

ZÁVISLÁ PORUCHA OSOBNOSTI – DIAGNOSTIKA A LÉČBA

Mgr. Petra Houbová, MUDr. Ján Praško, CSc., PhDr. Marek Preiss

Psychiatrické centrum Praha, Centrum neuropsychiatrických studií, 3. LF UK v Praze

Mezi typické rysy závislé poruchy osobnosti patří nadměrná potřeba péče druhých. To vede k submisivitě, přilnavosti a strachu z opuštění. Tato porucha pravděpodobně vzniká interakcí mezi vrozeným úzkostně-inhibovaným temperamentem a nestálou nebo hyperprotektivní výchovou. Nejisté připoutání a bezmoc se dají vytvářet ve vztahu rodič-dítě, nadměrnou připoutaností rodiče nebo průběžnou infantilizací během období, kdy se běžně objevuje individuace a separace. Závislá porucha osobnosti se objevuje u 5–30% pacientů a mezi 2–4% osob v celé populaci. Je diagnostikována častěji u žen než u mužů. Tito lidé častěji vyhledávají léčbu pro depresi, dystymii nebo některou z úzkostných poruch. Řada z nich hledá terapeutický vztah k uspokojení svojí potřeby podpory, uznání a přijetí. Zjišťování vzniku a zdrojů potřeby péče a podpory jsou důležité součásti léčby. Kognitivně-behaviorální techniky mohou pomoci při zacílení na pocity nedostatečnosti, nekompetence a bezmoci. Návik sociálních dovedností, řešení problémů a návik asertivity může mít rovněž důležitou roli. Depresivní a úzkostné příznaky mohou dobře reagovat na podání antidepresiv.

Klíčová slova: závislá porucha osobnosti, etiologie, symptomatologie, epidemiologie, farmakoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, skupinová psychoterapie.

DEPENDENT PERSONALITY DISORDER – DIAGNOSTICS AND TREATMENT

Dependent personality disorder involves a extensive need to be taken care of. That leads to submissiveness, clinging and fear of separation. This disorder represents an interaction of an anxious-inhibited temperament with inconsistent or overprotective parenting. Insecure attachment and helplessness were generated through a parent-child relationship, perhaps by a clinging parent or a continued infantilization during a time in which individuation and separation normally occurs. Dependent personality disorders occur in 5 to 30% of patients and 2–4% of the general community. It is diagnosed more frequently in females. These persons are often in treatment for depressive episode, dysthymia or an anxiety disorder. Many of them find the therapeutic relationship to satisfy their need for support, concern, and involvement. Exploration of the breadth and source of the need for care and support is often an important component of treatment. Cognitive-behavioral techniques are useful in addressing the feelings of inadequacy, incompetence, and helplessness. Social skills, problem solving, and assertiveness training also makes important contribution. Many depressive or anxiety symptoms of persons with dependent personality disorder will respond to antidepressants.

Key words: dependent personality disorder, etiology, symptomatology, epidemiology, pharmacotherapy, psychotherapy, group psychotherapy, cognitive-behavioral therapy.

Úvod

Rysy závislosti lze do určité míry považovat za adaptační rys člověka, avšak u lidí se závislou poruchou osobnosti se projevují v extrémní míře. Člověk s touto poruchou má nadměrnou potřebu toho, aby se o něj druzí starali. Zároveň trpí velkým strachem, že bude těmito osobami opuštěn. Nechává druhé, aby za něj rozhodovali, a to i v důležitých životních oblastech (20). Jejich názorům a rozhodnutím důvěřuje více než svým vlastním. Snaží se získat si přízeň druhých, obtížně říká „ne“ kvůli obavě z její ztráty, snadno se nechá zneužívat. Má sklon se druhým ve všem podřizovat. Podceňuje svoje schopnosti, kritiku a nesouhlas druhých často chápe jako důkaz vlastní bezcennosti. Přitom vlastní submisivita posiluje jeho nízké sebevědomí, nadměrnou sebekritičnost a pohrdání sebou samým (6). Velmi obtížně snáší samotu a naléhavě vyhledává společnost druhých lidí a často je ochotný jít až do krajností, aby mohl být s druhými a nemusel se cítit opuštěný. Často zažívá pocity bezmocnosti a bezradnosti. Okolní svět prožívá jako tvrdý, chladný a nebezpečný, snadno podléhá úzkost-

ným stavům (obzvlášť separační úzkost jako obava z opuštění a z odmítnutí a z toho, že bude odkázán sám na sebe), objevují se somatické obtíže (konverzní symptomatika, hypochondriace i somatizační porucha) a výjimkou nejsou ani problémy s jídlem, alkoholem nebo drogami (jako projev orální dispozice) – a to zejména tehdy, když jeho potřeba závislosti není uspokojena. Tím, že tito lidé odmítají nepříjemné pocity, často nejsou schopni ani prožívat příjemné emoce. Většinou trpí v tichosti – v přítomnosti těch, na kterých jsou závislí, se snaží působit jako spokojení lidé (15).

