

Psychiatrie

PRO PRAXI

1e
2015

www.solen.cz

ISSN 1803-5329

ROČNÍK 16.

z obsahu

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

- Poruchy osobnosti v manželství a partnerském vztahu
- Role sestry při péči o tělesné zdraví nemocných schizofrenií
- Schizofrenie a panická porucha
- Deprese a paranoidní porucha osobnosti
- Řízené objevování a sokratovský rozhovor
v kognitivně behaviorální supervizi

Časopis je vydáván ve spolupráci s Českou farmaceutickou společností ČLS JEP

SOLEN
MEDICAL EDUCATION



Vážení a milí čtenáři,

připravili jsme pro Vás rozšířenou elektronickou verzi časopisu
Psychiatrie pro praxi.

Doplňuje tištěnou verzi – nabízí Vám další články.

Pěkné čtení Vám přeje

redakce časopisu *Psychiatrie pro praxi*

E-verze článků



... co v tištěném časopisu nenajdete

- ▶ bonusové články
- ▶ abstrakta z kongresů
- ▶ celé prezentace...

... a co papír neumí

- ▶ videa z kongresů
- ▶ vyhledávání v článcích
- ▶ odkazy na web...



ABSTRAKTA



PREZENTACE



VIDEO

Přehledové články

- 3 PhDr. Petra Kasalová, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.,
Mgr. Filip Jadlovec

Poruchy osobnosti v manželství a partnerském vztahu

- 22 Mgr. Jiřina Hosáková, doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

Role sestry při péči o tělesné zdraví nemocných schizofrenií

- 27 MUDr. Kristýna Vrbová, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.,
Mgr. Marie Ocisková, doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.,
MUDr. Daniela Jelenová

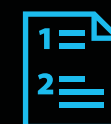
Schizofrenie a panická porucha

- 36 Mgr. Zuzana Sedláčková, Mgr. Marie Ocisková,
prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

Deprese a paranoidní porucha osobnosti

- 44 Mgr. Jana Vyskočilová, prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.

Řízené objevování a sokratovský rozhovor v kognitivně behaviorální supervizi



Poruchy osobnosti v manželství a partnerském vztahu

PhDr. Petra Kasalová¹, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.¹, Mgr. Filip Jadlovec²

¹Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc, LF UP v Olomouci

²Soukromá psychologická praxe Ostrava

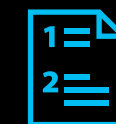
Osobnostní charakteristiky hrají důležitou roli v predikci manželské spokojenosti. Lidé s osobnostním narušením mají logicky významné potíže s navazováním a zejména s udržováním vztahů. Spojitost mezi nefunkčním manželstvím a osobnostní patologií partnerů může mít zdroj v nedostatečném vhledu na vlastní chování u jednoho či obou partnerů. Lidé s poruchou osobnosti zažívají v mezilidských vztazích četná nedorozumění, dezinterpretace, špatně komunikují a mají vyšší pohotovost k verbální a fyzické agresi. Nerozumí tomu, že zdroj konfliktů, které zažívají, je v jejich osobních procesech a vztahování se ke světu. Lidé s určitými poruchami osobnosti mají sklon se vyhledávat a vytvářet patologicky stabilní páry. Pro pochopení dynamiky partnerského vztahu bychom měli osobností rysy analyzovat jako první. Oslovit osobnostní patologii a maladaptivní osobnostní dynamiku v kontextu vztahu může být pro oba v páru prospěšné.

Klíčová slova: porucha osobnosti, manželství, partnerský vztah, konfliktní situace, terapie.

Personality disorder in marriage and partnership

Personality characteristics play an important role in predicting marital satisfaction. People with personality disturbances have logically significant difficulties with establishing and maintaining relationships with partner. The link between the dysfunctional marriage and personality pathology of the partners may have the source in the insufficient insight on the own behavior of one or both partners. People with personality disorder experience in the interpersonal relations numerous misunderstandings, misinterpretations, communicate poorly and are more alert to verbal and physical aggression. They do not understand that the source of experienced conflicts have source in their intrapersonal processes and relation to the world. People with certain personality disorders tend to seek and create pathologically stable couples. For the understanding of the dynamics of a relationship, it should be important to analyze personality traits first. Reaching the personality pathology and maladaptive personality dynamics in the context of the relationship could be beneficial for both partners in pair.

Key words: personality disorder, marriage, partnership, conflict situation, therapy.



Úvod

Problematika partnerských vztahů u jedinců s poruchami osobnosti se dotýká jak psychiatrie, tak manželského či partnerského poradenství. Přestože partnerské konflikty patří mezi nejčastější precipitující faktory dekompenzace psychických poruch včetně poruch osobnosti a partnerská terapie u jedinců s poruchami osobnosti nebývá jednoduchá, studií, které by se věnovaly této problematice, je minimálně. Proto naše znalosti čerpají hlavně z klinických nebo poradenských zkušeností, což výrazně omezuje objektivitu našeho pohledu, protože de facto nevíme, jak vypadají partnerské vztahy jedinců s poruchami osobnosti, kteří do terapie nebo do poradny nepřišli. Psychiatr i psycholog či poradenský pracovník si přirozeně pamatuje zejména komplikované případy a stigmatizace jedinců s poruchami osobnosti je v pomáhajících profesích výrazná, proto může být pohled neobjektivní. Reálně nevíme, ani jaká proporce lidí s poruchami osobnosti má partnerské problémy.

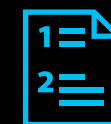
Osobnostní charakteristiky hrají důležitou roli v predikci manželské spokojenosti. A to jak z pohledu individuality, tak z pohledu spokojenosti páru jako celku. Předpoklad, že maladaptivní osobnostní nastavení má spojitost s dysfunkčním manželstvím, není novým konceptem. Již před 76 lety Terman a kol. (1) zjistili, že určité osobnostní rysy predisponují jedince k problémům a nespokojenosti v jejich vztazích. Později Karney a Bradbury (2) navrhli model, který popisuje, jak zranitelnost jednoho či obou partnerů a jejich osobnostní rysy ovlivňují fungování v manželství. V posledních 20 letech se opět objevuje zájem o výzkum manželské spokojenosti v souvislosti s osobnostními rysy partnerů. Lidé s poruchou osobnosti zažívají intenzivní problémy v mezilidských

vztazích. Zejména rigidní, obtížně měnitelné nastavení a nízká motivace ke změně jim znemožňuje adaptaci na sociální situace, které zažívají (3, 4, 5).

Dle transkulturálních výzkumů je spokojenost v manželství ovlivněna zejména výskytem 4 faktorů, kterými jsou: *společenská, spolehlivost, schopnost se dohodnout a vyjít si vstříc a také vzájemnost*. Naopak mezi nejčastější příčiny rozpadu vztahu se uvádějí zejména: nízká schopnost řešit problémy, akcentace či porucha osobnosti, konflikty v rodině, neplodnost, týrání partnerem a také nevěra (6). Už podle definice poruchy osobnosti v diagnostických kritériích (7, 8) je patrné, že pacienti s poruchami osobnosti mohou mít problém naplnit faktory, které spokojenosti v manželství přispívají, a naopak snadno naplní faktory, které souvisí s příčinami rozpadu vztahů. Mají nechtěnou schopnost vytvářet a udržovat problematické vztahy.

Prevalence poruch osobnosti

Četnost výskytu poruch osobnosti a jejich typů je udávána různě. Značně záleží na způsobu výběru a diagnostických kritériích, která se v klasifikačních systémech mění. Celoživotní prevalence v populaci byla zjištěna mezi 9–15 % (9, 10, 11). Podíl osob s poruchou osobnosti ve všeobecné ambulantní péči se odhaduje mezi 20 a 30 % (12). Mezi ambulantními psychiatrickými pacienty je 30–50 % osob s poruchou osobnosti (13) a kolem 15 % hospitalizovaných pacientů přichází do psychiatrických zařízení pro problémy primárně související s poruchou osobnosti. Až polovina zbylých hospitalizovaných pacientů má komorbidní poruchu osobnosti (14, 15, 16).



Projevy poruch osobnosti

Od běžné populace se lidé s poruchou osobnosti liší jak dysfunkčním chováním, které bývá odlišné od chování v běžné populaci a je zdrojem interpersonálních problémů, tak maladaptivními kognitivními procesy (maladaptivní a rigidní hluboké postoje k sobě a druhým, výběr informací kongruentních s pacientovými dysfunkčními postoji, diskvalifikace informací opačných, zkreslené porozumění skutečnosti na základě svých postojů) a emocionálními reakcemi (nadměrné, dlouho trvající afekty, impulzivita nebo naopak ochuzené prožívání emocí). Tyto vzorce jsou stabilní a všudypřítomné, projevují se bez ohledu na kontext a jsou obvykle kongruentní s vnitřním nastavením. Lidé s osobnostním narušením mají logicky významné potíže s navazováním a zejména s udržováním vztahů (17, 18).

Osobnostní patologie a partnerský vztah

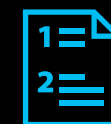
Spojitost mezi nefunkčním manželstvím a osobnostní patologií partnerů může mít zdroj v nedostatečném vhledu na vlastní chování u jednoho či obou partnerů. Problémy v manželském fungování jsou toho důsledkem. Nedochozí zejména k vhledu jednoho či obou partnerů na příčinu vzniku negativních emocí, které se v párovém soužití objevují. Nejčastěji jedinec s osobnostní patologií vyvolává ve druhém vztek, podráždění, strach či pocity bezmoci, což opět zvyšuje distress v celém párovém soužití. Lidé s poruchou osobnosti zažívají v mezilidských vztazích četná nedorozumění, dezinterpretace, špatně komunikují a mají vyšší pohotovost k verbální a fyzické agresi (19). Chovají se následně tak, že rozčilují svého partnera, chybně (zejména negativně) interpretují jeho chování, následně se cítí ohroženi.

Lidé s patologickými osobnostními rysy jsou zpravidla většinou po celý manželský život nešťastní. Nerozumí důvodům těchto pocitů, nerozpoznají zdroj, to, že zdroj konfliktů, které zažívají, je v jejich osobních procesech a vztahování se ke světu (19).

Výzkum Oltmanna a kol. (20) prokázal vztah osobnostní patologie a spokojenosti v partnerském životě u vysokoškolských studentů. Autoři zjistili, že studenti s vyššími skóry paranoidních, schizoidních, schizotypních, hraničních a vyhýbavých rysů skórovali také výše ve škálách problémů v sociálním fungování. Problémy v partnerství vnímané jejich partnery souvisely zejména se schizoidními, schizotypními a obsedantně kompulzivními rysy primární skupiny. Z výzkumů Daleyho a kol. (21) je patrné, že osoby, které popisovaly problémy v partnerském vztahu táhnoucí se 4 roky a déle (nízkou kvalitou vztahu, chronický stres, partnerskou nespokojenost) vykazovali významně častěji také rysy poruch osobnosti podle DSM-IV.

Ve spojitosti s poruchami osobnosti jsou zjišťovány vážnější formy partnerských konfliktů, zejména násilí. A to zejména u disociální a hraniční poruchy osobnosti, hlavně u mužů (22–24). V poslední studii autoři prokazují, že vyšší míra osobnostní patologie pozitivně koreluje s nízkou spokojeností v partnerství a také vyšší mírou agresivity. Vyšší míra patologie partnera je rovněž spojena s výskytem vyšší míry verbální agrese, kterou přiznává druhý partner. Zároveň vyšší míra závislosti jednoho partnera má za následek vyšší spokojenost v partnerství u druhého.

Verreaultová a kol. (25) zkoumali vliv nezralých obranných mechanismů na spokojenost v manželství. Nezralé obranné mechanismy (projektivní identifikace, štěpení, popření, projekce, vytěsnění) predikují manželskou nespokojenost a ovlivňují pá-



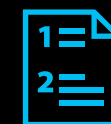
rovou adaptaci. Vysoký výskyt těchto obranných mechanismů jednoho partnera předpověděl nízkou spokojenost v párovém soužití u partnera druhého. A navíc lidé, kteří vysoce skórovali ve škále nezralých obranných mechanismů podle Dotazníku osobnostní organizace (Inventory of Personality Organization) (26), popisovali také subjektivně nízkou spokojenost v párovém soužití. Zvýšený výskyt obranných mechanismů může mít také diagnostickou hodnotu a pomáhá předpovědět a pochopit destruktivní vzorce chování, které se vyskytují v párech, kde jeden z jedinců trpí poruchou osobnosti (27). Ženy, které současně popisují potíže v pochopení sebe sama i druhých a opírají se příliš o nezralé obranné mechanismy, jako je projekce a projektivní identifikace, cítí více negativních emocí ke svému partnerovi. Nezralé obranné mechanismy typu štěpení (buď jsem já špatná, nebo on je špatný), projektivní identifikace (indukce negativního chování u partnera, kterého se jedinec obává) a popření (distorse reality, kdy určitý segment subjektivního prožívání nebo vnějšího světa není integrován se zbytkem prožívání) přispívají k výskytu negativních emocí směrem k partnerovi, nátlakovému chování a neefektivnímu způsobu řešení problémů v páru. Splitting (štěpení), stejně tak labilita sebeobrazu má tedy souvislost s dezorganizací a nízkou životaschopností párového vztahu (může se projevat například střídavým označováním sebe nebo druhého jako viníka všech problémů). Zejména proměnlivá mentální reprezentace sebe i partnera vede k opakovanému negativnímu prožívání a napětí z nepředvídatelnosti chování.

Je zajímavé, že testování reality (schopnost rozlišit reálné od očekávání a fantazie) mělo vliv na spokojenost v manželství, ale jen u mužů (28). Špatné testování reality může vést k psychotic-

kým projevům. Není jasné, proč testování reality hraje v životě žen významnější roli a objevuje se v jiných souvislostech, než je tomu u mužů. Když byly zkoumány různé aspekty osobnostní organizace a jejich vliv na spokojenost v párovém soužití, nezralé obranné mechanismy hrály nejdůležitější roli, a to jak u mužů i u žen (29). Dvou-faktorový model problémů v partnerském vztahu si všímá vlivu jak nezralých obranných mechanismů, tak vlivu difuze identity (nejasnost o vlastních pohnutkách, cílech, preferencích a hranicích) na prožívání jedinců ve vztahu. Tyto 2 aspekty osobnosti úzce souvisejí: problémy s difuzí identity mají za následek rychle se měnící a obtížně ovladatelné idealizace a devalvace partnera. Tyto obrazy jsou udržovány ve vědomí mechanismy nezralých obranných mechanismů. Navíc opakované užití nezralých obranných mechanismů difuzi identity zvyšuje (29).

Také vysoká míra projevované negativní afektivity partnera ovlivňuje statisticky významně míru partnerské spokojenosti, a to u mužů i u žen. Výzkum Robinse a kol. (30) prokazuje, že ženy spokojené ve vztahu popisovaly zejména nízkou míru negativní emocionality partnera, vysokou míru pozitivních emocí, které projevuje, a vysokou schopnost jeho sebeovládání. U mužů byl pro spokojenost ve vztahu významný pouze nízký výskyt negativní emocionality jejich partnerek (30). Výzkum na vzorku 1 805 manželských párů zjistil, že s problémy v manželství souvisí zejména externalizovanou psychopatologií (mírou projevované psychopatologie), vyšším výskytem negativní emocionality a nižší mírou pozitivní emocionality v páru (31).

Je zajímavé, že lidé s určitými poruchami osobnosti mají sklon se vyhledávat a vytvářet patologicky stabilní páry. Například v páru s narcistickým člověkem bývá párově funkční zejména závislá osob-



nost (32). Závislá osobnost má tendence extrémně přilnout k partnerovi. Obrací hněv proti sobě, dovolí partnerovi překračovat hranice, neumí říci ne. Má potřebu mít partnera neustále po boku, nedokáže se od něj odloučit, je tzv. submisivně závislá, „pronásleduje partnera jako stín“. Naopak člověk s narcistickými rysy může ze vztahu unikat, i on však bývá na vztahu silně závislý. Dominance umožňuje zajišťovat blízkost partnera, jeho trvalou přítomnost a připoutanost. Jedinec automaticky očekává od partnera hlavně naplňování svých vlastních potřeb. Někdy si dokonce vybírá ne příliš atraktivního partnera (32). Může se pak projevovat tzv. dominantní agresivitou, která umožňuje mít partnera k dispozici. Jinou, sice ne častou, ale významnou patologickou stabilitu rozvíjejí jedinci s histriónskými rysy s jedinci s anankastickými nebo schizoidními rysy. Histriónský partner vztah aktivuje, naopak anankastická osobnost usiluje o klid a řád. Schizoidní

jedinec zůstává relativně netečný vůči aktivaci partnerem. V tom to pak paradoxně vzbuzuje neklid a potřebu „vyprovokovat partnera“, dostat tedy to, co mu partner nemůže bez hádek dát.

Za zdroje „neštěstí“, které lidé s poruchou osobnosti v manželství prožívají, je považován zejména nedostatek sebepoznání, a to jak na úrovni kognitivní, emocionální i na úrovni reflexe a zvládání vlastního chování (19). Proto pro pochopení dynamiky partnerského vztahu bychom měli osobností rysy analyzovat jako první (33). Lepší poznání sama sebe je tedy velmi podstatné i v párové terapii (34). Jak v individuální, tak v párové terapii se jako důležité jeví podněcovat náhled partnerů na vlastní chování, jeho příčiny a zejména následky. V párové terapii, kdy jeden z partnerů trpí poruchou osobnosti, je tedy velmi funkční věnovat se náhledu partnera nejen na vlastní chování v párovém soužití,

Tabulka 1. Odtážitost a závislost ve vztahu (upraveno podle 32)

Odtážitý jedinec	Závislý jedinec
■ Zvyšuje odstup ■ Při odloučení cítí úlevu ■ Prožívá vůči partnerovi agresi ■ Nežálí nebo mírně a zřídka ■ Může cítit lhostejnost či nezájem o partnera ■ Cítí se city partnera nesvobodně a svázaně ■ Mívá pocit, že kvůli vztahu o něco přichází, že kdyby byl svobodný, měl by řadu lákavějších příležitostí ■ Nezajímá ho (ji) sex s partnerem ■ Má nechuť vůči předešlému či líbání ■ Ukončuje a zkracuje telefonáty či rozhovory s partnerem ■ Má sklony se dívat jinam ■ Neví a pochybuje, zda partnera opravdu miluje ■ Zvažuje, zda se chce skutečně vázat	■ Rád by se přiblížil ■ Při odloučení prožívá úzkost ■ Pociťuje vůči partnerovi něhu ■ Žálí na vše kolem partnera ■ Lásku k partnerovi silně prožívá ■ Cítí nedostatek opětované lásky ■ Zdá se mu, že s partnerem žije vedle sebe, ne spolu ■ Nejeví zájem o vnější svět, přátele a aktivity mimo partnera ■ Cítí přitažlivost a atraktivitu protějšku, nemůže se ho nabažít apod. ■ Prodlužuje rozhovory s partnerem ■ Vyhledává partnera ■ Netrpí pochybnostmi, zažívá opojný pocit lásky ■ Trápí se, pokud jeho city nejsou opětovány



ale i na sebepoznání a to, jakým způsobem si interpretuje chování partnera druhého, i jak může být viděn partnerem. „Podívat se na sebe podobně, jak se na mě dívá okolí“ (35). Oslovit osobnostní patologii a maladaptivní osobnostní dynamiku v kontextu vztahu může být pro oba v páru účinné a „léčivé“ (36, 37, 38).

Schizoidní porucha osobnosti

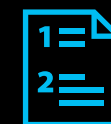
Schizoidní porucha osobnosti je charakterizována hlubokým nedostatkem schopnosti vytvářet vztahy s druhými smysluplnou cestou. Tito lidé mají problémy žít ve vztazích. Typické je stažení se od společenských kontaktů, upřednostňování fantazie, samotářství a introspektivní rezervovanost. Zpravidla vypadají studeně, odtahitě, málo prožívají příjemné aktivity. Mají tendenci se odtáhnout od ostatních do svého světa. Bývají přemýšliví a hloubaví, vytvářejí si své systémy, svéráznou logiku a často jsou originální. Projevují se navenek emočním chladem nebo odstupem a bývají lhostejní ke chvále nebo kritice. Někdy vidí souvislosti, které nejsou, žijí mimo svou dobu (Don Quijote). Okolím jsou vnímáni jako samotáři. Cítí se lépe obklopení věcmi než lidmi, mají velký problém vyjádřit vřelé emoce, typicky imponují jako samotáři. Nesnadno navazují vztahy, často zůstávají sami, přesto se může najít partner, kterého některé vlastnosti mohou na člověku se schizoidní osobností přitahovat. Patologicky stabilní pár vytváří s partnery s histriónskými či emočně nestabilními rysy. Emocionalita, kterou postrádá, jej fascinuje na druhých, je jimi přitahován. Jeden trápí emočním chladem druhého, který naopak emoce k životu potřebuje a tuto potřebu se schizoidním jedincem nemůže naplnit a opakovaně si ji vynucuje.

Jedinec se schizoidními rysy zároveň potřebuje velkou volnost. Vztah jako takový může prožívat jako nepříjemnou kontrolu nad

sebou. Podobně jako paranoidní osobnosti mají i tito lidé strach z nadměrné závislosti, větší přiblížení prožívají jako hrozbu ztráty autonomie (39). Nesnesou omezování, bývají také vztahovační, lhostejní ke společenským normám a konvencím. Pro partnera bývá život se schizoidním jedincem emočně chladný, lhostejný a odtahitý; obtížně naplňuje svoje emocionální potřeby. Pokud partner dokáže svoje citové potřeby naplnit jinde – u dětí, domácích zvířat, u přátel, případně i v jiném vztahu – vztah může být stabilní. Jedinci se schizoidní osobností většinou nemají blízký vztah ani se svými dětmi. Udržují si odstup, aby chránili sebe i druhé před ublížením. V zásadě se řada těchto lidí vzdává naděje na lásku a péčování, mají tendenci navazovat vztahy s objekty či zvířaty, nenavazují blízké vztahy, jako by si „užívali“ samotu, snaží se vyhnout vztahům s druhými, a tak si zachovat autonomii, soběstačnost a nezávislost (40).

Anankastická porucha osobnosti

V partnerském životě má člověk s anankastickou osobností problém uznat názory druhého, je hádavý, nepřipouští si chybu, snaží se druhému vnutit svůj názor, který jediný je ten správný. Tento mechanismus zapříčiňuje časté napětí ve vztahu. Odtahitost a nedostatečná schopnost vyjádřit svoje emoce partnery těchto osobností nudí nebo rozčiluje. Stávají se pak netrpělivými a nutí je emoce vyjadřovat. To v anankastických osobnostech budí odpor, dochází k hádkám. Maladaptivní stabilní páry může vytvářet s histriónskou osobností, která může partnerovi zrcadlit to, čemu se mu nedostává. Zde se jedná zejména o nesystematičnost, jistou laxnost, výraznou emocionalitu, schopnost vyjádřit agresi, potřebu zažívat nové zážitky, neplánovat apod. Jde o kombinaci histriónské partnerky, která silné emoce v páru vyvolává a anan-



kastického muže, který vyhledává pro vztah ženy s histriónskými rysy (32, 41). Hlavním problémem zde bývá také skrytý boj o dominanci. Podobný typ vztahu však není pro jedince s anankastickou poruchou osobnosti až tak typický, i když je klinicky zajímavý. Většina jedinců s anankastickou poruchou osobnosti zpravidla žije s lidmi bez poruchy osobnosti nebo lidmi se závislou osobností nebo rovněž s člověkem s anankastickými rysy.

Histriónská porucha osobnosti

Jedinec s histriónskou poruchou osobnosti může být výborný společník, výmluvný, srší vtipem, často bývá atraktivní, zvýšeně dbá na svůj vzhled, potencionálního partnera dokáže okouzlit. Tito lidé potřebují na sebe upoutávat pozornost, baví tak společnost i partnera, přikrašlují si i vymýšlí příhody, které nezažili, používají velká gesta (nosí kytky, udělají piknik na louce při zapadajícím slunci apod.), používají i květnaté přívlastky. Emoce, které prožívají, jsou však často spíše povrchní a proměnlivé, i když intenzivní. To však nemusí potenciálnímu partnerovi vadit, pokud to nedokáže rozpoznat. Muži s histriónskou poruchou osobnosti se mohou chovat „hypermaskulinně“, aby zakryli pocit vlastní slabosti. Rádi se předvádějí, pořizují si výstavní automobil či nadměrně dbají o svůj vzhled, nadměrně cvičí. Ženy bývají svůdně oblečené, nalíčené, koketují. Zároveň se snaží posílit pocit vlastní důležitosti předváděním závislého chování (ale někdy také přehnaně nezávislého). Hlavním cílem je získat obdiv mužů. Pro obě pohlaví je typické, že nesnáší nudu a potřebují vyhledávat stále nové zážitky. Usilují o vzrušení a aktivaci, trpí pocity prázdna, ztracenosti. Jsou nesystematičtí, často nepořádní. V sexu takový člověk navrhuje neustálé obměny, pokusy, experimenty, má pocit, že druhý mu projevuje málo lásky,

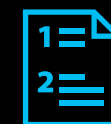
hledá záminky pro vytvoření žárlivosti. Pokud je nevěrný, často se ani nesnaží nevěru skrývat. V sexuálním životě bývají však neuspokojení, trpí sexuálními dysfunkcemi, často anorgasmií.

