

Psychiatrie pro praxi

2016

1E

www.solen.cz | www.psychiatriepropraxi.cz | ISSN 1213-0508 | Ročník 17 | 2016

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

Možnosti hodnocení kvality života pacientů se schizofrenií

Anankastická porucha osobnosti a komorbidní depresivní porucha

PSYCHOTERAPIE

Psychobiologická teorie v kontextu poruch osobnosti a well-being

OHLÉDNUTÍ ZA XII. KONFERENCÍ AMBULANTNÍCH PSYCHIATRŮ – PSYCHIATRIE PRO PRAXI

Tisková zpráva

Abstrakta

Videa

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Časopis je indexován
v Bibliographia Medica
Čechoslovaca a v EMcare.



SLOVO ÚVODEM

Vážení a milí čtenáři,
opět jsme pro Vás připravili rozšířenou elektronickou verzi časopisu Psychiatrie pro praxi.

Doplňuje tištěnou verzi – nabízí Vám další články.

Pěkné čtení Vám přeje

redakce časopisu Psychiatrie pro praxi

V dalších číslech...



... co v tištěném časopisu nenajdete

- ▶ bonusové články
- ▶ abstrakta z kongresů
- ▶ celé prezentace...

... a co papír neumí

- ▶ videa z kongresů
- ▶ vyhledávání v článcích
- ▶ odkazy na web...

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

- 3** Mgr. Jiřina Hosáková, doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.
Možnosti hodnocení kvality života pacientů se schizofrenií
- 9** Mgr. Zuzana Sedláčková, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.,
Mgr. Marie Ocisková, Ph.D., MUDr. Dana Kamarádová, Ph.D.,
prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.
Anankastická porucha osobnosti a komorbidní depresivní porucha

PSYCHOTERAPIE

- 17** Mgr. Bc. Veronika Hublová, MUDr. Bc. Libor Ustohal, Ph.D.,
Mgr. Iva Stehnová, Ph.D., PhDr. Hana Přikrylová Kučerová, Ph.D.
Psychobiologická teorie v kontextu poruch osobnosti a well-being

OHLÉDNUTÍ ZA XII. KONFERENCÍ AMBULANTNÍCH PSYCHIATRŮ – PSYCHIATRIE PRO PRAXI

- 26** Tisková zpráva **27** Abstrakta **28** Video



Možnosti hodnocení kvality života pacientů se schizofrenií

Mgr. Jiřina Hosáková, doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

Ústav ošetřovatelství a porodní asistence LF, Ostravská univerzita v Ostravě

Úvod: Dopady schizofrenie jsou patrné v rovině individuální, sociální i ekonomické, což ovlivňuje pocit životní spokojenosti nemocného i lidí, kteří o něj pečují. *Cíl:* Cílem této práce je zjistit, které standardizované hodnoticí nástroje jsou nejčastěji používané pro posouzení kvality života u nemocných se schizofrenií. *Metodika:* Byly analyzovány studie publikované v elektronických databázích v letech 2000–2014. U vybraných studií byla následně provedena obsahová analýza se zaměřením na použité hodnoticí nástroje a možnost jejich aplikace v klinické praxi sester. *Výsledky:* K hodnocení kvality života byly zjištěny jako nejčastěji používané nástroje Subjective Quality of Life Analysis (dále SQUALA), Schwartzova škála hodnocení terapie (SOS-10), Camberwell Assessment of Need (CAN) a The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). *Závěr:* Nejčastěji užívaným standardizovaným nástrojem pro hodnocení kvality života u nemocných se schizofrenií byl ve vyhledaných studiích dotazník SQUALA. Jako hlavní přednost je zde uváděna srozumitelnost, jednoduchost a časová nenáročnost. Pro potřeby komunitní péče se jeví vhodným i dotazník Camberwellské šetření potřeb, který je citlivý navíc i k zachycení problémů se zvládáním sociálních rolí.

Klíčová slova: pacient, schizofrenie, kvalita života, sestra, systematická analýza.

Assessment of quality of life in patients with schizophrenia

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: Mgr. Jiřina Hosáková, jirina.hosakova@fvp.slu.cz
Ústav ošetřovatelství FVP, Slezská univerzita v Opavě
Olbrichova 25, 74601 Opava

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2016; 17(1e): e3–e8
Článek přijat redakcí: 20. 4. 2015
Článek přijat k publikaci: 9. 9. 2015



Introduction: Impacts of schizophrenia can be detected in an individual, social and economic levels. This affects life satisfaction in the patients as well as their caregivers. **Aim:** The aim of this review article was to ascertain which standardized assessment methods are used the most frequently to evaluate the quality of life in schizophrenia patients. **Methods:** We analyzed studies which have been published in electronic databases in the period 2000–2014. In selected studies, we consequently performed a content analysis concerning used assessment tools and the possibility of their application in psychiatric nursing. **Results:** The following scales were found as employed the most frequently – Subjective Quality of Life Analysis (SQUALA), The Schwartz Outcome Scale – 10 (SOS-10), Camberwell Assessment of Need (CAN) and The World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). **Conclusions:** SQUALA appears to be the most frequently used questionnaire in the assessment of quality of life in schizophrenia. Comprehensibility, simplicity, and time easiness represent its main advantages. In the community psychiatric care, the Camberwell Assessment of Need also seems to be useful, because it sensitively reflects problems in the management of social roles.

Key words: patient, schizophrenia, quality of life, nurse, systematic analysis.

Úvod

Duševní poruchy mají často chronický charakter a významně ovlivňují uplatnění a schopnosti pacientů v běžném životě. Tyto změny bývají důvodem, proč pacienti nedokáží uspokojovat své potřeby a uvádějí zhoršení kvality života (1). Studie opakovaně prokázaly, že pacienti s duševní poruchou subjektivně udávají zhoršení kvality života oproti zdravé populaci. Kvalitou života pacientů s duševní poruchou se zabývá mnoho výzkumů u nás i v zahraničí (např. 2, 3, 4, 5, 6). V posledních letech je kladen větší důraz na zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče, což také determinuje zaměření ošetrovatelského výzkumu. Plánovaná reforma psychiatrické péče předpokládá rozvoj komunitních služeb a posílení role psychiatrických sester (7). Identifikace potřeb pacienta a zjištění úrovně jeho životní spokojenosti je předpokladem pro plánování cílené a efektivní ošetrovatelské péče sloužící zlepšení jeho prožívání a celkové pohody. K vlastnímu zjištění

aktuálního stavu je vhodné použití některého ze standardizovaných nástrojů, které umožňují při opakovaném hodnocení objektivně posoudit vývoj v čase. Becker upozorňuje, že při periodickém hodnocení pacienti se schizofrenií dosahovali lepšího skóre v celkovém hodnocení kvality života i v případech, kdy došlo pouze ke zlepšení sociálních vztahů, ne v jiných hodnocených oblastech (např. tělesného zdraví) (8). Nesprávná identifikace potřeb může být příčinou nedostatků v poskytované ošetrovatelské péči. Pro objektivní zhodnocení je žádoucí použít některý z dostupných dotazníků, neboť subjektivní hodnocení zdravotníkem může poskytnout nepřesné údaje. Například ve Francii proběhla studie, kdy standardizovaným nástrojem (Subjective Quality of Life Analysis, SQUALA) hodnotili kvalitu života nemocní, trpící schizofrenií, i ošetřující sestry (4). Analýza získaných dat ukázala, že sestry hodnotily kvalitu života těchto pacientů hůře než samotní pacienti. To může vést k nesouladu mezi tím, co je významné pro pacienta, a tím,



co považuje za prioritu sestra. Může docházet k situacím, kdy sestrou poskytovaná péče není nemocným vnímána pozitivně a paradoxně může svými zásahy prožívání pacienta ovlivnit negativně. Cílem této práce bylo analyzovat studie zaměřené na hodnocení kvality života u nemocných se schizofrenií, které byly publikovány v elektronických databázích v letech 2000–2014 a identifikovat vhodné hodnoticí nástroje, které lze využít i v práci sester.

Metodika

Ke zmapování studií hodnocení kvality života u pacientů se schizofrenií bylo provedeno systematické vyhledávání v elektronických databázích. Za použití Booleovských operátorů a kombinace klíčových slov „kvalita života, schizofrenie a sestra“ v českém a anglickém jazyku byly prohledány databáze Scopus, EBSCO, Medscape, BioMed Central a Web of Science. Výběr nalezených studií byl omezen na publikace v plném textu zveřejněné v období mezi lety 2000 až 2014. Takto byly získány poznatky co možná nejaktuálnější. Po zadání klíčových slov „Quality of Life“ a „Schizophrenia“ a zadání omezení na zvolené období a plný text bylo nalezeno celkově 1 904 studií. V databázích EBSCO a Web of Science bylo přidáno omezení o klíčové slovo „Nursing“ z důvodu vysokého počtu nalezených studií. Tím se snížil počet generovaných odkazů na 326 (Tabulka 1). Vylučujícími kritérii pro zařazení do hodnocení byly: Studie sledující kvalitu života rodinných příslušníků, studie provedené v jiném kulturním prostředí a ty studie, které hodnotily kvalitu života nemocných se schizofrenií v souvislosti se somatickou chorobou. Reálně bylo analyzováno 64 odkazů, z toho ve 39 studiích byla získána data formou některého z hodnoticích nástrojů.

Tab. 1. Přehled generovaných odkazů článků kvality života u schizofrenie podle databází

Databáze	Klíčová slova	Zúžení výběru	Generované odkazy	Relevantní odkazy
Scopus	Quality of Life + schizophrenia	2000–2014	82	14
EBSCO	Quality of Life + schizophrenia + nursing	2000–2014	63	15
Medscape	Quality of Life + schizophrenia	2000–2014	65	9
BioMed Central	Quality of Life + schizophrenia	2000–2014	82	8
Web of Science	Quality of Life + schizophrenia + nursing	2000–2014	34	18

Výsledky

Pro měření životní spokojenosti byly v nalezených studiích využívány jako měřicí nástroje specifické dotazníky a semi-strukturované rozhovory. V nalezených studiích byly u pacientů se schizofrenií nejčastěji použity dva nástroje: Dotazník subjektivní kvality života SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis, 16x) a Schwartzova škála hodnocení terapie (SOS-10, 13x). Jejich častější volba pravděpodobně vyplývá ze skutečnosti, že oba nástroje byly primárně konstruovány pro nemocné s duševní chorobou. Posuzovací nástroj Dotazník SQUALA je citlivý pro běžné subjektivní hodnocení kvality života, škála SOS ve všech modifikacích je určena i pro hodnocení účinnosti terapie u duševně



nemocných. Oba nástroje byly opakovaně použity i u jiných skupin populace.

