

SPECIFICKÉ PORUCHY OSOBNOSTI

ČÁST II.

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA A TERAPIE

MUDr. Zdeněk Faldyna

Psychiatrická klinika FN, Olomouc

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA PORUCH OSOBNOSTI

SCHIZOIDNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

Poruchy schizofrenního okruhu: Posouzení hloubky patologie a odlišení od schizofrenního okruhu a schizotypní poruchy (zhodnocení přítomnosti halucinací a bludných obsahů, zaměření na přítomnost, narušení myšlení, odlišení fantazie a reality).

Anankastická porucha: Schizoidní porucha může připomínat anankastickou poruchu tím, jak působí prkenně a nevyjadřuje emoce. Základním rozdílem je výraznější sociálnost anankastických osobností a ohled na přijetí u okolí a na reputaci ve společnosti, mají větší ohled na morálku a konvence své sociální skupiny. Schizoidní osobnosti prožívají emoce uvnitř a izolovaně od reálných vztahů, narozdíl od anankastických osobností, které emoce popírají nebo potlačují zcela.

Paranoidní porucha: Schizoidní osobnost zažívá ohrožení jen v nebezpečí většího přiblížení, jinak není přítomna podezřavost ve větší míře. Paranoidní osobnost zažívá převážně úzkost a pocit viny, který u schizoidní poruchy nedominuje.

PARANOIDNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

Disociální porucha: U paranoidní osobnosti je přítomný pocit viny, dokonce v centru osobnostní dynamiky. Projektivní procesy jsou běžné u obou poruch osobnosti, ale zatímco disociální osobnost je neempatická, paranoidní usiluje o zachování vztahu. To, co brání paranoidním osobnostem v udržení dlouhodobých vztahů, není chybění citu, ale opakovaná zkušenost zklamání a zrady. Neznamená to ovšem, že nejsou schopni lásky, velký problém je ale vytvořit důvěrný vztah.

S anankastickou poruchou osobnosti sdílí paranoidní jedinci cit pro pravidla a pořádek, emoční rigiditu, sklon ke kontrole, zranitelnost ve studu a fixaci na detail. Mnoho lidí má jak paranoidní, tak anankastické rysy. Rozdíl je v reaktivitě na kontrolu zvenčí. Anankastická osobnost se vnější kontroly obává, ale schází jí paranoidní hrůza z fyzického a emočního zranění.

DISOCIÁLNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

Pro disociální i paranoidní osobnosti je důležitý fenomén síly a moci, který však u paranoidní poruchy slouží ke kompenzaci hlubokého pocitu viny. Podobně se pocit viny jako jeden ze zážitků objevuje i u hraniční poruchy, kde disociální jednání slouží k úlevě od afektu nebo upoutání zájmu.

Disociální porucha bývá považována za nejméně socializovanou formu narcistické poruchy. U obou je vnitřní svět vyprázdněn a identita je odvozena od vnějších událostí. Oproti disociální poruše jsou narcističtí jedinci schopni opakovaně idealizace a nejsou tolik závislí na onnipotentní kontrole

HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

Narcistická porucha: Podobná organizace osobnosti s primitivními obrannými mechanismy. Narcistická porucha je ale zaměřena na udržení pocitu vlastní hodnoty, grandiozity, výjimečnosti (ať v kladném či záporném smyslu – „když ne nejlepší, tak alespoň nejhorší“), zatímco hraniční osciluje mezi symbiotickým splynutím a prázdnotou.

Disociální porucha: Hraniční pacienti jsou schopni usilovat o vazbu a o zájem dalších osob, mohou prožívat pocit viny. Extrémní jednání slouží k uvolnění afektu a umožňují prožívat vlastní identitu díky zájmu, který vyvolává, není orientováno jen na vlastní prospěch.

Histrionská porucha: Rozdíl je v úrovni obranných mechanismů, objeví-li se splitting nebo projektivní identifikace, hovoří to proti histrionské poruše. U histrionské poruchy spočívá defekt identity v nedostatečně integrované sexuální roli, takže není odkázána na přítomnost selfobjektu.

Závislá porucha: U hraniční poruchy je přece jen přítomna snaha o vzdálení se ze symbiozy, závislá porucha se o to aktivně nepokouší.

