

VYHÝBAVÁ PORUCHA OSOBNOSTI – diagnostika a kognitivně-behaviorální terapie

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

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

Vyhýbavá porucha osobnosti se projevuje trvalými rysy sociální přecitlivělosti, inhibicí, vyhýbáním se sociálním situacím a pocity méněcennosti. Tito lidé mají výrazný strach navázat osobní vztahy, protože se necítí bezpeční v kontaktu s druhými nebo nejsou schopni vyjádřit svoje pocity. Tato porucha se zdá být extrémní variantou základních osobnostních rysů introverze a neuroticismu. Tyto vrozené rysy se mohou posílit hyperprotektivitou a nadměrnou kritikou vychovatelů v dětství. Běžné dětské zážitky – odmítnutí, výsměchu, ponížení nebo shoení druhými jsou pro takto zranitelné lidi devastující. Vyhýbavá porucha osobnosti se objevuje u 1–2% osob v populaci, ale až u 5–25% klinických pacientů. Lidé trpící vyhýbavou poruchou osobnosti vyhledávají léčbu spíše pro příznaky úzkosti, zejména pro sociální fobie, nebo pro depresi. Návlek sociálních dovedností a expoziční léčba se zdá být pro tyto lidi velmi užitečnou. Ke snížení celkové úzkostnosti mohou pomoci také antidepresiva.

Klíčová slova: vyhýbavá porucha osobnosti, diagnostika, farmakoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, kognitivní schéma, skupinová psychoterapie.

EVASIVE PERSONALITY DISORDER – DIAGNOSIS AND COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY

Avoidant personality disorder shows pervasive patterns of social hypersensitivity, inhibition, timidity and inadequacy. These persons may have a strong desire to develop close, personal relationships but feel too insecure to approach others or to express their feelings. This disorder appears to be an extreme variant of the fundamental personality traits of introversion and neuroticism. These inheritant traits might be exacerbated further in childhood through overprotection and excessive cautiousness. The normal child experiences of rejection, denigrating, embarrassment and devaluation, will be particularly devastating to the persons who is already lacking of self-confidence or is temperamentally passive, inhibited, or introverted. Avoidant personality disorder may be diagnosed in only 1–2% of the general population, but as much as 5–25% of patients in clinical setting.

Patients with avoidant personality disorder initially seek treatment for symptoms of anxiety, particularly social phobia, or depression. Social skills training, exposure therapy to feared social situations has been shown to be useful in the treatment of this disorder. Many persons with avoidant personality disorder will respond to antidepressants.

Key words: avoidant personality disorder, diagnostics, pharmacotherapy, cognitive-behavioral therapy, cognitive schemas, group psychotherapy.

Úvod

Vyhýbavá porucha osobnosti se projevuje relativně trvalými vzorci přecitlivělosti, napětí a inhibice v sociálních situacích. Člověk s vyhýbavou poruchou osobnosti prožívá neustálé napětí a obavy, podceňuje sám sebe, předpokládá neúspěch ve svém jednání, bojí se druhých lidí, protože očekává v mezilidském kontaktu zásadně zranění, kritiku nebo odmítnutí. Vyhýbá se proto sociálním situacím, kde by mohl být druhými odmítnutý, ačkoliv po mezilidském kontaktu a po blízkých vztazích velmi touží. Vůči druhým se cítí méněcenný a neschopný, obává se nových činností ze strachu, že se před druhými ztrapní. Přitom velmi touží po vytvoření blízkého osobního vztahu, ale cítí se velmi nejistý s druhými sekat a vyjádřit jim svoje pocity (35).

Diagnostika

Termín vyhýbavá osobnost je nový a byl poprvé použit Millonem v roce 1969. V Millonově teorii byly formulovány tři doplňkové vzorce patologických osobností – schizotypální, hraniční a paranoidní, které představují

pokročilejší fáze patologie osobnosti. Tím, že odrážejí záladné a pomalé zhoršování struktury osobnosti, se liší od základních poruch osobnosti několika kritérii, zvláště nedostatky v sociální kompetenci a časté (ale obvykle vratné) psychotické příhody. Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti tak patří mezi méně klinicky závažné vzorce. Tzv. sociální staženost, typická pro tuto poruchu, může pocházet z mnoha patologických kořenů a může mít nejrůznější vývoj. Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti náleží podle Theodora Millona (18) do skupiny osobností trpící nedostatkem libosti, kam řadí kromě této poruchy také schizoidní a depresivní poruchu osobnosti. Všem třem poruchám je společná neschopnost prožívat radost, odměnu, či pozitivní životní zážitky. Vyhýbavé osobnosti se nadměrně zabývají zátěží a vkládají velkou energii k vyhnutí se bolestem a nesnázím. Schizoidi a lidé vyhýbaví představují pasivní a aktivní variantu „sociálně stažených“ osobností. Vyhýbaví jsou aktivně ostražití a nenavazují hluboké vztahy ze strachu z odvržení. Vyhýbavé osobnosti jsou od schizoidů výrazně odlišní. Millon při-

pomíná dva odlišné popisy schizofrenních pacientů, s hypo- a hyperarousalem. Schizoidní i vyhýbavé osobnosti mají podle Millona určité podobnosti s některými rysy schizofrenních pacientů, především ve směru určitých pozitivních a negativních příznaků. Podle Millona je možno všechny poruchy osobnosti popsat pomocí 3 polarit, které odrážejí hlubší, evolučně podmíněné vztahy v živých organizmech. Polarit odvozené z prvních tří fází evoluce (libost – bolest, aktivní – pasivní, jiný – svůj vlastní) se v Millonově pojetí používají k vytvoření teoreticky založeného klasifikačního systému poruch osobnosti.