Millon (17) definuje závislé osobnosti v popisu metody MCMI-III takto: „Závislí jedinci se naučili nejen obracet se na druhé pro obživu a bezpečnost, ale také pasivně čekat na jejich vedoucí schopnosti v jejich zabezpečování. Jsou charakterizováni tím, že hledají vztahy, ve kterých se mohou opírat o cit, bezpečí a vedení druhých. Nedostatek vlastní iniciativy a autonomie je často následkem přehnané rodičovské ochrany. Výsledkem fungování těchto zkušeností je to, že se jednoduše naučili, že je pohodlné přijmout

pasivní roli v mezilidských vztazích, a akceptují jakoukoli přívětivost a podporu, kterou mohou dostat, a jsou ochotni podřídit se přání druhých, aby si udrželi jejich cit“. Závislou poruchu osobnosti řadí Millon do skupiny tzv. „mezilidsky nevyrovnané“, kam vřazuje také histriónskou, narcistickou a antisociální poruchu osobnosti. Spojuje je vyhraněnost na ose *já vs. jiní* – histriónský a závislý vzorec s orientací na *druhé*, antisociální a narcistický orientované na *já*. Histriónská i závislá porucha obsahují těžiště v sociálním přizpůsobení a citovosti, stejně jako v touze žít v souladu s potřebami druhých. Střed těžiště obou poruch leží v potřebách druhých, ne ve vlastních. Oba typy jsou paralyzovány, pokud jsou osamoceni a potřebují opakovaná ujištění, že nebudou zanedbáváni. Oba typy se liší v míře čínorodosti – histrióni jsou aktivní, závislí jsou pasivní.

U závislých jedinců nacházíme velmi vulnerabilní terén pro dysforické rozlady – často bývají přesvědčeni, že jsou méněcenní, neschopní, nehodní pozornosti druhých. Jsou pasivně přijímající – od vztahů s druhými lidmi očekávají opětov-

né ujišťování, stabilitu. Nemají rádi změny a necítí se dobře v neočekávaných situacích. Odmítnutí je považováno za něco horšího než je samota, proto často způsobuje depresivní rozladu a je doprovázeno ztrátou sebedůvěry a sebedůvěry (16). Pokud mají před sebou nové úkoly, za které budou nuceni převzít odpovědnost a u kterých nevěří ve svou schopnost je zvládnout, mohou se u nich objevit panické záchvaty. Různé fobie, které se u nich objevují, mohou vyvolávat v druhých ochranné pocity a péči a zároveň zabraňují převzetí odpovědnosti (4). Podle McCrae (14) vypadá hypotetický profil pacienta se závislou poruchou osobnosti takto:

Vysoký neuroticismus – chronické negativní emoce, včetně úzkosti, strachu, napětí, podrážděnosti, hněvu, sklíčenosti, beznaděje, viny, studu; potíže v inhibici impulzů; iracionální přesvědčení – např. nerealistická očekávání, nadměrné požadavky na sebe sama, neopodstatněný pesimismus; nepodložené somatické obtíže; bezmocnost a závislost na emoční podpoře a rozhodování druhých osob.

Nízká extraverte – sociální izolace; oploštělá afektivita; nedostatek radosti a životního elánu; nechuf k sebeprosazení nebo k přijetí vedoucí role, i když odpovídají kvalifikaci; sociální inhibice a ostýchavost.

Malá otevřenost – potíže s adaptací na sociální nebo osobní změnu; nízká tolerance a schopnost chápání různých názorů nebo životních stylů; emoční prázdnota a neschopnost porozumět vlastním pocitům a verbalizovat je; alexithymie; omezená šíře zájmů; necitlivost k umění a krásě; nadměrná přizpůsobivost vůči autoritám.

Velká ochota – lehkověrnost; nekritická důvěřivost druhým; nadměrná velkorysost vůči druhým i na úkor svých vlastních zájmů; neschopnost se postavit druhým a bránit se; snadná zneužitelnost.

Velká svědomitost – nadměrné výkony, workoholické pohroužení do práce, sociálních a osobních zájmů; kompulzivita včetně nadměrné čistoty, pořádkumilovnosti, a pozornosti k detailům; rigidní sebedisciplína a neschopnost odložit úkoly a relaxovat; nedostatek spontaneity; přehnaná úzkostlivost a svědomitost v záležitostech morálky, etiky a hodnot.

Diagnostika

Při diagnostice závislé poruchy osobnosti je třeba pečlivě prozkoumat pacientovu vztahovou anamnézu a zaměřit se především na to, jak pacient reaguje, když dojde k ukončení pro něj důležitého vztahu, jak se obvykle cítí, když je sám, nakolik je schopný dělat běžná každodenní, ale i důležitá životní rozhodnutí bez ujišťování a rad druhých, jak zvládá situace, když nesouhlasí s druhými nebo druzí po něm požadují něco, co mu není příjemné. Důležité je, aby terapeut

prozkoumal i svoje vlastní pocity – pokud má tendence pacienta zachraňovat nebo pokud mu nabízí nejrůznější výjimky z terapeutického rámce, aby tak uspokojil nějakou jeho potřebu, je třeba vzít v potaz, že se může jednat o pacienta se závislou poruchou osobnosti (4).

