

Psychické poruchy cirkumpartální**Těhotenství**

Toto období je výraznou zátěží pro ženu, a to nejen po stránce tělesné, ale i psychické. Setkáváme se s graviditami nechtěnými, kde je žádána interrupce, což může vyvolat psychické poruchy. Jindy mohou být některé psychické poruchy indikací k přerušení těhotenství. I u těhotenství chtěných se mohou vyskytovat jak poruchy neurotického charakteru, jako zvýšená nervozita, nesoustředivost, depresivní rozlady, sklony ke vznětlivosti, hypochondrické projevy, tak i psychické poruchy závažnější, především rozvinuté deprese. U některých žen se podobné stavy opakují při každém těhotenství. Vedle deprese může gravidita provokovat i vznik jiných psychických poruch: schizofrenie, zhoršení poruchy osobnosti, zhoršení neurotických poruch apod.

Poporodní období (šestinedělí)

Porod je značná fyziologická zátěž, dochází ke ztrátě krve, k vyčerpání, bolestem. To se může projevit i v psychologickém stavu ženy. Ne všechny ženy snášejí porod stejně a také ne u všech žen se projevují nějaké psychické poruchy. Podle současné klasifikace psychické poruchy, které můžeme klasifikovat podle jiných kategorií, sem nejsou zařazovány (např. schizofrenie, afektivní poruchy). Do této skupiny se zařazují takové psychické poruchy, které vznikly a trvají jen v období šestinedělí. Nejčastěji jde o poporodní deprese, méně časté jsou jiné psychické poruchy, například těhotenské psychózy (puerperální či laktální psychózy paranoidní).

Poporodní psychické poruchy se mohou vyskytovat jednak v **časném období**, kdy mají většinou charakter amentního nebo amentně-deliriózního syndromu. Vznikají krátce po porodu, většinou ještě v porodnicích. Může jít o stav zmatenosti, dezorientaci, vystupňování úzkosti, bezradnosti a mohou vyústit až v sebevražednou aktivitu. V iničiální fázi se může porucha jevit jen jako poporodní vyčerpání, ale přesto se již v tomto období objevují prvky bezradnosti, pocity úzkosti, poruchy spánku, nervozita. Někdy porod může provokovat již přítomné psychické poruchy (schizofrenii, schizoafektivní poruchu, bipolární afektivní poruchu aj.).

Jiné formy psychických poruch vznikají později po porodu v průběhu šestinedělí. V tomto období jsou nejčastější depresivní syndromy, méně časté jsou formy paranoidní nebo anxiózní depresivní. Také u pozdějších poporodních psychických poruch se může objevit sebevražedná aktivita, jsou i případy sebevraždy spojené s vraždou dítěte.

4.10 F 55 – ABÚZUS LÁTEK NEVYVOLÁVAJÍCÍCH ZÁVISLOST

Do této skupiny jsou řazeny různé látky, především léky, u kterých ani při dlouhodobém zneužívání nedochází k vytvoření závislosti. Většinou se jedná o různé léky mimo těch, o kterých je známo, že mohou vytvářet závislost. Jejich dlouhodobé zneužívání může vést k různým tělesným potížím nebo poškozením. Například někteří jedinci používají soustavně laxativa, až dojde k tomu, že bez jejich použití nejsou schopni se vyprazdňovat. Podobné škody mohou působit i jiné léky (např. dlouhodobé

zneužívání analgetik může vyvolat poškození ledvin). Situace u antidepresiv může být složitější: některá z nich mohou vyvolat projevy podobné závislosti. Byla popsána i závislost na nosních kapkách (Sanorin).

4.11 F 60–69 – PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ U DOSPĚLÝCH**Přehled skupiny:**

- F 60 Specifické poruchy osobnosti
- F 61 Smíšené a jiné poruchy osobnosti
- F 62 Přetrvávající změny osobnosti
- F 63 Návykové a impulzivní poruchy
- F 64 Poruchy pohlavní identity
- F 65 Poruchy sexuální preference
- F 66 Psychické a behaviorální poruchy spojené se sexuálním vývojem a orientací
- F 68 Jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých

Pravděpodobně každý lékař se ve své praxi setkává s pacienty s poruchami osobnosti. Všeobecně jsou považováni za pacienty problematické v kontaktu i pro spolupráci na dalším léčení, pokud je ho třeba. Často vyžadují léčbu, zároveň mají tendenci určovat pravidla, podle kterých by je měl lékař léčit, anebo odmítají dodržovat doporučení pro léčbu, která od lékaře dostanou. Špatná spolupráce ze strany pacienta může vést až k odmítnutí na straně lékaře (a následně riziku justičních popotahování z důvodů at' již vykonstruovaného, pacientem předpokládaného pochybení, či skutečného zanedbání péče u obtížného pacienta).

Poruchy osobnosti řadíme mezi poruchy s malou procesuální aktivitou, jejichž podstatou je disharmonicky vyvinutá osobnost. Jde o těžké narušení v charakterové oblasti a tendencích chování jedince. Některé rysy osobnosti jsou nadměrně zvýrazněné, jiné naopak potlačené nebo chybí. Vlivem taktu utvářených charakterových vlastností se tyto jedinci dostávají často do konfliktů se svým okolím, protože jejich chování bývá nápadné, podivinské a má asociální nebo antisociální prvky. Kurt Schneider již v roce 1923 popisuje, že „psychopati jsou takové anomální osobnosti, které trpí svou abnormitou nebo jejichž abnormitou trpí společnost“.

U mnoha pacientů se vyskytují rysy příslušné poruchy v ne plně vyjádřené formě a u řady pacientů se jednotlivé specifické poruchy sdrůžují a překrývají. Dokonce se dá říci, že většina populace (tedy i nás, lékařů) má ve své osobnosti určité „rysy“, které přísluší diagnóze poruch osobnosti a které se projevují ve chvíli emocionální zátěže či stresu.

Diferenciální diagnózu často provádíme mezi jednotlivými typy poruch osobnosti navzájem a často u jednoho pacienta nakonec musíme konstatovat komorbidity více typů poruch osobnosti, nebo poruchu osobnosti smíšenou.

Klasifikace poruch osobnosti, tak jak je používána v dnešní podobě, zaznamenala během 20. století bouřlivý vývoj. První koncepty poruch osobnosti byly formulovány

psychoanalyticky orientovanými psychoterapeuty počínaje Freudem, který na počátku 20. století zformuloval mj. charakteristiku narcismu, až po pojem vyhubavé osobnosti, který byl zformulován Millonem v roce 1969. Hraniční porucha osobnosti, ač klinicky rozeznána mnohem dříve, byla v kriteriální klasifikaci zařazena až v americkém diagnostickém manuálu DSM-III v roce 1980 a do evropského diagnostického algoritmu pronikala obtížně.

4.11.1 DEFINICE, TERMINOLOGIE

Pojem osobnost podle MKN-10 vyjadřuje souhrn typických způsobů, jak člověk poznává, vnímá a jak interpretuje věci, lidi a události, přistupuje k sobě a ostatním, cítí a emočně reaguje, myslí, vztahuje se a jedná s okolím, jak ovládá své impulsy a uspokojuje své osobní a interpersonální potřeby.

Porucha osobnosti je pak charakteristickou a trvalou vnitřní strukturou a projev chování, které jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného přijatelného chování v dané společnosti. WHO tyto způsoby chování definuje jako hluboké jádrové a trvalé způsoby chování, které se projevují jako rigidní a neadaptabilní odpovědi na podněty v nejrůznějších mezilidských a sociálních situacích. V důsledku má pacient tendenci k řešení mezilidských konfliktů a k uspokojování svých potřeb používat značně limitovaný repertoár stereotypních odpovědí v různém sociálním a osobním kontextu. Tyto způsoby lze u daného jedince vyzorovat evidentně od pozdního dětství či adolescence, ale to, že jsou trvalé a stabilní, vyhrazuje pojem až pro věk dospělý.

Užití diagnózy poruchy osobnosti jako diagnózy na ose I, tedy diagnózy hlavní, je vždy spojeno s problémy a nese s sebou nádech pejorativního.

Problémy s definicí poruch osobnosti:

- Nedostatek standardů pro definici „normální osobnosti“ a „normálního chování“.
- Nejasná a matoucí terminologie vycházející z různých teoretických přístupů.
- Dva přístupy ke klasifikaci.
- Dimenzionální přístup užívaný ve výzkumu.
- Kategorický přístup užívaný v klinice.
- Nejasný vztah k duševním onemocněním.
- Tendence kliniků preferovat jednoduchou diagnózu před mnohočetnou diagnózou, vyhýbání se pojmu komorbidita.
- Užívání pojmu porucha osobnosti jako pejorativní nálepky.

4.11.2 KLASIFIKACE

V klasifikaci poruch osobnosti nacházíme dva hlavní přístupy – dimenzionální a kategorický.

