

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

psychologie – klinická psychologie

Marek P R E I S S

Měření osobnostní psychopatologie

s využitím Cloningerova modelu

Measuring personality psychopathology

with Cloninger's model

Disertační práce

Vedoucí práce - prof. PhDr. Petr Weiss, DrSc.

2007

Prohlašuji, že jsem disertační práci vykonal samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

Marek Preiss

Abstract: The goal of this study was to validate the Cloninger's seven-factor personality model in relation to detailed examination of patients with depressive episode or recurrent depressive disorder with a structured interview, which we translated and obtained practical experience as the first ones in the Czech Republic. We put the results of the structured interview for personality disorders (International Personality Disorder Examination; IPDE) in relation with the Cloninger's personality theory operationalized with the Temperament and Character Inventory (TCI). We found that personality psychopathology measured with a dimensional score of the structured interview IPDE negatively correlates with *Self-directedness* levels, a character dimension of TCI. This result supports Cloninger's idea of relation between personality psychopathology and a level of *Self-directedness*. We then found a similar relation for the dimension *Cooperativeness*, but without statistical significance. Specific profiles of TCI for the individual personality psychopathology types according to IPDE are little evident from the clinical view, and as such insufficient for individual clinical diagnostics; high levels of the temperament dimension *Harm Avoidance* tend to remain within three measurements in time and is considerably higher than levels of this dimension in a comparative group; high levels of *Harm Avoidance* may be a hopeful research predictor of development of depressive or anxiety disorders; *Self-directedness* tends to move close to levels of normal population, which becomes a risk in personality disorder diagnostics based on this score during hospitalization in persons with depressive episode/recurrent depressive disorder; correlations between dimensional scores of the structured interview for personality disorders and temperament and character inventory are relatively lower than results of the previous studies (Svrakic et al., 1993; Svrakic et al., 2002). The main benefit of this study is an implementation of the structured interview in practice of the Czech psychological personality disorders diagnostics.

Key words: structured interview for personality disorders, IPDE, TCI, personality disorders, ICD-10

Abstrakt: cílem práce bylo ověření Cloningerova sedmidimenzionálního modelu osobnosti ve vztahu k podrobnému vyšetření pacientů s depresivní epizodou nebo rekurentní depresivní poruchou pomocí strukturovaného rozhovoru, který jsme přeložili a získali s ním jako první v ČR praktické zkušenosti. V této práci jsme vztahovali výsledky mezinárodního strukturovaného rozhovoru pro poruchy osobnosti (IPDE) s Cloningerovou teorií osobnosti, operacionalizovanou pomocí dotazníku temperamentu a charakteru (TCI). Zjistili jsme že osobnostní psychopatologie, měřená celkovým dimenzionálním skórem strukturovaného rozhovoru IPDE se záporně vztahuje k míře *Sebeřízení*, charakterové dimenzi TCI. Tento výsledek podporuje Cloningerovu představu o spojení mezi osobnostní psychopatií a úrovní *Sebeřízení*. Dále jsme zjistili, že podobný vztah platí také pro dimenzi *Ochota spolupracovat*, ale již bez statistické signifikance. Specifické profily TCI pro jednotlivé typy osobnostní psychopatologie podle IPDE jsou z klinického hlediska málo průkazné a pro individuální klinickou diagnostiku nedostatečné; vysoká úroveň temperamentové dimenze *Vyhýbání se poškození* má tendenci přetrvávat v průběhu tří měření v čase a je podstatně vyšší než úroveň této dimenze ve srovnávacím souboru; vysoká míra *Vyhýbání se poškození* tak může být nadějným výzkumným prediktorem pro rozvoj depresivních nebo úzkostných poruch; úroveň *Sebeřízení* má tendenci k vyrovnávání se do hodnot blízkých běžné populaci, z čehož vyplývá riziko diagnostiky poruch osobnosti na základě výše tohoto skóru během hospitalizace u osob s depresivní epizodou/rekurentní depresivní poruchou; korelační vztahy mezi dimenzionálními skóry strukturovaného rozhovoru pro poruchy osobnosti a dotazníkem temperamentu a charakteru jsou relativně nižší než výsledky předchozích studií (Svrakic et al., 1993; Svrakic et al., 2002). Hlavním přínosem práce je zavedení strukturovaného rozhovoru pro praktické účely české psychologické diagnostiky poruch osobnosti.

Klíčová slova: strukturovaný rozhovor pro poruchy osobnosti. IPDE, TCI, poruchy osobnosti, MKN-10

Obsah

1	Úvod.....	6
2	Vývoj vnímání poruch osobnosti v psychologii a psychiatrii.....	9
	2.1 Diagnostika poruch osobnosti.....	9
	2.2 Co je porucha osobnosti?.....	10
	2.3 Přístupy k poruchám osobnosti na konci 20.století	16
	2.3.1 Integrativní model.....	22
	2.3.1.1 Teorie biosociálního učení	23
	2.3.1.2 Evoluční model v pojetí Millona.....	24
	2.3.1.3 Míra poruchy osobnosti.....	25
	2.3.1.4 Praktická diagnostika	25
	2.3.1.5 Millonův klinický víceosý dotazník MCMI- III.....	25
	2.3.2 Evoluční teorie osobnosti.....	25
	2.4 Prevalence poruch osobnosti	25
	2.5 Výběr metod	25
	2.6 Jak postupovat při diagnostice?	25
	2.7 Změny v diagnostice poruch osobnosti v průběhu psychických potíží	25
	2.8 Forenzní posuzování poruch osobnosti	25
3	Cloningerův model poruch osobnosti	25
	3.1 Cloningerova teorie osobnosti a diagnostika poruch osobnosti	25
	3.1.1 Vznik modelu.....	25
	3.1.2 Temperament	25
	3.1.2.1 Vyhledávání nového.....	25
	3.1.2.2 Vyhýbání se poškození.....	25
	3.1.2.3 Závislost na odměně.....	25
	3.1.3 Charakter.....	25
	3.1.3.1 Sebeřízení	25
	3.1.3.2 Ochota spolupracovat	25
	3.1.3.3 Sebeřesažení	25
	3.1.4 Vztah TCI k poruchám osobnosti	25
4	Příprava na výzkum	25
	4.1 Změny osobnosti během hospitalizace – pilotní studie	25
	4.1.1 Výsledky a diskuse k pilotní studii	25
	4.1.1.1 Dimenze Vyhledávání nového (NS).....	25

	4.1.1.2	Dimenze Vyhýbání se nebezpečí (HA).....	25
	4.1.1.3	Dimenze Závislost na odměně (RD).....	25
	4.1.1.4	Dimenze Sebeřízení (SD).....	25
	4.2	Srovnání výsledků TCI u pacientů s poruchou osobnosti a bez poruchy osobnosti podle strukturovaného rozhovoru (IPDE).....	25
	4.2.1	Srovnání v dimenzi <i>Vyhledávání nového</i> (NS).....	25
	4.2.2	Srovnání v dimenzi <i>Vyhýbání se poškození</i> (HA).....	25
	4.2.3	Srovnání v dimenzi <i>Závislost na odměně</i> (RD).....	25
	4.2.4	Srovnání v dimenzi <i>Sebeřízení</i> (SD).....	25
	4.2.5	Srovnání v dimenzi <i>Ochota spolupracovat</i> (CO).....	25
	4.2.6	Srovnání v dimenzi <i>Sebepřesažení</i> (ST).....	25
	4.2.6.1	Omezení pilotní studie.....	25
	4.2.7	Závěry pilotní studie.....	25
	4.3.2	Diskuse k pilotní studii.....	25
5		Empirická část.....	25
	5.1	Úvod.....	25
	5.2	Soubor.....	25
	5.3	Metodika.....	25
	5.4	Výsledky.....	25
	5.5	Diskuse.....	25
	5.5.1	Soubor.....	25
	5.5.2	Metodika.....	25
	5.5.3	Posouzení pomocí MADRS.....	25
	5.5.5	Korelace dimenzionálních skóreů TCI a IPDE.....	25
	5.5.6	Interkorelace skóreů TCI.....	25
	5.5.7	Změny ve <i>Vyhýbání se poškození</i> a <i>Sebeřízení</i>	25
	5.5.8	Snížení <i>Sebeřízení</i> u pacientů s unipolární depresivní poruchou v souvislosti s kognitivním oslabením.....	25
	5.5.9	IPDE a TCI.....	25
	5.5.10	Platnost Cloningerova modelu v průběhu času.....	25
6		Závěr.....	25
7		Seznam literatury.....	25
8		Příloha 1 - Rozhovor IPDE.....	25
9		Příloha 2 - Skórovací příručka IPDE pro MKN-10.....	25

1 Úvod

Diagnostika osobnosti a jejích poruch v klinické psychologii má dlouhou a složitou tradici. Biologické, psychodynamické, behaviorální a další přístupy se v mnohém liší natolik, že integrace informací je zatím v počátcích. Přehled teorií poruch osobnosti je působivý množstvím, rozdílností koncepcí a typů (Millon a Davis, 1996).

Lidé trpící specifickými poruchami osobnosti jsou společným problematickým bodem všeobecně lékařské i psychiatrické praxe a klasifikace poruch osobnosti patří k nejobtížnějším a nejkontroverznějším kapitolám psychiatrické klasifikace. Jde o praktický problém – psychologové ani psychiatři se v diagnostice poruch osobnosti často neshodují. Ani zdánlivě nejjednodušší problém – potvrdit nebo vyvrátit diagnózu poruchy osobnosti nebývá často shodně řešen mezi dvěma psychiatry nebo psychology, natož v případě, kdy se jedná o více specifických poruch osobnosti najednou nebo pokud jde o diferenciální diagnostiku – diagnostika na ose II (míněno osa II podle DMS-IV) vs. diagnostika pouze na ose I, nebo odhalení složité komorbidity. Připadá nám, že míra neshody ohledně určení poruchy osobnosti je vyšší než při diagnostice jiných duševních poruch či tzv. organicity. Současné teorie osobnosti mají výrazné nedostatky a ačkoliv máme mnoho údajů o poruchách osobnosti, máme zároveň jen málo fakt (Livesley, 1997).

Podnětem k sepsání této práce byl tlak k diagnostice osobnosti na pracovišti autora, který v posledních třech letech přerostl přes jeho zájem o neuropsychologii a který se z původní nechuti k „nálepkování“ osobnosti některou z jejích poruch vyvinul k zájmu o metody a nástroje validnější diagnostiky. Dalším motivem k sepsání této práce byla nechuť k pozorování velmi odlišných popisů osobnosti stejného člověka v klinické praxi a často markantní rozdíly v diagnostice osobnosti u jednoho pacienta. Vzhledem k práci na specializovaném oddělení Psychiatrického centra Praha, které se zabývá poruchami nálad,

poruchami osobnosti, je možné často sledovat rozlišné i protichůdné psychologické nálezy, které si odporují jazykem, metodami a závěry. Autor této práce není tak naivní, aby se domníval, že lze z rozporuplných nálezů udělat snadno jednotné, zvláště v případě, kdy jde pravděpodobně o úkol v praxi z nejtěžších – charakteristiku komplexnosti individua, na kterou je tolik rozdílných názorů v průběhu dlouhého období zkoumání.

Jedním z dlouhodobých cílů vlastní klinické práce je navrhnout algoritmy diagnostického postupu u poruch osobnosti, podobně jako se vytvářejí algoritmy diagnostiky jiných poruch v psychiatrické praxi. Doktorandská práce má však cíle skromnější – především seznámení se s širší problematiky poruch osobnosti a Cloningerovým modelem, který pokládáme za perspektivní pro budoucnost diagnostiky poruch osobnosti. V souvislosti s tím řešíme několik otázek, které jsou pro klinickou praxi významné.

Při praktické klinické diagnostice autor práce často zvažoval „nepoškození“ pacienta popsáním osobnostní psychopatologie a následky, které by to mohlo mít pro jeho další léčbu. Domnívá se, že toto dilema prožívá řada psychologů. Psychiatrům a psychologům nedělá problém popsat depresivní potíže nebo poruchy příjmu potravy, ale zdráhají se připsat do popisu osobnosti termín „porucha“, aby to neznamenal automaticky menší nebo méně kvalitní následnou péči. I toto zjištění byl impuls pro hlubší zájem o poruchy osobnosti.

Cílem této práce je v literárně-přehledové části zaměřením se na důvody diagnostiky poruch osobnosti a na stručný pohled především na současné přístupy k diagnostice poruch osobnosti. Ve druhé části literárního přehledu se zaměřujeme na biopsychologický model, který vyvolal v poslední téměř 20 letech značný zájem v psychiatrii (C.R.Cloninger). Zároveň v této části uvádíme některé vlastní zkušenosti s diagnostikou pomocí nástrojů, které se z těchto modelů vytvořily. Ve třetí části se zaměřujeme na dvě vlastní studie, které předcházely řešení vlastních výzkumných otázek. Ve čtvrté, výzkumné části, se zaměřujeme na hlavní výzkumný problém této práce, za který považujeme vztah Cloningerova modelu

k výsledkům mezinárodního strukturovaného rozhovoru (IPDE). Zajímají nás některé specifické otázky - zda Cloningerův model poruch osobnosti odpovídá výsledkům strukturovaného rozhovoru IPDE a zda míře osobnostní psychopatologie jednotlivých poruch osobnosti odpovídá charakteristický profil v TCI.

2 Vývoj vnímání poruch osobnosti v psychologii a psychiatrii

2.1 Diagnostika poruch osobnosti

Někteří klinici považují za zbytečné poruchy osobnosti diagnostikovat, když „s tím stejně nemůžeme nic dělat“. Dalším důvodem odmítání diagnózy je pocit negativního „nálepkování“. Tento názor musíme jasně odmítnout – není důvod, proč bychom k poruše osobnosti neměli přistupovat neutrálně, stejně jako k traumatickému poškození mozku nebo ke schizofrenii. Adekvátní vysvětlení pacientovi (viz např.konec této kapitoly) ho může nesprávného dojmu „nálepky“ zbavit.

Domníváme se tedy, že tomu tak není a vidíme několik důvodů, proč se o přesnější diagnostiku pokoušet:

1. Poruchy osobnosti patří k nejobtížnější části diagnostiky v psychiatrii po celém světě a přitom jsou součástí mezinárodní klasifikace nemocí. Již z toho důvodu bychom měli diagnostiku zpřesnit.
2. Pacienti s poruchami osobnosti v komorbiditě s diagnózami na ose I představují obtížné případy klinické praxe, problematicky odpovídají na léčbu, jsou často medikováni, aniž by psychofarmaka měla podstatnější efekt. Již z hlediska prognózy bychom měli vědět, zda pacient poruchu osobnosti má nebo nemá, a v jaké míře to může ovlivnit jeho léčbu.
3. Dimenzionální diagnostika, která se v posledních letech v oblasti poruch osobnosti prosazuje vedle kategoriálního přístupu, umožňuje posoudit míru poruchy a tím se citlivěji vyjádřit k prognóze.
4. Validnější diagnostika poruch osobnosti znamená, že se v budoucnu zřejmě budou prosazovat diferencovanější přístupy k terapii poruch osobnosti.

5. V mezinárodní praxi se časem prosadí diagnostické metody, standardizované ve spolupráci mnoha zemí (nyní např. strukturovaný rozhovor pro poruchy osobnosti - IPDE, v budoucnosti např. Millonův multiaxiální dotazník pro poruchy osobnosti - MCMI-III nebo dotazník temperamentu a charakteru - TCI). Česká republika by v této oblasti neměla chybět.

2.2 Co je porucha osobnosti?

Podle Coolidge a Segala (1998) se diagnostická kritéria poruch osobnosti „během posledních 40 let výrazně měnila, což přispívá k diagnostickým potížím“. Jaké je možné nalézt definice poruch osobnosti?

Coolidge a Segal (1998) spojují historii poruch osobnosti s Hippokratem (propojení „látek“ a osobnostních vlastností), Pritchardem, kterým v roce 1835 popsal antisociální osobnost termínem „moral insanity“ a taxonomií Kurta Schneidera z roku 1923 (termín psychopatická osobnost, popis deseti poruch osobnosti). Někteří se naopak domnívají, že typy poruch osobnosti se budou měnit spolu s měnicí se společností (Mombour a Bronisch, 1999), jiní vnímají odkaz Schneidera¹, Jasperse a Kretschmera stejně významný, jako kdyby byly jejich práce publikovány poprvé (Livesley, 1997). Schneiderovy typy osobnosti přetrvaly ¾ století a v různých obměnách byly zařazovány i do současných klasifikací (např. Schneiderův „self-seeking“ typ osobnosti je dnešní histriónská porucha osobnosti).

Černocký (1947) popisuje psychopatické osobnosti jako „jakési předzvěsti psychos (manické či depresivní sklony a schizofrenní příznaky), hysterickým záchvatům podobné poruchy, které bývají vrozené...“. Psychopatie je podle něho „označení pro ony úchyly psychické, které nejeví ještě známkou zvláštní duševní choroby, ale jsou některými svými jevy jim podobné“.

Podle Knoblocha a Knoblochové (1965) se duševní zdraví vyznačuje vyrovnaností člověka sama se sebou, stabilními vztahy s ostatními a schopností adaptovat se na požadavky, které klade život. Zajímavé je, že autoři volají po dimenzích hodnocení duševního zdraví, které však zatím nebyly stanoveny (str.115). Nezdá se jim být důležité, jestli jeden lékař nazve určitého jedince „psychopatem“ a jiný ne (!), ale zda oba lékaři shodně popisují jeho vlastnosti, dynamiku osobnosti a jaké vyvozují závěry. Psychopatie je podle nich relativně trvalá odchylka osobnosti od normálních lidí určité společnosti.

Vondráček (1968) rozeznává osobnosti I.1. “normální“: standardní, běžné, 2. od standardu odlišné (akcentované), II. 1. “patické“: anomální osobnosti, 2. psychopatické osobnosti. Psychopati mají poruchu chování, kterou trpí sami nebo společnost. Přejchod od normální osobnosti, po anomální až k psychopatii je kontinuální.

Podle Dufka (1976) je psychopatie nesprávná skladba osobnosti, která se projevuje převážně nevhodnými odchylkami chování, povahy a charakteru (včetně vyšších a nižších emocí, pudů, temperamentu a vůle), disharmonií a nevyvážeností všech těchto jednotlivých složek, někdy celkovou nezralostí.

Podle 9.decennální revize (MKN-9) publikované v Ženevě v roce 1977 jsou poruchy osobnosti „hluboko zakořeněné maladaptivní způsoby chování, obvykle rozpoznatelné v době dospívání nebo dříve; trvají pak po větší část dospělého věku, i když se často ve středním nebo stařeckém věku stávají méně nápadnými. Osobnost je abnormální buď co do rovnováhy svých složek, jejich kvality a vyjádření, nebo ve svém celku. Pro tuto úchylku nebo psychopatii trpí pacient nebo musí trpět jiní, takže nepříznivý účinek pociťuje jedinec nebo společnost. Patří sem i to, čemu se říká psychopatická společnost...“. Klasifikace MKN-9 vždy stručně charakterizuje jednotlivou poruchu, aniž by udávala výčet vodítek. Mezi poruchy osobnosti patří 8 specifických poruch - paranoidní osobnost; hypotymní, hypertymní

¹ Schneider označil 10 typů osobnosti jako „hyperthymic, depressive, insecure, fanatical, self-seeking, emotionally unstable, explosive, affectless, weak-willed and asthenic“ (podle Tyrer, 2003)

a cyklotymní osobnost; schizoidní osobnost; explozivní osobnost; anankastická osobnost; hysterická osobnost; astenická osobnost; osobnost s projevy převážně sociopatickými nebo asociálními; jiné struktury osobnosti (Mezinárodní klasifikace nemocí. Praha, Avicenum 1978).

Podle Mečíře (1987) je psychopatie trvalá nevyvážená skladba osobnosti, kdy jsou některé vlastnosti vyvinuty přebujele, jiné jsou zakrnělé. Vzniká tak těžká nevyváženost, která přináší obtíže osobě s touto strukturou osobnosti, případně okolí, nejčastěji oběma. V populaci je asi 15% psychopatů.

Pět verzí americké DSM (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch) zahrnuje poruchy osobnosti z praktických důvodů - v ordinacích praktických lékařů i psychiatrů je pacientů s poruchami osobnosti vysoké procento a tvoří problematickou část klientely. Diagnóza poruchy osobnosti s sebou přináší pomalejší léčbu, vyšší nespolupráce a ztížené navazování vztahu s lékařem nebo terapeutem.

V první verzi DSM z roku 1952 byla psychopatie popsána jako „vývojový defekt nebo patologický trend ve struktuře osobnosti s minimální subjektivní úzkostí a malým nebo žádným pocitem tísně... ve většině případů se porucha manifestuje dlouhodobým vzorcem jednání nebo chování, spíše než duševními nebo emocionálními symptomy...osobnostní vzorec poruchy je hluboký, s malým prostorem pro normalizaci“(Coolidge a Segal, 1998).

Druhé vydání DSM z roku 1968 definovalo poruchy osobnosti (personality disorders) jako „skupinu poruch charakterizovaných hluboce zakořeněným maladaptivním vzorcem chování, která je zřetelně kvalitativně odlišný od psychotických nebo neurotických symptomů. Celkově jde o dlouhodobé vzorce, často rozpoznatelné v adolescenci nebo dříve“.

Třetí vydání DSM z roku 1980 přineslo seznam specifických kritérií pro jednotlivé poruchy a pětiosý systém, kde poruchy osobnosti byly posuzovány na ose II. Poruchy osobnosti jsou zde rozděleny do tří clusterů. Tato revize DSM také uvádí, že poruchy

osobnosti mohou být předstupněm psychózy a že pacient nemusí mít pouze jednu poruchu osobnosti.

DSM-III-R přinesla dvě nové poruchy. Sadistickou a sebebránící (self-defeating) poruchu osobnosti, které byly zařazeny do Appendixu A (další výzkum nutný).

Současný popis duševních poruch a poruch osobnosti jako je DSM-III-R je s rozmyslem ateoretický. Dokonce se někteří domnívají, že DSM odmítá význam teorie v klasifikaci – „máme mnoho dat, ale málo faktů“ (Livesley, 1997).

Hlavní oprávnění pro tento přístup spočívá v tom, že zahrnutí etiologických kritérií byla překážka pro využití diagnostického systému odborníky s různou teoretickou orientací. Následkem ale je, že neumožňuje vytvořit koncepci pro pochopení modelu komorbidity mezi různými duševními nemocemi a mezi abnormálními duševními stavy a osobnostní strukturou. Ačkoliv jsou malé pochybnosti, že oddělení osy I od osy II výrazně zvýšilo zájem o poruchy osobnosti, výzkumníci se pokoušejí znovuobjevit vazby mezi strukturou osobnosti a hlavními duševními poruchami. Někteří dokonce navrhli, že temperament, osobnost a poruchy osobnosti mohou přesněji odrážet heterogenitu mnoha duševních poruch a lépe predikovat prognózu a terapeutickou odpověď. Pro duševní poruchy i poruchy osobnosti je všeobecně akceptováno, že etiologie je tvořena kombinací genetických nebo konstitučních a prostředových nebo vývojových faktorů. V případě osobnosti jsou genetické nebo konstituční faktory obvykle popisovány jako temperament (Mulder, Joyce a Cloninger, 1994).

Podle DSM-IV je porucha osobnosti „ přetrvávající vzorec prožívání a chování, který se významně odlišuje od očekávání v kultuře, ve které jedinec žije, je rozsáhlý a nepružný, má počátek v adolescenci nebo ranném dětství, je stabilní v průběhu času a má za následek distres nebo poškození“.

V DSM-IV se objevuje nová porucha osobnosti - depresivní porucha osobnosti (v Appendixu B - další výzkum nutný). Pasivně-agresivní porucha osobnosti byla pojmenována

také jako negativistická porucha osobnosti, která byla vzhledem k špatné reliabilitě i validitě také posunuta do Appendixu B². Zcela opomenuta zůstala sadistická porucha osobnosti a sebebránící porucha osobnosti. Podle Momboura a Bronische (1999) jsou narcistická, pasivně agresivní, masochistická a sadistická porucha osobnosti typicky „americké a psychoanalytické poruchy“.

Přes všechny revize DSM pouze paranoidní, schizoidní a antisociální porucha osobnosti zůstaly v zásadě nezměněny. Obsesivně-kompulzivní porucha osobnosti zůstala také nezměněna, ale třikrát změnila název.

Historie diagnostiky poruch osobnosti (viz také tab.1) podle DSM je zatím vývoj kategoriálního přístupu s hledáním reliabilních a validních diagnóz a s rozvojem jasnějších kritérií. Budoucnost diagnostiky poruch osobnosti bude možná patřit dimenzionálnímu přístupu, nebo kombinaci kategoriálního a dimenzionálního pojetí a zpřesňování validity a reliability. Není také vyloučené, že budoucí diagnostika bude více záviset na teoretickém modelu.

Podle MKN-10 představují poruchy osobnosti „extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště utváří vztahy k druhým. Takové vzorce chování mají tendenci být stabilní a zahrnovat různé oblasti chování a psychologických projevů. Jsou často, i když ne vždycky, sdruženy s jistým stupněm subjektivní tísně a problémy v adaptivní společenské aktivitě a v dosahování žádoucích cílů ... specifická porucha osobnosti je těžké narušení v charakterové skladbě a tendencích jedince, zahrnující obvykle několik oblastí osobnosti. Téměř vždy je sdružena se závažným osobním a sociálním selháním“.

² Podle Momboura a Bronische (1998) je typickým příkladem pasivně-agresivní poruchy osobnosti dobrý voják Švejk.

Tab.1

Vývoj diagnostiky poruch osobnosti podle DSM (Coolidge a Segal, 1998)

DSM-I (1952)	DSM-II (1968)	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV (1994)
Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní
Schizoidní	Schizoidní	Schizoidní	Schizoidní	Schizoidní
Antisociální	Antisociální	Antisociální	Antisociální	Antisociální
Emočně nestabilní	---	Hraniční	Hraniční	Hraniční
Kompulzivní	Obsedantně-kompulzivní	Kompulzivní	Obsedantně-kompulzivní	Obsedantně-kompulzivní
Passivně-agresivní	Passivně-agresivní	Passivně-agresivní	Passivně-agresivní	---
Cyklotymní	Cyklotymní	---	---	---
Neadekvátní	Neadekvátní	---	---	---
Dissociální	---	---	---	---
Sexuální deviace	---	---	---	---
Závislosti	---	---	---	---
---	Explozivní	---	---	---
---	Hysterická	Histriónská	Histriónská	Histriónská
---	Astenická	---	---	---
---	---	Schizotypní	Schizotypní	Schizotypní
---	---	Narcistická	Narcistická	Narcistická
---	---	Vyhýbavá	Vyhýbavá	Vyhýbavá
---	---	Závislá	Závislá	Závislá
			Appendix A	Appendix B
			Sebebránící	---
			Sadistická	---
			---	Passivně-agresivní
			---	Depresivní

Klinici pokračují v užívání kategoriální klasifikace (DSM-IV nebo MKN-10) navzdory rozšířenému poznání, že kategorie jsou směsicí teorie, přesvědčení a historie (Mulder a Joyce, 1997).

V historii zkoumání poruch osobnosti ve světové psychologii a psychiatrii patří podle Millona a Davise (1996) k hlavním představitelům psychodynamických směrů např. Otto Kernberg, Heinz Kohut, John Gunderson a Michael Stone, kognitivního přístupu Aaron

T.Beck, Albert Ellis, Ronald Forgus, Bernard Schulman, interpersonálního směru Harry Stack Sullivan, Timothy Leary, Lorna S.Benjamin, Donald J.Kiesler a Jerry S.Wiggins, statistického přístupu Raymond Cattell, Hans Eysenck, H.J.Walton, Peter Tyrer, W.John Livesley, P.T.Costa, R.R.McCreae, a T. Widiger, neurobiologického A.Thomas a S.Chess, Arnold Buss, Robert Plomin, Donald Klein, Larry Siever, C.R.Cloninger a Hagop Akiskal, integrativního Theodore Millon.

2.3 Přístupy k poruchám osobnosti na konci 20.století

Současná klasifikace poruch osobnosti (tj. časově po druhé světové válce) je považována za výsledek dlouhé historie (Millon a Davis, 1996). Každé klasifikační schéma je ukázkou modelu myšlení o poruchách osobnosti. V současnosti existuje pět velkých myšlenkových proudů - dynamický, kognitivní, interpersonální, statistický a neurobiologický. Šestým, nejnovějším, je integrativní pokus o sjednocení dosavadních znalostí od T.Millona. Z prvních pěti proudů má každý své přednosti a svá omezení. Např.dynamický podává nejvíce informací o etiologii poruchy, ale podstatně méně umožňuje srovnání dvou jedinců; kognitivní umožňuje pochopit základní chybné myšlenkové nastavení, ale ignoruje interindividuální rozměr; statistický umožňuje velmi dobře srovnání různých jedinců mezi sebou, ale opomíjí etiologii a nedostatečně popisuje psychopatologii. Na druhou stranu zastánci těchto partikulárních modelů argumentují tím, že tyto aspekty jsou primární a ostatní psychopatologie sekundární. Zdá se, že máme mnoho dat, ale málo koncepce a teorie.

V dalším textu jsme se pokusili stručně charakterizovat autory, kteří jsou méně známí a přesto významně zasáhli do porozumění poruchám osobnosti.

Z dynamicky orientovaných teorií jsou dostatečně známé a popularizované práce O. Fenichela, O. Kernberga, H. Kohuta, ale málo novější práce J.Gundersona a M.Stonea. Fenichel rozdělil charakterové rysy na „subliminační“ a „reaktivní“ typy. Kernberg přispěl

popisem a chápáním hraniční poruchy osobnosti. Kohut se zaměřil na „narcisticky zraněné“ osobnostní poruchy.

John Gunderson se zaměřil především na hraniční poruchu osobnosti, kterou vnímal jako ohraničenou jednotku. Zformuloval koncepční základnu, která předpokládá popis poruch na kontinuu od normality k psychózám. Nejméně patologickou úroveň popsal jako „rysové poruchy“, které obsahují obsesivně-kompulzivní, histriónskou, vyhubou a závislou osobnost. Střední míru patologie označil jako „poruchy Já“ a zařadil mezi ně schizoidní, antisociální a hraniční osobnosti. Nejtěžší úroveň psychopatologie označil jako „spektrální poruchy“ na základě blízkosti spektru psychóz a zahrnul do něj schizotypální, paranoidní a depresivní poruchy osobnosti. Navrhnul diagnostická kritéria pro hraniční poruchu osobnosti, mezi která zařadil také minimální pracovní úspěchy, impulzivitu, nadprůměrné sociální dovednosti oproti narušenému intimnímu vztahu, manipulativní sebevražedné tendence a krátké psychotické epizody. Jeho práce obsahovala používání strukturovaných rozhovorů a pokus sjednotit dynamické, rysové, biologické a sociologické přístupy.

Michael Stone, další dynamicky orientovaný autor, se také zaměřil na hraniční osobnosti. Stone analyzoval historii a průběh 502 pacientů hospitalizovaných v průběhu 14 let ve státní psychiatrické léčebně v New Yorku. Zaměřil se na bohaté množství detailů jako jsou opakované hospitalizace, pracovní vývoj, sociální aktivity, údaje o rodině a manželství a způsob terapie. Z kognitivně zaměřených teorií jsou nejcitovanější práce A.T.Becka, A.Ellise, a dvojice R.Forguse a B.Schulmana.

Kognitivně-behaviorální terapie Aarona T.Becka je známá především u řady poruchy na ose I. V roce 1990 se A.T.Beck zaměřil také na poruchy osobnosti (Beck a Freeman, 1990). Podobně jako T.Millon zakotvil A.T.Beck svůj přístup k poruchám osobnosti v evoluční teorii. Spekuluje o osobnostních prototypch odvozených z fylogenetického dědictví. Domnívá se, že odvozeniny od těchto geneticky determinovaných strategií se

projevují dramaticky ve formě poruch na ose I a méně dramaticky mezi osobnostními poruchami. Relativně stabilní kognitivní struktury se označují jako schémata, která podle Becka vybírají a organizují prožité zkušenosti a převádějí je do emočních a behaviorálních strategií. Přisouzením významu různým událostem nastartují kognitivní schémata řetězec chování, který se projevuje jako patologické rysy chování. Beck se zaměřil na přehnaně a nedostatečně vyvinuté myšlenkové předpoklady, které určuje u různých poruch osobnosti a které jsou východisky ke kognitivní terapii. Kratochvíl (1997) popisuje zesložnění původní jednoduché Beckovy teorie ve druhé polovině devadesátých let. Předchůdci Beckova přístupu jsou Forgas a Schulman, kteří v roce 1979 analyzovali 5 poruch osobnosti s ohledem na kognitivní procesy (vnímání sebe, vnímání světa a způsob chování).

Albert Ellis pod názvem racionálně-emoční terapie rozvíjí přístup, který předpokládá, že psychické poruchy jsou výsledkem nesprávného nebo iracionálního myšlení. Takové myšlení je pak základem nejrůznějších osobnostních problémů. V terapii se zaměřuje na „tady a teď“. Ellis se zaměřuje pouze na psychoterapii, ne na diagnostiku a klasifikaci poruch osobnosti.

Z interpersonálně zaměřených teorií předpokládají zásadní význam mezilidské komunikace pro porozumění poruchám osobnosti. Mezi nejznámější patří Sullivan a Leary.

Harry S. Sullivan navrhl na základě klinických pozorování 10 osobnostních variant (např. negativistická, asociální, indadekvátní, homosexuální, chronicky adolescentní). Timothy Leary založil diagnostiku interpersonálního chování na dvou dimenzích – dominanci-submisi a lásce-nenávisti. Z těchto dimenzí získal dalšími odvozeními a měřením 16 behaviorálních kategorií, která pak spojil do 8 typů (vždy adaptivnější a patologičtější úroveň). Pro testování svých názorů vyvinul Leary dotazník ICL.

Mezi současné interpersonálně orientované autory patří Lorna S. Benjaminová, která se zaměřila na souhru kognitivních, afektivních a interpersonálních dimenzí k pochopení poruch

osobnosti a tím přebírá prvky od Learyho, Becka a psychodynamicky orientovaných autorů. Základní orientace je ale právě na interpersonální oblast. Osobnost chápe jako následek raných interakcí s rodiči a pozdější sociální zkušenosti s dalšími významnými osobami. Interpersonální vzorec dospělého člověka odráží a) vývoj interpersonálních dovedností, b) učení se následkům potřeb a nemocí, c) význam chápání sebe a sociální identity a d) učení se interpersonálním následkům vyjádření afektů. Benjaminová vyvinula pro testování metodu Structural Analysis of Social Behavior (SASB).

Donald J. Kiesler svůj přístup označil jako interpersonální komunikační teorie. Zaměřil pozornost na transakce které se mezi lidmi objevují. V roce 1982 zformuloval interpersonální kruh s dvěmi základními dimenzemi - afiliace (láska vs.nenávist) a kontrola (dominance vs.submise) a klasifikaci založil na 350 bipolárních interpersonálních položkách, které se sdružují do 16 hlavních „segmentů“. Kiesler se pokusil „přeložit“ klasifikaci DSM do interpersonálních profilů. V novějších pracích se snaží propojit osobnostní psychopatologii, kognitivní funkce a nálezy zobrazovacích technik

Jerry S.Wiggins předložil jiný kruhový interpersonální model, založený na dvou osách – afiliaci (vřelá příjemnost vs.chladná hádavost) a dominanci (ambiciózní dominance vs. lenivá submise). Wiggins spojuje DSM-IV se svým interpersonálním modelem a u některých poruch je shoda značná. V ČR navazuje na Wigginsův model Výrost a Kovaničová (2000, 2001), kteří si kladou otázku „či a do akej miery sa prejaví súvislosť medzi klasifikačným systémom porúch osobnosti, prezentovaným v DSM-IV a kruhovým modelom interpersonálnych osobnostných črt J.S.Wigginsa“.

Ze statisticky podložených teorií je nejstarší a nejznámější faktorově dimenzionální přístup Raymonda Cattella, který metodou faktorové analýzy vytvořil 16 primárních faktorů a 5 faktorů druhého řádu.

Hans Eysenck (Eysenck a Eysenck, 1993) určil tři psychopatologicky významné faktory – stabilitu/labilitu, extraverci/introverzi a psychoticismus. Pro klinickou oblast je Eysenckův přístup až přespříliš stručný a neumožňuje bohatší interpretaci.

Skotský psychiatr H.J.Walton rozlišil pomocí statistického přístupu poruchy osobnosti podle tří úrovní klinické významnosti. Mírná osobností psychopatologie představuje jedince, kteří jsou nespokojeni s kvalitou svých životů nebo vztahů, ale snaží se své potíže změnit svépomocí. Walton je označuje jako „charakterové poruchy“. Střední míra osobnostní psychopatologie představuje propojení osobnostních potíží s duševními poruchami. Walton je označuje jako „poruchy osobnosti“. Výraznou míru osobnostní patologie označuje osoby, které se výrazně odlišují od ostatní společnosti a dostávají se konfliktů se zákony.

Peter Tyrer se zaměřil na určení osobnostních rysů, které kvantitativně kolísají od normy k patologii. Faktorovou analýzou určil 24 rysů, které dále zkoumal u osob, které byly klinicky diagnostikovány jako poruchy osobnosti. Dospěl tak ke čtyřem širším clusterům, které označil jako sociopatický, pasivně-závislý, inhibovaný a anankastický. Tyrer pracuje také s termínem „akcentované osobnostní rysy“ a navrhnul mj. rozdělení poruch osobnosti podle míry na „bez poruchy osobnosti“, „osobnostní potíže“, „jednoduchá porucha osobnosti“, „difúzní porucha osobnosti“.

John W. Livesley vycházel z deskripce osobnosti nalezených v řadě textů a oblastí a vytvořil sadu 100 rysů pro kategorizaci poruch osobnosti. Millon (1996) jej považuje za nejs sofistikovnějšího výzkumníka poruch osobnosti, který neprojevuje naivní empirismus. Kombinoval sebesouzení a posouzení a zjišťoval míru prototypálnosti jednotlivých rysů pro popis poruch osobnosti. Dospěl k 15 faktorům a v interpretaci akcentuje subjektivní prvky rozhodování v procesu faktorové analýzy. Kritizuje propast mezi studii normálních osobností a poruch osobnosti.

P.T.Costa, R.R.McCrae a T.Widiger jsou považováni za nejsilnější a nejpřesvědčivější zastánce dimenzionálního přístupu k diagnostice poruch osobnosti pomocí tzv. pětifaktorového modelu, který se v historii psychodiagnostiky opakovaně objevuje v dílech McDougalla, Thurstona, Fiskeho ad. a jeho zastánci jej vnímají i v pracích současných autorů např. Livesleyho. Pětifaktorový model vychází ze zkoumání popisu osobnosti v běžném jazyce. Všechny podobné pokusy však postrádají možnost vnímat vývojové zázemí poruch osobnosti a jsou uzavřeny do různých odchylek a rozptylů (Millon, 1996). Další kritika směřuje k názoru, že jde zřejmě o strukturu popisu osobnosti, ne o skutečnou strukturu osobnosti (Widiger, 1998). Na druhou stranu je pětifaktorový model považován za psychometricky stabilní v průběhu času i mezi pozorovateli, objevující se v různých kulturách a korelujících s jinými zdroji klinických měření.

Neurobiologicky temperamentově podložené teorie předpokládají význam temperamentu na míru poruchy osobnosti a na odpověď na léčbu. Podle některých autorů odrážejí již názory Freuda a Kraepelina.

Z neurobiologicky temperamentově podložených teorií se v 60. letech zvýraznil přístup A.Thomase a S.Chesse, kteří se zaměřili na temperament u dětí a zkoumali několik set novorozenců po několik let. Zjistili, že většina dětí měla již během prvního měsíce specifický a odlišitelný způsob chování. Autoři dospěli ke dvěma základním dimenzím, které podle nich určují do značné míry další vývoj – vzorec aktivity a adaptabilitu.

Jiná empiricky podložená teorie Busse a Plomina předpokládá čtyři temperamentové dimenze: aktivitu, emocionalitu, sociabilitu a impulzivitu. Donald Klein se pokoušel popsat osobnostní typy podle odpovědí na medikaci. Dospěl k řadě typů, které nazval např. hysteroidně-dysforický, emočně nestabilní, fobicko anxiózním aj. Larry Seiver navrhnul dimenzionální model, který obsahuje na jednom extrému diagnózy na ose I a lehčí poruchy osobnosti na druhém konci. Předpokládá čtyři osobností dispozice, které nazval

kognitivně/percepční organizace, impulzivita/agrese, afektivní nestabilita a úzkost/inhibice a jejich biologické koreláty.

Model C.Roberta Cloningera představuje návrh tří dispozic, označených jako Vyhledávání nového, Vyhýbání se poškození a Závislost na odměně a jejich spojení s dopaminergním, serotoninergním a noradrenálním systémem. V závislosti na konfiguraci těchto dispozic se předpokládá inklinace k osobnostním projevům. V roce 1993 byl model rozšířen o další temperamentovou dimenzi odvozenou ze Závislosti na odměně a tři charakterové dimenze. Millon (1996) oceňuje původní Cloningerův model pro jeho heuristickou hodnotu a kritizuje jeho rozšíření o „charakterové“ dimenze.

Hagop Akiskal se zaměřil na depresivní poruchy s předpokladem, že osobnostní varianty deprese představují mírné vyjádření základních, neurobiologicky zakotvených poruch nálad. Podle něho jsou osobnostní rysy a afektivní epizody odvozené ze stejných neurotransmiterových dysfunkcí. Základní skupina afektivního spektra jsou „subafektivní dystymici“, kteří jsou podobní Schneiderově depresivnímu temperamentu (Schneider, 1958) Temperament pokládá za subklinicky aktivní a snadno aktivovaný různými spouštěči a předpokládá tři typy – cyklotymiky, hypertymiky a depresivní. Navrhuje např.jako podklad generalizované úzkostné poruchy (GAD) tzv. generalizovaný úzkostný temperament (GAT) a tím navazuje na původní Kraepelinovy představy.

Za integrující je považován model Theodora Millona. Jeho přístup je považován za pokus o integraci různých facet osobnosti, včetně kognitivních, interpersonálních, dynamických i biologických (Livesley, 1997).

2.3.1 Integrativní model

K hlavním současným teoretikům a praktikům poruch osobnosti, vycházejících z evoluční teorie, patří Theodore Millon. Narodil se v roce 1928 v Brooklynu, jako jediný syn

nepříliš vzdělaných emigrantů z Litvy a Polska. Jeho otec pocházel rodiny, ve které byla řada rabínů a znalců talmudu. Po váhání mezi několika univerzitními obory si vybral psychologii a disertaci zaměřil na empirické potvrzení rysů autoritativní osobnosti. V roce 1949 dosáhl bakalářského titulu se zaměřením na filozofii, psychologii a fyziku, univerzitu končil již s klinickým psychologickým zaměřením, doktorát z filozofie získal při zaměření na klinickou, sociální psychologii a psychologii osobnosti. Disertační práci orientoval na autoritářskou nebo autoritativní osobnost a dále se vzdělával v teoretické psychologii.

V roce 1969 vydal významnou publikaci *Moderní psychopatologie*. Léta se pečlivě sebevzdělával a připravoval na další dráhu. V roce 1970 vedl velké oddělení psychologie na University of Illinois Medical Center. Spolupracoval na vytvoření DSM-III a později DSM-IV v oblasti poruch osobnosti. Pracoval také jako šéfredaktor časopisů *Psychology and Health* a hlavně *Journal of Personality Disorders* (založen v r.1987), který se stal oficiálním časopisem Mezinárodní společnosti pro studium poruch osobnosti, kterou pomohl založit v r.1988. Od roku 1986 pracuje na Harvardské univerzitě. Za svou práci získal řadu ocenění, např. v současné době od California Psychological Association (1998), American Board of Assessment Psychology (1998) a Texas Psychological Association (1999).

2.3.1.1 Teorie biosociálního učení

První pokus o teorii poruch osobnosti – teorii **biosociálního učení** - publikoval Millon již v roce 1969 a později ji dále upravoval a rozvíjel. Při studii historie zkoumání osobnosti došel ke třem základním dimenzím chování, které se opakují v různých částech světa, např. ve Francii, Německu, Rusku, USA ad. Tyto tři dimenze chování tedy Millon neobjevil, ale pouze zdůrazňuje jejich význam. Tato bipolární nebo dimenzionální schémata jsou obsažena podle Millona téměř univerzálně ve světové literatuře, stejně jako v psychologii a nejraněji je můžeme zachytit již v čínské I Ching a židovské Kabale.

Podle dřívějších autorů je označil jako aktivita vs. pasivita (tzv. instrumentální chování), subjekt vs. objekt (tzv. zdroj) a příjemné vs. bolest (tzv. podstata). Millon použil tuto trojici protikladů k popisu osmi typů osobností a tří „obtížných“ variant, které odpovídají oficiální klasifikaci poruch osobnosti podle DSM-III.

Tyto polarity jsou terminologicky blízké pojmům závislost-nezávislost, ambivalence (nejistota zda být závislý nebo nezávislý) a neschopnost prožívat příjemné („detached“, „odtržený“³). Millon ve své biosociální klasifikaci učení, jak ji sám nazývá, zkombinoval aktivitu-pasivitu se závislostí, nezávislostí, ambivalencí a odtržením, tedy vytvořil matici 4x2, pomocí které dospěl k 8 základním typům, ke kterým přidal 3 těžké poruchy. Celkem tedy vzniklo 11 odvozených osobnostních vzorců⁴. Označil je jako vzorce pasivně-závislý (submisivní osobnost), aktivně-závislý („stádní“, podle DSM histriónská osobnost), pasivně-nezávislý (narcistická osobnost), aktivně-nezávislý (agresivní osobnost), pasivně-ambivalentní (konformní osobnost), aktivně-ambivalentní (negativistická osobnost), pasivně-odtržený (sociální osobnost), aktivně-odtržený (vyhýbavá osobnost). Tři těžké poruchy představují výrazné potíže v sociálních kompetencích a opakované, ale reverzibilní psychotické epizody. Jsou to cykloidní (hraniční), paranoidní a schizotypální osobnost.

2.3.1.2 Evoluční model v pojetí Millona

V roce 1990 se v teorii přeorientoval směrem k **evolučnímu modelu**. Tento model podle autora představuje posun k hlubším a latentním rysům osobnosti. Millon se domnívá, že hlubší zákony psychiky můžeme získat z univerzálních principů, které obsahují vědy jako fyzika, chemie a obzvláště biologie. Domnívá se, že v těchto oblastech můžeme získat více než biofyzikální podklady psychologického jednání, nevědomé procesy nebo myšlení. Millon

³ S termínem „odtržení“ jsme váhali. Ve velkém anglicko-českém slovníku (Hais a Hodek, 1991) je termín detached definován jako oddělený, o samotě nebo stranou stojící, izolovaný, samostatný, jednotlivý, objektivní, nezaujatý, nestranný, lhostejný, netečný, indiferentní.

