

PORUCHY OSOBNOSTI**VYMEZENÍ POJMU**

Podle Vágnerové je porucha osobnosti definována jako určitý, trvalý a těžko ovlivnitelný vzorec osobnostních rysů, které se odlišují od aktuální sociokulturní normy. Její součástí jsou nadměrně zvýrazněné některé vlastnosti osobnosti, odchylky v oblasti citového prožívání, uvažování i chování.

Jejím důsledkem je narušení:

- ★ osobní pohody, vztahu k sobě, hodnocení sebe samého i svého jednání
- ★ sociální adaptace, vztahu ke světu, především k jiným lidem a ke společnosti

Na rozdíl od psychóz a poruch nálady či úzkosti, poruchy osobnosti nejsou nemoci, ale jen extrémně vystupňované povahové a charakterové rysy, které vedou k poruchám sociální adaptace.

Obecná kritéria pro hodnocení poruch osobnosti:

- a. jde o trvalý stav, který s určitými výkyvy přetrvává po celý život
- b. projevuje se podivným, maladaptivním až hrubě rušivým chováním, jehož důsledky v nestejné míře trpí sám jedinec i jeho okolí a které zvyšuje riziko nejrůznějších konfliktů
- c. tolerance k zátěži je snižena, což se projevuje snadným navozením neadekvátních reakcí
- d. náhled na nepřiměřenost vlastního chování, názorů a postojů je nedostatečný
- e. rezistence ke změnám, neschopnost poučit se ze zkušenosti

U dětí a dospívajících přistupuje otázka kontinuity – diskontinuity, otázka, zda a do jaké míry je psychopatologie oddělena od stavu v dospělosti. U dětí musí být hranice mezi normálním a abnormálním vztaženy k vývojovému stadiu, nicméně některé rozdíly mezi jedinci ve věku 15 či 16 nebo 18 let nemusí být natolik výrazné, aby nedovolily diagnostikovat poruchu osobnosti i u osoby mladší 18 let (pokud jsou vyjádřeny klíčové znaky poruchy). Diagnostika zde vychází z klasifikačních vodítek pro dospělé, z nichž lze v takových případech vycházet.

HISTORIE

Problematika poruch osobnosti začala zajímat psychiatry až ve druhé polovině 19. století. Klinikou charakteristiku psychopatie, jak se dříve poruchy osobnosti nazývaly, uvedl jako první **Koch** v roce **1888**. Charakterizoval ji jako nedostačivost, pro níž je typická porucha chování, přičemž tito lidé nejsou ani duševně nemocní ani mentálně retardováni.

Později ji dopodrobna rozpracoval německý psychiatr Kurt **Schneider** (1923). Již tito autoři ji chápali jako vrozenou a do značné míry biologicky podmíněnou poruchu.

ETIOLOGIE PORUCH OSOBNOSTI

Je multifaktoriální.

- a) **faktory biologické**: genetická zátěž, prenatální či perinatální poškození, úrazy hlavy, infekční či jiná poškození mozku v dětství
- b) **faktory psychologické**: různé vývojové obtíže, zneužívání či incest v dětství, rodinné problémy
- c) **další faktory**: temperamentové, výchovné, kulturní a environmentální

DIAGNOSTIKA

Klinická diagnostika poruch osobnosti je nelehká a roztržštěná. Nikde ve světě neexistuje jasný diagnostický algoritmus.

- 1) **sebeopisovací dotazníky**: je doporučeno administrovat 2x v čase a zjistit opakující se a měnící se profil
- 2) **strukturované rozhovory**
- 3) **projektivní techniky**: TAT, ROR, kresby, Doplnování vět
- 4) **pozorování**

1. Paranoidní porucha osobnosti (F 60.0)

0,5 – 2,5 % v populaci, více ♂

Osoby s paranoidní poruchou osobnosti se vyznačují přetrvávající, dlouhodobou podezřívavostí, vztahovačností, nedůvěrou a nepřátelstvím vůči ostatním lidem. Odmítají zodpovědnost za vlastní chování a přisuzují tuto odpovědnost jiným.