Dimenzionální klasifikace definuje stupeň, v jakém která osobnost vykazuje určité sledované charakteristiky a problémy chování. Tento přístup se ukazuje jako užitečný při zjišťování biochemických podkladů mnoha z těchto poruch. Psychologický výzkum a diagnostika dlouhodobě vychází z přístupu Jungova a později Eysenkova,

současnost ponejvíce ovlivnily dimenzionální klasifikace, mj. Millonova a Cloningerova. Podle Millona je možné všechny poruchy osobnosti popsat pomocí tří os (dimenzí), které odrážejí hlubší, evolučně podmíněné vztahy v živých organizmech. Jde o dimenze libost–bolest, aktivita–pasivita, svůj–cizí. Více rozpracované modely kategorizují poruchy osobnosti podle čtyřdimenzionálního modelu (a další podle pěti dimenzionálních /tzv. Big Five/ či sedmidimenzionálních modelů) – podle míry kognitivně-perceptuální organizace, osy impulzivita/agresivita, emoční labilita a úzkost/inhibice. V Cloningerově pojetí se rovněž nejprve jednalo o třífaktorový model dimenzí vyhledávání nového, vyhýbání se poškození a vyhledávání odměny. Tento model nabízí propojení osobnostních a neurobiologických dimenzí a dává určité podklady pro smysl farmakoterapie poruch osobnosti. Cloninger postupně rozvinul koncept TCI – Temperament and Character Inventory, který již popisuje sedm temperamentových dimenzí – vyhledávání nového, vyhledávání odměny, vyhýbání se poškození, persisterci/stabilitu, sebeřízení, schopnost spolupráce (kooperativitu) a sebezpečí – a tyto lze využít k popisu variant mezi různými poruchami osobnosti.

V kategoriální klasifikaci jde o přístup tvořící bázi většiny klinických diagnostických systémů, dává do souvislosti určitý typ poruchy osobnosti s výskytem určitých konkrétních projevů. V případě aktuálně platné klasifikace MKN-10 se tedy jedná o klasifikaci kategoriální, fenomenologickou a ateoretickou (v diagnostických kritériích je zdůrazněn klinický obraz, nikoli hypotézy o etiopatogenezi).

Klasifikace poruch osobnosti podle WHO prošla během svého vývoje řadou revizí a je v současnosti komplikována přidáním (vřazením) behaviorálních syndromů, tedy spíše poruch chování, jako je například patologické hráčství a kleptomanie.

Klasifikace poruch osobnosti podle WHO – MKN-10

F 60 Specifické poruchy osobnosti

- F 60.0 Paranoidní** – zahrnuje dříve užívané kategorie senzitivní a kverulant-ské osobnosti.
- F 60.1 Schizoidní** – odlišná od schizotypální, která je více přibuzná onemocněním schizofrenního okruhu.
- F 60.2 Disociální** – dříve nazývaná antisociální, asociální, psychopatická či sociopatická osobnost.
- F 60.3 Emočně nestabilní** – obsahuje impulzivní (explozivní) (F 60.30) a hraniční typ poruchy osobnosti (borderline) (F 60.31).
- F 60.4 Histrionská** – dřívější hysterická osobnost.
- F 60.5 Anankastická** – dříve obsedantní osobnost.
- F 60.6 Anxiózní** – také nazývaná vyhýbavá porucha osobnosti.
- F 60.7 Závislá** – dříve astenická, nepřiměřená nebo pasivní osobnost.

F 61 Smlíšená porucha osobnosti

F 62 Trvalé změny osobnosti

Zahrnuje trvalé změny po katastrofické zkušenosti (jako je zajetí, mučení nebo jiná katastrofa) nebo po těžkém duševním onemocnění. Vylučuje změny osobnosti po poškození mozku úrazem, zánětem, alkoholem nebo jinou příčinou postihující mozek jako orgán.

F 63 Poruchy impulsů a chování

Zahrnuje patologické hráčství, zakládání ohňů (pyromanie), patologické kradení (kleptomanie), vytrhávání vlasů (trichotillomanie) a další.

F 68 Jiné poruchy osobnosti

Smíšená kategorie zahrnující předstíranou (faktivní) poruchu, tzv. Münchhausův syndrom, a zpracovávání tělesných příznaků z psychologických důvodů.

F 21 Schizotypální porucha

Tato kategorie je zahrnuta pro úplnost, ale v samotném textu se jí vyhneme. Není totiž jasné, zda se jedná více o variantu, počáteční stadium schizofrenního onemocnění, nebo o poruchu osobnosti.

MKN-10 již nerozlišuje některé dříve popisované charakteristiky poruch osobnosti. V dodatku jsou klasifikovány ještě:

- jiné smíšené poruchy osobnosti (F 60.8),
- narcistická porucha osobnosti,
- pasivně-agresivní porucha osobnosti,
- nepoužívá se již diagnóza excentrické a nezralé poruchy osobnosti.

Zvažuje se budoucí zařazení depresivní poruchy osobnosti do klasifikace.

4.11.3 EPIDEMIOLOGIE

Populačně se prevalence poruch osobnosti pohybuje mezi 2–13 % (podle jiných pramenů mezi 6–9 %), přičemž se zvyšuje v institucionálních zařízeních typu nemocnic, sanatorií, specializovaných ústavů a věznic. Pro jednotlivé typy poruch se uvádí populační výskyt poměrně shodně 2–5 %, s tím, že v klientele psychiatrických zařízení tvoří pacienti s poruchami osobnosti 5–30 %. Poruchy osobnosti se vyskytují přibližně ve stejném poměru u mužů i u žen. Některé diagnózy se ale objevují převážně u mužů (například disociální porucha osobnosti), zatímco jiné se vyskytují častěji u žen (jako histrionická nebo hraniční porucha osobnosti). Existuje tedy podezření, že některé poruchy jsou vlivem kulturních stereotypů, které ovlivňují lékaře, diagnostikovány častěji u jednoho pohlaví. Některé formy chování by měly přímo vést k podezření na přítomnou skrytou poruchu osobnosti (např. spojení mezi disociální poruchou osobnosti a zneužíváním alkoholu a návykových látek je velmi časté a závažné).

V rodinách postižených poruchami osobnosti nacházíme častěji příbuzné trpící duševními poruchami. Zejména u poruchy osobnosti paranoidní či schizoidní se u pří-

buzných prvního stupně ve zvýšené míře objevují pacienti se schizofrenií či poruchou s bludy. Objevuje se i familiární výskyt některých poruch osobnosti, nejvíce anakastické či disociální poruchy. U některých typů poruch existují průkazné studie o dědičném přenosu některých rysů. Ve výzkumech heritability se uplatňuje především dimenzionální klasifikace a nálezy svědčí například pro dědičnost anxiózy, závislosti, paranoidity a agresivity, impulzivitu.

4.11.4 ETIOLOGIE A PATOGENEZE

Současný pohled na etiopatogenezi poruch osobnosti dává jednoznačně přednost multifaktoriálnímu modelu, kdy se společně kombinují vlivy genetické, kulturní, vlivy výchovy a individuální životní vývoj, množství stresových životních situací, které jedinec v určité periodě vývoje osobnosti prodělal. Za vrozený se považuje například temperament. Klíčovým místem pro rozvoj poruchy osobnosti je interpersonální vazba mezi dítětem a rodičem, jako modelovou referenční osobou. Teorii vazby se zabývají speciální učebnice (např. Hašto, J.: Vztahová vazba). Pro příklad lze uvést, že z jedince s úzkostným a inhibovaným temperamenem lze hyperprotektivní a hyperkritickou výchovou vychovat jedince se závislou poruchou osobnosti. Různost pohledů na psychologickou teorii vývoje osobnosti zapříčiňuje významnou nejednotnost výkladů. Ke studiu etiopatogeneze poruch osobnosti přispívají současné výzkumy využívající zobrazovacích metod CNS.

Obecně lze říci, že v souladu s vývojem mozku, jehož myelinizace postupuje ještě po narození asi do 6–7 let věku, jedinec prodělavá určitá kritická stadia, kdy určitému věkovému stupni odpovídá stupeň vyzrání osobnosti a tedy proměny způsobů, jakým vnímá, myslí, cítí, interpretuje a chová se, kterými by měl jedinec projít. Předpokládá se, že pokud jedinec neprojde určitým vývojovým stupněm úspěšně, další vývojový stupeň zvládá za cenu rozvinutí náhradních, méně kvalitních strategií chování, anebo dalšího vývoje v určité oblasti nemusí být vůbec schopen. Právě to, zda a jak překoná určitý vývojový stupeň, je ve značné míře závislé na stylu výchovy a osobnosti zralosti rodičů. Krom dědičných vlivů jsou tedy jedinci s budoucí poruchou osobnosti častěji potomky jedinců trpících duševními poruchami, a proto neschopných poskytovat dostatek péče, pozornosti a zrcadlení pro vyvíjející se dětskou osobnost.