Rysy vyhýbavé osobnosti jsou částečně podobné schizoidním a fobickým. V historii popisoval Bleuler rysy schizofrenních pacientů částečně podobně jako je současný koncept vyhýbavé osobnosti. Schneider se zmiňoval o tzv. astenické osobnosti. Kretschmer popsal dvě varianty schizoidní osobnosti – „anaestetickou“ a „hyperastetickou“ – první souvisí se současným vnímáním schizoidní osobnosti, druhá s osobností vyhýbavou. Kahn v roce 1931 popsal „pasivní autismus“, který je velmi

podobný vyhybavé poruše osobnosti, podobně také Reich v roce 1933. Menninger v roce 1930 použil termín „izolovaná osobnost“, Fenichel v roce 1945 „fobický charakter“, Horneová (1945) „stažený typ“. Klein v roce 1970 popsal dva schizoidní subtypy, první je podobný současnému chápání schizoidní poruchy osobnosti, druhý anxiózní (vyhybavé). Siever a Davis popsali v roce 1991 jádrovou predispozici k rozvoji vyhybavé poruchy osobnosti jako anxiety/inhibici. Pětifaktorový model (BIG FIVE) popisuje vyhybavou poruchu osobnosti pomocí introverze a neuroticismu – na úrovni facet nízké vyhledávání vzrušení, nízkou aktivitu, asertivitu, vysokou vulnerabilitu, ostýchavost, úzkost.

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, reprezentaci objektu, morfologickou organizaci, náladu a temperament.

Behaviorální úroveň

Expresivní akty – expresivně rozmrzelý (funkce)

Vyjadřuje osobní nejistotu a zneklidnění, je stále ustrašený, váhající a svéhlavý, přehání neškodné události a úzkostně je hodnotí jako významně výsměšné, kritické, nesouhlasné.

Interperzonální jednání – interperzonálně odporující (funkce)

Oddaluje se od činností, které obsahují intimní osobní vztahy a uvádí rozsáhlou historii sociální všeobíhající úzkosti a nedůvěry. Vyhledává porozumění, ale nepřeje si být do něčeho zatažen pokud si není zcela jist, udržuje odstup a hájí soukromí, aby se vyhnul zahanbení a ponížení.

Fenomenologická úroveň

Kognitivní styl – myšlenkově rozrušený (funkce)

Ostražitě sleduje prostředí, aby zachytil možné ohrožení a zaměstnává se dotírajícími se a ohrožujícími myšlenkami a pozorováními. Nesprávné úsudky narušují myšlenkovou kontinuitu a sociální komunikaci včetně přiměřeného hodnocení.

Sebeobraz – nepřátelská představa sebe sama (struktura)

Vnímá sebe jako sociálně neobratného, nesprávného, nedostačivého, čímž opravňuje svou izolaci od ostatních. Vnímá se jako sociálně nežádoucího, devaluje svoje výkony, uvádí vytrvalý pocit osamělosti a prázdnoty.

Reprezentace objektu – nepříjemné objekty (struktura)

Vnitřní reprezentace jsou složeny ze snadno se vybavujících, intenzivních a konflikty poselých ranných vztahů, omezené jsou prostředky pro prožívání potěšení, a málo mechanismů k prožívání svých potřeb, spoutaných, znovurešených konfliktů nebo stranou odvedených vnějších stresorů.

Intrapsychická úroveň

Regulační mechanismy – fantazijní mechanismus (funkce)

Výrazně závisí na představě uspokojení svých potřeb, budování důvěry a řešení problémů; používá snění jako prostředek k uvolnění od frustrujících afektů i hněvivých impulzů.

Morfologická organizace – křehká organizace (struktura)

Nejistý komplex mučivých emocí, který závisí téměř výhradně na jednom prostředku k vyřešení a uvolnění (např. vyhýbání se, útěk, fantazie). Pokud je vystaven osobnímu riziku nebo novým možnostem, má málo rozvinuté morfologické struktury k dispozici a nejistá pozice se může zvrátit do regresivní dekompenzace.

Biofyzikální úroveň

Nálada (temperament) – mučivá nálada (struktura)

Popisuje trvalou a zmatečnou podmíněnost tenzí, smutkem, hněvem. Kolísá mezi touhou po citech, strachem z odmítnutí, zděšení, „zamrznutí“ pocitů. (Tabulka 1.)

Etiopatogeneze

Podle Widigera a spol. (34) je vyhybavá porucha osobnosti extrémní variantou osobnostních rysů introverze a neuroticismu. Introverze zahrnuje rysy jako je pasivita, sociální stažení a inhibice, zatímco neuroticismus nadměrné sebepozorování, zranitelnost a úzkostnost (6). Osobnostní dimenze neuroticismu a introverze mají významnou heritabilitu (12, 20). O částečné genetické podmíněnosti může svědčit také, že tyto lidé mívají příbuzné trpící poruchami osobnosti podobného okruhu – vyhybavá,

anankastická, závislá nebo pasivně agresivní porucha osobnosti. V dětství se neuroticismus projevuje jako stresem snadno zranitelný nebo inhibovaný temperament (22). Stydlivost, uzavřenost a interpersonální přecitlivělost mohou být dále posíleny nadměrnou protektivitou a hyperkritičností (23). Důležitými predispozičními faktory jsou také úzkostná porucha v dětství a v adolescenci, deformující tělesná vada nebo porucha nebo nadměrná stydlivost v dětství (21). Maladaptivní projevy vyhybavé poruchy osobnosti jsou kombinací vrozených a vychovaných temperamentových rysů a opakovaných psychosociálních zranění, jako je posmívání, odmítání a znehodnocování vrstevníků. Podle Millona (17) se tato porucha rozvíjí v důsledku rodičovského odmítání a cenzury, které bývají dále posíleny odmítáním od vrstevníků. Rodičovská výchova hraje bezpochyby důležitou roli. Rodiče bývají v takovém případě buď přehnaně starostliví a neustále varují před jakýmkoliv nebezpečím nebo naopak děti nedostatečně přijímají, shazují je a ponižují je. Tyto děti pak mají často malé sebevědomí, které může vést k sociálnímu vyhýbání. Podstatné zhoršení se objevuje v adolescentním věku, kdy se prakticky každý mladý člověk vystavuje velkému riziku odmítnutí nebo zesměšnění. I když i většina ostatních dětí a adolescentů má řadu zážitků zesměšnění, odmítnutí nebo pohrdání od druhých lidí, tyto zážitky jsou obzvlášť devastující pro osoby, které již v té době nemají moc vysoké sebevědomí nebo jsou temperamentově pasivní, inhibované nebo introvertované (3). K vyhybavé poruše osobnosti patří nadměrné sebepozorování, pocity neadekvátnosti nebo inferiority a iracionální kognitivní schémata, která vyvolávají introvertované a vyhybavé chování (1, 10).