HISTRIONSKÁ PORUCHA OSOBNOSTI

Narcistická porucha: Narcistická porucha vzniká při ranějším defektu v preoidipálním období. Podobá se histrionské poruše ve své potřebě upoutat pozornost a ohodnocení. Narcistická porucha ale usiluje o získání difuzního pocitu vlastní hodnoty, histrionská porucha udržuje pocit hodnoty vázaný na sexuální roli. Narcistické obrany jsou primitivní, histrionské jsou zralejší. Zatímco narcistická porucha užívá splitting, devalvací a idealizaci, histrionská porucha vytěšňuje, rivalizuje, devalvace je zaměřena na pohlavní atributy (kastrace), idealizace směřuje spíše k fantazijním objektům. Narcistická porucha není schopna vytvořit vztah a prožívat vzájemnost, zatímco histrionská porucha to dokáže, pokud nejsou situací aktivovány její nevědomé konflikty.

Anankastická porucha: Podobnost se jeví ve strojenosti a nepřirozené afektivitě, nicméně zásadní rozdíl je v protichůdných základních potřebách. Anankastická porucha vyžaduje stabilitu a kontrolu a změna vyvolává úzkost, u histrionské poruchy je tomu naopak a díky tomu je vylučován i komorbidní výskyt těchto poruch.

Hraniční porucha: Podobně jako u narcistické poruchy je zásadní rozdíl v užívaných obranných mechanismech. Hraniční porucha má difuzně neohraničenou identitu (včetně sexuální), tendenci navazovat symbiotické vztahy. Devalvace bývá destruktivní, nejen kastrující.

Disociální porucha: Pro disociální poruchu je síla a moc prostředkem k využití světa pro svou potřebu, naproti tomu drsnost, obhroublost nebo agresivita znamenají pro histrionskou poruchu falcké vlastnosti, které jsou dramaticky prezentovány jako náhražka vlastní nejisté sexuální role.

ANANKASTICKÁ PORUCHA OSOBNOSTI

Narcistická osobnost: Může připomínat anankastickou kontrolu svými fantaziemi o onnipotenci a tendenci kontrolovat okolí. Podkladem narcistického prožívání je ale pochybnost o vlastní hodnotě a kompetenci bez podílu trestajícího superega. Narcistická osobnost ve své „depresi“ prožívá závist a prázdnotu, zatímco anankastická zažívá pocit odmítnutí a viny. Rozdílné jsou také obranné mechanismy, narcistická porucha používá méně zralé obrany. Nicméně řada anankastických osobností si zachovává narcistické rysy.

Schizoidní osobnost: Schizoidní osobnost je přes své stažení od okolního světa schopna vědomě prožívat pocity a emoce a odžívat je ve fantaziích. U anankastických poruch je izolace úplná, nejsou schopni zachytit své emoce a vnitřní prožívání probíhá na racionální úrovni.

Histrionská osobnost: Přestože pacienti se zvýšenou potřebou kontroly a tvrdohlavým lpěním na rituálech jsou často považováni za „hysterické“, jedná se o zcela protikladnou osobnostní dynamiku. Pro histrionskou poruchu by strnulost a neměnnost znamenala stejnou úzkost, jako pro anankastickou osobnost změna, akce a dobrodružství.

ÚZKOSTNÁ (VYHÝBAVÁ) PORUCHA OSOBNOSTI

Narcistická porucha: Odlišnost je v úrovni zralosti osobnosti. Narcistická porucha ochotně reaguje na povzbuzení a příznivou odezvu, zatímco vyhýbavá porucha bývá ještě otažitější. Je to tím, že u narcistické poruchy je celkově nejasná představa o vlastní identitě a její hodnotě, vyhýbavá porucha má identitu zřetelně ohraničenu, ale vnímá ji zcela negativně. V depresivní rozladě se narcistická identita rozplývá v pocitu prázdnoty a má tendenci najít nějakou vazbu na selfobjekt, zatímco u vyhýbavé poruchy převažuje stud, vina, autoakuzace a stažení ze vztahů.

Podobně je diferencována i hraniční porucha osobnosti.

Schizoidní porucha: Oproti schizoidní poruše jsou vyhýbaví pacienti přece jen senzitivní na sociální konvence a potřeby ostatních. Vyhýbají se sice iniciativě ve vytváření vztahů, ale mají-li je, dokážou velmi citlivě vnímat potřeby protějšku a ignorovat potřeby vlastní, aby pro ně nebyli odmítnuti. Schizoidní porucha bývá k potřebám jiných netečná.

