

LÉČBA PORUCH OSOBNOSTI I.

^{1,2}MUDr. Ján Praško, CSc., ^{1,2}MUDr. Jiřina Kosová

¹MUDr. Beata Pašková, ³MUDr. Prašková Hana

¹Psychiatrické centrum Praha, ²III. lékařská fakulta Univerzity Karlovy,

³Denní sanatorium Horní Palata

Léčba poruch osobnosti je pokládána za velmi obtížnou. Z léků jsou pro poruchy chování používány malé dávky neuroleptik, pro úzkost a depresi antidepresiva, k redukci hněvu a impulzivity thymopropylaktika. Tradiční přístup k léčbě poruch osobnosti – psychoanalýza – se zabývá více popisem struktury jednotlivých poruch osobnosti, než specifickými terapeutickými strategiemi. Propracované modely pro hraniční poruchu osobnosti vytvořil Kernberg a pro narcistickou poruchu osobnosti Kohut. Nejčastějším přístupem, kterým se lidé trpící poruchou osobnosti ve skutečnosti léčí, je dynamická skupinová psychotherapie. Krátkodobý skupinový program je však pro změnu osobnosti nedostatečný, dlouhodobý je však vzácností.

Podle kognitivně behaviorální terapie (KBT) konceptualizace pacienti trpící poruchami osobnosti si během dětství vytvořili relativně pevný, globální, negativní pohled na sebe sama, druhé lidi a svět. Některé strategie chování se díky tomu vyvinou nadměrně, jiné zase vůbec. Ve srovnání s KBT u úzkostných poruch je přístup k pacientům trpícím poruchou osobnosti komplexnější a léčba trvá delší dobu (1 až 3 roky). Terapeutický vztah může být v terapii použit jako reprezentace jiných vztahů. Důraz je věnován i vývoji postiženého jedince a jeho dětství. Struktura sezení je variabilnější. Nejdůležitější postupy jsou zaměřeny na změnu dysfunkčních přesvědčení o sobě, jiných lidech a světě vůbec a modifikaci kompenzačních vzorců v chování.

Klíčová slova: poruchy osobnosti, stigmatizace, farmakoterapie, psychoanalýza, skupinová psychotherapie, kognitivně behaviorální terapie, jádrová schémata, odvozená schémata, maladaptivní vzorce chování, kognitivní restrukturační, nácvik dovedností, terapeutický vztah.

TREATMENT OF PERSONAL DISORDERS

Treatment of personality disorders is considered to be very difficult. Small doses of neuroleptics are used for behavior disturbances, antidepressants for anxiety and phobias, thymoprophylactics for reduction of anger and impulsiveness. Traditional approach to the treatment of personality disorders – psychoanalysis – deals more with description of structure of particular personality disorder than with specific therapeutic strategies. Kernberg has designed complex patterns for borderline personality disorder, Kohut did the same with narcissistic personality disorder. The most common approach for treatment of people suffering from personality disorder has been dynamic group psychotherapy. Short term group program is insufficient for a personality change, long term one is, however, scarce.

According to CBT concepts patients suffering from personality disorders have established relatively firm, global, negative opinion of themselves, other people and the world during their childhood. Given this some patterns of behavior have developed excessively, some not at all. Management of patients suffering from personality disorders is more complex and treatment longer (from 1 to 3 years) comparing to CBT of patients with anxiety disorders. Therapeutic relationship can be used in therapy as a representation of other relations. Emphasis is given to patient's development and his childhood. Structure of a session is more variable. The most important approaches are directed towards patient's change in dysfunctional conviction of himself, other people and the world and towards modification of compensatory behavioral patterns.

Key words: personality disorders, stigmatization, pharmacotherapy, psychoanalysis, group psychotherapy, cognitive behavioral therapy, basic schemas, related schemas, maladaptive patterns of behavior, cognitive restructure, practice of abilities, therapeutic relationship.