Historicky se koncept závislé osobnosti se objevuje již v dílech Kraepelina a Schneidera, v pracích K. Abrahama se objevuje pod názvem orálně-receptivní charakter, u K. Horneové jako „povolný (compliant) typ“, u Ericha Fromma jako „receptivní orientace“, u T. Learyho jako „docilně-závislý charakter“. V pětifaktorovém modelu je závislý typ definován jako extrémní ve vysokých hodnotách přívětivosti a neuroticismu a nízké asertivitě. R. Cloninger definuje závislý typ pomocí nízkého skóre vyhledávání vzrušení, vysokého v obavě z poškození a závislosti na odměně. V DSM-I je o závislé osobnosti jen zmínka, v DSM-II chybí zcela, ale je částečně vyjádřena v konceptu „neadekvátní osobnosti“. V DSM-III a DSM-IV má status nezávislé poruchy. Kritéria DSM-IV a ICD-10 jsou téměř shodná.

V praktickém vyšetření se Millon doporučuje zaměřit na funkční a strukturální oblasti. Mezi funkční řadí expresivní jednání, interpersonální chování, kognitivní styl a regulační mechanismus, mezi strukturální sebeobraz, reprezentace objektu, morfologickou organizaci, náladu a temperament. Typické pro závislou poruchu osobnosti jsou tyto funkční a strukturální oblasti:

Behaviorální úroveň

Expresivní akty – expresivně nekompetentní (funkce)

Vzdáleně od dospělé odpovědnosti je aktivní v bezmoci a hledání podpory od druhých. Je povolný a pasivní, schází mu kvalifikovanost a vyhýbá se sebeprosazení.

Interpersonální jednání – interpersonálně submisivní (funkce)

Potřebuje nadměrné rady a utvrzování, podřizuje se silnějším, výraznějším, bez kterých se cítí osamocený a bezmocný. Má sklon ke stížnostem i smířlivosti a usmířování. Pociťuje úzkost, když se má starat sám o sebe.

Fenomenologická úroveň

Kognitivní styl – myšlenkově naivní (funkce)

Zřídka nesouhlasí s ostatními, nechá se snadno přesvědčit, nemá sklon k podezřívavosti. Pomocí obranného mechanismu Polany (která věřila, že vše je v pořádku navzdory jasným známkám, že tomu tak není) „potápí“ objektivní problémy a téměř mu dělají „radost“ nepřijemné události.

Sebeobraz – představa sebe sama jako nesprávného (struktura)

Vnímá sebe sama jako slabého, křehkého, nesprávného. Má nedostatek sebedůvěry podceňováním vlastních postojů a schopností, čímž není schopen zvládat činnosti sám.

Reprezentace objektu – nezralé objekty (struktura)

Vnitřní reprezentace se skládá z infantilního vnímání druhých osob, nepromyšlených představ, neúplných vzpomínek, rudimentárních pudů a dětských impulzů, minimálních schopností zvládat a postavit se stresorům.

Intrapsychická úroveň

Regulační mechanismy – introjekční mechanismus (funkce)

Je odhodlaně zasvěcen představě, že druhý člověk podporuje víru v neoddelitelnou vazbu mezi „já“ a „ty“. Odvrhuje nezávislý postoj ve prospěch druhého a tím se snaží o zamezení konfliktů a rizik ve vztahu s druhým člověkem.

Morfologická organizace – neúplná organizace (struktura)

Důvěřuje druhým, že převzou odpovědnost, naplní jeho potřeby a vyrovnají se s dospělými nároky. Jde jak o nedostatek v morfologické struktuře, tak o nedostatek rozmanité vnitřní regulace kontroly. Opuští různorodost relativně nerozvinutých a nediferencovaných adaptivních dovedností, stejně jako elementární systém nezávislého ovlivňování vnějšího světa.

Tabulka 1. MKN-10 Diagnostická kritéria pro závislou poruchu osobnosti (24)

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti
B. Musí být splněny nejméně čtyři z následujících příznaků:
1. vybízení jiných lidí nebo dovolování jim, aby za jedince přebírali odpovědnost za důležitá životní rozhodnutí;
2. podřizování vlastních potřeb jiným osobám, na nichž je jedinec závislý, a přílišné vyhovívání jejich přáním;
3. neochota vznášet i rozumné požadavky na osoby, na nichž je jedinec závislý;
4. pocity, že není ve své kůži, neboť trpí obavami, že nebude schopen postarat se sám o sebe;
5. stálé obavy, že bude opuštěn osobou, ke které má těsný vztah a že se bude muset starat sám o sebe;
6. omezená schopnost dělat běžná rozhodnutí, aniž by se poradili nebo si je nechali schválit.
Tato kategorie zahrnuje též astenickou, insuficientní, pasivní a poraženeckou osobnost (poruchu osobnosti).

Biofyzikální úroveň

Nálada (temperament) – mírumilovná nálada (struktura)

Je typicky přívětivý, jemný, nesoutěživý, báživě se vyhýbá napětí ve společnosti a konfliktům mezi lidmi.