⁴ V angličtině vyjádřeno výrazem „pattern“.

se domnívá, že principy a procesy evoluce jsou základní a univerzální. Jeho teorie biosociálního učení a ontogenetická teorie neuropsychologických stádií (popsaná Millonem v r.1969) se tak přetvořila do teorie evoluční fylogeneze. Millon se domnívá, že je zapotřebí v hledání jít za rámec psychologie. O svých úvahách uvádí, že jsou založené jak na usuzování, tak na intuici (1996, str.70). V některých pasážích mluví o svém přesvědčení: „...autoři věří že vývoj poruch osobnosti by měl být posuzován v termínech základních personologických os zakotvených v evoluční teorii“ (1996, str.97, dále str.99). Věřící, že na rozdíl od Cloningerova přístupu nebo pětifaktorové teorii osobnosti (tzv. Big Five) je jeho model zakotven hlouběji na principech, které jsou společné řadě vědních disciplín.

Pro vysvětlení osobnosti i jejích poruch uvádí čtyři oblasti aplikace evolučních a ekologických principů, které označuje jako Existence, Adaptace, Replikace a Abstrakce. První tři oblasti a částečně i čtvrtá jsou společné i pro nižší druhy a jde vlastně o čtyři fáze evoluce.

Lidský organismus musí během ontogeneze podle Millona projít čtyřmi fylogenetickými „stádii“ a zvládnout čtyři „úkoly“ (tab.2). Všechna čtyři stádia začínají v děloze, vyvíjejí se simultánně a překrývají se po celý život. Tři polarity (aktivita vs. pasivita, subjekt vs. objekt, příjemné vs. bolest) představují tři fáze evoluce.

Tab. 2

Čtyři prvky evolučního modelu osobnosti (Millon a Davis, 1996)

Evoluční fáze	Funkce přežití	Neuropsychologický stupeň	Vývojový úkol
EXISTENCE	Zachování života (příjemné) Rozšíření života (bolest)	Senzorická vazba	Rozvoj důvěry k ostatním
ADAPTACE	Změna prostředí (aktivní) Přizpůsobení se prostředí (pasivní)	Senzomotorická autonomie	Získání adaptivní jistoty

REPLIKACE	Výchova potomstva (jiní) Vlastní rozvoj (já)	Pohlavní dospívání a identita	Přizpůsobení se sexuálním rolím
ABSTRAKCE	Usuzování (myšlení) Prožitková vyrovnanost (cítění)	Intrakortikální integrace	Vyrovnanost myšlení a cítění

Existence představuje v evoluci dvě prolínající se strategie – zachování života (vznik organismu, který je schopen přežít) a rozšíření života (vyhnout se událostem, které jej mohou ukončit). Zachování života představuje vyhledávání odměňujících zkušeností, rozšíření života vyhnutí se nebezpečí a ohrožení. Metaforicky je možné tyto dvě strategie vyjádřit jako *příjemné a bolest*. Prolínání obého je součástí také lidské normy, kde se střetává snaha zaměřit se na příjemnosti života vs. vyhnout se jejím bolestem. Na jednom konci kontinua je chování zaměřené na příjemné a potěšující. Neschopností přiblížit se této dimenzi představuje schizoidní a vyhýbavá osobnost, které jsou intenzivně citlivé na psychickou bolest, na druhé straně kontinua jsou osoby nepřiměřeně riskující, jako je antisociální osobnost tuto větu chápu spíš intuitivně, což může být moje hloupost anebo nejasnost vyjádření.

Adaptace představuje kontinuum mezi ekologickou akomodací, přizpůsobováním se prostředí a naopak přizpůsobováním prostředí sobě. Akomodace je patrná v říši rostlin, aktivní přizpůsobování prostředí sobě v říši zvířat. U člověka je optimální citlivé balancování obou. Neschopnost akomodace pozorujeme u histriónské osobnosti, která není schopná nechat být věci „tak, jak jsou“. Na druhém pólu je neschopnost dát svému životu směr, jako je to u závislých a pasivních osobností, obsedantně-kompulzivních, sebebránících (appendix A v DSM-III-R) a narcistických osobností, které předpokládají úspěch bez vlastní snahy. Naopak na druhém pólu aktivního přizpůsobování okolí je antisociální osobnost, se svou impulzivitou a excitabilitou přesahující kulturně akceptované normy.

Replikace představuje vztah k zaměření na sebe oproti zaměření na druhé. Přežití druhu vyžaduje zplazení potomků, tedy partnerství dvou rodičů. V evoluci se extrémně liší

počet potomků a péče o ně. Replikace je třetím „patníkem“ evoluce a představuje polaritu, které je u normální osobnosti vyvážená a projevující se v péči o potomstvo a zaměřením na svůj vlastní rozvoj. Aktualizaci svého rozvoje nezvládají závislé osobnosti, konstruktivní lásku k ostatním antisociální a narcistická osobnost. Antisociální osobnost využívá druhé pro své potřeby, narcistická vnímá svoji osobu jako mimořádně hodnotnou a chová se k druhým přezíravě a arogantně.

Abstrakce představuje schopnost překročit bezprostřední a konkrétní, schopnost symbolického vnímání, usuzování, zvažování, předpokládání, tedy evoluční skok do dalších možností změny a adaptace. V Millonových neuropsychologických stádiích není tato fáze spojena s žádnou poruchou osobnosti. Neuropsychologicky odpovídá „kortikální integraci“ s cílem dosáhnout vyrovnanosti cítění a myšlení.

Millon předpokládá, že paralelně s evolučními úkoly prochází jedinec stádii vývoje, které označuje jako neuropsychologická. Označuje je jako senzoričká vazba, senzoričkomotorická autonomie, pohlavní dospívání a identita a čtvrté jako intrakortikální integrace. Tato stádia podle našeho názoru nejsou nezbytná pro pochopení diagnostiky poruch osobnosti, takže je v této práci nerozvádíme.

2.3.1.3 Míra poruchy osobnosti

Co se hloubky poruchy osobnosti týče, rozlišuje Millon podle vztahu jedince a společnosti čtyři úrovně míry poruchy osobnosti:

1. Styl chybějícího potěšení („pleasure-deficient“ style), kam řadí schizoidní, vyhýbavou a depresivní poruchu osobnosti.
2. Styl interpersonálně nevyrovaný („interpersonally-imbanced“ style), který zahrnuje histryónskou, narcistickou a antisociální poruchu osobnosti.

3. Styl intrapsychicky konfliktní („intrapyschically-conflicted“ style), kam řadí sadistickou (agresivní), obsesivně-kompulzivní, negativistickou (pasivně-agresivní) a masochistickou poruchu osobnosti.
4. Styl strukturálně narušený („structurally-defective“ style), který zahrnuje sociálně nekompetentní osobnosti - schizotypní, hraniční a paranoidní poruchy osobnosti.

Millon uvádí z empirického hlediska dvě základní problémová východiska v diagnostice poruch osobnosti. *Syndromální kontinuita vs. diskontinuita* vychází z obecného předpokladu, že všechny psychologické abnormity jsou kvantitativními odchylkami od průměrné distribuce rysů. Tendenci vnímat poruchy syndromálně (kategoriálně) se může vyskytovat v raném stádiu vědy a s jejími pokroky jsou hranice vnímány jako méně ostré. Otázka *konzistence osobnosti vs. situační specifcity* je zdánlivě zodpovězena v předpokladu, že stabilita a podobnost v různých situacích objektivně existují (MKN-10, DSM-IV). Podle Millona je však pravděpodobné, že trvalé a konzistentní jsou ty charakteristiky osobnosti, které jsou klíčové pro jedincův styl jednání, a že tyto charakteristiky mohou být u různých jedinců různé.

2.3.1.4 Praktická diagnostika

V praktické diagnostice poruch osobnosti Millon doporučuje administrovat dotazníkový nástroj dvakrát nebo vícekrát v čase, zjistit opakující se a měnící se profil a celkové nápadnosti. Práci kliniků vnímá jako velmi obtížnou – zlatým standardem je obvykle DSM (nebo MKN), který zdaleka není optimální. Mezi nástroje významné pro posouzení osobnosti řadí také Rorschachův test, TAT a MMPI. V praktickém vyšetření se doporučuje zaměřit na funkční a strukturální oblasti. Mezi **funkční** řadí expresivní jednání, interpersonální chování, kognitivní styl a regulační mechanismus, mezi **strukturální**

představu sebe, reprezentaci objektu, morfologickou organizaci, náladu a temperament. Např. klinické oblasti (S=strukturální, F=funkční) paranoidního prototypu popisuje takto:

Behaviorální úroveň

(F) *Expresivně defenzivní* – je živě obranářský, bdělý v předvídání v odvracení křivdy, úkladů a klamání, je houževnatý a pevný v odporu proti zdrojům vnějšího vlivu a kontroly.

(F) *Interpersonálně provokující* – nejen, že ukrývá? nenávisť a nezapomíná na minulost, ale projevuje se konfliktně, podrážděně, s nabroušeným postojem k současným známostem, kvapně rozhořčeně a podrážděně zkoumá loajalitu a zabývá se úporně skrytými motivy.

Fenomenologická úroveň

(F) *Kognitivně podezřívavý* – je nespravedlivě skeptický, cynický, nedůvěřuje motivům druhých, včetně příbuzných, přátel a kolegů, vytváří neškodné události, které mu potvrzují skryté nebo konspirační motivy, odhaluje sklony ke skrytým motivům, přehání náznaky nebo mírné obtíže do důkazů neupřímnosti a zrady, zvláště k věrnosti a důvěryhodnosti partnera nebo důvěrného přítele. (S) *Neporušitelná představa sebe* – má setrvalé představy o vlastní důležitosti a významu, má dojem, že se mu dostává útoků na svůj charakter, který ostatní neznají, prosazuje se nactiutřačně, hanlivě nebo sprostě v nevýznamných událostech a jevech. Je pyšně nezávislý, odmítá důvěřovat druhým lidem, je výrazně nesnášenlivý, prožívá výraznou úzkost ze ztráty identity, statutu a významu svého určení.

(S) *Nezměnitelný objekt* – má zvnitřněnou představu významných raných vztahů, které jsou trvalé, nepřenositelnou soustavu hluboce uložených představ a postojů, které jsou utvrzeny nepoddajnými přesvědčeními uspořádanými ve fixní hierarchii naznačených, ale nejistých předpokladů, strachů a dohadů.

Intrapsychická úroveň

(F) *Projektivní mechanismus* – aktivně odmítá nežádoucí osobní rysy a motivy, a přikládá je druhým. Je slepý k vlastním méně příznivým rysům, ačkoliv je přehnaně kritický k podobným projevům u druhých lidí.

(S) *Nepružná organizace* – systematické zúžení a nepružnost zavedených morfologických struktur, stejně jako rigidní uchovávání obranných mechanismů, zvládání konfliktů a potřeba uspokojení vytváří napjatý rámec, který je natolik nekompromisní ve své nepřizpůsobivosti, že nepředpokládaná zátěž je často odrážena výbušností nebo vnitřním otřesem.

Biofyzikální úroveň

(S) *Zlostná nálada* – projevuje se chladně, mrzutě, neotesaně, bez humoru, pokouší se jednat neemocionálně a objektivně, ale je popudlivý, žárlivý, závistivý, snadno přechází do protiútoků a jedná našťvaně.

V klinické oblasti méně známý termín „morfologická organizace“ vysvětluje Millon jako silné stránky osobnostní struktury, vnitřní shodu a funkční efektivita a odvolává se na O.Kernberga.

Projevy poruch osobnosti v různých oblastech klinického zájmu⁵

Funkční oblasti					Strukturální oblasti			
Oblast/ porucha	Expresivní jednání	Interpersonální chování	Kognitivní styl	Regulační mechanismus	Představa sebe	Reprezentace objektu	Morfologická organizace	Nálada, temperament
Schizoidní	Netečný	Nečinný	Ochuzený	Intelektualizace	Spokojená	Chudá	Nerozlišující	Apatická
Vyhýbavý	Popudlivý	V odporu	Roztěkaný	Fantazie	Odcizená	Nesnesitelná	Křehká	Trýznivá
Depresivní	Zoufalý	Bezbranný	Pesimistický	Odříkavost	Bezcenná	Opuštěná	Vyprázděná	Smutná
Závislý	Nekompetentní	Submisivní	Naivní	Introjekce	Neobratná	Nezralá	Počínající	Umírněná
Histriónský	Dramatický	Vyhledávající pozornost	Bojovný	Dissociace	Pospolitá	Povrchní	Rozpojená	Vrtošivá
Narcistický	Povýšený	Využívající	Expansivní	Racionalizace	Vynikající	Zosnovující	Strojená	Bezstarostná
Antisociální	Impulzivní	Nezodpovědný	Deviantní	Agování	Autonomní	Znehodnocená	Napadající	Otrlá
Sadistický	Ukvapený	Hrubý	Dogmatický	Izolace	Bojovná	Zhoubná	Výbušná	Nepřátelská
Kompulzivní	Ukázněný	Respektující	Svázaný	Reaktivní formace	Zásadová	Utajená	Roztřídná	Vážná
Negativistický	Rozmrzelý	Paličatý	Skeptický	Přesun	Nespokojená	Kolísající	Rozbíhavá	Vznětlivá
Masochistický	Zdrženlivý	Uctivý	Qstýchavý	Přehánění	Nezasloužená	Nevěrohodná	Invertovaná, homosexuální	Dysforická
Schizotypální	Výstřední	Rezervovaný	Autistický	Zhouba	Odcizená	Chaotická	Fragmentovaná	Rozrušená, nebo necítící
Hraniční	Křečovitý	Paradoxní	Rozmarný	Regrese	Nejistá	Nekompatibilní	Roztříštěná	Labilní
Paranoidní	Obranářský	Provokující	Podezíravý	Projekce	Nedotknutelná	Nezměnitelná	Nepružná	Zlostná

⁵ Tabulku Millon (1996) podrobně rozvádí v popise jednotlivých poruch osobnosti. Překlad je pouze pracovní, je možné, že při podrobnějším studii Millonových popisů poruch osobnosti by byl korigován.

Na otázku, zda dát přednost kategoriím nebo dimenzím, navrhuje Millon prototypy, které kombinují kategoriální a dimenzionální přístup. Millonových patnáct⁶ „prototypů“ je doplněno vždy několika „subtypy“ platnými u dospělých osob, tj. celkem 60 různými variantami osobnosti. Prototypy a subtypy se Millon vyrovnává s nomotetickou i idiografickou klasifikací. Oproti tradičním prototypům jsou subtypy více specifické a idiografické. Kromě subtypů popisuje Millon u každého prototypu také „normální styl“, tj. projevy osobnosti, např. schizoidní, které ale nenabývají klinické závažnosti, dále také tzv. „dětské syndromy“. Prototypy jsou určeny na základě „teoretické dedukce“, představují teoreticky „ideální“ typy a vycházejí z historických zkušeností. Subtypy jsou více podmíněny klinickými zkušenostmi. Porovnání Millonovy a mezinárodních klasifikací ukazuje tab.3.

Subtypy např. paranoidní poruchy osobnosti podle Millona (popisuje je do značných podrobností) jsou tzv. dětský, fanatický, škodlivý, zatvrzelý, kverulantní a nesnášenlivý⁷. **Dětské syndromy** označují projevy tendence k paranoidní poruše osobnosti v dětství. Projevují se jako „prodloužení“ vyhýbavých rysů na straně jedné a sadistických na straně druhé. Obě se projevují úzkostným podezřením a přecitlivělostí na všímání si možných ohrožujících známek v okolí. **Fanatický subtyp** je méně strukturálně narušeným paralelou narcistické osobnosti, kterou je fanatik často protkán. V kontrastu s ní ale tvrdě bojuje proti realitě. Za určitých okolností může být společensky mimořádně cennou osobností v roli vědce nebo politika. **Škodlivý subtyp** bývá strukturálně narušenou variantou sadistické osobnosti, jejíž rysy se často prolínají s paranoidními. Můžeme jej charakterizovat jako nedůvěřivý, rozmrzelý, závistivý, autokratický, útočný a zstrašující. Pod těmito rysy je bezcitná touha triumfovat nad ostatními i za pomoci nelítostné síly. U některých osob mohou na tomto osobnostním terénu vyvstat persekční bludy kombinované s povýšeneckými. **Zatvrzelý**

⁶ V tab.4 je jich uvedeno 14, patnáctý je „dekompenzované poruchy osobnosti-terminální vzorec“, který nepředstavuje specifickou poruchu osobnosti, ale stadium.

⁷ V orig. childhood syndromes, fanatic paranoid, malignant paranoid, obdurate paranoid, querulous paranoid a insular paranoid.

subtyp je patologická forma méně strukturálně narušené obsedantně kompulzivní poruchy osobnosti. Osoby v tomto subtypu jsou bez humoru a v napětí, nedokáží tolerovat odklad nebo nejistotu a musí si vytvářet v životě řád a systém. Vzácně se vyskytuje bludný systém (označovaný dříve jako paranoia). Pacient se pak po většinu času může chovat bez nápadností, ale s narážkou na prvky bludného systému se bludné myšlení stává navenek znatelným. **Kverulantní subtyp** obsahuje několik různých typů osobností a zahrnuje přítomnost hostility, negativismus a zřetelné bludy. Charakterizuje jej nespokojenost, pesimismus, tvrdohlavost a kolísavost. V případě bludů jde často o erotické bludy. **Nesnášenlivý subtyp** je extrémně náladový a obávající se, přehnaně reaguje na kritiku. Často se, především v ranném stádiu, mísí s vyhýbavou osobností. Chrání se před světem, o kterém soudí, že je ohrožující a destruktivní. Často vytváří předčasné závěry o spíše náhodných a nepodstatných událostech. Usiluje o autonomii a trvá jen na svých představách a přesvědčeních.

Tab.3

Porovnání poruch osobnosti podle DSM-IV, MKN-10 a Millonova modelu.

DSM-IV	MKN-10	Millonova klasifikace
Schizoidní porucha osobnosti	Schizoidní porucha osobnosti	Schizoidní („asociální vzorec“)*
Vyhýbavá porucha osobnosti	Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti	Vyhýbavá („uzavřený vzorec“)
Depresivní porucha osobnosti (vyžaduje další výzkum)	Není v MKN-10	Depresivní („vzdávající se vzorec“)
Závislá porucha osobnosti	Závislá porucha osobnosti	Závislá („submisivní vzorec“)
Histriónská porucha osobnosti	Histriónská porucha osobnosti	Histrionská („stádní vzorec“)
Narcistická porucha osobnosti (vyžaduje další výzkum)	Narcistická porucha osobnosti (vyžaduje další výzkum)	Narcistická („sobecký vzorec“)
Asociální porucha osobnosti	Dissociální porucha osobnosti	Antisociální („povznesený vzorec“)
Nyní není v DSM-IV, byla v DSM-III-R	Není v MKN-10	Sadistická („hrubý vzorec“)

Obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti (v DSM III pod názvem Kompulzivní)	Anankastická porucha osobnosti	Kompulzivní („konformní vzorec“)
Pasivně-agresivní porucha osobnosti (vyžaduje další výzkum)	(vyžaduje další výzkum)	Negativistická („kolísavý vzorec“)
Není v DSM-IV, dříve námětem diskusí	Není v MKN-10	Masochistická („dotčený vzorec“)
Schizotypní porucha osobnosti (angl. schizotypal ^{**})	Není, v MKN-10 není zařazena pod poruchy osobnosti, ale pod F21	Schizotypní („výstřední“ vzorec)
Hraniční porucha osobnosti	Emočně nestabilní porucha osobnosti	Hraniční („nestabilní vzorec“)
Paranoidní porucha osobnosti	Paranoidní porucha osobnosti	Paranoidní („podezřívavý vzorec“)

* překlad termínů do češtiny v tomto sloupci vychází z angl.terminologie: asocial, withdrawn, giving-up, submissive, gregarious, egitistic, aggrandizing, abusive, conforming, vacillating, aggrieved, eccentric, unstable, suspicious.

** přidržujeme se Smolíková (1996) překladu.

Problém vztahu mezi osou I a osou II vidí Millon ve třech modelech. Model *vulnerability* předpokládá, že porucha osobnosti umožňuje vývoj poruchy na ose I. Model *komplikace* říká, že kauzalita je obrácená, a že porucha na ose I iniciuje změnu osobnosti. *Patoplastický* model tvrdí, že porucha osobnosti ovlivňuje průběh poruchy na ose I, ale sama o sobě ji nespouští. Všechny tři modely pokládá Millon za pravdivé u různých jedinců, ale i u jednoho jedince zároveň. Domnívá se, že poruchy osobnosti přispívají nejen k vulnerabilitě, ale také ovlivňují průběh nemoci.

2.3.1.5 Millonův klinický víceosý dotazník MCMI- III

Operacionalizací Millonovi teorie je dotazníková metoda MCMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory). Millon (1997) je definuje jako víceosý nástroj, odvozený u integrovaného modelu psychopatologie a osobnosti, ale koordinovaný ve víceosém modelu DSM.

Vývoj MCMI trval téměř 7 let a je v USA běžně klinicky užíván. Na MCMI navázaly další varianty testu, v roce 1994 MCMI-III. Kromě toho vytvořil Millon jiné metody orientované na osobnost, které nabízejí přední nakladatelé psychodiagnostických metod, jako je např. Psychological Corporation. MCMI-III⁸ považuje její autor za objektivní psychodynamický nástroj, který je založen a administrován strukturovaně a standardně, ale interpretován podle vztahů mezi škálami. Podle své struktury je podobný MMPI a skládá se ze 24 klinických škál, ale interpretován je podobně jako Rorschachův test nebo TAT.

MCMI-III je podle Millona podložen evoluční teorií, která předpokládá, že všechny organismy jsou konfrontovány v boji za přežití (příjemné vs. bolest), úsilím adaptovat se k prostředí nebo naopak prostředí přizpůsobit vůči sobě (pasivita vs. aktivita) a strategie k reprodukci své rodiny oproti investování do vlastního opakování (druzí vs. já).

Millon považuje MCMI za odlišující se od ostatních dotazníků relativní krátkostí (175 položek, administrace cca 20-30 minut), teoretickým základem (evoluční teorie), multiosým formátem (11 poruch osobnosti, 3 „těžké“ osobnostní varianty, 7 klinických syndromů, 3 „těžké“ klinické syndromy, 4 validizační škály), konstrukcí procházející třemi stupni validizace (teoreticky-existenciální, vnitřně-strukturální, vnějškově kriteriální, porovnání převážně různých klinických skupin místo normy vs. patologie), užití zvláštního druhu vážených skóre (na základě „vážení“ položek podle míry „prototypu“) a hloubky diagnostické interpretace. MCMI je určen k posouzení klinických případů, ne ke všeobecnému psychiatrickému screeningu – pro ten doporučuje Millon jiné své nástroje⁹. Millon sám vzhledem k důkladné validizaci MCMI určuje schopnost validní diagnostiky pomocí MCMI v 55-65%, užitečnou, ale s částečně nesprávnou ve 25-30% a chybnou v 10-15%. Určitá hladina Millonova váženého skóre (tzv. base rate) je posuzována jako *rys* a určitá jako *porucha*. *Rys*

⁸ Craig (1999) shrnuje Millonovo úsilí takto: „je brilantní teoretik, který vytvořil řadu klinicky užitečných dotazníků, z nichž je nejspíš MCMI nejlepší. Tři verze MCMI vytvořily významný zájem a výzkum v posledních 20 letech a řada kliniků upřímně oceňuje jejich vzhled a výsledky. Co můžeme chtít od muže více!“

definuje jako mírné, ale dobře definované osobnostní znaky. V aktuální manifestované podobě jsou klinicky nevýznamné a spadají do pásma normality. *Osobnostní styl* definuje jako konfiguraci osobnostních rysů, které jsou v zásadě subklinického významu, představují příležitostné adaptivní potíže, ale léčba není indikována. Poruchu definuje jako dostatečně problémový osobnostní vzorec, který významně narušuje fungování osobnosti. Popis jednotlivých škál přesahuje rámec této práce; MCMI-III obsahuje také syndromy, které DSM-IV či MKN-10 vynechala či je zařazuje do příloh, např. sadistickou, masochistickou a narcistickou poruchu osobnosti. Příklad vyhodnocení Millonova MCMI-III v klinické praxi¹⁰:

⁹ Jde o Millon Behavioral Health Inventory, Millon Adolescent Clinical Inventory, Millon Index of Personality Styles. Metody je možné získat prostřednictvím Psychological Corporation a NCS Assessment.

¹⁰ ukázka je příkladem práce s pracovní verzí překladu v rámci grantu IGA 6800-3.

Příklad počítačového vyhodnocení Millonova MCMI-III

	Hrubý Skór	Vážený skór	
Validizační škály:			
X	100	63	Otevřenost
Y	10	47	Desirabilita
Z	18	74	Debasement

Klinický osobnostní profil:

1	3	30	Schizoidní
2A	2	17	Depresivní
2B	17	92	Vyhýbavý
3	11	77	Závislý
4	18	82	Histriónský
5	10	63	Narcistický
6A	7	64	Antisociální
6B	6	61	Sadistický
7	9	44	Kompulzivní
8A	10	63	Negativistický
8B	10	85	Masochistický

Vážná osobnostní patologie:

S	4	60	Schizotypální
C	15	83	Hraniční
P	0	0	Paranoidní

Klinické syndromy:

A	15	96	Úzkostná porucha
H	5	43	Somatoformní porucha
N	5	60	Bipolární-manická porucha
D	14	79	Dystymie
B	8	70	Alkoholová závislost
T	6	65	Drogová závislost
R	15	74	PTSD

Vážné klinické syndromy:

SS	10	64	Porucha myšlení
CC	12	75	Depresivní porucha
PP	0	0	Porucha s bludy

Naše vlastní diagnostické zkušenosti zatím s přibližně třemi desítkami psychiatrických pacientů na otevřeném oddělení Psychiatrického centra Praha, kdy MCMI-III kombinujeme s diagnostikou temperamentu a charakteru podle C.R.Cloningera (Cloninger et al., 1994) a dalším metodami (především SCL-90-R), ukazují jednak na doplňující charakter k TCI (Temperament and Character Inventory) a na možnost originální diagnostiky, kombinující syndromy osy I s osou II. Domníváme se, že MCMI-III otevírá pro klinickou praxi nové možnosti, spočívající především v hlubším vhledu do propojení klasických psychiatrických syndromů (např. deprese, úzkost, PTSD) a osobnostního rámce, do kterého jsou zasazeny.

Ohlasy na Millonovy práce jsou od jiných teoretiků i praktiků ze severoamerického kontinentu vesměs značně pozitivní. Millonův žák, Roger D.Davis (1999) chválí Millona za myšlenkově propracovaný přístup, který prohlubuje pochopení poruch na ose I: „Millon zdůrazňuje, že každý klinický syndrom existuje v kontextu osobnostního vzorce, který je často patogenní. Osobnost je nepřetržitý a zamotaný řetězec opakujících se myšlenek, interpersonálního chování a nevědomých mechanismů, které volají po simultánních nebo alternativně zaměřených metodách“.

Kritici i žáci oceňují Millonovo úsilí obsahující 35-40 let práce (Davis, 1999). Model Theodora Millona představuje informačně bohatý zdroj. Na rozdíl od stručného a věcného Aarona T.Becka, autora známé Cognitive Therapy of Personality Disorders (Beck a Freeman, 1990), Millon hojně cituje také z evropské tradice zkoumání osobnosti a optimálně vyvažuje teoretický model a mnohaleté klinické zkušenosti. Přínos jeho teorie se prostřednictvím klinické operacionalizace projeví zřejmě až v dalších desetiletích.

Podle současného významného statisticky orientovaného teoretika poruch osobnosti – Thomase A.Widigera – je Millonův teoretický model bohatý a velkolepý ve svém rozsahu, a v mnoha aspektech shrnující, promyšlený a detailní, zasluhující pozornost dalších teoretiků a výzkumníků (Widiger, 1999). Millonův terapeutický model je pokládán Dorrem (1999) za extrémně ambiciózní a pokouší se propojit diagnostiku a terapii mnohem těsněji, než je to doposud. Jednotlivé komponenty modelu jsou poskládány také z prací jiných autorů – expresivní jednání od Thorndikea, Skinnera a Hulla, interpersonální chování od Sullivana, Benjaminové, Kieslera a Wiggina, kognitivní styl od Becka, regulační mechanismy a reprezentaci objektu od psychoanalyticky orientovaných autorů (Millon, 1999). Evoluční Millonovo pojetí je blízké Wilsonově sociobiologii (Millon, 1999). Podle názoru žáka Davise Millon pozoroval netušené paralely mezi fylogenetickou evolucí genetické skladby a osobního vývoje adaptivních strategií jednotlivého organismu „... a využil evolučně

podložený teoretický koncept pro normální i abnormální osobnost“ (Davis, 1999; Strack, 1999). Přidáním evolučního pojetí se Millonův přístup obohatil, zesložil a jen málo kliniků je schopno využít tento složitý systém produktivně (Choca, 1999). Kritičtější jsou ohlasy k tomu, že se jeho teorie neprojevuje v konstrukci metod, jak uzavírá Choca (1999): „faktorové studie ukázaly, že se Millonovy osobnostní prototypy vyvíjejí velmi dobře z položek, včleněných do druhého a třetího vydání Millonových klinických víceosých dotazníků...nikdo není schopen prokázat, že faktory druhého řádu odpovídající Millonovým polaritám jsou součástí struktury jakéhokoliv z jeho testů...další výzkum musí nalézt způsob validizace jeho konceptů, pokud jeho teorii chceme brát za více než jen zajímavé myšlenky“. Widiger (1999) však zpochybňuje odvození osobnostních vzorců od tří polárních dimenzí a především jejich využití v Millonově modelu, ale zdůrazňuje, že se objevují v řadě jiných přístupů k osobnosti.

2.3.2 Evoluční teorie osobnosti

Evoluční model je natolik nový, že není většinou k ostatním modelům poruch osobnosti přiřazován. Sociobiologie, uplatňující svůj vliv především od 70. a 80.let, je založena mj. na myšlence, že lidská mysl je zkonstruována způsobem, který ji uzavírá do základního (genetického) omezení a nutí ji volit čistě na základě biologického mechanismu. Můžeme si tak být celkem jisti, že „větší část genetické evoluce lidského sociálního chování proběhla pět miliónů let před nástupem civilizace, v době, kdy se náš druh skládal z rozptýlených, relativně nepohyblivých populací lovců-sběračů“ (Wilson, 1993). Současné hlavní modely osobnosti a jejích poruch - Millona, Cloningera, Becka, Knoblocha a dalších – jsou evoluční psychologíí ovlivněny. Molekulárně genetická a evoluční odlišnost mezi lidmi a šimpanzi, udávaná pouhým 1,5% rozdílem uspořádání dědičné informace přináší významné odlišnosti mezi organismy. Neuvědomujeme si, že jsme v lovecké a sběračské podobě prožili

99% svých dějin (Koukolík a Drtilová, 2001). Primitivní lidé jsou tak jakýmisi ekologickými analogiemi lvů, vlků a hyen (Wilson, 1993).

A.T.Beck (1990) v uznávané publikaci o kognitivně behaviorální terapii poruch osobnosti uvádí v souladu s Bowlbym, že geneticky determinované „strategie“ mohou být odvozeny z fylogenetického dědictví. Původní primitivní strategie jsou v přehnané míře součástí poruch osobnosti. Dramatické chování histriónské osobnosti může mít své kořeny v rituálních projevech zvířat, antisociální v predátorském chování, závislé ve vazbách pozorovatelných i u zvířat. F.Knobloch (2001) se odvolává na evoluční teorii s poukazem, že v jeho komunitách je přibližně 30 pacientů, tedy podobně jako ve skupinách lovců a sběračů v době, ve které lidstvo prožilo naprostou většinu své existence.

T.Millon (1996) vnímá rozvinuté druhy jako odlišující se různým způsobem v adaptaci na měnící se prostředí. Osobnost je poté možno vnímat jako reprezentaci více méně odlišného stylu adaptace, kterým se organismus určitého druhu vztahuje k typickým změnám prostředí. Poruchy osobnosti pak představují styly maladaptivního chování, které může být nevyvážené, nedostatečné nebo konfliktní ve způsobu vyrovnávání se s prostředím. Millon také chápe evoluční principy jako neodporující jiným teoretickým modelům, např. neurobiologickému nebo behaviorálnímu, naopak, vnímá je jako paralelní, ale věří, že mohou být do evolučního modelu zahrnuty.

2.4 Prevalence poruch osobnosti

Četnost výskytu poruch osobnosti i jednotlivých druhů poruch osobnosti se v různých výzkumech odlišuje. Značně záleží na způsobu výběru i způsobu zařazování do diagnostických skupin (Koukolík a Drtilová, 1996).

Celková prevalence poruch osobnosti je udávána mezi 6-9% (Smolík, 1996), ale i vyšší – 10-15% (Clarkin, 1998). Podle Weismana (1993, in Coolidge a Segal, 1998)

celoživotní prevalence je v obecné populaci 10-13%, podle Nortona (1992) asi 10%. Coolidge et al. (in Coolidge a Segal, 1998) našel u mladších duševně nemocných chronických pacientů incidenci 66%, u starších 58%. Ze 1439 pacientů osmdesáti čtyř privátních ženevských psychiatrů jich bylo hodnoceno jako porucha osobnosti 75% (Aapro et al., 1999). Asi 50% klientů vyhledávajících psychoterapii má poruchu osobnosti (in Coolidge a Segal, 1998).

V první australské národní studii duševních poruch (Jackson a Burgess, 2000) byla prevalence poruch osobnosti podle zkoumaného souboru odhadnuta na 6,5% (tj. 870 000 osob starších 18 let lze hodnotit v Austrálii poruchou osobnosti).

2.5 Výběr metod

V klinické praxi a ve výzkumu se používají především dva druhy metod – dotazníkové metody a rozhovor, v klinické praxi semistrukturovaný, ve výzkumu strukturovaný. Volba metody, zdá se, má vliv na míru a typ diagnostikovaných osobnostních poruch (Mulder, 2002). Sebeuposuzovací metody obecně klasifikují poruchy osobnosti častěji než strukturované rozhovory, a ty zase více, než klinické hodnocení (Mulder, 2002).

Všechny existující sebeuposuzovací metody nebo strukturované rozhovory podle Westena a Shendlera (1999a,b) spočívají na přímých otázkách odvozených z kritérií osy II. U pacientů s poruchami osobnosti je ale velký problém pokládat přímé dotazy, zvláště u často scházejícího vhledu a pochopení, typického projevu poruchy osobnosti těchto pacientů. V jedné studii se ukázalo, že ze tří metod (přímé otázky odvozené z kritérií osy II; poslouchání pacientova vyprávění; pozorování pacienta během vyšetření) klinici nejvíce využívají druhou a třetí, zatímco přímé kladení otázek považují za nejméně účinné, ačkoliv to běžně dělají při vyšetření poruch na ose I.

Kromě rozhovoru lékaře (psychologa) s nemocným a následným posouzením diagnostickými vodítky se používá řada posuzovacích a sebeposuzovacích metod. Millon a Davis (1996) udávají hlavní metody na diagnostiku poruch osobnosti (tab.4).

Přestože je v ČR zvykem odvozovat diagnostiku osobnosti od výsledků projektivních technik, Millon (1996) uvádí absenci projektivních technik, které by přímo měřily osobnostní konstrukty podle DSM.

Mezi strukturovanými interview vyniká výzkumně zaměřený Structured Interview for Personality Disorders (SCID, SCID-II pro DSM) a klinicky i výzkumně orientovaný International Personality Disorder Examination (IPDE, pro DSM a MKN). Tyto nástroje jsou někdy považovány za „**zlatý standard**“. IPDE vznikl jako nástroj WHO a ADAMHA (US Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration) s cílem zintenzivnit úsilí v klinické oblasti i výzkumu v poruchách osobnosti u různých kultur i národů. V rámci stejného projektu vznikl např. pro epidemiologické využití CIDI (Composite International Diagnostic Interview), který z poruch osobnosti obsahovala antisociální poruchu osobnosti.

IPDE je semistrukturovaný rozhovor, obsahuje 157 položek a slouží k diagnostice specifických poruch osobnosti především pro kliniky. Na validizaci nástroje spolupracovalo 14 center v 11 zemích Severní Ameriky, Evropy, Asie a Afriky. Minimálně jeden z příznaků poruchy osobnosti se musí rozvinout před 25 rokem a trvat minimálně 5 let. Jednotlivé položky se škálují (0-schází nebo v běžné míře, 1- přítomno ve zvýrazněné míře, 2 - patologie).

Výsledek IPDE obsahuje informace o všech poruchách (přítomnost nebo absence všech kritérií), zda je skórování založeno na informacích od pacienta nebo informanta (angl.výraz pro „blízkého“ člověka), počet splněných kritérií pro každou poruchu, diagnostický závěr o každé poruše (definitivní, pravděpodobná, negativní) a dimenzionální skór pro každou z poruch.

Jako příklady uvádíme jednu z položek IPDE a vyhodnocovací arch pro jednu z poruch osobnosti.

Příklad jedné z položek IPDE

9.	Pacient	Informant	Kritérium
	0 1 2 ?	0 1 2	Pocity nadměrných obav a opatrnosti Anankastická: 1
<ul style="list-style-type: none"> • Máte hodně pochybností o různých věcech? Pokud ano: rozčiluje Vás to nebo způsobuje Vám to problémy? Pokud ano: řekněte mi o tom • Jste hodně opatrný a obáváte se, že uděláte chybu? Pokud ano: zlobí Vás to nebo dělá Vám to problémy? Pokud ano: řekněte mi nějaké příklady, jak to myslíte. <p>Pokud položka 8 (předchozí položka) byla skórována jako 1 nebo 2, měl by být pacient opatrně dotazován, zda důvodem pro excesivní obavy není zapříčiněna potřebou rad a ujišťování od ostatních. Opatrnost musíme věnovat výjimečným obavám z udělení chyby. Obavy limitované zájmem o tělesnou jistotu nejsou součástí tohoto kritéria. Pro skór 2 musí být evidence pro obavu i opatrnost a známka, že pocity jsou někdy zdrojem distresu nebo problémů.</p>			
Skórování	Popis		
2	Časté excesivní obavy a opatrnost, které někdy vedou k distresu nebo problémům v sociální nebo pracovní oblasti.		
1	Časté excesivní obavy a opatrnost, ale ne obojí, které někdy vedou k distresu nebo problémům v sociální nebo pracovní oblasti nebo Občasné excesivní obavy a opatrnost, které někdy vedou k distresu nebo problémům v sociální nebo pracovní oblasti.		
0	Popřeno, vzácné, nebo nepodepřené přesvědčivými příklady		

Tab.4

Hlavní diagnostické metody na poruchy osobnosti. Upraveno podle Millona a Davise (1996).

Druh metod*	Kategorie	Metody
SEBEPOSUZOVACÍ DOTAZNÍKY	Dotazníky na měření manifestních poruch osobnosti**	MCMI-III (Millonův klinický víceosý dotazník) MMPI PDQ-Revised (Personality Diagnostic Questionnaire) Další: DAPP-BQ, CATI, PAI
	Dotazníky na	NEO-PI-R (Neuroticism, Extroversion, Openness)

	měření latentního matematického konstruktů	to Experience-Personality Inventory-Revised) SNAP (Schedule of Nonadaptive and Adaptive Personality) TPQ (Tridimensional Personality Questionnaire) nebo nověji TCI (Temperament and Character Inventory) WISPI (Wisconsin Personality Disorders Inventory) MIPS (Millon Index of Personality Styles)
STRUKTUROVANÉ ROZHOVORY	Komplexní strukturované rozhovory	SCID (Structured Clinical Interview for DSM) SIDP-R (Structured Clinical Interview for DSM Personality Disorders-Revised) PAS (Personality Assessment Schedule) IPDE (International Personality Disorder Examination)**
	Jednotlivé strukturované rozhovory	DIB-R (Diagnostic Interview for Borderlines-Revised) DIN (Diagnostic Interview for Narcissism)
	Katalogy (Checklist)	PACL (Personality Adjective Checklist) MPDC (Millon Personality Diagnostic Checklist) PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised)
PROJEKTIVNÍ TECHNIKY¹¹		TAT Rorschachův test ¹²

* všechny druhy metod jsou podle Millona a Davise (1996) nezbytné, ale ne dostatečné pro komplexní vyšetření osobnosti

** vycházejí z převodu kritérií DSM nebo MKN do dotazníkových položek

*** jako jediný strukturovaný rozhovor je koncipován pro DSM i MKN zároveň

Anankastická porucha osobnosti (příklad vyhodnocovacího archu pro anankastickou poruchu osobnosti podle IPDE)

(trvání 5 let, výskyt v posl.12 měs., počátek před 25 rokem)

Anankastická porucha osobnosti (F 60.4)

		Věk na počátku	
kritéria MKN-10	položka IPDE	< 25 let	> 25 let
1. Pocity nadměrných obav a opatrnosti	9		

¹¹ Zajímavou možností projektivní diagnostiky poruch osobnosti je kresba, viz např. Hárđi (1992).

¹² Projevy poruchy osobnosti v Rorschachově testu shrnují v ČR Řičan, Šebek, Ženatý a Morávek (1981).

2. Nadměrné zabývání se detaily, pravidly, seznamy, pořádkem, organizací nebo plánem	3		
3. Perfekcionismus, který je na úkor splnění úkolu	2		
4. Nadměrná svědomitost a puntičkářství	14		
5. Nadměrná svědomitost, skrupulantství, nevhodné zabývání se produktivností na úkor radosti a interpersonálních vztahů	1		
6. Puntičkářství a sociální konvenčnost	65		
7. Rigidita a paličatost	28		
8. Nerozumné vyžadování, aby se jiní podřizovali pacientovu způsobu práce nebo nerozumný odpor vůči způsobu práce druhých	27		
Diagnóza Negativní Pravděpodobná Jistá	Počet naplněných kritérií		
	Dimenzionální skór		
	Počet kritérií na základě informanta		

1. Převed'te hodnoty ze Záznamového archu do tabulky podle vodítek na str.12. Skóry, získané od informanta, dejte do závorek (např.[2]).
2. Spočítejte počet skórů v závorkách [] a zapište číslo do kolonky „Počet kritérií na základě informanta“.
3. Pokud není skór 1 nebo 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, zapište 0 do kolonek „Počet naplněných kritérií“ a „Dimenzionální skór“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Anxiózní (vyhýbavé) poruchy osobnosti.
4. Sečtete skóry v kolonkách „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a zapište hodnotu do kolonky „Dimenzionální skór“.
5. Pokud není skór 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, napište 0 do „Počet naplněných kritérií“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Anxiózní (vyhýbavé) poruchy osobnosti.
6. Spočítejte počet skórů 2 ve sloupcích „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a napište jej do kolonky „Počet naplněných kritérií“.
7. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ menší než 3, zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Anxiózní (vyhýbavé) poruchy osobnosti.
8. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ větší nebo roven 4, zaškrtněte „Jistá“ u **Diagnózy**. Přeskočte další bod a pokračujte u Anxiózní (vyhýbavé) poruchy osobnosti.
9. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ rovno 3, zaškrtněte „Pravděpodobná“ a pokračujte skórováním u Anxiózní (vyhýbavé) poruchy osobnosti.

2.6 Jak postupovat při diagnostice?

Neznáme s jistotou příčiny většiny duševních poruch, nejsme si jisti, zda je naše klasifikace poruch osobnosti správná a zda metody jejich diagnostiky jsou validní. Klinická diagnostika poruch osobnosti je nelehká a roztržštěná. Ani ve světě neexistuje jasný diagnostický algoritmus. Diagnostika v ambulantní praxi je obtížnější než v nemocnici nebo na klinice, protože kontaktů s pacienty je méně a nejsou tak intenzivní. Nejčastější chyby, které se vyskytují, jsou:

1. přehnaný důraz na aktuální stav oproti zkoumání dlouhodobého vývoje.
2. zaměňování osy I a II.
3. chybění informací od blízkých pacienta nebo klienta.

Při vyšetření ideálně kombinujeme sebeposuzovací dotazníky zaměřené na manifestní projevy poruch osobnosti (např. Millonův MCMI-III) a dotazníky zaměřené na latentní konstrukt osobnosti (např. Cloningerův TCI nebo NEO-FFI¹³) a strukturovaný rozhovor v lepším případě (např. Lorangerovo IPDE). V horším případě použijeme anamnestický rozhovor nebo volný rozhovor. Používání různých domácích dotazníků (např. Mikšíkovo SPIDO nebo KUD) je rizikové vzhledem k absenci odborné literatury o jejich vztahu k poruchám osobnosti. V ČR rozvíjí tzv. "interakční" a interpersonální přístup Josef Výrost a Milana Kovaničová (2000, 2001), který je pro praxi možná vhodnou kombinací s MCMI-III nebo TCI.

Význam dotazníků v diagnostice poruch osobnosti by se neměl přeceňovat. Postupovat bychom měli podobně, jako např. v sexuologii (Kolářský, Břichcín a Hollý, 2001). Jestliže objektivní zprávy vedou k hypotéze poruchy, stačí v dotazníkových metodách i mírnější potvrzení hypotézy. Jde o stejnou logiku, jako když se užívá „zdánlivě měkčích

¹³ V Čechách Hřebíčková (1997, 1999)

statistických kritérií významnosti (jednokoncových testů), je-li hledaný jev (směr rozdílu) předvídan“. I značně nápadný výsledek v dotazníku je zapotřebí brát s rezervou, pokud poruše neodpovídá anamnéza a objektivní zprávy.

Při aplikaci IPDE můžeme využít pouze jednotlivé moduly (Preiss, 2001), čímž ušetříme čas. Pokud je to možné, použijeme sebeposuzovací metody dvakrát k vyloučení vlivu aktuálního stavu na výpověď o osobnostních proměnných.

Vzhledem k vlivu aktuálního psychického stavu na klinikův úsudek považujeme za správné diagnostiku provést dvakrát (v době obtíží a po jejich alespoň částečném odeznění). Za optimální při našich zkušenostech považujeme tento postup:

1. První vyšetření dotazníky (TCI, MCMI-III) a dalšími metodami (Rorchach, Doplnování vět).
2. Vyšetření 1-2 hlavních poruch osobnosti (identifikovaných TCI a MCMI-III) podle IPDE
3. Druhé vyšetření (TCI, MCMI-III).

Při prvním vyšetření provedeme dotazníková měření pomocí Cloningerova TCI a Millonova (anebo jen TCI a MCMI-III) MCMI-III. Mezi těmito dvěma metodami uděláme krátkou přestávku. Provedeme také sebeposouzení projektivními metodami. Sebeposouzení pomocí BDI (BAI) je výhodné především pro měření aktuálního stavu. Po určení hlavní osobnostní psychopatologie (např. závislosti) provedeme ještě vyšetření pomocí příslušného modulu IPDE (v tomto případě Závislá porucha osobnosti), kterým potvrdíme nebo vyvrátíme poruchu osobnosti. S odstupem času (nejlépe období delší než 2 týdny) provedeme již jen vyšetření dotazníkovými metodami a posoudíme změny od prvního vyšetření. Teprve po tomto vyšetření promýšlíme závěr, ve kterém se vyjádříme k hloubce a složení osobnostní

psychopatologie. Pokud sebezposuzovací metody poruchu osobnosti potvrzují a strukturovaný rozhovor ne, dáme přednost výsledkům strukturovanému rozhovoru.