Do obrazu vyhybavé poruchy osobnosti patří zvýšená periferní sympatická a adrenokortikální aktivita, což souvisí s výrazným autonomním vybušením, ustrašeností a inhibicí (24) a nadměrným fungováním behaviorálního inhibičního systému (9).

Diferenciální diagnóza a komorbidita

Asi nejobtížnějším diferenciálně diagnostickým problémem je odlišit vyhybavou

Tabulka 1. Diagnostická kritéria MKN-10 pro vyhybavou poruchu osobnosti (25)

- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti (F 60).
- B. Musí být splněny nejméně čtyři z následujících charakteristik:
 - 1) trvalé a pronikavé pocity napětí a obav
 - 2) přesvědčení o vlastní sociální nešikovnosti, nedostatku osobní přitažlivosti nebo vlastní neschopnosti ve srovnání s jinými
 - 3) nadměrné zabývání se tím, že bude kritizován nebo odmítnut v sociálních situacích
 - 4) nechuť stýkat se s lidmi, pokud není jisté, že bude oblíben
 - 5) omezení v životním stylu kvůli potřebě fyzické jistoty
 - 6) vyhýbání se sociálním a pracovním činnostem, pro něž jsou významné meziosobní kontakty, ze strachu z kritiky, nesouhlasu nebo odmítnutí.

poruchu osobnosti od sociální fobie (28). Obě poruchy se projevují sociální úzkostí, vyhýbáním se sociálními situacím, stydlivostí a obě se mohou plně začít projevovat v pozdním dětství anebo adolescenci. Mnoho lidí postižených vyhýbavou poruchou osobnosti vyhledává léčbu pro sociální fobie (35). Čím jasnější je, že příznaky se objevují už od dětství, tím spíše bychom měli diagnostikovat vyhýbavou poruchu osobnosti. Pro vyhýbavou poruchu osobnosti jsou dále spíše typické kognice, které postiženého zklidňují, přes racionalizace, proč je lepší se sociální situaci vyhnout, zatímco u sociální fobie spíše typické úzkostné kognice katastrofizující sociální situaci a zvyšující napětí. I tak do budoucna není jasné, zda koncept dvou oddělených poruch, které mají tolik podobností a jejichž komorbidita je až 60%, je udržitelný (30).

Mnoho lidí, trpících vyhýbavou poruchou osobnosti, splňuje také kritéria pro závislou poruchu osobnosti. To může na první pohled vypadat neobvykle, protože osoby s vyhýbavou poruchou osobnosti se kontaktům s druhými vyhýbají, zatímco jedinci se závislou poruchou osobnosti na vztahu visí. Ovšem, jakmile si člověk s vyhýbavou poruchou osobnosti najde vztah, zpravidla je pak k němu závisle připoután. Lidé s oběma poruchami trpí pocity méněcennosti, potřebují být ujišťováni, jsou přecitlivělí na kritiku a odmítnutí. Rozdíl mezi nimi je však zřetelný v období, kdy si hledají vztah (33). Postižení vyhýbavou poruchou osobnosti jsou velmi stydliví, inhibovaní a je pro ně velmi těžké si vztah najít, zatímco lidé trpící závislou poruchou osobnosti si naopak umějí kontakt s druhými rychle vyhledat (lidé s vyhýbavou poruchou osobnosti mají vysoká skóre introverze, zatímco se závislou poruchou extraverte). Také na počátku rozvíjení vztahu je podstatný rozdíl. Lidé s vyhýbavou poruchou osobnosti mají potíže vyjádřit svoje potřeby a pocity, zatímco lidé se závislou poruchou osobnosti si vždy najdou způsob, jak dát najevo vše, co očekávají a potřebují. Závislé osobnosti pak ale zůstávají spíše v „pseudovztazích“, s fragmentovanými objekty, u vyhýbavé poruchy osobnosti najdeme lepší schopnost komplexního vztahu.

Schizoidní porucha osobnosti se často plete se schizotypní a vyhýbavou, protože všechny tři vedou k vyhýbání se a sociální izolaci. Hlavní rozdíl mezi schizoidní a vyhýbavou poruchou osobnosti je v tom, že člověk s vyhýbavou poruchou osobnosti výrazně touží po hlubokém a stabilním vztahu, zatímco osobám se schizoidní poruchou osobnosti jsou reakce druhých lidí a vztahy s nimi lhostejné.

U schizotypní poruchy osobnosti se podobně jako vyhýbavé poruchy osobnosti objevuje stud, introverze, ale sociální úzkost

u schizotypní poruchy osobnosti nemizí s délkou známosti s druhou osobou, zatímco u vyhýbavé poruchy osobnosti se úzkost projevuje hlavně na počátku vztahu. U schizotypní osobnosti, která se zdá být hlubší poruchou blízkou schizofrenii, se navíc objevuje řada kognitivních aberací a poruchy vnímání (35).

Změna osobnosti při tělesném onemocnění: Onemocnění, které postihuje centrální nervový systém (častěji Parkinsonova choroba, ale i demyelinizační onemocnění) podobně jako tělesná vada může někdy vést k systematickému vyhýbání se druhým lidem. Také lidé dlouhodobě užívající psychoaktivní látky někdy mohou rozvinout vyhýbavou poruchu osobnosti.

Nejčastějšími akutními komplikacemi u vyhýbavé poruchy osobnosti jsou komorbidní depresivní porucha, dystymie, panická porucha, agorafobie nebo sociální fobie, pro které pacienti většinou terapii vyhledávají.

Epidemiologie

Uzavřenost, stydlivost a nejistota v sociálních situacích jsou častým problémem v celé populaci (7). Vyhýbavá porucha osobnosti patří mezi nejčastější poruchy osobnosti v klinické praxi. Objevuje se u 5 až 25% všech psychiatrických pacientů (16). V celkové populaci je její výskyt v různých studiích odlišný, v rozmezí od 0,4% (14) do 5,2% (13, 29), průměrný odhad ze studií je 1–2 %. Obě pohlaví mají přibližně stejné zastoupení (5). Z aktuálních poruch (poruch na ose I podle DSM-IV-TR) nejčastěji trpí sociální fobii a depresí.