To se projevuje zejména v oblasti emočního prožívání. Limbický systém, který se ukazuje být hlavním režisérem našeho chování, přiřazuje našemu vnímání okolní reality emoční konotaci, která rozhoduje, zda okolní realitu vyhodnocujeme jako bezpečné nebo nebezpečné místo. Limbický systém a další spolupracující oblasti jako je prefrontální kůra, hypotalamus, hypofýza či bazální ganglia jsou zodpovědné za to, zda jako odpověď na realitu zvolíme boj nebo útek, či kooperaci a rozvíjení interpersonálních kontaktů. Ukazuje se, že prodělané stresové situace spojené s bezmoci v kritických periodách vývoje v dětství mění schopnost vyhodnocovat realitu směrem k zaměření vnímání na negativně emočně konotované podněty.

Možné příčiny rozvoje poruchy osobnosti:

- Roste množství důkazů pro podporu konceptu genetického přenosu dispozice pro některé typy chování (podobně jako u alkoholismu mužů, spojeného s časným začátkem).
- Neurochemický výzkum potvrdil souvislost serotoninového metabolismu v mozku a abnormální impulzivitu a agresivitu.
- Některé poruchy osobnosti mohou být pokládány za mírnější formy závažných duševních poruch. Nejsilnější propojení lze nalézt mezi poruchami osobnosti clusteru A a schizofrenií.
- Psychologické teorie kladou důraz na selhání vývoje v časných fázích utváření osobnosti, jako výsledku nepříznivých podmínek, což nakonec vede k problémům ve vytváření a udržování vztahů v pozdějším životě.

4.11.5 RIZIKOVÉ FAKTORY A PREVENCE

Rizikové faktory pro rozvoj poruchy osobnosti tedy lze odvodit z výše zmiňovaných faktů. Z genetických faktorů musíme uvažovat o familiárním výskytu některých duševních poruch a jejich variant a nevyhne se předpokladu, že děti jedinců s duševní poruchou jsou ohroženi vývojem poruchy osobnosti. Jako ošetřující psychiatři a psychologové se pak do jisté míry stáváme výchovnými poradci, skutečnými „manažery případů“, kdy facilitujeme interpersonální vazby jedince s duševní poruchou (rodiče) a jeho okolí v zájmu vývoje jeho dětí.

Z dalších rizikových faktorů se kromě genetické predispozice zejména u některých rysů obvykle uvádí organicita – pro hraniční poruchu osobnosti, tedy prodělané encefalopatie a porážkové stavy, perinatální poranění mozku, poranění hlavy. Z psychologických příčin jsou uváděny faktory sexuálního zneužívání v dětství, týrání dítěte, odmítání, zvýšená kritika nebo devalvace schopností, dovedností a vizáže jedince či hyperprotektivita spojená s nelibostí pečovatelů v případě, že se začnou projevovat přirozené tendence k autonomii a separaci.

Mezi faktory zhoršující průběh nemoci nesporně patří pokračující a nebo opakované zážitky sexuálního zneužívání, týrání, opuštění a ztráty blízké osoby, sociální nejistota, neschopnost udržet vztahy a udržet si zaměstnání, zneužívání návykových látek a alkoholu. Pacienti s poruchou osobnosti obecně dosahují nižší kvality života.

Komplikace přináší především komorbidita, tedy současný výskyt dalších duševních poruch u jedince s poruchou osobnosti. Častou komorbiditou jsou úzkostné a depresivní poruchy, sociální fobie, panická porucha, somatizační porucha, závislost na návykových látkách a alkoholu. Významná a hojně diskutovaná je zejména komorbidita poruch trsu B, tedy spojených s emoční nestabilitou, s bipolární afektivní poruchou typu II a variantou bipolární poruchy, tzv. rychlými cykly, kdy v různých epidemiologických studiích dosahuje až 30–75 %. Podobně významná je komorbidita vyhubavé poruchy osobnosti a sociální fobie. Různí autoři již žádají revizi MKN-10 a spojení obou poruch do jediné diagnostické kategorie. Je prokázáno, že komorbidita s sebou přináší zhoršování obou poruch ve vzájemné závislosti, vyšší náklady na léčbu, vyšší počet hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních a horší compliance.

V případě pacientů s poruchou osobnosti vždy hrozí riziko impulzivního sebepoškození nebo suicidálního jednání.

Poruchy osobnosti jsou vývojovými onemocněními (vznikají v průběhu vývoje osobnosti), proto se nelze zcela beze zbytku vyjádřit k vyvolávajícím faktorům. Nápadné je, že poruchy osobnosti, ač se zakládají v raných vývojových stádiích, se začnou naplno projevovat obvykle v období pozdního dětství a adolescence. Psychologicky se jedná o období, kdy je jedinec v pubertě, kdy se postupně vymaňuje z rodičovského vlivu a projevuje se více autenticky a autonomně. Z hlediska vývoje mozku se jedná o etapu, kdy dochází k tzv. průklestu (prunningu) neuronálních synapsí. Zjednodušeně lze říci, že v tomto období nepoužívaná neuronální spojení a některé neurony odumírají. Zůstávají a zpevňují se častěji používaná neuronální spojení, což v důsledku vede k upevnění a ještě větší rigiditě zavedených vzorců ve vnímání, myšlení a jednání – emocionálních, kognitivních a behaviorálních schémat. Účastní se pravděpodobně i mechanismy autoimunitní, imunitní a další. Určité (i běžné) životní situace a zážitky pak vedou u vulnerabilních jedinců k upevnění a manifestaci rysů poruch osobnosti.

Problematickým tématem v léčbě poruch osobnosti je otázka primární a sekundární prevence. Primární prevence může spočívat v osvětové a přednáškové činnosti lékařů, kteří povedou rodiče a vychovatele k takovým výchovným postupům, které usnadní svěřeným dětem jejich vlastní osobnostní vývoj a co nejlepší zvládnání vývojových úkolů. V tom jsou nesmírně užitečné kurzy asertivity a všechny aktivity, které vedou k posilování sebevědomí a interpersonálních dovedností rodičů a pečovatelů. Děti se neučí tolik to, co od rodičů slyší ve formě dobře míněných výchovných doporučení, ale to, co prožívají a od rodičů odporovávají – jak se zklidňovat, jak o sebe pečovat, jak se nebat a jak řešit těžké situace.

Další, již popsanou strategií, je „manažerská“ pomoc rodině jedinců s duševní poruchou. Medikující psychiatr by měl být schopen sám poskytnout konzultaci rodině identifikovaného pacienta (zejména pokud je pacient sám rodičem), nebo alespoň dát kontakt na odborníky schopné takovou pomoc a podporu poskytnout.

Sekundární prevence u pacientů s poruchou osobnosti spočívá v důsledném sledování komorbidit, agresivního a autoagresivního chování. Nezbytné je motivovat pacienta ke spolupráci, udržet jej v kontaktu a podporovat při relapsech navykých „nemocných“ emocionálních, kognitivních a behaviorálních projevů.

4.11.6 KLINICKÝ OBRAZ

V této části budou postupně probrány jednotlivé poruchy osobnosti, budou uvedeny příslušné subjektivní příznaky a objektivní projevy. Vzhledem k tomu, že se této problematice věnuje celá řada speciálních monografií, nevyhne se v tomto stručném přehledu určitému zjednodušení a schématicizaci.

Millon formuloval koncem 60. let minulého století teorii osobnosti, která rozlišuje jednotlivé poruchy osobnosti podle hloubky patologie (Personality Disorders, 1996). Vycházel z teorie biosociálního učení a později vytvořil evoluční model poruch osobnosti. Millonův přístup originálně spojuje psychoanalytické přístupy a současné názory na poruchy osobnosti (J. Gunderson, A. T. Beck, L. S. Benjamin, C. R. Clonin-

ger aj.). Millon vymezuje devět základních předpokladů přístupu k poruchám osobnosti:

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

Pro vysvětlení osobnosti i jejich poruch uvádí čtyři oblasti aplikace evolučních a ekologických principů, které označuje jako Existence, Adaptace, Replikace a Abstrakce. Z těchto fází vyplývají vývojové úkoly, jejichž splnění znamená dosáhnout vybudování důvěry k ostatním lidem, dosáhnout adaptivní jistoty při změnách okolností, přizpůsobit se sexuálním rolím a dosáhnout emoční stálosti a vyrovnanosti myšlení a citění. Ve své klasifikaci Millon kombinuje dimenzionální a kategorickou přístup a dosahuje až šedesáti variant osobnosti, což činí teorii složitou a nepřehlednou. Operacionalizací Millonovy teorie je dotazníková metoda MCMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory). Millon (1997) ji definuje jako víceosý nástroj, odvozený z integrovaného modelu psychopatologie a osobnosti, ale koordinovaný ve víceosém modelu DSM.

MCMI-III je podle Millona podložen evoluční teorií, která předpokládá, že všechny organizmy jsou konfrontovány v boji za přežití (příjemné versus bolest), úsilím adaptovat se k prostředí nebo naopak prostředí přizpůsobit vůči sobě (pasivita versus aktivita) a strategie k reprodukci své rodiny oproti investování do vlastního opakování (cizí versus vlastní).