Hloubka psychopatologie a příklad nálezů z vyšetření

Hloubka psychopatologie	Příklad nálezů
Porucha osobnosti	Jasný nález v IPDE – potvrzení poruchy osobnosti podle kritérií MKN-10
Akcentace osobnosti (zvýraznění osobnostních rysů)	Výrazné nápadnosti v TCI (např. velmi nízké Sebeřízení a Ochota spolupracovat)
Bez nápadností (osobnost v rámci širší normy)	Skóry Sebeřízení a Ochoty spolupracovat jsou v rámci normy

Poruchu osobnosti bychom měli diagnostikovat pouze tehdy, pokud:

- A. jsme přesvědčeni, že se jedná o dlouhodobou, ne aktuální záležitost.
- B. jsme schopni odlišit poruchu na ose II od osy I.
- C. naše diagnostické vyšetření je v souladu s kritériemi MKN nebo DSM.

Při vyšetření se pokoušíme odpovědět tyto otázky:

1. jedná se u pacienta (klienta) o poruchu osobnosti?
2. o jakou specifickou poruchu osobnosti se jedná?
3. jsou nějaké komorbidní specifické poruchy osobnosti?
4. je komorbidita na ose I a pokud ano:
5. způsobuje porucha na ose I poruchu osobnosti?
6. ovlivňuje porucha osobnosti poruchu na ose I a jak?
7. jaký druh terapie pro pacienta (klienta) doporučujeme?

Pokud zjistíme, že pacient (klient) má více specifických poruch osobnosti (např. emočně nestabilní a závislou, píšeme o poruše osobnosti s emočně nestabilními a závislými

rysy, spíše než o pacientovi s poruchou osobnosti emočně nestabilní a s poruchou závislou. Pokud nezjistíme poruchu osobnosti, ale přesto nám osobnostní rysy připadají extrémní nebo významně se odchyľující, můžeme psát o osobnosti s trendem k poruše osobnosti nebo o osobnosti s rysy, které blíže specifikujeme (Houbová, Praško, Preiss, 2004a,b). Vhodné je přidat větu o tom, jak by daná osoba mohla reagovat při zátěži.

Rozhovor s pacientem o závěrech vyšetření by měl obsahovat např.následující:

...takže, pokusím se Vám shrnout, k čemu jsem při vyšetření došel. Ta první zpráva je, že se nedomnívám, že byste měl nějakou závažnou psychiatrickou nemoc nebo poruchu, která by se musela obtížně a náročně léčit. To je myslím dobrá zpráva, ne? Ta druhá zpráva je, že Vaše potíže by se daly označit jako osobnostní zvláštnosti nebo také porucha osobnosti. Jak jistě víte, každý máme nějakou „osobnost“ a každý člověk se od druhých v některých vlastnostech liší. Vy se také od ostatních lidí v některých vlastnostech lišíte, a v některých dokonce dosti výrazně. Nejvíce mi připadá, že se lišíte v za druhé mi připadá, že se od většiny ostatních lidí odlišujete v a pak také To není nic hrozného. Pouze se v některých vlastnostech od druhých odlišujete více. To hlavní, co si myslím, že je potřeba a může Vám pomoci, je práce na sobě. Myslím tím psychoterapii. Myslím si, že byste měl mít k Vaší pomoci člověka, který je zkušený a se kterým byste byl dlouhodobě v kontaktu a pracoval na tom, co Vám dělá potíže. Asi již chápete, že na Vaše potíže není žádná zázračná pilulka, i když na druhou stranu si myslím, že Vám léky někdy mohou práci na sobě usnadnit. Práce na sobě bude pro Vás náročná, ale na druhou stranu je to opravdu věc, která Vám v dlouhodobější perspektivě může pomoci...

V praktické diagnostice neplatí, že každá osoba s poruchou osobnosti musí mít problémy se sebou nebo s okolím. Deprivant, v pojetí Koukolíka a Drtilové, je jedinec, který nemusí být nápadný v lékařském smyslu slova, tj. není nemocný, ani nemá poruchu osobnosti. Deprivanti jsou lidé, kteří z biologických, psychologických nebo sociokulturních důvodů nedosáhli lidské normality či o ni přišli (Koukolík a Drtilová, 1996). Klinici, kteří toto pojetí neznají, píší u dospělých osob často o „nezralosti“ osobnosti. Teda nezralý nebo deprivant vyzní dost jinak...

2.7 Změny v diagnostice poruch osobnosti v průběhu psychických potíží

Považuje se za samozřejmé, že kognitivní funkce nemůžeme vyšetřovat v průběhu floridní psychopatologie, např. deprese. Vliv aktuálního stavu na vyšetření osobnosti a jejích poruch se však bere v potaz méně, i když o vlivu např. deprese na osobnost a o provázanosti deprese a osobnosti existuje řada výzkumných prací (např. Corruble et al., 2002, Cloninger et al., 1994). V klinickém vyšetření má aktuální floridní psychopatologie pravděpodobně vliv na falešně pozitivní diagnostiku poruch osobnosti a tak se nelze divit snaze některých lékařů vyhýbat se diagnostice poruch osobnosti. O vlivu osy I na osobnost existuje literatura již několik desítek let, doposud je však nejasné, zda jsou nálezy chybou měření, léčebnou odpovědí sekundární ke změnám na ose I nebo sekundární k léčbě poruch osobností samotných (Reich, 2002).

V současné klinické diagnostice se prosazuje Cloningerův dotazník temperamentu a charakteru (TCI) jako jedna z metod diagnostiky poruch osobnosti na základě dvou charakterových dimenzí a konfigurace temperamentu (Preiss a Klose, 2001). Studie, které využívají TCI pro posouzení osobnosti ukazují, že např. deprese má vliv na vyšší skóre Vyhýbání se poškození a *Sebepřesažení* a na nižší skóre *Sebeřízení* a *Ochotu spolupracovat* a na ostatní dimenze vliv nemá (Corruble et al., 2002).

Vliv deprese na tyto dimenze zjišťují také další autoři (Hansenne et al., 1999; Black a Sheline, 1997; Richter et al., 2000). Richter et al. (2000) zjistil v průběhu hospitalizace signifikantní změny v temperamentu i charakteru, především v *Sebeřízení* a to jeho zvýšení v době propuštění z nemocnice. Na druhou stranu zjistil přetrvávání vysoké *Vyhýbání se poškození* po léčbě a to i přes redukci této dimenze. Domnívá se, že „změny osobnosti během hospitalizace se mohou objevit v různých temperamentových i charakterových dimenzích. Kromě *Vyhýbání se poškození* byly významné rozdíly mezi přijetím a propuštěním

v *Závislosti na odměně, Persistenci, Vyhledávání nového, Sebeřízení a Ochotě spolupracovat*“. Podle stejných autorů zůstává nejasné, nakolik jsou tyto změny způsobeny vlivem nemoci nebo premorbidními rozdíly. Oproti tomu Hansenne et al.(1999) uvádí v průběhu hospitalizace v temperamentu pouze změny *Vyhýbání se poškození* a uzavírá, že tato dimenze je závislá na aktuálním stavu.

Corruble et al. (2002) zjistil významné rozdíly v těchto dimenzích u depresivních pacientů s dobrou úzdravou a špatnou úzdravou v období psychiatrické hospitalizace a v roční katamněze. U pacientů s dobrou úzdravou se snížilo *Vyhýbání se poškození* a zvýšilo *Sebeřízení a Ochota spolupracovat* oproti pacientům se špatnou úzdravou, u kterých se tyto dimenze neměnily. Corruble et al.(2002) tak dává nepřímo klinické praxi návod k diagnostice osobnosti v klinické praxi – diagnostikujte dvakrát v průběhu času – pokud se rysy nemění, jde o dlouhodobý stav; pokud se snižují ve směru jeho opakovaně zjišťovaných nálezů, jde o vliv aktuální nepříznivé situace.

Mulder et al.(1994) ukazují na rozdíly depresivních pacientů s komorbiditou a uzavírají, že depresivní pacienti s vysokým *Vyhledáváním nového* mají predispozici ke komorbiditě se závislostmi a clusteru B poruch osobnosti, depresivní pacienti s vysokým *Vyhýbáním se poškození* ke komorbiditě s úzkostnými poruchami a poruchami osobnosti z clusteru C a pacienti s nízkou *Závislostí na odměně* ke komorbiditě s poruchami osobnosti z clusteru A.

Vysoké Vyhledávání nového	Komorbidita se závislostmi a poruchami osobnosti v klusteru B: dramatické, emocionální a nestálé osobnosti; antisociální, hraniční, histriónské a narcistické.
Vysoké Vyhýbání se poškození	Komorbidita s úzkostnými poruchami a poruchami osobnosti v klasteru C: úzkostné, bázlivé osobnosti: vyhubavé, závislé a obsedantně-kompulzivní.
Nízká Závislost na odměně	Komorbidita s klusterem A: podivínské, excentrické osobnosti: paranoidní, schizoidní, schizotypální.

Jiná uznávané metoda na diagnostiku poruch osobnosti (Millonova MCMI-III) je aktuální situací pacienta také částečně ovlivněná. Wetzler (1990) uvádí, že prevalence poruch

osobnosti diagnostikovaných v průběhu akutního stavu je o 60% vyšší než pomocí strukturovaných rozhovorů a že prevalence měřená MCMI v období úzdravy byla o 50% nižší oproti vyšetření v době akutního stavu. Např. deprese ovlivňuje výpověď na škálách měřících některé poruchy osobnosti, především pasivně-agresivní, závislou a vyhubou poruchu. Akutní stav má tedy u MCMI vliv na míru osobnostní patologie, i když je jinak stabilita testu po krátký časový interval (5-14 dní) označována jako velmi dobrá a u jednotlivých škál se pohybuje od 0,82 do 0,96 s průměrem 0,91 (Millon, 1997). Mulder (2002) k tomu dodává, že sebeposuzovací metody obecně klasifikují poruchy osobnosti častěji než strukturované rozhovory, a ty frekventovaněji než klinické hodnocení.

2.8 Forezní posuzování poruch osobnosti

Posuzování činů osob s poruchami osobnosti u soudu nebo policie vychází ze zásady, že porucha osobnosti je stav osobnosti, a nikoli porucha (dříve choroba) ve vlastním slova smyslu. Duševní stav osob s poruchami osobnosti zpravidla dovoluje rozpoznat v době trestného činu nebezpečnost jejich jednání pro společnost a ovládat své jednání (Knobloch a Knoblochová, 1965). Zároveň však platí, že u poruch osobnosti dochází častěji k chorobným duševním reakcím, jako jsou patologický afekt, impulzivní jednání nebo mráкотné stavy (Knobloch a Knoblochová, 1965). K exculpaci je zapotřebí prokázat natolik narušenou osobnost (ve smyslu Millonových „strukturálně narušených“ typů) a natolik zřetelnou psychopatologii, že jde jasně o stav nepřičetnosti. Porucha osobnosti sama o sobě nemá takový vliv na volní i rozumové schopnosti, aby podmiňovala nepřičetnost, někdy se však připouští lehčí a nikoliv podstatné snížení ovládacích a rozpoznávacích schopností (Dufek, 1976). Do největšího konfliktu se zákonem se dostávají osoby s dissociální poruchou osobnosti.

3 Cloningerův model poruch osobnosti

3.1 Cloningerova teorie osobnosti a diagnostika poruch osobnosti

3.1.1 Vznik modelu

Uplynulo téměř 20 let od první práce obsahující zárodky nové teorie osobnosti, která významně ovlivnila také diagnostiku poruch osobnosti.

C.R. Cloninger, profesor psychiatrie na Washingtonské univerzitě v St.Louis ve státě Missouri, vytvořil ve druhé polovině osmdesátých let teorii osobnosti, která je označována jako "biologická" nebo "psychobiologická" (Mulder et al.,1999). K průkopnickým pracím Cloningera? v tomto směru patří především "A systematic method for clinical description and classification of personality variants" (1987), "A psychobiological model of temperament and character"(1993), "Temperament and personality"(1994), "Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment"(1997) a "A new conceptual paradigm from genetics and psychobiology for the science of mental health" (1999). Cloninger používá tradičních termínů "temperament" a "charakter" k označení převážně vrozeného a sociokulturně získaného obsahu osobnosti.

Cloningerův model (viz dále) doznal v průběhu času určitých změn - např. z původních tří temperamentových dimenzí vznikly později čtyři, ke konceptu temperamentových dimenzí přidal Cloninger tři charakterové, takže konečný model je označován jako *sedmidimenzionální model osobnosti*. Původní modelové propojení tří temperamentových dimenzí s neuromediátory bylo později opuštěno, i když některé studie (např. Ekelund et al., 1999) vztahy naznačují (např. mezi receptorem D4 a dimenzí Vyhledávání nového). Cloninger (1999) propracoval interpretaci charakterových dimenzí ve spojení s temperamentovými.

Podle Cloningerovy teorie je osobnost komplexní stupňovitý systém, který se skládá z rozdílných psychobiologických dimenzí temperamentu a charakteru. Temperament a charakter jsou měřitelné a umožňují posoudit odlišnosti mezi lidmi. Normální osobnostní rysy mohou být podle Cloningera dobře popsány čtyřmi temperamentovými vrozenými dimenzemi, které jsou normálně rozloženy a vzájemně nezávislé. Tyto dimenze odrážejí čtyři systémy mozku. Jsou pozorovatelné od raného dětství a zahrnují prekoncepční a nevědomé učení. Vyskytují se i u subhumánních živočichů. Dále se osobnost skládá ze 3 charakterových dimenzí ovlivňovaných temperamentem jen částečně. Charakter se vytváří v průběhu ontogeneze a je ovlivňován učením. Operacionalizací Cloningerovy teorie je dotazník temperamentu a charakteru Temperament and Character Inventory (TCI).

Temperament se projevuje automaticky, v mozku je lokalizován převážně do limbického systému a striata, charakter je vytvářen v průběhu ontogeneze v závislosti na individuálních hodnotách a cílech, v mozku je převážně lokalizován do temporálního kortexu a hipokampu.

3.1.2 Temperament

3.1.2.1 *Vyhledávání nového*

(Novelty Seeking, NS, behaviorální aktivační systém)

Tato dimenze představuje vrozenou základnu aktivace nebo iniciace chování jako je explorační aktivita a reagování na novou situaci. Jde o vrozenou tendenci směrem k intenzivnímu vzrušení při odpovědi na nové podněty. Vysoký skór se vysvětluje jako excitabilita, explorativnost, zvědavost, impulzivita, netolerance k monotonii, nízký skór jako indiference, rezervovanost, systematickosti, přemýšlivost a pomalé tempo.

Studiemi bylo zjištěno, že NS je nezávislé na náladě a úzkosti, pozitivně koreluje s agresivitou, impulzivitou, kriminalitou, typem alkoholismu 2 a extravertí. Alkoholici mají

často vysoké *Vyhledávání nového* a nízké *Vyhýbání se poškození*. Vysoké *Vyhledávání nového* v dětství ve spojení s nízkým *Vyhýbání se poškození* a *Závislost na odměně* (RD, viz dále) predikuje adolescentní antisociální chování, alkoholovou a drogovou závislost a pozdější kriminalitu v dospělosti.

Subdimenze *Vyhledávání nového*– klinický popis

Vzrušení z průzkumu versus Stoická strnulost (NS1)

Jedince s vysokou hodnotou v této subdimenzi baví objevování neznámých míst a situací a to i takových, které většina lidí považuje za ztrátu času. Proto také bývají popisováni jako senzacechtiví. Rychle se nadchnou pro nové nápady a aktivity, vyhledávají napětí, vzrušení a dobrodružství. Snadno podléhají nudě, proto se vyhýbají monotónnosti a rutině a rádi zkoušejí zavést změny a novoty. Následkem toho jsou tito lidé vnímáni jako nekonvenční a tvořiví.

Osoby s nízkým skórem mají jen malou či žádnou potřebu inovace. Necítí satisfakci z objevování a proto upřednostňují známé tváře a místa. Vůbec či velice pomalu přijímají nové nápady a postupy a potřebují dobré a praktické důvody, aby tak učinili. Z toho důvodu jsou vnímáni jako lidé konvenční. Zřídka je něco znudí a raději zůstávají u zajetého a osvědčeného, dokonce i když existují novější a lepší způsoby vedoucí ke stejnému výsledku.

Impulsivita versus Reflexe (NS2)

Vysoká hodnota v této subdimenzi předurčuje k vzrušivému, dramatickému, impresivnímu a „temperamentnímu“ chování testovaných jedinců. Ti obtížně kontrolují svá nutkání a mají tendenci dělat rychlá rozhodnutí i na základě nekompletních informací. Způsob jejich jednání „pluje na vlnách“ momentálních pocitů a vnuknutí. Proto také musí často revidovat svá rozhodnutí a názory, když se objeví nepředvídané informace či okolnosti. Jsou těkaví a nesoustředění. Kvůli problémům udržet pozornost po delší dobu preferují rychlé rozhodování a to i v případě nedostatku přesvědčivého materiálu.

Jedinci s nízkou hodnotou jsou schopni dobré sebereflexe. Zřídka dají na odhady a intuici. Jsou spíše analytičtí a pokud je od nich žádáno rozhodnutí nebo formulace názoru, požadují detailní informace. Zřídka porušují pravidla. Vydrží být dlouho soustředění.

Výstřednost versus Odstup (NS3)

Lidé s vysokým skórem dávají hodně na odiv majetek, energii a pocity. Mohou ostatním imponovat svojí galantností, okázalostí a nezdrženlivostí. Raději peníze utrácejí, než aby je šetřili. Je pro ně velice těžké vytvořit nějaké úspory a to i tehdy, když je důvodem dovolená nebo jiný příjemný plán. Naopak vyhledávají život na hraně, v nejzazších mezích, které jim jejich potenciál dovoluje.

Na opačném pólu se nacházejí jedinci popisovaní jako rezervovaní, zdrženliví, s notnou dávkou sebekontroly. Normálně neplýtvají svými penězi, energií ani pocity. Na ostatní mohou působit jako skromní až skrbliví. Jen pomalu se u nich probouzí ochota utrácet peníze, něco požadovat nebo se něčeho vzdát.

Neukázněnost versus Usměrnění (NS4)

Osoby s vysokou hodnotou „neukázněnosti“ jsou náladové a chaotické. Když nedostanou, co požadují, rychle je to rozladí a neváhají dát jasně najevo svůj hněv. Upřednostňují aktivity bez striktních pravidel a nařízení, rozčilují je ustálené způsoby a předpisy. Utíkají od všeho, co je frustruje, nudí, nebo je jim to jinak fyzicky nebo psychicky nepříjemné.

Jedinci s nízkou „neukázněností“ mají sklon být organizovaní, řádní, systematictí a soustavní. Raději vykonávají aktivity se striktními pravidly a nařízeními. Jsou schopni odložit odměnu, když jsou frustrováni, lépe než ostatní lidé. Nálada se u nich mění pomalu a trvá déle, než projeví svůj hněv otevřeně.

3.1.2.2 Vyhýbání se poškození

(Harm Avoidance, HA, behaviorální inhibiční systém)

Vrozená základna útlumu nebo změny v chování projevující se jako pesimistické obavy v anticipaci budoucích problémů, pasivně vyhýbavé chování, snadná unavitelnost. Jde o vrozenou tendenci intenzivně reagovat na známky nepříjemného. Vysoký skóre v dimenzi se interpretuje jako opatrnost, pochybnost, pasivita, tenze, nejistota nebo pesimismus. Nízký skóre jako uvolněnost, odvaha, optimismus a dynamičnost.

Studiemi bylo zjištěno, že *Vyhýbání se poškození* je ovlivněno depresí, intrapunitivitou a úzkostí, je silnějším motivátorem úzkosti než *Vyhledávání nového*. Koreluje s ostychem a Eysenckovým neuroticismem, introverzí, nízkou dobrodružností (Eysenckova venturesomeness). Všechny typy úzkostných poruch mají vysoké *Vyhýbání se poškození* (obvykle v nejvyšší šestině obecné populace), depresivní pacienti před léčbou i po léčbě mají vyšší *Vyhýbání se poškození* než obecná populace.

Subdimenze *Vyhýbání se poškození* – klinický popis

Obavy z nadcházejícího a pesimismus versus Nepotlačovaný optimismus (HA1)

Vysoké hodnoty v této subdimenzi poukazují na dvě výrazné tendence v chování vyšetřovaných osob. Za prvé jsou tyto lidé pesimističtí s tendencí strachovat se a očekávat selhání či úraz. Tento rys je zvláště zřetelný v hazardních, neznámých a nebezpečných situacích. Projevuje se také v situacích zcela neškodných a to dokonce, i když je jedinec podporován a opětovně ujišťován. Za druhé se tyto lidé těžko vyrovnávají s ponížením a situacemi, v nichž jsou uvedeni do rozpaků. O těchto těžkostech pak dlouho přemítají.

Kontrastně jedinci s nízkým skórem jsou vnímáni jako pozitivně smýšlející optimisté. Případné problémy je většinou nevyvedou z míry. Působí nenuceně a nonšalantně, bezstarostně, a neváhají dát v sázku i svoji psychickou a fyzickou pohodu. Když jsou uvedeni do rozpaků či dokonce ponížení, lehce tuto nesnáz překlenou.

Strach z nejistoty (HA2)

Lidé s vysokou hodnotou v této subdimenzi nedokáží tolerovat nejistotu ani okolnosti, které by mohly vést k nebezpečí. Často se cítí napjatě a úzkostně v neznámých a nejistých situacích, přestože se není čeho bát. Proto také zřídka a neradi riskují, mají problémy s adaptací na změny v zažitém stylu a raději zůstávají tiše a pasivně v ústraní.

Naopak lidé s nízkým skórem jsou sebevědomí, klidní, a cítí se jistě i v postavení, které nemají ostatní v oblibě nebo jej dokonce považují za hazardní. Raději riskují, např. milují rychlou jízdu, než aby strávili pár hodin v tichosti a neaktivitě. Rychle se adaptují na změny v zažitých postupech.

Nesmělost vůči cizím lidem (HA3)

Lidé s vysokými hodnotami „nesmělosti vůči cizím lidem“ jsou ve společnosti plaší a nedůrazní. Vyhýbají se interakci s cizími lidmi, protože si nevěří v přítomnosti kohokoliv, koho důvěrně neznají. Neradi navazují vztahy s neznámými lidmi pokud nemají dostatečnou jistotu, že budou akceptováni. Jakákoliv iniciativa z jejich strany je obecně lehce potlačena neznámými lidmi či situacemi.

Jedinci s nízkou „nesmělostí vůči cizím lidem“ působí směle, jsou výrazní a vycházejí lehce s okolím. Mají tendenci mluvit bez váhání a zapojovat se do sociálních aktivit. V kontaktu s cizími lidmi nejsou plaší. Jejich iniciativy nejsou téměř nikdy utlumovány cizími lidmi a situacemi.

Únava versus Životní energie (HA4)

Lidé s vysokým skórem působí unaveně a mají méně životní energie než většina ostatních. Často si během dne potřebují zdřímnout či si jinak odpočinout, protože jsou velice lehce unavitelní. Navíc se pomaleji uzdravují z lehkých onemocnění nebo stresových zkušeností, než je typické.

Jedinci, kteří dosahují v této kategorii nízkých hodnot, mají naopak tendenci být energičtí a dynamičtí. Dokáží „jet dlouho na plný plyn“ bez potřeby odpočinku a aniž by se do toho museli nutit. Je jen málo věcí, které tito lidé považují za obtížné či vysilující. Z lehkých nemocí a stresu se zotavují velice rychle.

3.1.2.3 Závislost na odměně

(Reward Dependence, RD, behaviorální dependentní systém)

Dimenze *Závislosti na odměně* představuje vrozenou základnu pro sociálně citlivé chování, závislost na podpoře druhých, na sociálních vazbách. Projevuje se jako tendence reagovat intenzivně na odměňující podněty, provádět nebo bránit chování, které je spojeno

s odměnou nebo odvrácením potrestání. Vysoký skór v dimenzi se označuje jako senzitivita, oddanost, závislost a sociabilita, nízký jako necitlivost, pragmatičnost, tvrdost a studenost.

Studiemi bylo zjištěno, že se *Závislost na odměně* vztahuje k měřítkům sociální uzavřenosti, koreluje s extravertí a empatií. Bývá vyšší u žen než mužů.

Subdimenze *Závislosti na odměně*– klinický popis

Sentimentalita versus Citový chlad (RD1)

Vysoký skór v „sentimentalitě“ značí citovost, prožívání sympatií a porozumění. Těmito lidmi city značně hýbou a lehce tedy vyplavou na povrch i před ostatními (jednodušeji je rozpláče smutný film než ostatní). Obvykle vypovídají, že prožívají zprostředkované city intenzivně, tj. osobně zažívají, co ostatní okolo nich cítí.

Na druhém pólu najdeme jedince, kteří jsou líčeni jako praktičtí. Bývají chladní a nezaujatí. Zřídka je nějaký cit vyvede z rovnováhy, a tak mohou působit necitlivě, podivínsky, neúčastně. Hodnotí např. smutnou píseň nebo film jako nudný. Protože nemají pochopení pro city jiných lidí, činí jim velké potíže vybudovat si společenský status.

Náklonnost versus Netečnost (RD2)

Jedinci s vysokou hodnotou „náklonnosti“ upřednostňují důvěrné vztahy před izolovaností. Raději otevřeně mluví se svými přáteli o svých pocitech, než aby si je nechávali pro sebe. Mají tendenci vytvářet vřelé a dlouho trávající vazby. To v důsledku znamená, že jsou citliví na opomíjení a odmítnutí.

Nízká „náklonnost“ naopak znamená více či méně projevovanou netečnost a nezainteresovanost v sociálních vztazích. Takto ohodnocení upřednostňují naprosté soukromí před důvěrnými vztahy a tak působí nezávisle a samostatně. Nedělí se s nikým o svoje intimní pocity a spíše působí jako odcizení, izolovaní a vzdálení samotáři, kteří si nic nedělají z případného odmítnutí nebo ignorance.

Závislost versus Nezávislost (RD3)

Lidé s vysokou „závislostí“ jsou závislí na citové podpoře a souhlasu od ostatních. Hluboce „pečují“ o to, jak na ně ostatní pohlížejí, a mohou dokonce vyhledávat a stimulovat nadměrnou ochranu a dominanci u ostatních. Jsou váhaví, když se mají rozhodnout nebo udělat něco na vlastní pěst. Vyhledávají podporu nebo ochranu a tak se ochotně podřídí, aby vyhověli a potěšili své „ochránce“. To má za následek vysokou citlivost na kritiku nebo odmítnutí. Také se nadměrně zaobírají obavou, že budou opuštěni.

Na opačné straně se nacházejí osoby, kteří nevyžadují ani podporu ani souhlas od ostatních lidí. Jsou nezávislí a necitliví vůči společenskému tlaku, kritice či dokonce vyloučení ze společnosti. Zřídka se podřídí cizím přáním a běžně nijak nezkouší potěšit ostatní za účelem získání protekce, či citové podpory. Působí nezávisle, soběstačně, a nenechají se ovlivnit společenskými tlaky.

3.1.2.4 *Odolnost*

(Persistence, PS)

Tato dimenze měří odolnost, vytrvalost vs. unavitelnost a frustraci. Osoby s vysokým skórem jsou pilné, dychtivé, ambiciózní a kladou si vysoké cíle, mají tendenci usilovně dosahovat cílů, dobře odolávají únavě a frustraci (tu vnímají jako výzvu). V očekávání odměny zintenzivňují svoji činnost. Nesnadno se vzdávají. Osoby s extrémními skóry mohou být příliš pohlceni prací nebo mohou mít nepřiměřeně vysoké cíle. Osoby s nízkým skórem jsou vnímány jako lhostejné, líné nebo nedbalé, zřídka zintenzivní úsilí k dosažení odměny, mají tendenci tempo práce spíše zpomalovat, snadno se vzdát při frustraci, kritice, překážkách a únavě. Jsou spokojeny s tím co dosáhly a nesnaží se o vyšší cíle, cíle si obecně kladou nízké. Jsou pragmatické a snadno přistupují na kompromis. Původně tato dimenze nemá žádné facety, v poslední variaci TCI, TCI-R jsou již facety uváděny.

3.1.3 Charakter

Charakter individua je podle Cloningera formován prostředím a nesouvisí s temperamentem. Zralý člověk se spoléhá na sebe, je spolupracující a někdy sebezpřesahující.

Tři dimenze charakteru popisuje Cloninger takto:

3.1.3.1 *Sebeřízení*

(SD, Self-directedness)

je hlavní determinanta přítomnosti nebo nepřítomnosti poruchy osobnosti a má velký klinický význam. Jde o schopnost jedince kontrolovat, regulovat a adaptovat chování vzhledem k situaci a individuálně vymezeným cílům a hodnotám. Škála ukazuje, nakolik je individuum integrované a zaměřené. Při vyšších hodnotách této škály se předpokládá, že jde o člověka zralého, výkonného, sebeorganizujícího, s dobrým sebehodnocením, schopného připustit

chyby a přijmout sama sebe s klady i zápory. Na druhém pólu škály jsou nezralé osoby s nízkým sebehodnocením, které obviňují ostatní za své potíže, cítí se nejisté svojí identitou nebo zaměřením, jednající často zbrkle, závisle, nevynalézavě. Vyšetření SD je pro klinickou diagnostiku zásadní, protože nízký skóre je častou charakteristikou všech poruch osobnosti.

Subdimenze *Sebeřízení* – klinický popis

Zodpovědnost versus Obviňování (SD1)

Lidé, kteří skórují vysoce v této subdimenzi, se cítí svobodně ve volbě svých budoucích činností. Uvědomují si, že jejich postoje, chování a problémy se celkově projevují na vlastních volbách. Proto si jsou povětšinou vědomi zodpovědnosti za své postoje a chování. Působí spolehlivě a věrohodně.

Naproti tomu jedinci s nízkou hodnotou mají sklon obviňovat ostatní lidi a vnější okolnosti z nepříjemností, které se jim staly. Cítí se být ve svých postojích, chování a volbách determinováni vlivy, nad kterými nemají kontrolu, nebo které jdou proti jejich vůli. Proto neberou zodpovědnost za své činy, působí nespolehlivě a nezodpovědně.

Cílevědomost versus Bezcílnost (SD2)

Lidé s vysokým skórem jsou líčeni jako rozhodní a cílevědomí. Mají jasno ve smyslu a směru jejich života. Normálně jsou schopni odložit odměnu, aby dosáhli svého cíle. Řídí svoji činnost v souladu s dlouhodobými cíli a hodnotami.

Na druhou stranu osoby s nízkým skórem vnitřně zápasí o cíl, účel a smysl svého života. Nejsou si jisty dlouhodobými cíli a tak cítí nutnost reagovat na momentální okolnosti a potřeby. Život se jim může zdát prázdný a beze smyslu až na krátké momentální impulsy. Většinou nedokáží oddálit odměnu ve prospěch dosažení cíle.

Vynalézavost versus Nečinnost (SD3)

Jedinci s vysokou hodnotou jsou charakterizováni jako schopní, vynalézaví, novátorští, akční, produktivní a efektivní. Stane se zřídkka, aby si nevěděli rady s řešením problému, protože iniciativně po možnostech řešení pátrají. Pohlížíjí na obtížné situace jako na výzvu nebo příležitost.

Naopak nízké hodnocení je spojeno s pocity bezmoci, beznaděje a neefektivnosti. Takovíto lidé v sobě nevyvinuli potřebné dovednosti a sebedůvěru nutné ke zvládnutí problému a tak, pokud čelí překážce, cítí se neschopně a nezpůsobile. Typicky čekají, až se někdo jiný chopí vedení.

Sebe-akceptace versus Sebe-odmítavost (SD4)

Lidé vysoce ohodnocení v této subdimenzi jsou popisováni jako sebevědomí, uvědomující si svoji sílu i své limity. Snaží se podávat nejlepší výkony, aniž by předstírali něco, čím nejsou. Spíše se zdá, že jsou vyrovnaní a spokojení se svým momentálním psychickým i fyzickým stavem. Přesto se mohou snažit posouvat své limity skrze trénink a snahu.

Na opačném pólu nalezneme osoby, kteří odmítají sama sebe. Projevují nízkou

sebeúctu, neakceptují a ani si neužívají svoje duševní a fyzické rysy. Raději předstírají, že jsou někdo jiný, než skutečně jsou. Rádi sní o mimořádném bohatství, důležitosti, kráse a trvalém mládí. Když jsou pak konfrontováni s opakem, spíše je to podráždí, než přiměje konstruktivně zrevidovat cíle a zvyky.

Sebe-disciplína versus Špatné návyky (SD5)

Lidé s vysokým skórem v této části si vyvinuli spektrum dobrých, cíle-sledujících návyků, takže automaticky jednají ve shodě se svými dlouhodobými hodnotami a cíly. Toho je dosahováno postupně skrze sebe-disciplínu, ale následně se to stává automatické (druhou přirozeností). Tyto návyky se většinou osvojují opakovaným cvičením. Tito jedinci se zřídka zmýlí ve svých prioritách, a tak se cítí bezpečně a sebejistě, když jsou vystaveni pokušení.

Naopak lidé s nízkou hodnotou projevují rozporuplné návyky, které znesnadňují uskutečnění hodnotných cílů (návyky neslučitelné s cíly). Bývají vnímáni jako lidé se slabou vůlí, lehce scházející z cesty, kterou si vytyčili. Nebolí nemají dostatečně silnou vůli na to, aby byli schopni překonat silná pokušení, dokonce i pokud vědí, že následkem toho budou trpět.

3.1.3.2 Ochota spolupracovat

(CO, Cooperativeness)

Dimenze spolupráce je důležitá ve společnosti a skupinové práci. Kooperující lidé se označují jako sociálně tolerantní, citliví, pomáhající, soucítící (vysoký skór). Nespolupracující osoby (nízký skór) se označují jako sociálně netolerantní, bez zájmu o druhé, nepomáhající, pomstychtiví. Ostatní lidi vidí jako nepřátelské a zlé.

Subdimenze *Ochoty spolupracovat* – klinický popis

Akceptace společnosti versus Netolerance ke společnosti (CO1)

Jedinci s vysokou hodnotou v této subdimenzi jsou tolerantní a přátelští. Přijímají ostatní lidi takové, jací jsou, a to i když s nimi nesdílejí názory, hodnoty, morální zásady nebo image.

Naopak lidé s nízkým skórem jsou popisováni jako netolerantní a nepřátelští. Je pro ně typická netrpělivost s jinými lidmi a jejich kritizování. Toto chování zvláště uplatňují vůči lidem odlišných názorů a cílů. „Udělal jsem si to podle sebe,“ je oblíbená fráze těchto sebestředných jedinců.

Empatie versus Sociální apatie (CO2)

Vysoce empatictí jedinci se často snaží představit si sama sebe v „cizí kůži“. Jsou ohleduplní a vysoce sladění s city ostatních lidí. Chovají se k nim s vážností a respektem a zpočátku často odloží své soudy, aby jim mohli lépe porozumět. Zatímco „závislost na odměně“ úzce souvisí s prožitky souladu, empatie navíc obsahuje vědomé porozumění a

respektování cílů a hodnot ostatních lidí.

Na opačné straně spektra stojí lidé sociálně apatičtí. Nezajímají je pocity ostatních a nejsou tedy schopni s nimi sdílet emoce, utrpení ani nesnáz. Nerespektují a nepřipisují žádnou hodnotu názorům a cílům ostatních lidí.

Ochota pomoci versus Neochota pomoci (CO3)

Lidé s vysokým skórem jsou popisováni jako jedinci, kteří rádi pomůžou, podpoří, povzbudí a ujistí. Rádi jsou ostatním ku prospěchu. O své dovednosti a vědomosti se dělí tak, aby z nich měli užitek všichni. Upřednostňují práci v týmu před prací samostatnou.

Lidé s nízkým skórem bývají pocíťováni jako sebestřední, egoističtí a sobečtí. Chovají se bezohledně vůči svému okolí, starají se jen o svůj prospěch a to i v případě, že jsou v týmu s vysoce kooperativními jedinci. Upřednostňují samostatnou práci nebo vedení nad prací kolektivní.

Soucit versus Pomstychtivost (CO4)

Vysoký skór v této subdimenzi předznamenává soucit, dobročinnost, shovívavost a schopnost odpustit. Jejich nositelé se nevyžívají v pomstě, nesnaží se o ni a to ani když s nimi bylo zacházeno špatně. Spíše se snaží překonat urážky a špatné zacházení a budovat lepší vztah.

Jedinci s nízkým skórem si naopak pomstu na lidech, kteří jim ublížili, užívají. Triumf pomsty pak může být buď zjevný nebo skrytý. Zjevně se projevuje jako aktivní agresivní chování, které ostatní zraňuje fyzicky, psychicky nebo finančně. Skrytě se jeví jako pasivně agresivní chování tj. zášť, odkládání a zapomnětlivost, paličatost.

Úmysly čistého srdce versus Sobecké prospěchářství (CO5)

Lidé s vysokou hodnotou v této subdimenzi jsou líčeni jako čestní, upřímní a svědomití. K okolí se nepřetržitě chovají vybranými způsoby, neboli mají hluboce zakotvené stálé etické zásady a principy, kterými se řídí jak ve svém profesionálním tak soukromém životě. Je pozoruhodné, že takovéto morální zásady jsou součástí „kooperativity“, nikoliv „transcendence“. Je tomu tak proto, že hodnoty v této subdimenzi korelují s ostatními fasetami „kooperativity“, ale nekorelují s „transcendencí“.

Naopak jedinci s nízkým skórem jsou popisováni jako oportunisté. K okolí mají tendenci se chovat nečestně, s předsudky. Jejich způsoby přímo reflektují zisk. Bývají proto často označováni přívlastky jako je prolhaný, nečestný, manipulující. Neustanovili si vnitřní principy, etické zásady, kterými by se mohli ve svém životě řídit.

3.1.3.3 Sebeopřesazení

(ST, Self-transcendence)

Osoby s vysokým skórem *Sebeopřesazení* jsou označovány jako skromné, spokojené, trpělivé, tvořivé, nesobecké, duchovní a naplněné. Osoby s nízkým skórem mají tendenci být pyšné, netrpělivé, bez představivosti, neoceňující duchovní hodnoty, materialistické a

nenaplněné. Hůře snášejí neurčitost, nejistotu a překvapení. Mohou být oceňovány pro racionálnost, objektivitu a materiální úspěch.

Subdimenze *Sebepřesažení* – klinický popis

Tvořivé sebepotlačení versus Zaměření na sebe (ST1)

Láska a práce jsou dva aspekty lidského života, kde se vlastní hranice mohou stát velice mlhavé, aniž by se jednalo o patologii. Jedinci s vysokou hodnotou v této fasetě mají tendenci daleko přesahovat své hranice, když jsou hluboce ponořeni do vztahu, nebo koncentrováni na vykonávanou činnost. V takových chvílích mohou ztratit pojem o prostoru a čase. Proto mohou někdy působit duchem nepřítomně, jako „z jiného světa.“ Opravdu hluboká ponoření zažívají při silných zážitcích, při zklidnění mysli nebo dosažení vyšší úrovně vhledu. Lidé, kteří se často takto oprostí od své osoby, bývají líčeni jako kreativní a originální.

Na opačném pólu se nalézají jedinci charakterističtí tendencí uvědomovat si sebe sama ve vztahových záležitostech nebo při soustředění na práci. Jen zřídka je ohromí krása a umění. Proto je na ně většinou pohlíženo jako na lidi konvenční, prozaické, neimaginativní a vědomé si sebe sama.

Transpersonální identifikace versus Vlastní identifikace (ST2)

Lidé s vysokým skórem cítí nevšedně silné pouto k přírodě, včetně skutečného životního prostředí a lidí, a světu (kosmu) jako celku. Mohou vypovídat o svých pocitech, že všechno je částí jednoho žijícího organismu. Jsou ochotni se obětovat, aby pomohli učinit svět lepším místem tj. např. zabránit válkám, chudobě a nespravedlnosti. Mohou vyhledávat činnosti, které k takovéto ochraně světa směřují, právě pro svou lásku k přírodě. Důsledkem toho na ně bývá některými lidmi pohlíženo jako na „pomatené idealisty“.

Naopak lidé s nízkou hodnotou v této subdimenzi zřídka zažívají silný vztah k lidem nebo přírodě. Spíše jsou to individualisté, kteří se necítí ani přímo ani nepřímě spjatí s tím, co se děje s ostatními lidmi a zbytkem světa. A tak ani nejsou nikterak ochotni položit oběť, jen aby učinili svět lepším místem, pokud není evidentní nějaká praktická výhoda. Na přírodu spíše pohlížejí jako na vnější předmět, kterým se dá manipulovat pomocí rozličných nástrojů, než jako na něco, čeho jsou neoddělitelnou částí.

Spiritualita versus Racionalita (ST3)

Jedinci s vysokým skórem „spirituality“ rádi věří zázrakům, nadsmyslovým zážitkům a jiným spirituálním fenoménům a vlivům (telepatie, šestý smysl ap.). Různě se u nich projevuje smýšlení o věcech skrze nadpřirozené, jako u psychotických poruch, nebo spirituální mysticismus, v závislosti na úrovni jejich celkové víry a adaptace. Jako mystici bývají posilováni a ubezpečováni svými spirituálními zážitky: např. mohou se vyrovnat s utrpením a smrtí skrze víru ve svého boha a kontaktem s ním.

Naproti tomu lidé, kteří dosahují nízkých hodnot, uznávají pouze objektivní, empiricky podložená a hmatatelná fakta. Obvykle odmítají cokoli, co nemůže být vědecky dokázáno. To je značně znevýhodňuje, když čelí situacím, nad kterými nemají kontrolu ani možnost si je racionálně zdůvodnit, jako v případě úmrtí, utrpení nebo nespravedlivého trestu.

Osobnost, která má nízký skóre ve všech třech charakterových dimenzích podle Cloningera (1999) je označována jako **”melancholická”**, protože je sobecká, nezralá a emočně reaktivní, oscilující mezi trpělivostí a lakotností. Život vnímá jako obtížnou soutěž s nepřátelskými protivníky, která vede k utrpení. Často trpí negativními emocemi hanby, nenávisti a utrpení a zřídka pociťují pozitivní emoce. Nedostatek pozitivních emočních odpovědí (dokonce i když se něco pozitivního stane) je spojen s typickými vegetativními symptomy melancholie, jako je nechutenství a časně ranní probouzení. Melancholický charakter představuje častý charakterový profil u unipolární deprese nebo u depresivní osobnosti. Osoby s melancholickým charakterem mají obvykle pouze rekurentní depresi, ne nepodstatná menšina představuje bipolární afektivní (manicko-depresivní) poruchu. Melancholický charakter byl v minulosti spojován s obsesivním nebo s hraničním (explozivním) temperamentovým profilem. Tři charakterové konfigurace (schizotypní, závislý a autokratický) sdílejí ve dvou dimenzích podobné znaky.

Osoby, které skórují nízko v *Sebezaměřenosti* a *Ochotě spolupracovat*, ale vysoko v *Sebepřesažení*, jsou označovány jako dezorganizované nebo **schizotypní**, protože mají tendenci k nelogičnosti, podezřívavosti a nezralosti. Tato definice koresponduje s originálním popisem schizotypu podle Bleulera nebo Kraepelina. Tyto osoby jsou vysoce sugestibilní, s živou představivostí a nekonvenčním chováním (tj. vysoké *Sebepřesažení*), které není organizováno k realistickým cílům pomocí analytického usuzování a sebekázně (tj. nízké *Sebeřízení*) nebo k emočně odměňujícím, sociálně hodnotným vztahům, založených na důvěře a etice (tj. nízká *Ochota spolupracovat*). Schizotypní charakter bývá spojován s hraničním (explozivním) nebo senzitivním temperamentem, což je spojeno s častým vyhýbáním se konfliktům (tj. vysoké *Vyhledávání nového* i *Vyhýbání se poškození*).

Závislý charakter je typický nízkým *Sebeřízením* a *Sebepřesažením* (jako melancholický), ale vysokou *Ochotou spolupracovat*. Jedinci se závislým charakterem bývají

submisivní, důvěřující a respektující druhé, emočně reagující (přecitlivělí, dráždiví nebo hypersenzitivní ke kritice a útokům. V jiným popisech jsou líčeny orální rysy. Kombinace osobnostní nejistoty (tj. nízké *Sebeřízení*) se submisivním spoléháním se na druhé (tj. vysoká *Ochota spolupracovat*) je činí zranitelnými přehnaným přijímáním svých chyb nebo připisováním jich druhým, citlivosti jak ke studu, tak k domýšlivosti. Submisivní postavení je činí citlivé ke ztrátě sociální podpory, jako je odmítnutí nebo zklamání jejich důvěry. Závislý charakter může být v běžných podmínkách dobře adaptován, podobně jako organizovaný charakter, ovšem odmítnutí nebo ztráta blízkého vztahu vyvolá podrážděnou reakci popírání vlastních chyb, spojenou se sebelítostí a bolestínskými stížnostmi, nejistou domýšlivostí nebo kombinací obojího. Takový distres může být snesitelnější pozitivními událostmi a často spojen s atypickými depresivními symptomy, jako je žádostivost po sladkostech nebo hypersomnie. Osoby se závislým charakterem mají mírně zvýšené riziko poruch nálady, hlavně deprese a někdy mánie, obzvláště pokud je nízká dimenze *Persistence*. Opakem osoby se závislým charakterem je fanatický nebo paranoidní typ charakteru, který je nezávislý s obviňujícími tendencemi.

Autokratický charakter má nízký skóre v *Sebeopřesazení* a *Ochotě spolupracovat* (jako melancholický), ale vysoký skóre v *Sebeřízení*. Osoby s autokratickým charakterem jsou logické, sobecké a tyranizující, což souvisí s dřívějšími popisy autoritářského charakteru nebo agresivní osobnosti. Kombinují hostilitu s cílesměrností, soutěživostí a preferováním tvrdého stylu řízení. Střety s jejich kontrolujícím a dominantním chováním v nich vyvolávají agresivní výpady. Patří mezi ně osoby typu "A" s častým nabuzením sympatiku se zvýšeným srdečním tepem, krevním tlakem a aktivací krevních destiček pro srážlivost (typ útok-útek), což zvyšuje riziko srdečních poruch. Lidé s autokratickým charakterem mohou mít omezený rozsah projevovaných emocí (hostilita) a zřídka se radují. Protikladem autokratického charakteru je cyklotymní charakter, který je obvykle radostně naladěný a zřídka nepřátelský.

Protikladem melancholického charakteru je **tvořivý** charakter. Osoby s tvořivým charakterem mají vysoký skór ve všech třech charakterových dimenzích. Tvořivý charakter je proaktivní, myšlenkově bohatý a zralý. Osoby s tímto charakterem obvykle pociťují pozitivní emoce jako je radost, láska, naděje. Jejich popis souvisí s tvořivým vedením popsaným Jungem a Franklem a empirickým popisem tvořivých spisovatelů a známých vědců. Při použití Cattellova 16 PF měli tvořiví spisovatelé a učenci rysy podobné vysokému Sebeopřesazení (imaginativnost ve faktoru M, inovace ve faktoru Q1), Ochotě spolupracovat (mírnost ve faktoru I, důvěřivost ve faktoru L a citlivost ve faktoru N) a *Sebezaměřenosti* (sebejistota a absence pocitů viny ve faktoru O). Tvořivý charakter se vyskytuje často společně s histriónským nebo stabilním temperamentem, který skóruje nízko ve *Vyhýbání se poškození* a vysoce v *Závislosti na odměně* (Cloninger et al., 1994; Svrakic et al., 1993).

