

Deprese a paranoidní porucha osobnosti

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

¹Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

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

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

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

Depression and paranoid personality disorder

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

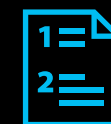
Key words: depressive disorder, paranoid personality disorder, comorbidity, psychotherapy, pharmacotherapy.

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

Úvod

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

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



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

Paranoidní porucha osobnosti

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

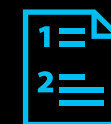
sloužit jako ochrana, naopak vedou k tomu, čemu se paranoidní člověk snaží předcházet. To jej dále utvrzuje v přesvědčení, že ho lidé nemají rádi a bludný kruh se prohlubuje.

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

Diagnostika

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

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



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

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

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

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

Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti

A. Musí být přítomny nejméně čtyři z následujících příznaků:

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

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

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

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

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

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



Epidemiologie paranoidní poruchy osobnosti

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

Etiopatogeneze paranoidní poruchy osobnosti

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

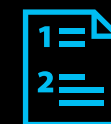
Deprese u pacientů s paranoidní poruchou osobnosti

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

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

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

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



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

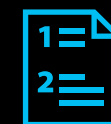
Komorbidní paranoidní porucha osobnosti může mít tedy negativní vliv na terapii depresivní poruchy (10). Důvodů může být celá řada: nedůvěra k lékaři či terapeutovi, zhoršená spolupráce při farmakoterapii, odmítání terapeutického vztahu v psychoterapii, konfliktní vztahy s okolím či izolace od druhých,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

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

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

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

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



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

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

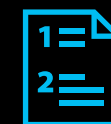
Zmíněné základní nastavení vede k silnému stresu, který vyčerpává, a přispívá k četným otevřeným nebo skrytým konfliktům s druhými. Depresivní porucha často přichází v době, kdy je člověk trpící paranoidní poruchou osobnosti vyčerpán vnitřním napětím a konflikty, nebo když se ocitl díky své ostražitosti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

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

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

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

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



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

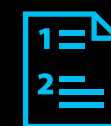
Závěr

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

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

Literatura

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



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

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

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

Mgr. Zuzana Sedláčková

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