Dotazník SQUALA byl sestaven jako nástroj pro hodnocení kvality života osob s duševní poruchou. V původní verzi byl dotazník zaměřen na 23 oblastí, pacienti hodnotí na pětibodové škále důležitost a spokojenost v jednotlivých položkách. Pro podmínky České republiky byl standardizován v letech 1995–1996 jako česká verze *QOL SQUALA-CZ* s počtem 21 položek, kdy byly vynechány položky „Zajímat se o politiku“ a „Mít víru“ (9). Hlavní výhodou je snadná administrace i vyhodnocení dat (10). Schwartzova škála hodnocení terapie (SOS) umožňuje posoudit efektivitu terapie u pacientů s duševní poruchou. Byla sestavená v několika modifikacích, např. SOS-10, SOS-13, SOS-27. Nejčastěji se vyskytující verze SOS-10 obsahuje 10 položek, které pacient hodnotí na škále od 0 do 6. I tento posuzovací nástroj byl v České republice standardizován (10).

V sedmi studiích byl u nemocných se schizofrenií použit dotazník Camberwellské šetření potřeb (Camberwell Assessment of Need – CAN). Tento nástroj umožňuje monitorovat zdravotní a sociální potřeby pacientů se schizofrenií (7) ve 22 oblastech života, ukázal se jako citlivý i u těhotných žen a matek se schizofrenií, kdy se potřeby žen díky mateřství mění (8). Metoda je dostupná ve třech verzích – Krátká verze CANSAS, klinická verze CAN-C a výzkumná verze – CAN-R (11). Česká verze byla vytvořena v roce 2002. Výhodou je mimo časovou nenáročnost i možnost hodnocení pečovateli o nemocného (12).

V 17 analyzovaných studiích byl použit generický dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Jde o zkrácenou verzi nástroje WHOQOL-100. Dotazník obsahuje 26 položek, které jsou zaměřeny na hodnocení celkové kvality života a zdravotního stavu. Česká verze byla

vytvořena v roce 2005 (9). V souvislosti s tímto nástrojem Hewitt (13) upozorňuje na úskalí generických nástrojů, které mohou být více zaměřeny na hodnocení somatického stavu pacienta a zjištěné hodnoty u duševně nemocných vždy neodpovídají realitě. Tyto nástroje předpokládají, že nemocný dokáže rozlišit zdraví od nemoci. Hewitt proto doporučuje tento nástroj používat v situacích, kde se posuzují přímé následky nemoci na tělesné zdraví, případně, stejně jako např. Short Form-36 (SF-36), v lékařském výzkumu u hodnocení terapie. U duševně nemocných doporučuje použít jejich kombinaci s jiným specifickým dotazníkem nebo s rozhovorem (13). Příkladem může být rozhovor Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP), který je variantou metody MANSA – Manchester Short Assessment of Quality of Life. Metoda umožňuje zmapovat celkový obraz kvality života daného člověka (14). Výhodou volného rozhovoru může být identifikace problémů, ke kterým nejsou strukturované nástroje citlivé, případně doplnění informací zmapováním konkrétní oblasti zájmu (15).

Analýza studií ukázala, že jsou dostupné nástroje, které umožní validně určit problémové oblasti z pohledu hodnocení potřeb u pacientů se schizofrenií. Specifické nástroje lze použít vždy. Pokud se u nemocných vyskytují i tělesné potíže, jeví se vhodným aplikovat i některý z obecných dotazníků kvality života.

Diskuze

Cílem práce bylo identifikovat používané nástroje pro hodnocení kvality života pacientů se schizofrenií, které by mohly ve své praxi využívat sestry. Hodnocení kvality života je důležité pro poskytování individualizované ošetrovatelské péče. Z množství nalezených studií lze konstatovat, že v zahraničí je hodnocení kvality života této skupiny za použití



hodnotících nástrojů běžným standardem. Některé z nejčastěji použitých nástrojů jsou validizovány i pro Českou republiku, nejsou ale v psychiatrickém ošetřovatelství využívány (SQUALA, CAN). Hodnocení kvality života pacientů se schizofrenií se doposud věnovali převážně lékaři nebo psychologové, např. Dragomirecká nebo Probstová. Pokud sledovaly kvalitu života u této skupiny nemocných sestry, bylo to v rámci bakalářského nebo magisterského studia ošetřovatelství. Pitkänen zdůrazňuje, že povědomí psychiatrických sester o potřebách týkajících se kvality života umožní nejen lepší pochopení pacientovy situace, ale i pozitivně ovlivní vztah sestra – pacient (15). Nelze tvrdit, že nejčastěji používané nástroje v zahraničí jsou vhodné i pro psychiatrické ošetřovatelství v ČR, neboť v klinické praxi sester nebyly dosud ověřeny. Stávající organizace psychiatrické péče je v České republice jiná než např. v USA nebo Anglii, kde je rozšířeno komunitní psychiatrické ošetřovatelství. V podmínkách České republiky toto téměř neexistuje. V některých městech jsou dostupné denní stacionáře, pojetí role sestry je zde však odlišné. Zásadní rozdíl je v tom, že psychiatrické ses-

try nepracují samostatně a neplánují individualizovanou ošetřovatelskou péči, jak je to běžné v zahraničí. Limitace našeho šetření spočívá v tom, že rešerše proběhla jen ve vybraných databázích a odborné časopisy z oboru ošetřovatelství v ČR jsou do těchto databází zařazeny minimálně a krátkou dobu. Nebylo tedy možno porovnat naše zjištění s výsledky jiných autorů z oboru psychiatrického ošetřovatelství v ČR.

Závěr

Náš rozbor ukázal na rozsáhlé používání dotazníků k hodnocení kvality života u schizofrenie v zahraničí, bohužel již méně v České republice. Protože byly některé nástroje validizovány i v České republice, nabízí se možnost jejich širšího využití v klinické praxi sester. Do roku 2023 má v naší zemi dojít k reformě psychiatrické péče, která předpokládá větší zapojení psychiatrických sester do poskytovaných služeb (7). Orientace v dostupných hodnotících nástrojích je jednou z možností, jak lépe pečovat o duševně nemocné v medicíně i ošetřovatelství.

LITERATURA

1. Górna K, Jaracz K, Rybakowski F, Rybakowski J. Determinants of objective and subjective quality of life in first-time-admission schizophrenic patients in Poland: a longitudinal study. *Quality of Life Research* 2008; 17(2): 237–247.
2. Kovess-Masféty V, Xavier M, Kustner BM, Suchocka A, Sevilla-Dedieu Ch, Dubuis J, et al. Schizophrenia and quality of life: a one-year follow-up in four EU countries. *BMC Psychiatry* 2006; 39(6): 1–11.
3. Browne S, Clarke M, Gervin M, Waddington J. L, Larkin C, O'Callaghan. Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2000; 176: 173–176.
4. Kohl FS, Pringuey D, Nadalet L. Perception of everyday life by schizophrenic patients and nurses: Content analysis of patients' speech on different domains of quality of life. *Ence-*

phale 2007; (33) 1: 75–81.

5. Dragomirecká E. Kvalita života jako hodnotící kritérium léčby u vybraných duševních onemocnění. Závěrečná zpráva. Grant IGA MZ ČR č. IZ/4012-3. Praha, 2000.
6. Motlová L, Dragomirecká E, Španiel F, Šelepová P. Vliv rodinné psychoedukace u schizofrenie na kvalitu života pacientů a jejich příbuzných. *Psychiatrie* 2002; Suppl. 4: 46–49.
7. Strategie reformy psychiatrické péče. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013; 77 s.
8. Becker T, Leese M, Krumm S, Ruggeri M, Vázquez JV. Needs and quality of life among patients with schizophrenia in five European centres. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 2005; 40(8): 628–634.
9. Dragomirecká E, Bartoňová J, Motlová L, Papežová H, Kožnarová R, Šrámková T. SQUALA. Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. 2006;



1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha. 68 s.

10. Chrastina J, Ivanová K, Krejčířová O, Ježorová Š. Výzkumy subjektivní kvality života SQU-ALA standardizovaným dotazníkem. PROFESE-ON-LINE 2014; 7(1): 1–8

11. Howard L, Hunt K, Slade M, O'Keane V, Senevirante T, Leese M, et al. Assessing the needs of pregnant women and mothers with severe mental illness: the psychometric properties of the Camberwell Assessment of Need – Mothers (CAN-M). International Journal of Methods in Psychiatric Research 2007; 16(4): 177–185.

12. Probstová V, Šelepová P, Dragomirecká E, Kalvoda H, Sochorová G, Pěč O. CAN: Camberwellské šetření potřeb. 2011; 2. vyd. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 63 s.

13. Hewitt J. Critical evaluation of the use of research tools in evaluating quality of life for people with schizophrenia. International Journal of Mental Health Nursing 2007; 16(1): 2–14.

14. Kelly P, Deane FP, King R, Kazantzis N, Crowe TP. A Taxonomy for Homework Used by Mental Health Case Managers When Working with Individuals Diagnosed with Severe Mental Illness. Community Mental Health Journal 2007; 43(6): 565–581.

15. Pitkänen A, Hätönen H, Kollanen M, Kuosmanen L, Välimäki M. Nurses' Perceptions of Nursing Interventions Supporting Quality of Life in Acute Psychiatric Wards. Perspectives in Psychiatric Care 2011; 47(4): 167–175.