Úvod

Diagnóza poruchy osobnosti často v klinice implikuje postoje o neléčitelnosti a marnosti terapeutické péče. Navíc se stanovením diagnózy z tohoto okruhu většina kliniků již předem anticipuje nedostatek spolupráce, nepřijemnosti, konflikty, což velmi často vede k neadekvátní péči. Tyto představy jsou vyjádřením negativního, moralizujícího a podle Tyrera a spol. (1991) až „bludného“ postoje lékaře k pacientovi. Poruchy osobnosti jsou variantou nebo extrémem charakterových rysů, které se významně odchylojí od rysů patrných u většiny lidí. Zpravidla vedou k maladaptivním projevům a utrpení nositele či ještě častěji jeho blízkých. Projevují se „charakteristickou a trvalou vnitřní strukturou a projevy chování jedince, které jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného při-

jatelného chování dané společnosti (nebo „od normy“)“ (MKN-10 1992). Tyto odlišnosti se musí projevovat v několika oblastech, kam patří:

1. poznávání, tj. způsoby vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí, formování přístupu k sobě a ostatním,
2. emotivita (rozsah, intenzita a přiměřenost emočního vznětu a odpovědi),
3. ovládání svých impulzů a uspokojování potřeb,
4. způsob chování k ostatním a zvládání interpersonálních potřeb.

Specifické projevy nejsou omezeny jen na určitý „spouštěcí podnět“, ale projevují se v širším okruhu osobních a sociálních situací. Jsou příčinou osobních potíží a/nebo mají nepříznivý dopad na sociální prostředí. Objevují se dlouhodobě a v čase jsou relativně stabilní. Projevy se zpravidla poprvé

objevují ve věku pozdního dětství nebo adolescence. Celková prevalence specifických poruch osobnosti je udávána mezi 7 a 13 % a mezi 20 a 30% v medicínské praxi (Norton 1992).

Lidé trpící poruchou osobnosti často nevidí problém u sebe, ale u druhých osob. Nespokojenost vyjadřují jen tehdy, pokud jejich vzorce chování selhávají při naplňování potřeb. Často si stěžují, že je ostatní nespravedlivě posuzují nebo brání tomu, aby mohli být spokojeni. Na problémy v životě reagují dlouhodobými maladaptivními vzorci chování. Při frustraci snadno podléhají úzkosti, somatoformním poruchám, depresi nebo závislosti na návykových látkách.

Léčba poruch osobnosti

Mezi možnosti léčby poruch osobnosti, o kterých něco víme, patří farmakoterapie, dynamická psychoterapie, skupinová psychoterapie a kognitivně behaviorální terapie. Léčba poruch osobnosti je však pokládána za velmi obtížnou. Postižení zpravidla dostatečně nereagují na standardní farmakoterapii nebo psychoterapii (Reich a Green 1991). Většina kliniků vnímá diagnózu poruchy osobnosti jako synonymum terapeutického neúspěchu. Jde o stereotyp, který tyto pacienty rovnou stigmatizuje. Již předem rezignují na možnost terapeutické změny. Pacienti s poruchou osobnosti často léčbě moc nedůvěřují. Navíc se obávají značkování a sami si značkují psychiatrickou léčbu jako takovou (Praško 2001). Pokud důvěru najdou, často bývají zklamáni z nevyplněných nadměrných očekávání.

Cíle léčby poruch osobnosti mohou být postaveny různě:

- krizová intervence (při suicidálních tendencích, sebe-poškozování, agresivní dekompenzaci)
- krátkodobá léčba akutní komorbidní poruchy (depresivní epizoda, úzkostná porucha apod.)
- dlouhodobá léčba poruchy osobnosti.

Farmakoterapie

Většina poruch osobnosti obecně nereaguje na farmakoterapii dostatečně. Medikace však může pomoci, pokud je zaměřená na jeden cílový příznak. Léčba se tak koncentruje na určitý aspekt maladaptace, přičemž se úspěch v jedné oblasti může rozšířit i na oblasti další. Například snížení výkyvů afektů a emocí může následně zlepšit oblast poznávání, chování i interperzonálních vztahů (za předpokladu, že je porucha nálady nebo úzkostnost nejvýraznějším rysem pacientových potíží). Zpravidla však na efekt musíme čekat dlouhou dobu. V klinické praxi je ale běžná opačná praxe; pacienti trpící poruchou osobnosti obvykle dostávají mnohčetnou psychotropní medikaci (často ve vysokých dávkách), která se frekventovaně obměňuje, i když se neukázalo, že by tím bylo dosaženo „dostatečných nebo předpověditelných účinků“ (Gunderson a Philips 1995). Pacienti s komorbidní poruchou osobnosti velmi často komplikují výsledky různých studií (zaměřených na léčbu depresivních a úzkostných poruch) hlavně tím, že jsou často ze studie vyřazeni pro nespokojenost, nebo na léčbu reagují nedostatečně (Stiles 1991, Turner 1987, Persons, Burns a Perloff 1988). Proto se stále častěji objevuje diagnóza poruchy osobnosti ve vylučovacích kritériích takových studií. Jak nepřiléhavá léčba, tak

selektce ve studiích vedou k nedostatku informací o tom, jaká léčba by doopravdy měla šanci. To v bludném kruhu pomáhá k udržování nálepky neléčitelnosti (Praško 2001).