Etiopatogeneze

Zdá se, že závislá porucha osobnosti vzniká interakcí mezi úzkostným-inhibovaným temperamentem, který je z velké části vrozený a overprotektivní, a infantilizující výchovou (18, 23). Centrální pro vývoj závislé poruchy osobnosti je nejistá interpersonální vazba v dětství (6, 20). Nejistá vazba a bezmoc se vytvářejí ve vztahu k rodičům, kteří nedůvěřují v schopnosti a samostatnost dítěte, naopak zdůrazňují nutnost se o ně nadměrně starat v době, kdy se přirozeně objevují separační tendence (10, 26). V dospělosti pak tyto lidé nedokážou uvěřit, že by se samostatně dokázali dobře rozhodnout a tak raději předávají zodpovědnost na druhé lidi (4).

Epidemiologie

Závislá porucha osobnosti je jednou z nejčastějších osobnostních poruch v psychiatrické populaci (3). Objevuje se u 5–30% psychiatrických pacientů a u 2–4% všeobecné populace (13). Kontroverzní jsou postoje k výskytu u mužů a u žen. Daleko častěji je diagnostikována u žen, nicméně je možné, že závislé rysy u mužů jsou nedostatečně diagnostikovány (6, 7). O něco častěji se vyskytuje u žen, obvykle u mladších sourozenců v rodinách s více dětmi. Řada studií ukazuje na to, že osobnosti rysy závislosti disponují k rozvoji deprese jako reakce na interpersonální ztrátu (12, 22, 28).

Diferenciální diagnóza a komorbidita

Pasivita, submisivita a tendence předávat zodpovědnost na druhé jsou v různé míře zastoupeny i ve **zdravé populaci**. V některých kulturách nebo určitých sociálních vrstvách se dokonce přímo očekává, že žena bude závislá na muži (2). Pro diagnózu závislé poruchy osobnosti je však nutné, aby závislé chování bylo maladaptivní a vedlo v významném funkčním postižení nebo stresu.

Výrazná závislost se objevuje u celé řady psychických poruch, zejména u těch, které vedou k výrazným **sociálním handicapům**, jako je demence a mentální retardace, schizofrenní porucha, ale i u lehčích poruch, které výrazně **omezují svobodu** postiženého, jako je agorafobie. U vážnějších psychických poruch jsou zjevné další příznaky. U agorafobie jsou projevy podobné, závislost je až důsledkem úzkostné poruchy a v anamnéze nacházíme nezávislé chování v minulosti. Diagnóza závislé poruchy

osobnosti vyžaduje závislé rysy od pozdního dětství nebo adolescence. Může se ale jednat o komorbiditu obou poruch.

Závislé rysy jsou přítomné i u několika dalších poruch, proto je třeba při diagnostice závislé poruchy osobnosti určitě opatrnosti:

Emočně nestabilní porucha osobnosti – u hraničních pacientů nenajdeme tak silnou snahu se přizpůsobovat druhým osobám a vyhledávat jejich podporu. Spíše jsou pro ně typické četné konflikty s druhými kvůli obavě z nesvobody, objevuje se častěji sebeobstrukce a manipulativní chování.

Vyhýbavá porucha osobnosti – narozdíl od závislé poruchy osobnosti vede nízké sebehodnocení a úzkostnost k vyhýbání se interpersonálním kontaktům.

Histriónská porucha osobnosti – projevu je se submisivně za účelem získání pozornosti druhých. V chování ale nalezneme nápadně více dramatické a přehnaných projevů emocí než u závislé poruchy osobnosti.

Afektivní porucha, panická porucha, následek tělesného onemocnění – není zřejmý časný začátek a chronický průběh jako u závislé poruchy osobnosti. Možný je ale současný výskyt obou těchto poruch.

Změna osobnosti při tělesném onemocnění – může se projevat podobně, příčina je však zřejmá.

Nejčastější komorbidita u závislé poruchy osobnosti bývá popisována s depresivní epizodou, úzkostnými poruchami, zejména agorafobií, poruchou příjmu potravy a s histriónskou a emočně nestabilní poruchou osobnosti (21, 27).

Průběh a prognóza

Lidé trpící závislou poruchou osobnosti bývají výrazně submisivní a závislí už jako děti a někteří trpí chronickou tělesnou nemocí nebo separační úzkostnou poruchou během dětství (3). Kromě závislých vztahů nemají tyto lidé žádné další opory v sebevědomí. Proto se závisle projevují nejen doma, ale i na pracovišti a v přátelských vztazích. S potřebou emocionální potřeby souvisí stálá tendence váhat, nechávat se ujišťovat a utěšovat (19). Protože mají strach být sami a jsou si nejistí, často se připoutávají k člověku, který se tváří velmi jistě a suverénně a často bývá nezodpovědný, necitlivý a někdy i využívačný. Takový partner pak uniká ze vztahu, který ho nadměrně svazuje. Lidé se závislou poruchou osobnosti to nesou těžce, ale velmi záhy jsou schopni si najít dalšího partnera. Fungování v zaměstnání je slušné na podřízených pozicích, vedoucí pozice však tyto lidé buď nepřijímají, nebo v nich selhávají, protože nevládnou vlastní iniciativu a rozhodování. Lidé se závislou poruchou osobnosti jsou disponováni k rozvoji dystymie a deprese, úzkostných poruch, obzvláště agorafobie, sociální fobie a panické

poruchy. Závažnost příznaků se snižuje věkem, obzvláště pokud si najdou slušného, empatického partnera, který je podporuje (29). Při vhodně zvolené léčbě bývá prognóza dobrá, i když závisí na motivaci pacienta a přidružených příznacích, jak jsme uvedli výše.

