Dříve oblast „psychopatií“
- DSM III-R:
  - skupina podivných a výstředních (schizotypní, schizoidní, paranoidní)
  - skupina emocionálně a dramaticky jednajících (histrionská, narcistická, hraniční, antisociální)
  - skupina, kde dominuje strach a úzkost (odmítavá, závislá, obsedantně-kompulzivní, pasivně agresivní)

# Hraniční (borderline) porucha

- *Impulsivita, nejasná identita; nestabilita, nespolehlivost, nevypočitatelnost*
- Časté pocity nespokojenosti, prázdnoty
- častý výskyt období krizí – extrémně křehký typ; častější suicidální pokusy
- Snížené vnímání kontinuity („žijí okamžikem“), slabá reprezentace vlastních emocí („žijí tělem“ – častější PPP, excesy, promiskuita, ale i somatizace...)
- Nestálé, ale intenzivní vztahy; očekávání, že partner bude „ideální matka“
- Časté selhávání, potíže s životní kariérou; současně mohou mít značný „drive“; originalita, schopnost zaujmout...
- MKN 10 – emočně nestabilní osobnost - typ impulzivní, typ hraniční; nestálá osobnost



# Narcistická porucha osobnosti

- porucha sebehodnocení (přecenění či kolísání; pocit privilegovanosti, výjimečnosti – „princeznovský syndrom“)
- potřeba obdivu (jinak deprese)
- Zaujetí fantaziemi vlastního úspěchu, síly, krásy, brilantnosti...
- vztahy k lidem: podceňující, bez empatie; často bezohlednost, arogance; závist nebo žárlivost
- Časté odvrhování původních přívrženců
- dynamické směry: sebestotvrzování, anihilační úzkost, „zrcadlení“ místo zpětné vazby, pseudosublimace, projekce (odpovědnosti)...
- kromě depresí častá somatizace somatizace či hypochondrizace, někdy demonstrativní pokusy o sebevraždu

# Schizoidní osobnost

- těžko snášejí blízkost druhého – *strach ze ztráty vlastního „já“*, strach přizpůsobit se
- Někdy až emoční útlum, chlad, odstup nebo oploštělost; ale i potřeba kontaktu
- nápadná introverze
- jakoby nezájem o vnější svět: o názory a hodnocení okolí, obava z intimity, obtíže v adaptaci na společenské normy a zvyky často sklony k *originalitě*, nepřizpůsobivost normám a společenským konvencím
- chybí jim *cit pro odhad*, jak na ně budou reagovat druzí
- zájem o *introspekci, fantazii*; jen málo činností přináší uspokojení, potěšení
- poměrně málo se vyskytuje jako „čistý“ typ

# Úzkostná – vyhýbavá osobnost

- DSM IV uvádí jako příbuznou kategorii **vyhýbavou poruchu osobnosti** (MKN 10 – **anxiózní, úzkostná porucha**)
- trvalé a pronikavé pocity napětí a obav
- přesvědčení o vlastní sociální nešikovnosti, nedostatku osobní přitažlivosti nebo inferioritě vzhledem k jiným
- nadměrné zabývání se tím, že čl. bude kritizován nebo odmítnut v sociálních situacích
- nechut' stýkat se s lidmi, pokud není jisté, že bude oblíben
- omezení životního stylu, zúžením životního prostoru kvůli potřebě jistoty
- vyhýbání se sociálním nebo pracovním činnostem, které zahrnují významný mezilidský kontakt (strach před kritikou, nesouhlasem nebo odmítnutím)
- v kontaktu výrazná nejistota, neurotický stud; příčiny různé, v rodině buď přílišná ochrannost, izolování od okolí nebo brutalita, zneužívání...; prognóza do značné míry záleží na prostředí, ve kterém se pac. nachází, přístup obdobný jako u schizoidní osobnosti

# Depresivní osobnost

- vyhýbají se všemu, co by mohlo vyvolat *odmítnutí* (často jednají tak opatrně, jakoby nejmenší opominutí mělo způsobit katastrofu)
- „*strach ze ztráty objektu*“ nastupuje už při *představě*, že by mohli někoho ztratit, rozzlobit; sami „nesmějí“ projevovat hněv, jsou výrazně *intrapunitivní* či *autoagresivní, hypersebekritičtí*
- značně identifikovaní - hledání předmětu k obdivování, sklon k ochranitelství, hyperprotektivě...
- Někdy ale *totéž očekávají od druhých*; ostatní se však mohou symbiotickému „pohlčení“ bránit, což zpravidla dále posiluje chování depresanta; agrese v něm narůstá, kumuluje se či projevuje nepřímo
- *sklony k pocitům viny, pasivní agresí, fobiím* – častá je agorafobie, sociální fobie (vyhýbání se situacím, „ze kterých se nedá utéct“)
- příbuzné pojmy: pasivně agresivní porucha, závislá porucha