Na tomto místě musíme zdůraznit, že byt jsou psychofarmaka u poruch osobnosti tak často a ve velkých dávkách podávána, dosud nebyl žádný lék – specifický pro jejich léčbu – registrován. Nejvíce zkušeností s farmakoterapií máme u hraniční poruchy osobnosti. Studií bylo ale provedeno jen několik a vesměs krátkodobého trvání (maximálně 16 týdnů). Přitom základním kritériem efektu u poruch osobnosti je alespoň dvouleté (katamnestické) trvání této změny (Tyner a Davidson 2000).

Malé dávky antipsychotik: haloperidol a thiothixen se ve dvou dvojité slepých studiích ukázaly být účinné pro redukcii typického „hraničního“ chování, dokonce haloperidol byl účinnější v redukci deprese než amitriptylin, který byl v jedné ze studií užít jako komparátor (Soloff a spol. 1986, Goldberg a spol. 1986). Další studie, která prodloužila léčbu na 16 týdnů, však ukázala na daleko skromnější výsledky (Cornelius a spol. 1993). Hlavním problémem neuroleptik byly nepříjemně prožívané nežádoucí účinky, které vedly k nedostatečné spolupráci pacientů. Nízké dávky neuroleptik (včetně depotních injekcí) se již dlouho doporučují například u dissociačních poruch osobnosti (Bennie a Kinnell 1975), ale opět nejsou k dispozici žádné práce, které by tato doporučení ověřily. Omezené důkazy existují i pro efektivitu antipsychotik u schizoidních a schizotypálních poruch osobnosti. Jediná dvojité slepá studie, která byla provedena, však zahrnovala kromě schizoidních i pacienty s hraniční poruchou osobnosti (Goldberg a spol. 1986). U paranoidní poruchy opět žádné experimenty provedeny nebyly, a tak indikace antipsychotik je pouze spekulativní, popřípadě se opírá o jednotlivé individuální zkušenosti.

Antidepresiva: amitriptylin byl porovnáván s jinými léky a s placebem při léčbě hraničních poruch osobnosti (Soloff a spol. 1986, Soloff 1994). Výsledky jsou však nejednoznačné, protože někteří pacienti reagovali velmi dobře, jiní vůbec a další se naopak zhoršili. Podobně nejasné výstupy prezentovala práce porovnávající tranlylcypromin s alprazolamem, carbamazepinem a trifluoperazinem (Cowdry a spol. 1988), navíc v této studii bylo zařazeno jen 45 pacientů. Zdá se, že lépe jsou na tom selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), například jedna kontrolovaná, dvojité slepá studie ukázala, že fluoxetin byl významně lepší než placebo v kontrole impulzivity u hraničních pacientů (Salzman a spol. 1995). Phenelzin se ukázal být účinný v kontrolované studii proti placebu u vyvíjející poruchy osobnosti (Deltito & Stam 1989). Skeptici však namítají, že zlepšení je nutno přičíst hlavně účinku na symptomy sociální fobie, kterou trpěla většina této léčené populace.

Stabilizátory nálady: carbamazepin byl jedním z léků s dobrým efektem, sledovaným ve studii Cowdryho a Gardnera (1988) u hraniční poruchy osobnosti. Výsledky ale není možno zobecňovat pro malý počet léčených. Lithium bylo účinné při redukci hněvu a impulzivity u pacientů s antisociální poruchou osobnosti (Sheard a spol. 1976). Tyto důležité výsledky však, bohužel, nebyly ani za 35 let replikovány.

Tabulka 1. Symptomatická farmakoterapie

Příznaky	skupina farmak	kontraindikace
I. agrese		
afektivní	Lithium (Li), inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SRI), antikonvulziva , malé dávky neuroleptik	? benzodiazepiny
predátorská	neuroleptika , Lithium, beta-antagonisté	
„organická“	imipramin , cholinergika	benzodiazepiny
iktální	karbamazepin , difenylhydantoin, benzodiazepiny	neuroleptika
II. poruchy nálady		
emoční labilita	lithium , neuroleptika	? tricyklická antidepressiva (TCA)
deprese, dystymie	inhibitory monoaminoxidiázy (IMAO), SRI , neuroleptika	
emoční oploštění	serotonin-dopamin antagonisté , atypická neuroleptika	? TCA
III. úzkost		
kognitivní	SRI, IMAO, benzodiazepiny (BZD)	
chronická somatická	IMAO , beta-antagonisté	
závažná	nízké dávky neuroleptik, IMAO	
IV. psychotické		
akutní	neuroleptika	
chronické a „hraniční“	nízké dávky neuroleptik	