Závislá porucha: Oproti závislé poruše (vlastně i hraniční a narcistické) dokáží vyhýbaví pacienti tolerovat samotu a samostatně fungovat. Vstoupí-li do vztahu, pak se v něm snaží být co nejmenší přítěží a neuplatňují ani oprávněné nároky, zatímco závislá porucha znamená ve vztahu nadměrnou zátěž.

ZÁVISLÁ PORUCHA OSOBNOSTI

S hraniční a narcistickou poruchou má závislá osobnost společně těžké narušení identity a neschopnost recipročního vztahu. Jedná se ale o ještě ranější zranění. Závislá porucha se ani epizodicky nechyluje k opuštění symbiozy, která by narcistické i hraniční osobnosti dusila a omezovala. Proto je otevřené auto- a heteroagresivní jednání u závislé osobnosti velmi zřídkačným projevem.

Vyhýbavá porucha: Je podobná určitou pasivitou v projevu a omezením agresivního jednání. Oproti závislé poruše ale dokáže vytvořit reciproční vztah a udržovat jej. Vyhýbaví pacienti nejsou na vztah tolik odkázáni a nezatěžují jej svými potřebami. Dokáží tolerovat i samotu.

Histrionská porucha: K závislým projevům dochází při hrozbě deprese, hroutí-li se nějaký vztah. Histrionská porucha však v závislé poloze nevydrží a neunes symbiotickou vazbu, v níž nemůže uplatnit svou sexuální roli.

NARCISTICKÁ PORUCHA OSOBNOSTI

Disociální porucha: Oproti narcistické poruše je disociální osobnost úzce orientovaná na fenomén síly a dominance, má potřebu omnipotentní kontroly a emoční projevy ze vztahů vylučují. Narcistická osobnost nemá primárně potřebu okolí využít, ale upevnit pocit vlastní hodnoty.

Vyhýbavá porucha: Podobá se potřebou přijetí a kladné odezvy, narcistické osobnosti však chybí ohraničená identita, kterou vyhýbavá osobnost má – ovšem s obsahy studu a nedokonalosti. Narcistická osobnost je tedy schopna v kontaktu prezentovat svou falešnou hodnotu, čemuž u vyhýbavé osobnosti právě její negativní sebeobraz brání. Vyhýbavá osobnost je také schopna tolerovat samotu.

Anankastická porucha: Vzhledem k tlaku na perfektní fungování během raného vývoje bývají příznaky obou poruch často vyjádřeny společně. Stává se to u „zralejší formy“ narcistické osobnosti. Podobnost je v potřebě kontroly a gratifikace za dokonalý výkon. Anankastický pacient má pevný systém norem a pravidel, což narcistické osobnosti vlastní není.

Histrionská porucha: Ačkoli projevy mohou být velmi podobné, rozdíl v dynamice je zásadní. Histrionské jednání má specifiku své pohlavní role, nejde o pouhé potvrzení vlastní hodnoty. Histrionská osobnost potřebuje k prezentaci svého mužství či ženství komplexnější vztah než zrcadlení, typické u narcistické osobnosti. Na rozdíl od narcistické povšechné devalvace používá histrionská osobnost na pohlavní atributy cílenou „kastraci“. Proti diagnóze histrionské osobnosti hovoří přítomnost obranných mechanismů štěpení a projektivní identifikace.

PASIVNĚ AGRESIVNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

Disociální porucha: Jednání u disociální poruchy bývá zaměřeno na vlastní užitek a udržení pozice síly, nejde o ochranu autonomie.

Schizoidní porucha: Má mnoho společných rysů, pasivně agresivní osobnost bývá považována za variantu schizoidní osobnosti s větší mírou vyjádření hostility a agresivity.

Anankastická porucha: Proti pasivně agresivní osobnosti se podřizuje konvencím a kontrole. Neunáší pocit selhávání.

TERAPIE SPECIFICKÝCH PORUCH OSOBNOSTI

Pacienti se specifickou poruchou osobnosti vyhledávají odbornou pomoc ve chvíli, kdy dochází k selhávání obranných mechanismů a objevují se symptomy, které lze hodnotit jako komorbidní psychickou poruchu. Další motivací je nespokojenost s dlouhodobým narušením fungování, reaktivity vztahů a kolize s okolím.