Osoby s tvořivou konfigurací charakteru mají nízkou frekvenci duševních poruch. V případech velmi extrémních hodnot skórů jsou motivováni smysluplnými cíly a hodnotami, které přesahují jejich osobní přání. Jsou motivováni vřezahrnující láskou s malým ohledem na sobecké zájmy sebeuspokojení nebo snahy vyhnout se potížím. Osoby s tvořivým charakterem jsou upřímně pokorné a mírumilovně přijímají jakékoliv události. Aniž by je někdo nutil, jejich radost vyplývá svobodně z lásky do takové míry, že vlastní zájmy jsou zapomínány a smysl je "posazen" mimo jejich osobu. Takto integrovaní jedinci jsou různorodě popisováni jako osvícení, naplnění nebo sebeaktualizovaní. V psychoanalytické terminologii mají internalizovanou reprezentaci svého já jako svou integrální část. Neztrácejí naději, ani když se události momentálně nevyvíjejí dobře. Pokud jsou všechny charakterové dimenze nadprůměrné, ale ne extrémně, je osoba tvořivá (tvůrčí, v terminologii Eriksona), ale ne plně integrovaná. Téměř integrovaný charakter se projevuje tendencí být šťastný a hrdý, s vysokými cíly a s řídkým rizikem unipolární mánie. Unipolární mánie je často spojena

s premorbidně mírně nadprůměrným přizpůsobením, obvykle u zdravé osoby bez psychiatrické poruchy.

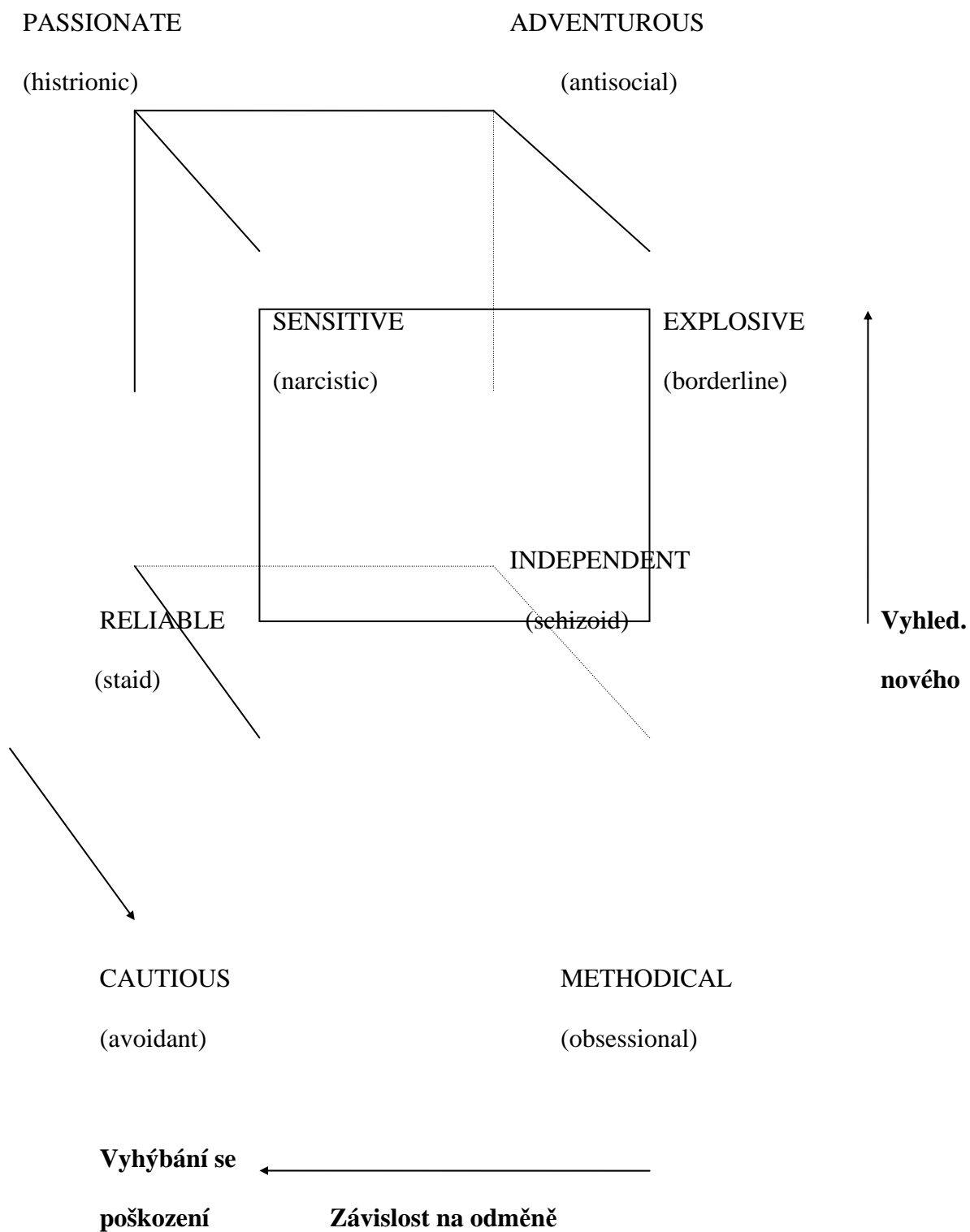
Organizovaný charakter se projevuje vysokým skórem v *Sebeřízení* a *Ochotou spolupracovat* (podobně jako tvořivý), ale nízkým *Sebepřesažením*. Osoby s organizovaným charakterem jsou popisovány jako logické, důvěřivé a zralé. Jde o typický profil vynikajících úředníků. Zatímco tvořiví vůdci jsou revoluční a svobodně uvažující, jsou ti s organizovaným charakterem konzervativní, upřednostňují analytické uvažování, výkonnost, stálost a důraz na detail a zákony. Podle tohoto modelu mají osoby s organizovaným charakterem větší zájem o moc a vlastnictví než osoby s tvořivým charakterem.

Fanatický charakter skóruje vysoko v *Sebepřesažení* a *Sebeřízení* (jako tvořivý charakter), ale nízko v *Ochotě spolupracovat*, což koresponduje s paranoidním charakterem popsaným Kraepelinem, který podtrhl odolnou a nepřetržitou cílesměrnost spojenou s podezřívavostí, povrchností, excentrickou fascinací, a jiné formy projektivního myšlení u osob s tímto charakterovým typem. Fanatický charakter se vyskytuje ve spojení s kontrastujícími temperamentovými typy: antisociálním a nezávislým (nízké *Vyhýbání se poškození* a *Závislost na odměně*) a vyhýbavým typem (neobvykle citlivým k sociálnímu ohrožení, tj. vysoké *Vyhýbání se poškození* a *Závislosti na odměně*).

Cyklotymní charakter má vysoké *Sebepřesažení* a *Ochotu spolupracovat* jako tvořivý charakter, ale nízké *Sebeřízení*. Jako osoby se závislým charakterem mají lidé s cyklotymním charakterem sklon senzitivně odmítat nabízené (tj. nízké *Sebeřízení* a vysokou *Ochotu spolupracovat*) spojenou s atypickými depresivními symptomy s oscilující pýchou a studem. Vysoké *Sebepřesažení* je činí více sugestabilními, takže jsou nejistě radostní a mají častější změny nálad. Řada pacientů s bipolární poruchou typem II má cyklotymní charakterovou konfiguraci. Objevuje se také u mnoha pacientů s bipolární poruchou typem I, kteří mají časté rysy vztažené k vysoké *Ochotě spolupracovat*, jako je sociabilita a přátelskost. Bipolárně

maničtí pacienti mají obvykle premorbidní rysy vztažené k vysokému *Sebepřesažení* (jako je srdečnost, ovlivnitelnost, živá představivost a široké zájmy), ale část z nich má také rysy vztažené k nízkému *Sebepřesažení* (jako je iritabilita, tendence ke kontrole, vážnost).

Podle tohoto modelu je vysoké *Sebepřesažení* spojeno buď s *radostnou tvořivostí* nebo směřováním *k psychóze* (schizotyp, cyklotym nebo fanatik) v závislosti na dvou dalších charakterových dimenzích. Riziko jak manické tak depresivní epizody je zvýšeno u všech charakterových typů, u kterých *Sebeřízení* není extrémně vysoké. Poměr elevace k iritabilitě a poměr frekvence a trvání od manické k depresivní epizodě se očekává nejvyšší u tvořivého charakteru (vysoké *Sebepřesažení*, *Ochota spolupracovat* a *Sebeřízení*), vysoký u cyklotymního (vysoké *Sebepřesažení* a *Ochota spolupracovat*), nízký u závislého (pouze vysoká *Ochota spolupracovat*) a nejnižší u melancholického charakteru (nízké *Sebepřesažení*, *Ochota spolupracovat* a *Sebeřízení*). Tyto čtyři typy korespondují úzce se čtyřmi základními stavy manicko-depresivní poruchy popsané Kraepelinem jako je manický, cyklotymní, iritabilní a depresivní a v současné multidimenzionální klastrové analýze. Jinými slovy je tvořivý typ prototypem unipolárních manických pacientů, cyklotymní prototypem bipolárně manicko-depresivních pacientů, kteří jsou obvykle radostní, reaktivně závislý je prototypem atypických depresivních pacientů a iritabilních bipolárních pacientů, kteří jsou obvykle depresivní a melancholický typ je prototypem unipolárně depresivních pacientů s typickými vegetativními projevy.



Podle: Cloninger, C.R., Svrakic, D.M.: Integrative Psychobiological Approach to Psychiatric Assessment and Treatment. Psychiatriy, 60, 1997, 120-141

Tab.5

Typy charakteru na základě skóreů temperamentových dimenzí podle Cloningera

Charakterový typ	Sebeřízení	Spolupráce	Sebepřesažení
Melancholický	Nízký	Nízký	Nízký
Schizotypální	Nízký	Nízký	Vysoký
Závislý	Nízký	Vysoký	Nízký
Autokratický	Vysoký	Nízký	Nízký
Tvořivý	Vysoký	Vysoký	Vysoký
Organizovaný	Vysoký	Vysoký	Nízký
Fanatický	Vysoký	Nízký	Vysoký
Cyklotymní	Nízký	Vysoký	Vysoký

Tab.6

Vztah klasického a Cloningerova pojetí temperamentu

Melancholik - <i>Vyhýbání se poškození</i> - strach	Cholerik - <i>Vyhledávání nového</i> - hněv
Sangvinik - <i>Závislost na odměně</i> - láska	Flegmatik - <i>Persistence</i> – vytrvalost

3.1.4 Vztah TCI k poruchám osobnosti

Vztah k poruchám osobnosti je u TCI opakovaně potvrzován (Cloninger et al. 1994a,b; Svrakic et al., 1993; de la Rie et al., 1998; Bejerot et al., 1998; Mulder a Joyce, 1997). První podstatné zjištění je založeno na nízkých hodnotách SD a CO u všech poruch osobnosti. Druhé je založeno na vztahu mezi subtypy poruch osobnosti a specifickým profilem TCI podle temperamentových dimenzí (Cloninger et al. 1994a,b; Svrakic et al., 1993). První zjištění je z různých stran potvrzováno (Svrakic et al., 1993; de la Rie et al., 1998; Bejerot et al., 1998), druhé je potvrzováno částečně. Zjišťuje se většinou vztah temperamentu k jednotlivým clusterům DSM poruch osobnosti (Mulder et al., 1997; Svrakic et al., 1993), např. u clusteru A vysoké *Vyhýbání se poškození* nebo *Závislost na odměně* (paranoidní, schizoidní a schizotypální porucha osobnosti), vysoké *Vyhledávání nového* u clusteru B (antisociální, hraniční, histrionská a narcistická porucha osobnosti) a vysoké *Vyhýbání se poškození* a nízké *Vyhledávání nového* u clusteru C (vyhýbavá, závislá a obsesivně-kompulzivní porucha osobnosti).

Cloninger (1994a,b) doporučuje na základě práce Svrakice et al. (1993) posuzovat poruchu osobnosti podle podprůměrných skóreů *Sebeřízení* a *Ochoty spolupracovat* (< 33%). Nízké *Sebeřízení* ($p < 0,001$) a dále *Ochota spolupracovat* ($p < 0,05$) predikují všechny typy poruch osobnosti. Nízké *Sebeřízení* se vyznačuje potížemi s uznáním odpovědnosti a přiměřeně kladenými cíly. V některých případech může být *Sebeřízení* v normě, ale podprůměrná je *Ochota spolupracovat* (osoba je dobře “sebeřízená”, ale nekooperativní, sobecká, neempatická, sociálně netolerantní). Pokud *Sebeřízení* dosahuje 0-16,7 percentilu, je pravděpodobnost poruchy osobnosti 90%, pokud 16,7-33 percentilu, je pravděpodobnost 40-50%. Riziko poruchy osobnosti se snižuje při nízkých hodnotách *Vyhledávání nového* a *Vyhýbání se poškození* a zvyšuje s jejich vysokými hodnotami.

Postulovaný předpoklad Cloningera o souladu tradičních kategorií poruch osobnosti a tří temperamentových dimenzí potvrzuje Goldman et al. (1994) v souboru pacientů s poruchami osobnosti. Mulder et al. (1994) zjistili, že depresivní pacienti s komorbiditou poruchy osobnosti označovali rodičovskou péči jako horší a měli nižší *Závislost na odměně*. Depresivní pacienti s problémovým pitím měli vyšší *Vyhledávání nového*, s panickou poruchou vyšší *Vyhýbání se poškození* a s fobií vyšší *Persistenci*. Všichni depresivní pacienti s poruchou osobnosti měli nižší *Závislost na odměně* (především cluster A - paranoidní, schizotypální a schizoidní porucha osobnosti), cluster B (antisociální, histriónská a narcistická porucha) navíc vyšší *Vyhledávání nového* a cluster C (vyhýbavá, závislá, obsesivně-kompulzivní a pasivně-agresivní porucha osobnosti) vyšší *Vyhýbání se poškození*. Na základě klinické aplikace TCI se neosvědčila dimenze *Persistence*, protože má pouhých 8 položek, a tedy neumožňuje klinicky dostatečný rozptyl výsledků. Výsledky české populace v *Sebepřesažení* jsou podstatně nižší než v americké populaci a podobné švédským (Brandstrom et al., 1998) a holandským (de la Rie et al., 1998) normám. Při současné absenci českých norem tak musíme být při interpretaci *Sebepřesažení* velmi opatrní.

Sami při své práci používáme dotazník TCI (Temperament and Character Inventory; Cloninger et al., 1994b) v převodu Koženého, s modifikací překladu dvou položek. Vypustili jsme Cloningerovy validizační škály, které sám autor v současnosti nepoužívá. Přidali jsme modifikovanou škálu lži z Eysenckovy EPQ/R, u které jsme přeformulovali položky z tázacích na oznamovací. Samotný dotazník TCI však zůstává zachován, s celkovým počtem položek 238, u kterých se proband rozhoduje, zda na něho spíše platí nebo neplatí.

Metodu administrujeme na počítači s písemnou instrukcí, aby proband hodnotil svůj běžný, obvyklý, neextrémní způsob chování a prožívání. Poruchu osobnosti hodnotíme na základě dimenze *Sebeřízení*. Pokud hodnota spadá do pásma mezi první a druhou standardní odchylkou pod průměrem souboru, interpretujeme jako **trend** k poruše osobnosti, pokud je hodnota 2 a více standardních odchylek průměrem souboru, tak jako **poruchu osobnosti**. Temperamentové typy hodnotíme **na základě odchylek nad a pod** průměr dimenzí věkově přiměřeného souboru.

Sebeřízení je měřítkem zralosti, odpovědnosti, cílového zaměření, integrity osobnosti. Vysoký skór se vysvětluje jako sociální zralost, odpovědnost, akceptace sebe samého, cílová orientace, osobnostní integrovanost. Nízký skór jako nezralost, destruktivnost, nespolehlivost, deficit vnitřních organizačních principů.

Tab.7 Sledované dimenze TCI a jejich psychologická charakteristika

Dimenze TCI	Vysoký skór	Nízký skór
Vyhledávání nového	Pátrající, impulsivní, vynalézavý, vznětlivý	NEVÝBOJNÝ, rigidní, střídmy, klidný, opatrný
Vyhýbání se poškození	Pesimistický, úzkostný, bojácný, opatrný, snadno unavitelný	optimistický, smělý, odvážný, energický
Závislost na odměně	citový, otevřený, přátelský	kritický, stranící se, odtažitý, nezávislý
self-directedness (sebezaměřenost, cílesměrnost)	Odpovědný, cílevědomý, vynalézavý, sebeakceptující, disciplinovaný	obviňující, bezcílný, pošetilý, ztracený, nedisciplinovaný

3.1.5 Normy pro temperamentové typy

Pro percentilové normy jsme použili tři soubory různého stáří (Preiss, 2001). První soubor (tab.8) obsahoval 975 mužů ve věku 19-28 let na základní prezenční službě v AČR. Cloningerův dotazník (TCI) byl administrován u této skupiny jako součást rutinního psychologického vyšetření pro zjištění způsobilosti k vojenské službě. Vyšetření proběhlo na počátku nebo v průběhu prezenční služby. Soubor byl dále omezen na osoby, které v Otisově verbálním inteligenčním testu dosáhly IQ 90 a vyšší, čímž se vzorek snížil na N=543. Osoby s IQ nižším než 90 jsme ze souboru vyřadili, abychom zvýšili pravděpodobnost, že pochopení položek dotazníku je adekvátní.

Tab.8

Základní údaje o sledovaných dimenzích TCI u souboru N=523 výše máš 543 (průměr, minimum a maximum, standardní odchylka)

Dimenze	N	M	Minimum	Maximum	SD
NS	523	19,23	6	34	5,69
HA	523	13,91	0	35	6,20
RD	523	15,21	3	23	3,52
SD	523	27,27	9	42	6,72
CO	523	30,28	7	41	6,06
ST	523	13,65	1	29	5,45

Druhý nepsychiatrický soubor (tab.9) tvoří 34 žen a 91 mužů (N=125), věkové rozmezí 22-68 let, M=45, SD=11). Třetí, nejstarší soubor (tab.10), tvoří pacienti s poruchami pohybového ústrojí (Parkinsonova nemoc a esenciální tremor), 60 mužů a 31 žen (N=91), věkové rozmezí 48-76, M=58, SD=6).

Oproti americkému souboru (Cloninger, 1994a; str.89) se oba dva soubory běžné populace liší od amerického (při srovnávání s relativně stejně starými Američany) nižším Vyhledávání nového a výrazně nižším *Sebeopřesazením*, a naopak vyšší Závistostí na odměně a *Sebeřízením*. Soubor pacientů s poruchami pohybového ústrojí se oproti americkému souboru

liší především podstatně nižším *Sebepřesažením*, nižším *Sebeřízením* a *Ochotou spolupracovat* a naopak vyšším *Vyhýbání se poškození*.

Tab. 9

Základní údaje o sledovaných dimenzích TCI v nepsihiatrickém souboru (N=125, 34 žen a 91 mužů, věkové rozmezí 22-68 let, M=45, SD=11)

Dimenze	N	M	Minimum	Maximum	SD
Vyhledávání nového	125	14,79	4	30	4,89
Vyhýbání se poškození	125	11,84	1	27	6,45
Závislost na odměně	125	16,20	4	24	3,64
Sebeřízení	125	33,97	16	43	5,38
Ochota spolupracovat	125	33,93	20	42	4,03
Sebepřesažení	125	11,96	2	29	5,71

Tab.10

Základní údaje o sledovaných dimenzích TCI v souboru pacientů s pohybovým ústrojím (N=91, 60 mužů a 31 žen, věkové rozmezí 48-76, M=58, SD=6)

Dimenze	N	M	Minimum	Maximum	SD
Vyhledávání nového	91	15,40	5	34	5,27
Vyhýbání se poškození	91	14,92	2	33	7,41
Závislost na odměně	91	16,23	10	24	3,20
Sebeřízení	91	31,63	12	43	6,31
Ochota spolupracovat	91	32,90	18	41	4,33
Sebepřesažení	91	12,97	4	25	5,18

Percentilové normy pro *Sebeřízení* uvádíme v tab.11. Hranicí první a druhé standardní odchylky pod průměrem je u souboru „mladých osob“ percentilová hodnota 19 a 12, u souboru „střední věk“ 27 a 19, u souboru „starší osoby“ 24 a 20.

Tab.11

Percentilové normy temperamentových dimenzí u souboru obecné populace N=543 („mladé“ osoby), u souboru obecné populace N=125 („střední věk“) a u souboru pacientů s neurologickými poruchami N=91 („starší osoby“).

Percentil	„Mladé“ osoby			„Střední“ věk			„Starší“ osoby		
	NS	HA	RD	NS	HA	RD	NS	HA	RD
5	10	4	9	8	3	9	7	4	11
10	12	6	10	11	4	11	9	5	12
15	13	7	11	11	5	12	10	6	13
20	14	8	12	12	6	13	11	8	14
25	15	9	13	13	7	13	12	9	14
30	16	10	14	14	9	14	13	11	14
35	17	11	14	15	9	14	13	11	15
40	18	12	15	16	11	15	13	12	15
45	18	13	15	16	12	15	14	14	16
50	19	14	16	17	13	16	15	15	16
55	20	15	16	17	15	16	15	16	16
60	21	15	16	19	16	17	16	16	17
65	21	16	17	20	17	17	17	17	17
70	22	17	17	20	18	18	17	18	17
75	23	18	18	22	20	18	19	19	18
80	24	19	18	23	21,5	19	20	22	19
85	25	20	19	24	24	19	22	24	20
90	27	22	20	26	26	20	22	26	21
95	29	24	20	28	31	21	24	28	22

Tab.12

Percentilové skóry pro *Sebeřízení* u tří souborů s hranicemi 1. a 2. Zvlášť jsou uvedeny hranice dvou standardních odchylek.

Percentil	„Mladé osoby“	„Střední věk“	„Starší osoby“
Hranice dvou stand.odchylek	12	19	20
5	15	24	22
10	19	26	23
15	20	28	24
20	22	29	25
25	23	31	27,5
30	24	32	28
35	25	33	29
40	25	34	30
45	27	34	32

50	28	35	32
55	28	35	33
60	29	37	35
65	30	37	35
70	31	38	37
75	32	38	37
80	34	39	37
85	35	39	38
90	36	40	39
95	37	41	41

Postup při praktické diagnostice poruch osobnosti je uveden v tab.13 a návodná kazuistika v tab.14. V praxi chápeme temperamentový typ jako obecnou tendenci reagovat určitým způsobem. Kvalitativně závisí také na velikosti jednotlivých odchylek temperamentových dimenzí od průměrů souborů. Velikost těchto odchylek je určující pro interpretaci nálezu. Klinicky však závisí na řadě dalších ukazatelů – míra kooperativnosti vyjádřená dimenzí CO může být např.důležitým ukazatelem predikce úspěšnosti psychoterapie, *Sebepřesažení* má vztah k psychózám a zakotvenosti v realitě (Bayon et al., 1996). Pro míru validity výsledku je zapotřebí vzít v úvahu také lži skór, kde interpretujeme hodnoty vyšší než 7 bodů hrubého skóre jako málo validní nález. Význam má také inteligence – položky v TCI jsou někdy sestavené složitě a proband s nižší inteligencí jim nemusí rozumět správně.

Tab. 13

Postup při diagnostice poruchy osobnosti podle TCI

1. administrace TCI
2. zjištění hladiny Sebeřízení a porovnání podle věkové normy vzhledem k našim třem souborům.
3. v případě Sebeřízení mezi 1-2 standardními odchylkami pod průměrem souboru

interpretujeme jako trend k poruše osobnosti, pokud je hladina Sebeřízení pod 2 standardními odchylkami, interpretujeme jako poruchu osobnosti.

4. posoudíme odchylky temperamentových dimenzí NS, HA a RD od průměru podle percentilových norem a stanovíme temperamentový typ.
5. na základě dalších nálezů z vyšetření a MKN-10 nebo DSM-IV potvrdíme nebo vyvrátíme diagnózu poruchy osobnosti a specifický typ poruchy.

Tab. 14

Návodná kazuistika

19tiletý muž, poslaný rodinou pro neshody v rodině včetně fyzických střetů, měl v TCI hodnotu Sebeřízení 21 bodů hrubého skóre, tedy na hranici první standardní odchylky pod průměrem referenčního souboru. Hodnota Vyhledávání nového byla 29 bodů, Vyhýbání se poškození 15 a Závislost na odměně 13 bodů. To odpovídá percentilovým skórum NS=95, HA=55, RD=25. Temperamentový typ hodnotíme jako explozivní. Struktura osobnosti v závěru psychologického vyšetření je popsána jako „blízká poruše osobnosti, s rysy explozivity, impulzivity, malé cílesměrnosti, zhoršené míry kooperability a snížené závislosti na odměně“.

Kliničtí pracovníci většinou automaticky předpokládají, že komorbidní porucha osobnosti k diagnóze na ose I s sebou přináší horší prognózu a odpověď na léčbu. Tento předpoklad se objevuje i v úvodu této práce. Nejnovější souhrn vztahu mezi patologií osobnosti a výsledkem léčby (Mulder, 2002) však tento starý klinický předpoklad překvapivě nepotvrzuje. Mulder souhlasí s klinickou zkušeností vysoké prevalence poruch osobnosti mezi pacienty s depresí (35%-65%), ale tvrdí, že výsledky neefektivní léčby u pacientů

s poruchami osobnosti podporují především metodologicky slabé studie. Mulder podle svých vlastních slov přináší z klinického pohledu dobrou zprávu – komorbidní porucha osobnosti u depresí nezhoršuje efekt léčby. Výsledky léčby depresí u pacientů s poruchou osobnosti jsou zřejmě stejně dobré jako bez komorbidity, a přesto mohou díky klinickým mýtům dostávat méně medikace, psychoterapie nebo ECT. Mulder doporučuje také 7 pravidel pro výzkumníky, zkoumající vliv osobnostní psychopatologie na depresi:

1. Doporučenímhodné jsou především strukturované rozhovory, dotazníky na druhém místě především pro srovnání s rozhovorem. Do statistické analýzy dat by se měly zahrnout dimenzionální i kategoriální skóry.
2. Rozdíly mezi pacienty s a bez poruchy osobnosti musí obsahovat hloubku, chronicitu a věk při počátku obtíží, současný věk a pohlaví. Při rozdílech v těchto hodnotách je zapotřebí data kontrolovat statisticky.
3. Je zapotřebí zajistit stejnou léčbu pro všechny subjekty nebo náhodné přiřazování do léčby po většinu času nerozumím. Porucha osobnosti je většinou faktor, který rozhoduje o volbě léčby, takže naturalistické studie budou tímto faktorem ovlivněny.
4. Zajistěte reprezentativnost a dostatečnou velikost souboru, nezahrnujte pouze určitou poruchu osobnosti nebo osoby s abusem návykových látek.
5. Užijte dimenzionální nástroje k měření poléčebné deprese (např. Hamiltonovu škálu, MADRS?)
6. Zahrňte měřítka sociální podpory a interpersonálních obtíží, protože mohou přispívat ke špatné odpovědi na léčbu.
7. Užijte vícečetné (multivariable) analytické techniky k zachycení všech významných proměnných do prediktivního modelu.

Mulderův souhrn je popřením názorů většiny praktiků, ale může být pravdivý – málokterý klinik má možnost své pacienty dlouhodobě sledovat a opakovaně diagnostikovat míru osobnostní patologie. Gundersonův úvod k longitudinální studii (Gunderson et al, 2000) však působí mnohem negativněji – upozorňuje na vztah mezi poruchami osobnosti a potížemi v reálném životě - rozvody, nezaměstnaností, nehodami, sebevraždami a vraždami.

Obecně je ale výzkum poruch osobnosti velmi komplikovaný. Podle Millona (1996) je nemožné vytvořit design studie, která by systematicky kontrolovala nebo manipulovala s podstatnými osobnostními proměnnými a výzkum v této oblasti musí pokračovat s naturalistickými a korelačními studiemi. Nicméně nárůst vědomostí o činitelích způsobujících osobnostní patologii nám brání zakládat psychopatologii osobnosti na několika málo jednoduchých faktorech.

Přehled různých přístupů ke klasifikaci poruch osobnosti, podaný v první části této práce, nás přesvědčuje o složitosti problému a nemožnosti jednoduchých řešení. Považujeme za velmi nepravděpodobné, že by v blízké budoucnosti vznikla obecně přijatelná teorie poruch osobnosti, která by zároveň umožňovala validní diagnostiku. Světlou výjimkou se zdá být Millonův model, který se bohužel zatím neodráží v klinické diagnostice a je natolik rozsáhlý, že vyžaduje usilovné dlouhodobé studium. Pro porozumění mnohotvárné osobnostní psychopatologii je však zřetelným přínosem, protože shrnuje různé partikulární přístupy. Je otázkou dalšího vývoje evoluční teorie, na které je postaven, zda se stane dominantním modelem osobnostní patologie nebo jen jedním z výkladových rámců. Povšimli jsme si, že k evoluční teorii se hlásí autoři, zahrnovaní obvykle do jiných než evolučních přístupů – např. A.T.Beck, oficiálně představitel kognitivního směru, nebo T.Millon, čelný představitel integrativního přístupu k poruchám osobnosti. Pokud však zůstane evoluční teorie? bez

možnosti operacionalizace, bude přinejmenším v blízké budoucnosti teorie poruch osobnosti podobně roztržštěná jako dnes.

Millonův model je obsáhlý a studium minimálně základní publikace (*Disorders of personality* z roku 1996, dosahující 800 stran) je časově velmi náročné. Snad také proto si autoři příspěvků čísla věnovanému Theodoru Millonovi v *Journal of Personality Assessment* z roku 1999 Millonův model „rozdělili“ na řadu dílčích částí.

I když existuje velký počet různých výkladových rámců, konstatuje přesto řada odborníků překryv nalézáných dimenzí v dílech různých autorů, jako jsou autoři tzv. velké pětky, Eysenckova nebo Cloningerova modelu. Zvětšuje se pole molekulárně-genetického zkoumání osobnostních faktorů a je snaha po kontrole proměnných, jako je věk nebo pohlaví, a nalézají se vztahy mezi dopaminovými a serotoninovými receptory a osobnostními faktory (Bond, 2001). Dá se předpokládat, že hledání vztahů mezi osobnostními a biologickým parametry bude sílit.

Cloningerův model (Cloninger, Svrakic 1997; Cloninger, Bayon a Svrakic, 1998) vzbudil ve svých počátcích velké nadšení i skepsi a v posledních letech je bibliografie používající jeho metody velmi široká. V současnosti jsou předmětem mnoha studií vztahy mezi odpovědí na léčbu a osobnostní proměnné a vztahy mezi neurotransmitery, temperamentem a sociálním fungováním (Mulder, 2002; Bond, 2001).

Z našeho klinického hlediska očekáváme zjednodušení dotazníkových položek, vyloučení dimenze *Persistence* z klinické praxe a reinterpretaci *Sebepřesažení* pro evropskou klinickou praxi. Z praktického hlediska je dotazník zajímavý pro svoji neprůhlednost pro pacienta, pacient nedokáže odhadnout, co by nástroj mohl měřit. Nami navrhovaná interpretace hloubky osobnostní psychopatologie (trend vs. porucha osobnosti na základě standardní odchylky) a normy pro temperamentové typy prověří teprve delší jako dlouhodobější užití v klinické praxi.

Předpokládáme, že ateoretický přístup k vytvoření osy II bude ve vzdálené budoucnosti nahrazen jedním modelem, pravděpodobně kombinujícím dimenzionální a kategoriální diagnostiku. Při rychlém současném tempu rozvoje diagnostiky je samozřejmě těžké předvídat budoucí směry vývoje. Domníváme se, že vyšetření založené na dotaznících, přestože je bezpochyby velmi důležité, se bude v blízké budoucnosti stále vylepšovat, ale ve vzdálenější budoucnosti bude možná nahrazováno metodami, které umožňují ekologičtější sledování probandových reakcí. Ferdinand Knobloch (2001) spekuluje o virtuální komunitě a přirovnává ji k trenažeru, který se používá při řízení auta. Theodore Millon se přidržuje vylepšování současných metod a předpokládá větší sofistikovanost ve vývoji metod. Domnívá se, že by se větší důraz měl věnovat problému aktuálního stavu a rysu, např. tak, že by se položky mohly přeformulovat a administrovat přinejmenším dvakrát ke zjištění stability. Navrhuje působit na oficiální nosologii (tedy DSM a MKN), aby byla dynamičtější a schopnější změny.

Z klinického hlediska mají velký význam výzkumné nálezy zdůrazňující vliv aktuálního stavu na míru nalezené osobnostní psychopatologie. Domníváme se, že navrhovaný dvojitý přístup k diagnostice by měl sloužit jako algoritmus pro klinickou praxi a pokud není z praktických důvodů umožněn, měla by v závěrech psychologických vyšetření figurovat poznámka „aproximativní“. Návrh na dvojitý vyšetření podporují nálezy o situačním vlivu především na výsledky dotazníkových metod. Kombinace rozhovoru, dotazníkových a projektivních metod vychází také z běžné klinicko-psychologické praxe. Návrh na dvojitý vyšetření však není možný v některých speciálních případech, např. v soudně-znaleckém posuzování, kde znalec téměř vždy nemá dostatek času, aby mohl probanda retestovat po několikátýdenním intervalu. Kombinaci MCMI-III a TCI podle našeho názoru podporuje také Millonovo stanovisko prototypu, který doplňuje kategoriální diagnostiku diagnostikou dimenzionální – MCMI-III umožňuje vyjádřit se jak ke kategoriím, tak k míře

poruchy, zatímco TCI k míře poruchy osobnosti pomocí skóru dimenze Sebeřízení a kombinace temperamentových dimenzí.

Stranou jsme také nechali stát význam a praktické zkušenosti s validizačními škálami, které Millon zařadil tři a které se v Cloningerově metodě, přestože původně zařazené, ignorují ve výzkumných pracích. Zda se opravdu nejlépe osvědčí dvě námi navržené dotazníkové metody a strukturovaný rozhovor, ukáže další klinická praxe. Nedá se zcela vyloučit ani vliv aktuální diagnostické „módy“.

4 Příprava na výzkum

Při přípravě na samotnou výzkumnou část jsme provedli několik dílčích studií, které popisujeme dále. Jsou to studie zaměřené na: 1. změny osobnosti během hospitalizace u unipolární deprese, 2. strukturovaný rozhovor pro poruchy osobnosti (IPDE), 3. kognitivní deficit a jeho vliv na zdravotní stav u unipolární depresivní poruchy.

4.1 Změny osobnosti během hospitalizace – pilotní studie

V pilotní studii změny skóre TCI jsme provedli k ověření, jak budou na malém souboru pacientů vypadat změny osobnostních dimenzí a zda dochází k ověření předpokladů zjišťovaných zatím spíše vzácně v jiných studiích. Výsledky studie jsme částečně publikovali (Simová et al., 2004).

Již v minulosti se vztahem deprese a osobnosti zabývalo mnoho výzkumných prací. Abraham (1912, in Val, Gaviria, Flaherty, 1982) sledoval podobnosti mezi pacienty s obsedantní strukturou osobnosti a depresí. Kraepelin pozoroval souvislost mezi temperamentem (dědičně získaným a konstituujícím aspektem) a „manio-depresivním šílenstvím“ (Val, Gaviria, Flaherty, 1982). Kretschmer na základě své teorie o konstitučních typech stanovil korelaci mezi temperamentem a poruchou. Starší studie o temperamentových zvláštěnostech depresivních pacientů nepřímo potvrzují současné výzkumy udávající výskyt poruchy osobnosti u 45 až 64% depresivních pacientů, přičemž větší míra (až 72%) je u pacientů hospitalizovaných (Clinical Practice Guideline, 1993). Mulder (2002) uvádí na základě metaanalýzy podobné procento poruch osobnosti u pacientů s depresí - 35 až 65%. Nejčastěji se podle jeho nálezů vyskytuje senzitivní porucha osobnosti, v kombinaci s astenickými, narcistními rysy a rysy závislosti. Charney (1981, in Mann a Kupfer, 1993) upřesňuje, že u nemelancholických depresivních pacientů se prokazovaly histriónské, hostilní a hraniční rysy osobnosti, zatímco u melancholických depresivních pacientů se objevily jen

rysy obsedantní. Vztah mezi osobností a depresí je možné nahlédnout z několika úhlů, které se vzájemně nevylučují. Některé teorie chápou osobnost a depresi jako dvě nezávislé dimenze. **Patoplastický model** považuje obě za dvě různá vyjádření jednoho patologického procesu. Model předpokládá, že porucha osobnosti ovlivňuje poruchy na ose I, ale sama o sobě je nespouští. Podle **modelu komplikace** osobnost může být subklinickým vyjádřením afektivní poruchy - porucha na ose I iniciuje změnu osobnosti. Za nejpravděpodobnější je považován **model vulnerability**, který říká, že osobnost může predisponovat k depresi a/nebo se změnit pod vlivem depresivní poruchy, která umožňuje její vývoj (Millon, 1996).

Změny projevů osobnosti v průběhu psychiatrické hospitalizace stěžují adekvátní diagnostiku osobnosti a tím i nasměrování další, pohospitalizační péče o pacienta. Předchozí práci (Preiss et al., 2003) jsme uzavírali s tím, že vliv aktuálního psychického stavu výrazně ovlivňuje výsledky některých diagnostických metod, především dotazníkových. Pro klinickou praxi jsme tehdy navrhovali, že by se v průběhu hospitalizace měla osobnost pacientů diagnostikovat po odeznění aktuálního depresivního, úzkostného, psychotického či jiného stavu, tedy nejlépe ke konci hospitalizace. V opačném případě se vystavujeme riziku falešně pozitivní diagnózy, a to především pokud k diagnostice používáme výhradně či převážně dotazníky. Dále jsme poukazovali na skutečnost, že pokud dotazníkové metody naznačují poruchu osobnosti a strukturovaný rozhovor (nebo i jen klinický rozhovor) ne, je vhodnější dát přednost výsledkům rozhovoru. Za klinicky nejvalidnější jsme považovali vyšetřit osobnost dvakrát stejnými metodami a v případě snížení symptomatiky ve druhém vyšetření považovat první vyšetření za falešně pozitivní. Pro zvýšení validity vyšetření poruch osobnosti jsme jako nezbytné navrhli kombinovat různé metody, minimálně ty, které zkoumají latentní konstrukt nespojený s mezinárodní klasifikací nemocí (např. dotazník temperamentu a charakteru, TCI), jsou spojeny s mezinárodní klasifikací nemocí (např. Millonův MCMI-III) a jsou založeny na přímém dotazování a pozorování chování

(strukturovaný rozhovor pro poruchy osobnosti, IPDE). V této pilotní studii je cílem podrobněji se podívat na změny v opakovaném vyšetření v průběhu hospitalizace - výsledky dotazníku temperamentu a charakteru (TCI, Cloninger et al., 1994) u malé skupiny pacientů na počátku a konci hospitalizace a porovnat získaná data u osob s prokázanou poruchou osobnosti a bez ní na základě podrobného strukturovaného rozhovoru. Studii jsme koncipovali jako pilotní k projektu IGA NR 7942-3 s názvem „Vliv osobnostní psychopatologie na efektivitu léčby unipolární deprese – katamnestická studie“.

O účast ve výzkumu vlivu depresivního onemocnění na psychopatologii osobnosti jsme požádali pacienty, kteří byli hospitalizováni na otevřeném oddělení Psychiatrického centra Praha (PCP), specializovaného na léčbu pacientů s poruchami nálad. Téměř všichni pacienti byli na oddělení přijati s diagnózou depresivní poruchy (F32 nebo F33), která jim byla diagnostikována ambulantními lékaři nebo příjmovým lékařem v PCP. Do výzkumu byla zahrnuta i jedna pacientka s dystymií (F34), jedna s emočně nestabilní poruchou osobnosti (F60), která se v průběhu hospitalizace neprokázala a byla překlasifikována na dg. deprese (F32.1), a jeden pacient s panickou poruchou (F41), jehož diagnóza byla změněna již během příjmového psychiatrického vyšetření na těžkou depresivní fázi.

Soubor 12 pacientů se skládá ze 4 mužů a 8 žen ve věku od 18 do 68 let. Průměrný věk je 41 let. Všichni pacienti byli hospitalizováni nejméně čtyři týdny. Pacienti byli vyšetřeni v prvním a posledním týdnu hospitalizace. Design studie byl schválen Etickou komisí Psychiatrického centra Praha a všichni účastníci podepsali informovaný souhlas s účastí ve studii.

Pro diagnostiku poruch osobnosti byl použit strukturovaný rozhovor pro poruchy osobnosti IPDE (Loranger, 1999; Preiss et al., 2004). IPDE bylo sejmuto bez znalostí výsledků TCI (TCI bylo odebíráno souběžně s IPDE v rozmezí několika dní), ale se znalostí chorobopisu nebo dekursu pacientů. Rozhovor byl proveden obvykle během jednoho sezení,

někdy s přerušením daném délkou rozhovoru. Délka rozhovoru se pohybovala od 45 do 150 minut.

4.1.1 Výsledky a diskuse k pilotní studii

4.1.1.1 Dimenze *Vyhledávání nového* (NS)

Dimenze *Vyhledávání nového* (NS) nevykazuje změnu jednotným směrem, ale téměř u všech pacientů se v průběhu hospitalizace nějak mění. Celkem 4x se skór na konci hospitalizace zvýšil, 5x se výrazně snížil už u velmi nízkých hodnot z prvního měření a 3x zůstal na stejné výši. Skór se 4x změnil výrazně, a to 3x směrem k vyšším hodnotám, 1x k nižším ve druhém vyšetření. V souboru se nedá zjistit jednotná tendence ke změně pro dimenzi *Vyhledávání nového* NS. Usuzujeme, že dimenze není depresí ovlivněna určitým směrem, což potvrzuje náš předpoklad vycházející z prací Cloningera et al. (1994, in Preiss, Klose, 2001), ale i další práce (Richter a Eisemann, 2002).

4.1.1.2 Dimenze *Vyhýbání se nebezpečí* (HA)

Velmi vysoký průměrný skór ukazuje dimenze *Vyhýbání se nebezpečí* (HA). Kromě poslední pacientky s depresivní poruchou zůstávají v prvním měření všichni nad 85.percentilem a ve druhém měření stále nad 80.percentilem. Převážně tak potvrzujeme tvrzení Corrubleho et al. (2002) o vyšším skóru v této dimenzi u depresivních pacientů, který přetrvává bez výraznějších změn i po odeznění depresivních příznaků. Čtyři z našich pacientů dokonce na konci hospitalizace zůstali v této dimenzi za hranicí druhé standardní odchylky, tj. za 98.percentilem. Na základě výsledků vyvozujeme, že akutní depresivní stav nemá vliv na dimenzi *Vyhýbání se poškození* a že je typické, že lidé s depresivní poruchou v této dimenzi skórují dlouhodobě velmi nadprůměrně.

4.1.1.3 Dimenze *Závislost na odměně (RD)*

Stejně jako Cloninger et al. (1994, in Preiss, Klose, 2003) potvrzujeme, že depresivní onemocnění nijak neovlivňuje temperamentovou dimenzi *Závislost na odměně (RD)*, která v průběhu hospitalizace zůstala nezměněna. Zároveň v malém souboru nesledujeme jednotnou tendenci ve výši skóru. Polovina respondentů se pohybuje vysoko nad 50.percentilem a menší část souboru hluboce pod ním. Značný pokles RD u pac.č.5 může být vysvětlitelný poruchou osobnosti, kdy na počátku hospitalizace mohlo jít o zvýšení závislosti akutní, vyvolané potřebou naléhavé pomoci, a na konci hospitalizace se jedná o projevy pravé míry dimenze.

4.1.1.4 Dimenze *Sebeřízení (SD)*

Tato dimenze predikuje podle Cloningerova modelu poruchu osobnosti a podle studie Cloningera et al. (1994, in Preiss, Klose, 2003) je ovlivněna depresivním stavem pacienta. Všichni naši pacienti dosahují v této dimenzi při měření na počátku hospitalizace velmi nízké hodnoty, kromě jedné pacientky se všichni pohybují pod 35.percentilem. Osm z nich dokonce pod 16. percentilem, což by se mohlo interpretovat jako výrazný trend k poruše osobnosti.

V opakovaném vyšetření před koncem hospitalizace osmi našim pacientům skór v této dimenzi výrazně vzrostl, dvěma zůstal na stejné hladině a jednomu pacientovi mírně poklesl. Potvrzuje to náš předpoklad, že v této charakterové dimenzi dochází během depresivního onemocnění k výraznému výkyvu směrem k psychopatologii osobnosti. Proto navrhuje opakované vyšetření dotazníkem TCI pro vyloučení poruchy osobnosti, která se může přechodně ukázat během akutního stavu depresivní poruchy. Na druhou stranu u těch pacientů, kteří měli v prvním měření velmi nízký skór (pod 3.percentilem), se ve druhém měření nízký skór opakoval. Usuzujeme tedy, že v případě velmi nízkého skóru, který

predikuje poruchu osobnosti, charakterová dimenze Sebeřízení zůstává stabilní a akutním stavem neovlivněna.

4.1.1.5 Dimenze *Ochota spolupracovat* (CO)

Většina našich pacientů se v této dimenzi nijak nelišila od průměrné populace. V prvním měření se všichni, kromě jednoho pacienta, umístili v pásmu do první směrodatné odchylky v blízkosti průměru. Ve druhém vyšetření se pouze dva pacienti výrazně posunuli, jednomu se skóre snížil a druhému výrazně zvýšil. Oběma dvěma pacientům byla ostatními metodami a rozhovorem diagnostikována porucha osobnosti.

Dimenze *Spolupráce CO* se nepotvrdila jako závislá na akutním stavu a neodlišuje v ní soubor depresivních pacientů od většinové populace.

4.1.1.6 Dimenze *Sebepřesažení* (ST)

Náš soubor depresivních pacientů v této dimenzi nabývá téměř celého spektra dosažitelných hodnot, od velmi nízkých až po velmi vysoké. V průběhu hospitalizace se tato dimenze výrazněji nemění, u třech pacientů došlo k výraznějšímu poklesu, jinak dimenze zůstala stabilní. Zajímavé je, že pacienti, kterým byla diagnostikována porucha osobnosti ve strukturovaném rozhovoru IPDE, v této dimenzi skórovali velmi vysoko, a to i v opakovaném měření. Nepotvrdili jsme zjištění Corruble et al. (2002), že by pacienti s depresivní poruchou měli signifikantně nižší skóre v této dimenzi. V našem souboru měla přibližně polovina respondentů skóre nad 50.percentilem a polovina pod 50.percentilem.