Interpersonální vztahy lidí s histriónskou osobností bývají konfliktní, a to jak s partnerem, tak s přáteli nebo spolupracovníky. Velmi často rozvíjejí interakční hry, kdy pomlouvají nepřítomné a chválí přítomné apod. Pomluvami dokáží rozvrátit cizí i svoje manželství, mají sklon k bájevé lhavosti, kdy líčí různé neskutečné události, které měli prožít. Někdy se zajímají o druhé lidi spíše pro potřebu obdivu než z upřímného zájmu o ně.

Od partnera tito lidé očekávají, že se nebudou nudit, potřebují nové zážitky, vzrušení a pozornost. V běžném životě se však nudí, začínají vyčítat, že trpí nudou, že je vina v partnerovi. Hádka může být pro jedince s histriónskou poruchou osobnosti vzrušením, hádky i sám vyvolává, usmiřování bývá bouřlivé, kompromisy však považuje za svou prohru. Člověk s touto osobností špatně snáší pocit, že na chvíli přestal být důležitý nebo zajímavý, často také hledá záminky pro vytvoření žárlivosti. V pozadí bývá deprivace pozornosti v dětství a nenaplněné přijetí blízkými. Stabilní pár může vytvářet s partnerem, který se chová tolerantně rodičovsky, ale i s partnerem schizoidním či anankastickým (viz výše). Stabilní partnerství mohou vytvářet i s partnerem s depresivními rysy. V prožívání jedinců s histriónskými rysy se může objevovat hodně agresivity, která se projevuje právě v takovém vztahu, kde si mohou hodně dovolit, druhého ponižovat i shazovat, aniž by byl vztah ohrožen rozpadem (42).

Vyhýbavá (anxiózní) porucha osobnosti

Je charakterizována pocity nedostatečnosti a strachem z kritiky. Jedinec s anxiózní poruchou osobnosti mívá nízké sebevě-



domí a věří, že je neschopný a nepřijatelný pro druhé. Takový člověk je obvykle osamělý či má jen málo opravdu blízkých lidí, protože se obává, že při větším sblížení by ostatním došlo, že je nepřijatelný. Dominují pocity napětí a obav, strach ze znehodnocení druhými. Potenciální nebezpečí odmítnutí a jeho důsledky nadhodnocuje. Z toho vyplývá vyhýbání se sociálním situacím, přestože po blízkosti touží (39). V rodinných vztazích, pokud jsou dobré, se mohou tyto lidé cítit celkem bezpečně. Nová setkání však vnímají s nedůvěrou a strachem. Takový člověk se nerad pouští do aktivit spojených s rizikem selhání a do nových činností, protože se obává, že se před druhými zesměšní. Potřebuje ocenění, empatii, povzbuzování. Na partnerovi se stává zcela závislým, je přesvědčen o partnerových nekonečných kvalitách. Pokud jej partner neopustí, bývá s ním spjatý po celý život. Pokud partner zemře dříve než on, je ohrožen komplikovaným truchlením (43).

Závislá porucha osobnosti

Lidé mající tuto poruchu osobnosti nadměrně potřebují, aby se o ně starali druzí, jsou submisivní a mají vážné potíže s rozhodováním. Typicky trvale a pasivně spoléhají na jiné osoby, které za ně mají činit rozhodnutí. Mají velký strach z odmítnutí, sami však mají pocity bezmoci a neschopnosti, potřebují soustavné povzbuzování. Druhým se snaží zalíbit, často jim slouží, lichotí, obdivují je. Snadno se nechají zneužívat, dovolují druhým, aby přebírali odpovědnost za jejich důležitá životní rozhodnutí. Tito jedinci podřizují vlastní potřeby jiným osobám, na nichž jsou závislé a příliš vyhovují jejich přáním. Mívají stále obavy, že budou opuštěni osobou, ke které mají těsný vztah. Aby si získali péči a podporu druhých, jsou ochotni dělat i věci, které jsou jim nepří-

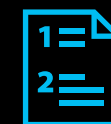
jemné. Jejich závislé dispozice se mohou projevit v problémech s přejídáním, alkoholem nebo drogami a léky. U těchto osob byla také pozorovaná latentní hostilita a provokativní aspekt jejich závislosti (44). Vysvětlení můžeme najít ve výzkumu Ehrensafta a kol. (45), kdy bylo zjištěno, že závislý partner pociťuje méně verbální agrese směrem k partnerovi, zatímco druhý partner uvádí, že je závislé a podbízivé chování partnera pro něj nepříjemné, až protivné a má tendenci být více verbálně agresivní (45).

Lidé se závislou poruchou osobnosti zpravidla vytvářejí závislé partnerské vztahy. Závislá partnerka či partner si nejsou vědomi, že partnera svými svazujícími závislými požadavky mohou odrazovat, snesou ve vztahu značnou frustraci, a mohou se podílet na procesu, který při vztahu s agresivnějším partnerem vytváří podmínky pro vznik domácího násilí. Patologicky stabilní vztah navazují zejména s lidmi s narcistickými, emočně nestabilními a anankastickými rysy, které potřebují jako náhradní dominantní rodičovskou figuru (46). Těmto partnerům pak může vyhovovat, že závislý partner slouží, neumí nastavit hranice, nechává se využívat a dává přednost uspokojování jejich potřeb před svými.

Závislé rysy však mohou být také spojeny se stabilitou partnerského vztahu. Partner člověka se závislou osobností však bývá časem vyčerpaný z malé samostatnosti závislého partnera (39). Vyšší míra závislých rysů u partnera je tak spojená s nižší mírou spokojenosti u jeho partnera.

Narcistická porucha osobnosti

Lidé s narcistickou poruchou osobnosti mají grandiózní sebevědomí, s nadměrnou potřebou úspěchu, a jsou velmi zranitelní na cokoliv, co se jejich sebevědomí dotkne, a reaguji na to intenzivní

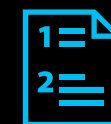


emoční reakcí. Dominují projevy velikášství, nadměrná pozornost je věnovaná sebehodnocení. Mají pocity vlastní důležitosti a jedinečnosti. Často se stavějí na odiv a jsou zranění a přecitlivělí, pokud je někdo nebere jako originální, zvláštní nebo okouzující. Často zveličují své výkony a svoji jedinečnost. Někdy dlouhé chvíle sní o své velkoleposti a svých úspěších. Sebejistota je však u nich velmi křehká, při kritice nebo neuznání nebo při porovnávání s druhými, kteří něco zvládají lépe, se cítí extrémně zranění a mohou podléhat depresivním rozladám nebo zlosti. Proto se takovýmito situacím snaží vyhnout (47). Ve vztazích jsou často v lehké distanci, zkoušejí ve druhém vytvořit iluzi o své soběstačnosti (48). Přitom se snaží využít druhé k sebeposílení. Pokud se v jejich životě objeví nutné selhání a neúspěch, nedokáží na to adaptivně reagovat, protože mají tendenci katatýmne zpracovávat význam takových událostí. Ve vztazích často mají pocit oprávněnosti ke zneužití druhých, tlačí na „zvláštní“ pravidla, která si „zaslouží“ díky své „jedinečnosti“.

Jádrový strach u narcistického člověka je tedy spojen s křehkým sebevědomím. Obavy ze ztráty síly, potence, krásy a originality ho nutí kontrolovat situaci a mít nadměrné požadavky na okolí, aby jeho jedinečnost stvrzovalo (49, 50). Zvládání života s narcistickým člověkem je zejména o respektu jeho potřeb jedinečnosti a obdivu. Patologicky stabilní partnerství vytvářejí zejména s lidmi, kteří dovolují své hranice překračovat a nechávají se narcistickým partnerem využívat. Narcističtí lidé bývají zajímaví, umějí druhému pohlaví imponovat. Pokud si partner obdiv k němu udrží, nekritizuje jej nebo obdiv v zájmu zachování vztahu dokážou předstírat, mohou mít relativně stabilní partnerství. Narcistický jedinec bude mít takového partnera také rád, pokud mu dopřeje pocit, že je nejlepší. On sám se cítí nadřazený, lepší, jedinečný, nemá dost empatie. Bývá závis-

tivý a závist často projikuje na druhé. Hůře snáší, když jeho partner začne být úspěšný. Je to člověk, který vyžaduje úplný servis, velmi nerad se podřizuje a nerad plní povinnosti. Vyžaduje, aby jej partner obdivoval, ne kritizoval. Na kritiku reaguje bouřlivě. Partner by měl také počítat s nejistotou společné budoucnosti. Narcistický partner bude nejspíš chtít v něčem vyniknout a vyžaduje zajišťování servisu pro sebe, aby mohl budovat svoje jméno, často na úkor partnera.

Patologicky stabilní pár vytvoří nejčastěji s partnerem/partnerkou se závislými nebo depresivními rysy či poruchu osobnosti, která výše zmíněné potřeby uspokojuje. Problémem však bývá rozdíl v potřebě blízkosti, v dimenzi přiblížení – oddálení. Závislý partner zpravidla usiluje o mnohem bližší vztah než narcistický. Z toho pramení permanentní tlak a oboustranná nespokojenost. Závislý partner není schopen si uvědomit, že svojí závislostí může odpuzovat, protože jeho partner nebyl nikdy dostatečně blízko, aby s ním mohl cítit. Odpor vyjadřuje tedy zpravidla jen narcistický partner, který díky tomu sám často neví, zda má svého partnera rád. Tuto subjektivní jistotu může někdy paradoxně získat až po rozchodu, protože konečně pocítí, že o partnera musí usilovat, že se od něj vzdálil, a může tak pocítit touhu po něm, nejistotu, lásku. Patologicky stabilní partnerství tedy spočívá v tom, že i když jsou oba nespokojení, nejsou schopni se opustit. Jakmile závislý partner začne svoji snahu vzdávat, narcistický partner pocítí úlevu od neustálého tlaku. Ožijí přitažlivé síly a projeví se nějaký druh zájmu o druhého. Typický je výrok: „Vždy se do mě zamilovaly takové ženy, o které jsem nestál, a já vždy miloval ženy, které mě nechtěly“. Narcističtí lidé často touží po čisté lásce bez pochybností, kterou se svými partnerem vytvořit nedokáží. Paradoxně bývají odsouzeni žít s někým, koho tak úplně nechtějí, zažívají na něj zlost, odplácí za křivdy. S partnerem si vzájemně ubližují a osočují se.



Narcistické osobnosti také mají větší tendenci být nevěrní (51). Jelikož se jedná o osobnosti, které mají sklony využívat ostatní, chybí jim empatie pro druhé a mají zdánlivou důvěru ve vlastní schopnosti (52), častěji navazují vztahy založené na sexu, což vede k tomu, že snadněji navazují mimomanželské sexuální vztahy. Mívají pozitivnější postoj k příležitostnému sexu (53). Lidé s touto poruchou osobnosti mají zároveň i nižší míru oddanosti ve vztahu, z čehož opět plyne vyšší pravděpodobnost nevěry (54). Dle výzkumů Busse a Shackelforda (55) narcističtí lidé v dotaznících uváděli, že by s větší pravděpodobností byli nevěrní svému dlouhodobému partnerovi. Tendenci k nevěrám mají jedinci se zvýšenými skóry na tzv. škále sexuálního narcismu, která je sycena 4 komponentami: sexuálními nároky, sexuálním využíváním, nízkou sexuální empatií a přesvědčením o vlastní sexuální výkonnosti (6).

Depresivní porucha osobnosti

Podstatným rysem této skupiny je neustálé stěžování si na břemeno bytí, nesmyslnost svého života, přičemž depresivní ladění zastiňuje všechny životní zkušenosti (39). Většinou jsou to vážní, smutní lidé, kteří trpí přesvědčením o své domnělé neschopnosti. Obvyklá nálada těchto lidí je sklíčená, neradostná, ponurá. Sebevědomí bývá snižené, podpořeno výraznou sebekritikou a haněním sebe, které se často objevují i v komunikaci. Převažující postoj k budoucnosti a vlastním možnostem je pesimistický. Tito lidé se snadno mohou dekompenzovat do deprese. Při svojí tendenci vyhovět druhým jsou obvykle přetíženi a zřikají se vlastních nároků. Léta mohou prožívat podobné depresivní vyladění. Osoba s touto poruchou má nízké sebevědomí a je přehnaně přecitlivělá na kritiku a odmítnutí. Ačkoliv druhé může

vidět velmi kriticky, má potíže jim to vyjádřit. Podobně nedokáže prožít agresi vůči druhým – jednodušší je kritizovat sama sebe (39). Tito lidé dále bývají závislí na svých blízkých. Typická je jejich tendence k „symbiotickým“ vztahům těsné navázanosti. Obávají se samostatnosti, protože ji spojují s osamělostí. Často se infantilním způsobem fixují na své rodiče nebo podobné náhradní osoby v dospělosti. S velkou úporností a charakteristickou tvrdohlavostí se drží své tendence k symbiotickým vztahům k druhým lidem. Mají tendenci získat si uznání pomocí mimořádných výkonů.

Jako možnost naplnit své potřeby závislosti rychle naváží vztah, přilnou a prožívají pocity bezpečí, avšak za cenu potlačování všech rušivých ambivalentních a agresivních hnutí. Vyhýbají se všemu, co by mohlo vést k jakémukoliv oddělení se, chtějí hodně radit, poučovat, vést. Nedostatek povzbuzení vnímají jako kritiku nebo ztrátu přízně. Zpočátku v partnerovi indukují pocity spokojenosti, velmi dobře může partnerovi padnout zjevně vyjadřovaný obdiv, zejména pokud to je narcisticky a histriónsky strukturovaný partner. Po čase však partner bývá rozčarován z malé samostatnosti a závislosti.

Emočně nestabilní porucha osobnosti

Emočně nestabilní porucha osobnosti se projevuje výraznou afektivní nestálostí a tendencí jednat impulzivně bez uvážení následků. Změny nálady mění schopnost člověka dobře spolupracovat, schopnost vidět věci z dlouhodobé perspektivy a plánovat si věci dopředu. Výbuchy silné zlosti mohou vést k násilí nebo „explozivnímu“ chování. Vyvolají se snadno, zejména když druzí jeho nebo její jednání kritizují nebo se proti němu staví (7).

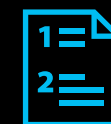
U *impulzivního* typu převažuje emoční nestálost a nedostatečná kontrola impulzivity. Běžné jsou výbuchy vzteku, zvláště je-li



jedinec ostatními kritizován. V afektu zlosti může řvát, rozbíjet předměty, fyzicky napadat nebo nahněvaně odcházet. U *hraničního typu* jsou přítomny charakteristiky emoční nestálosti a navíc má pacient nejasné nebo narušené představy o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích (včetně sexuálních). Hraniční pacient často rozvíjí hostilní závislý vztah k partnerovi, zároveň ho trestá a zároveň ho potřebuje. Může být extrémně naléhavý, požadující, vyhrožující, bezmocný, suicidální nebo sebe-destruktivní. Zpravidla se obává separace a opuštění. Na známky nezájmu nebo odmítání často reaguje panikou, emoční nestabilitou, dlouhodobým pocitem nesnesitelné tenze, manipulací, hněvem nebo impulzivitou. Impulzivita se projevuje sebepoškozováním, křikem na druhé, agresivními výbuchy (včetně ničení věcí), sebevražedným chováním, opíjením nebo útekem apod. Tito jedinci v životě mívají chronické pocity prázdnoty, které střídají prudké změny afektivity a sebehodnocení. Často se objevuje depersonalizace, derealizace, *deja vu*, nebo zažívá přechodné disociativní fenomény, jako ztrátu paměti ve stresu. V zátěži se mohou objevit tranzitorní psychotické epizody, zpravidla trvající hodiny až dny. Hlavním emocionálním rysem je však afektivní dysregulace – neschopnost odložit emoční impulz, který přinese úlevu, byť jen krátkodobě. Racionální kognitivní vyhodnocení situace, přestože někdy přichází včas, není schopno dysfunkční emocionalitu korigovat. I když postižený si může uvědomit, že autodestruktivní čin je nadměrnou reakcí např. na kritiku (nebo odmítání či dokonce vlastní sebehodnocení v průběhu hloubání o sobě), přesto jej pokládá v dané chvíli za přiměřený (kognitivní narušení). Další tendencí je nadměrná simplifikace řešení problémů v životě, která neodpovídá intelektu. K problémům se

postižení často staví bezmocně a vynucují si pomoc nebo je řeší zkratkovitě. Jednotlivé problémy pro ně znamenají „krizi“ (39). Jedinci s hraniční poruchou osobnosti si nejsou jistí druhými lidmi a jejich vztahy, a proto buď vytvářejí závislé a těsné svazky, nebo naopak se chovají distancovaně a chladně. Druhé lidi prožívají buď jako dobré, nebo jako zlé. Ve vztahu s partnerem se tyto póly mohou rychle střídat. Hledání posílení vede tyto typy osobnosti k překračování hranic vztahu a také k jeho testování. V partnerském vztahu mají sklon k neuváženým emočním výbuchům a mají tendenci k hašteřivému chování a ke konfliktům.

Život s hraničním partnerem předpokládá empatické porozumění jeho strachům z opuštěnosti. Potřebují zároveň jasné ohrazení toho, co pro ně partner může udělat a co nikoliv. Pokud se partner nechá vlákat k plnění jejich nadměrných přání, velmi záhy začne být rozzlobený, protože pacientovy potřeby blízkosti a pozornosti bývají nenasytitelné. Ve vztahu se objevují i opačné tendence. Některé ženy si svoje partnery idealizují, vnímají je nerealisticky, zcela popírají jejich záporné stránky (50). Do vztahu se často vrhají s vášnivým nasazením, prožívají silné vzrušení a nemají problémy s dosažením orgasmu, milostné vztahy však postrádají schopnost tolerovat ambivalenci. Vztahový objekt je tedy idealizován či naopak devalvován. Nevědomá touha po orálním uspokojení prostřednictvím sexuality a touha po ideálním vztahu podporuje únik do rané sexualizace všech vztahů (50). Jedinec s hraniční poruchou osobnosti není schopen vidět ostatní ve své celistvosti s klady i zápory, ale vidí partnery jako úplně perfektní nebo úplně nemožné. Toto vnímání se často střídá a je následováno maladaptivním chováním. Jedinec prožívá stavy prázdnoty vzápětí vystřídané nekontrolovatelnými emo-



cemi a napětím. Ze všeho obviňuje okolí a navíc není schopen dodržovat závazky. Partner nikdy neví, na čem je, jaké chování se objeví v následujících chvílích. Chvíli zakouší pocit, že je milován, vzápětí vnímá partnerovu nenávist. Nic mezi tím. Život s hraničním jedincem může být vysilující. Partner musí být připravený na všechno, včetně nepředvídatelných a dramatických výbušných scén.

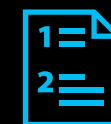
Rozchod snášejí jedinci s hraniční poruchou osobnosti zpravidla velmi špatně, zesiluje jejich pocity opuštění a osamělosti. Partnerovi slibují, pak přechází i ve vyhrožování sebevraždou, a bohužel se o sebevraždu i často pokoušejí. Kdy je to volání o pomoc a kdy je to míněné jako rozhodnutí zemřít, často sami nevědí, protože v emoční bouři se jasnost rozhodnutí mění. 10 % nakonec suicidiem zemře. Partner pak dostává dopis, že ho má na svědomí. Může se také stát, že kvůli svému strachu z osamění se jedinec s emočně nestabilní osobností upne na děti. Chce si tím pojistit, že nezůstane sám. Dítětem by si také mohl nahradit partnera. Děti si k sobě snaží připoutat, aby ho nikdy neopustily, a vytvoří tak s nimi nezdravý závislý vztah. Často přes děti citově vydírá nebo trestá „zlého“ ex-partnera.

Výzkum Whisman a Schonbruna (56) prokázal spojitost mezi hraniční poruchou osobnosti a manželským stresem, násilím a rozpadem vztahu. Závažnost symptomů HPO pozitivně korelovala s výskytem stresu v manželství, násilí v rodině a rozpadem manželství. Hraniční rysy tak predisponují partnera k nízké spokojenosti a vyšší míře verbální agrese ve vztahu (57). Emoční labilita a difuze identity predisponují jedince k problémům v manželství. Pro každé manželství je obtížné, když jeden z partnerů nikdy neví, jak bude jeho partner reagovat, a to z hodiny na hodinu a ze dne na den.

Paranoidní porucha osobnosti

Hlavním rysem paranoidní poruchy osobnosti je celoživotní nedůvěřivost vůči jiným lidem. Jde o hypersenzitivní, rigidní a podezíravé jedince, kteří často podléhají žárlivosti, závisti. Jsou extrémně citliví na kritiku, nezájem, nezdary, domnělé odmítnutí nebo urážky (7, 8). Typická je tendence mylně chápat chování druhých jako nepřátelské nebo opovržlivé, i když je neutrální nebo dokonce přátelské. To se často týká i partnerského vztahu. Typická je i nadměrná citlivost k nezdarům, kritice, neomlouvání domnělých urážek a tendence k tvrdošíjnému boji za svá domnělá práva (58). Mají často tendenci za své neúspěchy obviňovat druhé. Za důkazy svých podezření považují často detaily, které je možné si vysvětlit celou řadou jiných možností. Tito lidé neumějí odpustit zranění, i v neutrálních reakcích vidí ponižování, mají tendenci reagovat uraženě a trvale cítí zášť. Jejich mezilidské vztahy bývají konfliktní, protože snadno podezírají okolí z nekalých úmyslů a ze zneužívání.

Při seznámení s partnerem působí jedinec s paranoidní poruchou osobnosti jako člověk, který je často velmi zaujatý nějakým svým zájmem, názorem, např. politickým, kterým přímo žije. Mluví většinou o něm a bývá to poutavé. Partner jím bývá okouzlen. Když mu však někdo odporuje, je schopný se do krve pohádat a bránit. Postupně nastane i v partnerském vztahu neustálé hledání skrytých motivů a očekávání, že se partner bude chovat nefér. To vede k odmítavým reakcím druhého, což paranoidního jedince v jeho přesvědčeních dále utvrzuje. Mohou trpět opakovaným neoprávněným podezříváním, pokud jde o sexuální věrnost partnera nebo se zabývají nepodloženým „konspiračním“ vysvětlováním událostí kolem sebe nebo ve světě vůbec. V partnerském soužití se snaží tyto domnělé pokusy



o ublížení co nejlépe zdokumentovat. Mohou se stát „detektivy“, kontrolují mobily, nainstalují kamery a odposlouchávají, partnera sledují. Největším problémem bývá vystupňovaná paranoidní žárlivost.

Disociální porucha osobnosti

Základní charakteristikou disociální poruchy osobnosti je dlouhodobý vzorec sociálně anetického chování, které odráží nezájem o práva druhých osob. Vzhledem k časným dětským zkušenostem je pro ně charakteristický nelítostný nezájem o city druhých, chybí jim soucit a empatie. V dospělosti se často se projevují promiskuitou, kriminálním chováním, manipulací, provokacemi a zneužíváním druhých. Toto chování nelze dostatečně ovlivnit zkušeností, včetně trestu (7, 8). Disociální jedinci mívají nízkou frustrační toleranci a nízký práh pro výbuchy agresivity a násilí. Mají problém odložit potěšení nebo ukojení. Lhostejnost k společenským pravidlům a závazkům, morálce, zvykům, nedostatek citu a chladný nezájem o ostatní jsou typické. Nemívají pocity viny. To vše se může významně projevovat v partnerském vztahu. Za všechny nezdary obviňují druhé a své konfliktní jednání omlouvají a racionalizují. Disociální porucha osobnosti je také často spojená se závislostí a s abúzem návykových látek (59).

Tito jedinci zpravidla nedokáží udržet trvalý vztah, mají velmi nízkou frustrační toleranci a nízký práh pro výbuchy agresivity a násilí. Nechávací se žít, pokud jim to partner nedopřeje, hledají jiného partnera, který by jim to umožnil.

V počátcích vztahu se dovedou velmi dobře a dlouho ovládat a přetvařovat, pokud v tom vidí prospěch pro sebe. Pokud ale dosáhnou svého, nepovažují již za důležité plnit své sliby. Často lžou, neplní

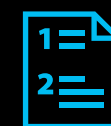
závazky a povinnosti, jsou egoističtí. Co bude s partnerem a s dětmi, z čeho budou žít, neřeší, domů docházejí jen občas, aby naplnili svoje potřeby. Občas si bohužel také potřebují vybit svůj vztek, často právě na partnerovi. Mívají výbušnou povahu a rychle reagují agresivitou. Čas tráví i ve výkonu trestu za krádeže nebo za ublížení na zdraví, ale protože se nejsou schopni poučit z důsledků svého chování ani z trestu, po propuštění dále pokračují ve svém životním stylu.