Průběh

Lidé s vyhýbavou poruchou osobnosti jsou stydliví, uzavření a úzkostní už jako děti (2). U řady z nich je už v dětství diagnostikována sociální fobie. Adolescence pro ně bývá velmi obtížné období, protože být atraktivní, zvládat dobře sociální situace mezi vrstevníky a stýkat se s opačným pohlavím výrazně ovlivňuje sebehodnocení u všech. Pracovní kariéra nemusí být výrazněji zasažena, dokud se neobjeví nárok na vystupování před lidmi. Naopak někdy lidé trpící vyhýbavou poruchou osobnosti nacházejí ve své práci jedinou gratifikaci; blízké vztahy jim to zpravidla poskytnout nemohou. Práce může sloužit k odvedení pozornosti od silných pocitů osamělosti v osobním životě (35). Náročnější situace v zaměstnání vyžadující velkou míru odpovědnosti mohou s sebou přinášet u vyhýbavých pacientů silné projevy úzkosti a znovu aktivovat pocity méněcennosti. Vyhýbání se sociálními situacím od raného věku vede k tomu, že řada sociálních dovedností není nikdy naučena. Proto je navazování partnerského vztahu tak bolestně obtížné. Pokud se to přece jen povede, stávají se často

na partnerovi závislí, jako rodiče jsou velmi zodpovědní, citliví, nicméně dětem neslouží jako vzor samozřejmého chování v sociálních situacích. Závažnost vyhýbavé poruchy osobnosti slábne s věkem.

Psychodynamické aspekty

V psychodynamických teoriích se objevuje myšlenka, že vyhýbavé chování vzniká z rané nadměrně rozvinuté potřeby přijetí druhými lidmi nebo z časté zkušenosti odmítání a kritiky. Tento problém pak může být v pozdějším věku generalizován a takový člověk pak očekává odmítnutí prakticky všude. Byly popsány také traumatické zážitky, které vedly k rozvoji post-traumatické stresové poruchy a v dalším vývoji i vyhýbavé poruchy osobnosti.

Jádrovým psychodynamickým konceptem je stud, který je projevem neschopnosti naplnit vnitřní ideální představu o sobě samém. To potom vede k pocitu, že je jedinec špatný. Mimo genetického podílu se na vzniku vyhýbavé poruchy osobnosti uplatňují i negativně emočně podbarvené reakce od pečujících osob týkající se narušování intimity a neakceptování autonomních a spontánních projevů dítěte, které dále vedou k pocitům méněcennosti a narušenému sebevědomí. Tito pacienti svoje pocity postupně generalizují a vytvoří si představu, že pokud je někdo pozná blíže, odhalí jejich nedostatky, pozná, že jsou špatní, odsoudí a zesměšní je. Jako kompromis mezi touhou po blízkém vztahu a strachem z odmítnutí pak často užívají ochranné strategie typu „láska na dálku“.

Z obranných mechanismů dominuje inhibice (vyhnout se konfliktu a rizikovým situacím), izolace afektu (oddělení myšlenkových pochodů od prožitku), přesun afektu (přesun úzkosti na objekt, který je nějakým způsobem symbolicky svázán s předchozím objektem), projekce (externalizace zdroje ponížení nebo odmítnutí) (21). Aby dokázali zvládnout své nepříjemné pocity, často se utíkají do fantazií – rádi čtou knihy, sledují televizi nebo se oddávají dennímu snění.

Chování

U jedinců s touto poruchou se objevují rysy stydlivosti, bázlivosti a stažení se do sebe. Nedůvěřují druhým lidem a velmi se obávají jejich odmítnutí. Někdy, aby ochránili sami sebe před odmítnutím, sami odmítnou druhé jako první, a to někdy i agresivním způsobem. Specifický často bývá i jejich způsob řeči. Většinou toho moc nenamluví, případně hovoří pomalu a s dlouhými pauzami. Jejich řeč je váhavá a plná rozpaků. Někdy mohou budit dojem, že mají fragmentované myšlení. Jindy mohou být zase nadměrně hovorní, možná i kvůli mylné představě, že pokud budou neustále mluvit,

zabrání tak vlastní „smrti“. Mají sklon nadměrně reagovat na běžné události, ale zároveň se snaží si zachovat kontrolu nad svým chováním a projevením emocí (18). Žijí buď v minulosti nebo ve fantazii, jen zřídka zůstávají v „tady a teď“. Jsou nadměrně citliví k různým podtónům mluvy druhých jedinců. Jejich neustálé očekávání odmítnutí může u druhých způsobit to, že začnou být netrpěliví a nespokojení s jejich stálým napětím a neschopností přijmout to, že je možné se účastnit vztahů s druhými bez specifických záruk bezpečí a přijetí.

Léčba

Lidé s vyhubou poruchou osobnosti zřídka hledají léčbu z důvodu, že by chtěli změnit svoji osobnost. Spíše se objeví u psychiatra s prosbou, aby jim pomohl v odstranění sociální fobie nebo depresivních nálad. Pro terapeuta je důležité si uvědomit, že nejde o jednoduchou úzkostnou poruchu (jak je tomu v případě sociální fobie), kde stačí snížit příznaky úzkosti, ale o hlubší psychopatologii, související s celoživotními pocity velmi nízkého sebevědomí a vlastní nedostatečnosti (18, 27). Návlek sociálních dovedností, odstupňovaná expozice sociálním situacím a změna životního nastavení (kognitivních schém, týkajících se odmítnutí a sebe-přijetí) se ukázaly být v léčbě úspěšné (popis přístupů viz níže v části KBT vyhubavé poruchy osobnosti) (1, 18, 27).