4.1.1.7 Temperamentový a charakterový styl podle TCI

Z vyšetření metodou TCI jsme získali nejčastější temperamentové a charakterové typy depresivních pacientů v našem souboru¹⁴. Třetinu našich respondentů lze popsat jako *pasivně závislé temperamentové typy*, čtvrtinu jako *obsesivní*, jedna šestina jako *pasivně agresivní* či *explozivní* a u jednoho pacienta jsme zjistili *cyklotymní* temperamentový typ. Mezi **charakterovými typy** nejvíce vynikají *cyklotymní* (čtvrtina souboru) a *organizovaní* (čtvrtina). Šestina je *melancholická*, šestina *schizotypální* a po jednom *závislý* a *autokratický* charakterový typ. Podle Cloningerova modelu pojetí osobnosti je zvýšené riziko pro mánii a depresi u všech charakterových typů, kde není extrémně vysoký skóre v SD. To se týká charakteru *melancholického*, který je prototypem unipolárně depresivních pacientů s typickými vegetativními projevy, *schizotypálního*, *závislého*, který je prototypem atypické depresivní poruchy a *cyklotymního*, který je typičtější pro pacienty s bipolární afektivní (manicko-depresivní) poruchou. Naše nálezy potvrzují Cloningerovo tvrzení pro charakter *cyklotymní*, *melancholický* a *schizotypální*. Překvapivě je v našem souboru čtvrtina charakterů organizovaných, u kterých se depresivní onemocnění neočekávalo. Jsme si vědomi nereprezentativnosti a malé velikosti našeho souboru, ale přesto tento vysoký výskyt organizovaného charakteru považujeme za významný. Osoby s tímto charakterem jsou logické, důvěřivé, konzervativní, analyticky uvažující, upřednostňující výkonnost, stálost a důraz na detail a zákony. Mají větší zájem o moc a vlastnictví. Na tento nálezy by bylo zajímavé podívat se z pohledu většího souboru.

¹⁴ V této práci používáme rozdělení temperamentových typů podle směru naměřeného skóre od průměru. Zřejmě výhodnější by bylo „styl“ měřit až od určité vzdálenosti od průměru, např. 1 standardní odchylku. V naší práci bychom ale tímto způsobem snížili počet „stylů“, takže jsme přijali benevolentnější variantu měření.

4.2 Srovnání výsledků TCI u pacientů s poruchou osobnosti a bez poruchy osobnosti podle strukturovaného rozhovoru (IPDE).

Soubor jsme rozdělili na dvě části: osoby, které ve strukturovaném rozhovoru IPDE neměly žádnou poruchu osobnosti diagnostikovanou pomocí IPDE, a osoby, u kterých jsme pomocí stejné metody zjistili alespoň jednu poruchu osobnosti.

4.2.1 Srovnání v dimenzi *Vyhledávání nového* (NS)

Naši depresivní pacienti s poruchou osobnosti mají celkově spíše vyšší skóre v této dimenzi, který se výrazně nemění.

4.2.2 Srovnání v dimenzi *Vyhýbání se poškození* (HA)

V prvním vyšetření pacienti s poruchou osobnosti skórovali nad 98.percentilem, ve druhém vyšetření nad 96.percentilem. Oproti pacientům bez poruchy osobnosti mají celkově trend k vyšším a stabilnějším skóřům v této dimenzi.

4.2.3 Srovnání v dimenzi *Závislost na odměně* (RD)

V této dimenzi nelze vysledovat podstatné rozdíly, protože celý soubor se velmi odlišuje. Jeden společný znak pro pacienty s poruchou osobnosti je, že jejich závislost na odměně v opakovaném vyšetření klesá, zatímco u druhé skupiny většinou (v pěti případech z osmi) stoupá nebo je stabilní.

4.2.4 Srovnání v dimenzi *Sebeřízení* (SD)

Tato dimenze sama o sobě predikuje podle Cloningera k poruše osobnosti a v našem případě dobře koreluje s výsledky získanými strukturovaným rozhovorem IPDE. V grafu je jasně vidět rozdíl v dosaženém skóřu ve skupině s a bez poruchy osobnosti. Ve skupině bez

poruchy došlo v opakovaném měření k výraznému zvýšení skóru v sedmi případech z osmi, v první skupině ke zvýšení nedošlo nebo jen mírnému.

4.2.5 Srovnání v dimenzi *Ochota spolupracovat (CO)*

V této dimenzi se naše dvě skupiny výrazně neliší, v opakovaném měření jim skór *Spolupráce* spíše stoupal. Vyvozujeme z toho, že tato dimenze není příliš závislá na akutním stavu ani není odlišná pro depresivní pacienty s poruchou osobnosti nebo bez ní. Dvě měření u pacientů s poruchami osobnosti naměřila nejnižší hodnoty *Spolupráce*, což by mohlo ukazovat na trend k nižším hodnotám této dimenze u jmenované skupiny.

4.2.6 Srovnání v dimenzi *Sebepřesažení (ST)*

Více osob s poruchou osobnosti mělo vyšší skór v této dimenzi než respondenti bez poruchy osobnosti. V obou skupinách se neprojevuje výrazná změna v opakovaném měření. U tří osob ve skupině poruch osobnosti jsou skóry neobvykle vysoké (okolo 80. percentilu a více) a mohou ukazovat na nižší kontakt s realitou, iluzorní představy o okolním světě. Zvýšený ST potvrzují u depresivních pacientů i jiní autoři (Hansenne et al., 1999), stejně jako vliv trvale zvýšené lability (neuroticismus) na dlouhodobý nízký efekt léčby deprese (Surtees a Wainwright, 1996).

4.2.6.1 Omezení pilotní studie

Za hlavní omezení považujeme malý počet pacientů a tedy značně omezenou možnost generalizovat výsledky. Dalším omezením je nezahrnutí efektu léčby (měřenou např. redukcí depresivní symptomatiky v MADRS). Také kritérium změny dotazníkového skóru je definováno vágně (většinou jsme za změnu považovali rozdíl min. 15 percentilových skórů, tedy téměř polovinu standardní odchylky). Rozdíl v měření o polovinu standardní odchylky je

někdy považován za kritérium změny (Bilder, Goldman a Volavka et al., 2002), obecná shoda na míře „klinicky významné změny“ zatím není dosažena. Konec hospitalizace je v naší práci sice nevysloveně, ale přeci jen považován za „úzdavu“, což často neodpovídá klinické realitě. Potřebné by bylo provést další měření s odstupem od hospitalizace. Použitá metoda, dotazník temperamentu a charakteru (TCI) nebyl v ČR oficiálně vydán, k tomu ale nedošlo ani v zemi původu autora TCI, R.Cloningera. Jako normu pro naše pacienty používáme percentilové hodnoty uváděné Cloningerem (1994), pouze pro charakterovou dimenzi Sebeopřesazení používáme normu stanovenou na souboru české nepsychiatrické populace, protože americká norma se ukázala nepoužitelná (výrazně podhodnocovala české probandy). Strukturovaný rozhovor pro poruchy osobnosti (IPDE) sice již v ČR představen byl (Preiss et al., 2004), ale domácí zkušenosti jsou s ním zatím omezené a jeho oficiální vydání by bylo záslužné .

4.2.7 Závěry pilotní studie

- Většinu našich respondentů se ve shodě s Cloningerovými nálezy výrazně zvýšil skóre v charakterové dimenzi *Sebeřízení*. U ostatních dimenzí došlo k menší změně nebo zůstaly stabilní i po odeznění depresivního stavu. Na základě výsledků strukturovaného rozhovoru pro poruchy osobnosti (IPDE) v našem souboru můžeme opatrně potvrdit, že nízké skóre v dimenzi *Sebeřízení* predikuje poruchu osobnosti.
- Pacienti s komorbiditou depresivní poruchy a poruchou osobnosti se od depresivních pacientů bez této komorbiditity dále odlišují vyšším skórem v dimenzích *Vyhledávání nového*, *Vyhýbání se nebezpečí* a *Sebeopřesazení*.
- U všech našich pacientů jsme zaznamenali velmi vysoké skóre v dimenzi *Vyhýbání se ohrožení*, které se během hospitalizace neměnily. Potvrdili jsme tak zjištění např. Hansenne et al (1999) a Corrubleho et al. (2002), že depresivní pacienti mají vyšší skóre v této dimenzi před

léčbou i po ní. Corrubleho et al. (2002) zjištění o vyšším skóru v dimenzi *Sebepřesažení* jsme nepotvrdili. Naši pacienti dosahovali velmi rozdílných skóre a při opakovaném měření opět došlo k odlišným změnám.

- V našem souboru jsme našli osobnosti nejčastěji s cyklotymním a organizovaným charakterem. Dále se vícekrát vyskytly charaktery melancholické a schizotypální. Tři z těchto charakterových typů opravdu odpovídají Cloningerovu předpokladu o častém výskytu mezi depresivními pacienty. Ale v jedné čtvrtině našeho souboru se objevil organizovaný charakter, který svým vysokým skórem v dimenzi *Sebeřízení* zcela neodpovídá teoretickým osobnostním předpokladům pro depresivní poruchu.
- Dotazníkové metody jsou ovlivnitelné akutním stavem, a proto na počátku hospitalizace v nich pacienti častěji skórovali jako „akutní“ porucha osobnosti než v opakovaném vyšetření na konci hospitalizace po odeznění depresivní fáze.

4.3 Vývoj strukturovaného rozhovoru pro poruchy osobnosti (IPDE) – pilotní studie

Součástí práce v doktorandském studiu bylo vztáhnout osobností psychopatologii k průběhu léčby poruch nálad, konkrétně unipolární depresivní poruchy. Vzhledem k tomu, že v České republice neexistuje metoda, která by podle současných mezinárodních konvencí, diagnostikovala poruchy osobnosti validně, rozhodli jsme se pro překlad mezinárodního strukturovaného rozhovoru (IPDE). Výsledky této pilotní studie byly částečně publikovány (Preiss et al. 2004).

Nástroj na validní vyšetření poruch osobnosti podle kritérií MKN-10 nebo DSM-IV dlouho v klinické praxi i výzkumu chyběl. Zatímco dotazníky a jiné sebeposuzovací metody jsou většinou dílem psychologů, strukturované rozhovory tvoří převážně psychiatři (Widiger a Costa, 1994). Strukturované rozhovory dávají větší prostor examinátorovi zvážit, které udávané příklady ze života pacienta naplňují předem stanovená kritéria, ale zároveň - podstatně více než dotazníky - závisí na výcviku a zkušenostech. Validita výsledku je tak oproti dotazníkům významněji závislá na tazateli. Jedním z cílů Světové zdravotnické organizace WHO a Amerického národního institutu zdraví NIH je vyvíjení a standardizace diagnostických nástrojů pro užívání v klinickém výzkumu po celém světě. IPDE - International Personality Disorder Examination - je semistrukturovaný klinický rozhovor vyvinutý během tohoto programu k vyšetřování poruch osobnosti podle klasifikačních systémů MKN - 10 a DSM - IV. IPDE je výsledek modifikace Rozhovoru pro vyšetření poruch osobnosti (PDE) pro mezinárodní užívání. IPDE je uspořádán do formátu, který se pokouší zajistit optimální rovnováhu mezi spontánním, přirozeným klinickým rozhovorem a požadavky standardizace a objektivity. Na začátku rozhovoru dostane pacient následující instrukce: „Otázky, na které se Vás budu ptát, se týkají většiny Vašeho života. Zajímám se o

to, co je pro celý Váš život typické, nejen pro současnost. Pokud jste se změnil a některé odpovědi platí jen pro část Vašeho života, určitě mi řekněte.“

V úvodu jednotlivých sekcí jsou obvykle dotazy s otevřeným koncem, které pacientovi nabízejí příležitost hovořit o tématu do takové míry, do jaké sami chtějí. To pomáhá rozvíjet „soubor“ pro otázky, které následují a zajišťuje přechod od ohniska předchozí sekce. Ačkoli tyto dotazy nejsou skórovány, zajišťují tyto úvodní poznámky o pacientovi podklad, na jehož základě lze rozhodnout o klinické významnosti některých odpovědí na specifické otázky, které následují. Komentáře také občas usnadňují examinatorovi rozhodnout, zda je potřeba prozkoumávat nebo sledovat určité aspekty odpovědí pacientů. IPDE nebylo navrženo tak, aby mapovalo celou oblast osobnosti. Jeho účelem je identifikovat takové zvláštnosti a chování, které jsou relevantní ke zjištění kritérií poruch osobnosti v klasifikačním systému DSM-IV a MKN-10. IPDE záměrně zanedbává mnoho neutrálních, pozitivních a adaptivních zvláštností, protože jsou irelevantní ke zjišťování poruch osobnosti. Reliabilita obou verzí IPDE (dle DSM-III-R a MKN-10) byla měřena v Mezinárodní pilotní studii poruch osobnosti, která probíhala po celém světě pod vedením WHO a NIH. Výsledky reliability byly publikovány Lorangerem et al. (Loranger et al., 1994; Loranger, 1999) a potvrzeny i s delším časovým odstupem mezi vyšetřeními nezávislou studií (Lenzenweger, 1999). Dimenzionální skór v IPDE zahrnuje informace o výrazných normálních rysech, které jsou pod prahem požadovaným k diagnostikování specifické poruchy osobnosti. Výsledky demonstrují příznivý vliv na reliabilitu IPDE při užívání Dimenzionálního skóru nebo počtu naplněných kritérií, navíc k tradiční klinické metodě kategoriální diagnózy. Žádný jiný klinický rozhovor na vyšetřování poruch osobnosti nebyl nikdy podroben tak přísnému testování.

Stanovení validity semistrukturovaného klinického rozhovoru není zcela běžné kvůli absenci akceptovatelného zlatého standardu. Užívání klinického konsensu jako standardu je

problematické bez informací o reliabilitě a validitě diagnóz poskytnutých samotnými kliniky. Výhodou semistrukturovaného rozhovoru je, že rozhovor má určitou procedurální validitu, díky níž jsou závěry snadněji exportovatelné a méně citlivé k institucionálním a regionálním vlivům (Loranger, 1999). Díky tomu mají klinici a výzkumníci k dispozici jednodušší metodu k vyšetřování poruch osobnosti, což umožňuje snazší srovnání a replikaci výzkumných zjištění.

Položky IPDE pro MKN-10 (celkem 67 položek) a kritéria pro vyhodnocení jsme přeložili do češtiny (Preiss et al., 2004) a opakovaně zkoušeli s pacienty dříve, než výzkum začal. Položky (přeformulovaná kritéria pro diagnostiku specifických poruch osobnosti podle MKN-10) se hodnotí na základě výpovědi pacienta 2 body (patologie), 1 bodem (přítomnost problému v akcentované podobě) nebo 0 body (schází nebo v normě). Chování, naplňující kritérium musí být přítomno minimálně 5 let. IPDE bylo sejmuto bez znalostí výsledků osobnostních dotazníkových metod (které byly odebírány souběžně s IPDE), ale se znalostí chorobopisu nebo dekursu pacientů. Rozhovor byl proveden obvykle během jednoho sezení, někdy s přerušením daném délkou rozhovoru. Délka rozhovoru se pohybovala od 45 do 150 minut. Výpočty jednotlivých poruch osobnosti a dimenzionálních skóre byly provedeny podle manuálu k IPDE (Loranger, 1999). U každé diagnózy bylo zjištěno, zda je jistá (definitivní), pravděpodobná nebo negativní. Konkrétně byla zjišťována paranoidní, schizoidní, dissociální, emočně nestabilní (impulzivní a hraniční typ), histriónská, anankastická, anxiózní (vyhýbavá), závislá a nespecifikovaná porucha osobnosti. U jedné osoby mohla být zjištěna několikanásobná porucha osobnosti. Detailní způsob skórování IPDE je uveden v manuálu (Loranger, 1999).

4.3.1 Výsledky výzkumu (Preiss et al., 2004)

Soubor psychiatrických pacientů obsahoval 100 osob, 42 mužů a 58 žen, průměrný věk byl 36 let ($SD=12,3$ rozpětí 18-67 let). Všichni pacienti byli hospitalizováni na Psychiatrické klinice Psychiatrického centra Praha a většina byla z otevřeného oddělení (oddělení č.2, vedoucí lékař MUDr.Martin Bareš). Pacienti byli psychologicky vyšetřeni v roce 2002-2003 během psychiatrické hospitalizace sérií psychologických dotazníků a strukturovaným rozhovorem IPDE. Vyšetření probíhalo ke konci hospitalizace. Soubor tvořili převážně pacienti s diagnózou poruchy nálad, psychologické vyšetření bylo provedeno převážně v případech diferenciatní diagnostiky (porucha nálady vs. porucha osobnosti) a při prvních pobytech na psychiatrii.

Kontrolní soubor obsahoval 52 osob, průměrný věk byl 37 let ($SD=11,7$), 25 mužů a 27 žen. Soubor byl vybírán tak, aby obsahoval přibližně stejné procento mužů a žen jako experimentální soubor a byl vyšetřen v rámci jiné práce (Nováková, 2003). Průměrný věk obou skupin se nelišil ($t=-0,404$, $p=0,686$), podobně jako poměr pohlaví (Pearsonův chí-kvadrát 0,512, $p=0,474$). Soubor se skládal z okruhu osob známých autorům a dále z pacientů ORL ÚVN Praha před dimisí.

U čtrnácti osob (14%) experimentálního souboru psychiatrických pacientů byla pomocí IPDE diagnostikována porucha osobnosti (z toho 3 jako nespecifická PD), u 86 osob nebyla diagnostikována porucha osobnosti. U 23 pacientů byla diagnostikována pravděpodobná porucha osobnosti, u 77 nebyla diagnostikována pravděpodobná porucha osobnosti. Po sečtení všech pravděpodobných i definitivních diagnóz nemělo 67 pacientů ani jednu dg.poruchy osobnosti, zbylých 20 jednu, 7 dvě, 4 tři a dva pacienti 4 diagnózy. Výsledky IPDE u souboru psychiatrických pacientů a výsledky validizace Lorangera et al. (1994) ukazuje tab. 15.

Tab.15

Výsledky IPDE našeho souboru psychiatrických pacientů (N=100) a % definitivních diagnóz mezinárodního validizačního souboru (N=716, Loranger et al.,1994).

Specifická porucha osobnosti	Dimenzionální skór (M;SD)	Pravděpodobná dg.*	Definitivní dg.*	% definitivních dg. podle Lorangera et al. (1994)
Paranoidní	1,65 (2,35)	2	3	2,4
Schizoidní	2,15 (2,92)	0	5	1,8
Dissociální	0,80 (1,78)	1	1	3,2
Emočně nestabilní–impulzivní typ	1,35 (1,78)	0	1	4,5
Emočně nestabilní–hraniční typ	3,82 (4,00)	3	7	14,9
Histriónská	1,84 (2,32)	2	1	4,3
Anankastická	2,81 (2,62)	7	2	3,6
Anxiózní	2,76 (3,02)	3	6	15,2
Závislá	1,77 (2,28)	6	1	4,6
Nespecifikovaná	---	---	3	6,8
Jakákoliv PD			14,0	39,5

* počty pacientů jsou zároveň procenty

Nejčastější definitivní diagnóza mezi našimi pacienty byla emočně-nestabilní porucha osobnosti, hraniční typ (7 osob), dále anxiózní (6) a schizoidní (5) porucha osobnosti.

Psychiatrickí pacienti se lišili od kontrol v počtu definitivních diagnóz (tab.16) – zatímco v souboru pacientů bylo diagnostikováno jako definitivní diagnóza poruchy osobnosti 14% osob, u kontrol to byla pouze 1 osoba, počet pravděpodobných diagnóz byl u pacientů 23%, u kontrol 1 osoba. Průměrný počet definitivních a pravděpodobných diagnóz byl opět statisticky signifikantní ($p=0,0002$) a nejvíce diskriminoval součet dimenzionálních skórů pro všechny specifické poruchy osobnosti ($p<0,001$).

Tab. 16

Srovnání experimentálního (N=100) a kontrolního souboru (N=52)

	Celý soubor (N=100)	Kontrolní soubor (N=52)	chí-kvadrát (t-value)	P
Definitivní (počet pacientů s alespoň jednou definitivní PD)	14	1	5,60*	0,02
Pravděpodobná (počet pacientů, s alespoň jednou pravděpodobnou PD)	23	1	11,42*	0,0007
Definitivní a pravděpodobné diagnózy (celkový průměrný počet)	0,54 (SD=0,93)	0,04 (SD=0,19)	3,81**	0,0002
Dimenzionální skór	18,92 (14,34; rozptyl 0-59)	3,71 (3,80;rozptyl 0-14)	7,50**	<0.0000

* chí-kvadrát

** t-value

4.3.2 Diskuse k pilotní studii

Loranger et al. (1994) podnikl pomocí stejné metody rozsáhlý výzkum na souboru psychiatrických pacientů (N=716) zařazených do studie buď na základě kritérií pro poruchy osobnosti nebo jakékoliv duševní poruchy, při které vznikla otázka diferenciální diagnostiky. Examinátoři byli požádáni, aby soubor tvořili spíše pacienti s poruchami osobnosti v poměru přibližně 3:2 ve prospěch poruch osobnosti.

Lorangerova studie (Loranger et al., 1994) je s naší studií srovnatelná jen částečně. Pacienti měli menší věkové rozpětí (21-55 let) a požadavkem na examinátory byl právě předvýběr – soubor měl zahrnovat přibližně 3:2 poruch osobnosti oproti jiné psychopatologii. Nešlo tedy o běžnou skladbu psychiatrických pacientů. Na druhou stranu otevřené oddělení PCP bezpochyby obsahuje zvýšený počet pacientů s poruchami osobnosti. Domníváme se, že nižší frekvence pacientů s poruchami osobnosti v našem souboru nemusí ukazovat na nesprávné použití metody, ale spíše na odlišnou skladu pacientů v obou souborech. Přestože

není možné oba soubory přímo srovnávat, pokud bychom sečetli počty definitivních a pravděpodobných diagnóz v našem souboru, získáme podobné procento (37) jako Lorangerův soubor (39,5). Pokud však srovnáváme pouze definitivní diagnózy, obsahuje Lorangerův soubor téměř trojnásobek osob s definitivní diagnózou PD. Podle našich klinických zkušeností je pravděpodobná diagnóza zachycená pomocí IPDE často shodná s „definitivní“ diagnózou na základě názoru lékaře a pozorování v průběhu hospitalizace. Nízké však bylo také procento (opět při součtu definitivních a pravděpodobných diagnóz) poruch osobnosti v kontrolním souboru (2 pacienti z 52, tj.,3,8%). Reprezentativní výzkum Torgersena et al.(2001) na souboru 2053 norských občanů, ukázal - i když ne stejnou metodou (autoři použili SIDP-R) - na prevalenci poruch osobnosti 13,4%. Vzhledem k explicitnosti kritérií však rozdíl přisuzujeme spíše odlišnostem souborů – kontrolní soubor nebyl vybrán náhodně, ale ze známých, příbuzných, přátel a okruhu autorů a pacientů ORL ÚVN Praha.

Klinický dojem při provádění IPDE byl, že rozhovor není někdy schopen dostatečně zachytit histriónské příznaky – opakovaně jsme měli zkušenost, že pacient/ka, který nebyl/a pomocí IPDE diagnostikován jako histriónská porucha osobnosti se takto jevil/a v průběhu pozorování během hospitalizace a byl/a i tak diagnosticky uzavírán/a. Podobně, i když méně výrazně, jsme měli zkušenost s emočně nestabilní poruchou osobnosti, hraničním typem. Na druhou stranu bylo několik pacientů, včetně jedné ženy, uzavírané později jako histriónská porucha osobnosti, které byly v dotazníkových metodách poměrně nenápadné, ale v IPDE skórovali přesvědčivě.

Vzácně jsme měli zkušenost pozitivně falešné diagnostiky IPDE. Pacientka, která byla na základě IPDE diagnostikována jako schizoidní porucha osobnosti, přitom měla řadu sociálních vztahů včetně partnerských, přesto uváděla přesvědčivé příklady své uzavřenosti, emočního chladu, který neodpovídal pozorování na oddělení.

Další zkušenost byla, že některé osoby – především ženy – díky zvýšené snaze odpovídat sociálně žádoucím způsobem – nebylo možné klasifikovat v řadě kritérií jinak než jako „0“. Je jistě obecnou nevýhodou vyhodnocování strukturovaného rozhovoru, že východiskem k signování většiny odpovědí jsou především verbální odpovědi, ne již pozorování nebo klinický dojem. Sociální žádoucnost je ale možno kontrolovat jinými metodami – např. validizačními škálami osobnostních dotazníků MCMI-III či 16PF nebo L skórem v EPQ/R.

Oproti dotazníkovým metodám má IPDE obrovskou výhodu v tom, že proband musí uvádět příklady k jednotlivým položkám a že je na examinátorovi, nakolik zvaží jejich psychopatologickou závažnost. Řada prožitků nebo událostí, kterým proband přisuzuje význam v dotazníkových metodách tak ztrácí psychopatologický náboj při střízlivém posouzení examinátorem v IPDE.

Procento pacientů s poruchou osobnosti v experimentálním souboru bylo nízké (14%), i když, jak jsme již uvedli, při součtu definitivních a pravděpodobných diagnóz dosahovalo 37%.

Oproti dotazníkovým metodám jsme pozorovali relativní nezávislost IPDE na aktuálním stavu, který výrazně ovlivňuje výsledky dotazníků (Preiss et al., 2003). Toto pozorování je v souladu s Lorangerovou (Loranger et al., 1991) metodologicky propracovanou studií, užívající dvojice nezávislých posuzovatelů a zjišťující poruchy osobnosti pomocí PDE na počátku a konci hospitalizace na psychiatrickém oddělení, která nezjistila vliv aktuálního stavu na diagnózu poruch osobnosti podle IPDE. Přesto bylo v této studii zjištěno snížení psychopatologie osobnosti při druhém měření osobnosti v průběhu času. Autoři zvažují problematiku druhého měření pomocí stejné, dlouhé metody (IPDE) a vliv nudy, nedostatku přínosnosti nebo nevědomého využití zapamatování si odpovědí

z prvního vyšetření pacienta jako možného vysvětlení poklesu psychopatologie osobnosti (Preiss et al., 2003).

Přes uvedené zápory je IPDE metodou schopnou zachytit poruchy osobnosti podle diagnostických kritérií a rigorózně se k poruše osobnosti v klinické praxi vyjádřit. Formát rozhovoru vyhovuje potřebám klinické praxe, nejenom výzkumu. Otázky jsou seřazeny tak, že má rozhovor přirozený spád. IPDE je významným pokrokem v diagnostice poruch osobnosti. Domníváme se, že rozšíření IPDE přinese zvýšení validity i reliability diagnostiky specifických poruch osobnosti.

5 Empirická část

5.1 Úvod

Za hlavní výzkumný problém této práce považujeme vztah Cloningerova modelu k výsledkům mezinárodního strukturovaného rozhovoru (IPDE). Zajímají nás některé specifické otázky - zda Cloningerův model poruch osobnosti odpovídá výsledkům strukturovaného rozhovoru IPDE a zda míře osobnostní psychopatologie jednotlivých poruch osobnosti odpovídá charakteristický profil v TCI.

5.2 Soubor

Soubor pacientů s depresivní epizodou nebo rekurentní depresivní poruchou obsahoval 70 osob. Průměrný věk pacientů byl 41,7 let (SD=12,0, rozptyl 18-69 let), 22 mužů a 48 žen. Pacienti byli dobrovolně hospitalizováni v Psychiatrickém centru Praha na 2.oddělení PCP (tzv.otevřeném) s hlavní (první) vstupní dg.depresivní fáze, unipolární deprese nebo rekurentní depresivní porucha (F 32 a F33) podle MKN-10. Pro stanovení diagnózy jsme využili výsledky psychiatrického vyšetření od atestovaných psychiatrů.

Inkluzivními kritérii byly: ochota spolupracovat i při ročním follow-up, ochota vyplnit požadované dotazníkové metody a absolvovat strukturovaný rozhovor, exkluzivními kritérii byla historie alkoholismu nebo abusus drog v posledních 12 měsících před hospitalizací v PCP, demence, aktuální těhotenství, laboratorní potvrzení abnormit štítné žlázy, závažné somatické onemocnění, jehož důsledkem může být rozvoj deprese, a mentální retardace. Pacienti podepsali informovaný souhlas a studie byla schválena Etickou komisí Psychiatrické léčebny Bohnice a Psychiatrického centra Praha.

Pro porovnání některých parametrů dotazníku TCI - konkrétně změn ve *Vyhýbání se poškození* a *Sebeřízení* v průběhu 3 měření (viz Výsledky) a s neklinickou populací jsme použili srovnávací skupinu. Kritéria pro zařazení byla nepřítomnost psychologické nebo

psychiatrické léčby nebo hospitalizace a souhlas s účastí na výzkumu. Vybírali jsme osoby z běžné, neklinické populace, požadavkem byla nepřítomnost psychiatrické péče během života. Osoby ve srovnávací skupině měly průměrný věk 36,8 (SD=11,7). Soubor obsahoval 21 mužů a 31 žen. Věkový rozdíl mezi souborem pacientů a srovnávacím souborem byl statisticky významný ($p=0,03$).

5.3 Metodika

Soubor 70 hospitalizovaných psychiatrických pacientů s diagnózou depresivní epizoda nebo rekurentní depresivní porucha byl vyšetřen strukturovaným rozhovorem IPDE a dotazníkem temperamentu a charakteru (TCI) do 3 dnů od počátku pobytu na otevřeném oddělení Psychiatrického centra Praha. U části pacientů jsme TCI administrovali podruhé, v posledních 3 dnech pobytu a při roční katamněze.

Během hospitalizace jsme s pacienty provedli **strukturovaný rozhovor pro poruchy osobnosti (IPDE)**. Položky IPDE pro MKN-10 (celkem 67 položek, přeformulovaná kritéria pro diagnostiku specifických poruch osobnosti podle MKN-10) jsme hodnotili na základě obsahu výpovědi nebo pozorování pacienta dvěma body (patologie), jedním bodem (přítomnost problému v akcentované podobě) nebo nula body (psychopatologie schází nebo je chování v normě). Chování, naplňující kritérium musí být přítomno minimálně 5 let. IPDE bylo sejmuto bez znalostí výsledků osobnostních dotazníkových metod (které byly odebírány souběžně s IPDE), ale se znalostí chorobopisu nebo dekursu pacientů. Rozhovor byl proveden obvykle během jednoho sezení, někdy s přerušením vyžadovaném celkovou délkou rozhovoru. Délka rozhovoru se pohybovala od 45 do 150 minut. Výpočty jednotlivých dimenzionálních skóre byly provedeny podle manuálu k IPDE (Loranger, 1999). Konkrétně byl zjišťován dimenzionální skór pro paranoidní, schizoidní, dissociální, emočně nestabilní (impulzivní a hraniční typ), histriónskou, anankastickou, anxiózní (vyhýbavou) a závislou

poruchu osobnosti. Detailní způsob skórování IPDE je uveden v manuálu (Loranger, 1999, Preiss et al., v tisku). Možnou varianci jednotlivých dimenzionálních skóre ukazuje tab.17. Pacienti byly vyšetřeni IPDE autory české verze manuálu (Preiss, Rothanzlová a Krámská, 2006). Vzhledem absenci možného tréninku v metodě jsme pro zácvik využili videonahrávky pacientů s následným rozbořením skórování.

Jako další metodu jsme použili **Cloningerův dotazník temperamentu a charakteru** (Temperament and Character Inventory, TCI; Cloninger, 1994). Použili jsme překlad Koženého et al. (1989) s jazykovou úpravou dvou položek. Test jsme administrovali pomocí počítačového programu, kde se pokusné osobě na monitoru objevují postupně jednotlivé položky, ke kterým se vyjadřuje pomocí příkazů platí/neplatí. Administrace trvá přibližně 25 minut. Klinické možnosti a některé zkušenosti se zdravou populací jsme popsali na jiném místě (Preiss, 2000; Preiss et al., 2000). Dotazník zadával pacientů autor této práce nebo studenti psychologie.

Pro stanovení míry depresivní symptomatologie jsme použili posuzovací škálu deprese MADRS (Monomery a Asberg, 1979), kterou administroval ošetřující lékař pacienta s neznalostí výsledků vyšetření IPDE a TCI na počátku a konci hospitalizace.

Ne všichni pacienti absolvovali všechny výzkumné metody. Počet osob při opakovaném vyšetření TCI klesal, při prvním měření na počátku hospitalizace bylo vyšetřeno TCI 70 osob při druhém měření 62 osob, při třetím 35 osob. IPDE bylo vyšetřeno 69 osob. První i druhé vyšetření TCI mělo společně 54 osob, druhé i třetí 27 osob. TCI a IPDE bylo provedeno společně u 67 osob.

Výsledky souboru (korelace mezi IPDE a TCI) uvádíme mezi prvním vyšetřením TCI, tj. na počátku hospitalizace.

Pro statistické zpracování jsme použili hrubé skóre hlavních dimenzí TCI, dimenzionální skóre IPDE a v případě korelací Pearsonova korelačního koeficientu.

Tab.17

Možné rozpětí dimenzionálních skóre u jednotlivých poruch osobnosti.

Paranoidní	Schizoidní	Dissociální	Emočně nestabilní, impulzivní typ	Emočně nestabilní, hraniční typ	Histriónská	Anankastická	Anxiózní (Vyhýbavá)	Závislá
14	18	12	10	20	12	16	12	12
13	17	11	9	19	11	15	11	11
12	16	10	8	18	10	14	10	10
11	15	9	7	17	9	13	9	9
10	14	8	6	16	8	12	8	8
9	13	7	5	15	7	11	7	7
8	12	6	4	14	6	10	6	6
7	11	5	3	13	5	9	5	5
6	10	4	2	12	4	8	4	4
5	9	3	1	11	3	7	3	3
4	8	2	0	10	2	6	2	2
3	7	1		9	1	5	1	1
2	6	0		8	0	4	0	0
1	5			7		3		
0	4			6		2		
	3			5		1		
	2			4		0		
	1			3				
	0			2				
				1				
				0				

5.4 Výsledky

Výsledky posuzovací škály MADRS ukazují na snížení celkové míry depresivní symptomatologie o více než 50% ($p < 0,001$) na konci hospitalizace (Tab.18). Je možné tedy tvrdit, že u souboru jako celku došlo z psychometrického hlediska k odpovědi na léčbu. Z tabulky 18 je také patrné, že nejnižší míra depresivní symptomatologie byla na počátku hospitalizace 16, na konci hospitalizace klesala až na 0.

Tab.18

Výsledek posuzovací škály deprese MADRS na začátku a konci hospitalizace

MADRS	M	Minimum	Maximum	Sm. odch.
MADRS-začátek	27,3	16	37	5,4
MADRS-konec	12,2	0	30	7,5

Celkový dimenzionální skór IPDE, zastupující globální míru (sumu) osobnostní psychopatologie, jsme korelovali s dimenzemi TCI z prvního vyšetření (tab.19). V souladu s předpoklady C.R.Cloninger (1994) jsme zjistili záporné korelace se dvěma charakterovými dimenzemi – *Sebeřízením* ($p < 0,001$), s *Ochotou spolupracovat* však statisticky nesignifikantně ($p < 0,110$). Kromě toho jsme zjistili další významné vztahy – pozitivní s *Vyhýbáním se poškození* (s rostoucím skórem roste osobnostní psychopatologie, $p = 0,002$). Deskriptivní statistiku pro jednotlivé dimenzionální skóry podle poruch osobnosti ukazuje tab.20. Jak je z tabulky zřetelné, průměrné hodnoty jednotlivých dimenzionálních skórů jsou nízké. Celkový dimenzionální skór je zřetelně vyšší než u běžné populace (tab.21, $p < 0,001$). Zatímco průměrný skór pacientů byl 12,6, průměrný skór pacientů byl pouze 3,7.

Tab.19

Korelace TCI (první měření na počátku hospitalizace) a celkového dimenzionálního skóru IPDE (tučně jsou vytištěny výsledky na $p < 0,05$).

TCI	DIMENZE-CELKEM
VYHLEDÁVÁNÍ NOVÉHO	0,18
VYHÝBÁNÍ SE POŠKOZENÍ	0,38
ZÁVISLOST NA ODMĚNĚ	-0,09
PERSISTENCE	0,07
SEBEŘÍZENÍ	-0,50
SPOLUPRÁCE	-0,21
SEBEPŘESAŽENÍ	0,20

Tab.20

Deskriptivní statistika jednotlivých dimenzionálních skóreů IPDE

IPDE	N	M	Minimum	Maximum	Sm. odch.
PARANOIDNÍ-D	67	1,0	0	5	1,4
SCHIZOIDNÍ-D	67	1,3	0	13	2,2
DISSOCIÁLNÍ-D	67	0,5	0	7	1,3
IMPULZIVNÍ-D	67	0,9	0	8	1,6
HRANIČNÍ-D	67	2,3	0	11	2,8
HISTRIONSKÁ-D	67	0,9	0	6	1,5
ANANKASTICKÁ-D	67	2,9	0	13	2,9
ANXIÓZNÍ-D	67	1,9	0	10	2,5
ZÁVISLÁ-D	67	1,2	0	7	1,8
DIMENZE IPDE- CELKEM	67	12,6	0	48	9,9

Tab.21

Celkový dimenzionální skóre IPDE u pacientů s depresivní poruchou a srovnávacího souboru.

IPDE	N	M	Minimum	Maximum	Sm. odch.
DIMENZE- pacienti	69	12,6	0	48	9,9
DIMENZE - srovnávací soubor	52	3,7	0	14	3,8

Korelace dimenzionálních skóreů s temperamentovými dimenzemi TCI ukazuje tab. 22 a s charakterovými tab. 23. Všechny dimenzionální skóre kromě schizoidní p.o. ($r=0,11$) korelují záporně se *Sebeřízením* a všechny kromě hraniční a histriónské p.o. s *Ochotou spolupracovat*, což podporuje úvahu autora TCI o společném „korovém“ základu všech poruch osobnosti, projevující se nízkou mírou integrace osobnosti a schopností vztahovat se a spolupracovat s druhými lidmi. Z celkem 18 korelací mezi IPDE a *Sebeřízením/Ochotou spolupracovat* jich bylo 5 statisticky významných. Kromě těchto vztahů, **schizoidní** psychopatologie koreluje pozitivně s *Vyhýbáním se poškození* a negativně se *Závislostí na odměně*, což odpovídá úzkostným obavám hospitalizovaných pacientů se schizoidní poruchou osobnosti a malou možností terapeutického posilování sociálních interakcí. **Emočně nestabilní (impulzivní)** psychopatologie koreluje s *Vyhledáváním nového*, což odpovídá

extrémních hodnotám této dimenze, které bývá hodnocena jako impulzivita a netolerance k monotonii. **Emočně nestabilní (hraniční)** psychopatologie koreluje podobně jako impulzivní typ s *Vyhledáváním nového*. Jak impulzivní, tak hraniční typ koreluje se *Sebepřesažením*, tj. čím více psychopatologie, tím vyšší *Sebepřesažení*. Vysoká míra *Sebepřesažení* při nízkých hodnotách ostatních charakterových dimenzí může ukazovat na vyšší riziko psychotických stavů (Cloninger et al., 2004). **Histriónská** psychopatologie nejvíce koreluje s *Vyhledáváním nového*, což odpovídá potřebě trvalého vyhledání vzrušení. Dále koreluje s nízkou *Závislostí na odměně*. Dimenzionální skór IPDE koreluje pozitivně také se *Sebepřesažením*, což může dopovídat dramtizaci a zvýšené sugestibilitě těchto jedinců. Podobně i **anxiózní** psychopatologie koreluje s *Vyhýbáním se poškození* a negativně také se *Závislostí na odměně*, což by mohlo vysvětlovat úzkostně submisivní a neasertivní chování, které se často projevuje při hospitalizaci.

Tab.22

Korelace mezi dimenzionálními skóry jednotlivých poruch osobnosti (D=dimenzionální) a temperamentovými dimenzemi TCI (první vyšetření na počátku hospitalizace) u souboru pacientů s depresivní poruchou (N=59; tučně vtištěné výsledky jsou na hladině $p < 0,05$)

	VYHLEDÁVÁNÍ NOVÉHO	VYHÝBÁNÍ SE POŠKOZENÍ	ZÁVISLOST NA ODMĚŇĚ	PERSISTENCE
PARANOIDNÍ-D	0,02	0,12	0,01	-0,03
SCHIZOIDNÍ-D	-0,07	0,33	-0,40	0,15
DISSOCIÁLNÍ-D	0,24	-0,07	-0,07	-0,02
IMPULZIVNÍ-D	0,31	0,06	-0,02	0,14
HRANIČNÍ-D	0,50	0,18	0,00	-0,07
HISTRIONSÁ-D	0,31	0,03	0,26	0,20
ANANKASTICKÁ-D	-0,17	0,25	-0,10	0,24
ANXIÓZNÍ-D	-0,09	0,48	-0,10	-0,10
ZÁVISLÁ-D	0,05	0,21	0,17	-0,14

Tab.23

Korelace mezi dimenzionálními skóry jednotlivých poruch osobnosti (D=dimenzionální) a charakterovými dimenzemi TCI (první vyšetření na počátku hospitalizace) u souboru (N=59; tučně vtištěné výsledky jsou na hladině $p < 0,05$)

	SEBERÍZENÍ	SPOLUPRÁCE	SEBEPŘESAŽENÍ
PARANOIDNÍ-D	-0,14	-0,35	0,02
SCHIZOIDNÍ-D	0,11	-0,17	-0,04
DISSOCIÁLNÍ-D	-0,14	-0,25	0,19
IMPULZIVNÍ-D	-0,24	-0,20	0,20
HRANIČNÍ-D	-0,46	0,23	0,27
HISTRIONSKÁ-D	-0,48	0,04	0,33
ANANKASTICKÁ-D	-0,20	-0,21	0,04
ANXIÓZNÍ-D	-0,53	-0,20	0,04
ZÁVISLÁ-D	-0,52	-0,15	0,05

Během hospitalizace došlo ke statisticky významnému snížení *Vyhýbání se poškození* ($p=0,001$, tab.24 a graf.1). Dimenze se na konci hospitalizace snížila v průměru o 3,6 bodu. K menšímu nárůstu došlo v období od konce hospitalizace až k roční katamněze (0,9). Jak je však z grafu patrné, i přes tento pokles je hladina *Vyhýbání se poškození* výrazně vyšší než je průměrná hladina srovnávacího souboru. Přetrvávání vysokých skóreů *Vyhýbání se poškození* je patrné z percentilových skóreů, uvedených v tab.25. Oproti normě jsou hodnoty pacientů podstatně vyšší při všech třech měřeních (viz graf 1).

Tab.24

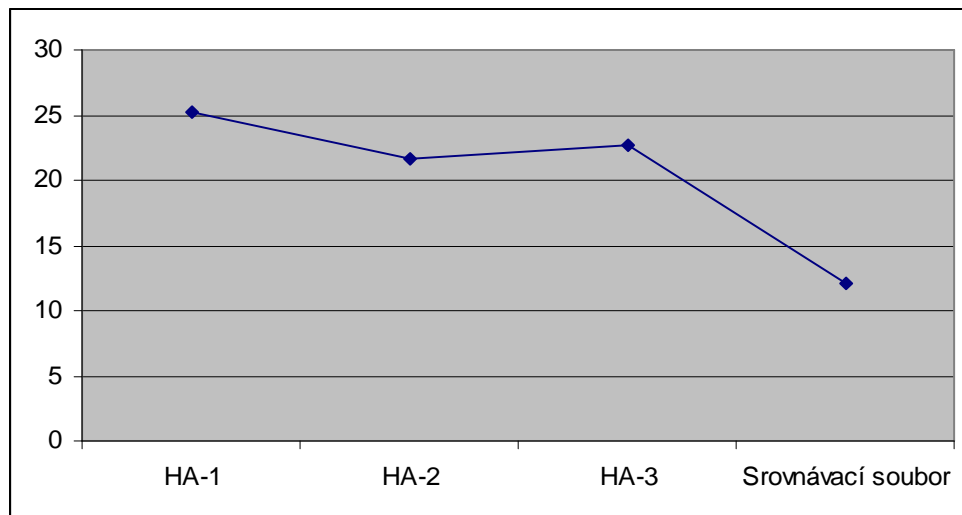
Výsledky *Vyhýbání se poškození* (HA) při první až třetí vyšetření a ve srovnávacím souboru.

<i>Vyhýbání se poškození</i>	N	M	Minimum	Maximum	Sm. odch.
HA-1	70	25,3	7	35,0	6,3
HA-2	62	21,7	3	33,0	6,5
HA-3	35	22,6	8	35,0	6,6
Srovnávací soubor*	52	12,1	1	23	6,0

* (N=52)

Graf 1

Grafické znázornění změn ve *Vyhýbání se poškození* během tří měření a ve srovnávacím souboru.



Tab.25

Průměrné percentilové skóry *Vyhýbání se poškození* při třech vyšetřeních.

<i>Vyhýbání se poškození</i>	N	M	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Vyhýbání se poškození - 1	70	90	20	99	16
Vyhýbání se poškození - 2	62	82	7	99	20
Vyhýbání se poškození - 3	35	84	20	99	19

Během hospitalizace došlo ke statisticky významnému zvýšení *Sebeřízení* ($p < 0,001$, tab.26, graf 2). Dimenze se na konci hospitalizace zvýšila v průměru o 4,5 bodu. Po roční katamněze došlo k dalšímu navýšení skóru (1,5 bodu). Můžeme usuzovat, že depresivní onemocnění a stav pacientů v průběhu hospitalizace ovlivňuje významně tuto dimenzi a že v akutním stavu nemůžeme *Sebeřízení* validně měřit. Oproti normě jsou hodnoty pacientů podstatně nižší na počátku léčby, na úrovni 21. percentilu, hodnoty při druhém měření (37.percentil) a při roční katamněze (42.percentil) jsou již normě dosti blízké (tab.27).

Interkorelace dimenzí TCI ukazuje tab.28. Nejsilnější korelací byl negativní vztah mezi *Sebeřízením* a *Vyhýbáním se poškození* (-0,44). Tab. 29 ukazuje deskriptivní statistiku TCI pro všechna tři měření.

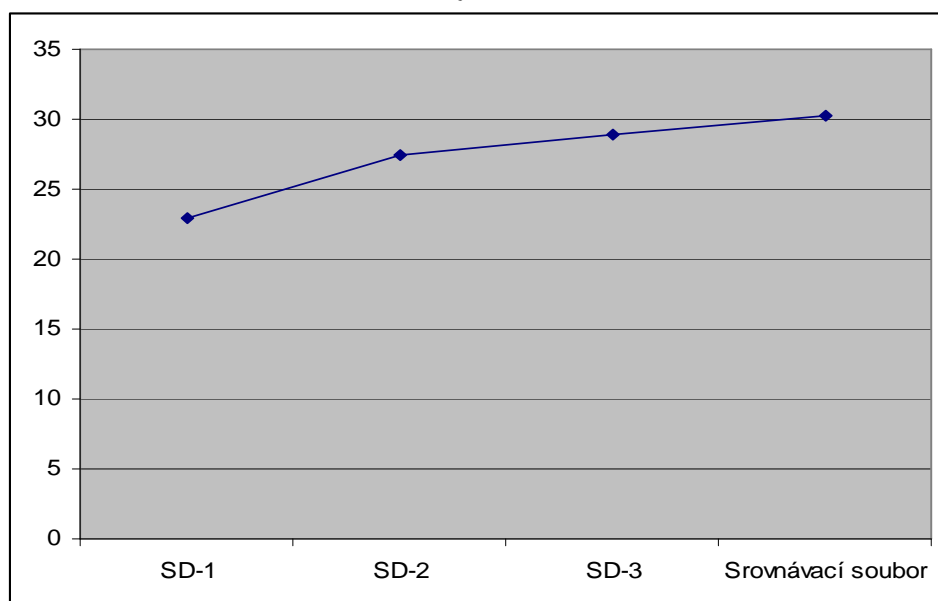
Tab.26

Výsledky *Sebeřízení* (SD) při první až třetí vyšetření a ve srovnávací skupině.