Komorbidní psychické poruchy: Jedná se o přechodné psychotické stavy, poruchy nálady, úzkostné a fobické poruchy, poruchy příjmu potravy a poruchy spánku.

Narušení fungování: Impulzivita, agresivita, vyhýbání, izolace, neschopnost navázat nebo udržet vztah, nesamostatnost, závislost na okolí, neschopnost autentického projevu a pod.

FARMAKOTERAPIE:

U komorbidních psychických poruch se volba psychofarmakologické intervence řídí příslušnou symptomatologií, cílem je zvládnout příznaky psychické poruchy

psychotické příznaky – antipsychotika

porucha nálady – antidepresiva, stabilizátory nálady, některá antipsychotika

úzkostná porucha – anxiolytika, antidepresiva, některá antipsychotika

nespavost – některá antidepresiva, hypnotika

U narušení fungování je v ideálním případě farmakoterapie volena jako součást komplexní léčby poruch osobnosti. Přínosná ale bývá i v případě, že pacient psychoterapii odmítá nebo jí není schopen. Cílem je redukovat nežádoucí fenomény a eventuálně usnadnit jejich zvládnání během psychoterapie

impulzivita, agresivita – stabilizátory nálady, některá antipsychotika, antidepresiva

vyhýbání – antidepresiva, anxiolytika

nutkavé jednání či myšlení – antidepresiva, některá antipsychotika

Nedaří se prokázat, že je možné pouhým medikamentózním ovlivněním mediátorových systémů ovlivnit specifickou osobnostní poruchu.

PSYCHOTERAPIE:

V souvislosti s různými psychotherapeutickými teoriemi jsou poruchy osobnosti zařazovány do skupin:

Podle DSM IV	Podle převládajícího projevu	Podle úrovně psychosexuálního vývoje
cluster A, podivní	emoční vyjádření	předverbální (hraniční v širším smyslu)
- paranoidní porucha osobnosti - schizoidní porucha osobnosti - (schizotypní porucha osobnosti)	- anxiózní porucha osobnosti - pasivně agresivní porucha osobnosti	- závislá porucha osobnosti - hraniční porucha osobnosti - narcistická porucha osobnosti - schizoidní porucha osobnosti
cluster B, afektovaní	vyjádření v myšlení	orální
- antisociální porucha osobnosti - hraniční porucha osobnosti - histrionská porucha osobnosti - narcistická porucha osobnosti	- schizoidní porucha osobnosti - schizotypní porucha osobnosti - paranoidní porucha osobnosti - anankastická porucha osobnosti	- vyhybavá porucha osobnosti - pasivně agresivní porucha osobnosti
cluster C, úzkostní	vyjádření v chování	anální
- anxiózní porucha osobnosti - závislá porucha osobnosti - anankastická porucha osobnosti	- disociální porucha osobnosti - narcistická porucha osobnosti - hraniční porucha osobnosti - histrionská porucha osobnosti - pasivně agresivní porucha osobnosti	- paranoidní porucha osobnosti - anankastická porucha osobnosti
		falická (oidipální)
		- histrionská porucha osobnosti

Během aktuální dekompenzace poruch osobnosti patří ke komplexní léčbě *podpůrná psychotherapie*, jejíž charakteristikou je mírnění úzkosti, podpora obranných mechanismů a zvládacích schopností a příprava na vytvoření terapeutického vztahu. Po stabilizaci a ověření terapeutického vztahu nastupuje *expresivní psychotherapie*, která směřuje k většímu uvědomění pacienta ve svém prožívání a zralejšímu zvládnutí úzkosti.

Během expresivní terapie dochází k provokaci úzkosti (interpretace, experiment, expozice a pod.). Ačkoli se to děje uvážlivě a v relativně bezpečném prostředí terapeutického vztahu, ne všichni pacienti s poruchou osobnosti jsou k této terapii indikováni. Každý psychotherapeutický přístup osciluje mezi *podporou* pacienta, která mu dovoluje bezpečně regredovat a rozšiřovat své prožívání, a mezi *frustrací*, která zvyšuje úzkost a klade požadavek na užívání zralejších obranných mechanismů.