Interpersonální vztahy

Pacienti s touto poruchou považují vztahy s blízkými lidmi za nutné pro samotné přežití. Nevěří, že by mohli fungovat nezávisle na druhých. Sytící a podporující vztahy jsou řešením pro jejich pocit bezmocnosti. Aby si mohli udržet tyto životně důležité vztahy, naučili se nevyjadřovat nesouhlas a hněv vůči druhým osobám. Jsou poddajní a poslušní, vůči druhým chovají obdiv a věrnost a jsou připraveni jim vše obětovat. Díky tomu, že mají velmi dobrou schopnost setrvat v podřadné roli vůči druhým, jsou obvykle schopni dobře vycházet i s lidmi, kteří na druhé působí spíše nepřátelsky a nepříjemně. Odmítají svou individualitu a odlišnost, po druhých většinou nepožadují více než jen podporu a přijetí (16). Internalizují si hodnoty významných druhých. Podřizují své potřeby jejich potřebám a jsou ochotni plnit často i nesmyslné požadavky, aby zabránili tomu, že by je blízká osoba mohla opustit (15). I přes svou silnou potřebu být s druhými nemusí nutně přilnout k jednomu určitému člověku – signifikantní je zde právě potřeba závislosti spíše než to, který konkrétní člověk tuto potřebu dokáže naplnit. Tito lidé se dobře zapojují všude tam, kde se nabízí podporující interpersonální kontakt – např. různá náboženská, politická či sportovní sdružení.

Chování

Nedostatek sebedůvěry je u těchto jedinců často patrný už v jejich postoji a je možné ho slyšet i v jejich hlase. Jsou pasivní, dobře spolupracují, v případě konfliktu vždy ustupují. Zdají se být skromní, srdeční a laskaví (15). Neumějí být asertivní, chybí jim iniciativnost i kompetence (16). Podobně jako jedinci s jinými poruchami osobnosti mají sklon žít spíše ve vlastních fantaziích než v realitě. Mají potíže dělat běžná každodenní rozhodnutí, aniž by potřebovali radu nebo ujištění druhých. Nechájí je za sebe rozhodovat i v takových záležitostech jako – kde budou žít, jaké zaměstnání budou mít, jakého partnera si mají najít, jak mají trávit svůj volný čas, apod. Někteří z nich se nikdy naučí se rozhodovat nezávisle na druhých a samostatně řešit problémy, jiní zase nikdy nebudou umět použít své schopnosti k nezávislému životu.

Psychodynamické aspekty

Freud (9) považoval nadměrnou závislost za fixaci na orálním stadiu psychosexuálního vývoje. Podobně Abraham (1) popisoval orálně chápaný charakter jako důsledek buď deprivace nebo

nadměrného ulpívání na orální fázi vývoje. Podle Bowlbyho dochází k selhání procesu připoutání v raném dětství, kdy dítě začne pochybovat o spolehlivosti dostupnosti matky nebo pečující osoby. Výsledkem toho je úzkostné připoutání a vznik nadměrné závislosti na důležitých osobách a samozřejmě strach ze ztráty jejich blízkosti. U většiny pacientů s touto poruchou můžeme pozorovat v anamnéze podporování závislosti dítěte na rodičích a nadměrnou obavu o ně ve všech fázích jejich vývoje. Často je jim rodiči sdělováno, že nezávislost a separace je ohrožující jak pro ně samotné, tak i pro rodiče. Závislé chování také může být způsobem, jak se vyhnout znovuprožití ztráty blízkého vztahu z minulosti a jak zabránit znovuoživení se zklamání a opuštění.

Z obranných mechanismů u závislých jedinců jednoznačně dominuje introjekce. Skrze identifikaci s dominantním druhým si internalizují jeho hodnoty a přesvědčení. Touží po nerozlučitelném pevném svazku s druhou osobou. Idealizují si druhé a popírají svou vlastní hodnotu. Dalším častým obranným mechanismem je popření, které slouží také k zabránění konfliktu či odmítnutí druhými – nedovolí si pocítit hněv vůči druhým lidem. Mají tendenci vidět i na nepřijemných událostech výhradně jen to dobré – jsou nekritičtí a naivní, všem situacím potřebují dát bezpečný rámec (15).