Legenda:

agrese afektivní = běžná, u snadno vyprovokovatelných osob, spouštěná nejčastěji nějakým ohrožením či frustrací,
predátorská = krutá, pomstychtivá, může mít potěšení z ubližování druhým, často nemá porušenu kontrolu impulzů,
„organická“ = jako organická, většinou u nižších společenských vrstev, spojená s neklidem, nepozorností, emoční labilitou a vysokým stupněm prožívání somatické úzkosti,
iktální = nevyprovokovaná, náhlá, u pacientů s cerebrální instabilitou, dokumentovaná abnormálním EEG záznamem;
úzkost kognitivní = hlavně anticipační úzkost a obavy,
chronická somatická = specifické vegetativní příznaky, agravované fyziologické projevy, sekundární „somatizace“,
závažná = kombinace intenzivních příznaků, popřípadě těžké panické ataky či generalizovaná úzkost, silně jsou vytištěny léky volby.

Tabulka 2. Jádrová přesvědčení pacientů s poruchami osobnosti (Beck 1995)

bezmoc	nemilovanost
nepřiměřený	nepřitažlivý
neschopný	nepřijatelný
uvíznutý	odmítaný
méněcenný	osamělý
neefektivní	nechtěný
nekompetentní	neopatrovaný, bez péče
slabý	špatný
zranitelný	bezcenný
selhávající	odlišný
defektní	ne dost dobrý (pro lásku druhých)
ne dost dobrý (aby to šlo měřit)	defektní (a proto nehodný lásky)
ztroskotanec (v dosahování cílů)	ztroskotanec (ve vztazích)
nuzný	nezajímavý
bez kontroly	

Kdy podávat léky? Akutní indikace souvisí většinou s krizovou intervencí. To znamená, že léky vždy podáváme u akutní stavu dekompenzace, hlavně pokud hrozí riziko suicidia, autoagrese nebo heteroagrese (v těchto případech je optimální podání incizivního neuroleptika i.m.), eventuálně se objevil silný úzkostný raptus (na místě je podat anxiolytikum). Dlouhodobou indikací administrace léků u poruch osobnosti je komorbidní depresivní, úzkostná nebo somatoformní porucha, či porucha příjmu potravy. Zde může pomoci antidepressivum ze skupiny SSRI nebo SNRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu). K účinné prevenci rychlých cyklů poruchy nálady (typicky u hraniční poruchy osobnosti) a agresivních výbuchů jsou vhodná thymoprofylaktika (carbamazepin, valproát, lamotrigin, gabapentin) (tabulka 1).

Tradičním přístupem zabývajícím se poruchami osobnosti je **psychoanalýza**. Problémem je, že se však spíše zabývá popisem struktury jednotlivých poruch osobnosti a

Tabulka 3. Typické nadměrně rozvinuté a nedostatečně rozvinuté strategie u pacientů s poruchami osobnosti (Beck a spol. 1990)

Porucha osobnosti	nadměrně rozvinuté strategie	nedostatečně rozvinuté strategie
obsedantně-kompulzivní	kontrola odpovědnost systematizace	spontaneita impulzivita
závislá	vyhledávání pomoci přilnavost	soběstačnost pohyblivost
pasivně-agresivní	autonomie rezistence pasivita sabotování	intimita asertivita aktivita kooperativnost
paranoidní	ostrážitost nedůvěřivost podezřívavost	klid důvěra přijímání druhých
narcistická	sebezdůrazňování soutěživost	sdílení identifikace se skupinou
antisociální	bojovnost potlačování druhých využívání druhých	empatie reciprocita sociální citlivost
schizoidní	autonomie stažení se	intimita reciprocita
vyhýbavá	sociální zranitelnost vyhýbání se tlumení	asertivita sebedůvěra družnost
histrionská	předvádění se sebevyjádření nepřesnost	reciprocita kontrola systematičnost

typickými obrannými mechanismy, než specifickými terapeutickými strategiemi. Dalším problémem je, že psychoanalýza má poněkud odlišnou taxonomii poruch osobnosti, než MKN-10 či DSM-IV. Z hlediska psychoanalýzy jsou hranice poruch osobnosti daleko širší. Diagnostikuje na základě zjištěných obranných mechanismů, které lze na-