Charakteristika přístupu k poruchám osobnosti u některých psychotherapeutických směrů:**Psychoanalýza**

Klasická psychoanalytická technika byla vypracována k nápravě selhání v oidipálním konfliktu, tedy pro neurozy, disociativní stavy a hysterickou osobnost. Terapeut je nedirektivní, registruje volné asociace pacienta a nabízí jejich interpretaci – tzn. objasňuje jejich nevědomý význam. Klíčovým konceptem je přenos, v němž se objevují oidipální konflikty. Jeho interpretaci získává pacient i nový pohled na svou symptomatologii.

Psychoanalytická a psychodynamická psychotherapie

Rozpracování klasické psychoanalytické teorie v koncepcích ego-psychologie, self-psychologie a teorie objektních vztahů umožnilo chápání symptomatologie a modifikaci terapie u ranějších narušení, než je histrionská porucha. Terapeut se častěji snaží vnímat očima pacienta a zkoumat jeho prožitky, je kladen větší důraz na neinterpretativní intervence, což je struktura sezení, podpora pacienta, zvláštní (parciální) formy přenosu.

Gestalt terapie

Je několik hlavních směrů Gestalt terapie, které se opírají o různé teorie osobnosti. Může jít o teorii učení, self-psychologii nebo teorii objektních vztahů. Podstatné je zaměření na způsob kontaktu klienta a podpora v uvědomování si tohoto kontaktu. Metodou práce je existenciální dialog, což vyžaduje, aby terapeut zachycoval a přinášel do kontaktu i své prožívání. Důraz je kladen na rozpoznání narušení kontaktu a zpřístupnění jeho uvědomění.

Kognitivně behaviorální terapie

Podle této teorie jsou maladaptivní vzorce chování získané v minulosti učení a v přítomnosti jsou udržované vnějšími i vnitřními mechanismy, které lze identifikovat a novým učením chování změnit. Při terapii poruch osobnosti KBT nevystačí s jednoduchou terapeutickou aliancí, terapeutický vztah je utvářen v dalších dimenzích podobně jako v dynamické terapii. Procesy v terapeutickém vztahu však nebyvají zužitkovány tak jako v dynamické psychotherapii. Terapie je zaměřena na identifikaci jádrových přesvědčení a převládajících, nedostatečných strategií a na nácvik změny.

NĚKTERÉ ASPEKTY DYNAMICKÉ PSYCHOTERAPIE SPECIFICKÝCH PORUCH OSOBNOSTI**Schizoidní porucha osobnosti**

V dynamické psychotherapii musí být terapeut připraven na citovou odtažitosť a pocit osamění při sezeních. Pacient zpočátku netoleruje přiblížení terapeuta (tedy ani jeho zájem, empatické projevy a interpretace), a proto mají být intervence v počátcích terapie spíše neinterpretativní a poněkud „dietní“. Pacient sám nedokáže dávkovat kontakt, pohybuje se v polaritách izolace (bezpečí) – konfluencí (ohrožení). Diferencování v bezpečném přiblížení a vzdálení umožňují takové neverbální postupy, jako např. přisouvání a vzdalování terapeutovy židle. Pacienti jen obtížně zachycují své prožívání bez racionalizace a intelektualizace. Někdy je proto vhodné použít jako zrcadlení jejich prožívání např. literární dílo a umožnit expresi emocí tímto bezpečným způsobem.

Paranoidní porucha osobnosti

Nejdůležitějším úkolem terapeuta je získání důvěry a uznání vlastní kompetence u pacienta s paranoidní osobností. Dá se říci, že zážitkem důvěry terapie paranoidní osobnosti končí. Terapie klade větší nároky na terapeutovu autenticitu a schopnost práce s agresivními impulzy. V protipřenosu se často objevují pocity ohrožení a bezmocnosti a pokud je terapeut vhodně vnese do kontaktu, mohou se stát podkladem pro existenciální setkání, přičemž korektivní zkušenost pacienta je, že terapeut není jeho agresivitou ohrožen („může dělat dobré věci, aniž by musel mít jen dobré myšlenky“). Navzdory očekávanému chybění smyslu pro humor je žádoucí umožnit v terapii paranoidních pacientů, aby se mohli smát a tak bezpečně uvolnit svou agresi. Nevhodná je pouze ironie týkající se pacienta. V analytické práci s paranoidními osobnostmi má přednost obsah před odpořem.