Sebeřízení	N platných	M	Minimum	Maximum	Sm. Odch.
SD-1	70	23,0	11	39	6,4
SD-2	62	27,5	10	43	7,4
SD-3	35	28,9	16	42	6,4
Srovnávací soubor*	52	30,3	15	41	6,8

Graf. 2

Grafické znázornění změn v *Sebeřízení* během tří měření a ve srovnávacím souboru.



Tab.27

Průměrné percentilové skóry v *Sebeřízení* při třech vyšetřeních.

Sebeřízení	N	M	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Sebeřízení-1	70	21	1	85	21
Sebeřízení-2	62	37	1	94	27
Sebeřízení-3	35	42	2	93	26

Tab.28

Korelace dimenzí TCI při prvním vyšetření (tučně vytištěné výsledky jsou na hladině $p < 0,05$)

	NS	HA	RD	P	SD	CO	ST
VYHLEDÁVÁNÍ NOVÉHO (NS)	1	-0,1	0,21	-0,09	-0,32	0,21	0,24
VYHÝBÁNÍ SE POŠKOZENÍ (HA)	-0,1	1	-0,15	-0,13	-0,44	-0,2	-0,05
ZÁVISLOST NA ODMĚNĚ (RD)	0,21	-0,15	1	0,03	-0,13	0,39	0,12
PERSISTENCE (P)	-0,09	-0,13	0,03	1	0,03	0,02	0,07
SEBEŘÍZENÍ (SD)	-0,32	-0,44	-0,13	0,03	1	0,1	-0,15
SPOLUPRÁCE (CO)	0,21	-0,2	0,39	0,02	0,1	1	0,13
SEBEPŘESAŽENÍ (ST)	0,24	-0,05	0,12	0,07	-0,15	0,13	1

Tab.29

Průměrné hodnoty, maxima a minima, standardní odchylka u hlavních dimenzí TCI v prvním, druhém a třetím měření.

	Měření	N	M	Minimum	Maximum	Sm. odch.
VYHLEDÁVÁNÍ NOVÉHO	1.měření	70	16,6	6	26	5,2
VYHÝBÁNÍ SE POŠKOZENÍ		70	25,3	7	35	6,3
ZÁVISLOST NA ODMĚNĚ		70	16,4	6	23	3,9
SEBEŘÍZENÍ		70	23,0	11	39	6,4
SPOLUPRÁCE		70	32,3	19	40	4,9
SEBEPŘESAŽENÍ		70	13,7	2	27	6,0
PERSISTENCE		70	4,6	1	8	1,9
VYHLEDÁVÁNÍ NOVÉHO	2.měření	62	17,3	6	29	6,0
VYHÝBÁNÍ SE POŠKOZENÍ		62	21,7	3	33	6,5
ZÁVISLOST NA ODMĚNĚ		62	16,1	6	24	4,3
SEBEŘÍZENÍ		62	27,5	10	43	7,4
SPOLUPRÁCE		62	32,5	18	41	5,2
SEBEPŘESAŽENÍ		62	13,3	3	28	6,7
PERSISTENCE		62	4,7	1	8	1,9
VYHLEDÁVÁNÍ NOVÉHO	3.měření	35	17,4	5	27	4,8
VYHÝBÁNÍ SE POŠKOZENÍ		35	22,6	8	35	6,6
ZÁVISLOST NA ODMĚNĚ		35	16,2	9	22	3,5
SEBEŘÍZENÍ		35	28,9	16	42	6,4
SPOLUPRÁCE		35	32,1	17	38	5,6
SEBEPŘESAŽENÍ		35	13,4	2	26	6,3
PERSISTENCE		35	4,3	1	7	1,8

5.5 Diskuse

5.5.1 Soubor

Základní soubor pacientů s unipolární depresivní poruchou obsahoval 70 osob. Počet osob se zmenšil při druhém a při třetím vyšetření pomocí TCI. Proporce mužů/žen přibližně odpovídá frekvenci depresivní poruchy v populaci, kde bývá převaha žen, přibližně 2/3. Depresivní porucha byla diagnostikována podle MKN-10 na počátku hospitalizace psychiatrem, který neměl znalosti o výsledcích IPDE a TCI. Stabilita diagnózy v čase však sledována nebyla. Je možné, že u části pacientů bychom po přešetření zjistili v průběhu času i jinou diagnózu, než je depresivní porucha. V klinické praxi nebývá snadné během akutního stavu zjistit podíl osobnostní psychopatologie, jako jsou dlouhodobě neřešené vnitřní/vnější konflikty aj. Podíl „osobnosti“ se většinou zjišťuje až v průběhu hospitalizace, kde se uplatňuje metoda sjednocování všech dostupných informací (tzv.LEAD, tj.souhrn všech informací o sledované osobě). Vylepšením studie by tedy jistě bylo znovuzvážení diagnózy na konci hospitalizace. Pro diagnostické zhodnocení jsme použili pouze standardní kritéria podle MKN-10, pro výzkumné studie je však i možnost strukturovaných rozhovorů (např. IPDE nebo SCID), které diagnózu stanoví rigorózněji. Věkový rozdíl mezi souborem pacientů a srovnávacím souborem byl statisticky významný ($p=0,03$). Pro naše účely to nebylo na překážku – naším cílem bylo orientační srovnání s některými výsledky souboru pacientů, ne kontrolní skupiny vyrovnané podle demografických parametrů, jako je věk, pohlaví, vzdělání či místo bydliště. U osobnostní psychopatologie se podle definice MKN-10 předpokládá počátek v adolescenci (někdy i v dětství, jako např. u dissociální poruchy osobnosti) a přetrvávání po většinu ontogeneze (stabilita v čase), proto rozdíl 5 let mezi soubory nepovažujeme za nijak závažný a vzhledem k našim záměrům omezující.

Otázkou také je, zda pro naše záměry je použitý soubor nejvhodnější. Svrakicovy práce obsahují soubory psychiatrických pacientůs různými diagnózami. Pokud pro měření

osobností psychopatologie použijeme strukturovaný rozhovor, patrně bychom u různých psychiatrických souborů našli zvýšenou hladinu osobnostní psychopatologie. Pokud bychom pro potvrzení vztahů mezi IPDE a TCI použili soubor nepsihiatrický, získali bychom velmi pravděpodobně nízké hodnoty (a nízkou varianci) osobnostní psychopatologie, které by problematizovali korelační vztahy s TCI. Použití souboru pacientů s depresivní epizodou/rekurentní depresivní poruchou je tedy jen jednou z možných variant.

5.5.2 Metodika

Naši studii je možno pokládat za naturalistickou, probíhající v přirozených podmínkách psychiatrické kliniky. Všechna provedená vyšetřování probíhala v pracovních dnech, v různou denní dobu a za různých podmínek standardnosti vyšetření (v případě dotazníkových metod se kromě autora této práce na administraci podílely také studenti psychologie). Rozdíly v počtech vyšetřených osob jsou proto dané tímto typem klinické studie.

Během hospitalizace jsme administrovali IPDE. V případě této metody (relativně) nezáleží na období vyšetření během hospitalizace, neboť pacientovi zdůrazňujeme instrukci, ve které se snažíme, aby svoji výpověď přizpůsobil většině života. Strukturovaný rozhovor IPDE je také pokládán za stabilní v čase na základě studií autora metody, A.W.Loranger. Tento předpoklad může mít svá omezení – nemáme povědomí o studii, která by zkoumala, zda u IPDE dochází ke změnám ve výpovědi v období těžké deprese např. oproti remisi nemoci u jednoho pacienta. Naše zkušenosti ukazují spíše na stabilitu výsledků. Např. pacientka s emočně-nestabilní poruchou osobnosti, která byla modulem pro emočně nestabilní poruchu osobnosti vyšetřena 2x s odstupem měsíce, měla diagnosticky shodný výsledek, přestože byla vyšetřena dvěma examinátory. To je ale prozatím jediná zkušenost s opakováním IPDE, navíc tato pacientka nebyla v době vyšetření v depresivním stavu. Tato

pacientka navíc nebyla součástí zkoumaného souboru. Vylepšením naší studie by byla také větší kontrola získaných dat pomocí IPDE – např. videozáznamem, či nezávislým hodnocením výsledků dvěma examinátory. Podobného názoru je i autor příručky, Loranger: „Pacienti v dysforickém stavu mohou mít selektivní vzpomínky nebo narušené vnímání. Mohou také zaměnit osobnostní rysy za příznaky jiného duševního onemocnění. Existují důkazy ze dvou studií (Loranger a Lenzenweger et al., 1991; Loranger a Lenzenweger, 1995), že rozhovor IPDE je odolný vůči mírným až středním změnám při anxiózních nebo depresivních poruchách. To znamená, že pacient může být pomocí IPDE validně vyšetřen na poruchy osobnosti během akutního stavu. Na toto důležité téma by však byly potřeba další studie. Je-li to možné, někteří výzkumníci si mohou přát odložit vyšetření, dokud příznaky základního duševního onemocnění neustoupí“.

Překlad IPDE z angličtiny (Loranger AW. IPDE. International Personality Disorder Examination. DSM-IV and ICD-10 Interviews. Psychological Assessment Resources, 1999) byl opakovaně kontrolován a opravován (ke zpětnému překladu z češtiny do angličtiny ale nedošlo). V průběhu prvních dvou let před přípravou manuálu pro Psychodiagnostiku získali autoři českého převodu (Preiss, Rothanzlová a Krámská, 2006) klinické zkušenosti u desítek pacientů, především na otevřeném oddělení Psychiatrického centra Praha, kde byly výsledky IPDE integrovány do psychologických nálezů, a dále u běžné populace (Soňa Nováková). Z porovnání klinické a běžné populace vznikla další práce (Nováková, 2004), která navázala na dřívější zkušenosti (Nováková, 2003). Zkušenosti s metodou se promítly dále (Simová et al., 2004). Na základě těchto zkušeností jsme začali s výcvikovým kurzem IPDE pořádaným IPVZ v Praze. IPDE je metoda především pro psychiatry a klinické psychology. Je určena těm, kteří si přejí své vyšetření maximálně přizpůsobit požadavkům základního standardu – mezinárodní klasifikaci nemocí. Přestože formát rozhovoru klade nároky na standardnost,

přináší řadu vedlejších cenných informací, které mohou být užitečné pro ty, kteří shodu a rutinu při klinickém vyšetřování příliš nemilují.

IPDE nebylo navrženo tak, aby mapovalo celou oblast osobnosti. Jeho účelem je identifikovat takové zvláštnosti a chování, které jsou relevantní ke zjištění kritérií poruch osobnosti v klasifikačním systému DSM-IV a MKN-10. IPDE záměrně zanedbává mnoho neutrálních, pozitivních a adaptivních zvláštností, protože jsou irelevantní ke zjišťování poruch osobnosti. Právě při rutinním provádění IPDE v rámci této studie jsme si uvědomovali, že řada zajímavých či kladných rysů je záměrně zanedbávána. IPDE také nepokrývá jiné duševní poruchy, protože na jejich diagnostiku existují jiné nástroje. Tyto nástroje je vhodné použít před administrováním IPDE, aby poskytly examinátorovi klinické a historické informace, což může zvýšit reliabilitu a validitu dotazování, sondování a skórování. Když nejsou k dispozici základní informace o pacientovi z jiných zdrojů, může je examinátor získat od pacienta na začátku rozhovoru IPDE. Podle skórovacího sešitu IPDE se stanovuje definitivní, pravděpodobná nebo negativní diagnóza každé poruchy osobnosti. Stejným způsobem se stanovuje počet diagnostických kritérií a specifický dimenzionální skór u každé poruchy u všech pacientů, bez ohledu na to, zda naplnili kritéria pro poruchu. Tyto informace doplňují samotnou kategoriální diagnózu.

Základem validních výsledků IPDE je, jako u většiny psychologických metod, dobrá spolupráce mezi examinátorem a pacientem. Naší zkušeností byla především kvalitní kooperace s pacienty, v některých případech jsme ale si ale kvalitou získaných informací nebyli zcela jisti. Navíc postoj pacientů se střední až těžkou depresivní poruchou může být pesimistický i k jinak pozitivně hodnocené minulosti, takže pohled na proběhlé události je

aktuálně nepřesný a ovlivněný poruchou samotnou. S negativní distorzí reality, mající navíc vliv na výsledky IPDE, jsme se však setkávali minimálně.

V případě dotazníku temperamentu a charakteru (TCI) jsme test administrovali pomocí počítače, takže vliv examinátora na výsledek testu byl relativně minimalizován. Přesto byl examinátor po dobu administrace přítomen a bylo možno mu klást doplňující otázky (např. někteří pacienti neznali význam slova „sentimentální“). I tak je možné nalézt několik omezení – řada položek TCI je poměrně dlouhých a jejich souhlas/nesouhlas či ano/ne není možné bez určitého myšlenkového úsilí, což může být omezující pro pacienty s těžkou depresivní poruchou. Navíc dvojité zápory autora testu, C.R.Cloningera (které se vyskytují již v anglickém originálu), dále znesnadňují pochopení položek i zdravým osobám. Oproti IPDE, kde instrukce v průběhu testu opakovaně nabádá k odpovídání vzhledem k delšímu časovému úseku („Budu Vám dávat otázky, které se týkají většiny Vašeho života. Zajímám se o to, co je pro Váš celý život typické, nejen pro současnost. Pokud jste se změnil/a a některé odpovědi platí jen pro část Vašeho života, určitě mi řekněte“), je podobná instrukce u TCI pouze na počátku testu. U dlouhé dotazníkové metody (TCI má 240 položek) se může snadno stát, že v průběhu počítačové administrace pacient na původní instrukci zapomene – v praxi se to také často stává, což lze rozpoznat podle otázek, které pacienti examinátorovi v průběhu vyplňování kladou.

V této práci také podrobněji nedokumentujeme stav pacientů při roční katamnéze. Data, které jsme měli o pacientech po roční katamnéze, nejsou dostačující k podrobnějšímu popisu remise. Roční katamnéza sloužila v této práci pouze k demonstraci změn TCI v průběhu času.

5.5.3 Posouzení pomocí MADRS

Posouzení depresivní poruchy pomocí posuzovací škály MADRS je standardem v klinické psychiatrii. V naší studii hodnotili pacienty ošetřující lékaři, kteří neměli znalosti o výsledcích IPDE a TCI. Více než 50% snížení depresivní symptomatologie (tab.18), které jsme zjistili, svědčí tedy o odpovědi na léčbu, ne však o remisi. Remise je bezpříznakové období po zaléčení depresivní epizody, které trvá nejméně 4 týdny. Je to také období, kdy pacient nesplňuje plně kritéria pro depresivní epizodu, ale stále jsou zde některé význačné symptomy (tj.parciální remise) nebo pacient nesplňuje jen minimum symptomů (např.2 a méně) po dobu 6 měsíců (tzv.plná remise). Jinde se remise hodnotí (Weiland-Fiedler et al., 2004) jako období nejméně 3 měsíců během kterého pacient nebere antidepressiva a u kterých je hodnota MADRS menší než 6 (tj. v pásmu normy). Plná úzdrava je období nejméně 6 po sobě jdoucích měsíců s ne více než dvěmi symptomy. Relaps je takový návrat symptomů, který opět naplňuje kritéria pro depresivní poruchu v období remise, ale před úzdravou. Rekurence (opakování) je nová epizoda depresivní poruchy, která začala po období úplné úzdravy. Psychometricky je remise definována jako 75 % redukce v depresivní škále, nebo ve Stupnici Montgomeryho a Asbergové pro posuzování deprese (MADRS) dosažením méně než 12 bodů či v Hamiltonově škále (HAMD) dosažením méně než 8 bodů. Je tedy patrné, že u našich pacientů šlo pouze o odpověď na léčbu, která nemusí s zdravou souviset. V této souvislosti je zajímavé mírné navýšení skóru *Vyhýbání se poškození* mezi druhým a třetím vyšetřením, ačkoliv bychom s ročním odstupem očekávali spíše další snížení skóru (pacienti jsou již ve svých domovech, ne v nemocnicích, většina z nich pracovala). I když celý soubor zaznamenal změnu – tj. odpověděl na léčbu – jde o celkové průměrné hodnoty. Metodologicky výhodnější by mohlo být rozdělit soubor na respondéry/non-respondéry podle výsledků MADRS a porovnat oba podsoubory. Např. Corruble et al. (2002) zjistil rozdíly respondérů a non-respondérů. U jeho souboru pacientů bez odpovědi na léčbu se neobjevily

změny ve skórech TCI, u pacientů pozitivně reagující na léčbu se změny objevily – snížením *Vyhýbání se poškození*, zvýšením *Ochoty spolupracovat* a *Sebeřízením*.

5.5.4 Celkový dimenzionální skór

Rozpětí naměřených dimenzionálních skórů IPDE je poměrně vysoké. Např. schizoidní porucha osobnosti může nabývat skóru 0-18, hraniční typ emočně nestabilní poruchy 0-20 (tab.17). Získané průměrné dimenzionální skóry IPDE jsou však poměrně nízké (tab.19) a nepřesahují 3 body – nejvyšší průměrný skór byl u anankastické poruchy osobnosti (2,9). Ovšem maximální hodnoty již tak nízké nejsou, např. u schizoidní poruchy osobnosti je max. skór 13, stejně jako u anankastické. Žádná z hodnot nedosáhla možných maxim. Maximální skór všech dimenzí IPDE (tab.20) je 48, přičemž opravdový skór se může pohybovat v pásmu 0-134. Opatrně tedy můžeme hodnotit celkovou hladinu osobnostní psychopatologie jako spíše nižší. Oproti srovnávacímu souboru (tab.21) je ale osobnostní psychopatologie statisticky významně vyšší, což je očekávaný výsledek a bylo by pro naše data varovné, pokud by tomu tak nebylo.

Celkový dimenzionální skór IPDE pokládáme za **nejlepší možné vyjádření celkové osobnostní psychopatologie**. Domníváme se, že psychometricky v současné klinické psychologii není lepší izolovaná metoda k podobnému průkazu. Projektivní metody mají malou „ekologickou“ validitu, dotazníkové metody jsou příliš ovlivněny subjektivními postoji, pozorování příliš aktuálním stavem. Dimenzionální skór v IPDE zahrnuje informace o výrazných normálních rysech, které jsou pod prahem požadovaným k diagnostikování specifické poruchy osobnosti. Výsledky studií autora manuálu, A.W.Loranger, demonstrují příznivý vliv na reliabilitu IPDE při užívání Dimenzionálního skóru nebo počtu naplněných kritérií navíc k tradiční klinické metodě kategoriální diagnózy. Opakovaně jsme měli dobrý

ohlas na diagnostické závěry pomocí IPDE a to i po proběhlé hospitalizaci, které umožňovala dlouhodobé sledování pacienta.

5.5.5 Korelace dimenzionálních skóru TCI a IPDE

V Tab.22 uvádíme korelace mezi dimenzionálními skóry jednotlivých poruch osobnosti a temperamentovými dimenzemi TCI u souboru pacientů s depresivní poruchou.

Zjistili jsme, že osobnostní psychopatologie, měřená celkovým dimenzionálním skórem strukturovaného rozhovoru IPDE se záporně vztahuje k míře Sebeřízení, charakterové dimenzi TCI. Tento výsledek podporuje Cloningerovu představu o spojení mezi osobnostní psychopatií a úrovní Sebeřízení. Dále jsme zjistili, že podobný vztah platí také pro dimenzi Ochota spolupracovat, ale již bez statistické signifikace.

Téměř všechny směry korelací se *Sebeřízením* odpovídají nálezům Svrakice et al. (2002), který postupoval podobně, ale ne docela (místo IPDE je použit sebesouzovací PDQ-R). Většina našich korelací je ale podstatně nižší, což přisuzujeme odlišnostem srovnávaných metod (rozhovor versus sebesouzení, oproti Svrakicově práci z roku 2002, kde srovnává sebesouzení versus sebesouzení). Větší podobnosti lze najít se starší studií Svrakice et al. (1993), kteří použili pro srovnání s TCI strukturovaný rozhovor validizovaný pro DSM-III-R (SIDP-R). Většina korelací má shodný směr s naším výzkumem, výjimkou je závislá osobnost, ve které se neshodujeme ani ve směru korelací, ani ve statistické významnosti. Srovnání má další slabiny – mírné odlišnosti formulace kritérií pro poruchy osobnosti vzhledem k odlišné klasifikaci nemocí (DSM-III-R vs. ICD-10).

Rozdílnosti mezi klasifikacemi jsou dalším problémem, a to jak rozdíl mezi DSM-III-R vs. DSM-IV, tak mezi DSM a ICD (MKN). DSM-III-R obsahovala mj. poruchy jako je Pasivně-agresivní, Sebebránící, Sadistickou (poslední dvě v Apendixu), DSM-IV mj. poruchy jako je Pasivně-agresivní či Depresivní (v Apendixu). Oproti tomu obsah kritérií specifických

poruch osobnosti ICD-10 (MKN-10) je téměř u všech poruch formulován sice podobně, ale s odlišnostmi, které nejsou zanedbatelné.

Potvrdili jsme Cloningerův a později Svrakicův předpoklad o záporné korelaci *Sebeřízení* ve spojitosti se všemi dimenzemi poruch osobnosti (tab.23) pomocí záporných korelací mezi *Sebeřízením* a dimenzionálními skóry IPDE, s výjimkou schizoidní p.o. Pouze 4 z 9 korelačních koeficientů jsou statisticky významné. Statisticky významné korelace se týkají hraniční, histriónské, anxiózní (vyhýbavá) a závislé psychopatologie. Korelace pro paranoidní, schizoidní, dissociální, impulzivní a anankastickou psychopatologii zůstávají za hranicemi signifikace. Ve srovnání se studii Svrakice jsou naše korelační koeficienty nižší a jen ve 4 případech z 9 významné – oproti tomu Svrakicova studie (1993) zjistila významné vztahy k *Sebeřízení* u všech dimenzionálních skóru, jeho novější práce (2002) kromě schizoidní psychopatologie u všech dimenzionálních skóru.

Pokud porovnááme korelační koeficienty (tab.30, 31), Svrakicovy et al. (1993, 2002) jsou jeho korelace se *Sebeřízením* vyšší. Podstatně vyšší jsou u obou Svrakicových studií v případě paranoidní poruchy osobnosti (-0,32 a -0,54 vs. -0,14) a impulzivního typu (-0,48 a -0,67 vs. -0,24). Naopak, srovnatelné jsou u hraničního typu (-0,48 a -0,67 vs. -0,46), histriónské poruchy osobnosti (-0,29 a -0,43 vs. -0,48), anxiózní poruchy osobnosti (-0,43 a -0,64 vs. -0,53) a závislé poruchy osobnosti (-0,40 a -0,61 vs. -0,52). Protikladné jsou výsledky u schizoidní poruchy osobnosti, kde je korelace se *Sebeřízením* kladná, oproti Svrakicovým záporným (-0,14 a -0,36), i v rámci Svrakicových nálezů jde však o nejnižší korelace. Ze srovnávací tabulky také jasně vyplývá, že korelační koeficienty jsou ve Svrakicovi práci z roku 2002 asi o 0,2 vyšší než v jeho práci z roku 1993. Důvodem budou téměř jistě změny v metodice. Pokud použijeme dotazníkovou metodu (2002), získáme téměř vždy vyšší korelace než pokud použijeme strukturovaný rozhovor (1993).

Tab.30

Sebeřízení – srovnání korelací s dimenzionálně měřenou psychopatií v této a Svrakicových studiích

	SEBEŘÍZENÍ		
	Naše studie /strukturovaný rozhovor IPDE/	Svrakic et al., 1993 /strukturovaný rozhovor SIDP-R/	Svrakic et al., 2002 /sebeuposouzení/
PARANOIDNÍ-D	-0,14	-0,32	-0,54
SCHIZOIDNÍ-D	0,11	-0,14	-0,36
DISSOCIÁLNÍ-D	-0,14	-0,20	-0,46
IMPULZIVNÍ-D	-0,24	-0,48*	-0,67*
HRANIČNÍ-D	-0,46	-0,48	-0,67
HISTRIONSKÁ-D	-0,48	-0,29	-0,43
ANANKASTICKÁ-D	-0,20	-0,26	-0,62
ANXIÓZNÍ-D	-0,53	-0,43	-0,64
ZÁVISLÁ-D	-0,52	-0,40	-0,61

* DSM-IV nerozeznává impulzivní a hraniční typ

Pokud porovnáváme korelace druhé Cloningerovy dimenze, *Ochoty spolupracovat*, která by také měla negativně korelovat s osobnostní psychopatií, zjišťujeme v naší studii záporné vztahy s dimenzionálními skóry IPDE (tab.31) kromě hraniční a histriónské poruchy osobnosti. Ve většině případů jsou naše korelace nižší či shodné se Svrakicovou studií z roku 1993. Kladná korelace *Ochoty spolupracovat* s hraniční psychopatií ($r=0,23$) je záhadou. Snad by možným vysvětlením mohlo být, že na oddělení pro léčbu poruch nálad Psychiatrického centra Praha jsou převážně soustředěni pacienti se značnou ochotou k léčbě, tedy i pravděpodobně s vyšší schopností spolupráce, což by ale příliš nevysvětlovalo záporné korelace u dalších osobnostních poruch. Opět můžeme pozorovat vyšší hladiny korelací, pokud je použita dotazníková vs. (jiná) dotazníková metoda oproti strukturovaný rozhovor vs. dotazníková metoda. Korelace je ale pouze v jednom případě statisticky významná (paranoidní psychopatie).

Tab.31

Ochota spolupracovat - srovnání korelací s dimenzionálně měřenou psychopatologií v této a Svrakicových studiích

	OCHOTA SPOLUPRACO VAT		
	Naše studie /strukturovaný rozhovor IPDE/	Svrakic et al., 1993 /strukturovaný rozhovor SIDP-R/	Svrakic et al., 2002 /sebeuposouzení/
PARANOIDNÍ-D	-0,35	-0,47	-0,50
SCHIZOIDNÍ-D	-0,17	-0,21	-0,33
DISSOCIÁLNÍ-D	-0,25	-0,31	-0,50
IMPULZIVNÍ-D	-0,20	-0,29*	-0,43*
HRANIČNÍ-D	0,23	-0,29	-0,43
HISTRIONSKÁ-D	0,04	-0,24	-0,28
ANANKASTICKÁ-D	-0,21	-0,20	-0,38
ANXIÓZNÍ-D	-0,20	-0,15	-0,44
ZÁVISLÁ-D	-0,15	-0,13	-0,22

* DSM-IV nerozeznává impulzivní a hraniční typ

U TCI se předpokládá, že se temperamentové typy budou vztahovat k osobnostní psychopatologii. Níže (tab.32) udáváme postulované hodnoty temperamentových dimenzí podle Cloningera a náš výsledek podle směru korelace (kladná, záporná). Některé typy poruch osobnosti jsme nedokázali hodnotit vzhledem k odlišné klasifikaci nemocí (pasivně-agresivní, cyklotymní, pasivně-závislou). Většinou se postulované a naměřené směry shodují, kromě explozivního (hraničního) typu, kde jsem získali nulovou korelaci, vztahu mezi *Vyhýbáním se poškození* a histriónského typu a *Vyhýbáním se poškození* a schizoidního typu. Snad by opět možným vysvětlením mohlo být, že na oddělení pro léčbu poruch nálad Psychiatrického centra Praha, jsou převážně soustředěni pacienti se značnou ochotou k léčbě, ale zároveň i značně úzkostní, což by vysoké hodnoty *Vyhýbání se poškození* mohlo vysvětlovat. Jiný obrázek by se ale naskytl, pokud bychom hodnotili i odchylku od normy, což jsme ale

neprovedli vzhledem k absenci důkladných českých norem. Podobné vztahy bychom ale téměř jistě nezjistili. Předpokládáme tak na základě poměrně nízkých korelací. Důvodem může být rozdíl mezi idealizovaným prototypem a klinickou realitou. „Čisté“ poruchy osobnosti bez komorbidit s jinými poruchami osobnosti či s jinou osobnostní psychopatií či s jinou psychopatií na ose I jsou poměrně vzácné.

Tab.32

Temperamentové typy (blíže viz teoretická část této práce) na základě vysokých nebo nízkých temperamentových dimenzí podle Cloningera (1994a,b) a naší studie (za lomítkem), hodnocena v naší studii podle směru korelace (kladná, záporná)

Temperamentový typ	Vyhledávání nového (NS)	Vyhýbání se poškození (HA)	Závislost na odměně (RD)
Antisociální	VYSOKÝ/VYSOKÝ	NÍZKÝ/NÍZKÁ	Nízký/nízká
Histrionský	VYSOKÝ/VYSOKÝ	NÍZKÝ/VYSOKÝ	VYSOKÝ/VYSOKÝ
Pasivně-agresivní	VYSOKÝ/ ----	VYSOKÝ/---	VYSOKÝ/---
Explozivní	VYSOKÝ/VYSOKÝ	VYSOKÝ/VYSOKÝ	NÍZKÝ/0
Obsesivní	NÍZKÝ/NÍZKÝ	VYSOKÝ/VYSOKÝ	NÍZKÝ/NÍZKÝ
Schizoidní	NÍZKÝ/NÍZKÝ	NÍZKÝ/VYSOKÝ	NÍZKÝ/NÍZKÝ
Cyklotymní	NÍZKÝ/ ---	NÍZKÝ/ ---	VYSOKÝ/---
Pasivně-závislý	NÍZKÝ/ ---	VYSOKÝ/---	VYSOKÝ/---

Vztah TCI a IPDE je možné uzavřít s tím, že přes řadu shod s prací Svrakice et al.(1993, 2002) je procento společné variance s IPDE nízké – i nejvyšší naměřená korelace ($r=0,50$, korelace dimenzionálního skóru pro hraniční poruchu osobnosti s *Vyhledáváním nového*) vyčerpává jen 25 procent společné variance. Směry korelací u dissociální psychopatie sice odpovídají předpokladům Cloningera (záporná korelace s *Vyhýbáním se poškození* a *Závislostí na odměně*, kladná s *Vyhledáváním nového*), ale ani jeden ze tří korelačních koeficientů není statisticky významný a dva ze tří jsou téměř rovny 0.

5.5.6 Interkorelace skóru TCI

Interkorelace dimenzí TCI ukazuje tab.12. Nejsilnější statisticky významnou korelací byl negativní vztah mezi *Sebeřízením* a *Vyhýbáním se poškození* (-0,44), dále mezi *Ochotou spolupracovat* a *Závislostí na odměně* (-0,39) a *Sebeřízením* a *Vyhledávání nového* (-0,32). Podle Cloningerova modelu by měly být temperamentové dimenze nezávislé jedna na druhé, což jsme zjistili i my. Mezi temperamentovými a charakterovými dimenzemi však závislosti jsou. Především korelace mezi *Sebeřízením* a *Vyhýbáním se poškození* (-0,44) je v rámci našich nálezů pochopitelná. Se zvyšujícím se *Sebeřízením* klesá *Vyhýbání se poškození* a naopak.

5.5.7 Změny ve *Vyhýbání se poškození* a *Sebeřízení*

Zjistili jsme, že vysoká úroveň temperamentové dimenze *Vyhýbání se poškození* má tendenci přetrvávat v průběhu tří měření v čase a je podstatně vyšší než úroveň této dimenze ve srovnávacím souboru. Vysoká míra *Vyhýbání se poškození* tak může být nadějným výzkumným prediktorem pro rozvoj depresivních nebo úzkostných poruch. Dále jsme zjistili jsme, že úroveň *Sebeřízení* má tendenci k vyrovnávání se do hodnot blízkých běžné populaci, z čehož vyplývá riziko diagnostiky poruch osobnosti na základě výše tohoto skóru hospitalizace u osob s depresivní epizodou.

Předpoklad, že určité rysy osobnosti mohou snadněji vést k depresivnímu onemocnění je považován za prokázaný (Clark et al., 2003). Hlavním ukazatelem se zdá být tzv.negativní temperament (tzv. negativní afektivita nebo neuroticismus) a pozitivní temperament (tzv.pozitivní afektivita, extraverze). Tyto dimenze temperamentu mají obvykle vztah k hloubce depresivního onemocnění, tak i k přítomnosti (nepřítomnosti) onemocnění. Bylo by možné usuzovat, že vyšší negativní temperament bude mít vztah k horší odpovědi na léčbu a

tedy i k horší prognóze nemoci, výsledky studií ale nejsou v tomto ohledu jednotné. Většina prací však ukazuje, že v průběhu nemoci dochází ke změnám v dimenzích temperamentu – negativní temperament klesá (např. *Vyhýbání se poškození*) a pozitivní stoupá (např. *Sebeřízení*). Připomíná se několik argumentů, které výsledky těchto studií relativizují: 1. kritika měřících nástrojů a jejich validita (proti tomu se namítá, že studie zjišťují shodnou faktorovou strukturu a reliabilitu těchto nástrojů během deprese i mimo ní), 2. deprese ovlivňuje vnímání sebe sama a výsledek sebehodnocení může být nevalidní (protiargumentem je, že výsledky pre- a post- hodnocení se sice mění, ale struktura osobnosti je i při opakovaném měření podobná). Dalším kritickým bodem je, že osobnostní dimenze jsou v různé míře ovlivněny jak aktuálním stavem, tak stavem trvalým (rysem) a že aktuální (stavová) variabilita může v době deprese „maskovat“ opravdovou (rysovou) varianci.

Můžeme usuzovat, že depresivní onemocnění a stav pacientů v průběhu hospitalizace ovlivňuje významně tuto dimenzi a že i v akutním stavu nemůžeme *Vyhýbání se poškození* validně měřit. Podobné zjištění uvádějí i jiní autoři (Marijnisses et al., 2002). Joffe et al. (1993) uvádějí tento efekt u respondérů, ale ne u non-respondérů antidepressivní léčby. Richter a Eisemann (2002) nezjistili rozdíly mezi muži a ženami a u obou pohlaví konstatují snížení *Vyhýbání se poškození* na konci léčby. Oproti normě je i při druhém vyšetření *Vyhýbání se poškození* výrazně a klinicky významně zvýšeno.

Přesto můžeme považovat výsledek *Vyhýbání se poškození* za poměrně stabilní v čase (graf.1) ve smyslu přetrvávání vysokých skóre v průběhu delšího časového úseku. Přes všechna tři měření TCI jsou výsledky vysoké. Pouze první měření je z hlediska Cloningerových norem mimo pásmo normy (90.percentil), druhé a třetí měření již v pásmu normy jsou (82.a 84.percentil), nicméně výrazně v jejím horním pásmu. Z rozložení skóre je patrné, že někteří pacienti dosahují extrémních hodnot (99. percentil) ve všech třech měřeních.

Otázkou je, nakolik je dimenze *Vyhýbání se poškození* podobná Eysenckově Neuroticismu, a zda vztahy mezi depresivní poruchou a těmito dimenzemi nejsou shodné. V longitudinální dvořecí studii osob narozených mezi lety 1928-1956 zjistili Kendler et al. (2006) prediktabilitu celoživotní i aktuální depresivní poruchy s neuroticismem, měřeným v letech 1972-1973. V jiné studii pokládají autoři neuroticismus, depresivní temperament a dysfunkční regulaci osy HPA za rizikové faktory pro unipolární depresivní poruchu.

Během hospitalizace došlo ke statisticky významnému zvýšení *Sebeřízení* ($p < 0,001$). Dimenze se na konci hospitalizace zvýšila v průměru o 4,3 bodu. Můžeme usuzovat, že depresivní onemocnění a stav pacientů v průběhu hospitalizace ovlivňuje významně tuto dimenzi a že v akutním stavu nemůžeme *Sebeřízení* validně měřit. Tento nálezn odpovídá zjištění Richtera a Eisemanna (2002), kteří totéž našli u mužů i žen. Podobně Marijnissen et al. (2002) zjistili statisticky signifikantní zvýšení u depresivních pacientů v průběhu léčby ($p < 0,001$). Přiblížení hodnot *Sebeřízení* normě (graf.2) dokumentují také změny percentilových skóre – 21,37 a 41 ve třech měřeních. Zdá se tedy, že *Sebeřízení* je oproti *Vyhýbání se poškození* hůře předpověditelné – nízké hodnoty se mohou postupem času a s odezněním depresivní poruchy zvýšit, tj. tzn. během hospitalizace můžeme odhadovat na dlouhodobou strukturu osobnosti pacienta méně spolehlivě.

Můžeme předpokládat, že by průběh změn v TCI byl podobný i u jiných diagnostických skupin? Na tuto otázku nejsme zatím schopni odpovědět. Naše závěry jsou velmi podobné citovaným zahraničním studiím, které také pracovali s depresivními pacienty (Marijnissen et al., 2002; Joffe et al, 1993; Richter a Eiseman, 2002) a ukazují mj. na dobrou kvalitu českého převodu TCI (Kožený a Tišanská, 1998). Průběh hospitalizace či hospitalizaci podobné zkušenosti však byl zkoumán jen minimálně a je možné, že studie u jiných poruch přinesou překvapivé výsledky. Částečnou (a kladnou) odpověď přinesl Abrams et al. (2004),

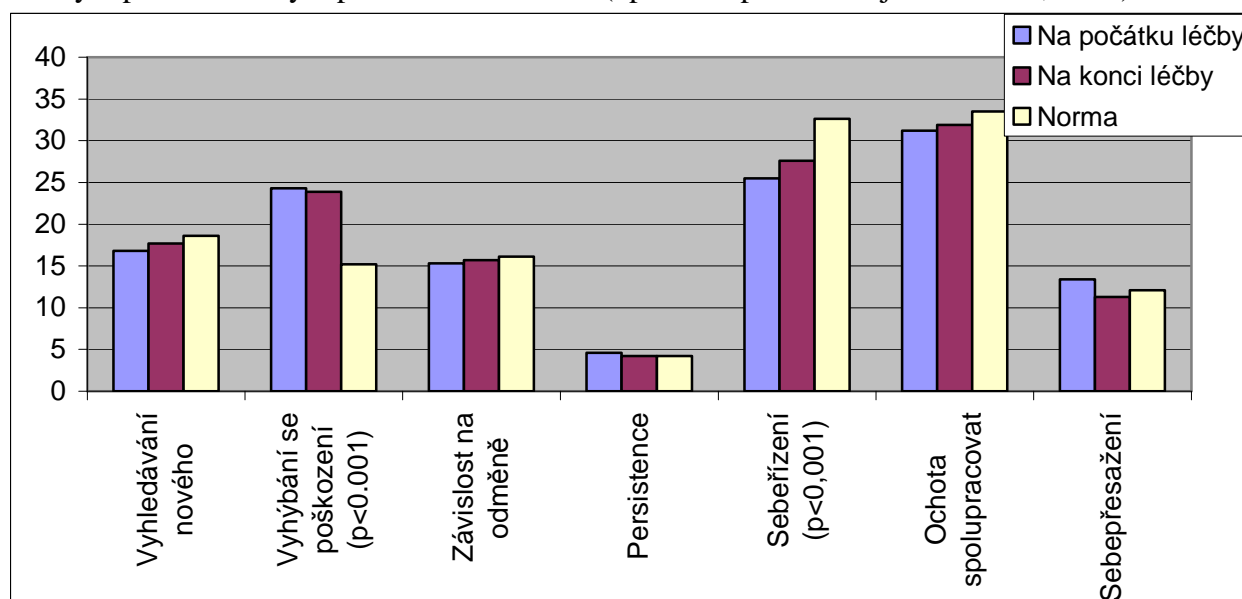
který u pacientů depresivní poruchou, dysthymií a depresivní poruchou osobnosti zjistil zvýšený skór *Vyhýbání se poškození* oproti kontrolám.

Řada prací se snaží zjistit, zda pacienti s poruchami nálad, především pacienti s unipolární depresí (práce o bipolární poruše se objevují vzácněji), mají stejné výsledky v průběhu hospitalizace/léčby či zda a jaké škály se v průběhu léčby mění. Jednou ze základních otázek je, nakolik zůstává faktorová struktura metody nezměněna i u depresivních pacientů, kdy schopnost výpovědi je narušena sníženou náladou. Autoři z mnichovské univerzity, Sato et al. (2001) zjišťovali u souboru 156 depresivních pacientů mírné až střední deprese (měřeno pomocí Beckovi depresivní škály) faktorovou strukturu TCI. Důvodem byly závěry předchozích studií, že sebeposuzovací metody jsou ovlivněny depresivním stavem, i když je minimální. Podobně jako předchozí autoři zjistili Sato et al.(2001), že depresivní stav ovlivňuje *Vyhýbání se poškození* a *Ochotu spolupracovat*, jinak ale faktorová struktura zůstává nezměněna. Korelace mezi těmito dvěma škálami jsou větší, než u souborů z běžné populace. Holandští autoři, Marijnissen et al.(2002) zkoumali změny TCI v průběhu hospitalizace u skupiny pacientů hospitalizovaných pro unipolární depresivní poruchu. Tři ze 35 osob splňovali kritéria pro poruchu osobnosti. Pacienti byli léčeni různými antidepresivy. Při srovnání výsledků na počátku a konci hospitalizace došlo ke dvěma změnám – ke snížení *Vyhýbání se poškození* a zvýšení *Sebeřízení*. Léčba antidepresivy odpovídala za 43% snížení depresivní symptomatologie měřenou posuzovacími škálami. Výsledky TCI se nelišily mezi respondéry ve srovnání s non-respondéry. Autoři přepokládají, že *Vyhýbání se poškození* je rysový markr deprese, podobně jako v dřívějších studiích Eysenckův neuroticismus (N). K podobným změnám v průběhu hospitalizace – ke snížení *Vyhýbání se poškození* a ke zvýšení *Sebeřízení* – došli také Richter a Eisemann (2002) a Black a Sheline (1997) u *Sebeřízení*. Autoři z rostocké univerzity, Richter, Eisemann a Richter (2000) měřili TCI dva dny po nástupu na kliniku a dva dny před ukončením pobytu u skupiny pacientů s unipolární

depresí (N=126) a kontrolního souboru (N=126). Hlavním zjištěním bylo přetrvávání vysokého skóru ve *Vyhýbání se poškození*, stejně jako nižší *Sebeřízení* a *Ochota spolupracovat* u souboru pacientů. Podle těchto autorů jsou některé nápadnosti v TCI v době příjmu vlivem akutního stavu. Zjistili také rozdíly mezi pacienty, kteří měli již v minulosti depresivní epizodu a mezi těmi, kteří ji měli poprvé – osoby s rekurentní epizodou měly vyšší skór ve *Vyhýbání se poškození*. Toto zvýšení bylo způsobena především vyšším skórem v HA2 (Pocity nejistoty) a HA4 (Fatigue). Autoři se domnívají, že „zůstává nejasné, zda ovlivnění skórů v TCI v průběhu hospitalizace odráží postmorbidní změny způsobené depresivní poruchou samotnou nebo zda odráží premorbidní odlišnosti“. Joffe et al.(1993) zkoumali rozdíly v TPQ (ranné verze TCI, viz Kožený, Kubička a Procházková, 1989) u respondérů vs. non-respondérů antidepresivní léčby u skupiny 40 pacientů léčených pro unipolární depresi v průběhu tříměsíční hospitalizace (odpověď na léčbu byla definována jako 50% redukce ve skóru HAMD). Po léčbě skupina respondérů obsahovala 31 osob, skupina non-respondérů 9 osob. Non-respondéři měli signifikantně vyšší skór ve *Vyhýbání se poškození* (rozdíl 6 bodů). Tento skór byl u non-respondérů vyšší již před léčbou.

Graf 3

Změny v průběhu léčby v porovnání s normou (upraveno podle Marijnissen et al., 2002)



Tab. 33

Změny v TPQ u respondérů vs. non-respondérů antidepresivní léčby (upraveno podle Joffe et al., 1993)

	Respondéři		Non-respondéři	
	Počátek hospitalizace	Konec hospitalizace	Počátek hospitalizace	Konec hospitalizace
Vyhledávání nového	13,8	14,4	15,6	16
Vyhýbání se poškození	21,9*	18,2	26,8	26,7
Závislost na odměně	16,8	18,1	16,2	16,7

* významný rozdíl odpovědi na léčbu mezi příjmem a propuštěním (p 0,01)

Young et al. (1995) zjistili odlišnosti mezi unipolární a bipolární depresí – pacienti s bipolární depresí měli oproti unipolární depresi zvýšené *Vyhledávání nového*. Obě skupiny měly vyšší skór ve *Vyhýbání se poškození* oproti normě. Allgulander et al. (1998) zjistili po léčbě pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou podstatné snížení v dimenzi *Vyhýbání se poškození* a nárůst skóru ve *Vyhledávání nového* a *Sebeřízení*. Všechny uvedené studie podporují i naše nálezy – změny ve *Vyhýbání se poškození* a *Sebeřízení*.

Pro praktickou interpretaci *Vyhýbání se poškození* doporučuje Hirano et al. (2002) zvážit vždy míru depresivního stavu a teprve poté skór interpretovat. Jeho doporučení neodpovídá našemu závěru, že skór *Vyhýbání se poškození* je pacientů s depresivní poruchou zvýšen dlouhodobě a že aktuální stav jej může ovlivnit jen relativně málo.

5.5.8 Snížení *Sebeřízení* u pacientů s unipolární depresivní poruchou v souvislosti s kognitivním oslabením

Nižší hladiny *Sebeřízení* u pacientů s depresivní poruchou je možné pokládat za příznak kognitivního oslabení, ať už formálně na úrovni myšlení nebo poznávacích funkcí. Během uplynulých dvou desetiletí se objevilo množství neuropsychologických studií, které

ukázaly, že zhoršené kognitivní funkce jsou u depresivních pacientů relativně běžné. Jeden ze starších výzkumů provedli Rush et al.(1983). Autoři zkoumali 22 pacientů s unipolární depresí pomocí neuropsychologické testové baterie. Pacienti s endogenní depresí (se somatickým syndromem) měli horší výsledky v neuropsychologických testech, než pacienti bez endogenní deprese (bez somatického syndromu). Ve srovnání s kontrolní skupinou pak měli pacienti s depresí (jak s, tak bez somatického syndromu) významně snížený výkon ve všech sledovaných neuropsychologických parametrech. Naše výsledky ukazují, že to samo by při podobném srovnání platilo i pro *Sebeřízení*.

Metaanalýza (Veiel, 1997) zahrnovala 13 studií publikovaných od roku 1975, do kterých byli zařazováni pacienti s primární depresí a kteří byli porovnáváni se skupinou zdravých osob. Výsledky ukázaly rozsáhlé narušení kognitivního výkonu téměř ve všech sledovaných kognitivních kategoriích. Jako nejvíce narušené se jevily exekutivní funkce a nejméně narušena byla pozornost. Rovněž novější studie, např. Ravnkilde et al. (2002) ukazují relativně rozsáhlé narušení kognitivních funkcí u depresivních pacientů. I v českých podmínkách se začínají objevovat první studie zkoumající profil kognitivních funkcí u deprese. Kučerová et al. (2003) a Příkryl et al. (2003) prezentovali výsledky pilotní studie, jejímž cílem bylo změřením a zmapování profilu a dynamiky kognitivních funkcí u pacientů s depresivní poruchou. Ve shodě s literaturou výzkum prokázal přítomnost poměrně závažného kognitivního deficitu v akutní fázi unipolární depresivní poruchy. Nejvíce bylo narušeno psychomotorické tempo (Bourdonův škrtačí test), dále schopnost reagovat co nejrychleji na vizuální a auditivní podněty (počítačová měření reakčních časů), vizuomotorika (Bentonův test vizuální retence) – schopnost retence, reprodukce a koordinace a narušeny byly také velmi vážně exekutivní funkce (Wisconsinský test třídění karet). Vedle těchto studií, které poměrně konzistentně uvádějí známky narušeného kognitivního výkonu u

pacientů s depresí, se objevily i výzkumy, ve kterých nebyly známky narušeného kognitivního fungování jednoznačně prokázány. Například studie Millera et al. (1991) ukázala, že se kognitivní fungování u depresivních pacientů významně neliší od shodného souboru zdravých dobrovolníků. Studie s takovýmto zjištěním jsou však ojedinělé. Výsledky byly pravděpodobně ovlivněny tím, že do studie byli zahrnuti nemocní zejména s lehkou formou depresivního onemocnění. Naše studie ukazuje, že design výzkumu, který by srovnával vedle kognitivních proměnných (např. *Sebeřízení* a další charakterové proměnné) také neuropsychologické, mohl přinést nové informace o vztahu kognitivních a neuropsychologických proměnných.