Anankastická porucha osobnosti a komorbidní depresivní porucha

**Mgr. Zuzana Sedláčková¹, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.², Mgr. Marie Ocisková, Ph.D.²,
MUDr. Dana Kamarádová, Ph.D.², prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.²**

¹Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

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

Anankastická neboli obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti se výrazně odráží v osobnosti jedince a jeho vzorcích chování. Projevuje se nadměrným perfekcionismem, svědomitostí či rigiditou. Tato porucha se může vyskytovat komorbidně s depresivní poruchou. Přítomnost komorbidní poruchy může mít negativní vliv na terapii druhé psychiatrické diagnózy. Léčba se primárně soustředí na redukci depresivních příznaků. Po jejich zmírnění je možné pracovat na změně maladaptivních vzorců prožívání a chování souvisejících s anankastickými rysy osobnosti.

Klíčová slova: depresivní porucha, anankastická porucha osobnosti, obsesivně-kompulzivní porucha osobnosti, komorbidita, terapie.

Anankastic personality disorder and comorbid depressive disorder

Anankastic or obsessive-compulsive personality disorder is strongly reflected in personality and behavioral patterns of an individual. It is manifested by excessive perfectionism, conscientiousness and rigidity. This disorder can be comorbid with major depressive disorder. The presence of comorbid disorder may have a negative effect on the treatment of second psychiatric diagnosis. In therapy, we primarily focus on the reduction of current depressive symptoms. After the reduction of symptoms of depression, it is possible to work on changes of maladaptive patterns of experience and behavior associated with anankastic personality traits.

Key words: depressive disorder, anankastic personality disorder, obsessive-compulsive personality disorder, comorbidity, therapy.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: Zuzana Sedláčková, sedlackovaa.zuzana@gmail.com
Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci
Křížkovského 10, 771 80 Olomouc

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2016; 17(1e): e9–e16

Článek přijat redakcí: 7. 7. 2015

Článek přijat k publikaci: 9. 2. 2016



Úvod

Anankastická porucha osobnosti (obsedantně-kompulzivní podle DSM-5 klasifikace) se projevuje nadměrným perfekcionismem, svědomitostí a rigiditou. Činí jedince zranitelným pro rozvoj dalších psychických poruch. Jednou z nejčastějších komorbidit je depresivní porucha, která může být vyústěním dlouhodobé vyčerpávající snahy po precizním výkonu, nadměrné kontrole sebe sama a důležitých vztahů. Deprese může u těchto jedinců vzniknout také v situacích, kdy došlo ke ztrátě, konfliktům či zklamání ve vztazích, nebo po změně některé životní role, tzn. v situacích, které vyžadují flexibilitu v přizpůsobení (1). Deprese se projevuje výrazným smutkem, sebeobviňováním, ztrátou motivace, anhedonií či sníženou koncentrací pozornosti. U jedince s anankastickými rysy znamená deprese výraznou zátěž. Nejen, že se jedinec vnímá jako nevýkonný, obviňuje se a je nešťastný, ale nedokáže fungovat natolik perfektně, jak po sobě požaduje. Následně má pocit, jako by naprosto selhával. Vážným rizikem, které deprese přináší, jsou suicidální rozlady či pokusy (2). V terapii zmíněných poruch je potřeba brát v potaz přítomnost obou psychiatrických diagnóz.

Anankastická porucha osobnosti

Anankastická porucha osobnosti se projevuje pervazivním zaměřením na pořádek, perfekcionismem či přehnanou kontrolou na úkor flexibility a efektivity (3). Aby mohla být diagnostikována dle Mezinárodní klasifikace nemocí (F60.5), musí být splněna obecná kritéria pro poruchy osobnosti dle MKN-10 (4). Dále musí být naplněna minimálně čtyři kritéria z níže uvedených:

- 1) pocity přehnaných pochyb a opatrnosti,
- 2) zaujatost detaily, pravidly, seznamy, řádem, organizací a plánováním,

- 3) perfekcionismus, který překáží dokončení úkolu,
- 4) přehnaná svědomitost a zásadovost,
- 5) přílišné zaměření na produktivitu na úkor požitku a mezilidských vztahů,
- 6) nadměrné puntičkářství a lpění na sociálních konvencích,
- 7) rigidita a tvrdohlavost,
- 8) bezdůvodné trvání na tom, aby ostatní dělali věci jeho/jejím způsobem, nebo nesmyslná nechuť dovolit ostatním, aby něco dělali po svém.

Americká klasifikace nehovoří o anankastické poruše osobnosti, ale o obsedantně-kompulzivní poruše osobnosti. V DSM-5 je porucha řazena spolu s úzkostnou a závislou poruchou osobnosti do klastru C. Tyto poruchy jsou charakteristické přítomností úzkosti, obavami, bojácností a strachem (3). Pro její diagnostiku dle DSM-5 musí být naplněny minimálně čtyři z níže uvedených kritérií:

- 1) přílišná zaměřenost na detail, pravidla, seznamy, organizování a plánování do té míry, že je ztracen hlavní smysl aktivity,
- 2) projevy perfekcionismu, které překáží dokončení úkolu (např. neschopnost dokončit aktivitu, jelikož nejsou naplněna přehnaně přísná měřítká jedince),
- 3) excesivní oddanost práci a produktivitě na úkor volnočasových aktivit a přátelství (nevztahuje se na chování pramenící z ekonomických důvodů),
- 4) přehnaná svědomitost, puntičkářství, nepružnost v oblasti morálky, etiky a hodnot (nevztahuje se na chování související s identifikací s určitou kulturou/náboženstvím),
- 5) neschopnost se zbavit opotřebovaných či bezcenných věcí, ani když nemají žádnou sentimentální hodnotu,



- 6) zdráhání delegovat úkoly nebo spolupracovat s ostatními, pokud se okolí nepřizpůsobí jeho/jejímu způsobu práce,
- 7) lakota vůči sobě i okolí, peníze vnímá jako něco, co musí být hromaděno pro budoucí katastrofy,
- 8) projevy rigidity a tvrdohlavosti.

Jedinci s touto poruchou si udržují kontrolu prostřednictvím lpění na jasných postupech a pravidlech. Jsou velmi opatrní. Při činnostech dávají extrémní pozor, aby neučinili jakoukoliv chybu. Aktivitu musí probíhat podle přesně předem naplánované struktury. Úkoly si však často nedokáží vhodně rozvrhnout. Mnohdy je nedokončí z důvodu špatného načasování či přehnaného perfekcionismu. Pokud však úkol není dokončen, vyvolává to v nich značný distress. Je pro ně důležitá výkonnost a pracují za každou cenu, i ve volném čase. Strávený čas potřebují vnímat jako efektivně využitý. Nutí však i své okolí, aby se chovalo dle jejich pravidel. Myslí si, že ví nejlépe, jak by se co mělo udělat. Obtížně se jim spolupracuje s někým, kdo navrhuje jiný způsob provedení úkolu, než by preferovali oni sami. Rigidně si stojí za svým, což se však často setkává s negativní reakcí okolí. Jsou rovněž přísní na sebe i ostatní. Rádi si schovávají nepotřebné věci. Jsou velmi šetřiví (3). V dospělosti mají potřebu oponovat autoritám, což souvisí se snahou kompenzovat nízkou sebejistotu pomocí přesnosti a pořádku. Své emoce nedávají najevo, kontrolují je a mívají strach z jejich vyjádření, což nejčastěji souvisí s nadměrnou kontrolou afektů v dětství, vynucenou rodiči. Své aktivity si důkladně dopředu plánují. Jestliže něco není dokonalé, dle daného řádu, vyvolává to v nich pocity úzkosti. Jejich detailnost a koncentrovanost jim může být v některých oblastech přínosem, v jiných je naopak může zpomalovat.

Anankastická porucha osobnosti se řadí mezi poměrně časté poruchy osobnosti. Určit přesnou prevalenci této poruchy je ovšem složité, protože se opakovaně měnila diagnostická kritéria této poruchy, která byla zařazena již v DSM-I (5). Při použití DSM-IV kritérií se její celoživotní prevalence pohybuje mezi 2–8 % (3, 6). Její výskyt se neliší v závislosti na pohlaví. Přesné příčiny vzniku této poruchy nejsou známy. Můžeme pouze předpokládat určité genetické predispozice a výchovné faktory. Z hlediska výchovy se může jednat o chladné rodinné prostředí, kritické, přehnaně trestající, nebo katastrofou strašící rodiče, kteří výrazně lpí na dodržování řádu a principů. Sigmund Freud mluví o fixaci v análním stupni psychosexuálního vývoje, která může hrát roli v budoucím vývoji poruchy osobnosti. V tomto období dochází ke konfliktu mezi libidozními potřebami dítěte a nároky autorit. Restriktivní působení rodičů v anální fázi vývoje pak vede k nadměrné potřebě kontroly dítěte v budoucím životě (7). U těchto jedinců je vyšší výskyt některých psychických poruch ve srovnání s běžnou populací (8). Studie ukazují, že anankastická porucha se v průběhu 12měsíčního sledování vyskytovala přibližně u 23–24 % pacientů léčených pro úzkostnou poruchu, 23 % pacientů léčených pro afektivní poruchu a 12–25 % léčených pro závislost na návykových látkách (6). Jiná studie říká, že poruchy nálady se vyskytují až u 59 % mužů a 70 % žen s anankastickou poruchou osobnosti (9). Kontroverzní je téma vztahu k obsedantně-kompulzivní poruše. Nálezy ukazují, že u obou poruch se vyskytují obdobné neuropsychologické změny (10). Obě poruchy se společně vyskytují u 23–45 % pacientů (6).

Komorbidita anankastické poruchy osobnosti a deprese

U pacientů trpících některou z afektivních poruch se s anankastickou poruchou osobnosti setkáváme poměrně často. Při ročním sledování paci-



entů s unipolární depresí byla diagnóza této poruchy osobnosti stanovena ve 23–28 % a u pacientů s bipolární poruchou dokonce ve 26–39 % (6). Při porovnání výskytu anankastické poruchy u depresivních jedinců z hlediska pohlaví se ukazuje vyšší výskyt této poruchy osobnosti u mužů než u žen (11). Dle výsledku novější studie se u žen častěji vyskytuje komorbidní deprese a u mužů dystymie (9).