Farmakoterapie

Řada pacientů s touto poruchou dostává anxiolytika. Úleva v úzkosti po nich je zpočátku značná, ale protože úzkost je až druhotnou reakcí na maladaptivní osobnostní rysy, v průběhu času přestává medikace fungovat. Proto jsou doporučována antidepresiva, zejména pak inhibitory monoaminoxidázy (15, 31, 33) nebo SSRI (21). Při vegetativním doprovodu mohou pomoci betablokátory. Benzodiazepiny by se měly rezervovat pro krátkodobou léčbu panických záchvatů, které se mohou objevit při rozvoji komorbidní panické poruchy. Výhradní spoléhání se na účinek psychofarmak by ale bylo chybou, je třeba se alespoň pokusit o řešení vnitřních konfliktů, kterým jsou tito lidé dlouhodobě vystaveni (25).

Psychoterapie

Už samotné vyhledání psychoterapeuta může pro tyto pacienty znamenat velkou obtíž. Je to pro ně nový člověk a pro pacienta je těžké si představit, že by se před ním měl psychologicky odhalovat. Tato představa může až děsit. Obávají se, že je terapeut prohlédne a odmítne. Terapeutický vztah budují zdoluhavě a obtížně. Bojí se důvěřovat, protože čekají odmítnutí. Často se jich může dotknout i drobná neúmyslná poznámka terapeuta, která nějak zasáhne

jejich sebeúctu, a to i po delší době terapie. Mají představu, že terapeuta obtěžují, že jsou pro něj bezvýznamní. Terapeutovým úkolem je potom podporovat sebeúctu pacienta, otevřeně ho povzbuzovat a projevovat mu starostlivost a náklonnost. Je důležité probírat s nimi jejich strach z odmítnutí i to, jak se tento strach přenáší do terapeutické situace, jak souvisí s nedostatkem sebedůvěry a jak vyhýbání se sebeotevření, obávání se intimity a ukryvání svých pocitů zpětně sebedůvěru dále podkopává (Gabbard, 2000). Zpočátku je pro tyto pacienty obtížné o těchto prožitcích mluvit, protože se za ně stydí. Říkají, že je to zbytečná ztráta času, o který terapeuta nechťejí obírat, jistě má těžší pacienty, kterým by se měl více věnovat apod. Tyto obranné manévry slouží opět vyhnout se. V těchto situacích potřebují být akceptováni i se svým vyhýbavými manévry a „laskavě konfrontováni“.

Za cíl terapie je možné považovat zvýšení sebehodnoty pacienta, zvýšení důvěry v mezilidské vztahy a snížení citlivosti na kritiku. Léčba by měla být zaměřena k posílení konceptu kompetence pacienta nad vlastním životem. Je třeba uvědomit si, jaká očekávání změny v terapii mohou být realistická a konfrontovat pacienta s fantaziemi, které nemohou být ve skutečnosti zrealizovány.

Přenos

Přenos pacienta s vyhubou poruchou osobnosti se nejčastěji projevuje jako testování terapeutovy tolerance a schopnosti neodsuzovat a nehodnotit pacienta, nekritizovat ho, ale naopak o něj pečovat. Lze očekávat předkládání zástupných a snadno řešitelných problémů namísto obtížných témat. V jiných případech pacient zkouší např. chodit pozdě, nedělat úkoly, může až s nebyvalou otevřeností mluvit o svých špatných stránkách v očekávání terapeutova odsouzení. Většinou v tomto testování pokračuje až do té chvíle, kdy si je jist, že nebude odsouzen (26). Pokud terapeut toto testování unese bez znevažování pacienta, ten mu může začít důvěřovat. Pokud ne, často potom odchází předčasně z terapie. Po úspěšném překonání tohoto období si pak snadno může k terapeutovi vytvořit vztah až přehnané důvěry, kdy se stane na terapeutovi závislým. Nedůvěřuje sám sobě a má tendenci nechávat svá důležitá rozhodnutí na terapeutovi.

Protipřenos

Jako protipřenos se u terapeuta typicky objevuje frustrace z pacientova testování na počátku terapie. Může zažívat obavy, aby pacientovi neublížil neshodou v názorech nebo konfrontací, která by byla pro pacienta nepřijemná, může se cítit být nucen pacienta za každých okolností bezvýhradně přijímat. V dalším období, kdy si pacient k terapeutovi

vytvoří velkou důvěru a často ho bezmezně obdivuje, je terapeut v nebezpečí podlehnouti onipotentním představám a neochotě podporovat pacienta v tom, aby mluvil o obtížných tématech (potřeba ho chránit), nebo může být naopak frustrován z nesplněných nadměrných očekávání z pacientovy strany – to, že pacient bude schopný důvěřovat ostatním lidem tak jako terapeutovi, bohužel neplatí.

Skupinová psychoterapie

Pacienti s touto poruchou se z pochopitelných důvodů skupinové terapie velmi obávají. Přitom jim může velmi pomoci. Někdy může být vhodné paralelní individuální a skupinové vedení po tu dobu, než pacient získá ve skupinu důvěru. Přesto se skupinová terapie jeví jako vhodná volba, protože dobře umožňuje návlek sociálních dovedností, poskytuje množství zpětných vazeb a možnost otestovat důvěru v druhé lidi. Tito lidé se na skupinu většinou adaptují déle než pacienti s neurotickými poruchami nebo s jinou poruchou osobnosti. Zpočátku bývají velmi uzavření, drží se stranou, často se vyhýbají očnímu kontaktu. Vnímají především to, jak by je druzí mohli hodnotit, jen těžko se soustředí na dění ve skupině. Postupně ale mohou poznávat, že nejsou sami, kdo pochybuje sám o sobě, že jiní lidé mohou mít také podobné potíže. Potom mohou ke skupině přilnout a začít ji prožívat jako bezpečné prostředí, kde se konečně nemusí skrývat. Mohou mít problémy v době ukončení terapie, protože se nově nalezené blízkosti s druhými jen těžko zřikají a mají obavy z toho, že tak bezpečné prostředí už nikdy nenajdou. Proto je zapotřebí je podpořit v tom, že po úspěšné terapii mají možnost zvládnout i více stresující podmínky.