Domnívají se, že se pozornost ostatních soustřeďuje na ně a že ostatní lidé jsou proti nim zaměřeni, chtějí jim ubližovat, šazovat je, škodit jim, chtějí je využít či podvést.

Bývají nepřátelští, podráždění a vzteklí. Mají omezenou afektivní reaktivitu, zdají se být oploštělí, bez emocí. Nemají empatii s ostatními a pohrdají jimi. Přitahuje a omračuje je moc a autorita. Často se zdají být schopnými, často se z nich rekrutují dokonalí obchodníci, náboženští fanatici nebo žárliví manželé.

2. Schizoidní porucha osobnosti (F 60.1)

až 7,5 % v populaci, více u ♂

Tato porucha se vyznačuje celoživotním stažením, samotářstvím, sociální izolací, plachostí, introverzí, odtržením od reality, netečností, emoční chladností, občasnou zranitelností.

Obtěžuje je a vadí jim kontakt s ostatními lidmi. Postižení většinou vyhledávají zaměstnání s co nejmenším kontaktem s ostatními a preferují práci v noci.

Bývají přemýšliví a hloubaví, vytvářejí si své systémy, svéráznou logiku a často jsou originální. Někdy vidí souvislosti, které nejsou, žijí mimo svou dobu (Don Quijote).

3. Disociální porucha osobnosti (F 60.2)

1 % u ♀ a 3 % u ♂ v populaci

Osoby s touto poruchou naprosto neberou na vědomí práva a zájmy druhých a často je porušují. Nedokáží se přizpůsobit pravidlům společnosti již od 15 let či dříve. Chybí jim empatie, schopnost milovat či věřit v pozitivní věci. Často jsou agresivní a sadističtí.

Často se z nich rekrutují podvodníci vytvářející nejrůznější schémata, jak obrát ostatní. Jejich život bývá naplněn promiskuitou, zneužíváním partnera i dětí, přestupky, a to vše bez výčitek svědomí.

Historie: Porucha je dlouhodobě známa, popisovala ji řada psychiatrů od Pinela až do současnosti. Vždy byla hodnocena jako nežádoucí a společensky závažná porucha osobnostního vybavení, které bylo označované jako amorální, asociální, deviantní.

4. Emočně nestabilní porucha osobnosti (F 60.3)

2 % v populaci, více u ♀, nejčast.

- a. **Impulzivní typ (F 60.30):** charakterizuje ji emoční nestálost a nedostatečná kontrola impulzivity
- b. **Hraniční typ (F 60.31):** charakterizován pocity prázdnoty, emoční dysregulací, opakovaným sebepoškozováním a suicidálními pokusy

Hraniční porucha osobnosti se vyznačuje emoční nestálostí, labilitou, poruchou vnímání sebe sama., vztahu k objektu a narušenými mezilidskými vztahy. Je jakoby na hranici mezi neurózou a psychózou. V reakci na závažný stres se mohou objevovat psychotické poruchy jako halucinace, poruchy percepce vlastního těla, vztahovačnost.

Velmi časté jsou myšlenky na sebevraždu, sebevražedné pokusy a sebepoškozování. Chování je nepředvídatelné a nevyzpytatelné. Dotyční se cítí opuštění, mají strach ze samoty, jsou ambivalentní, objevuje se u nich nadměrná agresivita a mají ohromnou schopnost rozdělit lidi na ty, kteří je nenávidí a které oni nenávidí, a kteří je milují a které oni milují.

Historie: Porucha má relativně krátkou historii, její identifikace se opírala o poznatky z psychoterapeutické praxe a zájem o ni vzrostl v 60. letech v důsledku Kernbergových a Mastersonových podnětů. Velký přehled poznatků o poruše uspořádal Spitzer.

5. Histrionská porucha osobnosti (F 60.4)

2 – 3 % v populaci, více u ♀

Osoby s touto poruchou jsou emocionální a jejich chování je dramatické, afektované, teatrální, okázalé, extrovertované a barvitě, značně egocentrické, se snahou strhnout na sebe pozornost, hrát důležitou úlohu, domoci se uznání i odsouzení.