Muži s disociální osobností se méně často žení. Výzkum realizovaný Burtem a kol. (60) v USA u 289 párů jednovaječných dvojčat mužského pohlaví prokázal, že pouze 59 % bylo ženatých ve věku 29 let. Zároveň autoři zjistili, že u ženatých jedinců se vyskytovalo asociální chování v menší míře než u dvojčete svobodného. Vysvětlením je určitá selekce, kdy muži s menší mírou asociálního chování se s větší pravděpodobností ožení než ti ostatní. Zároveň se manželství pravděpodobně podílí na snížení asociálního chování mužů. Výzkum na vzorku 475 problematických chlapců sledoval jejich vývoj od adolescence po dospělost, zjistil, že manželství se podílelo na 35 % poklesu kriminální činnosti (61). I další studie prokázala, že manželství se podílí na poklesu kriminálního chování (62).

Tabulka 2: Typické postoje, potřeby a chování jedinců s poruchami osobnosti v partnerském vztahu a časté reakce partnera na ně, které vedou k napětí nebo konfliktům.

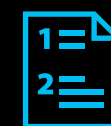
Závěr

Přesto, že chybí dostatek studií, které by hodnotily jednotlivé interakce a problémy jedinců s poruchou osobnosti a zčásti informace pocházejí spíše ze specifické poradenské a klinické zkušenosti odborníků, je porozumění partnerským vztahům u poruch osobnosti důležitou oblastí. Jak podcenění vlivu poruchy

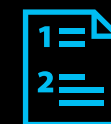


Tabulka 2. Typické postoje, potřeby a chování jedinců s poruchami osobnosti v partnerském vztahu a časté reakce partnera na ně, které vedou k napětí nebo konfliktům

Porucha osobnosti	Postoje k sobě	Postoje k druhým	Podmíněná pravidla	Kompenzátorní chování / nadměrně rozvinuté strategie	Nedostatečně rozvinuté strategie	Reakce partnera (typy komplementárních reakcí)
Paranoidní	Jsem zranitelný. (Kompenzatorní: Nedám se. Jsem silný.)	Druzí lidé jsou zlí.	Kdybych druhým věřil, mohli by mi uškodit. Když si dám pozor, můžu se ubránit.	Ostražitost; Nedůvěřivost; Podezřívavost; Hledání skrytých motivů u druhých; Obviňování, Útočení, Stěžování si; Neodpouštění	Klid Důvěra Přijímání druhých	Vyhýbání se „výslechům“; Obavy z dalšího výsledku; Odmítání či zlostné reakce na podezírání či špehování; Mlžení, vykrucování se; Devalvace nedůvěřivosti; Rozchod
Schizoidní	Jsem nepřizpůsobivý. Jsem soběstačný. Jsem samotář.	Druzí mi nemají co nabídnout.	Když si budu od druhých udržovat odstup, bude se mi dařit lépe. Kdybych se snažil mít vztahy, nefungovaly by. Vztahy nic nepřinášejí.	Autonomie Stažení se Vytváření si odstupů	Intimita Reciprocita Svěřování Sdílení	Tlaky na přiblížení a svěřování Vynucování komunikace a projevení zájmu Tendence diktovat
Disociální	Jsem zranitelný. Jsem osamělý. (Kompenzatorní: Jsem silný a chytřý (vychytralý))	Druzí by mě mohli vykořistovat, zneužívat.	Když nebudu jednat první, mohou mi ublížit. Když můžu využít první, budu ve výhodě. Druzí jsou ťulpasové.	Bojovnost Potlačování druhých Využívání druhých Manipulace Napadání druhých Snaha kořistit na druhých Kradení apod.	Empatie Reciprocita Sociální citlivost	Poddávání se, sloužení, závislost; Snaha získat citlivější chování; Role „oběti“; Snaha napravovat, moralizovat; Reznice
Hraniční	Jsem vadný. Jsem bezmocný. Jsem zranitelný. Jsem špatný.	Druzí lidé mě zradí, opustí. Lidem se nedá věřit.	Kdyby to záviselo jen na mně, nepřežil bych. Když budu věřit druhým, opustí mě. Když budu závislý na druhých, přežiji, ale nakonec budu opuštěn.	Kolísá mezi extrémními chováními. Zdůrazňuje svoji sílu; Útočí; Rezignace; Bojuje s autoritami; Vyžadování pravdivosti od ostatních; Konfrontuje	Stabilita; Systematickosti; Cílevědomost; Kontrola afektů; Odkládání impulzů	Zachraňování Kritika Odmítání Zlostné reakce Rezignace Opuštění



Histriónská	Nic nejsem. (Kompenzatorní: Jsem velkolepý.)	Druzí si mně nebudou vážit pro mě samotného. (Kompenzatorní: Lidé jsou takdy proto, aby mi sloužili nebo aby mě obdivovali.	Když nebudu zábavný, nebudu pro druhé přitažlivý. Když se budu chovat dramaticky, získám pozornost druhých a jejich přijetí.	Předvádění se; Dramatizace; Sebevysvětlení; Nepřesnost; Přehánění; Provokování; Vytváření „konspirací“, interakčních manipulativních her; Pomlouvání; Vyhrožování suicidiem	Reciprocita Kontrola Systematicnost	Moralizování, „umravňování“; Snaha kontrolovat; Ironizování; Shazování emočních reakcí a vymýšlení si; Agresivní chování od slovního až po fyzické napadání. Nebo naopak podlehání manipulaci a „sloužení“
Anankastická	Můj svět se může vymknout z kontroly.	Druzí mohou být neodpovědní.	Když nebudu 100% zodpovědný, může se mi zřítit svět. Když zavedu přesná pravidla, dopadne to dobře.	Rigidně kontroluje druhé. Aplikuje pravidla Vysoká odpovědnost Systematizace; Moralizování, hodnocení druhých	Spontaneita Impulzivita Přijetí názoru druhého	Nucení k vyjadřování emocí; Provokování; Bouření de rigidním pravidlům nebo unikání z nich; Přenechávání odpovědnosti; Boj o míru kontroly
Vyhýbavá	Jsem nežádoucí, Nekompetentní; Společensky neobratný	Druzí lidé mě odmítnou	Kdyby mě lidé skutečně poznali, odmítli by mě. Když se budu přetvařovat, možná mě přijmou.	Sociální zranitelnost Vyhýbání se Tlumení	Vyhýbá se intimitě; Vyhýbá se hodnotícím situacím. Chybí asertivita; Sebedůvěra; Družnost	Povzbuzování, litování, pomahání; Podceňování, využívání závislosti
Závislá	Jsem bezmocný	Druzí lidé by se o mě měli postarat	Kdybych se spoléhal na sebe, selhal bych. S pomocí druhých přežiju, budu šťastný apod. Potřebuji druhé, aby mi stále dodávali podporu a odvahu.	Vyhledávání pomoci Spoléhá se na druhé lidi Pěstuje závislé vztahy Přilnavost	Soběstačnost Pohyblivost	Starání se o partnera, dominantní chování, Využívání partnerovy závislosti; Projevy nadřazenosti a pohrdání; Odmítání závislých projevů, výsměch; Agresivní chování až týrání; Vyhledávání flirtů se „svobodnějšími“ typy

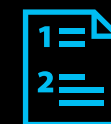


Narcistická	Jsem méně než druzí. (Manifestní kompenzatorní přesvědčení: Jsem lepší než druzí.)	Druzí jsou lep- ší. (Manifestní kompenzator- ní přesvědčení: Druzí jsou horší.)	Když se mnou druzí za- cházejí normálně, zname- ná to, že si o mně mys- lí, že jsem horší. Jsem ori- ginál, potřebuji speciální pravidla.	Sebezdůrazňování; Soutěživost; Vyžadování zvláštního zacházení	Sdílení; Identifikace se skupinou	Podřizování se, obdiv. sloužení; Boj o vlastní dů- ležitost; Kritizování a po- smívání; Trestání úspěchu; Znevažování lehkomysl- nosti a předvádění se
Depresivní	Jsem bezmocný a slabý.	Druzí oceňu- jí jen silné a usi- lovné	Pokud budu výkonný, budou mě mít ostatní rádi	Vidění překážek a vlastních nedostatků; Pracovitost; Sebekritika; Vyhovění dru- hým; Symbiotické těsné vztahy	Zvládání kriti- ky; Samostat- nost; Prožívá- ní vzteku či agrese; Říká- ní si o vlastní potřeby; Svo- bodné vztahy	Kritika, využívání pro se- be; Řízení, rady; Odmítá- ní, devalvace; Povzbuzo- vání, „svaté lži“; Odmítání uznat zásluhy; Odmítání pro nesamostatnost
Pasivně agresivní	Jsem soběstač- ný. Jsem zrani- telný vůči kont- rolování a zasa- hování.	Druzí kontrolu- jí, zasahují, vyža- dují, jsou domi- nantní	Kontrola od druhých je nesnesitelná. Musím si dělat věci po svém.	Autonomie; Rezistence; Pasivita; Na povrchu přizpů- sobivost. Sabotování; Mění pravidla.	Intimita; Asertivita; Aktivita; Ko- operativnost	Naléhání, snaha navrho- vat, dojít dohody či kom- promisu; Kritika; Výbuchy zlosti; Rezignace

osobnosti na partnerský vztah, tak stigmatizace těchto jedinců poradcem nebo terapeutem nebo protipřenos mohou výrazně zhoršovat šanci na utvoření a udržení kvalitního partnerského vztahu, nebo dokonce pár iatrogeně poškodit. Pro lepší porozumění situaci jsou však potřebné kontrolované studie, protože jinak hrozí nadhodnocení jedinečných problémů a jejich generalizace na celek.

Literatura

1. Terman LM, Bittenwieser P, Ferguson LW, Johnson WB, Wilson DP. Psychological factors in marital happiness. New York: McGraw-Hill; 1938.
2. Karney BR, Bradbury TN. The longitudinal course of marital duality and stability. *Psychological Bulletin* 1995; 118: 3–34.
3. Chen H, et al. Adolescent personality disorders and conflict with romantic partners during the transition to adulthood. *Journal of Personality Disorders*. 2004; 18: 507–525.
4. Johnson JG, Chen H, Cohen P. Personality disorder traits during adolescence and relationships with family members during the transition to adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004; 72: 923–932.
5. Pagano ME, Skodol AE, Stout RL, Shea MT, Yen S, Grilo CM, Sanislow CA, Bender DS, McGlashan TH, Zanarini MC, Gunderson JG. Stressful life events as predictors of functioning: Findings from the Collaborative Lon-



gitudinal Personality Disorders Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004; 110: 421–429.

6. McNulty JK, Widman L. Sexual Narcissism and Infidelity in Early Marriage. *Arch Sex Behavior* 2014; 42: 1021–1032

7. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. (přeloženo z anglického originálu) Praha, Psychiatrické centrum 1996; 134: 179.

8. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington 2013.

9. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(7): 948–958.

10. Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ 3rd, Brown CH, Costa PT Jr, Nestadt G: Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 536–542.

11. Weissman MM. The epidemiology of personality disorders: a 1990 update. *Journal of Personality Disorder* 1993; 7: 44–62.

12. Norton K. Health of nation: personality disorders. *British Medical Journal* 1992; 304: 255–256.

14. Loranger AW. The impact of DSM-III on diagnostic practice in a university hospital. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 672–675.

15. Prasko J, Houbová P, Novák T, Záleský R, Espa-Cervená K, Pasková B, Vyskocilová J. Influence of personality disorder on the treatment of panic disorder-comparison study. *Neuro Endocrinol Lett* 2005; 26(6): 667–674.

16. Vyskocilova J, Prasko J, Novak T, Pohlova L. Is there any influence of personality disorder on the short term intensive group cognitive behavioral therapy of social phobia? *Biomed Pap* 2011; 155(1): 85–94.

17. Hirschfeld. The Williamsburg Conference on Pers. Disorders, *Journal Of Personality Disorders*, 1993; 7: 43–52.

18. Kosky and Thorne, *Journal of Personality Disorders*. 2001: 43–52.

19. South SC, Turkheimer E, Oltmanns TF: Personality Disorder Symptoms and Marital Functioning. *Consult of Clinical Psychology*. 2008; 76: 769–780.

20. Oltmanns TF, Friedman JN, Fiedler ER, Turkheimer E. Perceptions of people with personality disorders based on thin slices of behavior. *Journal of Research in Personality*. 2004; 38: 216–229.

21. Daley SE, Burge D, Hammen C. Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: Addressing issues of specificity. *Journal of Abnormal Psychology* 2000; 109: 451–460.

22. Dutton DG. Intimate abusiveness. *Clinical Psychology: Science & Practice*. 1995; 2: 207–224.

23. Edwards DW, Scott CL, Yarvis RM, Paizis CL, Panizzon MS. Impulsiveness, impulsive aggression, personality disorder, and spousal violence. *Violence & Victims*. 2003; 18: 3–14.

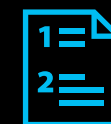
24. Tweed R, Dutton DG. A comparison of impulsive and instrumental subgroups of batterers. *Violence and Victims*. 1998; 13: 217–230.

25. Verreault M, Sabourin Lussier I, Normandin L, Clarkin JF. *Journal of personality assessment* 2013; 95:

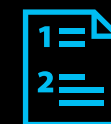
26. Kernberg OF, Clarkin JF. *The inventory of of Personality Organization*, White Plains, NY, 1995.

27. Bouchard S, Sabourin S. Relationship quality and stability in couples when one partner suffers from borderline personality disorder; *Journal of Marital and Family Therapy*, 2009; 35: 446–455.

28. Watson D, et al. Structures of personality and their prevalence to psychopathology. *Jornal of Personality* 2008; 76: 15545–1585.



- 29.** Lenzenweger MF, Clarkin JF, Kernberg O, Foelsch PA. The inventory of Personality Organization. *Psychological Assessment*, 2001; 13: 577–591.
- 30.** Robins a kol. Two personalities, one relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2000; 79: 251–259.
- 31.** Humbad Donnellan MB, Iacono WG, Burt SA. The association of marital quality with personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology* 2010; 119: 151–162.
- 32.** Klimeš J. Partneři a rozchody. Portál, 2005.
- 33.** Robins RW, Caspi A, Moffitt TE. It's not just who you're with, it's who you are: Personality and relationship experiences across multiple relationships. *Journal of Personality*. 2002; 70: 925–964.
- 34.** Wilson TD. Strangers to ourselves: Discovering the adaptive unconscious. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2002.
- 35.** Norman WT. Relations among self perceptions, peer perceptions and expected peer- perceptions of personality attributes. *Multivariate Behavioral Research*. 1969: 417–443.
- 36.** Benjamin LS. Interpersonal reconstructive therapy: Promoting change in nonresponders. New York: Guilford; 2003.
- 37.** Beck AT, Freeman A, Davis DD: Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford; 2004.
- 38.** Linehan MM, Dexter-Mazza ET. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. NY, US: Guilford Press, 2008: 365–420.
- 39.** Praško J, Herman E, Horáček J, Houbová P, Kosová J, Možný P, Pašková B, Preiss M, Šlepecký M. Poruchy osobnosti. Praha: Portál 2003.
- 40.** Estergerg ML, et al. *Psychopathology Behav. Assessment*. 2010; 32: 515–528.
- 41.** Kratochvíl. Manželská terapie. Portál, Praha, 2000.
- 42.** Polák A. Dynamická neurologia. Psyche Educa, Bratislava: 2013.
- 43.** Látalová K, Kamarádová D, Praško J. Komplikované truchlení a jeho léčba. *Psychiatrie* 2023; 17(4): 181–188.
- 44.** Malinow KL. Passive-aggressive personality. In: Lion JR (ed.): *Personality Disorders: Diagnosis and Management*. 2nd edition. Williams & Wilkins 1981: 121–132.
- 45.** Ehrensaft M, Cohen P, Johnson JG. Development of personality disorder symptoms and the risk for partner violence. *Journal of Abnormal Psychology* 2006; 115: 474–483.
- 46.** Goldman GS. Reparative psychotherapy. In: Rado S, Daniels GE (eds.): *Changing Concepts of Psychoanalytical Medicine*. New York, Grune & Stratton, 1956: 101–113.
- 47.** Funder DC. *Personality Annual Review of Psychology* 2001; 52: 197–221.
- 48.** Modell AH. A narcissistic defense against and the illusion of self-sufficiency. *Int J Psychoanal* 1975; 56: 275–282.
- 49.** Kernberg OF. Love relations: Normality nad pathology, New Haven, CT: Yale University Press, 1992.
- 50.** Kernberg OF. Normální a patologická láska. Portál, Praha 1999.
- 51.** Widman L, Mc Nulty JK. Narcissism and sexuality. *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorders: Theoretical approaches, ampirical findings and treatment*. Hoboken. NY. Wiley: 351–359.
- 52.** Campbell L, Kashy DA. Estimating actor, partner, and interaction effects for dyadic data using PROC MIXED and HLM: A user-friendly guide. *Personal Relationships*. 2002; 9: 327–342.
- 53.** Simpson, Gangestad: Individual differences in sociosexuality: Evidence for convergent and diskriminant validity. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 60: 870–883.
- 54.** DeWall CN, et al. Avoidant attachment interest in alternatives andinfidelity. *Journal of Persnality and Social Psychology* 2011; 101: 1302–1316.



- 55.** Buss DM, Shackelford TK. Jusceptibility to infidelity in the first year of marriage. *Journal of Research in Personality*, 1997; 31: 193–221.
- 56.** Whisman MA, Schonbrun YC. Social consequences of borderline personality disorder symptoms in a population-based survey: marital distress, marital violence, and marital disruption. PubMed, 2013;
- 57.** McGlashan, et al. Two-year prevalence and stability of individual DSM IV criteria for personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162: 883–889.
- 58.** Bernstein DP, Ueda D, Siever LJ. Paranoid personality disorder: a review of its current status. *J Personal Dis* 1993; 7: 53–62.
- 59.** Dinwiddie SH, Reich T, Cloninger CR. Psychiatric comorbidity and suicidality among intravenous drug users. *J Clin Psychiatry* 1992; 53(10): 364–369.
- 60.** Burt SA, Donnellan MB, Hummer MN, Hicks BM, McGue M, Iacono WG: Does marriage inhibit antisocial behavior? PubMed, 2008, PMC 3057675.

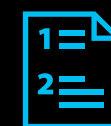
- 61.** Sampson RJ, Laub JH, Wimer C. Does marriage reduce crime? A counterfactual approach to within-individual causal effects. *Criminology* 2006; 44: 465–508.
- 62.** Horney JD, Osgood W, Marshall IH. Criminal careers in the short term: Intra-individual variability in crime and its relation to life circumstances. *American Sociological Review* 1995; 60: 655–673.

Článek doručen redakci: 11. 11. 2014

Článek přijat k publikaci: 17. 12. 2014

PhDr. Petra Kasalová

*Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc,
Lékařská fakulta Universita Palackého v Olomouci
I. P. Pavlova 6, 779 00 Olomouc
petrakasalova@volny.cz*



Role sestry při péči o tělesné zdraví nemocných schizofrenií

Mgr. Jiřina Hosáková, doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

Nemocní se schizofrenií oproti duševně zdravým lidem trpí zvýšenou předčasnou mortalitou a závažnou tělesnou morbiditou. Cílem této přehledové práce je seznámit čtenáře s možnostmi, jak sestry mohou pomáhat lékařům v lepší péči o tělesné zdraví pacientů se schizofrenií. Možnost zapojení sester v prevenci závažných tělesných onemocnění osob trpících schizofrenií spočívá zejména v edukaci a následném monitorování, které se týká zdravého životního stylu, množství a složení stravy, pohybové aktivity a zneužívání návykových látek. Tato oblast byla v České republice doposud zanedbávána, chybí ošetrovatelské studie z našeho prostředí a nebyla formulována vodítka, jak při edukaci o zdravém životním stylu postupovat. Lze však předpokládat, že v souvislosti se započatou reformou psychiatrické péče v ČR a narůstajícím významem komunitní péče dojde k pokroku i v této oblasti psychiatrie.

Klíčová slova: schizofrenie, tělesné zdraví, prevence, edukace, ošetrovatelství.

Role of nursing in the care about physical health in patients with schizophrenia

Patients with schizophrenia as compared to mentally healthy people suffer from increased premature mortality and serious physical morbidity. The aim of this review is to describe how nurses can help physicians in a better care about physical health in schizophrenia patients. The basis of nursing in the prevention of physical morbidity in schizophrenia lies in education and monitoring related to a healthful living style, quality of nourishment, physical activity and substance abuse. This field has been neglected in the Czech Republic so far. Nursing studies from the Czech setting and nursing educational guidelines are still missing. However, we can anticipate a progress in this part of psychiatry in a connection with the initiated mental health care reform and an increasing stress on extramural care for mentally ill people.

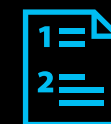
Key words: schizophrenia, physical health, prevention, education, nursing.

Psychiatr. praxi 2015; 16(1e): e22–e26

Úvod

Pacienti, kteří onemocněli schizofrenií, mají častěji výskyt některých závažných tělesných komplikací oproti duševně zdravým lidem. To nejen ovlivňuje celkový zdravotní stav, ale také zhoršuje kvalitu života duševně nemocných. Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 uklá-

dá sestrám mimo jiné i povinnost edukace a podpory zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí nemocných prostřednictvím cílených aktivit. U pacientů se schizofrenií jsou zaznamenány některé tělesné zdravotní komplikace, které může sestra pravidelně monitorovat a cílenou péčí ovlivnit. Conolly (1) uvádí, že příčinou



úmrtí nemocných schizofrenií jsou nejčastěji kardiovaskulární onemocnění a onemocnění dýchacího ústrojí. Přispívat k jejich vzniku může i nevhodný životní styl a nezáměr o vlastní zdraví (2). Cílem tohoto příspěvku je orientačně zmapovat výskyt nejčastějších tělesných zdravotních komplikací u nemocných se schizofrenií a identifikovat roli sestry v péči o tuto skupinu pacientů. Cílem našeho článku naopak není podat vyčerpávající přehled somatické problematiky u nemocných schizofrenií, neboť ta je podrobně popsána v lékařské literatuře (např. 3, 4).

Metodika

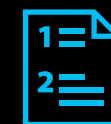
Relevantní studie k danému tématu byly vyhledány v níže uvedených elektronických databázích. Za použití Booleovských operátorů a kombinace klíčových slov „schizofrenie, sestra, zdraví a životní styl“ v českém a anglickém jazyce byly prohledány databáze SCOPUS, EBSCO, CINAHL, BioMed Central a Web of Science. Výběr nalezených studií byl omezen na plnotextové publikace zveřejněné v období 1997 až 2014. Z generovaných odkazů byly vyřazeny studie, které monitorovaly zdravotní stav v souvislosti s léčebnými postupy, zahrnující psychiatrickou problematiku jen okrajově a jejichž výsledky neměly dopad na ošetrovatelskou péči.

Výsledky

Z nalezených závěrů vyplynulo, že lidé se schizofrenií mají vyšší předčasnou mortalitu a vyšší riziko fyzických zdravotních problémů oproti celkové populaci. Tosh (3) upozorňuje na vyšší výskyt kardiovaskulárních problémů, infekčních chorob (včetně HIV a AIDS), diabetu, onemocnění dýchacích cest a onkologických onemocnění. Ve zvýšené míře byla zaznamenána i obezita nemocných. (4) Studie

opakovaně prokazují oproti obecné populaci také 2–3krát vyšší předčasnou mortalitu. (např. 4, 5) Joukamaa (6) poukazuje i na průměrnou délku života, která je u nemocných se schizofrenií o 10 let kratší oproti duševně zdravým lidem. Z ošetrovatelského hlediska jsou významné i poruchy hybnosti a případná inkontinence pacientů, trpících schizofrenií. U nemocných se schizofrenií lze zachytit chyby ve stravování a nevhodný životní styl, dalším častým rizikovým faktorem je kouření. Na vzniku některých zdravotních komplikací se částečně podílí i nespolupráce pacientů se zdravotníky. Jiné tělesné zdravotní komplikace, například tromboembolie, mohou být navozeny psychofarmaky (7).

Ze závěrů nalezených studií vyplývá, že častým problémem jsou poruchy v oblasti výživy. Zajištění plnohodnotné stravy a tekutin v dostatečném množství není v silách nemocných. U pacientů se schizofrenií je zachycen vysoký výskyt obezity z důvodu nevyvážené stravy, hrozí však i riziko podvýživy. Hardy a Grey (8) sledovali po dobu jednoho týdne složení a příjem stravy u nemocných schizofrenií, žijících v domácím prostředí. Jejich šetření prokázalo závažné nedostatky ve stravě. Většina nemocných přijímala minimum ovoce a zeleniny, jídla se opakovala a často se jednalo o potraviny z konzerv. Strava byla příliš bohatá na cukry. Nemocní uváděli, že ovoce a zelenina jsou pro ně nedostupné z finančních důvodů. Preferenci konzervovaných potravin odůvodňovali tím, že nejsou schopni si teplé jídlo uvařit nebo je zajistit jiným způsobem. Studie prokázala, že pro změnu jídelníčku měl sledovaný vzorek respondentů nedostatečné znalosti a vlastní stravu považoval za dobrou. U většiny sledovaných respondentů byl rovněž zaznamenán nedostatečný příjem tekutin, jako důvod nemocní uváděli chybějící pocit žízně. Po intervenci sester došlo částečně ke změně stravovacích návyků.