Disociální porucha osobnosti

Tato porucha osobnosti je psychoterapií jen málo ovlivnitelná, protože chybí schopnost recipročního vztahu. Terapeut sám musí zvládnout a přijmout svůj odpor k práci s disociálním pacientem, protipřenosový i reálný pocit ohrožení a také vlastní asociální tendence, které kontakt s pacientem probouzí. Nebezpečný je pocit terapeutovy omnipotence a snaha apelovat na svědomí a city pacienta – obvykle taková terapie končí debaklem. Nejdůležitější úkoly jsou maximální neporušitelnost hranic terapie. Cokoliv může být v terapii chápáno jako projev slabosti a zranitelnosti, to tak chápáno bude. Terapeut musí jednat přímo, dodržovat dohody a plně respektovat realitu. Na rozdíl od terapie ostatních osobnostních poruch, terapeut nemůže projevovat své očekávání, že se pacient změní – vedlo by to k sabotáži terapie s cílem demonstrovat pacientovu převahu (podobně jako kriminalista nemůže při výslechu vzbudit podezření, že očekává přiznání). Pokroky v terapii se projevují např. tím, že pacient dokáže promluvit o sobě, aniž by chtěl manipulovat, a dokáže zadržet impulzivitu, aniž by to pokládal za svou slabost.

Hraniční porucha osobnosti

Prvním úkolem v terapii hraniční poruchy osobnosti je vytvoření terapeutické aliance. Znamená to poskytnutí dostatečné podpory k tomu, aby se pacient cítil v terapii bezpečně. Poměr interpretační složky terapie je variabilní a vyplývá z posouzení potřeby podpůrného vedení a schopnosti interpretace učest. Klíčovou rolí u hraniční poruchy (jedná se o preverbální defekt) hrají neinterpretativní prvky – pacient má spoluodpovědnost za dodržování pravidel terapie, časový rámec a náplň doby sezení. Terapeut drží rámec a hranici, nenechá se využívat a manipulovat. Po čase se hraniční pacient pouští do testování terapeuta a zahrnuje ho silnými afekty, zejména agresivními obsahy. Díky splittingu a projekční identifikaci zažívá terapeut protipřenosově tendenci potrestat pacienta a nebo uvolnit hranici a jednat ochranně. V této fázi terapie je důležité kontainerování hostilních reakcí pacienta, tzn. unášení bez okamžité odezvy či interpretace. Reakce mají vnášet do kontaktu realitu a bránit regresní tendenci pacienta. Teprve později je možné vnášet do terapie i interpretace a spojovat polární (rozštěpené) obsahy do komplexních prožitků. Z hlediska dynamické terapie je zcela nesmyslné, aby jeden terapeut vedl zároveň psychoterapii a farmakoterapii.

Histrionská porucha osobnosti

Navázání kontaktu s histrionským pacientem nebývá problém. Klasický přístup je nedirektivní, pacient je veden, aby si vybavoval svou historii a sděloval ji. Terapeut sleduje jak obsah, tak způsob, jak se pacient určitým tématům vyhýbá a jak narušuje průběh sezení – tedy jak projevuje odpor. Prioritu má klarifikace odporu a identifikace obranných mechanismů před interpretací obsahu. Základním momentem v terapii histrionských pacientů je přenos, v němž se odehrává znovu oedipický konflikt. Zvládnutí přenosové – protipřenosové situace je náročné na kompetenci terapeuta, obsahuje regresní a erotizující prvky a případné pochybení již v dalším průběhu nelze reparovat. Během terapie dochází k interpretaci přenosových projevů a diskuzi o nich. Zjednodušeně řečeno, cílem terapie histrionské poruchy je propojení emocí s myšlením.

Anankastická porucha osobnosti

Anankastičtí pacienti potřebují v terapii jistotu přijetí, určitou míru laskavosti. Na počátku terapie je takto potřeba „detoxifikovat“ hluboké a často nevědomé pocity studu a odmítnutí. Terapeut by měl ve stále menší míře přistupovat na intelektuální diskuzi a práci s kognitivní složkou. Hlavním úkolem je umožnit pacientovi uvědomit si své emoce, vyjádřit je a dovolit si je prožívat. Patří sem i ochota pomoci s vyjádřením hněvu a agresivity. Anankastické osobnosti mají tendenci ve své roli pacienta vynikat a předvést vynikající intelektuální výkon během sezení, některé klíčové projevy jejich dynamiky se projeví až mimo rámec terapie, např. při příchodu nebo odchodu, a je třeba je do terapie vnášet. Cílem terapie je propojení myšlení s emocemi a zkušenost, že vyjádření myšlenek a emocí není spojeno s nebezpečím.