Často přehánějí, projevují se zlostnými výbuchy, obviňují ostatní, pláčí. Dotyční často používají sebevražedných gest a pokusů, aby si vynutili pozornost a péči. Jejich interpersonální vztahy jsou oploštělé, nestálé a většinou neuspokojující

Historie názvu: Původně se tato porucha nazývala hysterickou podle domnělé etiologie „cestující dělohy“. Tuto diagnostickou kategorii ale bylo třeba propašovat do věku narůstající politické korektnosti, a tedy odstranit náznak spojitosti s ženským pohlavím. Tak byla posléze přejmenována na histriónskou podle řeckého „histrio“ (herec).

Tento typ osobnosti popsali již Janet a Freud. Janet vycházel z úlohy dětského traumatu a svedení, Freud z nevědomých sexuálních motivů k rodičům.

6. Anankastická porucha osobnosti (F 60.5)

1 % v populaci, více u ♂

U této poruchy osobnosti pocity osobního ohrožení a pochybností vedou k nadměrné svědomitosti, puntičkářství, umíněnosti, rigidní morálce, opatrnosti a strnulosti. Často se v duchu zabývají pochybnostmi, obavami, starostmi. Jsou stále ve stavu zvýšené kontroly. Kontrolují nejen všechny detaily, ale i svoje emoce a druhé lidi.

Behaviorální komponentou je nutkavé jednání s nadměrnou svědomitostí, vzornou disciplínou, vytvářením seznamů, perfekcionistačtích plánů apod. Jsou nerozhodní, zabývají se nepodstatnými detaily, mají sklon k byrokracii. Často nejsou schopni vyhodit opotřebované a rozbité předměty, i když k nim nemají sentimentální vztah.

Hůře se jim vyjadřují vřelé emoce nebo příjemné pocity, jsou spíše rezervovaní, výrazná je vnitřní nejistota. Mívají strach z vyjádření agrese.

Historie: Porucha je v psychiatrické literatuře popisována již od minulého století. Zejména psychoanalytici o ni měli velký zájem, zavedli označení „anální charakter“. Freud v roce 1908 charakterizoval osobnostní výbavu při této poruše 3 vlastnostmi: pořádkumilovností, šetrností a umíněností.

V roce 1966 A. Lazar s kolegy na podkladě faktorové analýzy toto v podstatě potvrdil a doplnil silné superego, perseveraci, rigiditu a odmítání jiných.

7. Vyhýbavá (anxiózní) porucha osobnosti (F 60.6)

0,5 – 1 % v populaci, symetrické

Převažuje extrémní citlivost k odmítnutí, která může vyústit v sociální inhibici a vyhýbání se kontaktům. Trpí pocitem méněcennosti, jsou plaší, ale ne asociální, touží po lidských vztazích a společnosti. Vinou plachosti a obav z odmítnutí mají málo přátel. Jsou nejistí a v obavách z odmítnutí o sobě hovoří se skromností a sebezáporem.

Historie: Porucha představuje nově koncipovanou jednotku, její pojetí má ale bohatou minulost. Lze ji sledovat až do začátku století v diskusích (Bleuler) o schizoidním charakteru, Kretschmerově hyperestetickém typu, Schneiderově senzitivním typu, Fenichelově fobickém charakteru.

V současném pojetí má porucha možný přesah do sociální fobie a sociální úzkostné poruchy v dětství. Bylo však zvoleno její vydělení zařazení s ostřejším vymezením hranic.

8. Závislá porucha osobnosti (F 60.7)

2,5 % v populaci, ♀

Nejvýraznějším rysem této poruchy je nadměrná a přetrvávající potřeba být opečováván, která vede k oddanému a neodbytnému podřízenému chování, k obavě z odloučení a interpersonální závislosti. Takovými lidem se nedostává sebevědomí a pociťují nepohodu, když jsou delší čas o samotě.