Rysy jsou definovány jako mírné, ale evidentní osobnostní znaky. V aktuální manifestované podobě jsou klinicky nevýznamné a spadají do pásma normality. **Osobnostní styl** Millon definuje jako nastavení osobnostních rysů, které jsou vyjádřeny subklinicky, mohou způsobovat příležitostně adaptivní potíže, ale léčba není indikována. Poruchu definuje jako dostatečně problémový osobnostní vzorec, který významně narušuje fungování osobnosti. MCMI-III obsahuje také syndromy, které DSM-IV či ICD-10 vynechala nebo je zařazuje do příloh, například sadistickou, masochistickou a narcistickou poruchu osobnosti.

Podle této teorie je pokročilá a hluboká patologie vyjádřena u osobností schizotypální, paranoidní a hraniční, které spojuje pomalé a plíživé zhoršování struktury osobnosti a také nedostatky v sociální kompetenci a časté přechodné psychotické příhody.

V dalším stupni (méně závažně postižení) jsou pacienti trpící nedostatkem uspokojení a pocitu libosti, sociálně stažení pacienti s vyhubou, schizoidní a depresivní poruchou osobnosti. Společná je neschopnost prožívat radost, odměnu či pozitivní životní zážitky, nejistota a pochybnosti. Do této skupiny patří ještě anankastická a hraniční porucha osobnosti.

Následuje skupina tzv. mezilidsky nevyrovnaných osobností, kam Millon řadí pacienty se závislou, histriónskou, narcistickou a disociální poruchou osobnosti. Těmto poruchám je společná zvýrazněná patologie na ose cizí versus vlastní, kdy histriónský a závislý pacient je orientován především na „druhé“ a disociální a narcistický na „já“. Těžiště histriónské a závislé poruchy osobnosti leží v potřebě sociálního přizpůsobení a citlivosti k potřebám druhých, oba typy paralyzují osamocenenost a pocitu zanedbávání. Obecně lze říci, že na úrovni potřeb tyto pacienti již mají své potřeby, uvědomují si je, ale při prosazování jejich cílů trpí druhí. Všem takto definovaným pacientům s poruchou osobnosti jde především o sebe.

Ještě mírnější stupeň poškození pak nacházíme u neurotických osobností, které během života fungují ve společensky přijatelných mezích, ale jsou neustále mučeni úzkostí z autonomie a zodpovědnosti. Pokud jsou nuceni rozhodnout se, obvykle se rozhodují eticky, esteticky a volí i efektivní řešení životních situací, ale neuzivají si to. Mají své potřeby a jejich neuspokojením trpí tiše sami. V léčbě jsou efektivní v hledové terapii, nácviky technik asertivity, relaxace. Problematika neurotických poruch ale není předmětem kapitoly.

4.11.7 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA A KLINICKÝ OBRAZ JEDNOTLIVÝCH PORUCH OSOBNOSTI

Diagnostika poruchy osobnosti

Pro stanovení diagnózy poruchy osobnosti je zcela nezbytné, aby jedinec splňoval hlavní, všeobecná kritéria. Ta především zahrnují trvalost projevů, hluboce zakotvenou ve struktuře osobnosti a projevující se od pozdního dětství nebo adolescence. Jedná se o zvláštnosti ve vnímání, myšlení, citění a utváření vztahů, odlišné od běžných způsobů v dané kultuře. Bývají spojeny se subjektivní tísní, s problémy v adaptaci na změny a s problémy v dosahování cílů a řešení problémů. Jedincem jsou tyto rysy vnímány ego-syntonně, jako jeho integrální součást, a proto je často vstup do terapie spojován s delším obdobím vzdoru z obavy ze ztráty vlastní osobnosti a autonomie. Nejčastěji používaným pomocným vyšetřením, které má verifikovat diagnózu je vyšetření psychologické, které používá objektivních standardizovaných a validizovaných vyšetřovacích metod, dotazníků a škál.

Nelze postavit diagnózu poruchy osobnosti, pokud pacient nesplňuje určitá kritéria. Pro praktické účely se v americkém diagnostickém manuálu DSM-IV tyto poruchy sdružují do tří trsů (cluster), které mají společné klinické rysy:

- **Cluster A** – pacienti často působí odtažitě, pyšně nebo excentricky, jako je tomu u paranoidních nebo schizoidních pacientů. K tomuto trsu se často přifazuje i schizotypální porucha.

- **Cluster B** – pacienti mohou působit dramaticky, emocionálně nebo zmateně, jako tomu bývá u disociální, histriónské nebo hraničního typu emočně nestabilní poruchy osobnosti.
- **Cluster C** – pacienti působí úzkostně nebo ustrašeně, zejména pacienti se závislou, vyhybavou a anankastickou poruchou osobnosti.

Komplikace nastávají v případě disociální poruchy osobnosti, protože disociální porucha osobnosti je zahrnuta v Mental Health Act 1983 a, pokud je aktuální stav pokládán za léčitelný, může být v USA podkladem pro nedobrovolné přijetí do lůžkového psychiatrického zařízení. Je definována různým způsobem, ale je třeba na ni nahlížet jako na zvláště těžkou variantu poruch osobnosti clusteru B.

Obecná kritéria pro specifickou poruchu osobnosti (F 60)

- 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, od normy. Tato odchylka se musí projevat ve více než jedné z následujících oblastí:
 1. poznávání, tj. způsoby vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí, formování přístupu k sobě a ostatním a představ o sobě a ostatních,
 2. emotivita (rozsah, intenzita a přiměřenost emočního vznětu a odpověď),
 3. ovládání svých impulsů a uspokojování potřeb,
 4. způsob chování k ostatním a zvládání interpersonálních situací.
- G2. Odchylka se musí projevovat jako výrazně 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 jiných duševních poruch.
- G6. Jako možná příčina odchylky musí být vyloučeno organické poškození mozku, úraz nebo dysfunkce mozku.

Pomůcky pro stanovení diagnózy poruchy osobnosti

Pacient prezentuje způsoby...

- chování,
- emoční odpovědi,
- vnímání sebe, druhých a okolí,

které je...

- zjevné od časně dospělosti nebo dospívání,
- přetrvává do dospělosti,
- zasahuje všechny oblasti života pacienta (je pervazivní),
- vykazuje nedostatečnou přizpůsobivost, není flexibilní,
- výrazně odlišné od pacientovy kulturní normy,

a vede k...

- prožívání distresu u sebe, jiných nebo společností,
- dysfunkcím v mezilidských intimních, společenských nebo pracovních vztazích,

ale nedá se přičíst...

- jiným duševním poruchám, jako je schizofrenie, deprese, zneužívání návykových látek,
- jiným tělesným onemocněním (akutní intoxikace, onemocnění mozku, poruchy zásobení kyslíkem, poruchy funkce jater a ledvin).

Paranoidní porucha osobnosti

Pro skupinu psychotických poruch osobnosti, kam patří paranoidní a schizotypální porucha osobnosti, jsou typické poruchy vnímání struktury plynutí času, problém s organizací časového rozvrhu, poruchy vnímání jak okolní reality, tak svých vnitřních prožitků. Často je přítomná obtíž s rozlišováním vlastních a okolních prožitků. Lze říci, že chybí introjekty rodičů vnímaných jako zvláštní osoby, je přítomna porucha rozlišování na ose vlastní versus cizí. Typické jsou poruchy myšlení, které mají často paranoidní charakter a tendence k vytváření chybných kognitivních závěrů. Na úrovni mezilidské komunikace je typická vysoká míra uzavřenosti a nedůvěry, která podle psychodynamického konceptu pramení z nejisté vazby v raném dětství. Na úrovni fungování v aktivitách denního života tyto pacienti často nezvládají přizpůsobení obvyklým sociálním schématům, nemají dost energie na řešení konceptů a jejich život postrádá sebekoncept. V případě psychotické dekompenzace přestávají být pro okolí srozumitelní a jejich vnitřní realita je nesdílitelná, děsivá a nesdílená.

Diagnostická kritéria pro paranoidní poruchu osobnosti (F 60.0)

- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti (F 60).
 B. Musí být přítomny nejméně čtyři z následujících příznaků:
1. nadměrná citlivost k ostrakování a odbývání,
 2. tendence k trvalé zášti, tj. odmítání odpustit urážky, bezpráví a zlehčování, trpí uraženou ješitností,
 3. podezřívavost 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 z nevěry,
 6. sklon ke zdůrazňování důležitosti vlastní osoby, projevující se trvalým vztahováním všeho k sobě,
 7. zabývání se nepodloženým „konspiračním“ vysvětlováním událostí kolem sebe nebo v okolí.