Komorbidní poruchy se u těchto jedinců mohou rozvinout vlivem nadměrně náročných situací či konfliktů s blízkými, což vede k selhání jejich adaptačních mechanismů. Obtížně zvládají, když jim někdo z blízkého okolí vyčítá jejich perfekcionismus, rigiditu či workoholismus, pokud je opustí partner aj. Snadno se pak dostaví depresivní rozlady pramenící z pocitu nedocenění a zbytečnosti. V případě aktuální depresivní epizody může být anankastická porucha osobnosti obtížněji diagnostikována, jelikož projevy deprese překryjí jinak patrné rysy osobnosti. Lékař se spíše soustředí na aktuální symptomy ohrožující život pacienta a příznaky deprese. Perfekcionismus, moralizování, rigidita a potřeba nadměrné kontroly nejsou tolik patrné a i v anamnéze se lehce přehlédnou. Rovněž mohou být v průběhu depresivní epizody oslabeny některé další typické projevy anankastické poruchy osobnosti, jakými jsou tvrdohlavost či skrupulóznost.

Terapie anankastické poruchy osobnosti

Léčba anankastické poruchy osobnosti probíhá především psycho-terapeuticky. Není mnoho výzkumů, které se věnují primárně efektu farmakoterapie při léčbě této poruchy osobnosti. Jedni z autorů, kteří se této oblasti věnovali, byli Greve a Adams. Ve své studii (12) uvádí případ pacienta, u kterého došlo ke zmírnění projevů anankastické poruchy osobnosti vlivem terapie antiepileptikem carbamazepinem. Ekselius a von

Knorring (13) se zabývali farmakoterapií jedinců s depresí a komorbidní poruchou osobnosti, kdy porovnávali efekt léčby citalopramem a ser-tralinem. Ukázal se pozitivní vliv obou psychofarmak na redukci projevů anankastické poruchy osobnosti. Efekt byl však větší u pacientů léčených pomocí citalopramu.

Psychoterapie anankastické poruchy osobnosti se může lišit podle různých psycho-terapeutických přístupů, mívá však i řadu společných prvků, které lze obecně aplikovat v terapii poruch osobnosti. Terapie je zpravidla dlouhodobá, většinou letitá. Anankastické rysy osobnosti mohou ztěžovat vytvoření otevřeného terapeutického společenství, protože potřeba kontroly ve vztazích znesnadňuje jedinci autenticky terapeutovi důvěřovat. To se projevuje tendencí upravovat terapeuta tvrzení, oponovat, tvrdohlavě si trvat na svém, bránit se projevům přirozených emocí. Pacienti s touto poruchou osobnosti taky zřídka navštěvují psychiatrické ambulance, protože očekávají, že zvládnou situaci vyřešit sami vlastním úsilím. V hlubší depresi pomoc vyhledají, ale jakmile deprese poleví, objeví se jejich potřeba ve vztahu dominovat a kontrolovat jej, byť často zdvořilým způsobem. Rigidita jim brání změnit zažité stereotypy, bojí se změny, přestože pokračování ve stejných vzorcích chování a prožívání zvyšuje riziko relapsu deprese. Pro malou flexibilitu může být pro ně náročné uvědomit si, že jejich osobnostní rysy jsou maladaptivní a vedou ke zvýšení hladiny prožívaného stresu. S pacientem pracujeme na uvědomění si neefektivních vzorců myšlení a chování a emocí z nich pramenících. Soustředíme se například na pocit viny, který pacient může pociťovat, pokud něco nesplní na 100 %, či na stres, který pacient může zažívat, pokud něco není perfektní. Adekvátní atmosféru navozujeme prostřednictvím analyzování pacientových úvah, což pro něj není ohrožující. Postupně pacienta vedeme k uvědomování si vlastních emocí, jejich porozumění a vyjádření. Pro pacienta je důležitá par-



ticipace na vlastní léčbě, která je mu umožněna například formou zadávání domácích úkolů (1).

V terapii anankastické poruchy osobnosti se může uplatnit řada psycho-terapeutických přístupů. Je možné využít jak individuální, tak skupinovou psychoterapii. Skupinová psychoterapie může mít pozitivní vliv, jestliže skupina jedince akceptuje. Ten se však může snažit skupinu kontrolovat skrze různé výroky či může mít nadměrné požadavky na terapeuta. Rovněž nemusí chápat smysl skupinové terapie. Jestliže se jedinec cítí v terapii bezpečně, může se prostřednictvím práce s dalšími osobami učit přijmout odmítnutí, vyjadřovat vlastní emoce aj. Jestliže chceme pracovat s klientem dlouhodobě, je možné využít rozličné psychodynamické přístupy, které se zaměřují na analýzu přenosu a obran. V průběhu terapie mohou být obrany úspěšně identifikovány a s pacientem lze pracovat na uvědomění si vlastních emocí a jejich vyjadřování. Je nutné však zamezit tomu, aby pacient vyjadřoval emoce s cílem zalíbení se terapeutovi, a podpořit jej v expresi autentických pocitů (1). Barber et al. (14) porovnával efektivitu podpůrné expresivní dynamické psychoterapie u pacientů s diagnózou anankastické či vyhýbavé poruchy osobnosti. Terapie se ukázala jako efektivní u obou typů poruch osobnosti. Na základě výsledků naznačuje, že zvolený způsob psychoterapie se jeví jako efektivnější pro léčbu pacientů s anankastickou poruchou osobnosti.

Kognitivně behaviorální terapie je častou volbou pro terapii anankastické poruchy osobnosti. Zaměřuje se na hlubší postoje pacienta k sobě a ke světu. Pacient s anankastickou poruchou osobnosti se neustále snaží neudělat žádnou chybu. Žije s postojem, že udělat chybu znamená katastrofu. O lásku druhých usiluje perfekcionismem a nechápe, proč druzí nejsou tak blízko. V jeho myšlenkách jsou neustálá varování, co vše by mohlo nevyjít dokonale přesně, což ho naplňuje napětím.

Tab. 1. Důležité komponenty KBT modelu anankastické poruchy osobnosti (1)

Jádrové přesvědčení o sobě	Nedokážu dostatečně kontrolovat dění kolem sebe
Jádrové přesvědčení o druhých lidech	Druzí mohou být nezodpovědní
Odvozené předpoklady	Když budu perfektní, lidé mě přijmou Nic není dost dobré, musím to dělat ještě lépe Musím zcela kontrolovat své emoce Když nebudu 100% zodpovědný, může se mi zřítit svět Když zavedu přesná pravidla, dopadne to dobře Chyby, omyly a nedostatky absolutně nelze tolerovat Když neodvedu zcela perfektní práci, nejsem k ničemu
Nedostatečně rozvinuté strategie	Spontaneita, impulzivita
Nadměrně rozvinuté strategie	Kontrola, odpovědnost, systematizace
Zaměření pozornosti	Na detaily
Nejčastější způsoby zpracování informací	Černobílé myšlení, „musím a měl bych“, katastrofizace, nadměrná generalizace
Typické chování	Rigidně kontroluje druhé, aplikuje pravidla, moralizuje, hodnotí

Kromě dichotomního myšlení nacházíme mezi kognitivními distorzemi také zveličování a katastrofizaci. Jednou z charakteristik anankastických pacientů je přísně zaměřený způsob myšlení. Jsou neustále pozorní a koncentrovaní a jen zřídka nechávají svou pozornost bloudit. Proto bývají dobrými techniky a jsou výteční v detailních úlohách, ale mají problém s více globálním a impresionistickým pohledem na věci. Dalším rysem je narušený pocit auto-



nomie – tito lidé mají sebeřízení jako by přesunuté z normální chtěné volby a svobodného chování na uvědomělé řízení každého konání. Základním aspektem jejich zkušeností bývá myšlenka „měl bych“. Další kognitivní maladaptivní složkou bývá silné přesvědčení o existenci absolutně správného řešení pro lidské problémy. Při setkávání s realitou to vede k nadměrnému pochybování, odkládání, nadměrné pozornosti pro detaily a nejistotě při dělání rozhodnutí. Protože často v životě nelze dosáhnout vysokých latěk, které si pacient klade, mívá ze sebe dojem, že je „v podstatě nepořádný a zmatený“, a aby to kompenzoval, „potřebuje systém a pravidla, aby přežil“, protože „pokud nemá systém, všechno dopadne špatně“, „pokud on nebo druzí nepracují na nejvyšší obrátce, selžou,“ „pokud selže v tomto, selže celkově.“

Tab. 1. Příklady typických podmíněných předpokladů u anankastické poruchy osobnosti

- Jsem zcela zodpovědný ve všem za sebe i za druhé.
- Musím se spoléhat na sebe, abych věděl, že věci jsou dobře udělané.
- Druzí mají sklon být příliš ležérní, často nezodpovědní, shovívaví k sobě a neschopní.
- Je důležité dělat všechno perfektně.
- Potřebuji pravidla, systém a řád, abych práci dělal dobře.
- Jakákoliv chyba nebo nedostatek povedou ke katastrofě.
- Pokud nemám systém – selžu.
- Je třeba dosahovat celou dobu nejvyšší standardy, protože jinak dojde k selhání.
- Potřebuji zcela kontrolovat své emoce.
- Lidé by to měli dělat jako já.
- Pokud můj výkon nedosáhne nejvyšší úroveň, tak selžu.
- Chyby, nedostatky a omyly jsou nepřijatelné.
- Detaily jsou nadměrně důležité.
- Můj způsob práce je nejlepší.