Veiel (1997) ve své metaanalýze shrnuje, že poškození mozkových funkcí u jedinců s depresí má globální a difúzní charakter s vyšším zapojením frontálních laloků. Přitom jak závažnost, tak profil kognitivního deficitu u deprese se podobají tomu, co pozorujeme u pacientů se středně těžkým traumatickým poškozením mozku. Skutečnost, že má kognitivní deficit u deprese globální a difúzní povahu, podporuje také fakt, že nejvíce poškozeny jsou právě ty kognitivní oblasti, které bývají nejčastěji spojovány s difúzním poškozením mozku (Lezak, 1995). Dalším nedořešeným problémem je otázka, do jaké míry je kognitivní výkon ovlivňován motivačními faktory. Objevily se hypotézy, které zdůrazňovaly, že případné kognitivní poškození může být **sekundární, způsobené motivačním deficitem** (Austin, 2001). Snížení motivace jakožto důležitý depresivní symptom by pak stál v pozadí nízkých výkonů v neuropsychologických testech. Přitom nízké *Sebeřízení* je s motivací spojeno - podle Cloningera (1993) jsou jedinci s nízkou hodnotou *Sebeřízení* považováni jako „nedozrálí, slabí, subtilní, obviňující, destruktivní, neefektivní, nezodpovědní, nespolehliví a špatně integrovaní, pokud se neřídí směry vyvrátě vřídčí osobnosti... často je u nich klinickými psychology diagnostikována porucha osobnosti. Zdá se, že postrádají vnitřní

organizaci, což jim znemožňuje rozpoznat, ustanovit a sledovat smysluplné cíle. Místo toho zažívají početné vedlejší, krátkodobé, vzájemně se vylučující pohnutky, které se nikdy nevyvinou v déletrvající osobní hodnoty a poznání“.

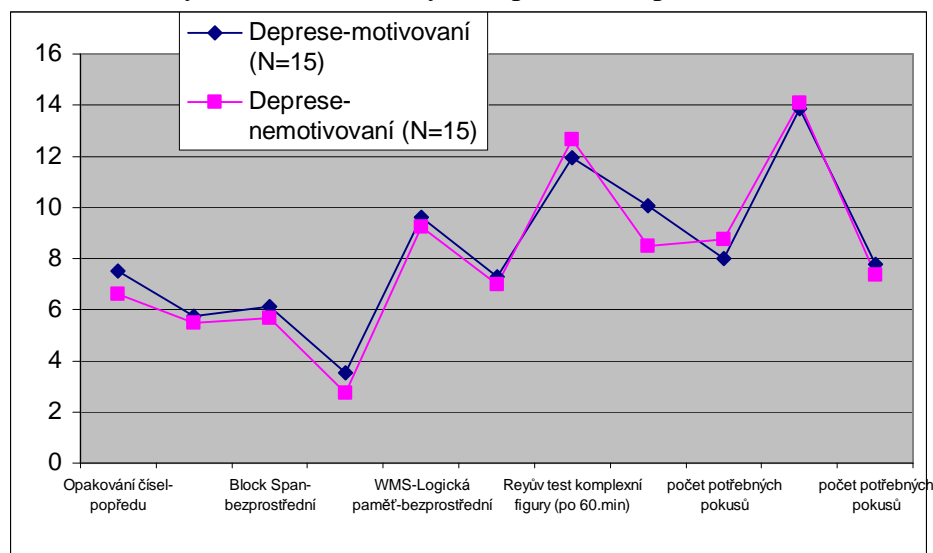
Motivační hypotéza se opírá o studie, které ukázaly, že pacienti s depresí mají obecně obtíže s volnými úkoly vyžadujícími vynaložení úsilí, zatímco automatické úkoly zvládají pacienti s depresí snáze. Tato tzv. „*effortfull-automatic*“ hypotéza se opírá o výzkumy např. Roye-Byrneho et al. (1986), kteří porovnávali pacienty s depresí se zdravými dobrovolníky pomocí testu vyžadujícího vynaložení úsilí a testu zapojujícího pouze automatické procesy. Výsledek byl, že depresivní pacienti podávali horší výkon v úkolu vyžadujícím úsilí, zatímco se nelišili v úkolu zaměřeném na automatické procesy. Tento nálezn byl dále podpořen studii Tancera et al. (1990), který došel k podobným výsledkům jako Roy-Byrne. Jiné studie ukázaly, že se deprese u starších dospělých odráží zejména ve volných procesech jako je kódování a vyhledávání. Do souvislosti se zapojením volných procesů do kognitivní poruchy se dále dávají nálezy poškozené explicitní paměti oproti nepoškozené implicitní paměti (Bazin 1994).

Bylo prokázáno, že rozdíly mezi výkonností v testech vyžadujících volní úsilí a v testech zapojujících pouze automatické procesy nejsou jednoznačné. Např. Wolfe et al. (1987) a Brown et al. (1994) uvádějí poškození jak verbálního vybavování, což je úkol vyžadující zapojení úsilí, tak rekognice, na kterém se podílí automatické procesy. Dále bylo zjištěno, že porucha kódování do paměti nemůže být vysvětlena jen zapojením volných procesů (Abas et al., 1990). Richardson a Ruff (1989) zkoumali vliv motivace na snížení neuropsychologického výkonu u deprese na malém souboru nemedikovaných pacientů a kontrol. Oba soubory byly rozděleny na „motivované“ a „nemotivované“. Motivace spočívala v přesvědčování, aby proband dosáhl co nejvyššího výkonu, desetidolarové bankovce ležící

po celou dobu vyšetření na stole před pacientem a nabídka zpětné vazby k výkonu. Nemotivované osoby odměny ani jiné benefity neobdržely, testy jim byly administrovány standardně. Před a po administraci neuropsychologických metod dostaly pokusné osoby test zaměřený na třídění karet (ne WCST, ale speciální zkoušku, která je ovlivněna především motivací), ve kterém se ukázaly rozdíly mezi 4 skupinami ve prospěch motivovaných subjektů. V neuropsychologických testech se neukázaly rozdíly mezi motivovanými a nemotivovanými skupinami, ale projevil se velký podíl deprese na výkonu (38% variance). Vliv motivace na výkon ve vybraných neuropsychologických testech byl minimální. Depresivní pacienti měli podobné výsledky, ať byli motivováni nebo ne. Naše zkušenosti s depresivními pacienty také ukazují na malou účinnost motivace během vyšetření a nízký účinek specifických pobídek, podobných těch, které byly použity ve výzkumu Richardsona a Ruffa (1989).

Graf.4

Výkon motivovaných a nemotivovaných depresivních pacientů (Richardson a Ruff, 1989)



Motivační hypotéza byla výzkumy vyvrácena. Samotným úbytkem motivace nemůžeme vysvětlit nálezy sníženého kognitivního výkonu u pacientů s depresí. Nicméně,

můžeme konstatovat, že motivační faktory se jistě podílí na obrazu kognitivního výkonu a kognitivní výkonnost nemalou měrou ovlivňují. S rostoucím počtem výzkumných studií se rozšiřují i možné příčinné spojitosti vztahené ke kognitivnímu výkonu u depresivních pacientů. V současnosti si již nevystačíme konstatováním, že snížený kognitivní výkon depresivních pacientů může ovlivňovat pravohemisférová dysfunkce či ztráta motivace. Novější teorie vysvětlující povahu kognitivního deficitu u deprese se opírají o širší souvislosti. Zdůrazňují se biologické vlivy na různých úrovních. Ve vztahu k depresi se hovoří zejména o změnách na molekulární úrovni, poruše neurotransmiterového přenosu, narušené plasticitě mozku (Duman, 2004) a o strukturálních mozkových abnormalitách (Sheline, 2004).

Výzkumy nacházející významné zlepšení kognitivního výkonu u pacientů v remisi oproti akutní fázi vysvětlují své nálezy jako přímý vliv symptomů deprese na kognitivní fungování. Výsledky v neuropsychologických testech mohou pak být z tohoto úhlu pohledu vyloženy právě jako efekt zlepšení symptomů deprese. Zlepší-li se deprese,lepší se i kognitivní výkon. Nález zlepšení kognitivního výkonu v remisi onemocnění pak zdůrazňuje vliv nekognitivních faktorů. Kognitivní deficit je nazírán jako sekundární, způsoben zejména nízkou motivací, vyšší únavou a negativní emotivitou. Oproti tomu pokud najdeme známky narušeného kognitivního fungování i v době klinické remise, naznačí nám to úplně jiné spojitosti. Můžeme říci, že vlastní symptomy deprese ovlivňují kognitivní funkce v menší míře. Potvrdíme tak částečnou nezávislost kognitivního fungování na symptomech deprese a vyzdvihneme důležitost sníženého kognitivního fungování jakožto specifického faktoru onemocnění. Potom musíme pátrat po příčinách jiných než je samotné onemocnění. Nálezy zhoršeného kognitivního fungování v remisi jsou v konzistenci s nálezy strukturálních poškození mozku u pacientů s depresí.

Existuje malý počet studií snažících se zjistit neuropsychologickou výkonnost depresivních pacientů v období remise ve srovnání se zdravými dobrovolníky. S těmito výzkumy jsou však spojeny značné metodologické problémy, jako jsou definice vlastní remise, nebo kontrola vlivu medikace či stanovení „žádoucího“ výkonu. Nálezy vztahující se k míře reverzibility případného kognitivního deficitu u deprese jsou kontroverzní. Někteří autoři uvádějí zlepšení kognitivního výkonu v remisi, jiní ne. Zlepšení výkonu v remisi se také může více spojovat s určitými kognitivními doménami. Obecně však zlepšení kognitivního výkonu nacházené v remisi nedosahuje ve všech parametrech úrovně zdravých kontrol. Jako nejvíce přetrvávající se ukazuje zejména porucha paměti a exekutivních funkcí (Austin, 2001).

Novější studie Reischiese a Neua (2000) zjišťovala profil kognitivního výkonu u pacientů v remisi ve srovnání se zdravými kontrolami. Ve snaze minimalizovat sekundární vliv, jako je únava a vyčerpání na kognitivní výkon, testová baterie byla krátká a neobsahovala namáhavé úkoly. V období akutní fáze onemocnění podali depresivní pacienti signifikantně horší výkon než zdravé kontroly. Výsledky ukázaly na mírné zlepšení ve výkonu depresivní skupiny, ale i skupiny kontrolní. Toto zlepšení tak bylo přičteno vlivu efektu učení a ne vlivu zlepšení depresivních symptomů. Zlepšení u depresivních pacientů nedosáhlo normy. Nebyla objevena korelace mezi trváním poruchy a počtem epizod nemoci a mírou kognitivního výkonu. Weiland-Fiedler et al.(2004) sledovali malý soubor nemedikovaných pacientů v období remise s porovnávali je kontrolním souborem. Oba soubory byly vyšetřeny počítačovou baterií CANTAB, která prokázala rozdíly v neprospěch pacientů, které se ale ztrácely po kontrole hladiny deprese, s výjimkou subtestu měřícího

setrvalou pozornost. O této složce kognitivních funkcí uvažují jako o „trait markeru“ v období remise.

5.5.9 IPDE a TCI

Za nejdůležitější výsledek řešené otázky (zda Cloningerův model poruch osobnosti odpovídá výsledkům strukturovaného rozhovoru IPDE a zda míře osobnostní psychopatologie jednotlivých poruch osobnosti odpovídá charakteristický profil v TCI) považujeme zkušenost se samotným strukturovaným rozhovorem.

Předpokládali jsme, že IPDE je nosná diagnostická metoda a že zkušenost s ní a její využití a dále kombinace TCI – IPDE by mohlo být do budoucna jedním z přístupů, kombinujících dimenzionální a kategoriální přístup. Na základě našich výsledků rozhodně nelze doporučit kombinaci IPDE a TCI jako hlavní nástroj pro tvorbu diagnózy podle Mezinárodní klasifikace nemocí. Vztahy IPDE a TCI v některých případech neodpovídají modelu C.R.Cloningera, nebo odpovídají, ale slabě a pro kliniky nepřesvědčivě. Řešením by mohlo být spolehnout se na jednu metodu (strukturovaný rozhovor IPDE), která ověřuje všechna kritéria pro poruchy osobnosti podle ICD-10 (MKN-10) i podle DSM-IV.

Existují však i kritici vyšetření založených na metodách strukturovaných rozhovorů (jako je např. IPDE) nebo metod kladoucích otázky odvozeně z diagnostických kritérií (jako je např. MCMI-III). Westen (1997) se domnívá, že výzkumníci podleli způsobu dotazování se na psychické potíže na ose I. Např. je běžné se ptát, kolik pacient zhubnul nebo zda je plačtivý a s těmito údaji se pak pracuje jako s validními předpoklady diagnózy. Strukturované rozhovory zaměřené na diagnostiku poruch osobnosti k dotazování přistupují podobně, např. otázka směřující k narcistické poruše osobnosti je „domníváte se, že Vaše situace

vyžaduje přednostní léčbu?“. Westen (1997) má dojem, že klinická praxe tyto výzkumné metody příliš nepřebírá a že na rozdíl od přímých otázek, určených pro osu I používá pro osu II nepřímých metod zkoumání, jako je pozorování pacientových interakcí, naslouchání jejich vyprávění a usuzování na charakteristiky chování, strategie zvládnání problémů, nevědomé psychické obrany, myšlenkové vzorce, přání, strachy a hodnoty. Je tedy možné, že i náš návrh (kombinace TCI a IPDE, případně jen IPDE pro diagnostiku poruch osobnosti) je příliš umělý a odporující zažitým postupům a přesvědčením kliniků.

Přesto se domníváme, že může, přinejmenším, zvýšit shodu posuzovatelů a možná i validitu vyšetření. Rozpornost psychologických vyšetření zaměřených na problematiku poruch osobnosti má více důvodů. Hlavním jsou pravděpodobně dvě – vnitřní i vnější změny v průběhu ontogeneze pacientů a jejich vliv na výsledky psychologických vyšetření a nejednotnost/roztříštěnost způsobů klinického vyšetření poruch osobnosti.

Chyby v klasifikacích poruch osobnosti vycházejí z falešných předpokladů, že poruchy osobnosti mohou být zřetelně odlišeny od běžné populace a že původní Schneideriánské typy osobnosti jsou validní (Tyrrer, 2004). Nikdo, kdo provádí výzkum v oblasti poruch osobnosti, nemůže být spokojený se současným diagnostickým systémem. Mnoho chyb v současné klasifikaci pochází z představy, že poruchy osobnosti můžeme rozpoznat podobným způsobem jako duševní poruchy – pomocí dobře definovaných kritérií nebo charakteristik, které jsou (ideálně) patognomické. Čtvrt století po zavedení operacionalizujících kritérií DSM-III zjišťujeme, proč tento diagnostický experiment u poruch osobnosti selhal (Tyrrer, 2003). Přitom IPDE je založena právě na ověřování operacionalizujících kritérií. Problém ale je, že námi zjištěné výsledky pomocí IPDE nelze dále ověřovat, i když některé možnosti se přeci jen nabízejí – např. srovnání výsledku IPDE

s konsenzem zkušených psychologů (psychiatrů, psychoterapeutů, sociálních pracovníků). Námětem na další studii s IPDE by tak mohlo být srovnání vyšetření malého počtu pacientů důkladně sledovaných zkušenými pozorovateli.

Přestože je v současnosti modelů osobnosti a jejich poruch více (za hlavní jsou většinou považovány pětifaktorový model – tzv. Big Five, interpersonální kruhový model Kieslera, interpersonální model Benjaminové, sedmidimenzionální model Cloningerův, faktorový model Tellegenův, čtyřfaktorový Sieverův model neurochemické dysregulace), za jediný shrnující, komplexní, je považován Millonův model (Widiger, 1999). Millonův evoluční model by v budoucnu mohl být, pokud dokáže operacionalizovat evoluční východiska, cennou možností diagnostiky (evolučním pojetím je také blízký teoretickému zázemí TCI, který jsme v práci využili). Zvýšení operacionalizace je ale právě to, co někteří kritizují.

Poruchy osobnosti (osa II) a všechny poruchy na ose I jsou nyní na křižovatce: 1. máme pokračovat a rozvíjet DSM-IV v jejím kategoriálním přístupu a tím přicházet o významné informace o našich pacientech, nebo 2. máme začít využívat v mezinárodních klasifikacích dimenzionální přístup, tj. stejný přístup, který používáme u neklinické části populace, 3. nebo bychom se měli pokusit o kombinaci těchto dvou přístupů? Kombinace IPDE/TCI se pokouší právě o toto: porovnáváním operacionalizovaných kritérií s dimenzemi TCI, u kterých se předpokládá univerzální platnost v celé živočišné říši.

Endler a Kocovski (2002) doufají, že příští vývoj mezinárodních klasifikací vezme dimenzionální přístup v úvahu. Kombinace obou přístupů může mít různé podoby. Jedna možnost je dvoustupňový systém – nejprve identifikovat poruchu a poté popsat různé rysy a projevy normálního i abnormálního „fungování“. Jinou možností je začít od „jednoduchých

reakcí ke komplexním syndromům a osobnostní typům“. Jiný přístup může být 1. nejprve popis osobnostních rysů (např. použitím 30 facet pětifaktorového modelu operacionalizovaného dotazníkem NEO-FFI), 2. poté určení významných životních problémů sekundárních k těmto rysům, 3. určení, zda jsou tyto nápadnosti klinicky významné, 4. zda pacientův osobnostní profil naplňuje kritéria pro poruchy osobnosti. Jinou možností je vývoj semistrukturovaných rozhovorů vycházejících z některé uznávané metody (např. z pětifaktorové teorie osobnosti či jiné, obecně uznávané teorie).

Na základě i našich zkušeností kategoriální a dimenzionální přístup umožňuje rozdělení spektra poruch osobnosti do 4 hlavních skupin (Tyrer, 2003) – 0=bez poruchy osobnosti, 1=osobností zvláštnosti (neboli akcentace osobnosti), 2=prostá porucha osobnosti (porucha osobnosti pouze v jednom klastru), 3=komplexní nebo difúzní porucha osobnosti (porucha osobnosti ve více než v jednom klastru). Bylo by možné přidat čtvrtou kategorii – těžkou poruchu osobnosti, s rizikem a nebezpečím pro sebe nebo společnost. Je v možnostech výsledků IPDE podobnou klasifikaci zavést.

Tab. 34
Stupně poruch osobnosti

Stupeň závažnosti	Popis	Definice podle kategoriálního modelu
0	Bez poruchy osobnosti	Nesplňuje kritéria nebo ani částečná kritéria
1	Osobnostní zvláštnosti	Naplňuje částečně kritéria pro jednu nebo více osobnostních poruch
2	Prostá porucha osobnosti	Naplňuje kritéria pro jednu nebo více poruch osobnosti ze stejného klastru
3	Komplexní nebo difúzní porucha osobnosti	Naplňuje kritéria pro jednu nebo více poruch osobnosti z více než jednoho klastru
4	Těžká porucha osobnosti (psychopatie)	Naplňuje kritéria pro těžké narušení (severe disruption) sebe či riziko pro okolí

Studie životního běhu osob s poruchami osobnosti diagnostikovaných v klastru B (viz níže) ukazují, že antisociální a histriónská porucha osobnosti se s časem zlepšují do té míry, že jsou ve skutečnosti nepoznatelné ve starším věku, a že některé charakteristiky hraniční osobnosti, jako je impulzivita, se mírní, i když jiné abnormality přetrvávají. Anankastické, paranoidní a schizoidní rysy mají tendenci ke zvýraznění s nastupujícím středním nebo vyšším věkem. Naše práce takovýto průběh vzhledem k metodice studie neumožňuje ukázat, v dlouhodobé studii by to však možné bylo, což zůstává otevřeno pro budoucí zkoumání. Můžeme ale posoudit vztahy mezi věkem a dimenzemi TCI a IPDE (tab.35). Jak je z tabulky patrné, v našem věkově heterogenním souboru (průměrný věk v souboru byl 41,7 let; SD=12,0, rozpětí 18-69 let) jsou všechny korelace věku s dimenzionálními skóry IPDE záporné kromě závislé poruchy osobnosti. Největšího vztahu s věkem dosahuje celkový dimenzionální skór IPDE ($r=-0,47$), který pokládáme za nejpodstatnější míru celkové osobnostní psychopatologie. Z dimenzí TCI s věkem klesají všechny temperamentové skóry kromě *Závislosti na odměně*. U charakterových skórů bychom očekávali spíše pozitivní korelace. Tu jsme naměřili u *Sebeřízení* ($r=0,29$), ale ne u dvou dalších charakterových dimenzí.

Tab.35

Korelace věku s dimenzionálními skóry IPDE a dimenzemi TCI

IPDE a TCI		Věk
PARANOIDNÍ-D	IPDE	-0,09
SCHIZOIDNÍ-D		-0,38
DISSOCIÁLNÍ-D		-0,31
IMPULZIVNÍ-D		-0,33
HRANIČNÍ-D		-0,32
HISTRIONSKÁ-D		-0,18
ANANKASTICKÁ-D		-0,33
ANXIÓZNÍ-D		-0,28
ZÁVISLÁ-D		0,05
DIMENZE-CELKEM		-0,47
VYHLEDÁVÁNÍ NOVÉHO	TCI	-0,17

VYHÝBÁNÍ SE POŠKOZENÍ		-0,23
ZÁVISLOST NA ODMĚNĚ		0,13
PERSISTENCE		-0,13
SEBEŘÍZENÍ		0,29
SPOLUPRÁCE		-0,03
SEBEPŘESAŽENÍ		-0,13

Tab.36
Clustery poruch osobnosti podle DSM-IV

Klastr	Poruchy osobnosti
A	MKN-10: schizoidní, paranoidní DSM-IV: schizoidní, schizotypální, paranoidní
B	MKN-10: disociální, emočně nestabilní (impulzivní a hraniční typ), histriónská DSM-IV: antisociální, hraniční, histriónská, narcistická
C	MKN-10: anxiózní (vyhýbavá), závislá, anankastická DSM-IV: vyhýbavá, závislá, obsedantně-kompulzivní

Teprve další práce ukáží, zda se jako „nejpřínosnější a nejstálejší ukáže pětifaktorový model, založený na lexikálním přístupu k deskriptorům, Cloningerovo dimenzionální schéma, založené na ostentativně neurobiologickém podkladě, Freudův intrapsychický model, založený na konfliktech mezi základními strukturami mysli nebo Millonův biosociální model, založený na evolučních principech a polaritách, nebo jiný, možná interpersonální model“ (Millon a Davis, 1996). Pojetí klasifikace, diagnostika a terapie poruch osobnosti v Millonově pojetí je nejlépe formulována ve druhém, více než osmisetstránkovém vydání Personality Disorders v roce 1996. Devět základních předpokladů přístupu k poruchám osobnosti ukazujeme níže (tab.37). Tyto předpoklady považujeme za platné a i vzhledem k našim zkušenostem a závěrům.

Tab.37
Devět předpokladů pro pochopení poruch osobnosti (Millon a Davis, 1996)

1. princip	Poruchy osobnosti nejsou nemocemi
2. princip	Poruchy osobnosti jsou vnitřně odlišné funkční a strukturální systémy, ne

	vnitřně homogenní jednotky.
3. princip	Poruchy osobnosti jsou dynamické systémy, nikoli statické nálepky
4. princip	Osobnost sestává z mnohočetných jednotek na mnohočetné úrovni zpracování dat
5. princip	Osobnost existuje na kontinuu. Neexistuje ostrá hranice mezi normalitou a patologií.
6. princip	Osobnostní patologie není přímočará, ale postupná interaktivní a mnohočetně rozložená do celého systému.
7. princip	Kritéria patologie osobnosti by logicky měla být koordinována v již samém modelu poruch osobnosti.
8. princip	Poruchy osobnosti mohou být vyšetřeny zhodnoceny, ale ne definitivně diagnostikovány.
9. princip	Poruchy osobnosti vyžadují strategicky plánované a kombinované způsoby taktické intervence

Alchymistická snaha vyjádřit základní stavební jednotky osobnosti (a tím jejich poruch) formou osobnostních deskriptorů je stará přinejmenším od r.1936, od publikace Allportových 18 000 adjektiv popisujících osobnost. Touha měřit co nejpřesněji - „nejsprávněji“, klinicky prospěšně, je v pozadí většiny snah o vyvíjení nových nástrojů k popisu osobnosti. Od prvních mezinárodních klasifikací nemocí v 50.letech 20.století navíc vzrostly ambice výzkumníků i kliniků přijít s nástrojem, který by klinicky relevantní psychopatologii osobnosti – vyjádřenou v psychiatrické klasifikaci specifickými poruchami osobnosti – dokázal nejlépe odlišit od méně markantních, méně terapeuticky náročných osobnostních typů, vzorců či variant. Od Galenových temperamentových typů vedla dlouhá cesta k pokusům o validní, reliabilní a klinicky či teoreticky prospěšné nástroje, které je možno v různých koutech světa využít k deskripci či ke sledování efektu léčby. Jedním z těchto moderních pokusů je i teorie a nástroje C.R.Cloningera (Cloninger et al., 1993), jehož práce získaly v 90.letech zaslouženou pozornost.

Hranice „poruchy osobnosti“ je dána aktuálně mezinárodní úmluvou (MKN-10 či DSM-IV). Jde však o hranici konsensuální, tedy křehkou. Stejně tak by mohla vést jinudy,

jinak, při jiném počtu stejných kritérií, či s kritériem jinými, mohla by se např. opírat spíše o dimenzionální, než o kategoriální hranici. Psychologové obvykle inklinují k jasně daným hranicím v rámci osobnostních rysů méně než lékaři. Zdá se však být klinicky i výzkumně užitečné, aby i přes zřetelná omezení existoval model s jasnými hranicemi. Podpůrnou myšlenkou pro výzkum poruch osobnosti v rámci jedné kategorie jsou argumenty analytické (např. Johnson, 1994), podle kterých jsou *všechny* poruchy osobnosti charakteristické nízkou tolerancí k potížím v afektivních stavech, jako je úzkost, frustrace, agrese, ztráta nebo zármutek, láska nebo intimita. Podle analyticky orientovaných autorů je příčinou poruch osobnosti primitivní nebo nezralá struktura osobnosti. Poruchy osobnosti také, vzhledem k jiným poruchám, obsahují obecně anamnézu komplikovaných mezilidských vztahů. Podporu pro faktory společné všem poruchám osobnosti bez ohledu na to, zda jsou zařazeny do jedné z devíti/desíti specifických kategorií podle mezinárodních kritérií nemocí přinesla, mj. také teorie C.R. Cloningera (Mulder a Joyce, 1997), která ukazuje, že společným prvkem všech poruch osobnosti je nízká schopnost *Sebeřízení* (vyjádřená v Cloningerově modelu dimenzí Self-Directedness) a schopnost kvalitně spolupracovat s druhými lidmi (vyjádřená dimenzí Cooperativeness). Naše výsledky tyto předpoklady modelově podporují, ale aplikovat tyto výsledky klinicky, vztažené k jednotlivých osobám, je problematické.

Pokroky v oblasti poruch osobnosti potvrzuje zájem o zkoumání nákladů na terapii, požadavky na náhodný výběr oproti naturalistickým studiím a začínající multicentrické studie (např. evropský projekt SCEPTRE nebo severoamerická Collaborative Longitudinal Personality Study). Od průřezových (cross-over) se pokračuje k longitudinálním studiím, např. při výzkumu vztahu mezi hyperaktivitou v dětství a dissociální poruchou osobnosti v dospělosti nebo vlivu adverzivních (negativních) ranných zážitků ve vztahu k depresivní poruše či depresivním osobnostním rysům v dospělosti. Metodologicky se prosazuje

zkoumání specificky zaměřené psychoterapie oproti „obvyklé terapii“ (therapy as usual, tzv.TAU). Bylo by jistě zajímavé pokusit se predikovat výsledek psychoterapie např. na základě hladiny *Vyhýbání se poškození* či konfigurace skóreů TCI, nebo podle dimenzionálních skóreů IPDE.

Je vůbec smysluplné v takto daném diskurzu zjišťovat, zda je jedna dotazníková metoda zaměřená na popis osobnosti citlivější než jiná či než strukturovaný rozhovor? Je smysluplné se takto tázat na rozlišení poruch osobnosti jako jedné velké skupiny a ne řady menších, více či méně heterogenních skupin? Víme, že např. skupina osob s hraniční (emočně nestabilní) poruchou je velmi heterogenní se značnou komorbiditou s osou I – je vůbec možné hovořit o poruchách osobnosti jako o jedné velké samostatné jednotce? Víme, že někteří lékaři či psychologové odmítají diagnostikovat poruchu osobnosti s poukazem, že tím škodí svým pacientům. Zkoumání citlivosti (senzitivity) metody (dotazníkové nebo jiné) k poruchám osobnosti zřejmě smysl má. Nepředpokládá se, například, že metoda zaměřená na sociální podporu bude účinně rozlišovat osoby s různou mírou osobnostní psychopatologie. Metody zaměřené na samotné „jádro“ poruchy osobnosti – pokud o tomto jádru máme přesnější představu - tak mohou být nadobyčejně cenné. Nárůst kvantity dotazníkových metod je v posledních letech natolik značný, že naprostá většina odborníků má osobní zkušenost (klinickou či výzkumnou) jen s jejich nepatrným zlomkem.

Cloningerovo TCI patří mezi metody, které se v množství pokusů o tvorbu originálních nástrojů „neztratily“ a evidence o jejich psychometrických vlastnostech přibývá. Snažili jsme se odpovědět na otázku, zda je Cloningerův dotazník temperamentu a charakteru (Kožený a Tišanská, 1998; Preiss, 2000; Preiss et al., 2000; Preiss, 2001) schopen rozlišit jednotlivé specifické poruchy osobnosti a nakolik toto rozlišení odpovídá Cloningerem postulovaným předpokladům. Výsledky jsou sice víceméně souhlasné s Cloningerovými představami, ale zároveň pro klinické využití málo přesvědčivé.

Z hlediska TCI a IPDE jako možných prediktorů léčby se zdá, že TCI není jako prediktor léčby vhodný (Marijnissen et al., 2002), i když jiní autoři zjistili, že nižší hladina některých charakterových dimenzí u pacientů s depresivní poruchou (především *Sebeřízení* a *Spolupráce*) je spojena komorbiditou úzkostných poruch (Richter, Eisemann a Richter, 2000) a tím s komplikovanější léčbou. Výsledky IPDE jsou považovány za predkátor průběhu depresivního onemocnění podle toho, zda se uživatelé těchto metod připojí k pracím, které poruchy osobnosti obecně považují za problematizují prvek v léčbě či ne (Coolidge et al., 1998; Mulder, 2002; Perry, Banon a, Floriana, 1999). Považujeme však srozumitelné, že osobnostní psychopatologie komplikuje běžný život v období, kde pacienti z klinického hlediska depresivní poruchou netrpí. Osobnostní psychopatologie může, podle našeho názoru, přispívat k relapsu, komplikovanějšímu průběhu nemoci či k nižší kvalitě života.

5.5.10 Platnost Cloningerova modelu v průběhu času

Při korelacích TCI s IPDE jsme použili výsledky prvního měření. Vztahy mezi TCI a dimenzionálním skórem IPDE při druhém měření jsou vyšší – korelace s *Vyhýbáním se poškození* je 0,48 ($p < 0.001$) a se *Sebeřízením* -0,66 ($p < 0.001$). Při třetím měření je korelace s *Vyhýbáním se poškození* 0,37 ($p < 0.001$) a se *Sebeřízením* -0,58 ($p < 0.001$). Data je možné interpretovat tak, že pokud pacienti nejsou hospitalizováni či pokud jsou na konci hospitalizace, jsou záporné vztahy s osobnostní psychologií v případě *Sebeřízení* ještě těsnější. V úvahu musíme ale vzít klesající N souboru. Pro *Vyhýbání se poškození* to platí jen částečně, na konci hospitalizace se korelace s osobnostní psychologií zvyšuje, při roční katamněze opět klesá. Vztah mezi osobnostní psychologií je statisticky významný mezi *Ochotou spolupracovat* a osobnostní psychologií na konci hospitalizace, ne však v při roční katamněze.

6 Závěr

V této práci jsme vztahovali výsledky mezinárodního strukturovaného rozhovoru pro poruchy osobnosti (IPDE) s Cloningerovou teorií osobnosti, operacionalizovanou pomocí dotazníku temperamentu a charakteru (TCI). Použili jsme naturalistickou studii u pacientů s depresivní epizodou nebo rekurentní depresivní poruchou.

1. Zjistili jsme, že osobnostní psychopatologie, měřená celkovým dimenzionálním skórem strukturovaného rozhovoru IPDE se převážně záporně vztahuje k míře *Sebeřízení a Vyhýbání se poškození*, charakterové a temperamentové dimenzi TCI. Tento výsledek podporuje Cloningerovu představu o spojení mezi osobnostní psychopatií a úrovní *Sebeřízení*. Dále jsme zjistili, že podobný vztah platí také pro dimenzi *Ochota spolupracovat*, ale již bez statistické signifikance.
2. Specifické profily TCI pro jednotlivé typy osobnostní psychopatologie podle IPDE jsou však z klinického hlediska málo průkazné a pro individuální klinickou diagnostiku nedostatečné.
3. Zjistili jsme, že vysoká úroveň temperamentové dimenze *Vyhýbání se poškození* má tendenci přetrvávat v průběhu tří měření v čase a je podstatně vyšší než úroveň této dimenze ve srovnávacím souboru. Vysoká míra *Vyhýbání se poškození* tak může být nadějným výzkumným prediktorem pro rozvoj depresivních nebo úzkostných poruch.
4. Zjistili jsme, že úroveň *Sebeřízení* má tendenci k vyrovnávání se do hodnot blízkých běžné populaci, z čehož vyplývá riziko diagnostiky poruch osobnosti na základě výše tohoto skóru během hospitalizace u osob s depresivní epizodou.
5. Na základě výsledků studie jsou korelační vztahy mezi dimenzionálními skóry strukturovaného rozhovoru pro poruchy osobnosti a dotazníkem temperamentu a charakteru relativně nižší než výsledky předchozích studií (Svrakic et al., 1993; Svrakic et al., 2002).
6. Klinickým dopadem této práce je oficiální vydání IPDE (Psychodiagnostika, v tisku).

7 Seznam literatury

Aapro N, Lalive J, Danville I, Fischer, W: Personality disorder (PD) and private outpatients: changing profiles from 1987 to 1997. 6th International Congress on the Disorders of Personality. Abstract. Rome (Italy), 19th-22nd June 2008.

Abas MA, Sahakian BJ, Levi R: Neuropsychological deficits and CT changes in elderly depressives. *Psychological Medicine* 1990; 20:507-520.

Abrams KY, Yune SK, Kim SJ et al.: Trait and state aspects of Harm Avoidance and its implication for treatment in major depressive disorder, dysthymic disorder, and depressive personality disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2004;58:240-248.

Allgulander CH, Cloninger CR, Przybeck TR, Brandt L: Changes on the temperament and character inventory after paroxetine generalized anxiety disorder. *Psychopharmacology Bulletin* 1998; 34:165-166.

Bazin N, Perruchat P, De Bonis R, et al.: The dissociation of explicit and implicate memory in depressed patient. *Psychological Medicine* 1994; 24:239-245.

Bayon C, Hill K, Svrakic D: Dimensional assessment of personality in an out-patient sample: relations of the systems of Millon and Cloninger. *Journal of Psychiatric Research* 1996; 30:341–352.

Beck AT, Freeman A.: *Cognitive therapy of personality disorders*. The Guilford Press, New York, 1990.

Bejerot S, Schlette P, Ekselius L. et al.: Personality disorders and relationship to personality dimensions measured by the Temperament and character inventory in patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of Psychiatrica Scandinavica* 1998; 98:243-249.

Bilder RM, Goldman RS, Volavka J, et al.: Neurocognitive effects of clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol in patients with chronic schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159:1018-1028.

Black KJ, Sheline YI: Personality disorder scores improve with effective pharmacotherapy of depression. *Journal of Affective Disorders* 1997; 43:11-18.

Bond A: Neurotransmitters, temperament and social functioning. *European Journal of Neuropsychopharmacology* 2001;11: 261–274

Brändström S, Schlette P, Przybeck TR et al.: Swedish normative data on personality using Temperament and character inventory. *Comprehensive Psychiatry* 1998; 39:122-128.

Brown RG, Scott LC, Bench CJ et al.: Cognitive function in depression: its relationship to the presence and severity of intellectual decline. *Psychological Medicine* 1994; 24:829-847.

Clark LA, Vittengl J, Kraft D, Jarrett RB: Separate personality traits from states to predict depression. *Journal of Personality Disorders* 2003; 17:152-172.

Clarkin JF: Research findings on personality disorders. *Psychotherapy in Practice* 1998; 4:91-102.

Clinical Practice Guideline: Depression in Primary Care: Volume 1. Detection and Diagnosis. U.S.Department of Health and Human Services, Rockville, Maryland 1993.

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR: A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 1993; 50:975-990.

Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD: The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use. Center for Psychobiology of Personality, Washington University, St.Louis, Missouri 1994.

Cloninger CR: Temperament and Personality. *Current Opinion in Neurobiology* 1994; 4: 266-273.

Cloninger CR, Svrakic DM: Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *Psychiatry* 1997; 60: 120-141.

Cloninger CR.(ed.): *Personality and Psychopathology*. Washington, American Psychiatric Press, 1999.

Cloninger CR: A new conceptual paradigm from genetics and psychobiology for the science of mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1999; 33: 174-186.

Cloninger CR, Bayon C, Svrakic DM: Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamentals states as personality types. *Journal of Affective Disorders* 1998; 51: 21-32.

Coolidge FL, Segal DL: Evolution of personality disorder diagnosis in the Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Clinical Psychology Review* 1998; 18:585-599.

Corruble E, Duret C, Pelissolo A, et al.: Early and delayed personality changes associated with depression recovery? A one-year follow up study. *Psychiatry Research* 2002;109:17-25.

Craig JR: Overview and current status of the Millon Clinical multiaxial inventory. *Journal of Personality Assessment* 1999;72:390-406.

Černocký K: *Psychologický slovník*. Druhé, přepracované vydání. J. Těšík/J.Drever, Hranice, 1947.

De la Rie S, Duijsens IJ, Cloninger CR: Temperament, character, and personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 1998;12:362-372.

Davis RD, Millon T: Essentials of his science, theory classification, assessment, and therapy. *Journal of Personality Assessment* 1999; 72:330-352.

Dorr D: Approaching psychotherapy of the personality disorders from the Millon perspective. *Journal of Personality Assessment* 1999;72:407-425.

Dufek M. a kol.: *Soudní psychiatrie pro právníky a lékaře*. Orbis, Praha, 1976.

Duman RS: Introduction: Theories of depression – from monoamines to neuroplasticity. In Olié JP, Costa e Silva JA, Macher JP. (Eds.) *Neuroplasticity*. London, Science Press, 2004.

Ekelund, J, Lichtermann D, Järvelin M, Peptonem L: Association between novelty seeking and the type 4 dopamine receptor gene in a large Finnish cohort sample. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:1453-1455.

Endler NS, Kocovski NL: Personality disorders at the crossroads. *Journal of Personality Disorders* 2002;16:487-502.

Eysenck HJ, Eysenck SGB: *Eysenckovy osobnostní dotazníky pro dospělé*. Příručka. Psychodiagnostika Bratislava, 1993.

Goldman RG, Skodol AE, McGrath PJ, Oldham, JM: Relationship between the tridimensional personality questionnaire and DSM-III-R personality traits. *American Journal of Psychiatry* 1994;151:274-276.

Gunderson JG, Shea MT, Skodol AE et al.: The collaborative longitudinal personality disorders study: Development, aims, design and sample characteristics. *Journal of Personality Disorders* 2000;14:300-315.

Hais K, Hodek B: *Velký anglicko-český slovník*. Academia, Praha, 1991.

Hansenne M, Reggers J, Pinto E et al.: Temperament and character inventory (TCI) and depression. *Journal of Psychiatric Research* 1999; 33:31-36.

Hárdi I: *Dynamický test kresby lidské postavy*. Psychoprof, Nové zámky, 1992.

Hirano S, Sato T, Narita T. et al.: Evaluating the state dependency of the Temperament and character inventory dimensions in the patients with major depression: a methodological contribution. *Journal of Affective Disorders* 2002; 69:31-38.

Houbová P, Praško J, Preiss M: Vyhýbavá porucha osobnosti – diagnostika a kognitivně-behaviorální terapie. *Psychiatrie pro praxi* 2004a; 4:179-185.

Houbová P, Praško J, Preiss M: Závislá porucha osobnosti – diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi* 2004b; 2:55-59.

Hřebíčková M: Jazyk a osobnost. Vydavatelství Masarykovy univerzity a Psychologický ústav AV ČR, Brno, 1997.

Hřebíčková M: Obecné dimenze popisu osobnosti: Big five v češtině. *Československá psychologie* 1999; 43: 1-12.

Choca JP: Evolution of Millon's personality prototypes. *Journal of Personality Assessment* 1999; 72: 353-364.

IPDE. Mezinárodní strukturovaný rozhovor. *Psychodiagnostika*, v tisku.

Jackson HJ, Burgess PM: Personality disorders in the community: A report from the Australian national survey of mental health and wellbeing. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology* 2000; 35:531-538.

Joffe RT, Bagby M, Lewitt A: The tridimensional personality questionnaire in major depression. *American Journal of Psychiatry* 1993; 150:959-960.

Johnson SM: Character styles. WW Norton and Company, New York, 1994.

Kendler KS, Gatz M, Gardner CHO et al.: Personality and major depression. *Archives of General Psychiatry* 2006; 63: 1113-1120.

Knobloch F, Knoblochová J: Soudní psychiatrie pro právníky a lékaře. 2. přepracované vydání. Orbis, Praha, 1965.

Knobloch F: Integrovaná psychoterapie a pražská filozofie vědy. Psychiatrie 2001; 5:232-238.

Kolářský A., Brichtcín S, Hollý M: Význam teorie v logice sexodiagnostiky. Psychiatrie 2001; 5:242-247.

Koukolík F, Drtinová J: Vzpoura deprivantů. Makropulos, Praha, 1996.

Koukolík F, Drtilová J: Zlo na každý den. Život s deprivanty I. Galén, Praha, 2001.

Kožený J, Kubička L, Procházková Z: Psychometric properties of the Czech version of Cloninger's three-dimensional personality questionnaire. Personality and Individual Differences 1989; 10:1253-1259.

Kožený J, Tišanská L: Formální vlastnosti dotazníku TCI testované na datech adolescentů. Československá psychologie 1998; 38:75-83.

Kratochvíl S: Základy psychoterapie. Portál, Praha, 1997

Kučerová H, Příkryl R, Češková H, Kašpárek T, Špaček J, Perna M: Vlastní zkušenosti s vyšetřováním kognitivních funkcí u depresivní poruchy (Část 2.). Česká a slovenská psychiatrie 2003; 99: 442 – 445.

Lenzenweger MF: Stability and change in personality disorder features. Archives of General Psychiatry 1999; 56:1009-1015.

Lezak MD: Neuropsychological assessment. Oxford University Press, New York, 1995.

Livesley WJ: Major theories of personality disorder. Archives of General Psychiatry 1997; 54: 967-968.

Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A: The international personality disorder examination. *Archives of General Psychiatry* 1994; 51:215-224.

Loranger AW, Lenzenweger MF, Gartner AF, et al.: Trait-state artifacts and the diagnosis of personality disorders. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48:720-728.

Loranger AW: IPDE. International personality disorder examination. Psychological Assessment Resources, Odessa, 1999.

Mann JJ, Kupfer DJ: *Biology of Depressive Disorders. Part B: Subtypes of depression and comorbid disorders.* Plenum Press, New York, 1993.

Marijnisses G, Tuinier S, Sibjen AES, Verhoeven WMA: The temperament and character inventory in major depression. *Journal of Affective disorders* 2002; 70: 219-223.

Mečř J: *Základy obecné a speciální psychiatrie.* SPN Praha, 1987.

Mezinárodní klasifikace nemocí. 9. revize. Praha, Avicenum, 1978.

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování.* Psychiatrické centrum Praha, 1992.

Miller LS, Faustman WO, Moses JA Jr, et al.: Evaluating cognitive impairment in depression with the Luria-Nebraska neuropsychological battery: Severity correlates and comparisons with nonpsychiatric controls. *Psychiatry Research* 1991; 37:219-227.

Millon T, Davis RD: *Disorders of Personality. DSM-IV and beyond.* Second edition. Wiley-Interscience Publication, New York, 1996.

Millon T: MCMI-III. Millon clinical multiaxial inventory-III. Second edition. NCS, Minneapolis, 1997.

Millon T: Reflections on psychosynergy: a model for integrating science, theory, classification, assessment, and therapy. *Journal of Personality Disorders* 1999; 72: 437-456.

Mombour W, Bronisch T: The modern assessment of personality. Part one: definition and typology of personality disorders. *Psychopatology* 1999;3 1:274-280.

Montgomery S, Asberg M: A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry* 1979; 134:382-9.

Mulder RG, Joyce PR, Cloninger CR: Temperament and early environment influence comorbidity and personality disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry* 1994; 35: 225-233.

Mulder RG, Joyce P: Temperament and the structure of personality disorder symptoms. *Psychological Medicine* 1997; 27:99-106.

Mulder RT, Joyce PR, Sullivan PF, Bulik CM, Carter FA: The relationship among the three model of personality psychopathology:DSM-III-R personality disorder, TCI scores and DSQ defences. *Psychological Medicine* 1999; 29:943-951.

Mulder RT: Personality pathology and treatment outcome in major depression: A review. *American Journal of Psychiatry* 2002; 59:359-371.

Norton K: Health of the nation: Personality disorders. *British Medical Journal* 1992; 34:255-256.

Nováková S: Diagnostika poruch osobnosti. Diplomová práce, FF UK, Praha, 2003.

Nováková S: Srovnání rozhovoru a dotazníku při diagnostice poruch osobnosti. Rigorózní práce, FF UK, Praha, 2004.

Perry Ch, Banon E, Floriana I: Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal of Psychotherapy* 1999; 156:1312-1321.

Preiss M: Cloningerova teorie temperamentu a charakteru a klinická praxe. *Psychiatrie* 2000; 4: 43-45.

Preiss M, Klose J, Španiel F: Temperament a charakter podle C.R.Cloningera u psychiatrických pacientů a obecné populace. *Psychiatrie* 2000; 4:251-254.