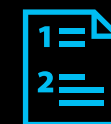
Nutriční stav lze orientačně určit hodnotou Indexu tělesné hmotnosti (Body Mass Index, BMI). Vhodným, ale časově náročným na vyhodnocení, je vedení stravovacích deníků pacientem. Dále lze použít některý ze standardizovaných testů, například Škálu pro hodnocení stavu výživy (Mini Nutritional Assessment) nebo Nottinghamský dotazník. Pro hodnocení rizika malnutrice slouží screeningový nástroj Malnutrition Universal Screening Tool, pro hodnocení malnutrice u seniorů je určen dotazník Škála pro orientační hodnocení stavu výživy (Mini Nutritional Assessment, MNA) (9). U nemocného by měla být zároveň hodnocena úroveň schopnosti sebepéče. Zde je možno využít například Barthelův test základních všedních činností (ADL), Dotazník funkčního stavu (FAQ-CZ), Dotazník soběstačnosti (DAD-CZ) nebo Bristolskou škálu aktivit denního života (DADLS-CZ). Tyto nástroje jsou k dispozici v české verzi.

Častým psychiatrickým problémem u schizofrenie je nadužívání návykových látek. Nejčastěji se jedná o kouření. I když není jasně prokázán pozitivní účinek nikotinu na kognitivní funkce, je dokumentována souvislost mezi kouřením, klinickými příznaky, snížením anxiety a úpravou sociálního kontaktu u schizofrenních pacientů, kdy kouření napomáhá ke zlepšení stavu (10). Masopust (4) uvádí, že kouření je u pacientů se schizofrenií rizikovým faktorem, který zvyšuje předčasnou mortalitu 2–3× oproti duševně zdravé populaci. Nelze předpokládat, že pacienti zcela přestanou kouřit. Sestra ale může informovat o rizicích spojených s užíváním návykových látek a vést nemocné alespoň ke snížení denního počtu cigaret.

Komplikací při užívání některých psychofarmak je přítomnost inkontinence moči a výjimečně i stolice, kdy nemocný většinou není schopen dojít na toaletu včas nebo necítí naléhavost defekace. Inkontinence ovlivňuje subjektivní vnímání kvality života pacientů.

Psychofarmaka nemusejí být jedinou příčinou inkontinence. Bonney et al. (11) sledovali výskyt urgentní inkontinence u nemocných se schizofrenií, afektivní poruchou a jinou psychiatrickou diagnózou. U schizofrenních nemocných prokázali statisticky významně zvýšený výskyt mozkových abnormalit spojených s urgentní inkontinencí. Příčinou inkontinence nebyla podávaná medikace, ale hyperreflexie močového měchýře. Při snížení tělesné aktivity a dlouhodobém užívání některých psychofarmak dochází naopak k výskytu zácpy. Tento stav může být negativně podpořen i nedostatečným příjmem tekutin a nevhodným složením stravy. Sestra při hodnocení stavu nemocného může cílenými dotazy zjistit přítomnost inkontinence, informovat o možnostech získání a způsobu používání vhodných kompenzačních pomůcek a doporučit úpravu stravy a hydratace. Tato opatření mohou vést k pozitivnímu ovlivnění daného problému.

U pacientů se schizofrenií je opakovaně zaznamenána nízká úroveň fyzické aktivity. Převážně bývá důvodem nedostatek zájmu a motivace. Sedavý způsob života je rizikovým faktorem kardiovaskulárních poruch, vede ke zhoršené tělesné pohyblivosti a celkovému zhoršení tělesného stavu. Sigmundová a Látalová (2) uvádějí výsledky studie nemocných se schizofrenií, kteří absolvovali tříměsíční program na podporu fyzické kondice. Po jeho ukončení bylo u účastníků zjištěno zvýšení síly, vytrvalosti a pohybové flexibility, došlo ke snížení tělesné hmotnosti i poklesu hodnot krevního tlaku. Subjektivně pacienti udávali pocit zlepšení tělesného stavu. Autorky (2) upozorňují i na skutečnost, že nevhodný životní styl nemocných se schizofrenií je obecně známým faktem, není však nijak systémově řešen. Existují definované stanovené doporučené postupy při farmakologické léčbě, není ale stanoven postup pro zajištění zdravého životního stylu. Východisko vidí v diskuzi širo-



ké odborné veřejnosti, složené z psychiatrů, praktických lékařů a dalších odborníků a následně ve vytvoření behaviorálních přístupů a laboratorních screeningových vyšetření, která povedou ke zlepšení zdravotního stavu této specifické skupiny nemocných. Určitým pokrokem v této oblasti je Program pro dobré zdraví, skupinový edukační program určený pro ambulantní pacienty trpící psychotickým onemocněním. Jeho úkolem je zlepšení celkového životního stylu, zdravotního stavu a udržení motivace ke zlepšení stravovacích návyků duševně nemocných lidí. Je však využíván jen na některých pracovištích, nedosáhl významného rozšíření.

Za rizikový faktor tělesných onemocnění lze považovat i vlastní přístup nemocného. Následkem progresu duševní choroby nemocní přestávají dbát o vlastní tělesné zdraví, nepodstupují pravidelné preventivní prohlídky a lékařskou péči vyhledávají až v případě zdravotních potíží nebo na nátlak okolí. Je patrný nezáměr o aktivity podporující zdraví a neschopnost a neochota dodržovat zdravotní doporučení. Ustohal (12) upozorňuje na častou a závažnou nonadherenci u schizofrenie po první atace choroby, kdy se za nespolupráci považuje přerušování příjmu ordinarované medikace a nedocházení na pravidelné kontroly k lékaři. Cituje výsledky Coldhama et al., kteří udávají úplnou nespolupráci pacientů během prvního roku po první atace choroby u 39 % nemocných a částečnou u 20 % pacientů.

Moderní ošetrovatelství je založeno na realizaci individualizovaného uspokojování potřeb pacientů a jejich blízkých. Edukace je jednou z kompetencí sester a v rámci své praxe ji mají systematicky provádět. Tosh (3) ve svém přehledu zdůrazňuje hrubě poddimenzované poradenství v otázkách tělesného zdraví nemocných se schizofrenií a možných následných komplikací. Zou

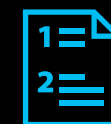
(13) se ve své metaanalýze zabývala vhodným obsahem a minimálním počtem edukačních sezení u nemocných schizofrenií. Její výsledky ukázaly, že pokud má být výchova zaměřená na vlastní zdraví účinná, měl by být počet intervenčních sezení vyšší než 10 a obsah by měl být zaměřen na pravidelný příjem léků, identifikaci varovných příznaků relapsu, plán prevence relapsu, zvládání běžných denních činností a v neposlední řadě na životní styl.

Diskuze

Cílem tohoto příspěvku bylo uvést nejčastěji se vyskytující somatické zdravotní potíže u pacientů se schizofrenií a popsat roli sestry při jejich ošetřování.

Plánovaná reforma psychiatrické péče v naší zemi předpokládá rozvoj komunitních služeb a posílení role psychiatrických sester (14). V rámci ošetrovatelské péče se jeví vhodným pravidelně sledovat účast pacienta na léčbě, sestra může v souladu se svými kompetencemi opakovaně edukovat o rizicích spojených se zanedbáním léčby, pravidelně monitorovat výskyt rizikových faktorů, schopnost a úroveň sebepéče a vést nemocné ke změně jejich chování. O významu těchto aktivit svědčí i skutečnost, že v roce 2012 byly pro psychiatrické sestry definovány výkony Zavedení/ukončení individuální psychiatrické rehabilitace, Psychiatrická rehabilitace individuální, Edukace psychiatrickou sestrou a Reeducace psychiatrickou sestrou, které mají být hrazeny zdravotními pojišťovnami.

Limitace naší práce spočívá v tom, že literární rešerše byla realizována jen v několika elektronických bibliografických databázích, které jsou dostupné v Univerzitní knihovně Ostravské univerzity nebo jsou dostupné volně. Dalším omezením byla absence publikací zaměřených na tento problém z pohledu ošetrovatelství



v ČR, neboť tyto v současnosti nejsou v literatuře k dispozici. Předložený návrh vhodných opatření tedy vyplývá z informací získaných z nalezených zahraničních studií a z dlouholeté klinické praxe první autorky při ošetřování této skupiny nemocných.

Závěr

Naše analýza ukázala, že v literatuře jsou definovány jak rizikové faktory, tak nejčastěji se vyskytující somatické zdravotní problémy u nemocných se schizofrenií. Doposud je však publikováno jen minimum informací, jak se na jejich ovlivnění podílejí svou činností sestry v České republice. Dobrá orientace v dané problematice je přitom jedním z předpokladů psychiatrických sester pro zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče a jejich větší zapojení do prevence.

Literatura

1. Connolly M, Kelly C. Lifestyle and physical health in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment* 2005; 11: 125–132.
2. Sigmundová Z, Látalová K. Rizikové faktory životního stylu schizofrenních pacientů. *Psychiatrie pro praxi* 2008; 9: 22–27.
3. Tosh G, Clifton AV, Xia J, White MM. General physical health advice for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; 3. [cit. 2014-07-14]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008567.pub3/full>.
4. Masopust J, Malý R. Prevence kardiovaskulárního rizika a diabetu u nemocných schizofrenií: využití internetu v praxi. *Psychiatrie pro praxi* 2010; 11: 130–134.
5. Brown S, Mitchell C. Predictors of death from natural causes in schizophrenia: 10-year follow-up of a community cohort. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 2012; 1: 843–848.
6. Joukamaa M, Heliovaara M, Knekt P et al. Mental disorders and cause-specific mortality. *British Journal of Psychiatry* 2001; 179: 498–502.
7. Masopust J, Malý R, Vališ M. Risk of venous thromboembolism during treatment with antipsychotic agents. *Psychiatry & Clinical Neurosciences* 2012; 66: 541–552.
8. Hardy S, Gray R. The secret food diary of a person diagnosed with schizophrenia. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 2012; 19: 603–609.
9. Kozáková R, Jarošová D, Zeleníková R, Bocková S. Nástroje hodnocení nutričního stavu hospitalizovaných pacientů. *Hygiena* 2011; 56: 18–21.
10. Krishnadas R, Jauhar S, Elfer S, Shivashankar S, McCreadie RG. Nicotine dependence and illness severity in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 2012; 201: 306–312.
11. Bonney W, Gupta S, Hunter R, Arndt SV. Bladder dysfunction in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1997; 25: 243–249.
12. Ustohal L. Schizofrenie – compliance a adherence: spolupráce při léčbě. *Medicína po promoci* 2011; 6: 60–64.
13. Zou H, Li Z, Nolan MT, Arthur A, Wang H, Hu L. Self-management education interventions for persons with schizophrenia: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing* 2013; 22: 256–271.
14. Strategie reformy psychiatrické péče. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013; 77 s.

Článek doručen redakci: 21. 7. 2014

Článek přijat k publikaci: 25. 8. 2014

Mgr. Jiřina Hosáková

Ústav ošetrovatelství FVP Slezská univerzita v Opavě
Olbrichova 25, 746 01 Opava
jirina.hosakova@fvp.slu.cz



Schizofrenie a panická porucha

MUDr. Kristýna Vrbová¹, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.¹, Mgr. Marie Ocisková¹, doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.¹, MUDr. Daniela Jelenová¹

¹Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc

²Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Úvod: Část pacientů se schizofrenií zažívá opakované panické záchvaty, takže postižení splňují kritéria pro schizofrenii i panickou poruchu. Klasifikace psychických poruch, která používá hierarchický přístup, však nadřazuje diagnózu schizofrenie nad diagnózou panické poruchy. To může vést k tomu, že dopady panických záchvatů nejsou doceněny ani náležitě léčeny. Cílem práce je zjistit prevalenci panické poruchy u schizofrenních pacientů a dopady této komorbidity na klinický obraz a průběh choroby a zjistit možnosti léčby.

Metoda: Pomocí databází Medline a Web of Science byly identifikovány publikace pomocí klíčových slov „schizophrenia comorbidity“, „panic disorder“, „agoraphobia“. Další relevantní zdroje informací byly získány z citovaných děl u významných článků.

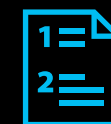
Výsledky: Prevalence komorbidní panické poruchy u schizofrenie se pohybuje od 6 % do 63 %. Závěry studií nejsou konzistentní. Byla postulována hypotéza o etiopatogenetické souvislosti schizofrenie a panické poruchy a hypotéza o existenci panické psychózy. Biologické důkazy pro jejich potvrzení jsou omezené. Tyto výsledky naznačují, že přítomnost panických příznaků u pacientů se schizofrenií mohou souviset s depresivním prožíváním, extrapyramidovými vedlejšími účinky a mohou přispívat k závažnosti pozitivních příznaků a negativně ovlivňovat kvalitu života.

Závěr: Výskyt komorbidní panické poruchy u pacientů se schizofrenií není výjimečný. Nejčastěji se vyskytuje u pacientů s paranoidním subtypem nemoci. Komorbidní panická porucha může zhoršovat pozitivní příznaky, vést k depresivitě, negativně ovlivňovat kvalitu života pacientů a zvyšovat suicidalitu. V léčbě jsou preferována atypická antipsychotika, případně kombinace s alprazolamem či clonazepamem.

Klíčová slova: komorbidita schizofrenie, panická porucha, agorafobie.

Schizophrenia and panic disorder

Introduction: Patients with schizophrenia might experience panic attacks and meet the criteria for both schizophrenia and panic disorder. Classification of mental disorders with hierarchical approach gives schizophrenia the first position before the panic disorder. The panic attacks might not be well recognized and adequately treated. The aim of this study is to determine the prevalence of panic disorder in schizophrenic patients, to recognise the impact of comorbidity on the clinical picture and the course of the disease, and to determine the appropriate/possible treatment.



Method: The articles were identified by the keywords “schizophrenia comorbidity” and “panic disorder”, or “agoraphobia”, using the Medline and Web of Science search. Additional sources were obtained by studying the references of summaries of important articles.

Results: The prevalence of comorbid panic disorder in patients with schizophrenia ranges from 16% to 63%, but the results are not consistent. Etiopathogenetical hypothesis of schizophrenia and panic disorder and also the concept of panic psychosis are discussed. There is a limited biological evidence to support those hypotheses. Data suggest that patients with schizophrenia and panic disorder exhibit higher rates of depression, suicidal ideation and increased extrapyramidal side effects. Panic comorbidity may worsen severity of positive and negative symptoms of schizophrenia and the overall quality of life.

Conclusion: Panic disorder and schizophrenia often occur comorbid. It is found most commonly in patients with paranoid subtype. Comorbid panic disorder may worsen positive symptoms and lead to depressive symptoms. It negatively affects the quality of life and add up to higher level of suicidality. The pharmacotherapy with atypical antipsychotics is preferred, or their combination with clonazepam or alprazolam.

Key words: schizophrenia comorbidity, panic disorder, agoraphobia.

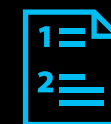
Psychiatr. praxi 2015; 16(1e): e27–e35

Úvod

Panickou poruchu charakterizují stavy záchvatové úzkosti, které se projevují jako časově omezené, paroxyzmální záchvaty. Pokud se objevuje úzkost u schizofrenie, bývá volně plynoucí, méně časově ohraničená, chronická, méně nápadná, a tak může být snadno přehlédnuta. Nicméně část pacientů se schizofrenií trpí také pravidelnými panickými atakami, a naplňuje tedy diagnostická kritéria pro obě poruchy. Klasifikace psychických poruch, která je založena na hierarchickém přístupu, však nadřazuje diagnózu schizofrenie nad diagnózou panické poruchy. To může vést k tomu, že dopady panických záchvatů nejsou doceněny ani náležitě léčeny. Cílem naší práce bylo zjistit v přehledu literatury, nakolik ovlivňuje komorbidní panická porucha závažnost a průběh schizofrenního onemocnění.

Metoda

V databázích Medline a Web of Science byly identifikovány publikace pomocí klíčových slov „schizophrenia comorbidity” a „panic disorder” nebo „agoraphobia”, které byly publikovány od roku 1980 (kdy se panická porucha poprvé objevila jako diagnostická jednotka v klasifikaci DSM-III) do listopadu 2013. Do vyhledávání byly zařazeny články bez ohledu na jazyk, v němž byly publikovány. Další stěžejní publikace byly získány z citovaných děl u zařazených článků. V PubMed bylo touto cestou nalezeno celkem 55 článků (první z roku 1990) a ve Web of Science 131 článků (první text z roku 1991). Z těchto textů bylo 23 publikací vyhodnoceno jako významných pro účely naší práce, protože šlo o studie nebo přehledné práce na toto téma.



Prevalence komorbidity schizofrenie a panické poruchy

Vzájemná etiopatogenetická souvislost mezi panickou poruchou a schizofrenií dosud nebyla uspokojivě objasněna. Je možné, že psychotické prožitky vedou ke vzniku panického záchvatu, nebo naopak, panické záchvaty mohou zvyšovat riziko pro rozvoj psychotického onemocnění (1). Teorii panických záchvatů jako možného prodromu psychózy podporují výzkumy autorů Argyle (2) a Pallanti et al. (3). Na druhou stranu se panické záchvaty mohou objevit až v průběhu schizofrenního onemocnění.

Labbate et al. (4) realizovali studii s cílem zjistit frekvenci výskytu panické poruchy či panických záchvatů v souboru 53 ambulantních pacientů – mužů s chronickým průběhem schizofrenního onemocnění nebo schizoafektivní poruchy. Frekvence výskytu paniky se lišila podle typu psychózy. Samotné panické záchvaty se vyskytovaly častěji u pacientů s paranoidní schizofrenií (57 %) ve srovnání s pacienty se schizoafektivní poruchou nebo nediferencovanou schizofrenií (20 %). Komorbidita panické poruchy byla zjištěna u 10 % pacientů se schizoafektivní poruchou a nediferencovanou schizofrenií oproti 47 % pacientů s paranoidní schizofrenií.

Rozsáhlá komunitní epidemiologická studie (20 291 lidí) popsala u pacientů se schizofrenií 45 % celoživotní prevalenci panických záchvatů (5). U těchto pacientů, ve srovnání s pacienty bez panických záchvatů, byly častěji popsány další komorbidity, nemocní vykazovali závažnější příznaky psychózy, vyšší míru suicidality a častější využívání zdravotnických služeb.

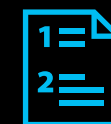
Také další studie provedené koncem minulého století ukázaly, že se objevuje společný výskyt schizofrenie a panické poruchy,

nicméně uváděná frekvence této komorbidity kolísala od 6 % do 63,0 % (2, 6–9). Rozdílné prevalence lze vysvětlit různou metodologií studií, povětšinou malými počty probandů, často retrospektivně získanými daty i různým kontextem – od pacientů hospitalizovaných, chronických pacientů v dlouhodobé hospitalizační péči, přes pacienty v komunitní péči po ambulantní pacienty (9).

Celkově lze říci, že komorbidita schizofrenie a panické poruchy není ojedinělým jevem. Výsledky studií však nejsou příliš konzistentní, což je dáno různým uspořádáním studií. K dispozici je nedávná metaanalýza (10), která uvádí prevalenci komorbidní panické poruchy u schizofrenie od 4,3 % do 15,4 %.

Vliv komorbidní panické poruchy na schizofrenní onemocnění

Heterogenita schizofrenie je problémem, který může stát v cestě efektivní léčbě panických atak i prevenci relapsu. Jednou z cest, jak snížit tuto heterogenitu, je vymezit skupiny pacientů s různou přidruženou symptomatologií, které by tvořily více homogenní celky. Výskyt panických záchvatů u psychózy je považován za hierarchicky méně významný projev než příznaky uváděné v diagnostických kritériích pro schizofrenní onemocnění, ale protože komorbidita není až tak vzácná, nabízejí se různé úvahy o jejich etiopatogenetické souvislosti (10). Někteří badatelé v této souvislosti dokonce uvažují o zvláštním typu *panické psychózy* (7). Pro existenci panické psychózy existují omezené biologické důkazy. Heun a Maier (11) zjistili mezi nejbližšími příbuznými v 1. linii pacientů se schizofrenií zvýšené riziko paniky, což může svědčit pro dědičnou komponentu pro tuto komorbiditu. Lyons



et al. (12) ve své dvojčecí studii našli další podporu pro tento názor zjištěním, že nepostižené monozygotní dvojče pacienta se schizofrenií má 7,5násobné zvýšení rizika rozvoje panické poruchy. Tento náález však nedosáhl statistické významnosti. Data z farmaceutických studií mohou také svědčit o biologické příbuznosti schizofrenie a paniky. Například klasická antipsychotika mohou zhoršit příznaky panických záchvatů (7) a naopak, byly zaznamenány příznivé účinky atypických antipsychotik (13, 14). Přídatná medikace alprazolamem nebo clonazepamem může snížit jak panické příznaky, tak symptomy psychózy (15). V poslední době byly u pacientů s touto komorbiditou zaznamenány příznivé účinky atypických antipsychotik (13, 14).

Panické záchvaty jako prodromální příznaky schizofrenie

Panické záchvaty se mohou objevit v prodromálním stadiu schizofrenie nebo jako varovné příznaky další epizody (3). Mnoho pacientů se schizofrenií uvádí zkušenost s panikou před nástupem psychózy, což poukazuje na možnou úlohu paniky jako prodromu panické psychózy (7, 16). Zdá se, že tito pacienti mají lepší náhled své nemoci (17, 18) a sedmkrát větší pravděpodobnost, že vyhledají léčbu, než pacienti se schizofrenií bez paniky (5).

Jedná se o zajímavé nálezy, z jejichž závěrů by se dalo usuzovat, že komorbidní panická porucha a schizofrenie zlepšuje náhled, vede k dřívějšímu vyhledání léčby a druhotně pak k lepšímu průběhu a prognóze základního onemocnění. Ve skutečnosti ale bylo prokázáno (5), že tomu tak není a že komorbidní panická porucha vede k většímu využívání zdravotnických služeb a k vyšší suicidalitě.

Komorbidita schizofrenie a panické poruchy a její vliv na depresivní prožívání

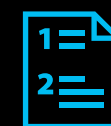
Pacienti se schizofrenií a záchvaty paniky nebo panickou poruchou také vykazují vyšší míru depresivity (19, 20), sebevražedných myšlenek (5, 19) a anamnézu zneužívání návykových látek (21). Pacienti se schizofrenií a panickou poruchou, kteří se zúčastnili studie Chena s kolegy (22), zaznamenali vyšší skóre deprese v Hamiltonově škále pro posuzování deprese ve srovnání s pacienty bez komorbidní panické poruchy. Schizofrenní pacienti s panickou poruchou trpí ve srovnání se schizofrenními pacienty bez komorbidity častěji dystymií.

Komorbidita schizofrenie a panické poruchy a její vliv na agresivitu/hostilitu

U pacientů se schizofrenií a příznaky paniky autoři vypočítávali významně více hostilních projevů ve srovnání se schizofrenními pacienty bez panické komorbidity (22). Panická porucha zvyšuje míru hostility, jak u pacientů trpících samostatnou panickou poruchou (Fava et al., 1993), tak komorbidní panickou poruchou s psychózou (24, 25).

Komorbidita schizofrenie a panické poruchy a souvislost s pozitivními příznaky

Schizofrenní pacienti se záchvaty paniky vykazují určité rozdíly v klinických projevech, které je odlišují od ostatních pacientů se schizofrenií. Údaje z několika studií naznačují, že záchvaty paniky jsou častější u pacientů s paranoidní schizofrenií ve srovnání s jinými podtypy schizofrenie (4, 8, 26). Zdá se, že záchvaty paniky mohou být u některých pacientů přímo spojeny s para-



noidními bludy (8, 27) a sluchovými halucinacemi (7, 28). Craig et al. (9) sledovali ve své dvouleté katamnestické studii nemocné se schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou ($n = 225$), pacienty s bipolární poruchou s psychotickými příznaky ($n = 138$) a pacienty s velkou depresí s psychotickými příznaky ($n = 87$). Přítomnost komorbidní panické poruchy zjišťovali pomocí Strukturovaného klinického rozhovoru pro DSM-III-R (SCID-III-R). U pacientů, kteří na počátku studie zaznamenali příznaky paniky, byla prokázána statisticky významně vyšší pravděpodobnost rozvoje pozitivních příznaků psychózy. Některé studie nepoukazují na žádné signifikantní odlišnosti od ostatních pacientů se schizofrenií (29, 30), zatímco jiné uvádějí, že panické záchvaty souvisí s pozitivními příznaky (18, 20). Komorbidní panická porucha zvyšuje závažnost pozitivních příznaků, zejména paranoidního nastavení (27, 31).

Komorbidity schizofrenie a panické poruchy a souvislost s negativními příznaky

Vztah k negativním příznakům je jasný méně. Huppert a Smith (31) nenalezli žádnou souvislost mezi přítomností paniky a negativními příznaky. Podle jiných autorů komorbidity panické poruchy se schizofrenií pozitivně ovlivňuje kognitivní funkce ve srovnání se schizofrenními pacienty bez komorbidní paniky (32).