V kognitivně behaviorální terapii se pracuje na maladaptivních vzorcích myšlení a chování, které se vyskytují u jedinců s touto poruchou osobnosti. S pacientem v terapii pracujeme na pochopení poruchy, kterou trpí. Je veden k zaznamenávání automatických myšlenek, které jsou následně analyzovány spolu s terapeutem. Rovněž se pracuje na identifikaci a následné modifikaci nefunkčních kognitivních schémat. Konkrétně se terapie může soustředit na řešení problémů, identifikaci vlastních emocí a automatických myšlenek, zpochybnění maladaptivních vzorců myšlení a chování, nácvik sociálních dovedností aj. V terapii je nezbytná jasná struktura, která se dá podpořit například postupným pracováním na konkrétních problémech. Po vyřešení problému se pak může pracovat na dalším. Struktura se aplikuje i do běžného života pacienta, kupříkladu formou podrobného plánování každodenních aktivit jedince. Přesný rozvrh uspokojí pacientovu potřebu perfekcionizmu. Zároveň však musí přejít na jinou činnost v rozvrhu, i když předchozí ještě neukončil, čímž se učí ponechat úkol nedokončený. Důležité je nalézt v harmonogramu prostor i na volnočasové činnosti, které pacienta baví. Rovněž se dají naplánovat rozličné relaxační techniky, které pacientovi umožní redukovat úzkostné pocity. Ukončení terapie by mělo být pozvolné, aby nedošlo k okamžitému návratu nefunkčních zvládajících mechanismů. Ideálním způsobem je postupné snižování frekvence terapeutických sezení a v dlouhodobém horizontu pravidelná podpůrná setkání. Důležité je pacienta instruovat, aby se dlouhodobě zaměřil na možný opakovaný výskyt obsedantně kompulzivních příznaků a aktivně využíval osvojené techniky v terapii. Rovněž by mu mělo být zdůrazněno, že pokud se příznaky poruchy kdykoliv vrátí, měl by aktivně vyhledat terapeutickou pomoc (1).



Terapie deprese u anankastické poruchy osobnosti

Komorbidity anankastické poruchy osobnosti a deprese může mít negativní vliv na terapii depresivní poruchy. Vlivem této poruchy osobnosti může docházet k častějším relapsům deprese (15). Ukazuje se vyšší výskyt suicidálních ideací a pokusů u depresivních jedinců se současnou anankastickou poruchou osobnosti ve srovnání s jedinci bez této komorbidit (2). Jestliže jedinci s touto komorbiditou vyhledají léčbu, není to zpravidla pro rysy osobnosti, ale pro obtíže pramenící z komorbidní deprese. S ohledem na diagnózu anankastické poruchy osobnosti by se terapeut měl pokusit o věcný odborný přístup a dát najevo pacientovi preciznost při zjišťování anamnestických údajů. Podstatné je být nadměrně trpělivý, jelikož pacient může své obtíže líčit velmi detailně. Cílem terapie je stabilizace stavu pacienta, ať už pomocí farmakoterapie, psychoterapie, nebo jejich kombinací. Farmakoterapeuticky lze využít obvyklá serotonergní či jiná antidepresiva. Léčba se neliší od obvyklé farmakoterapie depresivní poruchy bez anankastické poruchy osobnosti. Terapie deprese může být vlivem komorbidní poruchy osobnosti ztížena (16). Negativní efekt mohou mít některé dominující osobnostní charakteristiky těchto jedinců, jakými jsou zvýšený smysl pro detail, rigidita či potřeba kontrolovat okolí. Po

zmírnění depresivních příznaků se může terapie soustředit na anankastické rysy osobnosti, pokud má o to pacient zájem.

Závěry

Anankastická porucha osobnosti se významně odráží v myšlení jedince, jeho prožívání a vzorcích chování. Mezi její projevy patří zvýšená míra perfekcionismu, rigidity či svědomitosti. Jedinec posuzuje své chování dle osobního konceptu, který zahrnuje, co je „správné“ a co nikoliv. Jestliže se nechová „správně“, může zažívat pocity selhání a osobní neschopnosti. Dle osobního konceptu posuzuje i druhé. U této poruchy je vyšší výskyt některých psychických diagnóz v porovnání s populací jedinců bez této poruchy. Mezi nejčastější komorbidit patří poruchy nálady. Depresivní porucha se může rozvinout vlivem náročných událostí, které jedinec nemusí zvládat, a dochází k selhávání adaptivních copingových mechanismů. Depresivní rozlady se mohou rozvinout také vlivem kritiky jedinceva perfekcionismu okolím, jako důsledek ztráty partnera aj. Jedinec si může připadat méněcenný a nepotřebný. Při zahájení léčby se terapeut nejprve soustředí na snížení depresivní symptomatiky. Po stabilizaci stavu pacienta se terapie může zaměřovat na komorbidní poruchu osobnosti. V dlouhodobém horizontu se pracuje na redukci maladaptivních vzorců myšlení a jednání pramenících z anankastické poruchy osobnosti.

LITERATURA

1. Praško J, Herman E, Horáček J, Kosová J, Možný P, Pašková B, Preiss M, Šlepecký M. Poruchy osobnosti. Praha: Portál 2003.
2. Diaconu G, Turecki G. Obsessive-compulsive personality disorder and suicidal behavior: evidence for a positive association in a sample of depressed patients. J Clinical Psychiatry 2009; 70(11): 1551–1556.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth

Edition. Arlington 2013.

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

5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC 1952.



6. Diedrich A, Voderholzer U. Obsessive-compulsive personality disorder: a current review. *Curr Psychiatry Rep.* 2015; 17(2): 2.
7. Perry JC, Vaillant GE. Personality disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore MD (eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 5th Edition. Vol.2. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1989: 1352–1387.
8. Grant J, Mooney M, Kushner M. Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Psychiatric Research* 2012; 46: 469–475.
9. Georgiadou O, Garyfallos G, Adamopoulou A, et al. Axis I-Axis II comorbidity of Obsessive Compulsive Personality Disorder: gender-related differences. *Ann General Psychiatry* 2008; 71–72.
10. Fineberg NA, Day GA, de Koenigswarter N, Reghunandanan S, Kolli S, Jefferies-Sewell K2, Hranov G, Laws KR. The neuropsychology of obsessive-compulsive personality disorder: a new analysis. *CNS Spectr.* 2015; 17: 1–10. [Epub ahead of print]
11. Carter J, Joyce P, Mulder R, Sullivan P, Luty S. Gender differences in the frequency of personality disorders in depressed outpatients. *J Personality Disorders* 1999; 13(1): 67–74.
12. Greve K, Adams D. Treatment of features of obsessive-compulsive personality disorder using carbamazepine. *Psychiatry And Clin Neurosciences.* 2002; 56(2): 207–208.
13. Ekselius L, von Knorring L. Personality disorder comorbidity with major depression and response to treatment with sertraline or citalopram. *Intern Clin Psychopharmacology* 1998; 13(5): 205–211.
14. Barber J, Morse J, Krakauer I, Chittams J, Crits-Christoph K. Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 1997; 34(2): 133–143.
15. Grilo C, Stout R, McGlashan T, et al. Personality disorders predict relapse after remission from an episode of major depressive disorder: A 6-year prospective study. *J Clin Psychiatry* 2010; 71(12): 1629–1635.
16. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: Meta-analysis of published studies. *The British Journal Of Psychiatry.* January 2006; 188(1): 13–20.



Psychobiologická teorie v kontextu poruch osobnosti a well-being

**Mgr. Bc. Veronika Hublová, MUDr., Bc. Libor Ustohal, Ph.D., Mgr. Iva Stehnová, Ph.D.,
PhDr. Hana Přikrylová Kučerová, Ph.D.**

Psychiatrická klinika, LF MU a FN Brno, 1. neurologická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně,
Ústav psychologie a psychosomatiky LF MU

Poruchy osobnosti včetně komorbidity jsou v psychiatrické praxi velice časté a jejich diagnostika i léčba zůstává v mnoha ohledech výzvou. Cílem příspěvku je představit základní aspekty psychobiologické teorie temperamentu a charakteru a využití z ní odvozeného sedmifaktorového dimenzionálního modelu osobnosti jako podpůrné diagnostické metody poruch osobnosti v psychiatrické praxi s doporučeními pro jejich terapii a well-being pacienta.

Klíčová slova: osobnost, psychobiologická teorie, poruchy osobnosti, well-being, diagnostika orientovaná na člověka.

Psychobiological theory in the context of personality disorders and well-being

Personality disorders are, comorbidity with other mental disorders included and somatic conditions, very frequent issue in psychiatric practice that remains to pose a diagnostic challenge. The aim of the article is to present the basics of psychobiological theory of temperament and character and the application of a seven-factor dimensional model of personality as a supportive diagnostic tool in psychiatric practice together with suggestions concerning the treatment of personality disorders and a patient's well-being.

Key words: personality, psychobiological theory, personality disorders, well-being, person-centered diagnostics.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: Mgr. Bc. Veronika Hublová, veronika.hublova@mail.muni.cz
Psychiatrická klinika FN Brno a LF MU
Jihlavská 340/20, 625 00 Brno

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2016; 17(1e): e17–e25
Článek přijat redakcí: 2. 9. 2015
Článek přijat k publikaci: 2. 3. 2016



Úvod

Americký psychiatr Robert C. Cloninger je autorem množství publikací z různých oblastí psychiatrie a genetiky, ale také pozitivní psychologie. U nás je více znám jako tvůrce psychobiologické teorie osobnosti, jejíž operacionalizovaná verze – dotazník Temperamentu a charakteru (TCI) je celosvětově vědecky i klinicky poměrně široce využívaná metoda. V České republice počáteční zájem o její aplikaci na klinickou i neklinickou populaci postupně opadl. Dotazník sice dokáže spolehlivě odlišit normu od patologie osobnosti, v klinické praxi má však tu nevýhodu, že podobně jako u jiných dimenzionálních modelů založených na plynulém přechodu od normality k patologii, nejsou profily osobnosti dle TCI zcela kompatibilní s diagnostickými kategoriemi DSM-5 a MKN-10. Cloninger totiž svoji teorii vytvořil na premise odpovídající novému dimenzionálnímu trendu v psychiatrické diagnostice, který je orientován více na konkrétního pacienta – person-centered diagnostics (1–4) a navrhnul na základě své typologie a diagnostiky dys/funkční osobnosti doporučení terapeutických intervencí zvyšující individualizaci léčby zejména poruch osobnosti, ale i doprovodné patologie osobnosti vyskytující se u jiných duševních poruch. Tato doporučení však zatím nemají podobu přehledného manuálu (viz níže).