Tabulka 4. Přesvědčení a strategie u poruch osobnosti (upraveno podle Beck a spol. 1990, Beck 1998)

Porucha osobnosti	Jádrové přesvědčení o sobě	Přesvědčení o druhých	Předpoklady	Strategie chování
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.	Vyhýbá se intimitě. Vyhýbá se hodnotícím situacím.
závislá	Jsem bezmocný	Druzí lidé by se o mně měli postarat	Kdybych se spoléhal na sebe, selhal bych. S pomoci druhých přežiju, budu šťastný, apod. Potřebuji druhé, aby mi stále dodávali podporu a odvahu.	Spoléhá se na druhé lidi. Pěstuje závislé vztahy.
pasivně-agresivní	Jsem soběstačný. Jsem zranitelný vůči kontrolování a zasahování.	Druzí kontrolují, zasahují, vyžadují, jsou dominantní.	Druzí omezují moji svobodu. Kontrola od druhých je nesnesitelná. Musím si dělat věci po svém.	Pasivní rezistence. Na povrchu přizpůsobivost. Vyhýbá se. Sabotuje. Mění pravidla.
anankastická	Můj svět se může vymknout z kontroly.	Druzí mohou být nezodpovědní.	Když nebudu 100% zodpovědný může se mi zřítit svět. Když zavedu přesná pravidla, dopadne to dobře.	Rigidně kontroluje druhé. Aplikuje pravidla. Moralizuje, hodnotí.
paranoidní	Jsem zranitelný. (Kompenzatorní: nedám se. Jsem silný.)	Druzí lidé jsou zlí.	Kdybych druhým věřil, mohli bymi uškodit. Když si dám pozor, můžu se ubránit.	Je nadměrně podezřívavý. Hledá skryté motivy. Obviňuje. Protiútočí.
antisociální	Jsem zranitelný. Jsem osamělý. (Kompenzatorní: jsem silný a chytrý (vychytralý).)	Druzí by mě mohli vykořisťovat, zneužívat.	Když nebudu jednat první, mohou mi ublížit. Když můžu využít první, budu ve výhodě. Druzí jsou ťulpasové.	Využívá druhé. Manipuluje. Napadá. Krade.
narcistická	Jsem méně než druzí. (manifestní kompenzatorní přesvědčení: jsem lepší než druzí)	Druzí jsou lepší. (manifestní kompenzatorní přesvědčení: druzí jsou horší)	Když se mnou druzí zacházejí normálně, znamená to, že si o mně myslí, že jsem horší. Jsem originál, potřebuji speciální pravidla.	Vyžaduje zvláštní zacházení. Soutěživost.
histrionická	Nic nejsem. (kompenzatorní: jsem velkolepý)	Druzí si mně nebudou vážit pro mě samotného. (kompenzatorní: lidé jsou tady 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.	Předvádí se. Používá dramatizace, přehánění, dramatické záchvaty vzteku, pláče. Vyhrožuje suicidiem
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.	Vytváří si odstup.
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.	Kolísa mezi extrémny chování.
schizotypální	Jsem vadný.	Druzí mě ohrožují.	Když mám pocit, že druzí mají vůči mně negativní pocity, musí to být pravda. Když jsem obezřetný k druhým, můžu odhadnout jejich úmysly.	Předpokládá skryté motivy.

hlédnout často až v průběhu rozvoje analytického vztahu. V každém případě podobným způsobem nemůže diagnostikovat nikdo jiný, než analytici samotní. Propracované modely pro hraniční poruchu osobnosti vytvořil Kernberg (1965, 1984) a pro narcistickou poruchu osobnosti Kohut (1971). Co se týče účinnosti psychoanalýzy v léčbě poruch osobnosti, nemůžeme se zatím opřít o žádné studie, které by ji kontrolovaně zkoumaly. Lze však pročíst řadu kazuistik, které jsou zaměřeny na proces léčby a jsou poučné i pro naši praxi. Psychoanalýza samotná pokládá těžší formy poruch osobnosti za „neanalyzovatelné“ (Gabbard 1994).