Komorbidity schizofrenie a panické poruchy a odraz v celkové závažnosti onemocnění

Vliv komorbidní panické poruchy na závažnost schizofrenních příznaků zkoumali Ulas et al. (20). Klinické studie se zúčastnilo 49 pacientů se schizofrenií, z nichž 7 (14,3 %) současně naplnilo diagnostická kritéria pro panickou poruchu a 15 (30,6 %) pro zá-

chvaty paniky. Pacienti byli hodnoceni na Škále pozitivních a negativních příznaků (PANSS), dále pomocí Globálního klinického dojmu (CGI), Hamiltonovy škály pro posuzování deprese (HDRS), Škály hodnocení extrapyramidových příznaků (ESR) a Bandelowy škály pro panickou poruchu a agorafobii. Pacienti se symptomy paniky skórovali výše ve škálách PANSS, CGI, HDRS a ESR.

Komorbidity schizofrenie a panické poruchy a nežádoucí účinky léčby

Pacienti s komorbidní schizofrenií a panickou poruchou vykazují více extrapyramidových nežádoucích účinků než pacienti se schizofrenií bez komorbidní paniky (20). Jedna starší práce (29) uvádí, že samotné objevení se panických záchvatů může být komplikací antipsychotické léčby, což koresponduje s výše uvedenými nálezy, že klasická antipsychotika mohou příznaky panických záchvatů zhoršovat (7). Při antipsychotické léčbě schizofrenie s komorbidní panickou poruchou je tedy třeba vzít v úvahu možný výskyt extrapyramidových nežádoucích účinků a jejich souvislost s panickými atakami.

Komorbidity schizofrenie a panické poruchy a vliv na fungování v životě a jeho kvalitu

Komorbidity s panickou poruchou neovlivňuje pouze klinické projevy nemoci, ale souvisí i s celkovým fungováním pacienta v běžném životě. Chen et al. (22) zjišťovali míru funkčního postižení pomocí Škály globálního hodnocení fungování (GAF) v souboru 32 pacientů. Osm pacientů naplnilo diagnostická kritéria DSM-IV pro záchvaty paniky. Pacienti s komorbidní panikou skórovali na škále GAF výrazně níže (tzn. fungovali hůře) než pacienti bez



panické poruchy. Komorbidita schizofrenie s panickou poruchou byla také spojena s poklesem v psychickém fungování hodnoceném dotazníkem kvality života (30).

Tyto výsledky naznačují, že přítomnost panických příznaků u pacientů se schizofrenií mohou přispívat k tíži pozitivních příznaků, souviset s depresivním prožíváním, extrapyramidovými vedlejšími účinky a mohou negativně ovlivňovat kvalitu života.

Možnosti léčby u komorbidity schizofrenie s panickou poruchou

Za efektivní farmakologickou léčbu bývá považována kombinace antipsychotik s anxiolytiky. Podle starších pramenů, které pracovaly s klasickými antipsychotiky, se žádné konkrétní antipsychotikum neukázalo být účinnější než jiné v léčbě pacientů s komorbidním výskytem schizofrenie a panické poruchy (7). Některé práce referují o pozitivnějším vlivu atypických antipsychotik, včetně risperidonu a olanzapinu, na redukci úzkostných symptomů doprovázejících schizofrenní onemocnění než mají klasická antipsychotika (31, 32). Etxebeste et al. (33) popsali 2 pacienty s panickou poruchou (bez schizofrenie), u nichž monoterapie olanzapinem vedla k úplnému vymizení panických atak.

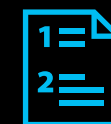
Higuchi et al. (29) zkoumali výskyt panických záchvatů u pacientů s chronickou schizofrenií. Do studie bylo zařazeno 45 pacientů s minimálně pětiletou anamnézou schizofrenního onemocnění. 9 pacientů (20 %) naplnilo diagnostická kritéria pro záchvaty paniky dle DSM-III-R. Tito pacienti zároveň dosáhli vyššího skóre na Hamiltonově škále pro posuzování deprese (Hamilton Depression Rating Scale) a Simpsonově Angusově stupnici pro

hodnocení extrapyramidových nežádoucích účinků než pacienti bez panických atak. Pacienti s panickými záchvaty byli léčeni vyššími dávkami antipsychotik ve srovnání s druhou skupinou. Toto zjištění poukazuje na úzkou spojitost mezi dlouhodobou antipsychotickou léčbou, výskytem panických atak a závažnějšími extrapyramidovými účinky. Autoři naznačují, že pokud jsou pozorovány panické ataky u pacientů dlouhodobě léčených vysokými dávkami antipsychotik, je třeba zvážit snížení dávky.

Takahashi et al. (14) zveřejnili kazuistiky 3 pacientů se schizofrenií a komorbidními panickými atakami, kteří byli léčeni antipsychotiky se silným antidopaminergním efektem (haloperidol, bromperidol a risperidon). Po převodu na quetiapin došlo k významnému snížení počtu panických atak.

Za nejúčinnější farmakoterapii se v současnosti považuje současné podávání antipsychotik s anxiolytiky. Z dostupných anxiolytik se osvědčují zejména alprazolam a klonazepam. U alprazolamu je třeba opatrnosti vzhledem k riziku rozvoje manické excitace a desinhibice (34, 35, 36). Klonazepam je považován za výhodnější pro svůj delší poločas účinku, a tedy menší riziko vzniku závislosti (37, 38). V léčbě panické poruchy není nutné navyšování dávky. Přídavná léčba klonazepamem má oproti ostatním benzodiazepinům řadu dalších výhod. Kontrola panických záchvatů je obvykle provázena dalším snížením celkové volně plynoucí povšechné úzkosti, případných fobií, oživením emotivity a zlepšením fungování v sociálních situacích. Je také možné, že tyto pozitivní změny korespondují s redukcí negativních psychotických příznaků (39).

Přídavná anxiolytická léčba může zároveň redukovat pozitivní psychotické příznaky, jako jsou sluchové halucinace a paranoidní bludy. U některých pacientů tedy lze snížit dávky antipsychotik,



protože komedikace BZD sníží četnost a naléhavost halucinací, bludů (7).

Zdá se, že z přídatné anxiolytické léčby nejvíce profitují pacienti s kratším trváním psychózy. Obecně platí, že celkové zlepšení fungování, zapojení se běžného života, či zlepšení sociálních vztahů následuje až po redukci psychopatologie. Kahn (7) dokonce uvádí, že příznivá terapeutická odpověď může vést do budoucna ke špatné lékové komplianci, protože jakmile vymizí psychopatologie příliš brzy, pacienti se cítí zdraví a dospějí k závěru, že již léky nepotřebují.

Dostupná literatura se však nevyjadřuje k celkové délce podávání benzodiazepinových anxiolytik u psychóz. V léčbě samotných úzkostných poruch panuje shoda, že by tato farmaka neměla být podávána déle než 6–8 týdnů pro riziko vzniku závislosti. I když pro v terapii schizofrenních onemocnění dosud jednoznačná doporučení neexistují, je třeba mít toto riziko na zřeteli.

Zprávy o úspěšném podávání antidepresiv u komorbidní panické poruchy nejsou k dispozici. Lze předpokládat, že podobně jako u komorbidní deprese (40), by neměla u pacientů se schizofrenií přesvědčivou účinnost. Nicméně studie s vhodným designem nebyly doposud provedeny.

Závěry

Komorbidní výskyt schizofrenie s panickou poruchou je relativně častý, ale diagnostika této komorbidity bývá v klinické praxi nedostatečná. Psychiatři léčící pacienty se schizofrenií by proto měli myslet i na možnost výskytu příznaků paroxysmální úzkosti, a to i v případě, že si na ně pacient sám od sebe nestěžuje.

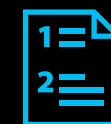
Panické záchvaty nebo panická porucha u pacientů se schizofrenií vedou k celkově závažnější psychopatologii, horším výsledkům léčby, zhoršení fungování v životě i zhoršení jeho kvality. Pro optimální výsledek terapie je potřebné léčit zároveň psychotické příznaky schizofrenie i projevy panické poruchy.

Literatura

1. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. Panic Attacks and Psychoticism. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 88–92.
2. Argyle N. Panic attacks in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 430–433.
3. Pallanti S, Cantisani A, Grassi G. Anxiety as a core aspect of schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep.* 2013; 15(5): 354.
4. Labbate LA, Young PC, Arana GW. Panic disorder in schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1999; 44(5): 488–490.
5. Goodwin R, Lyons JS, McNally RJ. Panic attacks in schizophrenia. *Schizophr Res* 2002; 58(2–3): 213–220.
6. Cutler JL, Siris SG. „Panic-like“ symptomatology in schizophrenic and schizoaffective patients with postpsychotic depression: observations and implications. *Compr Psychiatry* 1991; 32: 465–473.
7. Kahn JP, Meyers JR. Treatment of comorbid panic disorder and schizophrenia: evidence for a panic psychosis. *Psychiatr Annals* 2000; 30: 29–33.
8. Bayle FJ, Krebs MO, Epelbaum C, Levy D, Hardy P. Clinical features of panic attacks in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 349–353.
9. Craig T, Hwang MY, Bromet EJ. Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients with first-admission psychosis. *Am J Psychiatry* 2002; 159(4): 592–598.
10. Achim AM, Maziade M, Raymond E, Olivier D, Mèrrette C, Roy MA. How Prevalent Are Anxiety Disorders in Schizophrenia? A Meta-Analysis and Critical Review on a Significant Association. *Schizophr Bull* 2011; 37(4): 811–821.



11. Heun R, Maier W. Relation of schizophrenia and panic disorder – evidence from a controlled family study. *American Journal of Medical Genetics*. 1995; 60: 127–132.
12. Lyons MJ, Huppert J, Toomey R, Harley R, Goldberg J, Eisen S, True W, Faraone SV, Tsuang MT. Lifetime prevalence of mood and anxiety disorders in twin pairs discordant for schizophrenia. *Twin Research*. 2000; 3: 28–32.
13. Takahashi H, Higuchi H, Shimizu T: Full remission of panic attacks in a schizophrenic patient after switching from haloperidol to risperidone. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2001; 13: 113–114.
14. Takahashi H, Sugita T, Yoshida K, Higuchi H, Shimizu T. Effect of quetiapine in the treatment of panic attacks in patients with schizophrenia: 3 case reports. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2004; 16: 113–115.
15. Kahn JP, Puertollano MA, Schane MD, Klein DF. Adjunctive alprazolam for schizophrenia with panic anxiety – clinical observation and pathogenetic implications. *American Journal of Psychiatry* 1988; 145: 742–744.
16. Tien AY, Eaton WW. Psychopathological precursors and sociodemographic risk-factors for the schizophrenia syndrome. *Archives of General Psychiatry* 1992; 49: 37–46.
17. Cosoff SJ, Hafner RJ. The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1998; 32: 67–72.
18. Lysaker PH, Salyers MP. Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: Associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007; 116: 290–298.
19. Goodwin R, Davidson L. Panic attacks in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 105: 14–19.
20. Ulas H, Alptekin K, Akdede BB, Tumuklu M, Akvardar Y, Kitis A, Polat S. Panic symptoms in schizophrenia: comorbidity and clinical correlates. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 61(6): 678–680.
21. Goodwin R, Amador XF, Malaspina D, Yale SA, Goetz RR, Gorman JM. Anxiety and substance use comorbidity among inpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2003; 61: 89–95.
22. Chen CY, Liu CY, Yang YY. Correlation of panic attacks and hostility in chronic schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 55(4): 383–387.
23. Fava GA, Grandi S, Rafanelli C, Saviotti FM, Balin M, Pesarin F. Hostility and irritable mood in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Affective Disorders* 1993; 29(4): 213–217.
24. Bartels SJ, Drake RE, Wallach MA, Freeman D. Characteristic Hostility in Schizophrenic Outpatients. *Schizophr Bull* 1991; 17(1): 163–171.
25. Reagu S, Jones R, Kumari V, Taylor PJ. Angry affect and violence in the context of a psychotic illness: A systematic review and meta-analysis of the literature. *Schizophrenia Research* 2013; 146(1): 46–52.
26. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2009; 35: 383–402.
27. Bermanzohn PC, Phyllis BA, Albert C, Siris SG. Relationship of Panic Attacks to Paranoia. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1469–1469.
28. Savitz AJ, Kahn TE, McGovern KE, Kahn JP. Carbon dioxide induction of panic anxiety in schizophrenia with auditory hallucinations. *Psychiatry Research* 2011; 189: 38–42.
29. Higuchi H, Kamata M, Yoshimoto M, Shimizu T, Hishikawa Y. Panic attacks in patients with chronic schizophrenia: a complication of long-term neuroleptic treatment. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 53: 91–94.
30. Ulas H, Polat S, Akdede BB, Alptekin K. Impact of panic attacks on quality of life among patients with schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2010; 34(7): 1300–1305.
31. Huppert JD, Smith TE. Anxiety and Schizophrenia: The Interaction of Subtypes of Anxiety and Psychotic Symptoms. *CNS Spectr*. 2005; 10(9): 721–731.



- 31.** Marder SR, Davis JM, Chouinard G. The effects of risperidone on the five dimensions of schizophrenia derived by factor analysis: combined results of the North American trials. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 538–546.
- 32.** Rapp EK, White-Ajmani ML, Antonius D, Goetz RR, Harkavy-Friedman JM, Savitz AJ, Malaspina D, Kahn JP: Schizophrenia comorbid with panic disorder: evidence for distinct cognitive profiles. *Psychiatry Res* 2012; 197(3): 206–211.
- 32.** Tollefson GD, Sanger TM. Anxious-depressive symptoms in schizophrenia: a new treatment target for pharmacotherapy? *Schizophr Res* 1999; 35 Suppl: 13–21.
- 33.** Etxebeste M, Aragues E, Malo P, Pacheco: Olanzapine and panic attacks. *Am J Psychiatry* 2000; 157(4): 659–660.
- 34.** Arana GW, Pealman C, Shader RI. Alprazolam-induced mania: two clinical cases. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 368–369.
- 35.** Gardner DL, Cowdry RW. Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1985; 142: 98–100.
- 36.** Pecknold JC, Fleury D. Alprazolam-induced manic episode in two patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1986; 143: 652–653.
- 37.** Ballenger JC, Pecknold J, Rickels K, Sellers EM. Medication discontinuation in panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1993; 54(suppl): 15–21.

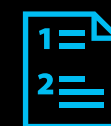
- 38.** Jonas JM, Cohon MS. A comparison of the safety and efficacy of alprazolam versus other agents in the treatment of anxiety, panic, and depression: a review of the literature. *J Clin Psychiatry*. 1993; 54(suppl): 25–45.
- 39.** Neenan P, Felkner J, Reich J. Schizoid personality traits developing secondary to panic disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1986; 174: 483.
- 40.** Dawes SE, Palmer BW, Meeks T, Golshan S, Kasckow J, Mohamed S, Zisook S. Does antidepressant treatment improve cognition in older people with schizophrenia or schizoaffective disorder and comorbid subsyndromal depression? *Neuropsychobiology*. 2012; 65(3): 168–172.

Článek doručen redakci: 13. 8. 2014

Článek přijat k publikaci: 20. 11. 2014

MUDr. Kristýna Vrbová

*Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci,
Fakultní nemocnice Olomouc,
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
krist@atlas.cz*



Deprese a paranoidní porucha osobnosti

Mgr. Zuzana Sedláčková¹, Mgr. Marie Ocisková^{1,2}, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.²

¹Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

²Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice Olomouc

Depresivní porucha je závažné onemocnění, které postihuje celkové prožívání a chování jedince. Častá je komorbidita s poruchami osobnosti, což může mít negativní vliv na průběh a léčbu depresivní poruchy. Paranoidní porucha osobnosti je jednou z možných komorbidit. Výrazně ovlivňuje celkovou osobnost jedince, který je nedůvěřivý, přecitlivělý, žárlivý, přehnaně kritický. Zmíněné osobnostní charakteristiky mohou významně narušovat vývoj depresivní poruchy i její psychoterapeutickou a farmakoterapeutickou léčbu.

Klíčová slova: depresivní porucha, paranoidní porucha osobnosti, komorbidita, psychoterapie, farmakoterapie.

Depression and paranoid personality disorder

Depressive disorder is a serious disorder that affects the overall experience and behaviour of an individual. Comorbidity with personality disorders is frequent, what may have a negative impact on the course and treatment of depressive disorder. Paranoid personality disorder is one of the possible comorbidities. It significantly affects the whole personality of an individual who is suspicious, over-sensitive, jealous, and overly critical. These personality characteristics may significantly interfere with the development of depressive disorder and its psychotherapeutic and pharmacotherapeutic treatment.

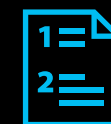
Key words: depressive disorder, paranoid personality disorder, comorbidity, psychotherapy, pharmacotherapy.

Psychiatr. praxi 2015; 16(1e): e36–e43

Úvod

Deprese je jednou z nejčastějších psychických poruch. Častá je komorbidita s jinými duševními poruchami (1, 2). Celosvětově patří deprese mezi hlavní zdroje zdravotní zátěže (3). Jde o chronické onemocnění vyznačující se složitými vzorci perzistence, remise a rekurence (4). Typickými příznaky deprese jsou bezmoc, beznaděj, pocity smutku, selhání a viny, které mohou vést k sebevraždě. Depresivní porucha patří mezi jednu z nejčastějších příčin invalidity. V roce 2004 byla hlavní příčinou disability (měřenou prostřednictvím

let ztracených v důsledku disability, YLD – years lost due to disability) a třetím nejvýznamnějším důvodem pro celkové narušení z důvodu nemoci (hodnoceno podle let ztracených následkem předčasného úmrtí a nemocí samotnou, DALY – disability adjusted life year) (5). Pacienti ve většině případů dosahují v období remise premorbidní úrovně fungování, u menší části zůstávají různě závažné reziduální příznaky. I po dosažení plné remise je stále vysoké riziko výskytu další depresivní epizody, která se objeví téměř u 80 % pacientů (6). Dalším možným úskalím je rozvoj farmakorezistentní deprese (7).



Průběh a léčba deprese mohou být negativně ovlivněny komorbidní poruchou osobnosti, což se může projevit vyšším počtem suicidálních pokusů (8), delším obdobím do dosažení remise (9), nižší účinností antidepresiv (10) či větší frekvencí a závažností reziduálních příznaků (10).

Paranoidní porucha osobnosti

Paranoidní porucha osobnosti je charakterizována trvale přítomnou nedůvěrou vůči druhým lidem, nepřátelským interpersonálním stylem, emočním chladem, přecitlivělostí na kritiku a odmítnutí, či rigidními maladaptivními přesvědčeními o motivech druhých (11). Jedinci trpící touto poruchou jsou zpravidla rigidní, podezřívaví a žárliví. Mezi typické projevy patří zvýšená senzitivita na kritiku, nezájem a neúspěch, vztahovačnost, neústupnost, pocit vlastní důležitosti či neschopnost odpouštět. Dále je obvyklé bezdůvodné podezřívání partnera z nevěry, interpretace pozitivních či neutrálních zážitků jako nepřátelských, přehnaný boj za vlastní práva nebo silná potřeba nezávislosti (12). Tito lidé mají tendenci k urážlivosti a trvalé zášti. Jen velmi těžko vyjadřují náklonnost a je pro ně problémem vytvořit důvěrný vztah. Pokud se jim podaří vytvořit partnerský vztah, bývají ulpívavě žárliví. Druhé lidi obviňují z vlastních neúspěchů a podezřívají okolí z nekalých záměrů, pro které hledají potvrzující fakta (13). Zmíněné projevy se zesilují v nových, nečekaných či zátěžových situacích. Kvůli tomu, že člověk s paranoidní poruchou osobnosti hledá skryté motivy a čeká, že se k němu budou ostatní chovat neférově, chová se k nim často automaticky nepřátelsky. V reakci na nepřátelské chování se však i druzí recipročně chovají nepřátelsky (nebo jeho chování ignorují), což jen potvrdí pacientovu vztahovačnost. A tak strategie, které mají

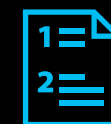
sloužit jako ochrana, naopak vedou k tomu, čemu se paranoidní člověk snaží předcházet. To jej dále utvrzuje v přesvědčení, že ho lidé nemají rádi a bludný kruh se prohlubuje.

Rysy poruchy se mohou objevit již v dětství nebo časně adolescenci v podobě zvýšené sociální úzkosti a celkové přecitlivělosti, což vyúsťuje do chudých sociálních vztahů. V reakci na zvýšenou zátěž se mohou objevit přechodné psychotické epizody a při dlouhodobě nepříznivé nebo stresující situaci může dojít k postupnému rozvoji poruchy s bludy. Další komplikací může být rozvoj komorbidní poruchy, jako jsou depresivní porucha, úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy nebo závislost na návykových látkách.

Diagnostika

Rysy osobnosti mohou být patrné již v prvním vyšetření. Pacient například neustále zkoumá ambulanci terapeuta, sleduje dveře a okno, opakovaně se ujišťuje, že přes zavřené dveře ordinace nemůže někdo venku slyšet, o čem pacient s terapeutem mluví. Zdůrazňuje potřebu důvěrnosti a vyžaduje od terapeuta opatření, aby byla důvěra určitě zajištěna. Má sklon svalovat vinu na druhé, kteří ho podle něj zneužívají a špatně s ním zacházejí.

Jedinci s paranoidní poruchou osobnosti často vstupují do terapie kvůli komorbidním úzkostným poruchám, depresi či somatoformním poruchám. Některé projevy pacienta nás však mohou upozornit, že kromě aktuální poruchy hrají významnou roli osobnostní rysy. Pacient se může nápadně ujišťovat o důvěrnosti informací; ptát se, zda jej přes zavřené dveře ordinace nemůže někdo venku slyšet; zjišťovat, kdo všechno může nahlížet do zdravotní dokumentace; nebo upozorňovat, že nechce, aby části jeho sdělení byly dokumentovány vůbec. Zdůrazňuje potřebu důvěrnosti



avyžaduje od terapeuta opatření, aby byla důvěra určitě zajištěna. Má sklon svalovat vinu na druhé, kteří ho podle něj zneužívají a špatně s ním zacházejí. Udává opakované konflikty s autoritami. I drobným událostem připisuje přehnaný význam. Na domnělý útok nebo hrozbu reaguje protiútokem, vyvolává spory. Ve výpovědi je nápadné, že často své závěry zakládá na informacích, které odečetl z gest druhých, jejich mimiky, pohledů či zjistil díky „čtení“ myšlenek. Automaticky selektuje informace a interpretuje je v rámci hlubších přesvědčení typu: „Všechno, co řekneš, může být použito proti tobě“ nebo „V tomto světě jsou lidé k sobě jako vlk k vlku“.

I když se tyto rysy mohou zdát být snadno zjistitelné, u lidí s vyšší inteligencí, kteří si uvědomují nepřiměřenost těchto strategií, a proto je dostatečně dobře maskují, nemusí být tato porucha diagnostikována vůbec.

Diagnostická kritéria MKN-10 (tabulka 1) a nově vydaná kritéria Americké psychiatrické asociace DSM-5 (tabulka 2) se podstatněji neodlišují (kromě o něco větší konkretizace jednotlivých kritérií v DSM-5), protože obojí vychází z rozpracování původních kritérií v DSM-III.

Tabulka 1. Diagnostická kritéria MKN-10 pro Paranoidní poruchu osobnosti

Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti

A. Musí být přítomny nejméně čtyři z následujících příznaků:

1. nadměrná citlivost k odstrkování a odbývání,
2. tendence k trvalé zášti, tj. odmítání odpustit urážky, bezpráví a zlehčování a trpí uraženou ješitností,
3. odezíravost a sklon k překrucování a chybné interpretaci neutrální nebo přátelské akce druhých jako nepřátelské nebo pohrdavé,

4. bojovný a úporný smysl pro osobní práva bez ohledu na bezprostřední situaci,
5. opakované neoprávněné podezírání manželského nebo jiného sexuálního partnera ze sexuální nevěry,
6. sklon k zdůrazňování důležitosti vlastní osoby, projevující se trvalým vztahováním všeho ke svému já,
7. zabývání se nepodloženým „konspiračním“ vysvětlováním událostí kolem sebe nebo ve světě vůbec.