Kognitivně behaviorální terapie

I když tito pacienti zpočátku budí dojem, že k léčbě přistupují velmi ambivalentně (neví, zda ji vůbec potřebují, jestli jim vůbec něco může pomoci), už to, že do terapie přišli, znamenalo pro ně velké odhodlání, protože museli překonat velkou úzkost. Potřebují povzbudit k léčbě a slyšet ujištění, že terapeut chápe jejich ambivalentní pocity ohledně terapie. Ve vztahu k terapeutovi jsou od počátku až precitlivělí, neustále monitorují terapeutovo chování a hledají každý náznak odmítnutí nebo zesměšnění, podobně jako to dělají i u jiných lidí. Terapeut by měl vyjádřit pochopení pro pacientovu úzkost ze sociálního kontaktu a neodsuzovat ji. Až když se pacient cítí bezpečně a přijímaný terapeutem, je ochotnější popisovat svou úzkost a obavy z odmítnutí i svoje vyhýbavé a zabezpečovací chování.

Tito pacienti potřebují hodně podpory, zejména pro expozice v situacích, kterým se vyhýbají. Často si nejsou ani sami přesně vědomi

toho, čeho se vlastně bojí, zde potřebují také terapeutovu pomoc. Jako vhodná se jeví práce s fantaziemi katastrofického scénáře jako „co by se stalo, kdyby...“ nebo „co nejhoršího by se mohlo stát...“ Důležité je dále zpracování představ o sobě samém – důležité téma je touha po dokonalosti, tito pacienti často mívají nadměrné nároky na sebe i na své okolí.

Jedinci s touto poruchou často mívají jádrová přesvědčení jako „jsem zlý... bezcenný...nedokážu snášet nepříjemné pocity...“, „druzí mě budou kritizovat...“. Jejich hlavní strategií je potom vyhnout se situacím, ve kterých by mohli být kritizováni nebo zesměšněni. Vyhybají se pozornosti, která by jim mohla být věnována. Mezi typické spouštěče patří mluvení před lidmi, být v centru pozornosti, projevit svoji blízkost k druhému člověku, být v kontaktu s autoritou. I přes odpovídající vzdělání a schopnosti se v pracovním životě mohou vyhýbat převzetí odpovědnosti. Hlavními emocemi, které zažívají, je úzkost a smutek. Jejich nízká tolerance pro prožívání dysforie jim brání v překonávání studu a ve větší asertivitě. Často bývají introspektivně zaměřeni a sledují svoje pocity, snaží se vyhnout myšlenkám, které jsou pro ně nepříjemné (kognitivní vyhýbání). Podobně jako u závislé poruchy osobnosti je přítomný strach ze selhání, ale namísto spoléhání se na druhé se raději situaci, ve které by riskovali odmítnutí nebo neúspěch, prostě vyhnou (1). Ve vztahové oblasti zaujímají přesvědčení, že aby je někdo mohl mít rád, musí skrývat svoje skutečné já. Nesmí nikomu dovolit dostat se příliš blízko, protože pak by ten druhý člověk mohl zjistit to, co oni už o sobě dávno vědí – že jsou trapní, nemožní, apod. Když už s někým naváží vztah, většinou se za každou cenu vyhýbají neshodám a sami se nijak neprosazují – jako by byli pořád v očekávání odmítnutí od druhého člověka.

U pacientů s touto poruchou je zjevné jejich sociální vyhýbání, co však není na první pohled vždy patrné, je jejich kognitivní a emoční vyhýbání. Jako děti možná měli příbuzného, který byl vůči nim nadměrně kritický a odmítal je. Postupně si vytvořili postoje typu: „Musím být špatný, když mě maminka nemá ráda...“. Vytvoří si závěr, že tak, jako se k nim chovala jejich odmítavá pečující osoba, se k nim budou chovat všichni ostatní lidé. Bojí se, že nezvládnou dysforii, která vznikne tehdy, když je někdo odmítne. Tak se raději blízkým vztahům a sociálním situacím, kde předpokládají odmítnutí nebo kritiku, rovnou vyhnou. Negativní reakce druhých vnímají jako oprávněné, podložené nějakou jejich neschopností. Vycházejí ze schématu: „Když mě druzí považují za neatraktivního, tak to musí být pravda...“ Často prožívají napětí vycházející z automatických negativních myšlenek typu

„jsem hloupý...“, „jsem nudný...“, „nebudou mě mít rádi, budou mě kritizovat...“ Tyto myšlenky navozují dysforie, kterou nesou samozřejmě velmi nelibě. Způsob, jakým ji zvládají, je aktivní vyhýbání se situacím, které by mohly negativní myšlenky nebo dysforii samotnou přivodit. Vyhybají se ale i tomu, aby mysleli na témata, která mohou dysforii vytvářet. Toto kognitivní vyhýbání může být i automatické, protože si ne vždy uvědomují myšlenky, které negativní emoce provázejí. Pokud začnou zažívat dysforické pocity, snaží se rozptýlit, aby se začali cítit lépe. Hledají jakoukoliv změnu, aby se zbavili nepříjemných myšlenek (behaviorální vyhýbání). Jsou přesvědčení, že když si dovoli cítit se špatně, budou pohlceni vlastním smutkem a už nikdy se ho nezbaví. Proto se snaží nad těmito pocity nikdy neztratit kontrolu (1).

Dysforii se vyhýbají nejen ve svém běžném životě, ale i při terapeutických sezeních. Při probírání zážitků, které jsou pro ně problematické, mohou například měnit téma, připadat si tak, jako že mají prázdnou hlavu, mohou začít chodit po místnosti, apod. Terapeut je může v takovém případě vrátit zpět k odmítaným pocitům, aby společně mohli identifikovat přesvědčení, která vedou k vyhýbání a potom postupně zvyšovat emoční toleranci.

U vyhýbavé poruchy osobnosti je možné podobně jako u jiných poruch osobnosti hovořit o třech temperamentových dimenzích: afektivní, behaviorálně interpersonální a kognitivní. Afektivní styl se vyznačuje pocity studu, nervozitou, úzkostí a strachem, napětím, přecitlivělostí na kritiku. Pro kognitivní styl je typická nadměrná ostražitost k možnému odmítnutí, kritice, zesměšnění a sebedopodceňování. V chování se typicky objevuje pasivita, nedostatek asertivity a vyhýbavé chování (21). (Tabulka 2.)