Diagnostická kritéria pro schizotypní poruchu (F 21)

- A. U jedince se musí projevovat nejméně čtyři z následujících charakteristik po dobu nejméně dvou let, trvale nebo epizodicky:
1. nepřiměřené nebo omezené emoční reakce (nemocný vyhlíží chladně a povzneseně),
 2. chování nebo vzezření je podivné, výstřední nebo zvláštní,
 3. nespolečenský vztah k jiným lidem a sklon k sociálnímu stažení,
 4. podezřívavost nebo vztahovačné myšlení,
 5. podezření na paranoidní bludy,
 6. obsedantní ruminace bez vnitřní schopnosti odporu, často s dysmorfofobickým, sexuálním nebo agresivním obsahem,
 7. občasné somatosenzorické iluze a depersonalizační a derealizační zážitky,
 8. vágní, obřadné, metaforické, komplikované a často stereotypní myšlení a řeč bez masivní inkoherece,
 9. občasné, přechodné, jakoby psychotické epizody s intenzivními bludy, sluchové nebo jiné halucinace a bludům podobné představy, vznikající obvykle bez vnějšího podnětu.
- B. Jedinec nikdy nesplňoval kritéria pro některou z poruch schizofrenního okruhu.

Schizoidní a hraniční porucha osobnosti

Pro pacienty se schizoidní a hraniční poruchou osobnosti je typické, že již rozlišují já a ty, nicméně jim chybí vnitřní reprezentace rodičů, kteří poskytují uklidnění a útěchu,

zrcadlení a podporu. Převažují introjekty rodičů, kteří opouštějí, odmítají pomoc nebo zklamávají. Obecně je těmto dvěma poruchám vlastní tendence k prožívání vzteku, citlivost k opuštění a devalvaci a sklon užívat primitivních obran jako je únik do fantazie, popření a štěpení.

Pro schizoidní pacienty je typické sociální stažení aktivního typu, upřednostňují autonomii. Obvyklá je též porucha rozpoznávání a zvládnutí emocí a desomatizace, jako by žili pouze ve světě vlastní hlavy, přitom hluboko uvnitř je tzv. „zamrzlé jezero citů“. Schizoidní pacienti obvykle nerespektují běžné sociální normy, protože nejdou dohromady s uspokojováním jejich potřeb. Obtížně se orientují v potřebách druhých, pokud nejsou v souladu s jejich vlastními potřebami.

Diagnostická kritéria pro schizoidní poruchu osobnosti (F 60.1)

- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti (F 60).
 B. Musí být splněny nejméně čtyři z následujících příznaků:
1. málo činnosti, pokud vůbec nějaké, 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 a 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 a důvěrných vztahů (nebo pouze jeden) a nedostatek touhy po takových vztazích,
 9. výrazná necitlivost k převládajícím společenským normám a konvencím.

Emočně nestabilní porucha osobnosti

Hlavním problémem typickým pro hraniční a impulzivní pacienty je separační úzkost. Ve snaze vyhnout se opuštění tyto pacienti až splývají s milovaným, idealizovaným objektem, vidí svět jeho očima. Ve snaze vyhnout se úzkostí z možnosti opuštění rozvíjejí v zásadě dvojitý vzorec. Prvním z nich je splynutí, kdy se chovají jako voda. Někdy s až obdivuhodnou intuící vyplňují všechny i nevyřčené potřeby idealizovaného objektu. Vyvíjí se vztah enormní závislosti. Vše, co dělá, odvozuje od idealizovaného objektu a jeho přijetí. Druhým základním vzorcem je na odív dávaná autonomie, která ale očekává od protějšku opět až telepatické schopnosti ve čtení jejich pocitů a přání, které sami neumějí a tudíž nemohou verbálně vyjádřit. Cití se uražení a ponížení, pokud jsou nuceni svoje prožitky pojmenovat a zkomunikovat nahlas, protože jejich protějšek podle jejich názoru tak nejedná „spontánně“, ale pod jejich „nátlakem“, což je provázáno úzkostí z odmítnutí a opuštění.

V záležitosti jsou všeobecně nestabilní, agují zneužíváním drog, alkoholu, krátkodobými vášnivými, intenzivními a impulzivními vztahy a také krátkodobými psychotickými stavy, derealizacemi a depersonalizacemi. Pro oba typy poruch je typická snížená

kontrola impulsů a neschopnost odložit uspokojení. V projevu obvykle vystopujeme tendenci myslet tzv. černobíle, pohybovat se v extrémních kategoriích (ideál versus ztracení). Na úrovni chování objevujeme řadu náhražkových mechanismů, jak se ubránit úzkosti a prázdnotě. Vztah typicky osciluje mezi úplným přijetím a úplným odmítnutím. Pokud si dovolí určitou připoutanost, typicky mají ještě tzv. paralelní program, buď v podobě tajného vztahu, tajného zneužívání návykových látek, nebo lhaní a zatajování v jiném směru. Do vztahu vstupují, ale nedovolí si důvěru a spočinutí.

Diagnostická kritéria pro emočně-nestabilní poruchu osobnosti (F 60.3), impulzivní a hraniční typ

■ Společné kritérium

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti (F 60).

■ 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 chování někým přerušeno nebo kritizováno,
 3. sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování,
 4. obtíže se setrváním u jakékoli činnosti, která nenabízí okamžitý zisk,
 5. nestálá a nevypočitatelná nálada.

■ Hraniční typ

- B. Musí být splněny nejméně tři příznaky z kritéria B pro impulzivní poruchu spolu s nejméně dvěmi z následujících:
1. narušená a nejistá představa o sobě samém, vlastních 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. opakované nebezpečí nebo realizace sebepoškození,
 5. chronické pocity prázdnoty.

Anankastická porucha osobnosti

Pro anankastickou, obsedantně-kompulzivní poruchu osobnosti jsou charakteristické pocity osobního ohrožení, úzkosti a pochybností, které vedou k nadměrné svědomitosti, umíněnosti, opatrnosti a strnulosti. Postiženo je myšlení, které je charakterizováno neustálou starostí a sebeobviňováním. Nacházíme i poruchu libosti, kdy je nálada provázena trvalou rozmrzelostí, úzkostí, pochybami a smutkem, nespokojeností.

Postižený se nutkavě snaží vytvářet neměnná pravidla pro chování druhých, v jejich systému se pak cítí bezpečně, tato pravidla ale bývají pro jejich systém partnery a spolupracovníky obtížně přijatelná. V pozadí psychodynamického konceptu je výchovou zakázaná agrese, hněv a projevy emocí vůbec. Anankastický jedinec bývá extrémně citlivý na emocionální kritiku svého zvládnání interpersonálních vztahů, protože je to právě to, oč se snaží.

Diagnostická kritéria pro anankastickou poruchu osobnosti (F 60.5)

- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchy osobnosti (F 60).
 B. Musí být splněny nejméně čtyři z následujících příznaků:
1. pocity přehnaných pochyb a opatrnost,
 2. přehnané zabývání se detaily, pravidly a seznamy, pořádkem, organizací nebo plánem,
 3. perfekcionismus 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.

Vyhýbavá porucha osobnosti

Vyhýbavé osobnosti věnují velké množství energie k ochraně své integrity, k vyhnutí se bolesti a nesnázím. Vyhýbaví jedinci jsou aktivně ostražití a nenavazují důvěrné vztahy ze strachu z odmítnutí. U vyhýbavých osobností se předpokládá genetická predispozice k vulnerabilitě vůči stresu, uzavřenosti a stydlivosti. Tato vloha bývá posilována výchovou obvykle rovněž úzkostných rodičů, kteří zesilují dojem, že svět je nebezpečné místo, bývají hyperprotektivní a současně kritizující. Dítě, kterému nebylo dovoleno překonávat překážky, mívá následně nízké sebevědomí, které je v pozadí sociálního vyhýbání. Oproti osobnostem, které jsou soustředěny na své idealizované ego, vyhýbavé osobnosti mají jistotu, že nejsou schopny naplnit vnitřní ideální představu o sobě samém.

Diagnostická kritéria pro vyhýbavou poruchu osobnosti (F 60.6)

- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchy osobnosti (F 60).
 B. Musí být splněny nejméně čtyři z následujících charakteristik:
1. trvalé a pronikavé pocity napětí a obav,
 2. přesvědčení o vlastní sociální nešikovnosti, 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 v životním stylu kvůli potřebě fyzické jistoty,
 6. vyhýbání se sociálním a pracovním činnostem, pro něž jsou významné meziosobní struktury, ze strachu z kritiky, nesouhlasu nebo odmítnutí.

Závislá porucha osobnosti

Psychodynamickým konceptem závislé osobnosti je rovněž potlačování agresivity a autonomního projevu. V anamnéze nacházíme podporování závislosti dítěte na rodičích a nadměrnou obavu o ně ve všech fázích vývoje. Jsou potlačovány snahy o separaci a autonomii jedince s tím, že je dítěti sdělováno, že to je ohrožující jak pro ně, tak pro jeho rodiče. Závislí pacienti touží po ideálním nerozlučném vztahu s druhou osobou, na partnera kladou vysoké nároky ve smyslu naplňování jejich potřeby ideálu. Od partnera přitom rovněž očekávají naplňování svých potřeb – strukturování času, vytváření bezpečí i potvrzování hodnoty, zároveň ale popírají a devalvuji svou vlastní hodnotu. Lze říci, že ve vztahu opakují model tzv. měkké, ale svírající náruče, kterou sami zažili v dětství a nyní ji poskytují. Svou závislostí tak vlastně kontrolují možnost pohybu partnera.