Psychobiologický model osobnosti

Dosud neexistuje sjednocující teorie osobnosti. Existuje řada více či méně odlišných teoretických přístupů, které vysvětlují lidské chování vždy jen částečně. Cloninger ji ve shodě s uznávanými teoretiky osobnosti, např. Gordonem Allportem, definuje jako unikátní dynamickou organizaci těch psychobiologických procesů, pomocí nichž se jedinec adaptuje na změny vnitřního a vnějšího prostředí (1, 4–9). Jeho psychobiologický model osob-

nosti se pokouší sjednocující teorii nabídnout. Model spočívá v kostce na několika základních hypotézách: a) lidské myšlenky, pocity a jednání jsou výsledkem interakce tělesných a duševních procesů; b) jedinec ve svém jednání vychází z osobního repertoáru chování vytvořeného na základě předchozího myšlenkového zpracování situací, v nichž se v průběhu svého života ocitnul; c) změny myšlenek, pocitů i změny jednání vyjadřují dynamiku volby konkrétní adaptační strategie – jak často a do jaké míry ji uplatňujeme; d) interakce mezi jedincem a jeho vnitřním i vnějším prostředím probíhají na základě psychobiologických mechanismů, které adaptaci regulují. Právě tyto interakce stojí za individuálními rozdíly, jež je možné pomocí sedmi základních dimenzí osobnosti popsat a kvantifikovat. Charakteristika osobnosti každého člověka je jedinečná, sdílíme však vývojový proces zrání osobnosti i její základní strukturu (6, 7).

Temperament a jeho komponenty

Temperament je dle Cloningera emocionální jádro a neurogenetická báze naší osobnosti, která je považována za dědičnou do větší míry než její charakterová složka. Předpokládá, že jednotlivé komponenty temperamentu jsou navzájem geneticky nezávislé, v populaci normálně rozložené a kulturně i etnicky univerzální. Charakterizují zřetelně jedince už v raném věku a jsou relativně stálé po většinu života. Jedná se o dispoziční či konstituční složku osobnosti; Cloninger ji dává do souvislosti s limbickými a kortiko-striálními oblastmi mozku a převažující aktivitou některého z monoaminových neurotransmiterů (viz níže), které modulují zpracování senzorických vjemů, rané procedurální učení a asociativní podmiňování. Tato individuálně odlišná aktivita všech komponent temperamentu vytváří určitý styl (heritable biases) zpočátku nevědomých, emočně podbarve-



ných, automatických reakcí, které se následně formují do zvyků (1, 5–9). Cloninger tedy postuluje temperament coby dispoziční složku osobnosti, která funguje jako stylový faktor v procesu jejího vývoje a zrání. Raným učením a vlivem prostředí na vývoj osobnosti zasahujícím i do struktury neuronálních okruhů se řadu let podrobně zabývají rovněž jiné koncepce, které s Cloningerovou teorií kontrastují či ji přinejmenším doplňují, například výzkum afektivní regulace Allana N. Schoreho a dnes s rozvojem neurověd opět aktuální teorie vlivu rané citové vazby (attachment theory) Johna Bowlbyho a Mary Ainsworthové (10).

Psychobiologická teorie rozlišuje čtyři hlavní dimenze temperamentu: Vyhýbání se zranění (Harm Avoidance/HA), Vyhledávání nového (Novelty Seeking/NS), Závislost na odměně (Reward Dependence/RD) a Vytrvalost (Persistence/PS). Fylogeneticky se podle etologických výzkumů ukazuje být systém behaviorální inhibice odpovídající dimenzi HA vývojově nejstarší, následovaný aktivačním systémem (NS), a poté až systémem odměny – dimenze RD (5, 9). Vyhledávání nového (NS) je dimenze, která popisuje vrozenou tendenci reagovat na nové podněty intenzivním nadšením a zájmem; asociuje se s dráhami středního mozku, vedoucích z amygdaly do předního mozku. HA měří tendenci k intenzivnímu útlumu chování jako reakci na averzivní situaci, což odpovídá drahám z rafeálních jader mozku kmene přes hipokampus do frontální kůry. RD měří sociální vnímavost a tendenci přizpůsobit své chování souhlasu druhých; odpovídá drahám z locus coeruleus přes hypothalamus a limbický systém, pokračujících dále difúzně do mozku kůry. PS měří tendenci setrvat v aktivitě přes přítomnost únavy nebo frustrace a je asociována s okruhem striatum-orbitomediální kortex-cingulární kortex (1, 5, 11). I když tyto dimenze připomínají čtyři antické typy temperamentu – melancholický

(HA), cholerický (NS), sangvinický (RD) a flegmatický (PS), lidé nejsou majiteli jednoho z typů, ale navzájem se od sebe liší mírou zastoupení všech čtyř dimenzí (1, 7, 11).

U každého z výše uvedených systémů je často uváděn hlavní (nikoli však jediný) neuromediátor podílející se na tendencích typicky reagovat. Dimenze NS je spojována s nízkou bazální dopaminergní aktivitou (dopamin), u HA naopak bazálně vysokou serotoninergní aktivitou (GABA a serotonin), u RD bazálně nízkou noradrenergní aktivitou (noradrenalin, serotonin) a u PS souvisí odpovídající chování s aktivitou glutamátu a serotoninu (1, 5, 9, 11). I přesto, že individuální rozdíly temperamentu korelují s naměřenými plazmatickými hladinami neurotransmiterů či jejich metabolitů anebo korelují ($r > 0,7$) s hustotou receptorů pro jednotlivé neurotransmitery v mozku měřenou PET nebo pomocí fMRI (1, 11), je nutné tato zjištění na úrovni korelátů vnímat jako spíše částečná a do velké míry stále spekulativní. Vhodnější je předpokládat komplikovanější vztah, zvláště v souvislosti s genetickou variabilitou ovlivňující tvorbu a aktivitu nejen neurotransmiterů, ale i jejich receptorů, a tím i temperamentový typ (1, 12).

Charakter a jeho komponenty

Charakter se na rozdíl od temperamentu vyvíjí sociokulturním učením a je vyjádřením postojů a chování jako výsledku vyšších kognitivních procesů (abstrakce, symbolického a logického myšlení) a sekundárních emocí (empatie, naděje, lásky), které regulují složky temperamentu tak, aby jedinec mohl dosáhnout smysluplných cílů ve shodě se svými osobními potřebami a hodnotami. Jinými slovy zahrnuje vědomí toho, kým jsem a jak se odlišuji od druhých. V mozku odpovídá procesům kódování kognitivních schémat v hipokampu a souvisí s dlouhodobými sémantickými vzpomínkami uloženými v různých



částech mozkové kůry. Dále odpovídá za kognitivní zpracování senzorických vjemů, které jsou jinak regulovány temperamentem (1, 5–8).

Charakter má tři základní dimenze: dimenzi Sebeřízení (Self-directedness/SD) vyjadřující schopnost jedince směřovat své chování, tedy exekutivní funkce, a rozvinutou cílevědomost, vynalézavost a optimizmus. Spolupráce (Cooperativeness/CO) měří schopnost spolupracovat s ostatními lidmi, konkrétně ochotu pomoci, přívětivost a empatii. Třetí dimenze – Sebepřesah (Self-transcendence/ST) je složkou charakteru, která měří intuici a schopnost vnímat sama sebe jako součást vyššího celku (1, 6, 7, 13). Cloninger rovněž využívá psychodynamického modelu obranných mechanismů. Maturace charakteru je integrativní proces, v němž se zralé obrany ega stávají stabilně využívaným repertoárem adaptivního chování; Sebeřízení (SD) odpovídá především sublimaci, Spolupráce (CO) altruizmu a Sebepřesah (ST) anticipaci (1, 13).

Osobnost normální, osobnost s patologickými rysy a jejich vztah k well-being

Normalitu osobnosti i její patologie je obecně obtížné rozlišit, není zde totiž ostrá hranice a stavy přechodné akcentace některých povahových rysů a následné projevy maladaptace mohou mít řadu různých příčin (1, 14, 15). Podle Cloningera se normalita osobnosti v podstatě projevuje schopností jedince žít smysluplný a šťastný život, prožívat pozitivní emoce a pěstovat kladné povahové rysy – tyto komponenty pak vytváří v interakci mezi sebou stav well-being – osobní pohodu (1, 4, 7, 8, 13), což je ve shodě se základním argumentem pozitivní psychologie – pěstování silných stránek charakteru zvyšuje hladinu well-being. Cloninger uvádí i výzkumy potvrzující, že zvýšení well-being vedlo ke snížení vulnerability k relapsům například u bipolární poruchy, závislosti na návykových látkách a rozvoji depresivních stavů (1,

7, 13). Absence well-being je výsledkem výrazné nespokojenosti s vlastním životem a častého prožívání negativních emocí (úzkosti, hlubokého smutku a vzteku), jejichž základní příčinou je neschopnost kontroly a řízení svého chování a neznalost sama sebe – self-awareness (4, 7, 13, 16). Tato skutečnost je pro jedince tak zásadní, že se stává podkladem pro rozvoj maladaptivního chování, a v interakci s požadavky společnosti na člověka pak dochází i ke klinickému projevu duševní poruchy (1, 4, 16). Podle Cloningera psychiatrie dosud nevěnovala dostatečnou pozornost zahrnutí screeningu osobnosti jako běžné součásti klinického vyšetření všech pacientů. Profil osobnosti je důležitou pomůckou v terapeutickém plánu: je vodítkem při klinickém rozhovoru, při personalizovaném výběru terapeutických intervencí (farmakoterapeutických i psychoterapeutických), ukáže celkovou úroveň fungování osobnosti, riziko rozvinutí poruchy osobnosti a dle skóreů na škálách Sebeřízení a Spolupráce umožňuje i odhad kvality terapeutické aliance. Navázání kvalitní terapeutické aliance, v níž je pacient partnerem při své léčbě, zvyšuje adherenci a snižuje výskyt komplikací. Pacient má také svůj profil osobnosti k dispozici, a tím získává podrobné informace o svých silných a slabých stránkách (1, 4, 14, 16).

Diagnostika poruch osobnosti a dysfunkční osobnosti

Cloninger vytýká současným diagnostickým manuálům absenci teoretické koncepce osobnosti, přílišné soustředění se pouze na popisný a kategoriální přístup, který je ateoretický a vede k rezignaci na etiopatogenezi a základní dynamiku osobnosti (1, 7). Tento trend DSM-5 částečně opouští, zachovává zavedené diagnostické kategorie a klastry poruch osobnosti, uvádí však ve zvláštním oddílu doplňkových a nových přístupů dimenziální model poruch osobnosti. Většina diagnóz poruch osobnosti může



být z tohoto modelu odvozena a je zároveň užitečný v případech, kdy profil osobnostních rysů (personality disorder – trait specified) potvrzuje dysfunkční osobnost, ale nejsou splněna všechna diagnostická kritéria pro

specifickou diagnostickou kategorií (1, 3, 4). Dysfunkce osobnosti se specificky projevuje i u jiných duševních poruch – některé osobnostní profily se totiž u určitých duševních poruch objevují častěji než jiné (viz Tab. 1).