Nejčastějším přístupem, kterým se lidé trpící poruchou osobnosti ve skutečnosti léčí, je **dynamická skupinová psychoterapie**. Pacienti nejsou zpravidla do skupiny vybíráni pro poruchu osobnosti, ale jsou doporučeni pod diagnózou neurotické poruchy. Proto bývají zařazováni do jedné skupiny s adaptačními a neurotickými poruchami. Krátkodobý skupinový program (do 40 skupin) je však pro změnu osobnosti nedostatečný a jediným slušným cílem, kterého

se dá dosáhnout je kompenzace (zpravidla krátkodobá) úzkostných příznaků (Gabbard 1994). Vzácností, jak u nás, tak ve světě, jsou dlouhodobé dynamické skupiny pro poruchy osobnosti. Aby takový program měl smysl, potřebuje trvat několik let. Vzhledem k tomu, že efektivita dynamické skupinové psychoterapie u poruch osobnosti nebyla studována v kontrolovaných experimentech, nelze se k účinnosti přesněji vyjádřit (Rutan a Stone 1993).

Jak je tomu u **kognitivně behaviorální terapie**? Pouze několik kontrolovaných studií zkoumalo efektivitu kognitivně behaviorální terapie u pacientů s poruchami osobnosti. Tyto studie ukazují na dobrou účinnost (Alden 1989, Andrews a spol. 1990, Shea a spol. 1990, Linehan a spol. 1991). Daleko více je kazuistických sdělení a pilotních studií. Tento druh psychotherapeutického přístupu je slibný, i když zdaleka ne vše řešící. V přístupech k poruchám osobnosti lze sledovat sblížení analytických a kognitivně behaviorálních pohledů (review Pretzer a Beck 1996). Léčba v KBT musí být u poruch osobnosti modifikována, protože standardní kognitivní nebo kognitivně behaviorální přístu-

py, používané u úzkostných poruch, mají pouze omezený efekt (Beck a spol. 1990).

Kognitivně behaviorální terapie

KBT konceptualizace poruch osobnosti: pacienti trpící poruchami osobnosti si během dětství vytvořili relativně pevný, globální, negativní pohled na sebe sama, druhé lidi a svět. Tento pohled je ovlivněn jak genetickými faktory, tak časnými životními zkušenostmi (Beck 1998). Tato *jádrová přesvědčení* jsou zabudována v individuálních schématech, hypotetických strukturách mysli (viz tabulka 2). Schémata fungují jako vzory pro odhadování a hodnocení situací. Postižený zpracovává informace způsobem, který souhlasí s jeho negativním přesvědčením, vybírá ze situace informace, které jádrové přesvědčení potvrzují a znehodnocuje, ignoruje nebo podceňuje informace, které svědčí o opaku.

Děti, které později rozvinou poruchu osobnosti, často zažily buď akutní trauma nebo méně závažné ale chronické traumatizující zkušenosti. Aby si vysvětlily smysl toho, co se jim přihodilo, rozvinou extrémně negativní přesvědčení nejen o sobě samých, ale i o jiných lidech a světě, ve kterém žijí. Aby tato přesvědčení kompenzovaly nebo se s nimi vyrovnaly, vytvoří si rigidní pravidla, jak věcem ro-

zumět. Postupně *nadměrně rozvinou úzký rejstřík chování a jiné druhy chování nerozvinou dostatečně*. Každý typ poruchy osobnosti se vyznačuje odlišným rejstříkem nadměrně rozvinutých a nedostatečně rozvinutých strategií (viz tabulku 3). Kombinace extrémně negativního pohledu na sebe, jiné lidi a svět, dysfunkční pravidla pro reagování a nedostatečný repertoár chování, vede k nepřiměřenému hodnocení situací a emočnímu stresu. Samozřejmě ne všichni lidé, kteří byli v dětství vystaveni zátěžovým podmínkám, rozvinou později poruchu osobnosti. Pravděpodobně záleží i na vrozené zranitelnosti.

Každý typ poruchy osobnosti má svůj *typický rejstřík jádrových přesvědčení o sobě a přesvědčení o druhých*, ze kterých pak vychází jeho předpoklady pro účinné chování (viz. tabulka 4). Některé *strategie chování* se díky tomu vyvinou nadměrně, jiné zase vůbec. *Spektrum chování* v nejrušnějších situacích je pak zúžené, což vede k výraznému stresu (Beck 1996). Například pacient s histriónskou poruchou osobnosti se chová přehnaně dramaticky při hledání zaměstnání, dokonce i když ví, že toto chování je nevhodné a pak si to vyčítá. Svoboda rozhodování o chování v určité konkrétní situaci je menší.

Použitá literatura bude uvedenav ve druhém díle tohoto článku v příštím čísle Psychiatrie pro praxi