Tabulka 2. DSM-5 Diagnostická kritéria pro Paranoidní poruchu osobnosti

A. Pervazivní nedůvěra a podezíravost vůči jiným lidem, jejichž motivy jsou interpretovány jako zlovolné; začíná v rané dospělosti a projevuje se v nejrůznějších situacích. Porucha je určena přítomností nejméně čtyř (a více) znaků z následujících:

1. aniž by pro to měl důvod, jedinec podezírá ostatní lidi, že ho využívají, ubližují mu, podvádí ho,
2. neustále se zaobírá nepodloženými pochybnostmi ohledně loajality či důvěryhodnosti přátel nebo kolegů,
3. zdráhá se svěřit ostatním z neodůvodněného strachu, že ti záludně zneužijí svěřené informace proti němu,
4. neutrálním poznámkám nebo událostem přikládá skrytý význam, jako by se v nich skrývala snaha jej ponížit nebo zastrašit,
5. trvale nese zášť (tj. neodpouští urážky, zranění či ústrky),
6. zaznamenává útoky na svůj charakter či pověst, které ostatní lidé jako útoky nevnímají, a rychle reaguje zlobou nebo protiútokem,
7. opakovaně a bezdůvodně podezírá svého partnera v manželství nebo sexuálního partnera z nevěry,
8. uvedené znaky se neobjevují pouze v průběhu schizofrenie, bipolární poruchy a depresivní poruchy s psychotickými příznaky, nebo jiné psychotické poruchy, ani nejsou vysvětlitelné fyziologickými vlivy jiného onemocnění.

Poznámka: Pokud jsou kritéria splněna ještě před nástupem schizofrenie, přidejte termín „premorbidní“, tj. „paranoidní porucha osobnosti (premorbidní)“.



Epidemiologie paranoidní poruchy osobnosti

Jedná se o jednu z nejčastěji diagnostikovaných poruch osobnosti v obecné populaci i ve zdravotnických zařízeních (14, 15). Odhadovaná prevalence paranoidní poruchy osobnosti se pohybuje mezi 0,5–4,4 % v běžné populaci. V případě psychiatrických pacientů je však výskyt daleko vyšší, u hospitalizovaných jedinců 10–30 %, u ambulantních pacientů mezi 10–20 % (2). Vyšší incidence je u mužů a v rodinách pacientů se schizofrenií a poruchou s bludy (16). Provází ji zvýšené riziko deprese a úzkostných poruch, násilí a jiného trestného chování (16), sebevražedných pokusů (17) a celkové snížení kvality života (18).

Etiopatogeneze paranoidní poruchy osobnosti

Některé zdroje uvádí možnost určité genetické predispozice pro vznik paranoidní poruchy osobnosti (12). Částečnou roli patrně hrají také nespecifické komplikace ve vztazích v rodině v časném vývojovém období (12). Tito jedinci mohou vyrůstat v prostředí, ve kterém museli snášet zlostné chování rodičů či pokořování blízkými, což vedlo k pocitům zranitelnosti a nedostatečnosti. Nezdravé výchovné prostředí podporuje vývoj obranného mechanismu projekce, která je pro tuto nemoc typická (12).

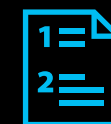
Deprese u pacientů s paranoidní poruchou osobnosti

Negativní vliv komorbidní poruchy osobnosti na léčbu deprese je mnohdy spojován s konkrétními typy poruch osobnosti, často pak s poruchami osobnosti z clusteru A (paranoidní, schizoidní, schizotypní) (10) či s hraniční poruchou osobnosti (9). Čím závažnější je personální patologie, tím větší bývá negativní vliv poruchy osobnosti na léčbu deprese (9, 10).

Jedna ze studií v této oblasti se zabývala souvislostí rysů poruch osobnosti zjistitelných v rané dospělosti s možným vznikem depresivní poruchy ve středních letech. Jedinci splňující diagnostická kritéria minimálně pro jednu poruchu osobnosti ve věku 22 let, měli ve věku 33 let zvýšenou možnost výskytu depresivní poruchy nebo dystymie. Konkrétně riziko výskytu chronické unipolární nebo rekurentní deprese bylo zvýšeno u PO z clusteru A (paranoidní, schizoidní, schizotypní) a C (obsedantně-kompulzivní, vyhýbavá, závislá) dle DSM-IV (16).

Další výzkum Fava et al. (19) se soustředil na stabilitu diagnózy poruchy osobnosti v průběhu léčby depresivní poruchy. Ambulantně léčení pacienti (n = 324) s depresí a případnou komorbidní poruchou osobnosti byli léčeni pro depresi v období 8týdenní léčby fluoxetinem. Po uplynutí doby pokusu došlo k významnému snížení počtu jedinců, kteří splňovali kritéria pro diagnózu paranoidní, vyhýbavé, závislé, pasivně agresivní a narcistické poruchy osobnosti. Rovněž se redukovala kritéria pro paranoidní, schizotypní, narcistickou, hraniční, vyhýbavou, závislou, obsedantně kompulzivní, pasivně agresivní a sebe-mařící (self-defeating) poruchu osobnosti. Byl zjištěn signifikantní vztah mezi poklesem depresivních příznaků a změnou v počtu kritérií pro paranoidní, narcistickou, hraniční a závislou poruchu osobnosti. Studie ukázala, že efektivní léčba antidepresivy může mít vliv na změnu rysů některých poruch osobnosti.

Farabaugh et al. (20) si položili otázku, zda komorbidní úzkostné poruchy souvisí s vyšší pravděpodobností výskytu poruch osobnosti u jedinců s depresí a zda mají vliv na stabilitu poruchy osobnosti u depresivních jedinců v remisi. Do studie byli zařazeni jedinci s diagnózou depresivní poruchy, případné úzkostné po-



ruchy a poruchy osobnosti, kteří prošli 8týdenní léčbou deprese fluoxetinem a dosáhli remise po 26týdenní udržovací léčbě fluoxetinem/případně kombinovanou s kognitivně-behaviorální terapií. Výsledky ukázaly, že depresivní jedinci s komorbidní úzkostnou poruchou měli před léčbou fluoxetinem vyšší výskyt naplněných kritérií pro poruchy osobnosti, především poruchy osobnosti z clusteru A (paranoidní, schizoidní, schizotypní) a clusteru C (obsedantně-kompulzivní, vyhýbavá, závislá), než pacienti bez komorbidní úzkostné poruchy. Dále bylo zjištěno, že přítomnost komorbidní úzkostné poruchy má významný vliv na stabilitu rysů poruch osobnosti z clusteru C u depresivních jedinců v remisi.

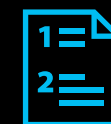
Komorbidní paranoidní porucha osobnosti může mít tedy negativní vliv na terapii depresivní poruchy (10). Důvodů může být celá řada: nedůvěra k lékaři či terapeutovi, zhoršená spolupráce při farmakoterapii, odmítání terapeutického vztahu v psychoterapii, konfliktní vztahy s okolím či izolace od druhých, které vedou k udržování stresu. Colli et al. (21) zkoumali terapeutickou reakci psychoterapeutů na pacienty s různými poruchami osobnosti. Zjistili, že u paranoidní poruchy osobnosti většina terapeutů reaguje nadměrnou kritikou a odmítáním pacienta. Terapeut v kontaktu s pacientem s touto poruchou osobnosti často prožívá negativní emoce, protože pacient je podezřívavý, nedůvěřivý a ostražitý. Je nezbytné tyto emoce zpracovat například v rámci supervize, což může pomoci k chápavějšímu přístupu.

Prvním úskalím, na které psychiatr nebo psycholog u pacientů s depresí a komorbidní paranoidní poruchou osobnosti narazí, je nízká důvěra pacienta, což zhoršuje spolupráci při léčbě. Přestože je pacient depresivní a potřebuje pomoc, má tendence lékaře

podezírat, že jej nebere vážně, nedává mu ty nejlepší léky, jiní mají před ním výhodu a velmi se obává nežádoucích účinků léků, na které pak chladně a důrazně upozorňuje. Má sklony být nespokojený a snadno si začne stěžovat, což ve zdravotníkovi často budí nepřátelskou protipřenosovou reakci. Paranoidní postoje se v depresi zpravidla zvýrazní (10). To situaci dále ztěžuje. Při opakovaných depresích má pacient sklony být častěji bezmocný, protože méně než jiní depresivní pacienti věří v pomoc zvenčí.

Pacient bývá v léčbě, zejména na jejím počátku, podezřívavý, nadměrně citlivý a bojovný. Může vnímat lékaře a terapii jako problémové, rozzlobeně mluvit o tom, jak jej poškodili předešní lékaři a psychologové, říkat, že léčba je neadekvátní a poškozuje jej. Tyto reakce jsou různým způsobem vyjádřením nedůvěry v lékaře a nedostatečného pocitu bezpečí, který pacient často prožívá. Rovněž se objevují pocity zranění a hněvu. Pacient se stále brání domnělému nebezpečí. Bojí se cokoliv svěřit odborníkovi, který by to mohl proti němu zneužít. Pokud pacient nemá důvěru k lékaři, má často obavy z kritiky, nebo jej lékař skutečně kritizuje. Těžko lze pak očekávat, že se mu svěří s něčím „co by neměl dělat“. Obdobně jestliže jej lékař „naštval“ například svým paternalistickým, autoritativním přístupem, může mít pacient potřebu vzdorovat. Chce dětským způsobem trestat lékaře svou nespokojeností, aby mu ukázal, že je neschopný a neumí léčit. Tím však pacient trestá jenom sám sebe.

Nejvhodnějším přístupem při setkání s pacientem s paranoidní poruchou osobnosti je přijmout pacientovy pocity a vyjádřit pochopení pro jeho možnou nedůvěru či zklamání. Je potřeba se vyhnout obranářství, výmluvám a nesplnitelným slibům. Zároveň se však terapeut nesmí chovat příliš přátelsky, ani důvěrně (13).



Pokusy o nadměrné přiblížení k pacientovi zpravidla posilují jeho přesvědčení, že terapeut po něm bude něco chtít, nebo toho nějak využije a pacienta zraní, vysměje se mu.

Základní jádrové přesvědčení o sobě jedince s paranoidní poruchou osobnosti z KBT pohledu bývá „Jsem zranitelný“ a kompenzatorní „Nedám se“. O jiných lidech pak přesvědčení „Druzí jsou zlí“. Toto základní nastavení pohledu na sebe a druhé vede k vytvoření podmíněných přesvědčení, které řídí pozornost, zpracování informací, emocionální reakce i chování paranoidního jedince. Mezi tato podmíněná pravidla patří postoje typu: „Když budu druhým věřit, využijí mne, ale když si dám pozor, mohu se ubránit!“ To vede k nadměrné podezíravosti v chování, hledání skrytých motivů, častému obviňování a útočení na druhé (12).

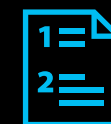
Zmíněné základní nastavení vede k silnému stresu, který vyčerpává, a přispívá k četným otevřeným nebo skrytým konfliktům s druhými. Depresivní porucha často přichází v době, kdy je člověk trpící paranoidní poruchou osobnosti vyčerpán vnitřním napětím a konflikty, nebo když se ocitl díky své ostražitosti v izolaci od druhých. Na depresi se podílí řada dalších psychologických mechanismů. Paranoidní lidé jsou jen zřídka interpersonálně odměňováni. Sociální aktivity jim místo radosti a povzbuzení přinášejí stres. Ostražitost a přemýšlení křivd brání uspokojivému prožívání volnočasových aktivit. Obavy z možných dalších konfliktů mohou vést k insomnii.

Pro komorbiditu deprese s paranoidní poruchou osobnosti neexistují žádné speciální doporučené postupy. Léčba se řídí doporučenými postupy pro léčbu depresivní poruchy, mezi které patří farmakoterapie, psychoterapie a u závažných depresí elekt-

rokonvulzivní léčba. Pro léčbu osobnostních rysů v době remise deprese je vhodná například kognitivně behaviorální terapie a interpersonální psychoterapie, které vytvořily specifické postupy k léčbě těchto poruch (7, 20, 21). Je však možné aplikovat i jiné směry psychoterapie, které se terapií těchto poruch zabývají. Farmakoterapeutická léčba vhodná pro zmírnění osobnostních rysů, podobně jako u jiných poruch osobnosti, nebyla stanovena.

Prvním úkolem je vytvoření pracovního vztahu, což je obvykle náročné, jelikož pacient předpokládá, že druzí lidé jsou zde proto, aby lhali a byli škodolibí. Pokud se přímo snažíme o získání důvěry, může to pacient zpracovat jako snahu o podvod. Snažíme se o otevřené přijetí jeho nedůvěry a raději projevujeme důvěryhodnost činy. Pacienta netlačíme do toho, aby vyprávěl o citlivých tématech. Rovněž se na začátku věnujeme spíše problémům, u kterých můžeme využít zejména behaviorální techniky, jako jsou v případě deprese plánování času a behaviorální aktivace. Na počátku pacienta nevedeme přímo k práci na paranoiditě, protože bychom mohli snadno ztratit jeho důvěru. Snažíme se mu však pomoci snížit míru jeho depresivity, čímž si jeho důvěru postupně získáváme. V rámci řešení problémů souvisejících s depresí se objeví fakt, že jeho vlastní velká nedůvěra se na jeho problémech a stresu výrazně podílí. To umožňuje nenásilně připojit k práci s depresivním myšlením, prožíváním a chováním i práci s nedůvěrou a podezíráním.

Velmi důležitá je i častost setkávání. U pacientů s paranoidní poruchou osobnosti je lepší stanovit nižší frekvenci setkání, aby se necítili stísněni a příliš blízko ve vztahu. Dále je potřebné se zaměřit na zvýšení pacientovy sebejistoty. Pokud je schopen situaci



zvládnout, ale nadhodnocuje riziko hrozby nebo podceňuje své schopnosti, využíváme intervence na vytvoření realističtějšího odhadu svých schopností. Pokud mu chybí dovednosti potřebné ke zvládnutí situace, zaměříme se na nácvik dovedností. V obou případech se tímto způsobem pacientova sebejistota zvýší. Důležitou součástí je nácvik otevřenější komunikace, technik pro zvládání stresu i úzkosti a práce na vytváření empatie k druhým.

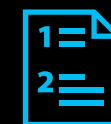
Závěr

Depresivní porucha se často vyskytuje současně s komorbidní poruchou osobnosti. Tato komorbidita zpravidla ovlivňuje vývoj deprese a její léčbu. Může vést k horší spolupráci pacienta s lékařem, nižší efektivitě psychofarmak či obtížné udržitelnosti pacienta v psychoterapii. Vliv komorbidní poruchy osobnosti je markantnější při zvyšující se personální patologii. Komorbidní paranoidní porucha osobnosti může rovněž ovlivňovat průběh terapie depresivní poruchy. Pacient méně spolupracuje, je přehnaně obezřetný, udržuje si neadekvátní odstup. Na lékaře nebo psychologa nahlíží podezřívavě, není pro něj dostatečnou autoritou. Pacientovo podezřívavé, opatrné chování může ve zdravotníkovi vyvolávat negativní emoce, které na pacienta zpětně projikuje. Terapie depresivní poruchy bývá ztížena v oblasti psychoterapeutické i farmakoterapeutické. Pacient může odmítat léky a jiné terapeutické intervence. Při léčbě depresivní poruchy s komorbidní paranoidní poruchou osobnosti je třeba brát zřetel na pacientovu celkovou diagnózu a léčbu depresivní poruchy adaptivně přizpůsobit osobnosti pacienta.

Grantová podpora: Vydání článku bylo umožněno díky podpoře udělené UP v roce 2014 z MŠMT.

Literatura

1. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 1097–1106.
2. Kessler RC, Chui W, Demler O, Merikangas K, Walters E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 617–627.
3. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet 2006; 367: 1747–1757.
4. Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, Warshaw M, Maser JD. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational followup. Am J Psychiatry 1999; 156: 1000–1006.
5. World Health Organization, "WHO The global burden of disease: 2004 update," WHO Press, Geneva, Switzerland, 2008, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html.
6. Anderson IM, Ferrier IN, Baldwin RC, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. J Psychopharmacol 2008; 22: 343–396.
7. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP, Lovett ML, Young PR, Harman KL, Freeman BB, Gallop R. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medication in moderate to severe depression. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 417–422.
8. Hansen P, Wang A, Stage K, & Kragh-Sorensen P. Comorbid personality disorder predicts suicide after major depression: a 10-year follow-up. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2003; 107(6): 436–440.
9. Levenson JC, Wallace ML, Fournier JC, Rucci P, & Frank E. The Role of Personality Pathology in Depression Treatment Outcome With Psychotherapy and Pharmacotherapy. J of Consulting and Clinical Psychology 2012; 80(5): 719–729.



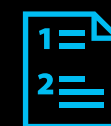
- 10.** Sato T, Sakado K, Sato S, et al. Cluster A personality disorder: a marker of worse treatment outcome of major depression? *Psychiatry Research* 1994; 53: 153–159.
- 11.** Bernstein DP, Ueda J. Paranoid personality disorder. In: O'Donohue W, Fowler K, Lilienfeld S (eds): *Personality disorders: Toward the DSM-V*. Sage; Thousand Oaks, CA: 2007; 41–62.
- 12.** Praško J, Herman E, Horáček J, Kosová J, Možný P, Pašková B, Preiss M, Šlepecký M. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003.
- 13.** Praško J. *Poruchy osobnosti*, In: Herman E, Praško J, Seifertová D (eds): *Konsiliární psychiatrie*. Medical Tribune, Praha 2007: 185–196.
- 14.** Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson D, Chou S, Ruan W, et al. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004; 65: 948–958.
- 15.** Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58: 590–596.
- 16.** Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Personality disorder traits associated with risk for unipolar depression during middle adulthood. *Psychiatry Res* 2005; 136(2–3): 113–121.
- 17.** Overholser JC, Stockmeier C, Dille G. Personality disorders in suicide attempters and completers: Preliminary findings. *Archives of Suicide Research* 2002; 6: 123–133.

- 18.** Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry* 2006; 47: 178–184.
- 19.** Fava M, Farabaugh AH, Sickinger AH, Wright E, Alpert JE, Sonawalla S, Nierenberg AA, Worthington JJ. Personality disorders and depression. *Psychol Med* 2002; 32(6): 1049–1057.
- 20.** Farabaugh A, Fava M, Mischoulon D, Sklarsky K, Petersen T, Alpert J. Relationships between major depressive disorder and comorbid anxiety and personality disorders. *Compr Psychiatry* 2005; 46(4): 266–271.
- 21.** Colli A, Tanzilli A, Dimaggio G, Lingardi V. Patient Personality and Therapist Response: An Empirical Investigation. *Am J Psychiatry* 2013. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13020224.
- 21.** Joyce PR, McKenzie JM, Carter JD, et al. Temperament, character and personality disorders as predictors of response to interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *heBritish Journal of Psychiatry* 2007; 190: 503–508.

Článek doručen redakci: 5. 1. 2015
Článek přijat k publikaci: 13. 2. 2015

Mgr. Zuzana Sedláčková

*Katedra psychologie, Filozofická fakulta
(University Palackého v Olomouci
Křížkovského 4010, 771 80 Olomouc
sedlackovaa.zuzana@gmail.com*



Řízené objevování a sokratovský rozhovor v kognitivně behaviorální supervizi

Mgr. Jana Vyskočilová^{1,2}, prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.^{2,3}

¹Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova v Praze

²Klinika psychiatrie, FN LF a UP Olomouc

³Odysea – Mezinárodní institut KBT

Supervize sestává se systematické spolupráce supervizora se supervizantem, která je vedena jako dialog bezpečným, otevřeným a objevným způsobem. Supervize v kognitivně behaviorální terapii je založena na stejných principech jako terapie. K objevování souvislostí používá supervizor řízené dotazování, ve kterém si supervizant může sám uvědomit i to, na co dříve nepomyslel, a jeho pochopení pacienta se prohlubuje a případně se může zásadně změnit. Během vedení rozhovoru pomáhá supervizor supervizantovi pomocí otázek porozumět širším souvislostem konceptualizace případů, ujasnit si přiměřené postupy v léčbě a uvědomit si přenosové i protipřenosové fenomény. V článku je demonstrováno několik rozhovorů supervizora se supervizanty při supervizních sezeních s užitím Sokratovského rozhovoru.

Klíčová slova: supervize, kognitivně behaviorální terapie, řízené objevování, sokratovský rozhovor.

Guided discovery in cognitive behavioral supervision

Supervision consists of systematic cooperation of the supervisor with supervisee, which is conducted as a dialogue in a safe, open and discovery process. Supervision in cognitive behavioral therapy is based on the same principles as a CBT therapy. The supervisor uses guided discovery to map the context and relations in which supervisee may realize that previous understanding of the patient expands, deepens and sometimes may be changed dramatically. During the interview the supervisor helps supervisee by asking questions to understand the wider context of conceptualizing cases to clarify the appropriate treatment procedures and realize transference and countertransference phenomena. In this article we demonstrate leadership in several interviews of supervisor and supervisees by using Socratic dialogue.

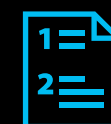
Key words: supervision, cognitive behavioral therapy, guided discovery, socratic dialogue.

Psychiatr. praxi 2015; 16(1e): e44–e57

Úvod

Na supervizi lze pohlížet jako na systematickou a cílenou spolupráci supervizanta se supervizorem. Je zaměřena na zvýšení

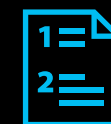
terapeutických kompetencí terapeuta při práci s konkrétními pacienty (Linehan a McGhee 1994, Rakovshik a McManus 2010). Aby supervize mohla pomoci, má být podnětná, bezpečná, otevřená,



upřímná a objevná (Praško et al. 2011a). Hlavním cílem supervize je zvýšení hodnoty terapeutického procesu, a to v nejlepším zájmu pacienta. Ovšem bez podpory supervizanta, rozvíjení jeho samostatnosti, osobního stylu a terapeutických kompetencí, by se stala pouhou kontrolou (Beidas a Kendall 2010, Vyskocilova et al 2011). KBT supervize je založena na stejných principech jako KBT terapie. Je postavena na základních postulátech teorie učení, jako je klasické a operantní podmiňování, kognitivní a sociální učení (Beck et al. 2008, Persons 2008, Fairburn a Cooper 2011). Řízené objevování pomáhá ujasnění si souvislostí na základě minulých zkušeností i nového kognitivního i emočního vhledu. Často pomůže terapeutovi konceptualizovat příběh pacienta, pochopit jeho situaci i naplánovat optimální strategie, léčbu strukturovat a vést v modu řešení problémů (Davidson 2008). Učí ho však především, jak samostatně klinicky a eticky myslet a rozhodovat se (Praško et al. 2011b). Supervize je komplexní proces, do kterého vstupuje pacient, terapeut a supervizor, každý se svými postoji, zkušenostmi, typickými vzorci myšlení a chování. Každý z nich je navíc ovlivňován dalšími kontextuálními faktory. Úkolem supervize je zviditelnit tyto faktory a pomoci supervizantovi, aby je využil pro terapeutický proces i pro svůj profesní růst. Supervizor může supervizanta informovat o tom, jak rozumí tomu, co se děje v léčbě přímo, z pozice experta (vertikální model), nástrojem jsou pak vysvětlování, poučení, příklady a rady. Nebo klade důraz na to, aby k tomu terapeut došel vlastním přemýšlením a zážitkem (horizontální model) (Praško et al 2011a). Pro moderní KBT je typický druhý přístup, který Beck nazval spolupracujícím empirizmem. Jednou z hlavních strategií užívaných v horizontálním modelu je Sokratovský dialog (Praško et al. 2011b). Jde o rozhovor,

ve kterém jedna strana reaguje na druhou a naopak, při kterém dochází k reflexi názorů, postojů a k hodnocení. V dialogu jsou lidé vždy osobně zainteresováni. Sokratovským rozhovorem se rozumí postup, jímž řecký filozof Sókratés vedl pomocí dialogu své žáky k novému poznání. V promluvách kladením otázek umožňoval druhým rozšířit si svůj pohled na určitý problém, ti získali zpravidla klíčový náhled, který vedl ke změně pohledu žáka na daný problém. Řízené objevování je tedy metoda vedení dialogu s druhou stranou, která umožňuje partnerovi v rozhovoru objevit nový pohled na určitý problém. V moderní filozofii na tuto metodu navázal filozof Leonard Nelson (Nelson 1992). Podle Nelsona nelze do myšlení pouštět jakoukoli vnější autoritu, protože to znemožňuje vytvoření vlastního názoru. Důraz na vytváření osobního názoru pochází z Nelsonova přesvědčení, že filozofická pravda, na rozdíl od přírodovědy, není ve skutečnosti věcí objektivních poznatků, ale názoru (Nelson 1992). Nelson už tehdy pokládal za nejdůležitější úkol učitele ovlivňovat studenta tak, aby byl přímo ovlivňován vlastně minimálně (omezit svůj vliv jen na posilování samostatného uvažování.). Tento přístup se v moderní výuce využívá dosud. Sokratovské dialogy se používají ve vysokoškolském i středoškolském vzdělávání, zejména pro matematická či logická témata (Kolář a Šikulová 2007). Taktéž v psychoterapii a v supervizi (Friedman 2000, Gantt 2000, Praško et al. 2010).