Tab. 1. Profil osobnosti častější u některých duševních poruch. Označení +/- odpovídá vyššímu/nížšímu než průměrnému skóru měřenému dotazníkem Temperamentu a charakteru – TCI (podle: Cloninger in Salloum, Mezzich, 2009 a Cloninger, 2010).

Duševní porucha/Dimenze osobnosti	Vyhýbání se zranění (HA)	Vyhledávání nového (NS)	Závislost na odměně (RD)	Vytrvalost (PS)	Sebeřízení (SD)	Spolupráce (CO)	Sebepřesah (ST)
Schizofrenie	+		-		--	-	++
Afektivní porucha – deprese	++	-			-		
Bipolární afektivní porucha	++	++		-	-	-	
Generalizovaná úzkostná porucha	++						
Obsedantně kompulzivní porucha	++	-	-	-	-	-	
Sociální fobie	++	-	+ i -		-		
PPP – anorexie	++			++			
PPP – bulimie	++	++			--		++
Porucha osobnosti					-	-	
OPD	+	-		++	--	-	
Klastr A			--		--	-	+
Klastr B		++			--	-	
Klastr C	++				--	-	
Zdraví sourozenci pacientů s depresí					++		
Zdraví sourozenci pacientů se schizofrenií					++	+	
Osobnost bez patologie	-	+	+	+	+	+	+

Cloninger vnímá poruchu osobnosti vždy jako nedostatek charakteru, přesněji řečeno jeho nezralost. Tento nedostatek může být spolehlivě diagnostikován a slouží jako pomůcka při prvním kroku v diagnostickém procesu – zjištění přítomnosti/nepřítomnosti poruchy osobnosti. V psychobiologickém modelu je porucha osobnosti popsána jako nízká afektivní stabilita daná méně adaptivním typem temperamentu spojená především s nízkou schopností řídit své chování k zamýšleným cílům (dimenze SD) a také neschopností pracovat a vycházet s ostatními lidmi (dimenze CO). Tyto závažné nedostatky, které způsobují více či méně výraznou interpersonální dysfunkci, se stávají podkladem pro rozvoj u poruch osobnosti tolik typického manipulativního chování. Nízký skóre dimenze SD je znakem přítomnosti dysfunkce osobnosti a nejlépe predikuje poruchu osobnosti včetně její závažnosti (velmi nízký skóre SD). Vyšší skóre CO pak při současném nižším skóre SD riziko poruchy osobnosti snižuje, nízký skóre na obou dimenzích (SD a CO) ji naopak výrazně zvyšuje. Dimenze Sebeřezu (ST) není pro přítomnost duševní poruchy příliš relevantní, je však podstatnou složkou, pokud chceme odlišit osobnost, která je pouze dobře adaptovaná a fungující od osobnosti člověka, který navíc prožívá well-being – má rozvinuté všechny tři komponenty charakteru (1, 7, 8, 13). Pro ilustraci uvádíme povahové rysy popisující dysfunkční osobnost charakteristickou nízkým Sebeřízením a/nebo Spoluprací – společný znak všech poruch osobnosti. Viz Tab. 2.

Druhý krok – určení typu poruchy je možné popsat pro účely diagnostiky, pro terapii je však důležitý především fakt narušení/dysfunkce charakteru. Jednotlivé subtypy tvoří kombinace se třemi dimenzemi temperamentu, které dle DSM-5 odpovídají poruchám osobnosti klastru A – velmi nízké RD, B – vysoký skóre NS a C – vysoký skóre HA (1, 2, 4, 7, 16).

Tab. 2. Popis vlastností jedinců s nízkými skóre v dimenzích Sebeřízení a Spolupráce (Cloninger, 2009)

Nízký skóre Sebeřízení – SD	Nezodpovědný
	Nemá dlouhodobé cíle (mature goals)
	Neinvenční, bezradný
	Nízká sebeúcta
	Nedisciplinovaný
Nízký skóre Spolupráce CO	Netoleruje ostatní
	Nemá dostatek empatie
	Neochotný pomoci druhým
	Pomstychtivý
	Bez zásad

U jednotlivých kombinací složek temperamentu můžeme rozpoznat specifickou emocionální motivaci jedince směřující k okamžitému uspokojení (1, 7, 9). Zároveň jsou některé povahové akcentace více či méně náročné na regulaci charakterovými složkami osobnosti, a tedy podle Cloningera představují vyšší či nižší riziko rozvinutí poruchy osobnosti – viz Tab. 3.

Optimální se ukazuje být průměrná úroveň aktivity všech tří systémů, u výraznějších typů je pak nutné předpokládat zhoršení adaptace na pro typ vnější nevhodnou situaci, např. jedinec s výrazným NS bude obtížněji tolerovat monotónní/rutinní činnost (1, 9). Jednotlivé dimenze/systémy spolu také interagují, např. zvýšení HA vyvolá snížení NS, a tím dochází i ke snížení iniciativy. Převládající tendence reagovat určitým způsobem se vlivem výchovy a prostředí zformují do více či méně adaptovaných projevů chování, např. u jedince s vysokým HA se rychleji rozvine depresivní nebo



úzkostný stav – viz tabulka 4 (1, 5, 6, 9). Temperament může také facilitovat určité charakterové rysy, např. averzivní působení na jedince s vyšším NS může zlepšit jeho sebeovládání a disciplínu, u jedince s vysokým HA však tento přístup může vést ke zvýšení úzkostnosti – viz Tab. 4. (9).

Tab. 3. Relativní riziko poruchy osobnosti jako funkce typu temperamentu (Cloninger, 2009) Označení +/- odpovídá vyššímu/nížšímu než průměrnému skóru měřenému dotazníkem Temperamentu a charakteru (TCI).

Typ temperamentu	Vyhledávání nového – NS	Vyhýbání se zranění – HA	Závislost na odměně – RD	Riziko
Hraniční	+	+/-	-	vysoké
Pasivně agresivní	+	+	+	vysoké
Průměrný profil				průměrné
Vyhýbavý	-	+	+	nízké
Schizoidní	-	-	-	nízké
Histrionský	+	-	+	nízké
Závislý	-	-	+	nízké

Shrnutí českých studií na klinické i neklinické populaci

Do povědomí české odborné veřejnosti se Cloningerův dotazník dostal publikovanými studiemi Koženého (17–19) a Priebe et al. (15, 20–26) a osvědčil se jako spolehlivý nástroj pro výzkum i klinickou praxi. Cloningerův dotazník TCI a jeho revidovaná verze TCI-R byly využity zejména experimentálně v několika výzkumných klinických i v řadě validizačních studií na psychiatrické i obecné populaci (17, 20, 26, 27). Některé z klinických studií navrhly i pro české prostředí vhodný postup při diagnostice poruchy osobnosti (20–22, 28), včetně posouzení vlivu akutního stavu na falešně pozitivní diagnózu (22), změn temperamntových a charakterových dimenzí v průběhu hospitalizace (28), ale také vlivu sociální desiderability na výsledek dotazníku (23). Jiné potvrdily, že metoda spolehlivě odlišuje soubor psychiatrických pacientů oproti obecné populaci (19, 20, 29), dimenze HA se však jako predikční nástroj odpovědi na léčbu a dosažení remise nepotvrdila (25). Celkově se však dotazník TCI neukázal být výrazně lepší, ale spíše srovnatelnou metodou pro diagnostiku poruch osobnosti (24).

Tab. 4. Emoční stav v souvislosti s pozitivním (+) nebo negativním (-) posílením u vysokého/nízkého skóru čtyř temperamentů (Cloninger, 2009)

	Vysoký skór		Nízký skór	
Dimenze temperamentu	+	-	+	-
Vyhýbání se zranění – HA	úzkostný (podrážděný)	depresivní (zpomalený)	veselý	odvážný
Vyhledávání nového – NS	euforický	naštvaný	klidný	stoický
Vytrvalost – RD	soucitný	znehucený	odtažitý	lhostejný
Vytrvalost – PS	nadšený	stálý	nestálý	nechá se snadno odradit



Závěr

Psychobiologická teorie výjimečně komplexně modeluje dynamiku a úroveň celkového fungování osobnosti. Profil osobnosti dle TCI zachycuje a popisuje obvyklé myšlení, prožívání a chování pacienta, ale také silné a slabé stránky jeho povahy z hlediska vývoje a zrání osobnosti: typ temperamentu umožňuje odhadnout nejčastější emoční naladění a intenzitu prožívaných emocí pacienta (viz Tab. 3, 4), dosažený skóre na škálách Sebeřízení (SD) a Spolupráce (CO) pak ne/zralost charakteru, a tedy i pravděpodobnou míru adherence k léčbě (viz Tab. 2). V kombinaci s přítomnou nezralostí charakteru je možné např. u osob s vyšším NS očekávat zvýšenou impulzivitu se sklonem k nižší afektivní regulaci, a tedy vnímat zvýšené riziko častějšího výskytu návykových poruch (škodlivého užívání,

případně i syndromu závislosti), u osob s vysokým HA pak výraznější sklony k depresivní a úzkostné symptomatice a případné incipientní depresivní či úzkostné poruše, kterou je takto možné včas léčit (farmakologicky či psychoterapeuticky), než dojde k jejich plnému rozvoji se všemi negativními důsledky. TCI jako pomocná screeningová metoda může v ambulantní praxi sloužit jako vodítko při klinickém rozhovoru a umožňuje přizpůsobit terapeutický plán konkrétnímu pacientovi. Více recentní studie využívající metodu pro psychiatrickou praxi včetně studií efektivity terapeutických doporučení i well-being pacientů v České republice zatím chybí. Podrobnější informace o aplikaci psychobiologické teorie v klinické praxi je možné nalézt na internetových stránkách Centra pro well-being C. R. Cloningera (Center for Well-Being: <http://psychobiology.wustl.edu/>).