Vlastní agresivitu na nevědomé úrovni považují za něco špatného, temný stín. V chování potom pozorujeme projevy, které agresivitu od druhých vyvolávají, což vede k potvrzení toho, že agresivita jako taková je špatná a ohrožující. Sebeprosazování jako mírná varianta nezbytné agresivity je potom také odmítáno a respekt ke vlastním potřebám je potlačován. Chování může působit jako záměrné vyvolávání agresivity z okolí, které je ve skutečnosti závislému největší „odměnou, vede k potvrzování vlastního sebekonceptu („nemůžu si pomoci“).

Diagnostická kritéria pro závislou poruchu osobnosti (F 60.7)

- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti (F 60).
 B. Musí být splněny nejméně čtyři z následujících příznaků:
1. vybízení jiných lidí nebo dovolování jim, aby přebírali odpovědnost za důležitá životní rozhodnutí postiženého,
 2. podřizování vlastních potřeb jiným osobám, na nichž je jedinec závislý, a přílišné vyhovávání jejich přáním,

3. neochota vznášet i rozumné požadavky na osoby, na nichž je jedinec závislý,
4. pocit, že není ve své kůži, neboť trpí obavami, že nebude schopen se sám o sebe postarat,
5. stálé 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 poradil nebo si je nechal schválit.

Narcistická porucha osobnosti

V případě narcistické poruchy osobnosti nacházíme jako základní konflikt nedostatečné sycení láskou. Narcistický pacient se nedokáže mít rád sám. V zásadě se rozlišují dva polární typy narcistické osobnosti. Prvním typem je tzv. šťastný, primárně nasyčený narcista (compensated). Lze o něm říci, že měl pravděpodobně matku, která jej sytila obdivem, po jeho odchodu z rodiny zde ovšem již nikdo schopný a ochotný k tak intenzivnímu sycení není. Šťastný narcista bývá označován za „netečného tlustokožce“, který je arogantní a agresivní, zaujatý sám sebou, potřebuje být středem pozornosti a není si vědom reakcí druhých, vůči jejich kritice je zcela hluchý. Většinou svůj projev zaměřuje na to, aby vyzdvihl svou nadřazenost nad ostatními.

Druhým typem narcistické poruchy je analogicky typ „nešťastný“ (restricted), ten, který nikdy nedostal dost, nejčastěji proto, že svým dětátkem okouzlená a nic nepožadující matka úplně nebo do značné míry chyběla. Tento typ bývá označován za „ostrážitého tenkokožce“, který je naopak vysoce zranitelný, senzitivní, inhibovaný, stydlivý a nenápadný, vyhýbající se pozorností druhých a zaměřený na vyhovění a uspokojení okolí. Často se jedná o jedince, kteří soutěží v tom, jak být tím nejhorším, vyniknout v negativním slova smyslu, dosáhnout negativní exkluzivity. Podle Kohuta, který tuto poruchu v roce 1971 vymezil, je časný vývoj jedince poznamenán ukvapeným, opakovaným a intenzivním zraňováním jeho sebevědomí a radikální deziluzí v hodnocení rodičů. V dospělosti nese následky, které jsou vyjádřeny poruchami sebehodnocení, které kolísají od velikášství k nicotnosti a sebeztracení.

Obě skupiny očekávají od partnera, že jimi bude fascinován. Při současně enormně nízké toleranci k frustraci a nedostatku pozornosti vybuchují, jsou snadno zranitelní, předpokládáný nedostatek exkluzivity tvrdě trestají opovržením a devalvací partnera. Vytvářejí jednosměrný vztah zaměřený na uspokojování jejich potřeb. Narcistická porucha osobnosti je častější u mužů a jejich partnerkami bývají obvykle ženy s komplementární histriónskou nebo závislou strukturou osobnosti, kterým zpočátku narcista nabízí oslnění vlastní pevností a sebejistotou. Vztah se dostává do krize v okamžiku, kdy partnerka obvykle s věkem dozrává a žádá si plnění a ohledy také pro své potřeby. Toho narcistní jedinec není schopen.

Disociální porucha osobnosti

Disociální jedinec se o ostatní zajímá pouze jako o prostředky ke splnění vlastních cílů. V případě, že je odhalen, se k tomu hlásí a ještě je schopen to racionálně vysvětlit. Má sklon manipulovat s okolím a vyžadovat pro sebe mimořádné ohledy a speciální

jednání. V patogenezi hraje významnou roli dědičnost, častý je alkoholismus otců a týrání či sexuální zneužívání v dětství, mateřská deprivace do pěti let věku, kdy matky bývají nespolehlivé, nedisciplinované a často se jedná o impulzivní alkoholičky. U disociální poruchy osobnosti se snad nejvíce z poruch osobnosti předpokládá biologický podklad a tudíž omezené možnosti psychoterapie.

Pasivně-agresivní porucha osobnosti

Trestání autonomních projevů, tvrdohlavosti, prosazování a agresivity v dětství má být příčinou vývoje pasivně-agresivních projevů osobnosti. To vede k pseudozdvořilostnímu, jakoby vstřícnému chování a skrývání hněvu, který je ventilován jen nepřímo, ale důsledně. Postižení mívají pocit, že nároky na vytváření vztahů a jejich účast v nich jsou nepřiměřené, cítí se přetíženi nároky partnera. Nezávládají podřízenost, ale ani spolupráci v obavě ze ztráty vlastní autonomie, o které si myslí, že ji musí skrývat. Porucha se často vyskytuje společně s depresí a abuzem alkoholu a bývá obtížně odlišit ji od závislé a vyhýbavé poruchy osobnosti.

Diagnostická kritéria pro narcistickou (F 60.8), disociální (F 60.2) a pasivně-agresivní (F 60.8) poruchu osobnosti

■ Společné kritérium

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchy osobnosti (F 60).

■ Narcistická porucha osobnosti

B. Jedinec musí vykazovat nejméně pět z následujících charakteristik:

1. velikášská představa o vlastní důležitosti (např. jedinec přeceňuje dosažené úspěchy a svoje vlohy, očekává, 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, že může být pochopen a být ve spojení pouze opět se zvláštními nebo vysoce postavenými lidmi nebo institucemi,
4. potřeba nekonečného obdivu,
5. představa o zvláštní privilegovanosti, neoprávněné očekávání zvláště slibného způsobu léčby nebo automatické plnění 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.

■ Disociální porucha 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 navazovat,
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 trestu,
6. výrazná tendence ke svádění viny na jiné, nebo k uvádění racionálního vysvětlení pro chování, které jedince přivádí do konfliktu se společností.

■ Pasivně agresivní porucha 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 nadřazeným,
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 povinností s výmluvou, že zapomněl.

Histrionská porucha osobnosti

Pacient s histrionskou poruchou osobnosti potřebuje především pozornost. Potřebuje dynamiku a často organizuje situaci tak, aby se dynamika točila kolem něj, protože je schopen pohyb svého okolí ovládat a kontrolovat. Nesnáší klid, stereotyp, šed a stabilitu. V chování, gestikulaci i mimickém a verbálním projevu obvykle přehání, miluje romantiku, snění a vše na povrchu hezké, na vnitřních kvalitách jako by záleželo méně. Pokud ostatní nezapadají svým chováním do představy „pěknosti“, kterou má pacient, může se velmi krutě, efektivně a cíleně mstít, produkuje pomluvy, nedůvěru a postranní koalice. V nárocích na partnera je velmi naléhavý a až bezohledný zejména tehdy, požaduje-li pomoc.

Diagnostická kritéria pro histriónskou poruchu osobnosti:

- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchy osobnosti (F 60).
 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.

Přetrvávající změna osobnosti (F 62)

Přetrvávající změnu osobnosti diagnostikujeme u jedinců, kteří premorbidně nesplňovali kritéria pro poruchu osobnosti, ale neobvyklé osobnostní projevy se u nich rozvinuly na základě katastrofického stresu, jiného nadměrného stresu či prodělaného duševního onemocnění.

Přetrvávající změna osobnosti po katastrofické zkušenosti (F 62.0)

U postižených jedinců se na základě dlouhodobého a extrémního stresu rozvíjejí symptomy navazující na protražovanou, chronifikovanou, posttraumatickou poruchu. Vyzívají se nepřátelský či silně nedůvěřivý postoj k okolnímu světu, sociální izolace, odcizení a pocity prázdnoty, beznaděje a existence v trvalém ohrožení na okraji společnosti. Obvykle jde o následky tak značného stresu, že se premorbidní rysy osobnosti nepovažují za rozhodující. Jde o následky pobytu v koncentračních táborech, dlouhotrvajícího zajetí s možností usmrcení, mučení či postavení v roli rukojmí při teroristických akcích.