V Sokratových hovorech tedy můžeme rozlišit dva prvky – *elenktický* (vyvracející) a *maieutický* (přivádějící partnera k určitému poznatku). Oba prvky nachází a pojmenovává Hegel ve svých Dějinách filosofie (Hegel 1965). Jako první uvádí moment *elenktický* – Sókratés vštěpuje lidem nedůvěru vůči jejich předpo-



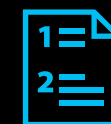
kladům, čímž je vede k tomu, aby si uvědomili, že ke skutečnému chápání je třeba přemýšlet. Sókratés jako by ztělesňoval ono řecké probuzení se z tradice (resp. mýtu), kde jsou odpovědi dány již před otázkami (Patočka 1999). Neustálým, nikdy nekončícím (neboť Sókratés v každém okamžiku svého nahlížení ví, že nic neví) dialogem, tázáním, zkoumáním svých vlastních myšlenek i myšlenek bližních, vede boj za pravé nahlédnutí (Xenofon 1972, Patočka 1991). *Maieutický* moment sloužil Sókratovi k tomu, „aby pomáhal na svět myšlenkám, jež jsou již samy od sebe obsaženy v každém vědomí, aby ukázal, jak je v konkrétním nereflektovaném vědomí obsažena obecnost konkrétna...“

Kanakis (1984) za nejdůležitější prvek Sókratovy metody považuje aporii (tj. pochybnost, rozpaky, nesnáz, námitka, úzkost) – do ní se partner dostává v tom okamžiku, kdy přizná, že nezná odpověď na Sókratovy otázky a je překvapen, protože na počátku byl přesvědčen, že problému rozumí. Aby jej Sókratés přiměl k novému zkoumání problému, musí jej do aporie tázáním dovést. Teprve po dalším přemýšlení o položeném problému může partner najít lepší porozumění. Cílem Sókratovské strategie není až tak správná odpověď, protože etické otázky, které Sókratés většinou kladl, jsou většinou „otevřené“ a odpovědi na ně nejsou jednoznačně správné nebo špatné. Cílem je naučit partnera reflektovat a kriticky přemýšlet. Pro Kanakise se v elenktické části dialogu skrývá podnět, který má probudit v druhém touhu poznat odpověď na položenou otázku. Vzniklá aporie je totiž pocíťována jako chybnost znalosti, které vzbuzuje touhu po překonání této mezery. Aporie vyvolává u partnera motivaci dále přemýšlet.

Sokratovský rozhovor ve skupině (například při skupinové supervizi) vychází z několika základních principů. Ty pak určují

podobu a formu rozhovoru. K účinnosti je třeba důsledné uplatňování těchto principů. Proto nelze vést sokratovský rozhovor jen „trochu“.

- *Myšlení není intuitivní záležitost* – má své zákonitosti, které používáme (proto je možné uspořádat jak terapeutický, supervizní, filozofický, tak matematický rozhovor). Hlavním principem je vedení účastníka rozhovoru k samostatnému myšlení. Proto se v sokratovském rozhovoru probírají zejména problémy, které nevyžadují v dané chvíli žádné další šetření – např. vyšetření, anamnestická data, byť z rozhovoru může potřeba jejich doplnění vyplynout.
- *Myšlenkový proces nepodléhá autoritám* – terapeut užívající sokratovský rozhovor se vědomě vzdává pozice autority. Jen vede a přihlíží, aby pacient, supervizant nebo skupina nesešli z cesty upřímné argumentace a přemýšlení. Jeho pomoc je především v kladení otázek a podpoře přemýšlejících.
- *Každý z účastníků již v sobě má vědění* o možnostech řešeního problému, i když si to zatím neuvědomuje. Ve výpovědi každého účastníka se skrývá „zrnko pravdy“. Právě uplatňováním tohoto principu terapeut pacienta, supervizanta nebo skupinu vede k naslouchání protimluv a kontrastu, k věnování pozornosti jiným pohledům, k opatrným soudům a k toleranci. Tento princip se týká také terapeuta (či supervizora) – jde o umění v sobě potlačit tendenci chtít „pomáhat“ a radit. I když se mu budou zdát některé názory nesmyslné, hloupé nebo nezralé, měl by v nich zkusit hledat „zrnko pravdy“.
- *Rozhovor jako metoda myšlení*. V každodenním životě si zpravidla s druhými sdělujeme převážně hotové názory, někdy i věci, které jsou výsledkem delšího přemýšlení. Sokratovský



rozhovor však předpokládá myšlení během „dialogu“. Druhý člověk nebo skupiny jsou takovými pomocnými prostředky pro uvažování jedince. V diskuzi člověk více uvažuje, co řekne, ověřujeme si, zda dobře pochopil druhou stranu a zda sám říká své názory dost jasně. Dialog ve dvojici či skupině nutí do kritického nadhledu.

- *Cílem rozhovoru je zpravidla nalezení nového pohledu. Většinou jde o konsenzus, který vznikl prodiskutováním všech možných názorů.*

Smyslem skupinového rozhovoru není dospět hned k cíli, či najít nějakou „obecnou moudrost“, ale hledat odpověď na otázku společně. Účastníci přitom vychází z vlastních zažitých zkušeností, nikoliv z názorů autorit.

Existenciální filozof Martin Buber popsal dialog jako nejdůležitější formu blízkého setkání mezi lidmi, které umožňuje otevřít vlastní dimenzi, hloubku a tvořivost v přemýšlení, protože cítíme svobodu a bezpečí ve vztahu (Buber 1995). V dialogu vidí především vyjádření vztahu, který umožňuje, aby člověk znásobil svoje uvědomování a kreativitu. Smyslem dialogu zde však není jen intelektuální prospěch, ale hlavně zásadní uznání druhého jako člověka a partnera.

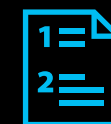
Britský kvantový fyzik David Bohm vidí v dialogu mezi lidmi ve skupině velký potenciál pro rozvoj tvořivosti (Bohm 1996). Byl přesvědčen, že proces dialogu ve skupině má velký potenciál nejen pro zvýšení porozumění, ale i pro kreativitu a může generovat důležité podněty pro výzkum. Bohm učil několik charakteristik tvořivého dialogu, které připomínají zásady v Bálintovské skupině (Bohm 1996): (a) během rozhovoru není potřeba hledat řešení če-

hokoliv, diskuze by měla být svobodná s otevřeným prostorem; (b) během diskuze se nehodnotí ani neodsuzují jiné názory, pohledy, nápady, nic není „dobré“ nebo „špatné“; (c) účastníci jsou ochotni vzdát se hodnocení svých nápadů a rozhodnutí, aby se zabránilo soutěžení, „kdo má nejlepší nápad“; (d) názory a podněty, které říkají druhí, nejsou jejich vlastnictvím, ale mohou být podnětem pro další k rozvíjení a řetězení nápadů.

Také významný americký pedagog John Dewey (1933) zdůrazňoval, že otevřené ovzduší veřejné diskuze a komunikace je nezbytnou podmínkou pro zrod myšlenek a vědění. S ním je spojena představa efektivního učení, typická pro přístup „learning by doing“. Spočívá v tom, že účastníci se učí dle míry své participace. Jedním z nejlepších prostředků, jak něčemu porozumět, je být nucen vysvětlit to jiným lidem. Učíme se, když aktivně nasloucháme.

Řízené objevování a Sokratovský rozhovor v terapii

Po Sókratovi pojmenovali kognitivní terapeuti jednu z nejúčinnějších strategií „sokratovským“ nebo „sokratickým“ dialogem (Beck 1974, Ellis 1962). Řízené objevování a Sokratovský rozhovor se objevují jako strategie vedení rozhovoru v řadě dalších psychoterapeutických přístupů, zejména pak v Psychoterapii zaměřené na člověka (Rogers 1967). Carl Rogers byl přesvědčen, že pokud terapeut vede s pacientem empatický dialog, sám je kongruentní, pacienta přijímá a posiluje, umožní mu, aby sám porozuměl hlubším významům svého prožívání, smyslu a vztahům, ve kterých se nachází. V kognitivně behaviorální terapii patří řízené objevování k základům komunikace s pacientem a je pokládáno za důležitější než psychoedukace (Padesky 1993, Praško et al. 2007). Zpochybňování maladaptivních myšlenek a postojů



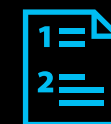
pomocí Sokratovského rozhovoru pak patří mezi nejdůležitější strategie změny též v supervizi (Praško et al. 2010).

V kognitivně behaviorální terapii je při práci s automatickými myšlenkami úkolem terapeuta naučit pacienta, aby své automatické myšlenky kriticky zkoumal, tj. pohlížel na ně jako na „hypotézy“, které se mohou potvrdit, ale také mohou být vyvráceny. Jejich pravdivost je třeba zvažovat z různých úhlů pohledu. Sokratovským dialogem druhého učí, jak jej může vést sám se sebou (Padesky 1993). Další důležitý přístup při zkoumání platnosti pacientových přesvědčení spočívá v jejich empirickém přezkoušení (Beck 1974). Oba zainteresovaní (terapeut a pacient) společně naplňují experimentální situaci, ve které lze platnost daného předpokladu ověřit a dostat okamžitě odpověď, zda platí nebo ne. Beck (1979) doporučuje, aby terapeut s pacientem vytvořili něco jako „vědecký tým“, který společně zkoumá platnost automatické myšlenky. Na rozdíl od Ellisovy metody konfrontace (Ellis 1962), která spočívá v tom, že terapeut silou svých argumentů přesvědčí pacienta o iracionálnosti a nelogičnosti jeho myšlenek, doporučuje Beck, aby terapeut vedl s pacientem „Sokratovský rozhovor“, při němž jej učí, aby sám sobě kladl určité otázky a na jejich základě sám dospěl k závěru o platnosti či neplatnosti svých negativních myšlenek. Kladením vhodných otázek lze s pacientem o určitém předpokladu začít diskutovat. Smyslem tohoto rozhovoru tedy není přesvědčit pacienta (nebo v supervizi supervizanta), že se ve svém myšlení mýlí, ale ukázat mu, že jeho způsob myšlení nemusí být jediný možný, že lze určitou situaci hodnotit i jinak. Záměrem podobně jako v Sokratovských dialozích není ani tak nalezení „pravdy“, jako spíše učení se diferencovaně o problémech uvažovat a zdržet se ukvapených závěrů. Je velmi důležité vést

pacienta či supervizanta k tomu, aby si podobné otázky kladl i sám. Sokratovský rozhovor se nikdy *nesmí změnit v disputaci*, v níž terapeut pacientovi dokazuje, že se mýlí, zatímco pacient hájí pravdivost automatické negativní myšlenky. Je také důležité nenechat se svést k tomu, abychom odpovídali na induktivní otázky za pacienta. I když někdy máme dojem, že známe vhodnou racionálnější odpověď na automatické myšlenky, je lépe být trpělivý a nechat pacientovi dostatek času, aby přišel s vlastní odpovědí, která pro něj bude přesvědčivá. Cílem tohoto způsobu vedení rozhovoru totiž není pouze to, aby pacient dokázal nalézt rozumnou odpověď na automatické myšlenky, ale především aby se naučil si tyto otázky sám klást a s jejich pomocí své automatické myšlenky zpochybňovat (Praško et al. 2007).

Smyslem Sokratovského dotazování je tedy, prostřednictvím kladení vhodných otázek, odhalit něco, co již pacient ví, ale dosud to nebral v úvahu nebo na to zapomněl. Citlivým dotazováním terapeut pacientovi pomáhá, aby lépe využil toho, co již ví, aby přišel na alternativní možnosti vysvětlení známých faktů a aby našel nová možná řešení svých problémů. Cílem otázek je, aby si pacient dokázal uvědomit co nejvíce faktů a aby z těchto faktů vyvodil své vlastní závěry – závěry, které si bude pamatovat a které pro něj budou přesvědčivé. „Dobrá“ Sokratovská otázka je taková (a) na kterou pacient dokáže odpovědět; (b) jeho odpověď mu ukáže nové perspektivy (jiné možnosti).

Sokratovská metoda je ideálním nástrojem, jak docílit toho, aby se pacienti zamysleli nad různými možnostmi, které dosud byly za hranicí jejich uvažování, a aby dokázali vytvořit konstruktivní alternativní pohled na určitou situaci nebo událost. Dobré Sokratovské dotazování se uskutečňuje v atmosféře dobrého



terapeutického vztahu. Cílem terapeuta je vyjadřovat vřelost a nesoudící postoj, aby zmírnil pacientův strach a pocit bezmoci a podporoval jeho zapojení, vlastní uvažování, kreativitu a zapamatování. Pacient by měl mít pocit, že jeho názory jsou „zajímavé“ a nikoli „špatné“, a že jeho hledání nových možností terapeut oceňuje a bere v úvahu, nikoli že je kriticky zpochybňuje.

Stále ještě existuje běžná mylná představa KBT terapeuta, který funguje jako neomylný právník v soudní síni, který nikdy nepoloží otázku, aniž by na ni neznal odpověď a který několika brilantními otázkami náhle odhalí „pravdu“. V této souvislosti je zajímavé, že A. T. Beck jako svůj vzor popsal televizní postavu inspektora Columba. Jemný styl vyšetřování tohoto televizního hrdiny – nikdy hrubý či vševědoucí – odpovídá postoji upřímné zvědavosti a respektu vůči druhým. Tento postoj je pro „dobré“ Sokratovské dotazování naprosto nezbytný. Styl a smysl Sokratovského dotazování probrala nejdůkladněji ve svém textu Padesky (1993). Vyzdvihla důležitý rozdíl mezi tím, zda využíváme Sokratovského dotazování k tomu, abychom *změnili myšlení* pacienta, nebo zda nám jde o *řízené objevování* nových souvislostí. Padesky tvrdí, že terapeut, který se snaží „změnit myšlení“ pacienta mu tím ukazuje, že jeho myšlenky jsou nelogické, zatímco terapeut, který „řídí objevování“, odkrývá pacientovi nové možnosti. Podle ní je klíčem k tomuto druhému přístupu postoj upřímné zvědavosti na straně terapeuta. Teasdale (1996) ve svém komentáři k názorům Padesky poznamenal, že na psychologické úrovni znamená „změnit něčí myšlení“ zneplatnění jeho konkrétních myšlenek a názorů, zatímco „řízené objevování“ uvolňuje cestu k vytvoření nových mentálních vzorců.

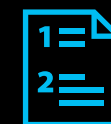
Kognitivní terapeut by proto měl usilovat o řízené objevování nejen z pozice zvědavosti, ale také z pozice skromnosti a pokory. Skromnost nám umožní přijmout fakt, že se často můžeme my něco naučit od pacienta, nikoli, že jsme to my, kdo zná (nebo by měl znát) správnou odpověď. Tímto způsobem se můžeme vyhnout pasti „změnit myšlení“.

Konečným cílem terapie je, aby se pacient stal zároveň Sókratem i jeho žákem. Měl by se naučit získat odstup, zhodnotit situaci a najít nový pohled na věc. Při učení se této dovednosti je neocenitelným pomocníkem vedení Denního záznamu myšlenek. Pacient se přitom učí určovat vlastní emoce, klíčové myšlenky, zkoumat platnost svých myšlenek a pak si vytvářet nové postoje. Při soustavném procvičování se tento postup může stát pro pacienta druhou přirozeností.

Řízené objevování a Sokratovský rozhovor v supervizi

Sokratovský dialog a řízené objevování jsou strategie často užívané i v supervizi. Místo toho, aby supervizor supervizantovi sděloval fakta, pomáhá mu je pomocí otázek objevit (Praško et al. 2011a). Podobně jako v terapii jsou k tomu používány induktivní otázky např.: „*Máte dojem, že to může nějak souviset?*“, „*Když připustíme, že je tomu tak, jak říkáte, a zároveň platí, co jste řekl před chvílí, kam to celé podle vás směřuje?*“, „*Co si o tom myslíte?*“, „*Napadá mě, jak se v tom asi cítí manželka pacienta, co si o tom myslíte?*“ apod.

Řízené objevování pomáhá utvářet supervizní vztah – vytvářet atmosféru bezpečí a pochopení (Bennett-Levy 2006, Greenberg 2007, Thwaites and Bennett-Levy 2007, Vyskočilová a Praško 2011). V následujícím příkladu je možné vidět, jak supervizor pomáhá vytvořit bezpečnou atmosféru (Vyskočilová 2012).



Lucie (supervizantka): Mám na oddělení mladou ženu, slečnu K, která mě strašně vytáčí. Víím, že by neměla, ale nejde mi to. Je strašně naléhavá, stále si něco poroučí, jen se objevím na chodbě, ihned má nějaký požadavek, na něco si stěžuje. To samé dělá Petrovi (kolega Lucie). Chtěla bych zjistit, co mám udělat, aby mě tak nepopuzovala, protože jí pak nebudu moci pomoci. Když s ní mluvím sama, nejsem dost trpělivá, nedokážu ji poslouchat, tak mě vytáčí. Jinak se mi to nestává, s ostatními pacienty mám dobrý vztah.

Jiří (supervizor): Pokud ti dobře rozumím, tak se ti většinou s pacienty daří navázat dobrý vztah, ale teď máš na oddělení pacientku, která je nadmíru naléhavá i mimo sezení a tebe to popuzuje. Nedokážeš s ní být trpělivá. Mrzí tě to a máš obavu, že jí nebudeš schopna pomoci. Přitom bys jí ráda pomohla, pokud to chápu dobře. Zároveň se na ni zlobíš. Je to tak? *(supervizor shrnuje, co slyšel od terapeutky, tím dává terapeutce pocit přijetí – dobře naslouchal – i bezpečí – rozumí jí).*

Lucie: Přesně tak. Ta pacientka má hraniční poruchu osobnosti a vytáčí kdekoho, nejvíce své blízké, kterým neustále nadává do telefonu.

Jiří: Hm. Rozumím ti. Je ještě něco, co dělá?

Lucie: No, na druhou stranu na oddělení ostatním pomáhá, půjčuje spolupacientům mobil, aby si mohli zavolat, a angažuje se pro druhé a dokáže k nim být citlivá. Víím, že není jen zlá. Přesto jsem na ni už alergická. Chápu, že se trápí, ale proč trápí také druhé?! Tuhle na celou chodbu nadávala do telefonu matce dost sprostě, a to jen proto, že jí zapomněla něco přinést. Mně sice vulgární slova až tak nevadí, ale ta matka se jí snaží stále pomáhat, denně za ní jezdí. Navíc vyděsila ostatní pacienty, kteří se jí báli.

Jiří: Říkáš, že s jinými pacienty problém nemáš. Měla jsi už někdy takového pacienta?

Lucie: No, podobného. Ten měl také hraniční poruchu. Já to prostě s hraničníma neumím. Nemám na ně trpělivost a hned jsem na ně naštvaná. Je to moje chyba. Petra to tak nevytáčí, ten má pro ně pochopení. Mně to ale nejde.

Jiří: Říkáš, že ti to s nimi nejde, a zároveň sis tohle téma vzala sem na supervizi. Co tě k tomu vedlo?

Lucie: Nesnáším tyhle pacienty, ale ráda bych se s nimi naučila nějak pracovat, protože mi je jasné, že s ní nic neudělám a ani jí nepomůžu.

Jiří: Aha, a co to pro tebe znamená, když jí nepomůžeš?

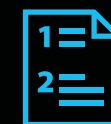
Lucie: Často mě pak napadá, že jsem špatná doktorka. *(Terapeutka začala sebereflexi, kdy si uvědomuje různé stránky svého vztahu k pacientce)*

Jiří: Zdá se, že o ní hodně přemýšlíš, když si uvědomuješ, nejen že tě štve, ale také, že se angažuje pro druhé a dokáže být citlivá. A rozumím ti. Máš nějakou zkušenost s tím, jak to s takovými pacienty zažívají ostatní kolegové?

Lucie: No, víím, že spoustu kolegyň mi řekne dost podobné pocity, také na konferencích to slyším, že s takovými pacienty je to těžké. Ale já jsem si myslela, že já to prostě zvládnu s takovými pacienty.

Jiří: Takže je z toho, co říkáš, patrné, že to s nimi je těžší. Mně se líbí to, že jsi zůstala sama u sebe a chceš to změnit. A rozumím tomu, že když o sobě pochybuješ, tak je pak lehké naštvat se na tu pacientku.

Lucie: Jsem ráda, že mi říkáš, že tomu rozumíš. Docela jsem se bála o tom mluvit, ale převážilo to, že si nechci jen stěžovat



na hraniční a zažívat s nimi vždy nepohodu. Třeba s manickými pacienty nemám problém, i když dělají „bordel“, řvou, nadávají.

Jiří: Čím myslíš, že to je?

Lucie: Tam totiž léky pomohou a oni se uklidní. Na ni však léky moc nepůsobí a moje pokusy o psychoterapii nepřijímá vůbec. Říká, že už na psychoterapii chodila nejméně k pěti zkušeným terapeutům a nebylo to k ničemu. Dala mi najevo, že jsem mladá a nezkušená.

Jiří: Co myslíš, že by ti pomohlo v tom, abys s ní mohla pracovat?

Lucie: Asi kdybych s ní dokázala navázat kontakt a motivovat ji, možná by to bylo lepší pro obě. Možná, kdybych se dokázala oprostít od toho, že ji musím za každou cenu pomoci, kdybych se jen pokusila a necítila ten tlak.

Jiří: A nyní to cítíš tedy jak, když jsi s ní v kontaktu?

Lucie: Mám pocit, že mě a moji snahu odmítá, přitom pak naléhá na blbosti – například několikrát denně mění seznam lidí, kterým mohu dávat informace o ní.

Jiří: Takže vlastně to, co vysílá, je odmítání tvé snahy a zároveň naléhá na tvůj čas, i když z tvého pohledu na nedůležité věci. Chci ti říct, že se mi líbí, že máš stále chuť jí pomoci. Napadá tě, jak ji motivovat? *(Supervizor opět posílil a reagoval empaticky. Podtrhl jednu z možných příčin problémů ve vztahu – znehodnocení terapeutky pacientkou, pak povzbudil možnost hledání řešení situace – stále má na paměti cíl – dobro pro pacienta).*

Lucie: Nevím.

Jiří: Zkus uvažovat, co jsi dosud dělala a co třeba vůbec ne.

Lucie: Možná by přijala, kdybych si s ní jen tak popovídala o jejím dětství. Když jsem ji vyšetřovala, prošla jsem to moc rychle, protože jsem už neměla čas, jak dlouho mi líčila sou-

časné problémy. Vlastně o ní toho moc nevím, kromě četných konfliktů, co má s otcem, přítelem a které měla v několika zaměstnáních. O tom, jak vyrůstala, nevím skoro nic. Ale jak jsem viděla toho tátu, tak to určitě neměla lehké.

Jiří: Co tě k tomu napadá?

Lucie: Uvědomuji si, že jí vlastně nemám odkud moc rozumět, protože málo vím o jejím vývoji. Možná by ji to potěšilo, kdybych to s ní probrala *(Terapeutce dochází, že vlastně nemá udělanou konceptualizaci případu – která patří mezi základní kompetence – protože neví moc o pacientčině dětství, cítí se tak bezpečně, že se už přestala sebeobviňovat a nahlas přemýšlí a reflektuje dosavadní práci i sebe sama).*

Jiří: Vidím, že jsi už našla jednu možnost, jak s ní zlepšit terapeutický vztah a zároveň jí více porozumět. Je možné, že v dětství to opravdu měla složité. Myslíš, že citlivé probrání dětství by mohlo pomoci pacientce, aby se cítila více přijata? *(Supervizor povzbuzuje a potvrzuje, používá induktivní otázku k označení možného schématického problému pacientky).*

Lucie: Jo, ona stále naléhá, že se jí všichni málo věnujeme. Personál, já, rodina. Vlastně mě napadá, že to samé říkala o příteli – že se jí také málo věnoval. Jo, to je asi pravda – necítí se přijatá, pravděpodobně nikde a všechny ty její konflikty mohou být o tom.

Jiří: Líbí se mi to, co říkáš. Docela to dává smysl. Ještě tě něco k tomu napadá? Jakou roli v tom máš tedy ty?

Lucie: No vlastně ona se necítí nikde přijatá, ani mnou. Já ji také neumím přijmout. Bože, ta to má těžké... a to se ještě snaží pomáhat druhým.

Jiří: Napadá tě ještě něco k té její pomoci druhým a k tomu, jak je na lidi okolo sebe sprostá?



Lucie: Musí asi pomáhat, díky tomu se cítí lépe – přijímaná. A sprostá je asi proto, že jí nikdo nevěnuje takovou pozornost, jakou by chtěla. *(Terapeutka rozvíjí hypotézu o jádrovém schématu pacientky, hledá pro ni důkazy z faktů, které zná).*

Konceptualizace případu je dovednost porozumět problémům a příznakům z hlediska jeho historie a aktuálního kontextu. Základem této dovednosti je studium teorie, ale její rozvoj je možný pouze přes praktickou zkušenost vlastní práce s pacienty, kterou výrazně rozvíjí systematická supervize (Armstrong a Freeston 2003). Užitím řízeného objevování je možné pomoci supervizantovi, aby lépe porozuměl svému pacientovi (Vyskočilová 2012).

Lucie: Dnes bych ráda mluvila o jednom svém pacientovi, ale také o slečně K, o které jsem mluvila minule.

Jiří: Dobře. Máme však spolu hodinu, takže sama se zkus zamyslet, co z toho je pro tebe palčivější, neboť si nejsem jist, zda oba případy stihneme.