Preiss M: Diagnostika poruch osobnosti pomocí teorie C.R.Cloningera. *Psychiatrie* 2001; 5: 226-231.

Preiss M, Rodriguez M, Houbová P: Vliv akutního stavu na diagnostiku poruch osobnosti. *Psychiatrie* 2003; 7:18-21.

Preiss M, Nováková S, Bareš M, Klose J, Krámská L: Diagnostika poruch osobnosti – využití strukturovaného rozhovoru IPDE. *Česká a slovenská Psychiatrie* 2004; 100:158-162.

Preiss M, Rothanzlová S, Krámská L: Mezinárodní strukturovaný rozhovor pro poruchy osobnosti. *Psychodiagnostika Brno*, 2006, v tisku.

Preiss M, Klose J: Diagnostika poruch osobnosti pomocí teorie C. R. Cloningera. *Psychiatrie*, 2001; 5: 226-231.

Prosnick KP, Evans WJ, Farris JR: Development and psychometric properties of scores from the short index of self-directedness. *Measurement and evaluation in counselling and development* 2003; 36:76-82

Příkryl R, Kučerová H, Kašpárek T, Češková E, Špaček J, Perna M: Kognitivní deficit a depresivní porucha (Část 1.). *Česká a slovenská psychiatrie* 2003; 99:430 - 432.

Ravnskilde B, Videbech P, Clemmensen K, Egander A, Rasmussen NA, Rosenberg R: Cognitive deficits in depression. *Scandinavian Journal of Psychology* 2002; 43: 239-251.

Reich J: Personality change after treatment. *American Journal of Psychiatry* 2002;159-156.

Richardson PM, Ruff RM: Motivational effects of neuropsychological functioning: comparison of depressed versus nondepressed individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 3: 396-402.

Richter J, Eiseman M, Richter G: Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. *European Archives of Clinical Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2000; 250:40-47.

Richter J, Eisemann M: Self-directedness as a cognitive feature in depressive patients. *Personality and Individual Differences* 2002; 32:1327-1337.

Roy-Byrne PP, Weingarten H, Bierer LM, et al.: Effortful and automatic cognitive processes in depression. *Archives of General Psychiatry* 1986; 43:265-267.

Rush AJ, Weissenburg J, Vinson DB, et al.: Neuropsychological dysfunctions in unipolar nonpsychotic major depressions. *Journal of Affective Disorders* 1983; 5:281-287.

Sato T, Narita T, Hirano S: Factor validity of the Temperament and Character Inventory in patients with major depression. *Comprehensive Psychiatry* 2001; 42: 337-341.

Reischies FM, Neu P: Comorbidity of mild cognitive disorder and depression a neuropsychological analysis. *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2000; 250: 186-193.

Říčan P, Šebek M, Ženatý J, Morávek S: Úvod do Rorschachovy metody. Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava, 1981.

Simová M, Preiss M, Bareš M, Kopeček M, Ježková T, Stopková P, Klose J: Změny osobnostních rysů v průběhu psychiatrické hospitalizace. Pilotní studie s Cloningerovým dotazníkem temperamentu a charakteru (TCI). *Psychiatrie* 2004; 8:286-292.

Sheline YI, Gado MH, Price JL: Amygdala core nuclei volumes are decreased in recurrent major depression. *Neuroreport* 1998; 9:2023-2028.

Schneider K: Psychopathic personalities. Cassell, London, 1958.

Smolík P: Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf, Praha 1996.

Strack S: Millon's normal personality styles and dimensions. *Journal of Personality Assessment* 1999; 72:426-436.

Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR: Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 1993; 50:991-999.

Svrakic DM, Draganic S, Hill K, et al.: Temperament, character, and personality disorders: Etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 106:189-195.

Tancer ME, Brown TM, Evans DL, et al.: Impaired effortful and automatic cognitive processes in depression. *Psychiatry Research* 1990; 31:161-168.

Tyrer P: New approaches to the diagnosis of psychopathy and personality disorder. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2004; 97:371-374.

Val ER, Gaviria F, Flaherty JA: Affective disorders. *Psychopathology and Treatment. Year Book Medical Publishers, Chicago – London* 1982.

Veiel HO: A preliminary profile of neuropsychological deficits associated with major depression. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 1997; 19:587-603.

Vondráček V: *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. Avicenum, Praha, 1968.

Výrost J, Kovaničová M: Možnosti využitia interakčnej paradigma při diagnostike porúch osobnosti. *Konference Sociální procesy a osobnost, Brno, 2000*.

Výrost J, Kovaničová M: Souvislosti taxonomie porúch osobnosti a modelu črt interpersonálního správania: Interakčný pohľad. *Rukopis, 2001*.

Weissman MM: The epidemiology of personality disorders: A 1990 update. *Journal of Personality Disorders (Suppl.1)*, 1993; 44-62.

Weiland-Fiedler P, Ericsson K, Waldeck T, et al.: Evidence for continuing neuropsychological impairments in depression. *Journal of Affective Disorders* 2004; 82:253-258.

Westen D: Divergencies between clinical and research methods for assessing personality disorders: Implications for research and the evolution of axis II. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154: 895-903.

Westen D, Shendler J: Revising and assessing axis II, part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry* 1999a; 156: 258-272.

Westen D, Shendler J: Revising and assessing axis II, part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 1999b; 156:273-285.

Wetzler S: The Millon clinical multiaxial inventory (MCMI): A review. *Journal of Personality Assessment* 1990; 55:445-464.

Widiger TA: Millon's dimensional polarities. *Journal of Personality Assessment* 1999; 72: 365-389.

Widiger TA: Four out of five ain't bad. *Archives of General Psychiatry* 1998; 55:865-866.

Wilson EO: *O lidské přirozenosti*. Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 1993.

Wolfe J, Granholm E, Butters N: Verbal memory deficits associated with major affective disorders: A comparison of unipolar and bipolar patients. *Journal of Affective Disorders* 1987; 13:83-92.

Young LT, Bagby RM, Cooke RG: A comparison of tridimensional personality questionnaire dimensions in bipolar disorder and unipolar depression. *Psychiatry Research* 1995; 58:139-143.

Zobel A, Barkow K, Schulze-Rauschenbach S, et al.: Sign neuroticism and depressive temperament are associated with dysfunctional regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical system in healthy volunteers. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 109:329-399.

8 Příloha 1 - Rozhovor IPDE

Mezinárodní strukturovaný rozhovor pro poruchy osobnosti (IPDE)

Rozhovor IPDE pro MKN-10

Tyto otázky jsou výběrové v případě, že examinator odpověď již zná:

- Kolik je Vám let?
 - Jste ženatý/vdaná?
- Pokud ne: Byl(a) jste někdy ženatý/vdaná?
- Máte děti?
- Pokud ano: kolik je jim let?
- Žijí vaši rodiče?
- Pokud ano: kolik je jim let?
- Pokud ne: kdy zemřeli?
- Máte sourozence
- Pokud ano: kolik je jim let?
- S kým žijete?
 - Jaké máte vzdělání?
 - Kolik Vám bylo, když jste ukončil vzdělání?
 - Jaké máte zaměstnání?
 - Měl(a) jste ještě nějaké jiné zaměstnání?
- Pokud ano: jaké?
- Řekněte mi stručně proč jste tady?
 - Musel(a) jste někdy vyhledat pomoc pro osobní problémy nebo pro psychické potíže (během celého života)
 - Pokud ano: povězte mi o tom.

Budu Vám dávat otázky, které se týkají většiny Vašeho života. Zajímám se o to, co je pro Vás celý život typické, nejen pro současnost. Pokud jste se změnil/a a některé odpovědi platí jen pro část Vašeho života, určitě mi řekněte.

Práce

Pokud pacient zřídka nebo nikdy nepracoval a není v domácnosti, student nebo aktuálně studující, zakroužkujte NA u položky 1 a pokračujte u položky 2.

- **Rád bych začal s Vaší prací (školou). Jak dobře si vedete v práci (ve škole)?**
- **Jaké nepříjemnosti nebo problémy máte v práci (ve škole)?**

1.	Pacient	Informant	Kritérium
	0 1 2 ? NA	0 1 2	Nadměrná svědomitost, skrupulantství, nevhodné zabývání se produktivností na úkor radosti a interpersonálních vztahů Anankastická: 5

- **Strávíte práci tak mnoho času, že už Vám nezbývá na nic jiného?**

Pokud ano: Řekněte mi o tom

- **Strávíte práci tak mnoho času, že (také) zanedbáváte druhé lidi?**

Pokud ano: Řekněte mi o tom

Examinátor by si měl dát pozor na obrany racionalizací. Fakt, že je práce pro pacienta příjemná, by neměl skórování ovlivnit. Není požadavkem, aby měl v současné době práci rád, ačkoliv to tak většinou je. Osobní ambice, vysoké ekonomické aspirace nebo neefektivní využití času jsou nevíтанé výjimky. Výjimkou je také ekonomická nezbytnost, ale pouze pokud je doplněna přílehlavým vysvětlením. Uznány by měly být krátkodobé neobvyklé příležitosti (např. lékaři s malou možností ovlivnění pracovního časového rozvrhu). Vyhýbání se mezilidským vztahům nebo aktivitám ve volném čase jsou jinou než pracovní záležitostí a nejsou obsahem tohoto kritéria.

Skórování	Popis
2	Nepřiměřené ponoření se do práce, které obvykle zabraňuje jak volnočasovým aktivitám tak mezilidským vztahům.
1	Nepřiměřené ponoření se do práce, které příležitostně zabraňuje jak volnočasovým aktivitám tak mezilidským vztahům Nebo Nepřiměřené ponoření se do práce, které obvykle zabraňuje volnočasovým aktivitám nebo mezilidským vztahům, ale ne obojímu
0	Popření, nebo zřídka nebo nikdy nevede k vyloučení volnočasových aktivit nebo mezilidským vztahům.

2.	Pacient	Informant	Kritérium
	0 1 2 ?	0 1 2	Perfekcionismus, který je na úkor splnění úkolu Anankastická: 3

- **Jste puntičkářský více, než skoro všichni lidé, které znáte?**

Pokud ano: hodně Vás to zpomaluje nebo neumožňuje udělat věci včas?

Pokud ano: řekněte mi o tom

Mnoho pacientů se jako perfekcionisti vidí, ale nemají rys v také míře nebo rozsahu, který by významně narušoval fungování. Je důležité verifikovat vliv na splnění úkolů nebo produktivitu.

Skórování	Popis
2	Perfekcionismus často narušuje splnění pracovních úkolů nebo produktivitu.
1	Perfekcionismus občas narušuje splnění pracovních úkolů nebo produktivitu.
0	Popření, nebo zřídka nebo nikdy nevede k narušení splnění pracovních úkolů nebo produktivity

3.	Pacient	Informant	Kritérium
	0 1 2 ?	0 1 2	Nadměrné zabývání se detaily, pravidly, seznamy, pořádkem, organizací nebo plánem Anankastická: 2

- **Rozčilujete se zbytečně kvůli detailům?**

Pokud ano: trávíte nad nimi více času, než by to potřebovalo?

Pokud ano: překáží Vám to, abyste udělal práci, kterou byste udělat měl?

Pokud ano: řekněte mi o tom

- **Strávíte tak mnoho času plánováním nebo organizováním věcí, že už nemáte čas udělat věci, které byste měl udělat?**

Pokud ano: řekněte mi o tom

Pacient se tak zabývá postupem nebo detaily při uskutečňování úkolu nebo zjistíme, že postup nebo detaily jsou téměř cílem činnosti, zabírající mnohem více času a úsilí než je to potřebné, a tím narušují dokončení činnosti nebo významně prodlužují čas potřebný ke splnění úkolu. Pacient nemusí splnit všechny charakteristiky zahrnuté v kritériu.

Skórování	Popis
2	Přesvědčující doklad podpořený příklady, že chování často narušuje rozumná očekávání nebo produktivitu.
1	Přesvědčující doklad podpořený příklady, že chování příležitostně narušuje rozumná očekávání nebo produktivitu.
0	Popření, zřídka nebo jsou následky nevýznamné

4.	Pacient	Informant	Kritérium
	0 1 2 ? NA	0 1 2	Vyhýbání se sociálním a pracovním činnostem, které zahrnují významný mezilidský styk, a to ze strachu před kritikou, nesouhlasem nebo odmítnutím Anxiózní (vyhýbavá): 6 (parciální)

- **Vyhýbáte se obvykle práci nebo věcem, které musíte udělat v práci (škole), a které na Vás požadují kontakt s jinými lidmi?**

Pokud ano: řekněte mi nějaký příklad

Proč si myslíte, že to děláte?

Toto kritérium nemůže být doslovně aplikováno na osoby v domácnosti a obvykle by se mělo skórovat NA. "Významný mezilidský kontakt" v tomto kontextu znamená, že pacienti by si přáli být zahrnuti do konverzace s druhými. Neznamena to jen pouhou fyzickou přítomnost ostatních v jedné budově nebo v místě práce. Důvodem k vyhýbání musí být strach z kritiky, odmítnutí, nebo zavržení.

Skórování	Popis
2	Téměř vždy se vyhýbá práci nebo pracovním úkolům, které zahrnují důležité mezilidské kontakty. Pacientovy důvody jsou jeden nebo více z těchto: strach z kritiky, odmítnutí, nebo zavržení.
1	Často se vyhýbá práci nebo pracovním úkolům, které zahrnují důležité mezilidské kontakty. Pacientovy důvody jsou jeden nebo více z těchto: strach z kritiky, odmítnutí, nebo zavržení. Nebo Téměř vždy se vyhýbá práci nebo pracovním úkolům které zahrnují důležité mezilidské kontakty. Pacient souhlasí s jedním nebo více ze tří důvodů, ale trvá na tom, že jeden nebo více ze tří důvodů nejsou primární.
0	Popření, zřídka, nepodpořeno příklady nebo je vyhýbání zapříčiněno jinými důvody.

Self

- Nyní se Vás zeptám na některé věci o tom, jaký jste.

Jak byste popsal svoji povahu?

- **Byl jste vždycky takový jako nyní?**

Pokud ne: kdy jste se změnil? jaký jste předtím byl?

5.	Pacient	Informant	Kritérium
	0 1 2 ?	0 1 2	Narušené představy a nejistota o sobě samém Emočně nestabilní, hraniční typ: 6 (parciální)

- **Myslíte si, že jeden z Vašich problémů je, že si nejste jistý, co jste vlastně zač?**

Pokud ano: jak to ovlivňuje Váš život?

- **Máte dojem, že nevíte, co od sebe můžete očekávat?**

Pokud ano: jste tak různý s různými lidmi nebo v různých situacích, že se nechováte jako ta samá osoba?

Pokud ano: řekněte mi nějaký příklad

Pokud ne: řekli Vám jiní lidé že se takhle chováte?

Pokud ano: proč si myslíte, že to řekli?

Nestabilní self-image nebo vědomí Já se může projevovat různě, ale jakýkoliv způsob, pokud je výrazný a trvalý, je dostatečný ke skórování 1 nebo 2. Pacienti mohou být nejistí ohledně toho, jaká osoba jsou, protože jejich chování je tak odlišné v různé době nebo s různými lidmi, že nevědí co od sebe mohou očekávat. Jejich chování může být nekonzistentní, nevyzpytatelné nebo protikladné. Mohou se chovat jako chameleoni nebo mohou přebírat identitu osobnosti osoby, se kterou momentálně jsou. Není nezbytné, aby to pacient vnímal jako zdroj problémů nebo distresu. Výrazně odlišné chování nebo názory vztahující se k samostatným epizodám nemoci nejsou součástí tohoto kritéria. Změny v self-image nebo nevyzpytatelné chování ukazující nestálé vnímání sebe, se skórovat mohou, pokud se vyskytují v souvislosti s chronickou úzkostí nebo depresí.

Skórování	Popis
2	Zřejmá a dobře dokumentovaná stálá nejistota ve vnímání sebe (viz výše)
1	Pravděpodobná ale méně dokumentovaná stálá nejistota ve vnímání sebe (viz výše)
0	Chybí, nejasné nebo nepřesvědčivě popsané na příkladech

6.	Pacient	Informant	Kritérium
	0 1 2 ?	0 1 2	Narušené představy a nejistota o cílech Emočně nestabilní, hraniční typ: 6 (parciální)

- **Čeho byste rád dosáhnul během svého života ?**

- **Mění se o tom Vaše představy často?**

Pokud ano: řekněte mi o tom

Neptejte se lidí v domácnosti, adolescentů, studentů a těch, kteří nikdy nebo téměř nikdy nepracovali.

- **Často přemýšlíte nad tím, zda jste si vybral správnou práci nebo kariéru?**

Pokud ano: jak Vás to ovlivňuje?

Ptejte se pouze osob v domácnosti.

- **Často přemýšlíte nad tím, jestli byla správná volba zůstat v domácnosti?**

Pokud ano: jak Vás to ovlivňuje?

Ptejte se jenom adolescentů, studentů, a osob, které nikdy nebo téměř nikdy nepracovaly.

- **Představujete si, jakou práci nebo kariéru byste rád měl(a)?**

Pokud ne: jak Vás to ovlivňuje?

Požadavky na tento aspekt narušení identity mohou být naplněny jednou z několika možností. Pacienti mohou referovat, že se nemohou rozhodnout ohledně dlouhodobých cílů nebo možnosti kariéry, a že to má zřejmý vliv na způsob jejich života. Mohou popřít, že jsou si nejistí ohledně svých cílů, ale **může to být zřejmé z jejich chování**, které je charakterizováno stálou nevyzpytatelností nebo měnícím se zájmem nebo výběrem výrazně odlišnou životní dráhou nebo dlouhodobými cíly. Osoby nad 30 let nebo starší, které se nepustily na určitou životní dráhu (pokud mají tu možnost si jednu zvolit) nebo trvají na to, že nemají představu jaké jsou jejich dlouhodobé cíle, bychom měly skórovat jako 2. Nejistota jak o dlouhodobých cílech nebo výběru kariéry není podmínkou. Kritérium musí být skórováno opatrně u adolescentů a skór 2 se jim obvykle nedává.

Skórování	Popis
2	Zřejmá a dobře dokumentovaná stálá nejistota ohledně dlouhodobých cílů nebo výběru kariéry
1	Pravděpodobná, ale méně dobře dokumentovaná stálá nejistota ohledně dlouhodobých cílů nebo výběru kariéry
0	Chybí, nejasné nebo nepodepřené přesvědčivými příklady

9 Příloha 2 - Skórovací příručka IPDE pro MKN-10

Jméno

Datum.....

Seznam poruch osobnosti

MKN-10 Poruchy osobnosti	Počet splněných kritérií	Dimenzio nální skór	Jistota posouzení ¹⁵	D I A G N Ó Z A		
				Jistá	Pravděpodobná	Negativní
Paranoidní (F 60.0)			V S N			
Schizoidní (F 60.1)			V S N			
Dissociální (F 60.2)			V S N			
Emočně nestabilní, impulzivní typ (F 60.30)			V S N			
Emočně nestabilní hraniční typ (F 60.31)			V S N			
Histrionská (F 60.4)			V S N			
Anankastická (F 60.5)			V S N			
Anxiózní (vyhýbavá) (F 60.6)			V S N			
Závislá (F 60.7)			V S N			
Porucha osobnosti nespecifikovaná (F 60.9)		----- ----- -	V S N			

¹⁵ Označuje jistotu posouzení examínátorem (V=vysoká, S=střední, N=nížká), Odráží celkovou atmosféru vyšetření, upřímnost a aktivitu vyšetřovaného, kvalitu příkladů, které ke svému chování v minulosti a současnosti přináší.

Profil poruch osobnosti

Dimenzionální skóry								
Paranoidní	Schizoidní	Dissociální	Emočně nestabilní, impulzivní typ	Emočně nestabilní, hraniční typ	Histriónská	Anankastická	Anxiózní (Vyhýbavá)	Závislá
14	18	12	10	20	12	16	12	12
13	17	11	9	19	11	15	11	11
12	16	10	8	18	10	14	10	10
11	15	9	7	17	9	13	9	9
10	14	8	6	16	8	12	8	8
9	13	7	5	15	7	11	7	7
8	12	6	4	14	6	10	6	6
7	11	5	3	13	5	9	5	5
6	10	4	2	12	4	8	4	4
5	9	3	1	11	3	7	3	3
4	8	2	0	10	2	6	2	2
3	7	1		9	1	5	1	1
2	6	0		8	0	4	0	0
1	5			7		3		
0	4			6		2		
	3			5		1		
	2			4		0		
	1			3				
	0			2				
				1				
				0				

Paranoidní porucha osobnosti (F 60.0)

kritéria MKN-10	položka IPDE	Věk na počátku	
		< 25 let	> 25 let
1. Nadměrná citlivost k odstrkování a odbytí	38		
2. Tendence k trvalé zášti, tj. odmítání odpustit urážky, uraženou ješitnost, bezpráví a zlehčování	*34		
3. Podezřívavost a sklon překrucovat a chybně interpretovat neutrální nebo přátelské akce druhých jako nepřátelské nebo pohrdavé	35		
4. Bojovný a úporný smysl pro osobní práva, bez ohledu na bezprostřední situaci	31		
5. Opakované neoprávněné podezřívání pokud jde o sexuální věrnost manželského nebo jiného sexuálního partnera	*55		
6. Sklon k zdůrazňování důležitosti vlastní osoby, projevující se trvalým vztahováním všeho ke svému já	36		
7. Zabývání se nepodloženým, "konspiračním" vysvětlováním událostí kolem sebe nebo ve světě vůbec	57		

Hvězdička (*) označuje položky, které mohou být skórovány jako 1 nebo 2 pokud chování nebo rys byl přítomen během posledních pěti let, ale **nebyl** přítomen v posledním roce.

Diagnóza	Negativní	Počet naplněných kritérií		
	Pravděpodobná		Dimenzionální skór	
		Jistá	Počet kritérií na základě blízké informující osoby	

1. Převed'te hodnoty ze Záznamového archu do tabulky podle postupu uvedeného na konci této příručky. Skóry, získané od blízké informující osoby, dejte do závorek (např.[2]).
2. Spočítejte počet skórů v závorkách [] a zapište číslo do kolonky „Počet kritérií na základě blízké informující osoby“.
3. Pokud není skór 1 nebo 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, zapište 0 do kolonek „Počet naplněných kritérií“ a „Dimenzionální skór“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Schizoidní poruchy osobnosti.
4. Sečtete skóry v kolonkách „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a zapište hodnotu do kolonky „Dimenzionální skór“.
5. Pokud není skór 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, napište 0 do „Počet naplněných kritérií“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Schizoidní poruchy osobnosti.

6. Spočítejte počet skóru 2 ve sloupcích „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a napište jej do kolonky „Počet naplněných kritérií“.
7. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ menší než 3, zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Schizoidní poruchy osobnosti.
8. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ větší nebo roven 4, zaškrtněte „Jistá“ u **Diagnózy**. Přeskočte další bod a pokračujte u Schizoidní poruchy osobnosti.
9. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ rovno 3, zaškrtněte „Pravděpodobná“ a pokračujte skórováním u Schizoidní poruchy osobnosti.

Schizoidní porucha osobnosti (F 60.1)

		Věk na počátku	
kritéria MKN-10	položka IPDE	< 25 let	> 25 let
1. Málo činností, pokud vůbec nějaká, skýtá potěšení	42		
2. Emoční chlad, odstup nebo oploštělá afektivita	67		
3. Omezená schopnost vyjadřovat vřelé, něžné city vůči jiným lidem 39= 44=	39, 44	a,b	
4. Zjevná lhostejnost ke chvále a kritice	37		
5. Malý zájem o sexuální zážitky s jinou osobou (když se vezme v úvahu věk)	53		
6. Téměř neměnná přednost samotářským činnostem	22		
7. Nadměrné zaměrnávání se fantazií a introspekci	18		
8. Nedostatek blízkých přátel nebo důvěrných vztahů (nebo jenom jeden) a nedostatek touhy po takových vztazích	19		
9. Výrazná necitlivost pro převládající společenské normy a konvence	66		

Diagnóza	Negativní	Počet naplněných kritérií	
	Pravděpodobná	Dimenzionální skór	
	Jistá	Počet kritérií na základě blízké informující osoby	

- a) Pokud položky IPDE 39+44=3 nebo 4, skórujte kritérium 3 jako 2
 Pokud položky IPDE 39+44=2, skórujte kritérium 3 jako 1

Pokud položky IPDE 39+44=1 nebo 0, skórujte kritérium 3 jako 0

b) Pokud kombinujeme části kritéria 3 (jako je položka 39 a 44), je možné, aby se jedna z položek vyskytovala před 25. rokem a přitom dát skór kritéria do sloupce „Věk na počátku < 25 let“.

1. Převed'te hodnoty ze Záznamového archu do tabulky podle postupu uvedeného na konci této příručky. Skóry, získané od blízké informující osoby, dejte do závorek (např.[2]).
2. Spočítejte počet skórů v závorkách [] a zapište číslo do kolonky „Počet kritérií na základě blízké informující osoby“.
3. Pokud není skór 1 nebo 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, zapište 0 do kolonek „Počet naplněných kritérií“ a „Dimenzionální skór“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Dissociální poruchy osobnosti.
4. Sečtete skóry v kolonkách „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a zapište hodnotu do kolonky „Dimenzionální skór“.
5. Pokud není skór 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, napište 0 do „Počet naplněných kritérií“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Dissociální poruchy osobnosti.
6. Spočítejte počet skórů 2 ve sloupcích „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a napište jej do kolonky „Počet naplněných kritérií“.
7. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ menší než 3, zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Dissociální poruchy osobnosti.
8. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ větší nebo roven 4, zaškrtněte „Jistá“ u **Diagnózy**. Přeskočte další bod a pokračujte u Dissociální poruchy osobnosti.
9. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ roven 3, zaškrtněte „Pravděpodobná“ a pokračujte skórováním u Dissociální poruchy osobnosti.

Dissociální porucha osobnosti (F 60.2)

kritéria MKN-10	položka IPDE	Věk na počátku	
		< 25 let	> 25 let
1. Nelítostný nezáměr o city druhých	29		
2. Neotřesitelný a trvalý postoj nezodpovědnosti a bezohlednosti vůči společenským normám, pravidlům a závazkům	*61		
3. Neschopnost udržet trvalé vztahy, při schopnosti vztahy bez nesnází vytvářet	20		
4. Velmi nízká tolerance k frustraci; nízký práh pro uvolnění agrese, včetně násilí	*15, *60	a,b	
5. Neschopnost zakoušet vinu; neschopnost poučit se ze zkušenosti, zvláště z trestu	62,64	b,c	
6. Výrazné tendence ke svádění viny na jiné nebo poskytování plauzibilních racionalizací pro chování, které jedince přivádí do konfliktu se společností	63		

a) Pokud položky IPDE 15+60=4, skórujte kritérium 4 jako 2
 Pokud položky IPDE 15+60=2 nebo 3, skórujte kritérium 4 jako 1
 Pokud položky IPDE 15+60=0 nebo 1, skórujte kritérium 4 jako 0

b) Pokud položky IPDE 62+64=4, skórujte kritérium 5 jako 2
 Pokud položky IPDE 62+64=2 nebo 3, skórujte kritérium 5 jako 1
 Pokud položky IPDE 62+64=0 nebo 1, skórujte kritérium 5 jako 0

c) Pokud kombinujeme části kritéria 4 nebo 5 (jako je položka 15 a 60 nebo 62 a 64), je možné, aby se jedna z položek vyskytovala před 25. rokem a přitom dát skór kritéria do sloupce „Věk na počátku < 25 let“.

Diagnóza	Negativní	Počet naplněných kritérií	
	Pravděpodobná	Dimenzionální skór	
		Počet kritérií na základě blízké informující osoby	
Jistá			

1. Převed'te hodnoty ze Záznamového archu do tabulky podle postupu uvedeného na konci této příručky. Skóry, získané od blízké informující osoby, dejte do závorek (např.[2]).
2. Spočítejte počet skórů v závorkách [] a zapište číslo do kolonky „Počet kritérií na základě blízké informující osoby“.
3. Pokud není skór 1 nebo 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, zapište 0 do kolonek „Počet naplněných kritérií“ a „Dimenzionální skór“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Emočně nestabilní poruchy osobnosti, impulzivní typ.
4. Sečtete skóry v kolonkách „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a zapište hodnotu do kolonky „Dimenzionální skór“.
5. Pokud není skór 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, napište 0 do „Počet naplněných kritérií“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Emočně nestabilní poruchy osobnosti, impulzivní typ.
6. Spočítejte počet skórů 2 ve sloupcích „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a napište jej do kolonky „Počet naplněných kritérií“.
7. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ menší než 2, zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Emočně nestabilní poruchy osobnosti, impulzivní typ.
8. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ větší nebo roven 3, zaškrtněte „Jistá“ u **Diagnózy**. Přeskočte další bod a pokračujte u Emočně nestabilní poruchy osobnosti, impulzivní typ.
9. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ rovno 2, zaškrtněte „Pravděpodobná“ a pokračujte se skórováním u Emočně nestabilní poruchy osobnosti, impulzivní typ.

Emočně nestabilní porucha osobnosti, impulzivní typ (F 60.30)

kritéria MKN-10	položka IPDE	Věk na počátku	
		< 25 let	> 25 let
1. Výrazná tendence jednat impulzivně a bez uvážení následků	58		
2. Výrazná tendence k hádavosti a ke konfliktům s druhými, zvláště když jiní impulzivní jednání kritizují nebo se proti němu staví	30		
3. Výrazná tendence jednat zlostně nebo násilně bez uvážení následků	43		
4. Nesnáze vydržet s činnostmi, která nenabízí okamžitou odměnu	11		
5. Afektivní nestálost	50		

Diagnóza	Negativní	Počet naplněných kritérií		
	Pravděpodobná		Dimenzionální skór	
		Jistá	Počet kritérií na základě blízké informující osoby	

- Převeďte hodnoty ze Záznamového archu do tabulky podle postupu uvedeného na konci této příručky. Skóry, získané od blízké informující osoby, dejte do závorek (např.[2]).
- Spočítejte počet skórů v závorkách [] a запиšte číslo do kolonky „Počet kritérií na základě blízké informující osoby“.
- Pokud není skór 1 nebo 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, запиšte 0 do kolonek „Počet naplněných kritérií“ a „Dimenzionální skór“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Emočně nestabilní poruchy osobnosti, hraniční typ.
- Sečtěte skóry v kolonkách „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a запиšte hodnotu do kolonky „Dimenzionální skór“.
- Pokud není skór 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, napište 0 do „Počet naplněných kritérií“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Emočně nestabilní poruchy osobnosti, hraniční typ.
- Spočítejte počet skórů 2 ve sloupcích „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a napište jej do kolonky „Počet naplněných kritérií“.
- Pokud položka 30 není skórována 2, zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**.
- Pokud je „Počet naplněných kritérií“ menší než 2, zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Emočně nestabilní poruchy osobnosti, impulzivní typ.
- Pokud je „Počet naplněných kritérií“ větší nebo rovno 3, zaškrtněte „Jistá“ u **Diagnózy**. Přeskočte další bod a pokračujte u Emočně nestabilní poruchy osobnosti, hraniční typ.
- Pokud je „Počet naplněných kritérií“ rovno 2, zaškrtněte „Pravděpodobná“ a pokračujte skórováním u Emočně nestabilní poruchy osobnosti, hraniční typ.

Emočně nestabilní porucha osobnosti, hraniční typ (F 60.31)

kritéria MKN-10	položka IPDE	Věk na počátku	
		< 25 let	> 25 let
1. Výrazná tendence jednat impulzivně a bez uvážení následků	58		
2. Výrazná tendence k hádavosti a ke konfliktům s druhými, zvláště když jiní impulzivní jednání kritizují nebo se proti němu staví	30		
3. Výrazná tendence jednat zlostině nebo násilně bez uvážení následků	43		
4. Nesnáze vydržet s činnostmi, která nenabízí okamžitou odměnu	11		
5. Afektivní nestálost	50		
6. Zřejmá a dobře dokumentovaná stálá nejistota o sobě samém...atd.	5,6,7,25,56	a,b	
7. Náchylnost k angažovanosti v intenzivních a nestálých interpersonálních vztazích	*26		
8. Excesivní pokusy vyhnout se opuštěnosti	48		
9. Opakované hrozby nebo jednání vedoucí k sebepoškození	*59		
10. Chronické pocity prázdnoty	45		

Hvězdička (*) označuje položky, které mohou být skórovány jako 1 nebo 2 pokud chování nebo rys byl přítomen během posledních pěti let, ale **nebyl** přítomen v poslední roce

Diagnóza	Negativní	Počet naplněných kritérií		
	Pravděpodobná		Dimenzionální skór	
		Jistá	Počet kritérií na základě blízké informující osoby	

a) Pokud dvě nebo více z položek 5,6,7,25 a 56 skórují 2, skórujte kritérium 6 jako 2
 Pokud jedna nebo více z položek 5,6,7,25 a 56 skórují 2, skórujte kritérium 6 jako 1
 Pokud žádná z položek 5,6,7,25 a 56 nemá skór 2 a suma těchto položek je 3 nebo více, skórujte kritérium 6 jako 1
 Pokud žádná z položek 5,6,7,25 a 56 nemá skór 2 a suma těchto položek je 2 nebo méně, skórujte kritérium 6 jako 0

b) Pokud kombinujeme části kritéria 6 (5,6,7,25 a 56), je pouze nezbytné, aby se aspoň jedna z položek vyskytovala před 25 rokem a přitom dát skór kritéria do sloupce „Věk na počátku < 25 let“.

1. Převed'te hodnoty ze Záznamového archu do tabulky podle postupu uvedeného na konci této příručky. Skóry, získané od blízké informující osoby, dejte do závorek (např.[2]).
2. Spočítejte počet skóre v závorkách [] a запиšte číslo do kolonky „Počet kritérií na základě blízké informující osoby“.
3. Pokud není skóre 1 nebo 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, запиšte 0 do kolonek „Počet naplněných kritérií“ a „Dimenzionální skóre“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Histriónské poruchy osobnosti.
4. Sečtete skóre v kolonkách „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a запиšte hodnotu do kolonky „Dimenzionální skóre“.
5. Pokud není skóre 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, napište 0 do „Počet naplněných kritérií“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Histriónské poruchy osobnosti.
6. Spočítejte počet skóre 2 ve sloupcích „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a napište jej do kolonky „Počet naplněných kritérií“.
7. Pokud je „Počet naplněných kritérií od 1 do 5“ menší než 2 a „Počet naplněných kritérií od 6 do 10“ menší než 2, zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Histriónské poruchy osobnosti.
8. Pokud je „Počet naplněných kritérií od 1 do 5“ větší nebo roven 3 a „Počet naplněných kritérií od 6 do 10“ větší nebo roven 2, zaškrtněte „Jistá“ u **Diagnózy**. Přeskočte další bod a pokračujte u Histriónské poruchy osobnosti.
9. Pokud je „Počet naplněných kritérií od 1 do 5“ a „Počet naplněných kritérií od 6 do 10“ rovno 2, zaškrtněte „Pravděpodobná“ a pokračujte skórováním u Histriónské poruchy osobnosti.

Histriónská porucha osobnosti (F 60.4)

		Věk na počátku	
kritéria MKN-10	položka IPDE	< 25 let	> 25 let
1. Sebedramatizace, teatrálnost, přehnaný projev emocí	40		
2. Sugestibilita snadno ovlivnitelná jinými lidmi nebo okolnostmi	12		
3. Mělká a labilní emotivita	49		
4. Trvalé vyhledávání činností, při kterých je pacient středem pozornosti a kontinuální vyhledávání vzrušení	16,41	a,b	
5. Nepatřičná svůdnost ve zjevu nebo chování	54		
6. Nadměrné soustředění na fyzickou přitažlivost	17		

a) Pokud je u položky 16+41=4, skórujte kritérium 4 jako 2
 Pokud je u položky 16+41=2 nebo 3, skórujte kritérium 4 jako 1
 Pokud je u položky 16+41=0 nebo 1, skórujte kritérium 4 jako 0

b) Pokud kombinujeme části kritéria 4 (položky 16 nebo 41), je pouze nezbytné, aby se aspoň jedna z položek vyskytovala před 25 rokem a přitom dát skóre kritéria do sloupce „Věk na počátku < 25 let“.

Diagnóza	Negativní	Počet naplněných kritérií	
	Pravděpodobná	Dimenzionální skór	
	Jistá	Počet kritérií na základě blízké informující osoby	

1. Převed'te hodnoty ze Záznamového archu do tabulky podle postupu uvedeného na konci této příručky. Skóry, získané od blízké informující osoby, dejte do závorek (např.[2]).
2. Spočítejte počet skórů v závorkách [] a zapište číslo do kolonky „Počet kritérií na základě blízké informující osoby“.
3. Pokud není skór 1 nebo 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, zapište 0 do kolonek „Počet naplněných kritérií“ a „Dimenzionální skór“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Anankastické poruchy osobnosti.
4. Sečtete skóry v kolonkách „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a zapište hodnotu do kolonky „Dimenzionální skór“.
5. Pokud není skór 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, napište 0 do „Počet naplněných kritérií“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Anankastické poruchy osobnosti.
6. Spočítejte počet skórů 2 ve sloupcích „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a napište jej do kolonky „Počet naplněných kritérií“.
7. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ menší než 3, zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Anankastické poruchy osobnosti.
8. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ větší nebo roven 4, zaškrtněte „Jistá“ u **Diagnózy**. Přeskočte další bod a pokračujte u Anankastické poruchy osobnosti.
9. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ rovno 3, zaškrtněte „Pravděpodobná“ a pokračujte skórováním u Anankastické poruchy osobnosti.

Anankastická porucha osobnosti (F 60.4)

kritéria MKN-10	položka IPDE	Věk na počátku	
		< 25 let	> 25 let
1. Pocity nadměrných obav a opatrnosti	9		
2. Nadměrné zabývání se detaily, pravidly, seznamy, pořádkem, organizací nebo plánem	3		
3. Perfekcionismus, který je na úkor splnění úkolu	2		
4. Nadměrná svědomitost a skrupulanství	14		
5. Nadměrná svědomitost, skrupulantství, nevhodné zabývání se produktivností na úkor radosti a interpersonálních vztahů	1		
6. Puntičkářství a sociální konvenčnost	65		
7. Rigidita a paličatost	28		
8. Nerozumné vyžadování, aby se jiní	27		

podřizovali pacientovu způsobu práce nebo nerozumným odporem vůči způsobu práce druhých			
---	--	--	--

Diagnóza	Negativní	Počet naplněných kritérií	
	Pravděpodobná	Dimenzionální skór	
	Jistá	Počet kritérií na základě blízké informující osoby	

10. Převed'te hodnoty ze Záznamového archu do tabulky podle postupu uvedeného na konci této příručky. Skóry, získané od blízké informující osoby, dejte do závorek (např.[2]).
11. Spočítejte počet skórů v závorkách [] a zapište číslo do kolonky „Počet kritérií na základě blízké informující osoby“.
12. Pokud není skór 1 nebo 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, zapište 0 do kolonek „Počet naplněných kritérií“ a „Dimenzionální skór“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Anxiózní (vyhýbavé) poruchy osobnosti.
13. Sečtěte skóry v kolonkách „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a zapište hodnotu do kolonky „Dimenzionální skór“.
14. Pokud není skór 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, napište 0 do „Počet naplněných kritérií“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Anxiózní (vyhýbavé) poruchy osobnosti.
15. Spočítejte počet skórů 2 ve sloupcích „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a napište jej do kolonky „Počet naplněných kritérií“.
16. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ menší než 3, zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Anxiózní (vyhýbavé) poruchy osobnosti.
17. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ větší nebo roven 4, zaškrtněte „Jistá“ u **Diagnózy**. Přeskočte další bod a pokračujte u Anxiózní (vyhýbavé) poruchy osobnosti.
18. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ rovno 3, zaškrtněte „Pravděpodobná“ a pokračujte skórováním u Anxiózní (vyhýbavé) poruchy osobnosti.

Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti (F 60.6)

kritéria MKN-10	položka IPDE	Věk na počátku	
		< 25 let	> 25 let
1. Trvalé a pronikavé pocity napětí a obav	52		
2. Přesvědčení o vlastní sociální nešikovnosti, nedostatku osobní přitažlivosti nebo inferioritě vzhledem k druhým.	13		
3. Nadměrné zabývání se tím, že bude kritizován nebo odmítnut v sociálních situacích	24		

4. Nechuť stýkat se s lidmi, pokud není jisté, že bude oblíben	23		
5. Omezení v životním stylu kvůli potřebě fyzické jistoty	51		
6. Vyhýbání se sociálním a pracovním činnostem, které zahrnují významný mezilidský styk, a to ze strachu před kritikou, nesouhlasem nebo odmítnutím	4, 21	a,b	

Diagnóza	Negativní	Počet naplněných kritérií	
	Pravděpodobná	Dimenzionální skór	
		Počet kritérií na základě blízké informující osoby	
Jistá			

a) Pokud je u položky 4+21=4, skórujte kritérium 6 jako 2
 Pokud je u položky 4+21=2 nebo 3, skórujte kritérium 6 jako 1
 Pokud je u položky 4+21=0 nebo 1, skórujte kritérium 6 jako 0

b) Pokud kombinujeme části kritéria 6 (položky 4 nebo 21), je pouze nezbytné, aby se aspoň jedna z položek vyskytovala před 25 rokem a přitom dát skór kritéria do sloupce „Věk na počátku < 25 let“.

1. Převed'te hodnoty ze Záznamového archu do tabulky podle postupu uvedeného na konci této příručky. Skóry, získané od blízké informující osoby, dejte do závorek (např.[2]).
2. Spočítejte počet skórů v závorkách [] a zapište číslo do kolonky „Počet kritérií na základě blízké informující osoby“.
3. Pokud není skór 1 nebo 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, zapište 0 do kolonek „Počet naplněných kritérií“ a „Dimenzionální skór“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Závislé poruchy osobnosti.
4. Sečtěte skóry v kolonkách „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a zapište hodnotu do kolonky „Dimenzionální skór“.
5. Pokud není skór 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, napište 0 do „Počet naplněných kritérií“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Závislé poruchy osobnosti.
6. Spočítejte počet skórů 2 ve sloupcích „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a napište jej do kolonky „Počet naplněných kritérií“.
7. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ menší než 3 zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u Závislé poruchy osobnosti.
8. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ větší nebo roven 4 zaškrtněte „Jistá“ u **Diagnózy**. Přeskočte další bod a pokračujte u Závislé poruchy osobnosti.
9. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ rovno 3, zaškrtněte „Pravděpodobná“ a pokračujte skórováním u Závislé poruchy osobnosti.

Závislá porucha osobnosti (F 60.7)

kritéria MKN-10	položka IPDE	Věk na počátku	
		< 25 let	> 25 let
1. Povzbuzování jiných lidí nebo dovolování jim, aby za něho přebírali odpovědnost za důležitá životní rozhodnutí	*10		
2. Podřizování vlastních potřeb jiným osobám, na nichž je závislý a přílišným vyhovováním jejich přání	33		
3. Neochota vznášet byť rozumné požadavky na lidi, na nichž je závislý	32		
4. Pocity, že není ve své kůži, když je sám, následkem přehnaných obav, že není schopen starat se sám o sebe	46		
5. Stálé obavy, že bude opuštěn osobou, ke které má těsný vztah a že se bude muset starat sám o sebe	47		
6. Narušené představy a nejistota o cílech	8		

Hvězdička (*) označuje položky, které mohou být skórovány jako 1 nebo 2 pokud chování nebo rys byl přítomen během posledních pěti let, ale **nebyl** přítomen v posledním roce.

Diagnóza	Negativní	Počet naplněných kritérií	
	Pravděpodobná	Dimenzionální skór	
	Jistá	Počet kritérií na základě blízké informující osoby	

- Převed'te hodnoty ze Záznamového archu do tabulky podle postupu uvedeného na konci této příručky. Skóry, získané od blízké informující osoby, dejte do závorek (např.[2]).
- Spočítejte počet skórů v závorkách [] a zapište číslo do kolonky „Počet kritérií na základě blízké informující osoby“.
- Pokud není skór 1 nebo 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, zapište 0 do kolonek „Počet naplněných kritérií“ a „Dimenzionální skór“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u poruchy osobnosti nespecifikované.
- Sečtete skóry v kolonkách „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a zapište hodnotu do kolonky „Dimenzionální skór“.
- Pokud není skór 2 ve sloupci „Věk na počátku < 25 let“, napište 0 do „Počet naplněných kritérií“ a zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u poruchy osobnosti nespecifikované.
- Spočítejte počet skórů 2 ve sloupcích „Věk na počátku < 25 let“ a „Věk na počátku > 25 let“ a napište jej do kolonky „Počet naplněných kritérií“.
- Pokud je „Počet naplněných kritérií“ menší než 3 zaškrtněte „Negativní“ u **Diagnózy**. Přeskočte další body a pokračujte u poruchy osobnosti nespecifikované.

8. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ větší nebo roven 4 zaškrtněte „Jistá“ u **Diagnózy**. Přeskočte další bod a pokračujte u poruchy osobnosti nespecifikované.
9. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ rovno 3, zaškrtněte „Pravděpodobná“ a pokračujte skórováním u poruchy osobnosti nespecifikované.

Nespecifikovaná porucha osobnosti (F 60.9)

Diagnóza	Negativní	Počet naplněných kritérií	
	Pravděpodobná	Počet kritérií na základě blízké informující osoby	
	Jistá		

1. Pokud je „Jistá“ diagnóza u jakékoliv specifické poruchy osobnosti, zaškrtněte „Negativní“ u „Diagnózy“.
2. Sečtete „Počet kritérií na základě blízké informující osoby“ pro každou specifickou poruchu osobnosti (**vyjma Emočně nestabilní, impulzivní typ**) a napište číslo do kolonky „Počet kritérií na základě blízké informující osoby“.
3. Sečtete „Počet naplněných kritérií“ pro každou specifickou poruchu osobnosti (**vyjma Emočně nestabilní, impulzivní typ**) a napište číslo do kolonky „Počet naplněných kritérií“.
4. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ menší než 9, zaškrtněte „Negativní“ u Diagnózy. Přeskočte následující kroky.
5. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ větší nebo roven 10, zaškrtněte „Jistá“ u Diagnózy. Přeskočte následující krok.
6. Pokud je „Počet naplněných kritérií“ je rovno 9, zaškrtněte „Pravděpodobná“ u Diagnózy.

Postup při převodu skóru

1. Postupujte krok po kroku podle pořadí položek ve skórovací tabulce této příručky, ne podle pořadí položek v Záznamovém archu.
2. Pokud je skór založený na výpovědi blízké informující osoby, vždy přepište tento skór spíše než skór získaný od pacienta. **Při přepisu skóru od blízké informující osoby do skórovací tabulky v této příručce označte tento skór do hranatých závorek (např.[2]).**
3. Přepište všechny poznámky o poruchách osobnosti v minulosti (např. X a X) jako skór 0 bez ohledu na aktuální skór v Záznamovém archu.
4. Zapište **zakroužkované skóry** 0, ?, NA, 1 a 2 do prvního sloupce (tj. < 25 let) každé skórovací tabulky. Zapište podtržené skóry 1 a 2 do druhého sloupce (tj. ≥ 25 let) každé skórovací tabulky. Zapište skóry X a X do příslušného sloupce podle Věku výskytu.