Léčba

Pacienti trpící závislou poruchou osobnosti většinou vyhledávají léčbu pro komorbidní akutní poruchu, obzvlášť depresivní epizodu nebo úzkostnou poruchu. V terapii velmi spolupracují, se vším souhlasí, hodně děkují. Většinou se rychle stávají závislými na terapeutovi, dokonce se zdá, že pro nenaplněnou potřebu závislosti řada z nich do terapie vstupuje (25). Terapeut pro ně představuje člověka, který za ně bude rozhodovat, bude je povzbuzovat, chránit a vůbec se o ně starat jako rodič. V léčbě mají tendence zveličovat svoje příznaky, prodlužovat sezení i terapii, pokud jsou v uzavřeném programu (např. docházce na stacionář nebo hospitalizaci), zpravidla se výrazně zhorší před koncem pobytu (21). Většinou rádi užívají léky a rádi vstupují do výzkumných studií (bylo by zajímavé zkoumat, nakolik to může ovlivňovat jejich objektivitu).

Farmakoterapie

Účinná farmakoterapie ovlivňující rysy závislé osobnosti není známa. Vzhledem k časté komorbiditě s úzkostnými nebo depresivními poruchami bývají často pro tyto pacienty předepisovány antidepresiva SSRI, RIMA nebo SNRI (21). Užívání anxiolytik se nejvíce jako vhodné z důvodu snadného vzniku další závislosti. Hlavní těžiště léčby bude spočívat v psychoterapii.

Individuální psychoterapie

Psychoterapie je věcí volby a závislí pacienti přicházejí většinou tehdy, když začnou kvůli náročným životním situacím hůře fungovat. Většinou nepřicházejí do terapie s tím, že by viděli svou závislost nebo neschopnost se rozhodovat jako problém. Dobře si uvědomují, že jsou závislí, ale nevidí důvod, proč by to měli řešit. Jejich základem bývá spíše léčba deprese nebo úzkosti. Otázkou zůstává, nakolik je potom vhodné nabízet pacientovi terapii zaměřenou na řešení určitého problému nebo zda mu nabízet dlouhodobou léčbu. Na začátku terapie se mohou jevit jako „ideální“ pacienti. Dobře spolupracují, jsou pozorní, ve všem s terapeutem souhlasí; touží po jeho ocenění, vyžadují, aby o ně bylo pečováno. Budí zdání, že terapeutický proces bude rychle pokračovat (11). Často mají v anamnéze zážitky, že byli využíváni, odmítáni a někdy i znevažováni blízkými osobami, rodiči i partnery (6). Terapeut tak snadno může propadnout roli „zachránce“ a podporovat tak pacienta v dalším závislém vztahu. Může ale také cítit zlost na pacienta za jeho lpění na vlastní bezmocnosti nebo bezradnosti a být unavený z neustálého ujišťování pacienta. V začátcích terapie vidí tyto pacienti terapeuta obvykle jako ideálního experta na své problémy. Idealizují si ho, bývají nadměrně velkorysí k jeho nedostatkům a omlouvají jeho chyby. Vyžadují pozornost, rady, ujišťování. Zpočátku je nutné jejich požadavky alespoň částečně uspokojit a postupně je vést k tomu, aby se začali samostatně rozhodovat. Důležité je oceňovat každé jejich odhodlání k převzetí odpovědnosti za vlastní život. Zaměřujeme se na identifikaci potřeb závislosti, mapování pacientových přání a cílů, nácvik asertivity, postupné rozvíjení odpovědnosti za vlastní rozhodování.

S postupem terapie je třeba se zaměřit na jasné stanovení hranic mezi terapeutem a pacientem. Neuspokojujeme všechny fantazie pacienta o naší onnipotenci, neposkytujeme pacientovi stále další a další rady. Jiným úskalím může být to, že závislí pacienti mají daleko větší sklon se zamilovat do svých terapeutů než pacienti s jinou diagnózou. Pak je třeba přijmout tyto pacientovy pocity a mluvit s ním o tom, že něco takového se v terapii docela často stává. A že i přesto není účelem terapeutického vztahu to, aby se změnil na vztah osobní (4).

Nejobtížnějším úkolem se jeví být přesvědčit pacienta o tom, že cílem terapie je bližší prozkoumání a změna závislého chování a ne nalézání ještě „lepších“ způsobů, jak potřebu závislosti uspokojit. Tato změna je pro něj velmi obtížná a ponese s sebou fantazie o tom, jaké následky by mohla mít jeho pracně získaná nezávislost. Podporujeme ho ve snaze o překonávání vlastní úzkosti, v samostatném rozhodování, v možnosti vyjádřit v ochranném prostředí terapeutického vztahu všechny emoce, které opravdu cítí – aby

je nemusel potlačovat kvůli strachu z opuštění, jak se mu zřejmě v životě dělo. Je velmi žádoucí využít prozkoumání vztahu, který se bezprostředně nabízí – vztahu mezi terapeutem a pacientem. Můžeme podporovat pacienta v tom, aby mluvil o svých myšlenkách a pocitech vůči terapeutovi a pomoci mu zpracovat emoce, které tento vztah s sebou nese. Zrovna tak je důležité, aby si terapeut všiml svých vlastních pocitů a myšlenek, které se týkají pacienta, aby se snažil nepodlehnutí tomu, že má možná chuť pacienta zachraňovat a zrychlovat tak pomalý proces, aby nepřijal pacientův postoj bezmocnosti.