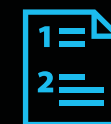
Lucie: Budu pokračovat se slečnou K, tam se to trochu pohnulo. Ale potřebovala bych dnes probrat, jaké strategie bych měla dál použít. Možná si i něco s tebou zkusit, protože jsem ještě nikdy nedělala s nikým, kdo byl v dětství sexuálně zneužíván... docela by mi pomohlo si to přehrát. Myslíš, že bychom tohle mohli? *(Terapeutka specifikuje zakázku).*

Jiří: Samozřejmě je to možné. Říkáš, že se to pohnulo, a mluvíš o sexuálním zneužití. Mohla bys v krátkosti o tom říci? *(Supervizor oceňuje a pak zaměřuje sezení nejdříve k ujasnění konceptualizace a terapeutického vztahu).*

Lucie: Prostě jsem si s ní sedla a nabídla jí, zda nechce probrat všechno od počátku, od dětství, a ona řekla, že jo. Taky trochu jedovatě řekla, že jsme to už mohly probrat dávno. To jsem však přešla. Pak se najednou rozbředla a řekla mi, že jí nikdo nevěří. Že ji osahával a pak znásilnil její starší bratr. Když to v dospělosti konečně řekla, tak jí matka nevěřila a otec ji seřval, že si vymýšlí. Vypálila to na mě a pak brečela a dívala se, co já na to. Cítila jsem, že je zoufalá a zároveň schopna začít ihned bojovat, když jí hned neřeknu, že jí věřím. Tak jsem jí řekla, že já jí věřím a zda o tom chce říci více. Řekla, že teď ne, že jí stačí, že jí věřím, a utekla zpět do svého pokoje.

Jiří: Takže se zdá, že k tobě našla důvěru. To je bezvadné. Cítím to stejně, jak bylo důležité jí říci, že jí věříš. *(Supervizor potvrzuje terapeutku).*

Lucie: Ještě ten den přišla za mnou znovu, jestli mám na ni čas, že by mi řekla více. Váhala jsem, zda přistoupit na to, že budeme mluvit, kdy se jí zachce, na druhé straně mi bylo jasné, že chce mluvit o tak těžké věci, že jsem řekla, že jo. Vylíčila mi, jak ji od 8 let bratr pravidelně osahával a vyhrožoval, že když to řekne, tak ji zabije. Pak mi řekla, jak jí strkal opakovaně do pohlaví prsty a nutil ji, ať mu sahá na přirození a dráždí ho. Snažila se mu vyhnout, jak se dalo, ale nakonec si ji vždy našel. Ve 13 letech ji pak znásilnil. Řekla to rodičům až za dalších deset let, protože se za to hrozně styděla. Ale oni to nepřijali, matka jí nevěřila a otec začal křičet, že si vymýšlí a že si vždycky vymýšlela. Údajně, kdyby se to stalo, tak to řekla už tehdy. Když mi to říkala, skoro pořád buď brečela nebo se vztekala – na rodiče a na bratra. Také řekla, že kdyby mohla, tak ho zabije nebo by mu ho uřízla. Že je teď ve vězení za podvody, a patří mu to.



Nevěděla jsem, co s tím dělat, když se tak vztekala a mluvila hrubě. Ale asi to moc potřebovala. Já se ale, když slyším tolik nenávisti v hlase, cítím úplně bezmocná, i když vím, že mi to nepatří. Když pak brečela, tak jsem se bála k ní přiblížit, aby znovu nevybouchla. Spíše jsem tam jen tak seděla a poslouchala ji. Moc jsem do toho taky nedokázala zasáhnout.

Jiří: Jak tě tak poslouchám, zvládly jste pořádný kus práce. Dokázala se ti svěřit v tak bolestné věci. Při vzpomínání byla silně zahlcena silnými protichůdnými emocemi, které se jí střídaly. Rozumím tvým pocitům. Také si myslím, že k takovému příběhu není moc co dodat a že to typicky citově zasáhne i terapeuta. Minule jsme si říkali, že se možná cítí hodně nepříjatá a z toho pramení jednak její touha po pozornosti, jednak její zlobení se, když má pocit, že si jí někdo pro ni důležitý nevšímá. Co si o tom myslíš nyní, po tom vašem rozhovoru? *(Supervizor oceňuje, vyjadřuje pochopení, normalizuje. Pak pomocí induktivní otázky zaměřuje terapeutku ke konceptualizaci případu).*

Lucie: Samozřejmě jí teď více rozumím a hlavně už nemám pocit, že se to týká mé osoby. Ještě bych to dětství s ní potřebovala probrat více, abychom společně vzpomněly nejen na traumatické věci, ale abychom se mohly i o něco dobrého opřít, nicméně to co zažila, úplně stačí na to, aby se cítila nepříjatá a nepochopená.

Jiří: Říkala jsi na začátku o strategiích. Napadá tě v tuhle chvíli něco?

Lucie: Jasně, po tom příběhu s ní udělám „padající šíp“, abychom nějak její schéma pojmenovaly, a pak probereme, jaké má to schéma důsledky. Myslím si, že se to bude týkat zejména přesvědčení o tom, že je nemilovaná a druzí jí ubližují. Pak jsou

pochopitelné její kompenzatorní strategie v chování – nadměrná touha po pozornosti a rozčilování se, když to nezíská. Také si myslím, že bych teď měla pokračovat tím, že budeme o traumatu mluvit a provedeme expozici v imaginaci... trochu se toho však bojím, že bude reagovat bouřlivě, abych ji ještě více nerozhodila... také nevím, jak to pak ukotvit, aby se zklidnila. Mohl bys mi v tom nějak pomoci?

Jiří: A co bys v tom přesně potřebovala?

Lucie: Asi vysvětlit, co mám dělat, nebo něco z toho tady přehrát? *(Terapeutka sumarizuje konceptualizaci a uvažuje o dalších strategiích – sdílet s pacientkou konceptualizaci prací se schématem, pak se vrací k původní zakázce, dozvědět se více o strategii, kterou by chtěla použít, případně si ji přehrát).*

Jiří: Libí se mi, jak si její příběh postupně konceptualizuješ. Pokud to s ní probereš, budeš mít dobrou základnu na to, abyste mohly zpracovat trauma v imaginaci. Mluvila jsi však také o její měnlivosti emocí a bouřlivosti. Napadá tě, jakou formu expozice traumatu bys zvolila?

Lucie: Asi bude vhodnější přepis traumatu. Na výcviku jsme to probírali, i jsem si to zkoušela, ale v reálu se toho docela dost bojím.

Jiří: Rozumím ti, ale pokud bude mít pocit bezpečí s tebou a bude mít možnost situaci kontrolovat, myslím, že se není čeho obávat. Tak teď trochu zopakuj věci, které jistě již znáš z výcviku, ale abychom si to před nácvikem připomněli. Je asi fajn vědět, že poprvé je to zpravidla krátké, protože to bude těžce prožívat a může se snažit tomu vyhnout. Je třeba pamatovat na to, že musíte vypracovat zachránce. To může být někdo, komu tehdy věřila, nebo to může být ona sama jako dospělá, nebo



to můžeš být i ty. Zachránce vstoupí do imaginace a ochrání ji a pak případně ukonejší. Zkusíme to tedy přehrát? *(Supervizor oceňuje, vyjadřuje pak pochopení pro terapeutčiny obavy a strukturuje možnosti vyzkoušení strategie, kterou sama chtěla)*

Lucie: Přesně to potřebuji.

Jiří: Chceš být v roli terapeutky, nebo nejdříve v roli pacientky?

Lucie: Myslím, že to zkusím rovnou jako terapeutka. Kdykoliv to ale zastavím a řeknu ti o pomoc, když budu tápat. Souhlasíš? *(Terapeutka povzbuzuje sama sebe ke hraní rolí).*

Řízené objevování posiluje sebereflexi supervizanta. Sebereflexe je komplexní proces (zachycení vlastních kognicí a postojů terapeuta, jeho emocí a chování k pacientovi a tak, jak souvisejí s jeho osobními jádrovými schématy a podmíněnými předpoklady, a jejich případné modifikování při práci na sobě nebo v supervizi). Z KBT pohledu sebereflexe vyžaduje také schopnost reflektovat své vlastní dovednosti a udržovat si schopnost je aplikovat přirozeně a samozřejmě, plynule a kdykoliv je to pro léčbu pacienta potřebné (Bennett-Levy 2006, (Vyskočilová 2012).

Veronika (supervizantka): Mám pacienta, pana V, je depresivní, nemyslím si však, že nějak hluboce, ale problém je, že nedělá domácí úkoly, a to teda vůbec. Pokaždé se snažím to s ním co nejlépe naplánovat, probírám s ním, proč a jak má ten úkol dělat, aby to mělo smysl, ptám se na možné překážky. Vždy to odkývá a neudělá. Pokaždé mi pak na dalším sezení řekne: „Víte, paní doktorko, já vím, že bych to měl udělat, že

je to pro moje dobro, ale pak to vždy odložím, nějak se prostě nedokážu přinutit. Já nevím, jak to mám udělat, jak se přinutit, abych to udělal?!“ Připadá mi, že to vždycky hodí na mě. Já mu mám vysvětlit, proč se nedokáže přinutit. Mně připadá, že je prostě líný a takhle to na mě hraje.

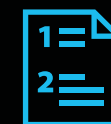
Karla (supervizorka): Hm, to ti rozumím. Snažíš se, abys mu pomohla, přemýšlíš, jak mu to více ulehčit, aby to zvládl, vysvětluješ smysl úkolu, dokonce se ptáš i na možné překážky v plnění, a on ti to všechno slíbí, a pak úkol neudělá. Jak se v tom cítíš? *(supervizorka podporuje terapeutku – jde o základní kompetenci supervize – a dává pozitivní zpětnou vazbu na různé specifické kompetence frekventanta týkající se zadávání domácího úkolu, je empatická k tomu, k jakým potížím dochází).*

Veronika: Jsem na něj naštvaná, ale někdy spíš cítím takovou bezmoc. Někdy si říkám, jestli se na ty domácí úkoly u něj nemám vykašlat. Zbytečně na něj tlačím a pak jsem jen naštvaná a nemá to žádný význam *(terapeutka se cítí bezpečně v terapeutickém vztahu, odhaluje svoji skepsi týkající se pokračování v důležité části terapeutického plánu).*

Karla: Té bezmoci a myšlenkám na to vykašlání rozumím. Co bys vlastně ode mne potřebovala, aby ta bezmoc nebyla?

Veronika: Nevím, asi možná rozumět tomu, proč ty úkoly nedělá.

Karla: Čili, co ho vede k tomu, že nedokáže ty úkoly udělat? Co mu v tom brání? Z toho, co o sobě řekl, jsou nějaké postoje nebo očekávání, které s tím mohou souviset? Napadá mne též, jak je to s jeho, která souvisí se zvládáním? Zkusme si udělat hypotézu o schématech, které mohou ovlivňovat jeho chování, které brání v této části terapie *(supervizorka nabízí*



alternativní strategii, která vyžaduje terapeutovo užití dovednosti konceptualizace a specifickou kompetenci práce se schématy při konceptualizaci případu).

Veronika: Už jsem to s ním probírala, nabízela jsem mu hypotézu, že mu v tom možná brání některé myšlenky, které se vždy aktivují, když chce udělat domácí úkol, a že to aktivuje jeho pocity neschopnosti, které se objevují i v jiných situacích. Když jsem se ho zeptala, co si o tom myslí, řekl jenom: „Já nevím, na to jste odborník přece vy,“ a zase mě dostal! *(Terapeutka se pokusila užít konceptualizaci k porozumění nespolupráce pacienta, ale stále se cítila blokována, patrné jsou projevy protipřenosu).*

Karla: Hm, rozumím. Je to něco, s čím je třeba při práci s depresivním pacientem počítat – často mluví o tom, že nemají sílu na to, nebo že to nemá stejně smysl, nebo že vlastně neví. Chtěla bys ještě prozkoumat další možnosti, nebo potřebuješ spíše něco jiného?

Veronika: Nevím, asi možná znát ještě jiné možnosti.

Karla: Takže bychom nyní spolu zkusily udělat brainstorming všeho, co nás napadne, jak tuto situaci změnit? Co říkáš?

Veronika: No víš, já jsem vlastně uvažovala nad tím, že se ho asi mrzutě ptám, proč ten úkol nemá, a když mu ho zadávám, tak se u toho také moc nezastavuji.

Karla: Jak to tedy souvisí s tím, jak se o těch úkolech bavíte?

Veronika: No, že vlastně ta jeho bezmoc je dost pochopitelná. Asi bych se také necítila dobře, skoro jak před učitelkou ve škole.

Karla: Aha, moc pěkně o tom uvažuješ. A nějak ti jeho reakce zapadá do toho, co o něm víš?

Veronika: No, až když to tu povídám, tak mi to postupně dochází – on měl matku učitelku, která ho neustále do nějakých věcí nutila a pořád ho kritizovala. Nemohu se teď zbavit představy, že na něj působím jako ta matka... to doufám, že ne (směje se).

Karla: Aha, a co si tedy říkáš?

Veronika: Vlastně jsem s ním jeho pocity při úkolech neprobírala. Rovnou jsem očekávala, že se vymlouvá. Také jsem s ním neprobírala jeho myšlenky, které ho napadají, když mu úkoly zadávám. Co se s ním asi děje, když všechno slíbí? Nebojí se mi říci, že je toho moc? Nebojí se přiznat, když něčemu nerozumí? Když měl takové zkušenosti s matkou?! Doufám, že v brainstormingu najdeme nějakou cestu, jak ho více povzbudit. Vlastně mě dost často napadá, jestli na to vůbec mám dělat terapii?

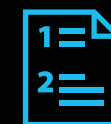
Karla: Proč si to myslíš?

Veronika: Jsem s ním často netrpělivá, někdy dělám kognitivní rekonstrukci za něj, když sám nic neřekne, pak ho utěšuji, když říká, že nestojí za nic, že sám na nic nepřišel. Chvillemi ho „zachraňuji“, pak mě však štve, že sám nic neudělal a ještě to používá jako něco, čím mi vytře zrak: „Podívejte se, jak jsem neschopný“.

Karla: Jaké pocity s ním zažíváš?

Veronika: Především bezmoc. Také vztek, fakt vztek na něj, když je on bezmocný. *(Terapeutka odkryla některé protipřenosové vzorce, kterých si všimla ve svých reakcích na pacienta, prokázala tím základní kompetenci sebeuvědomění).*

Karla: Mám radost z toho, jak reflektuješ sebe sama v terapii. Také sis položila některé důležité otázky – Co se s ním děje, když slibuje, že úkoly splní, a co se s ním děje, když si k úkolům sedne? Napadá tě, co by ti ještě mohlo v tom pomoci?



Veronika: Asi víc vědět o jeho myšlenkách a pocitech v těchto situacích... A také možná to, abych o sobě tolik nepochybovala.

Karla: K čemu by to mohlo prospět?

Veronika: Že bych si dovolila být trpělivá, necítila bych tu zodpovědnost, že mu hned teď musím rychle pomoci, spíš by asi bylo dobré, kdyby si na to přišel sám. Možná by to pak dokázal i doma. *(Supervizorka použila základní dovednost pro budování supervizního vztahu – posílila základní dovednost terapeuta – sebereflexi. Supervizorka dále vedla terapeutku k uvědomění, že její pochybnosti mohou interferovat při práci se složitými pacienty, jako je pan V).* A také mě napadá, že i já bych si měla říci, co svědčí pro a proti, že svoji terapeutickou práci zvládám. (směje se) Já ji vlastně většinou zvládám, jen občas, jako teď, se mi něco nedaří.

Karla: Dobře. Na začátku jsi říkala, že bys chtěla asi vědět, jak na to, aby ten pacient dělal úkoly, a porozumět tomu, proč je nedělá. Dostala jsi odpověď na tyto otázky?

Veronika: Jasně že dostala, především jsem si uvědomila, že nemám spěchat a dělat věci za něj, jen tak je bude moct doma dělat. Děkuji.

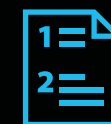
Závěr

Sokratovský rozhovor je důležitým nástrojem supervize v kognitivně behaviorální terapii. Během vedení rozhovoru pomáhá supervizor supervizantovi otázkami porozumět širším souvislostem konceptualizace případů, ujasnit si přiměřené postupy v léčbě a uvědomit si přenosové i protipřenosové fenomény.

Supported by grant IGA MZ CR NT 11474-4/2010.

Literatura

1. Armstrong PV & Freeston MH: Conceptualising and formulating cognitive therapy supervision. In: Bruch M, Bond FW: Beyond Diagnosis. Case Formulation Approaches in CBT. Wiley, Chichester 2003: 349–371.
2. Beck AT, Laude R, Bohnert M. Ideation components of anxiety neurosis. Arch Gen Psychiatry 1974; 31: 319–325.
3. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. Guilford Press, New York, 1979.
4. Beck JS, Sarnat JE, Barenstein V: Psychotherapy-based approaches to supervision. In: Falender CA, Shafranske EP (eds): Casebook for Clinical Supervision. American Psychiatric Association, Washington 2008: 57–96.
5. Bennett-Levy J. Therapist skills: a cognitive model of their acquisition and refinement. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2006; 34: 57–78.
6. Bohm D. On dialogue. New York: Routledge 1996.
7. Buber M. Já a Ty. Ve Votobii vyd. 1. Olomouc: Votobia, 1995.
8. Davidson K. Cognitive Therapy for Personality Disorders. A Guide for Clinicians. 2nd ed. Routledge, New York 2008.
9. Dewey J. How We Think: a restatement of relation of reflective thinking to the educative progress. 2nd Ed. D. C. Heath and Company, 1933.
10. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York, Lyle Stuart 1962.
11. Friedman M. The Existential and the Interpersonal: Ludwig Binswanger and Harry Stack Sullivan Journal of Humanistic Psychology 2000; 40(1): 108–129.
12. Gantt EE. Levinas, Psychotherapy, and the Ethics of Suffering. Journal of Humanistic Psychology 2000; 40(1): 9–28.
13. Greenberg LS. Emotion in the relationship in emotion focused therapy. In: Gilbert P and Leahy RL (Eds.), The Therapeutic Relationship in the Cognitive-Behavioural Psychotherapies (pp. 43–62). London: Routledge, 2007.
14. Hegel GWF. Dějiny filosofie 2, ČSAV, Praha 1965: 41–42.



- 15.** Kanakis IN. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit der sokratischen Lehrstrategie, Inauguraldissertation zur Erlangung des Grades eines Dr. phil. an der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Universität Heidelberg, Karlsruhe, 1984: 43–44.
- 16.** Kolář Z, Šikulová R. Vyučování jako dialog. Praha 2007.
- 17.** Linehan MM, McGhee DE. A cognitive-behavioral model of supervision with individual and group component. In: Greben SE and Ruskin R (eds): Clinical Perspectives on Psychotherapy Supervision. American Psychiatric Press, Inc. Washington DC 1994: 165–188.
- 19.** Nelson L. Ausgewählte Schriften, Frankfurt am Main: dipa-Verl., 1992.
- 20.** Padesky C. Socratic questioning: changing minds or guided discovery. Keynot address at the EABCT Congress, London, September 24 1993.
- 21.** Patočka J. Péče o duši II, Praha: OIKOYMENH, 1999: 149–355.
- 22.** Patočka J, Sókratés: přednášky z antické filosofie. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991.
- 23.** Patterson CH: Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: a review of reviews. Psychotherapy 1984; 21: 431–438.
- 24.** Persons JB. The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy. Guilford Press 2008.
- 28.** Prasko J, Vyskocilova J, Slepecky M, Novotny M. Principles of supervision in cognitive behavioural therapy. Biomed Pap 2011b; 155:XX. DOI 10.5507/bp 2011.022.
- 29.** Praško J, Možný P, Šlepecký M (eds.). Kognitivně behaviorální terapie u psychických poruch. Triton, Praha 2007.
- 30.** Prasko J, Vyskocilova J, Mozny P, Novotny M, Slepecky M. Therapist and supervisor competencies in cognitive behavioural therapy. Neuroendocrinology Letters 2011a; 32(6): 101–109.
- 31.** Praško J, Vyskočilová J. Countertransference in cognitive behavioral supervision. Activitas Nervosa Superior Rediviva 2010; 52(4): 251–260.
- 32.** Rogers CR. On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. London: Constable and Company. 1967.
- 33.** Teasdale J. Metacognitions, mindfulness, and the modification of mood disorder. Clinical Psychology and Psychotherapy Clin Psychological Psychotherapy 1999; 6: 146–155.
- 34.** Thwaites R & Bennett-Levy J. Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2007; 35: 591–612.
- 35.** Jana Vyskocilova, Jan Prasko. Empathy in cognitive behavioral therapy and supervision. Act Nerv Super Rediviva 2011; 53(2): 72–83.
- 36.** Vyskočilová J: Proces supervize ve výcviku v kognitivně behaviorální terapii a očekávání supervizorů a supervizantů od supervize. Fakulta humanitních studií, Katedra Řízení a supervize, Karlova Univerzita, Praha 2012.
- 37.** Xenofón: Vzpomínky na Sókrata. Praha: Svoboda 1972.
- 38.** Fairburn CG and Cooper Z. Therapist competence, therapy quality, and therapist training. Behav Res Ther 2011; 49(6–7): 373–378.
- 39.** Rakovshik SG and McManus F: Establishing evidence-based training in cognitive behavioral therapy: a review of current empirical findings and theoretical guidance. Clinical Psychology Review. 2010; 30: 496–516.
- 40.** Beidas RS, Kendall PC. Training Therapists in Evidence-Based Practice: A Critical Review of Studies From a Systems-Contextual Perspective. Clin Psychol (New York). 2010; 17(1): 1–30.

Mgr. Jana Vyskočilová

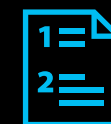
Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova v Praze,

U Kříže 8, Praha 5 Jinonice

Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc,

Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

vyskocilovajana@seznam.cz



Ročník 16, 2015, číslo 1e, vychází 3x ročně

Předseda redakční rady:

MUDr. Luboš Janů, Ph.D.

Místopředseda:

prof. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc

Čestný předseda:

prof. MUDr. Jaroslav Bouček, CSc.

Redakční rada:

MUDr. Pavel Doubek, prof. MUDr. Ivana Drtílková, CSc., MUDr. Vlasta Hanušková, MUDr. Erik Herman, Ph.D., prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D., MUDr. Josef Chval, MUDr. Vladislav Chvála, doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc., doc. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D., MUDr. Miloslav Kopeček, Ph.D., MUDr. Michal Maršálek, CSc., MUDr. Mária Martinove, MUDr. Ludvík Nábělek, MUDr. Karel Nešpor, CSc., doc. MUDr. Ján Pečeňák, CSc., doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc., MUDr. Jaroslav Vaněk, prof. MUDr. Alexandra Žourková, CSc.

Odpovědní garanti:

Psychofarmakologie – L. Janů

Sexuologie – A. Žourková

Psychoterapie – V. Chvála

Konziliární psychiatrie – E. Herman

Biologická psychiatrie – L. Hosák

Ambulantní psychiatrie – E. Herman

Pedopsychiatrie – I. Drtílková

Výběr z literatury, aktuality – T. Kašpárek

Gerontopsychiatrie – R. Jiráček

Interdisciplinární, ostatní – P. Doubek

Závislosti – K. Nešpor

Ediční rada:

Prof. Dr. M.C. Angermeyer, Dr. Grim Blekastad, Dr. Maria Waloszek-Brzozová, Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber, Prof. Dr. Sigfried Kasper, Prof. Dr. Ulrich Trenckmann, Prof. Dr. Hans Georg Zapotoczky

Časopis je připravován ve spolupráci se sdružením ambulantních psychiatrů

Vydavatel: SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

Adresa redakce: SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
tel.: 582 397 407, fax: 582 396 099, www.solen.cz

Odpovědná redaktorka: Mgr. Kateřina Dostálová,
dostalova@solen.cz, tel. 582 330 438

Grafická úprava a sazba: Aneta Mikulíková, mikulikova@solen.cz

Obchodní oddělení: Ing. Lenka Mihulková, mihulkova@solen.cz

Předplatné v ČR:

Cena předplatného za 3 čísla včetně supplement na rok 2015 pro ČR je 360 Kč. Časopis můžete objednat: na www.solen.cz, e-mailem: predplatne@solen.cz, telefonem: 585 204 335 nebo faxem: 582 396 099

Předplatné v SR:

Cena předplatného za 4 čísla na rok 2015 pro SR je 12 €. Časopis můžete objednat: na www.solen.sk, e-mailem: predplatne@solen.sk, telefonem: (00421) 252 632 409, nebo faxem: (00421) 252 632 408

Všechny publikované články procházejí recenzí.

Registrace MK ČR pod číslem E 10015

ISSN 1213-0508 (print), ISSN 1803-5272 (online)

Časopis je indexován v:

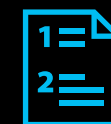
Bibliographia Medica Čechoslovaca a v EMcare.

Citační zkratka: Psychiatr. praxi

Vydavatel nenese odpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých článků či inzerátů.

Reprodukce obsahu je povolena pouze s přímým souhlasem redakce.

Redakce si vyhrazuje právo příspěvky krátit či stylisticky upravovat. Na otištění rukopisu není právní nárok.



www.psychiatriepropraxi.cz