Nejsou schopni učinit rozhodnutí bez neustálých rad a ujišťování ostatními. Vyhýbají se zodpovědnosti a jsou úzkostní, jestliže jsou požádáni, aby zaujali vedoucí roli. Dávají přednost podřízenosti. Vyhledávají osoby, na nichž mohou záviset. K dalším charakteristickým prvkům chování patří pesimismus a pasivita.

9. Jiné specifické poruchy osobnosti (F 60.8)

a. Narcistická porucha osobnosti

1 % v populaci

V popředí je zvýšený pocit vlastní důležitosti, grandiozity a jedinečnosti. Jsou to jedinci bez empatie, vyžadující obdiv, zmítání chronickou intenzivní závistí. Mají zvýšené nároky na ostatní a cítí oprávněnost ke všemu. Špatně snášejí kritiku. Věří, že jsou výjimeční zrovna tak jako jejich problémy, kterým mohou porozumět jen oni a jiní výjimeční lidé.

Opájejí se fantaziemi o vlastní slávě a úspěších. Jejich vztahy s ostatními jsou křehké, dokáží okolí rozčítit tím, že se odmítají podrobit pravidlům, o nichž se domnívají, že pro ně neplatí.

b. Pasivně-agresivní porucha osobnosti

není známo

Vyznačuje se hlavně skrytým kladením překážek, otálením, neústupností a nevykonností. Tito lidé mají velké potíže při spolupráci s druhými, často jsou rezistentní vůči nařízení autorit, i když se nebouří přímo (prostě jim nařízená činnost „nevyjde“). Stále bojují za svoji autonomii, mají potíže vytvořit a udržet si blízký vztah, protože záhy začínají bojovat o svoji svobodu.

Takovito jedinci mají tendenci vzdorovat požadavkům, povinnostem a autoritám (často je pomlouvají, považují jejich nároky za přehnané). Často slíbí, že něco udělají, ale z nějakého důvodu jim to nevyjde. Často zapominají, váhají, nápadně často si stěžují, jsou kritičtí k jiným, stále nespokojení, zlostní. Svůj hněv a požadavky však vyjadřují nepřímě. Kazí práci druhých tím, že neplní své povinnosti, na kterých závisí výsledek celého týmu.

TERAPIE

a) psychoterapie

Při terapii poruch osobnosti můžeme volit z několika psychoterapeutických směrů:

individuální terapie

psychoanalýza: hlavním nástroj je interpretace terapeuta, rozvíjí náhled
interpersonální psychoterapie: zaměření na vztah pacienta a důležitých osob
KBT: pacient se naučí novým způsobům chování a myšlení

dynamická skupinová psychoterapie: nejčastější přístup, má stejné výsledky jako individuální

Léčba může mít ambulantní formu nebo může probíhat během hospitalizace. Vždy se dává přednost dlouhodobé ambulantní léčbě před hospitalizací.

b) medikace

Je běžné, že pacient s poruchou osobnosti má předepsány léky, často ve vysokých dávkách a ve složitých kombinacích, i když se neprokázalo, že by vysoké dávky léků vedly k dostatečným účinkům. Donedávna byli odborníci přesvědčeni, že medikace nedokáže ovlivnit poruchu osobnosti jako takovou, dokáže pouze zmírnit příznaky přidružených psychických poruch jako deprese, úzkosti nebo nespavost. Tento názor se však rychle mění. Stále větší část biologicky orientovaných psychiatrů začíná věřit, že léky mohou cíleně měnit základní temperamentové rysy, které tvoří osobnost.

LITERATURA

Hort, V.; Hrdlička, M.; Kocourková, J.; Malá, E. a kol. **Dětská a adolescentní psychiatrie**. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.

Höschl, C.; Libiger, C.; Švestka, J. **Psychiatrie**. 1. vydání. Praha: Tigris, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.

Praško, J. a kol. **Poruchy osobnosti**. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-737-X.

Richterová, L.; Trnka, V.; Holub, V.; Mečíř, J. **Psychopatologie**. 2. vydání. Praha: SPN, 1969. 175 s. 16-903-69.

Svoboda, M.; Češková, E.; Kučerová, H. **Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy**. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.

Vágnerová, M. **Psychopatologie pro pomáhající profese**. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.