Skupinová psychoterapie

Skupinová terapie je také vhodnou volbou a tyto pacienti se v podporující a soudržné skupině obvykle cítí velmi dobře. Většinou přílnou k někomu z vůdčích členů skupiny a zcela nekriticky začnou přijímat jeho názory. Proto je třeba konfrontovat je s jejich opakujícími se vzorci chování, jinak by skupina pro ně nemohla splňovat terapeutický cíl. Na druhé straně se může stát jejich závislé chování ve skupině cenným tématem pro ostatní členy, kteří tak mohou prozkoumat podobné zkušenosti ve svých vztazích s druhými lidmi – téměř vždy se najde někdo, kdo zažívá něco podobného. Pokud by v terapeutické skupině vznikla „svěpomocná“ podskupina závislých členů řešících své problémy uvnitř sebe samé, je třeba celou situaci tematizovat a přinést do celé skupiny tak, aby z ní mohli těžit všichni členové, podobně jako v případech jiných podskupin. Pro mnohé závislé členy se může stát významným faktorem skupinové psychoterapie sociální učení. Pokud skupina trvá dostatečně dlouhou dobu, mohou tyto pacienti korigovat své navyké vzorce chování díky pozorování jiných pozitivních vzorů. Je také žádoucí (a pokročilá skupina to často sama činí) podporovat a oceňovat chování závislých členů skupiny, které směřuje k osvobození se od navykých stereotypů a k větší samostatnosti.

Kognitivně behaviorální terapie

Za hlavní cíl terapie stanovujeme zvýšení pocitu samostatnosti a nezávislosti na druhých lidech při současném zachování schopnosti vytvářet a udržovat s druhými blízké vztahy. Vzhledem k tomu, že takový pacient se nejvíce obává toho, že díky terapii začne být nezávislý a tím i opuštěný, a že bude muset zvládat různé životní situace úplně sám bez pomoci druhých, navrhuji Beck a Freeman (4) jako cíl terapie pojem „autonomie“, kterou popisují jako „schopnost jednat nezávisle na druhých, přičemž zůstává zachována schopnost vytváření blízkých a intimních vztahů“ (5). Na začátku terapie pacient bude požadovat, aby terapeut rozhodoval za něj, dával mu rady a řešil jeho problémy. Na počátku je možné tolerovat určitou míru závislosti, po-

Tabulka 2. Důležité komponenty KBT modelu závislé poruchy osobnosti

Jádrové přesvědčení o sobě	Jsem bezmocný, neschopný.
Jádrové přesvědčení o druhých lidech	Druzí by se o mě měli postarat.
Odozvené předpoklady	Kdybych se spoléhal na sebe, selhal bych. S pomocí druhých přežiji, budu šťastný, apod. Potřebuji druhé, aby mi stále dodávali podporu a odvalu.
Nedostatečně rozvinuté strategie	Soběstačnost, pohyblivost.
Nadměrně rozvinuté strategie	Vyhledávání pomoci, přílnavost, povzbuzování druhých k pomoci.
Zaměření pozornosti	Na možnou separaci, odmítání, nezáměr druhých.
Nejčastější způsoby zpracování informací	Katatymní, amplifikace, rumínace neúspěchu.
Typické chování	Pěstuje závislé vztahy, spoléhá se na druhé.

stupně je ale důležité vést pacienta k partnerské spolupráci. Afektivní styl se u pacientů s touto poruchou projevuje nadměrnou úzkostností, kognitivní styl pochybnostmi o vlastních schopnostech. V chování převládá pasivní spoléhání na druhé, submisivita a nedostatečná schopnost řešit problémy (21).

Terapeutické metody soustřeďujeme na nácvik asertivity, postupnou expozici vůči obávaným situacím a nácvik řešení problémů. Učíme pacienta rozpoznávat a zpochybňovat automatické negativní myšlenky, testujeme schémata pomocí behaviorálních experimentů.

Pokrok v terapii může často u pacienta vyvolat úzkost z možného konce léčby a z následné separace od terapeuta. Jeho stav se pak může často jako by paradoxně zhoršit, zvětší se úzkost, objeví se depresivní reakce a dochází k regresi – to vše může mít za účel prodloužení terapie a odložení „samostatnosti“. Nedokáže přijmout to, že pozitivním výsledkem terapie by mělo být to, že už terapeuta nebude potřebovat. Přesto by nemělo dojít k tomu, aby pacient mohl tyto symptomy použít k tomu, aby prodloužil svou terapii. Jako řešení je potom možné přijmout časově omezenou terapii s předem stanovenou dobou trvání. Je také možné testovat pacientovu schopnost udržet si dovednosti získané pomocí psychoterapie v běžném životě postupným snižováním frekvence terapeutických sezení, případně dohodnutím několika konzultačních sezení po ukončení terapie v případě pacientovy potřeby.