# Obsedantní osobnost

- triáda typických rysů: *pořádkumilovnost, šetrnost, tvrdohlavost*; celkově též *malá flexibilita*, sklon k *pedantství*
- sklon mít všechno dopředu *naplánováno*
- *rigidita*: nové situace znamenají potenciální nebezpečí
- přehnané zabývání se produktivitou na úkor spokojenosti a mezilidských vztahů
- těžkosti působí využít *fantazii* nebo nechat věci otevřené (*malá tolerance k neurčitosti*)
- uvažování *v protikladech* i tam, kde to není vhodné (myšlenky, plány, postoje apod. se navzájem nevylučují)
- občas se vyskytují nečekané projevy právě *opačného chování* (velkorysost, nepořádnost, rozhazovačnost...)
- sklon *kontrolovat* ostatní
- často odvolávání se na *obecně platné ideály, ideologie*
- ve vztazích může být základní obtíží už *uznání rovnoprávnosti* partnera, obecně malé uznání pro odlišné varianty, postupy...

# Hysterická osobnost

- charakterizována výrazovostí až *teatralitou* vystupování,
- *labilitou, aktivitou* (často bezplánovitou), *potřebou uplatnit se*
- velmi často mluví a činí *dříve, než uvažují*
- nezřídka *pocitem omezování* (permanentní „boj za svobodu“)
- vysokou *obrazotvorností* až fantazírováním, vnímavostí, *sugestibilitou*
- spor touhy po stálosti, neměnnosti na jedné straně (stabilita rodiče) a strachu z definitivna na straně druhé
- často také *tendence k přehánění* na jedné straně a *k bagatelizaci* (jako obraně) na další
- *konverzní psychosomatické poruchy* jako využívání „*sekundárních zisků*“ z nemoci, popř. *pasivní agrese* či *manipulace* (ne jako „prožívání tělem“ u hraničních osobností)
- Konflikty; často vyvolávají *rivalitní situace* – příležitost ke srovnávání, vyvyšování...; též nápadně příjemné, atraktivní, svůdné vystupování apod.; někdy až motivy pomsty
- mohou připomínat struktury *narcistní*, ale hledají potvrzení vlastní *kvality*, ne potvrzení vlastní *existence*

*příbuzné pojmy: histrionská porucha, pythiatická p., psychoinfantilní osobnost*

# Antisociální porucha osobnosti

- lhostejnost k pravidlům, závazkům, citový nezájem o okolí, chladnost
  - chování prakticky neovlivnitelné zkušeností, trestem nebo odměnou
  - nerespektují ostatní; malá tolerance k zátěži; agresivní explozivní tendence
  - vytvářet vztahy umějí, schopnost vztahy udržet je nízká (tendence k manipulaci partnerem, agresivnímu chování)
  - neschopnost zakoušet vinu, a priori předpoklad o vlastní nevině
- specifická kritéria podle DSM IV:
- neschopnost přizpůsobit se sociálním normám a zákonům
  - zvýšená citlivost, aktivita, manifestující se agresivitou (časté rvačky, násilná trestná činnost)
  - ztráta pocitu odpovědnosti za své činy
  - neschopnost udržet závazek, neschopnost plánovat
  - ve vztazích dominuje manipulace, lež, lstivost...
  - neschopnost soucitu
  - součástí poruchy není sadistická porucha nebo schizofrenie
  - v populaci rozšířená porucha, častější u lidí s nižším vzděláním, častá u kriminální populace; spouštěcí moment – týrané dítě

# Paranoidní osobnost

- nadměrná citlivost k negativnímu hodnocení (i předpokládanému)
- neschopnost odpustit
- nadměrný důraz na osobní práva a jejich vymáhání
- sklon ke zdůrazňování vlastní osoby
- podezíravost, vztahovačnost, sklon k dezinterpretaci chování a postojů druhých (i pozitivních a neutrálních)
- Sklon k patologické žárlivosti
- Vztahovačnost nedosahuje úrovně bludného přesvědčení, za určitých okolností lze korigovat



# Obecné otázky

- Vztah osobnostní struktury a poruchy
- Kompenzace a dekompenzace
- „diagnostická citlivost“ vs. nezaujatý přístup
- Patologizace vs. důraz na individuální svobodu i odpovědnost
- ???

# Vybraná literatura

- Dörner, K., Plog, U.: **Bláznit je lidské.** Praha, Grada 1999.
- Kalina, K.: **Jak žít s psychózou.** Avicenum, Praha 1987.
- Kratochvíl, S.: **Jak žít s neurózou.** Praha, Portál 2000.
- Röhr, H.-P.: **Narcismus – vnitřní žalář.** Praha, Portál 2001.
- Röhr, H.-P.: **Hraniční porucha osobnosti.** Praha, Portál 2003.
- Riemann, F.: **Základní formy strachu.** Praha, Portál 1999.
- Zvolský, P.: **Speciální psychiatrie.** Praha: Karolinum 1996.