

Poruchy osobnosti v manželství a partnerském vztahu

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

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

²Soukromá psychologická praxe Ostrava

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

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

Personality disorder in marriage and partnership

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

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

Úvod

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

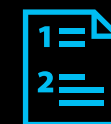
Osobnostní charakteristiky hrají důležitou roli v predikci manželské spokojenosti. A to jak z pohledu individuality, tak z pohledu spokojenosti páru jako celku. Předpoklad, že maladaptivní osobnostní nastavení má spojitost s dysfunkčním manželstvím, není novým konceptem. Již před 76 lety Terman a kol.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

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

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

Prevalence poruch osobnosti

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



Projevy poruch osobnosti

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

Osobnostní patologie a partnerský vztah

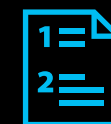
Spojitost mezi nefunkčním manželstvím a osobnostní patologií partnerů může mít zdroj v nedostatečném vhledu na vlastní chování u jednoho či obou partnerů. Problémy v manželském fungování jsou toho důsledkem. Nedochozí zejména k vhledu jednoho či obou partnerů na příčinu vzniku negativních emocí, které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

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

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

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

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



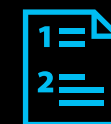
rovou adaptaci. Vysoký výskyt těchto obranných mechanismů jednoho partnera předpověděl nízkou spokojenost v párovém soužití u partnera druhého. A navíc lidé, kteří vysoce skórovali ve škále nezralých obranných mechanismů podle Dotazníku osobnostní organizace (Inventory of Personality Organization) (26),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

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

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

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

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



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

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

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

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

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



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

Schizoidní porucha osobnosti

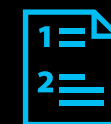
Schizoidní porucha osobnosti je charakterizována hlubokým nedostatkem schopnosti vytvářet vztahy s druhými smysluplnou cestou. Tito lidé mají problémy žít ve vztazích. Typické je stažení se od společenských kontaktů, upřednostňování fantazie, samotářství a introspektivní rezervovanost. Zpravidla vypadají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

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

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

Anankastická porucha osobnosti

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



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

Histriónská porucha osobnosti

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

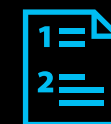
hledá záminky pro vytvoření žárlivosti. Pokud je nevěrný, často se ani nesnaží nevěru skrývat. V sexuálním životě bývají však neuspokojení, trpí sexuálními dysfunkcemi, často anorgasmií.

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

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

Vyhýbavá (anxiózní) porucha osobnosti

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



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

Závislá porucha osobnosti

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

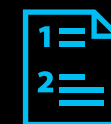
jemné. Jejich závislé dispozice se mohou projevit v problémech s přejídáním, alkoholem nebo drogami a léky. U těchto osob byla také pozorovaná latentní hostilita a provokativní aspekt jejich závislosti (44). Vysvětlení můžeme najít ve výzkumu Ehrensafta a kol. (45), kdy bylo zjištěno, že závislý partner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

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

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

Narcistická porucha osobnosti

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

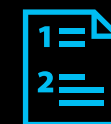


emoční reakcí. Dominují projevy velikášství, nadměrná pozornost je věnovaná sebehodnocení. Mají pocity vlastní důležitosti a jedinečnosti. Často se stavějí na odiv a jsou zranění a přecitlivělí, pokud je někdo nebere jako originální, zvláštní nebo okouzlující. Často zveličují své výkony a svoji jedinečnost.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

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

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

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



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

Depresivní porucha osobnosti

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

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

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

Emočně nestabilní porucha osobnosti

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

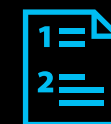
U *impulzivního* typu převažuje emoční nestálost a nedostatečná kontrola impulzivity. Běžné jsou výbuchy vzteku, zvláště je-li



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

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

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



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

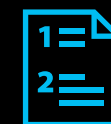
Rozchod snášejí jedinci s hraniční poruchou osobnosti zpravidla velmi špatně, zesiluje jejich pocity opuštění a osamělosti. Partnerovi slibují, pak přechází i ve vyhrožování sebevraždou, a bohužel se o sebevraždu i často pokoušejí. Kdy je to volání o pomoc a kdy je to míněné jako rozhodnutí zemřít, často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

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

Paranoidní porucha osobnosti

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

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



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

Disociální porucha osobnosti

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

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

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

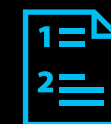
závazky a povinnosti, jsou egoističtí. Co bude s partnerem a s dětmi, z čeho budou žít, neřeší, domů docházejí jen občas, aby naplnili svoje potřeby. Občas si bohužel také potřebují vybit svůj vztek, často právě na partnerovi. Mívají výbušnou povahu a rychle reagují agresivitou. Čas tráví i ve výkonu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

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

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

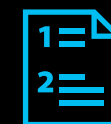
Závěr

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

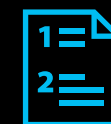


Tabulka 2. Typické postoje, potřeby a chování jedinců s poruchami osobnosti v partnerském vztahu a časté reakce partnera na ně, které vedou k napětí nebo konfliktům

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



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

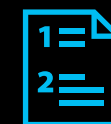


Narcistická	Jsem méně než druzí. (Manifestní kompenzatorní přesvědčení: Jsem lepší než druzí.)	Druzí jsou lep- ší. (Manifestní kompenzator- ní přesvědčení: Druzí jsou horší.)	Když se mnou druzí za- cházejí normálně, zname- ná to, že si o mně mys- lí, že jsem horší. Jsem ori- ginál, potřebuji speciální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

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

Literatura

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

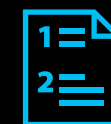
24. Tweed R, Dutton DG. A comparison of impulsive and instrumental subgroups of batterers. *Violence and Victims*. 1998; 13: 217–230.

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

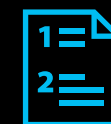
26. Kernberg OF, Clarkin JF. *The inventory of of Personality Organization*, White Plains, NY, 1995.

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

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



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



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

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

Článek doručen redakci: 11. 11. 2014

Článek přijat k publikaci: 17. 12. 2014

PhDr. Petra Kasalová

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