Závěr

Závislá porucha osobnosti pravděpodobně vzniká interakcí mezi úzkostným temperamen-tem a infantilizující výchovou, s nejistou interper-sonální vazbou v dětství. Patří mezi nejčastější poruchy v psychiatrické praxi. V diagnostice je důležité odlišit od jiných poruch osobnosti,

zejména hraniční, vyhýbavé a histriónské. Pacienti trpící závislou poruchou osobnosti většinou vyhledávají léčbu pro komorbidní akutní poruchu,

obzvlášť depresivní epizodu nebo úzkostnou poruchu. Účinná farmakoterapie není známa, ale vzhledem k časté komorbiditě s poruchami nálady a úzkostnými poruchami jsou nejčastěji doporučována antidepresiva. Léčbou volby je však dlouhodobá psychoterapie. Nejobtížnějším úkolem se jeví být přesvědčit pacienta o tom, že cílem terapie je bližší prozkoumání a změna závislého chování a ne nalézání ještě „lepší“ způsobů, jak potřebu závislosti uspokojit. Cílené terapeutické postupy byly vytvořeny v rámci kognitivně behaviorální terapie.

Tento článek byl podpořen grantem IGA MZ
ČR: NF7580

Literatura

1. Abraham K. The Influence of Oral Eroticism on Character Formation. In: Selected Papers of Karl Abraham (D. Bryan and A. Strachey, Trans.). New York, Basic Books 1924/1948.
2. Alarcon RD, Foulks EF. Cultural factors and personality disorders. In: Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA (eds): DSM-IV Sourcebook, vol 3. American Psychiatric Association, Washington DC, 1997; 975–982.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Text Rev. APA Washington DC 2000.
4. Beck AT, Freeman A a spol. Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York, The Guilford Press 1990.
5. Birtchnell J. Dependence and its Relationship to Depression. British Journal of Medical Psychology, 1984; 57.
6. Bornstein RF. Dependent and histrionic personality disorders. In: Millon T a Blaney PH (eds): Oxford Textbook of Psychopathology. Oxford University Press, New York 1999: 535–554.
7. Corbitt EM a Widiger TA: Sex differences among the personality disorders. An exploration of the data. Clin Psychol Sci Pract 1995; 2: 225–238.
8. Davis RD. Millon: Essentials of his science, theory classification, assessment, and therapy. Journal of Personality Assessment 1999; 72: 330–352.
9. Freud S. Sebrané spisy. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1999.
10. Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, 3rd ed. American Psychiatric Press, Washington DC 2000.
11. Gunderson JG a Gabbard GO: Psychotherapy for personality disorders. American Psychiatric Press, Washington DC 2000.
12. Hammen CL, Burge D, Daley SE a spol. Interpersonal attachment cognitions and prediction of symptomatic responses to interpersonal stress. J Abnorm Psychol 1995; 104: 436–443.
13. Mattia JI a Zimmerman M: Epidemiology. In: Livesley WJ (ed) Handbook of Personality Disorders. Guilford Press, New York 2001; 107–123.
14. McCrae RR. A Reformulation of Axis II: Personality and Personality-Related Problems. In: Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality. Washington DC, The American Psychological Association 1994.
15. Millon T. Disorders of Personality. DSM-III, Axis II. New York: John Wiley 1981.
16. Millon T, Davis RD. Disorders of Personality. DSM-IV and Beyond. Second edition. Wiley-Interscience Publication, 1996.
17. Millon T. MCMI-III. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. National Computer Systems, 1997.
18. O'Neil FA a Kendler KS: Longitudinal study of interpersonal dependency in female twins. Br J Psychiatry 1998; 172: 154–158.
19. Overholser JC: The dependent personality and interpersonal problems. J Nerv Ment Dis 1996; 184: 8–16.
20. Pincus AL a Wilson KR: Interpersonal variability in dependent personality. J Pers 2001; 69: 223–252.
21. Praška J a spol. Poruchy osobnosti. Praha, Portál 2003.
22. Robins CJ, Hayes AH, Block P a spol. Interpersonal and achievement concerns and the depressive vulnerability and symptom specificity hypothesis: A prospective study. Cogn Ther Res 1995; 19: 1–20.
23. Rothbart MK a Ahadi SA. Temperament and the development of personality. J Abnorm Psychol 1994; 103: 55–66.
24. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací. Nástin nosologie. Diagnostika. Praha, Maxdorf 2002.
25. Stone MH: Abnormalities of Personality. Within and Beyond the Realm of Treatment. WW Norton, New York 1993.
26. Thompson S a Zuroff DC. Dependent and self-critical mothers' responses to adolescent autonomy and competence. Pers Individ Diff 1998; 24: 311–324.
27. Widiger TA, Mangine S, Corbitt E a spol. The personality disorder interview – IV: a semistructured interview for the diagnosis of personality disorders. Psychological Assessment Resources. Odessa, Florida 1995.
28. Widiger TA, Verheul R a van den Brink W: Personality and psychopathology. In: Pervin L a John O (eds): Handbook of Personality, 2nd ed. Guilford Press, New York 1999; 347–366.
29. Widiger TA a Mullis S. Personality disorders. In Psychiatry, 2nd ed., Tasman A, Kay J, Lieberman JA (eds). John Wiley & Sons, Ltd. 2003: 1603–1637.