Za hlavní cíl terapie je v KBT považováno zvýšení schopnosti snášet kritiku a více důvěřovat druhým lidem. K dosažení této změny bývá užíván nácvik asertivity, sociálních dovedností a postupná expozice obávaným podnětům (4). (Tabulka 3.)

Dále je důležitá analýza a zpochybňování maladaptivních schémat a postupného testování pohledu na svět pomocí behaviorálních experimentů (1). Terapeut se snaží o identifikaci kognitivních schémat a o pochopení, za jakých životních okolností vznikly. Vede pacienta k tomu, aby zkoumal, jaké pozitivní a negativní důsledky má jeho nazírání na svět. Po zvážení všech výhod a nevýhod mu potom pomáhá ve vytvoření nového pohledu na svět,

Tabulka 2. Důležité komponenty KBT modelu (21)

Jádrové přesvědčení o sobě	Jsem nežádoucí, vadný, defektní, nekompetentní, společensky neobratný.
Jádrové přesvědčení o druhých lidech	Druzí lidé mě odmítnou, budou mnou pohrdat.
Odvozené předpoklady	Kdyby mě lidé skutečně poznali, odmítli by mě. Pokud budu skrytý, nemusejí mě odhalit. Když se budu přetvařovat, budu perfektní, budu vypadat dokonale, možná mě přijmou. Nesmím se sblížovat s druhými. Nesmím navazovat intimní vztahy. Nesmím být nelояální vůči své rodině.
Nedostatečně rozvinuté strategie	Asertivita, sebedůvěra, družnost
Nadměrně rozvinuté strategie	Sociální zranitelnost, vyhýbání se, kamuflování a tlumení
Zaměření pozornosti	Selektivní monitorování možného odmítnutí, kritiky, znevažení
Nejčastější způsoby zpracování informací	Katastrofizace, diskvalifikace pozitivního, katatymní myšlení, závěry skokem, nadměrná generalizace, čtení myšlenek
Typické chování	Vyhýbá se intimitě. Vyhýbá se hodnotícím situacím.

Tabulka 3. Odstupňovaná expozice obávané sociální situaci

Problém	Obava bavit se ve společnosti kolegů z práce vede k tomu, že se všem pozváním vyhýbám a pak si to vyčítám. Už 4 roky jsem nebyl na žádné společné akci. Nejezdím na společná výjezdní zasedání na hory, vždy se trapně vymlouvám.
Cíl	Účastnit se pracovních společenských akcí podle vlastní chuti a potřeby.
Kroky	1. Začít se ptát spolupracovníků, jak se mají a co nového u nich v rodině. 2. Začít chodit na společnou kávu v době svačiny. 3. Začít chodit na oběd, přisednout si k mužům. 4. Na obědě si přisednout ke stolu, kde jsou ženy. 5. Jít do divadla s ostatními, když se tam chystají. 6. Jít v pondělí po práci na volejbal s ostatními. 7. Jít s ostatními do vinárny, když se tam chystají a pobýt tam alespoň hodinu (bez alkoholu). 8. Jít do vinárny a zůstat tam s ostatními (bez alkoholu). 9. Jít na večírek v bytě. 10. Odjet na víkend na společnou akci na horách.

Tabulka 4: Příklad práce s kognitivním schématem

Dysfunkční schéma: Když lidé poznají, jaká jsem, budou mnou pohrdat.**VÝHODY:**

- ? Chovám se snaživě a příjemně.
- ? Nikdo o mně nic neví a tak jsem hodně chráněná před špatnými lidmi.
- ? Nemám žádné konflikty, protože se jim dokážu vyhnout.
- ? Jsem skromná, nemám nároky na druhé lidi.
- ? Umím se dobře vžít do potřeb druhých a odhadnout je předem.
- ? Jsem pracovitá, dochvilná a přesná.

NEVÝHODY:

- ? Vyhýbám se blízkosti a proto nemám přátele.
- ? Nenašla jsem si partnera.
- ? Špatně snáším kritiku.
- ? Bojím se vytvořit si vlastní názor a tak papouškuji názory druhých.
- ? Nedokážu říci ne.
- ? Lidé mě často využívají, jak v rodině, tak v práci.
- ? Stále procházím to, co jsem dělala a jak jsem s kým mluvila a hledám, zda jsem někde neudělala chybu.
- ? Nevěřím si.

Konstruktivnější pohled (modifikace schématu): Nemusím hned důvěřovat každému, ale můžu se trochu více otevřít lidem, které dobře znám.

Co by to změnilo v mém životě: Cítila bych se mezi lidmi lépe. Zvýšila bych šanci, že si najdu přátele

možná i partnera. Sama bych byla se sebou spokojenější.

Co se proto musím naučit: Otevřeně sdělovat svoje pocity a názory.

kteří mu dovolí zachovat výhody starého schématu a odstraní jeho nevýhody. Potom může pacient zkoušet plánovat aktivity týkající se vztahů, práce, svého volného času a pomoci behaviorálních experimentů je začleňovat do svého života (21). (Tabulka 4.)

Ukončení léčby může být pro pacienty s touto poruchou obtížné. Sice sami často ukon-

čují terapii předčasně, ale pokud se jim podaří s terapeutem vytvořit vztah založený na bázi důvěry, jen neradi léčbu končí. Někdy dokonce mohou vnímat ukončení terapie jako odmítnutí terapeutem. Je proto důležité se zabývat tím, co představa ukončení terapie v pacientovi vyvolává. Doporučuje se ke konci terapie snížit frekvence sezení, aby si pacient mohl zažít,

že i s menší frekvencí terapeutovy podpory je schopen docela dobře fungovat v běžném životě (21). Poslední naplánovaná sezení by měla být věnována evaluaci terapeutického procesu a možnosti prevence případného relapsu – jak může pacient to, co se v terapii naučil, aplikovat ve svém běžném životě v případě výskytu problémů.