Úzkostná (vyhýbavá) porucha osobnosti

Úvodní, suportivní fáze terapie slouží k „detoxifikaci“ pocitu viny, studu a autoakuzace. Pacient má tendenci vyhnout se konfliktům, nabízí tedy taková témata, která mohou terapeuta uspokojit a ponechat jej v iluzi, že provádí terapii, zatímco se zabývá jen marginálními problémy. Terapeut musí stále zkoumat, jak je pacient schopný dotýkat se svých bolestných pocitů a myšlenek a zachycovat pokusy o únik. Vhodnými postupy jsou experimentování s představami a práce s tělesnými symptomy úzkosti. Expresivní postup je možný až po ověření, že pacient unáší kontakt se zážitky z minulosti, a měl by směřovat k přivlastnění si vlastních potřeb a nároků a upevnění vlastních hranic.

Závislá porucha osobnosti

Těžištěm terapie je neinterpretativní práce, podobně jako u hraniční poruchy osobnosti. Závislá porucha více inklinuje k symbiotickému vztahu a neprojevuje tak otevřenou agresi, aby byla vazba ohrožena. Agresivní projevy jsou skryté a zaměřené na větší zaangažování terapeuta do péče o pacienta. Důležitým úkolem je proto udržení pevné hranice a uvážlivá frustrace symbiotických nároků. Terapeut by měl jednak projevovat pozornost pacientovým problémům, zároveň by jej měl ale nechávat zkoumat polaritu ve svém prožívání a hledat samostatná řešení. Interpretace ambivalence a úzkosti na počátku léčby nejsou vhodné. Problémem může být ukončení terapie, které vyvolává úzkost. Ukončovací fáze by měla mít dostatek prostoru, ale také pevný limit. Zcela kontraproduktivní je, aby jeden terapeut vedl psychoterapii i farmakoterapii.

Narcistická porucha osobnosti

Jelikož jde o preverbální defekt, nespočívá terapie v interpretativních intervencích. Během terapeutického dialogu se rozvíjí narcistický přenos, který má zrcadlicí a idealizační komponentu. Jednoduše řečeno: v důsledku vlastní grandiozity pacient očekává, že je v péči zcela dokonalého terapeuta, který jej chápe jako vyjimečného pacienta. Předpokládá, že v takové terapii dojde k naprostému porozumění. Protipřenosové pocity terapeuta jsou velmi vyčerpávající, přenos však nelze interpretovat. Během terapie je pacient nevyhnutelně konfrontován s realitou, že jeho terapeut není ideálně empatický, což jej zraňuje, a reaguje výbuchem vzteku, popřením terapie a nebo excesivním chováním. Úkolem terapeuta je převzít odpovědnost za zranění, znovu navázat dialog a nechat rozvinout narcistický přenos tak, aby opakovaným zraněním v terapii došlo k větší toleranci pro vlastní i terapeutovu lidskou „nedokonalost“.

Pasivně agresivní porucha osobnosti

Vytvoření terapeutického vztahu je těžké, pacient vyvolává nevědomě ve svém okolí (i v terapeutovi) hostilní reakce. Terapie spočívá v podpoře kontroly afektů a testování reality. Pacient je veden ke spojování maladaptivního chování s úzkostnými a zlostnými afekty a je podporován, aby tyto afekty vyjádřil přímo a srozumitelně. Cílem terapie je náhled, že pasivně agresivní projevy vedou k závažnějšímu narušení vztahů, než přímo vyjádřený hněv nebo úzkost.

Literatura

1. McWilliams N. Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process. The Guilford press, New York 1994: 398 s.
2. Mikota V. O ovlivňování duševních chorob. Psychoanalytické nakladatelství, Praha 1995: 140 s.
3. Novalis PN, Rojcevic SJ, Peele R. Klinická příručka podpurnej psychoterapie. Vydavatelstvo F, Trenčín 1999: 421 s.
4. Praško J, et al. Poruchy osobnosti. Portál, Praha 2003: 360 s.
5. Robinson DJ. Poruchy osobnosti podľa DSM-IV – vysvetlené. Vydavateľstvo F, Trenčín 2002: 138 s.
6. Vymětal J, et al. Speciální psychoterapie. Psychoanalytické nakladatelství, Praha 2000. 481 s.