LITERATURA

1. Cloninger RC, Dragan M, Svrakic DM. Personality Disorders. In Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock, BJ & Sadock, VA (Eds.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009; 2: 4520: 2197–2241.
2. Cloninger RC. Comprehensive diagnosis. In Psychiatric diagnosis: challenges and prospects. Salloum IM, Mezzich JE (Eds.). Chichester: Wiley & Sons 2009; 289–296.
3. Mezzich JE, Salloum IM, Cloninger RC, Salvatore-Carulla, Kirmayer LJ, Banzato CEM, Wallcraft J, Botbol M. Person-centered Integrative Diagnosis: Conceptual Bases and Structural Model. Canadian Journal of Psychiatry 2010; 55: 701–708.
4. Cloninger CR, Zohar AH, Cloninger KM. Promotion of Well-Being in Person-Centered Mental Health Care. Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry 2010; 8(2): 165–179.
5. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Archives of General Psychiatry 1993; 50: 975–990.
6. Cloninger RC, Przybeck TR. The Temperament and character inventory: A guide to its development and use. St. Louis: Washington University Center for Psychobiology of Personality 1994; 185 p.
7. Cloninger RC. Differentiating Personality Deviance, Normality, and Well-Being by the Seven-Factor Psychobiological Model. In Cloninger CR, Strack S (Eds.). Differentiating normal and abnormal personality. New York, NY: Springer Publishing Co 2006; 65–70.
8. Cloninger RC. A Practical Way to Diagnose Personality Disorder: A Proposal. Journal of Personality Disorders 2000; 14, 2: 99–108.
9. Irmiš F. Temperament a autonomní nervový systém. Praha: Galén 2007; 204 s.
10. Schore AN. Affect Regulation and the Origin of the Self. The Neurobiology of Emotional Development. New York: Routledge 2016; 708 s.
11. Cloninger RC. Functional neuroanatomy and brain imaging of personality and its disorders. In Biological Psychiatry. D'haenen H, den Boer JA & Willner P (Eds.) Chichester: Wiley 2002: 1377–1385.
12. Höschl C. Syndrom narušené závislosti na odměně. Vesmír 1996; 75: 485–488.
13. Cloninger RC. Feeling good: The science of well-being. New York: Oxford University Press 2004; 374 p.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing 2013; 947 p.
15. Preiss M. Diagnostika poruch osobnosti – chyby a omyly. Sanquis 2005; 38: 17.
16. Wong KM, Cloninger CR. A Person-Centered Approach to Clinical Practice. Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry 2010; 8(2): 199–215.



17. Kožený J, Tišanská L, Dvořák V. Osobnostní profil detoxikovaných žen s diagnózou F10.2: Prediktivní potenciál Cloningerova dotazníku temperament a charakteru. Čsl Psychol 1998; 42: 1: 84–90.
18. Kožený J, Tišanská L. Formální vlastnosti dotazníku TCI testované na datech adoescen-tů. Čsl Psychol 1998; 42(1): 75–83.
19. Kožený J, Klaschka J, Höschl C. Vztah mezi Cloningerovými temperamentovými dimen-zemi a průběhem léčby pacientů s diagnózou Bipolární afektivní porucha, současná fáze deprese. Čsl. psychol. 1994; 38(5): 385–391.
20. Preiss M, Klose J, Španiel F. Temperament a charakter podle C. R. Cloningeru u psychi-atrických pacientů a obecné populace. Psychiatrie 2000; 4: 251–254.
21. <http://cspsycho.psu.cas.cz/result.php?from=106&to=106>Preiss M, Klose J. Diagnostika poruch osobnosti pomocí teorie C. R. Cloningeru. Psychiatrie 2001; 5: 226–231.
22. Preiss M, Rodriguez M, Houbová P. Vliv akutního stavu na diagnostiku osobnosti. Psy-chiatrie 2003; 7: 18–21.
23. Preiss M, Novák T, Klose J, Šimánková D, Březinová K, Štěpánková H. Ovlivňování vý-sledku vyšetření osobnosti: výsledky dotazníku Temperamentu a charakteru. Čsl Psychol 2006; 50: 251–261.
24. Preiss M, Rothanzlová S, Krámská L, Ernest R, Štěpánková H. Odlišuje Cloningerův do-tazník Temperamentu a charakteru osoby s poruchou osobnosti a bez nich lépe než jiné dotazníkové metody? Psychiatrie 2006; 10: 136–143.
25. Preiss M, Bareš M, Kopeček M, Stopková P, Štěpánková H. Může být Harm Avoidance prediktorem odpovědi na léčbu? Psychiatrie 2007; 11(suppl.): 72–73.
26. Preiss M, Kuchařová J, Novák T, Štěpánková H. The Temperament and Character Inven-tory – Revised (TCI-R): a psychometric characteristic of the Czech version. Psychiatria Da-nubina 2007; 19: 27–34.
27. Snopek M, Hublová V, Porubanová M, Blatný M. Psychometric properties of the Tem-perament and Character Inventory-Revised (TCI-R) in Czech adolescent sample. Compre-hensive Psychiatry 2012; 53: 71–80.
28. Simová M, Preiss M, Bareš M, Kopeček M, Ježková T, Stopková P, Klose J. Změny osob-nostních rysů v průběhu psychiatrické hospitalizace. Pilotní studie s Cloningerovým do-tazníkem Temperamentu a charakteru (TCI). Psychiatrie 2004; 4: 286–292.
29. Hosák L, Preiss M, Čermáková E, Csémy L. Temperament and Character Inventory (TCI) personality profile in metamphetamine abusers: a controlled study. European Psychiatry 2004; 19: 193–195.

PSYCHIATRIE PRO PRAXI

XII. konference ambulantních psychiatrů / 26.–27. listopadu 2015

Před posledním listopadovým víkendem se v olomouckém Clarion Congress Hotelu uskutečnil již XII. ročník konference ambulantních psychiatrů Psychiatrie pro praxi. Pestrý přednáškový program přilákal 312 účastníků. Vyslechli si tři desítky odborných sdělení v různé formě – některá byla doplněna interaktivním hlasováním, téma ADHD působivě přiblížila „live kazuistika“ (vystoupení rodiny s diagnózou ADHD), konferenci zahajovaly a zakončovaly praktické ukázky psychoterapeutického postupu. Téměř stále zaplněný přednáškový sál svědčil o tom, že všechna témata byla pro účastníky velmi zajímavá. Věříme, že příští ročník konference, naplánovaný na 24.–25. listopadu 2016, bude stejně úspěšný.

Základní informace o akci:

Termín: 26.–27. 11. 2015

Místo konání: Clarion Congress Hotel Olomouc

Počet účastníků: 312

Prezident akce: prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.



Prezident kongresu prof. Praško a dr. Grambal – ukázky psychoterapie



„Live kazuistika“ – dr. Matýs a rodina s diagnózou ADHD



Součástí konference byla tradičně prezentace partnerských firem

PSYCHIATRIE PRO PRAXI

XII. konference ambulantních psychiatrů

26.–27. listopadu 2015, Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel: Společnost Solen, s. r. o., ve spolupráci s OS ČLK



Přednáškové bloky

- **Psychoterapie formou ukázek** – prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc., MUDr. Aleš Grambal, Ph.D.
- **Novinka ve farmakoterapii** – prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.
- **ADHD od dětství do dospělosti** – doc. MUDr. Libuše Stárková CSc.
- **Psychosomatika** – MUDr. Radkin Honzák, CSc.
- **Symposium Sekce ambulantní péče Psychiatrické společnosti ČLS JEP** – MUDr. Erik Herman, Ph.D.
- **Psychiatrie v gynekologii a porodnictví** – prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.
- **Akutní stavy v psychiatrii** – prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.
- **Krizová intervence a utváření terapeutického vztahu u psychiatrického pacienta** – prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc., MUDr. Aleš Grambal, Ph.D.

GENERÁLNÍ PARTNER



Poděkování patří všem partnerům za finanční spoluúčasť na zajištění kongresu.



ABSTRAKTA



Abstrakta XII. konference ambulantních psychiatrů

Psychiatrie
PRO PRAXI

Suppl. A
2015

www.solen.cz
ISSN 1803-5914
ISBN 978-80-7471-133-6

Abstrakta

PSYCHIATRIE PRO PRAXI

XII. konference ambulantních psychiatrů

26.–27. listopadu 2015,

Clarion Congress Hotel Olomouc

Společnost SOLEN, s.r.o., ve spolupráci s OS ČLK Olomouc

SOLEN
MEDICAL EDUCATION



VIDEO



Videoukázky: XII. konference ambulantních psychiatrů

PSYCHOTERAPIE FORMOU UKÁZEK –

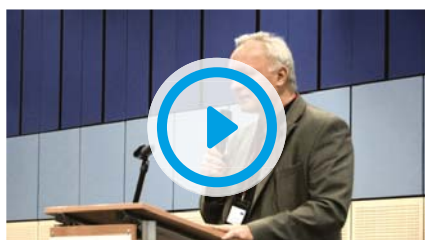
prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc., MUDr. Aleš Grambal, Ph.D.



- ➞ Krizová intervence a utváření terapeutického vztahu u psychiatrického pacienta



- ➞ Narativní přístup při změně sebepojetí při práci s chronickými halucinacemi



- ➞ Navazování kontaktu s pacientem s nadměrnými obavami o zdraví



Thumbnails

Psychiatrie pro praxi 2016 1E

1

2

3

4

Psychiatrie pro praxi

pages: 29 / 30

© SOLEN

Aktuální strana

Místo pro zobrazení:

- obsahu
- náhledů stránek
- záložek
- výsledků vyhledávání

Vyhledávání v dokumentu

Odkaz na časopis

Navigační prvky pro posun stránek

Náhledy stránek

Záložky

Nástroj ke sdílení časopisu na sociálních sítích

Nástroj k výběru textu

Tisk

Nástroje k uložení časopisu do vašeho počítače

Nástroj k ovládání zvuku

Nástroje k zvětšení strany



www.psychiatriepropraxi.cz