Závěr

Vyhýbavá porucha osobnosti patří mezi nejčastější poruchy v psychiatrické praxi. Její diagnostika nepřináší zvláštní potíže, obtížnější je odlišení od sociální fobie a závislé poruchy osobnosti, se kterými má častou komorbiditu. Pacienti s touto poruchou osobnosti vyhledávají léčbu většinou pro komorbidní úzkostnou nebo depresivní poruchu, vlastní porucha osobnosti se projevuje až v průběhu terapie. Z farmakoterapie jsou doporučována zejména antidepresiva, nicméně léčbou volby je dlouhodobá psychoterapie, která může být vedena individuálně nebo skupinově. Cílené terapeutické postupy byly vytvořeny v rámci kognitivně behaviorální terapie.

Tento článek byl podpořen grantem

IGA MZ ČR: NF7580

Literatura

1. Beck AT, Freeman A, a spol. Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York, The Guilford Press 1990.
2. Bernstein DP, Travigliani L. Schizoid and avoidant personality disorders. In: Millon T, Blaney PH (eds): Oxford Textbook of Psychopathology. Oxford University Press, New York 1999; 523–534.
3. Burgess KB, Rubin KH, Chea CSL a spol. Behavioral inhibition, social withdrawal, and parenting. In: Crozier WR a Alden LE (eds): International Handbook of Social Anxiety. John Wiley, New York 2001; 137–158.
4. Clark DM. A cognitive perspective on social phobia. In: Crozier WR a Alden LE (eds): International Handbook of Social Anxiety. John Wiley, New York 2001; 405–430.
5. Corbitt EM a Widiger TA: Sex differences among the personality disorders. An exploration of the data. Clin Psychol Sci Pract 1995; 2: 225–238.
6. Costa PT a McCrae RR: Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual. Psychological Assessment Resources, Odessa FL 1992.
7. Crozier PT a Alden LE (eds): International Handbook of Social Anxiety. Concepts, research, and interventions relating to the self and shyness. John Wiley, New York 2001.
8. Davis RD. Millon: Essentials of his science, theory classification, assessment, and therapy. Journal of Personality Assessment 1999; 72: 330–352.
9. Depue RA a Lenzenweger MF: A neurobehavioral dimensional model. In: Livesley WJ (ed): Handbook of Personality Disorders. Guilford Press, New York 2001; 136–176.
10. Dreesen L, Arntz A, Hendriks T, a spol. Avoidant personality disorder and implicit schema-congruent information processing bias: A pilot study with a pragmatic inference task. Behav Res Ther 1999; 37: 619–632.
11. Gabbard GO: Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, 3rd ed. American Psychiatric Press, Washington DC 2000.
12. Jang KL a Vernon PA: Genetics. In: Livesley WJ (ed) Handbook of Personality Disorders. Guilford Press, New York 2001; 177–195.
13. Klein DN, Riso O, Donaldson SK, a spol. Family study of early-onset dysthymia: Mood and personality disorders in relatives of outpatients with dysthymia and episodic major depressive and normal controls. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 487–496.
14. Lenzenweger MF, Loranger AW, Korfine L, a spol. Detecting personality disorders in a nonclinical population. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 345–351.
15. Markovitz P. Pharmacotherapy. In: Livesley WJ (ed) Handbook of Personality Disorders. Guilford Press, New York 2001; 475–493.
16. Mattia JJ, Zimmerman M. Epidemiology. In: Livesley WJ (ed) Handbook of Personality Disorders. Guilford Press, New York 2001; 107–123.
17. Millon T. Disorders of Personality. DSM-III, Axis II. New York: John Wiley 1981.
18. Millon T, Davis RD, Millon CM, a spol. Disorders of Personality. DSM-IV and Beyond. John Wiley, New York 1996.
19. Millon T. MCMI-III. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. National Computer Systems, 1997.
20. Plomin R a Caspi A. Behavioral genetics and personality. In: Pervin L and John O (eds): Behavioral genetics and personality. Guilford Press, New York 1999; 251–276.
21. Praško J. a spol. Poruchy osobnosti. Praha, Portál 2003.
22. Rothbart MK a Ahadi SA. Temperament and the development of personality. J Abnorm Psychol 1994; 103: 55–66.
23. Schmidt LA, Polak CP, Spooner AL: Biological and environmental contributions to childhood shyness: A diathesis-stress model. In: Crozier WR, Alden LE (eds): International Handbook of Social Anxiety. John Wiley, New York 2001; 29–52.
24. Siever LJ, Davis KL. A psychobiological perspective on the personality disorders. Am J Psychiatry 1991; 148: 1647–1658.
25. Smolik P. Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací. Nástin nosologie. Diagnostika. Praha, Maxdorf 2002.
26. Sperry L. Cognitive Behavior Therapy of DSM-IV Personality Disorder. London, Taylor and Francis Group 1999.
27. Stone MH. Abnormalities of Personality. Within and Beyond the Realm of Treatment. WW Norton, New York 1993.
28. Tillfors M, Furmark T, Elselius L, spol. Social phobia and avoidant personality disorder as related to parental history of social anxiety: A general population study. Behav Res Ther 2001; 39: 289–298.
29. Torgensen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry 2001; 58: 590–596.
30. van Velzen CJ, Emmelkamp PM, Scholing A. Generalized social phobia versus avoidant personality disorder. Differences in psychopathology, personality traits, and social and occupational functioning. J Anx Disord 2000; 14: 395–411.
31. Versiani M, Nardi AE, Mundim FD, a spol. Pharmacotherapy of social phobia. A controlled study with moclobemide and phenelzine. Br J Psychiatry 1992; 161: 353–360.
32. Widiger TA. Social anxiety, social phobia, and avoidant personality disorder. In: Crozier WR a Alden LE (eds): International Handbook of Social Anxiety. John Wiley, New York 2001; 335–356.
33. Widiger TA a Corbitt EM: Antisocial personality disorder in DSM-IV. In: Livesley WJ (ed) Handbook of Personality Disorders. Guilford Press, New York 2001; 103–126.
34. Widiger TA, Trull TJ, Clarkin JF, a spol. A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. In: Costa PT a Widiger TA (eds.) Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality. 2nd ed. American Psychiatric Association, Washington DC 2002; 89–99.
35. Widiger TA, Mullis S. Personality disorders. In: Psychiatry, 2nd ed., Tasman A, Kay J, Lieberman JA (eds). John Wiley & Sons, Ltd. 2003: 1603–1637.