Přetrvávající změna osobnosti po psychickém onemocnění (F 62.1)

Nejde o přetrvávání příznaků prodělané duševní poruchy, ale spíše o dlouhodobou reakci na prodělané duševní onemocnění. U postiženého jedince se rozvíjí chování vyplývající z přesvědčení o stigmatizaci prodělaným onemocněním, vznik nadměrné závislosti na druhých osobách, snížení kvality života, snížení životní aktivity, pokles zájmů, hypochondrické stesky, sklón k dysforii či depresivním projevům a zhoršení společenského fungování.

Faktivní (předstíraná) porucha, Münchhausenův syndrom (F 68.1)

Pacient opakovaně a důsledně předstírá symptomy duševní, tělesné nemoci nebo neschopnosti, i když není přítomna. Při předstírání somatických symptomů si sám může i způsobovat poranění nebo aplikovat toxické látky. Trvá na přítomnosti obtíží a vyžaduje péči a vyšetřování, přičemž může být natolik přesvědčivý, že jsou prováděny dokonce operace v různých zařízeních, a to i přes opakované negativní nálezy. Porucha bývá interpretována jako porucha chování v nemoci a roli nemocného. Motivace bývá nejasná a je považována za vnitřní, nejčastěji jde pravděpodobně o nevědomou

potřebu být pacientem a takto získávat zájem a péči, „rentová“ motivace nebývá nalezena (požadavek na invalidní důchod, řešení bezdomovectví atd.). Postižení jedinci obvykle vykazují četnou zjevnou psychopatologii osobnosti a vztahů. Nápadné bývá chybění doporučení k léčbě, neúplná dokumentace, časté předčasné ukončování léčby v jiných zařízeních, střídání lékařů i léčebných zařízení, nespokojenost s poskytnutou péčí a urputnost v líčení obtíží přes negativní nálezy. Münchhausenův syndrom v zastoupení (tzv. by proxy) se nejčastěji týká zneužívání a týrání dětí (T 74).

Simulace (Z 76.5) znamená záměrné a úmyslné produkce smyšlených somatických a psychických příznaků, motivované zevními okolnostmi. Považuje se za častou v soudní, vězeňské a vojenské oblasti, v běžném životě nebývá obvyklá. Motivace bývá zcela vědomá, obvykle ve smyslu vyhnout se trestu, stíhání, nebezpečné vojenské povinnosti či získání léčiv. Motivem mohou být rovněž sekundární zisky, simulace obvykle očekává vylepšení stávajících podmínek, získání lepšího ubytování, omezení povinností atd.

Vývoj, komplikace, prognóza

Poruchy osobnosti se vyvíjejí na podkladě geneticky vrozených předpokladů v interakci s vlivy okolí, nejvíce výchovou v dětství. V adolescenci je téměř každý mladý člověk vystaven velkému riziku odmítnutí a nebo zesměšnění, ať již ze strany spolužáků, nebo jiných lidí. Je to dáno postupným osamostatňováním z rodičovského vlivu, přirozenou změnou potřeby kvality rodičovské péče a menších možností dohledu. Vývoj tedy vyžaduje po adolescentech větší míru samostatnosti, autonomie, autenticity a osobní zodpovědnosti, aby mohli fungovat ve společensky obvyklých a přijatelných schématech a normách. Jedinec s poruchou osobnosti takového fungování obvykle není schopen, nebo je ho schopen pouze v omezené míře a dostává se mu prvních tvrdých zpětných vazeb od okolí. Dochází ke snížení sebehodnocení a sebevědomí a upevňování nejrůznějších obranných mechanismů, jejich projevy závisí na hloubce patologie osobnosti.

Tab. 52 Hlavní ego-obrany u poruch osobnosti

antisociální	acting-out, kontrola, disociace, projektivní identifikace
vyhýbavá	inhibice, izolace, přesun, projekce
hraniční	štěpení, deformace, acting-out, disociace, projektivní identifikace
závislá	idealizace, reaktivní výtvar, projektivní identifikace, somatizace, inhibice, regrese
histriónská	sexualizace, vytěsnění, popření, projekce, identifikace
narcistická	idealizace, devalvace, projekce, identifikace
anankastická	intelektualizace, odčinění, přesun, izolace afektů, racionalizace
paranoidní	projekce, projektivní identifikace, popření, štěpení, reaktivní výtvar
schizoidní	schizoidní fantazie, intelektualizace, introjekce, projekce, idealizace, devalvace
schizotypální	projekce, popření, deformace, idealizace, schizoidní fantazie

Častými obrannými mechanismy jsou primitivní obrany. Dělíme je na psychotické, mezi které patří bludná projekce, distorze reality, popření, derealizace, a nezralé, mezi nimiž se často objevují projekce afektu a přemístění či izolace afektu, únik do fantazie, agování, hypochondrie, pasivní agresivita, regrese. Tyto nezralé obrany nejsou obvykle okolím nijak pozitivně hodnoceny a v důsledku opět vedou k odmítnutí jedince.

Jedinec s poruchou osobnosti obvykle vyhledává odbornou pomoc právě pro důsledky využití obranných mechanismů psychiky, nebo pro jejich selhání a rozvoj komorbidní duševní poruchy. Nejčastější komorbiditou pacientů s duševními poruchami jsou psychotické a depresivní poruchy, panické a fobické poruchy, sociální fobie a somatizační poruchy. Jinými důvody vyhledání lékařské péče bývají často problémy spojené s abuzem, závislostí na návykových látkách a agresivní nebo autoagresivní jednání.

Pro tyto komorbidní poruchy bývá pacient obvykle medikován nebo odeslán do péče psychiatra, psychoterapeuta nebo psychologa, kteří potom mohou spolupracovat na vedení případu. Pro pacienta je výhodnější, má-li jako kotvu několik stabilních spolupracujících odborníků, než když je veden jedním odborníkem, kterého v rámci svého problému s autoritou za konfliktních okolností opouští (což je častým chováním pacientů s poruchou osobnosti).

Doporučení pro odběr anamnézy

Pacienti s poruchou osobnosti se projevují různými způsoby. Některé způsoby chování vyvolávající podezření na přítomnost poruchy osobnosti mohou být typické, například extrémní agresivita, ale jiné mohou být velmi jemné a sofistikované, například hledání vysvětlení, proč pacient nemůže jednat přímo, nebo vyhýbavé chování. Dočasné reakce na určité okolnosti by neměly zakládat diagnózu poruchy osobnosti.

Mezi nejobvyklejší projevy poruchy osobnosti patří agresivita, zneužívání alkoholu a návykových látek, úzkost a deprese, odbržděné sebepoškozování, suicidální jednání a problémy s jídlem, jako je přejídání se, zvracení a užívání projímadel.

V dobré pozici pro stanovení možné diagnózy poruchy osobnosti jsou tzv. rodinní lékaři v západních zemích, kteří mají možnost znát pacienta od dětství a mohou dobře rozlišit mezi přechodnými a neobvyklými projevy chování a problémovým chováním pro pacienta typickým. Problémy, které se prvně objeví v dospělosti, mohou ukazovat na funkční nebo organickou duševní poruchu. Souběžně odebraná objektivní anamnéza od příbuzných nebo blízkých přátel je velmi užitečná v procesu odlišování osobnostních charakteristik od duševní poruchy. Je také nutné brát v potaz sociální okolnosti aktuálních projevů, protože pomáhají odlišit nedostatky v řešení krizí. Čas, který věnujeme řádnému vyšetření, může samotnému pacientovi napomoci v rozpoznání a ujasnění některých řešení a postupů pro něj samotného.

Při běžném psychiatrickém vyšetření je nutné v případě podezření na přítomnost poruchy osobnosti věnovat pozornost navíc těmto tématům:

- aktuální přítomné problémy,
- dětství a dětské zážitky, zvláště těžká onemocnění, zneužívání nebo poruchy chování,
- způsob reakce na životní události,

- výbuchy zlosti či násilí nebo období delšího trvání takového chování a spouštěcí faktory,
- rizikové chování,
- anamnéza důležitého tělesného onemocnění, jako je poranění hlavy či epilepsie,
- zneužívání návykových látek a alkoholu (i piva),
- komorbidní tělesná nebo duševní onemocnění.

Diferenciální diagnostika

Velice důležité je oddělovat poruchy osobnosti trsu A od psychotických duševních poruch a poruchy osobnosti trsu C od deprese či úzkosti. Pacient ale může vykazovat symptomy obou typů poruch, protože poruchy osobnosti často v klinickém obraze koexistují. Z toho důvodu bychom se měli vyhnout tendenci vysadit všechnu medikaci a léčit pouze poruchu osobnosti. Při diagnostické nejistotě bychom se měli obrátit na specializovanou pracoviště.

Pacienti trpící poruchami osobnosti trsu B velmi často vykazují agresivní chování. Pozornost by se měla věnovat jakýmkoli poruchám chování v dětství, detailně bychom se měli věnovat epizodám násilí na veřejnosti i doma, útočnému chování nebo kriminálnímu chování a jakékoli zkušenosti věznění. Otevřeně by měly být probrány a zaznamenány myšlenky nebo úvahy na sebepoškození nebo poškozování jiných.

Fungování osobnosti by mělo být vyšetřeno odděleně od aktuálního duševního stavu. Millon doporučuje se v samotném vyšetření zaměřit na funkční a strukturální oblasti osobnosti. Mezi funkční řadí expresivní jednání (převládající chování), interpersonální chování, kognitivní styl a seberegulační mechanismy (způsob jakým člověk ve své mysli řeší nepříjemné situace). Mezi strukturální oblasti řadí sebeobraz (sebehodnocení, představy o možnostech vlastní perspektivy, představu o svém osudu), reprezentaci objektu (způsob jak popisuje či charakterizuje ostatní nebo referenční rodičovské postavy), morfologickou organizaci (adaptabilita, flexibilita, emocionální způsob řešení nejistoty či rizika), náladu a temperament.

Největším úskalím diferenciální diagnostiky je přesné určení specifické poruchy osobnosti. Jednotlivé poruchy spolu často koincidují, například je běžná koincidence narcistické a hraniční poruchy. Izolované symptomy specifických poruch osobnosti se v malých obměnách obvykle vyskytují u poruch společného clusteru, proto je při diagnostice konkrétní poruchy potřeba určité opatrnosti. V případě, že se u jednoho jedince vyskytuje více rysů různých poruch osobnosti, může se jednat o komorbiditu několika specifických poruch osobnosti anebo o smíšenou poruchu osobnosti (F 61). To znamená pro praxi především to, že osobnost pacienta je hluboce postižena ve více směrech a můžeme očekávat komplikovanější průběh léčeni.

Chybou v diferenciální diagnóze je především zanedbání komorbidní duševní poruchy ať již jde o sociální fobii, panickou poruchu, depresivní či somatizační poruchu. Zvláštní pozornost je nutné věnovat symptomatickému abúzu návykových látek a alkoholu a posouzení, zda-li se již nejedná o závislost.

Další diagnostické problémy

Pacient obvykle o péči žádá pro symptomy jiné, než jsou symptomy poruchy osobnosti, a porucha osobnosti je tak obvykle diagnostikována se zpožděním, až v průběhu

terapie – poté, co jsou zaléčeny symptomy komorbidní (ale přednostní) duševní nebo jiné poruchy. Právě porucha osobnosti je tedy tím, co může být zpočátku přehlédnuto.

Druhý problém představuje určitý pohyb v prezentované patologii. Většina pacientů je obvykle do značné míry sociálně adaptována a kompenzována. Při zátěži, nejčastěji psychosociálního typu, vystavení tzv. životním stresovým událostem (jako je např. stěhování, ztráta či změna partnera, ztráta či změna zaměstnání a pracovního kolektivu, finanční obtíže), dochází k dekompenzaci, která se projevuje jako pokles fungování a regrese, s prezentací symptomů poruchy osobnosti. Stav může být někdy subjektivně vnímán i popisován jako změna osobnosti.

Je tedy nutné si při práci s pacienty s poruchami osobnosti stále uvědomovat, že podstatnou roli hraje čas, postup terapie, pokud ji pacient využívá, psychosociální zátěž i souběžná tělesná onemocnění. Musíme si uvědomit, že osobnostním vývojem od útlého dětství procházíme různě úspěšně všichni a tudíž každý z nás (pacient s poruchou osobnosti i lékař) má v sobě potenciál pro rozvinutí starších vzorců osobnostního fungování podle míry působícího stresu a podle toho, s jakým úspěchem jsme prošli konkrétní vývojová stadia (tudíž jak hluboko můžeme regredovat).

Pokud se tedy staneme „manažerem případu“ pacienta s poruchou osobnosti, měli bychom při kontrolách opakovaně sledovat aktuální fungování pacienta, jeho současnou psychosociální situaci, míru současného psychosociálního stresu a interpersonální situaci. Z přítomných rizik monitorujeme zejména chování, kterým si pacient zakládá na situace zvyšující psychosociální zátěž aktuálně či v budoucnu. Důvodem pro tento monitoring je především prevence incidence a relapsů komorbidních duševních poruch a sebepoškozujícího nebo agresivního chování.

4.11.8 TERAPIE PORUCH OSOBNOSTI

Cílem léčby je odstranění, modifikace nebo redukce existujících symptomů, podpora osobnostního růstu a vývinu, oslabení či odstranění rušivých vzorců chování. Účelem terapie je formulace problému (psychologický, filozofický, sociální, závislostí), konceptualizace, získání i podání informací a osvojení schopnosti dělat produktivní rozhodnutí. Terapeutický vztah potom podporuje řešení problému, sebepoznání a rozvoj osobnosti ve vztahu k sobě i druhým.

Všeobecné principy intervence:

- Buďme realističtí v tom, co je možné zlepšit, kým a v jakém období, resp. časovém horizontu.
- Vyhněme se tomu, abychom byli pokládáni za anděla nebo tyrana, pracujeme s idealizací či tendencí k devalvací.
- Komunikujeme jasně s pacientem i ostatními zúčastněnými profesionály.
- Pomáháme udržet stabilní, dlouhodobý terapeutický kontakt: může být i na velmi nízké úrovni osobního kontaktu.
- Cílem je zlepšit fungování pacienta.
- Nezapomínáme na sebeoceňování, jak u sebe, tak k němu vedeme pacienta.
- V krátkodobé podobě terapie orientace na problém a schopnosti jej vyřešit.
- V dlouhodobé podobě motivace k hlubší změně.

Psychoterapie

Psychoterapie pacientů s poruchou osobnosti je mnohými autory brána jako první volba intervence. Byly publikovány různé studie dokladující účinnost různých typů psychoterapie, v posledních letech ponejvíce studie, které využívaly kognitivně-behaviorální terapii, nebo tzv. duálně kognitivní, integrativní psychoterapii, která ve svých technikách spojuje psychodynamický přístup vytváření terapeutického vztahu s klientem a využití behaviorálních technik a motivačních postupů.

Z psychoterapeutických metod se využívají nejčastěji na vhléd orientované psychoterapie (psychoanalýza, ego-psychologie, hlubinné a dynamické psychoterapie), kognitivní a behaviorální terapie, rodinná terapie, skupinová terapie i neverbální terapie (arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie). Své využití najde i manželské a vztahové poradenství. Ucelený koncept diagnostiky a psychoterapeutické léčby poruch osobnosti (který zpracoval J. Praško) přináší moderní KBT.

Skupinová a rodinná psychoterapie mají své místo zejména v léčbě poruch osobnosti trsu B a to na ambulantní bázi, ale obvykle je preferována individuální kognitivní nebo psychodynamická psychoterapie. Krátkodobá, na problém orientovaná psychoterapie, jako je například trénink asertivity, zvládání úzkosti, relaxační techniky a některé behaviorální přístupy mohou být užitečné pro pacienty s poruchami osobnosti typu C.

Některé typické kognitivní poruchy u poruch osobnosti jsou zejména:

- svévolný závěr – použití specifických závěrů bez potřebných podporujících důkazů, nebo na základě neslučitelných faktů,
- selektivní abstrakce – hodnocení situace prizmatem jednotlivých detailů a ignorování ostatních možností pohledu,
- hypergeneralizace – vytváření „pravidel“ po nevýznamných či ojedinělých příhodách a jejich široká aplikace na nesouvisející situace,
- personalizace (nadměrná zodpovědnost) vztahování na sebe,
- přisuzování si vlivu na zevní dění bez důkazů podporujících souvislost,
- magnifikace/minimalizace – vnímání něčeho jako více nebo méně důležitého, než je tomu ve skutečnosti.

Problematicke se věnuje řada specializovaných monografií a podrobná informace přesahuje možnosti této knihy, proto zájemce odkazujeme na příslušnou odbornou literaturu.

Farmakoterapie

V případě poruch osobnosti musíme mít na zřeteli především to, že se jedná o celoživotní dispozici k problematickému životu. Pacienti s poruchami osobnosti odčerpávají ze systému zdravotnictví více péče, častěji je u nich nutné ošetření na specializovaných psychiatrických odděleních, vyžadují větší množství hospitalizací (ve srovnání s běžnou populací i ve srovnání s běžnou psychiatrickou populací). Cílem farmakoterapie je udržet takové pacienty mimo hospitalizaci, invalidizaci a dlouhodobé umístění ve specializovaných ústavech. V psychiatrické veřejnosti stále trvá diskuze nad tím, zda pacienty s poruchami osobnosti léčit nebo neléčit farmaky. Moderní neurobiologie ale přináší dostatek důvodů, proč s nasazením psychofarmak v případě pacientů