

PORUCHY OSOBNOSTI

Výčet typů, který tvoří základ současného pojetí struktur a poruch osobnosti, poprvé zformuloval koncem 40.let 20.st. Schultz-Hencke. Identifikoval čtyři typy osobností podle klasifikace z tzv. „velké“ psychiatrie – je to os. hysterická, depresivní, schizoidní a obsedantní. To, co je klinickým projevem v rámci psychiatrických onemocnění, se může u člověka objevit v různých reakcích (hysterická, depresivní reakce apod). Lze rozlišit: **1.reakci 2.chorobu 3.osobnostní rys.**

Klasifikace **poruch osobnosti** nahrazuje v novějších klasifikačních systémech (DSM IV., MKN 10) skupinu poněkud vágně a nejasně formulovaných „**psychopatií**“. Ani poruchy osobnosti nejsou ale přesně vymezenou jednotkou – není jasné, co porucha osobnosti je a co není, jednotné nejsou ani názory na původ poruch. U některých poruch se spekuluje o vlivu *dědičnosti* (např. impulsivita jako vlastnost má pravděpodobně silnou genetickou komponentu), možný je i vliv *učení specifickým vzorcům chování*, může dojít i ke *změně osobnosti* v důsledku *úrazu* či jiného organického poškození, v důsledku prožitého *traumatu* (extrémní zátěže, katastrofické události...) nebo *po proběhlé duševní chorobě* (v těchto případech je ale postižení osobnosti *sekundární jev*, není samo příčinou všech potíží). Poruchy osobnosti jsou s největší pravděpodobností podmíněny různými vlivy současně, tzn. *multifaktoriálně*.

Pracovně si můžeme poruchu osobnosti definovat jako *nadměrné zvýraznění či naopak nevyjádření až absenci některých osobnostních rysů*; všímáme si, do jaké míry taková osobnostní konstelace ovlivňuje např. *formu zpracování prožitků, interpretaci světa, emoce – druh, labilitu/stabilitu, sociální vztahy i vztah k sobě samému...* Obecnými **kritérii pro poruchu osobnosti** jsou:

- 1) průkazná trvalá vnitřní **struktura osobnosti**, která se navenek projevuje dlouhodobým, ustáleným, trvalým chováním, které se **vymyká od normy** přijatelného prožívání a chování v *dané societě*.
- 2) specifická kritéria:
- 3) modifikovaný či dysfunkční způsob **poznávání a interpretace informací**
- 4) přiměřenost nebo nepřiměřenost **emočního vznětu** či obecně odpovědi na emociogenní podněty
- 5) schopnost nebo neschopnost ovládat **impulsy**, které vedou k uspokojování potřeb
- 6) způsoby zvládnání **mezilidských vztahů**
- 7) nepřizpůsobivé, maladaptivní, **dysfunkční chování v sociálních situacích** obecně
- 8) což všechno je **problémem pro osobu samu i pro okolí a**
- 9) forma tohoto chování je **přetrvávající, dlouhotrvající**

Je nutné odlišit, kdy je urč. chování projevem somatického onemocnění, duševního onemocnění a přihlídnout i k normám society, k níž osoba náleží a které uznává. Je též vhodné uvědomit si, že *nejde o chorobu, ale o přetrvávající uzpůsobení osobnosti*.

Významným přínosem pro klasifikaci poruch osobnosti byly i vývojové teorie, vycházející z psychoanalýzy. Klasický **Freudův koncept vývojových stadií podle transformace libida** přiřazuje každému stadiu určitý typ osobnostní problematiky – typické nové možnosti, traumata i obranné mechanismy; **fixací** v daném stadiu (vzniká obvykle vlivem neuspokojení či nadměrného, neadekvátního uspokojení příslušných potřeb v některém období) pak vzniká i příslušná charakterová struktura (orální, anální, falický charakter); novější přístupy využívají více či méně odlišná východiska a docházejí k podrobnějšímu rozpracování základních osobnostních struktur, princip je však velmi podobný (místy prakticky totožný).

stadium	zdroj slasti	problematika	obranné mechanismy	charakterové rysy
orální (1.rok)	ústa	pasivní přijímání, aktivní braní, symbióza, závislost	popření, projekce, introjekce	sklon k optimismu nebo pesimismu, lehká nebo podezřavost, obdivu nebo závisti
anální (2.-3.rok)	anální oblast	retence/expulze, tlak „společnosti“ k hygieně, zvyklostem, hromadění, dávání	izolace, reaktivní výtvor, anulace, racionalizace	lakomství vs. velkorysost, tvrdohlavost vs. podrobnost, pořádnost (vs. nepoř.), svědomitost
falické (3.-5.rok)	pohlavní ústrojí	oidipický (Elektřin) komplex; sexualizace vztahů k okolí, mocenská problematika, úzkost	vytěsnění	ješitnost vs. sebezavrhování, pýcha vs. pokora, odvaha vs. bážlivost
latence (6 let – dospívání)	odvrácení činností od zaměření na sebe k zaměření na okolí			

genitální	prožitok slasti ve vztahu	empatie, altruismus	sublimace	rozvinutí přiměřené pudovým i společenským nárokům
-----------	---------------------------	---------------------	-----------	--

Současná klasifikace poruch osobnosti byla přímo ovlivněna některými novějšími analyticky orientovanými autory, především tzv. **egopsychologickou školou** (M. Mahlerová, R. Spitz) a teorií **objektních vztahů** (M. Kleinová, W. Bion); za velmi blízké lze považovat též téma **attachementu** (Bowlby, Ainsworthová). Tyto školy se však přímo nezabývají poruchami osobnosti, ale **OSOBNOSTNÍ STRUKTUROU** či **ORGANIZACÍ**, přičemž za a priori patologickou, poruchovou os. organizaci se považuje pouze **hraniční (borderline) struktura** a **narcistní os. struktura**, u kterých je do jisté míry nedovyvinuté centrum osobnosti a řeší se velmi zásadní otázky; u ostatních struktur závisí jejich „poruchovost“ na míře vyjádření dané problematiky (viz obecná kritéria poruchy osobnosti). Explicitně však současná klasifikace poruch s těmito koncepcemi nepočítá.

Ústředním pojmem novějších psychodynamických koncepcí je „**SELF**“ – jakési prožitkové centrum osobnosti, které zajišťuje **3 základní funkce: hodnocení a testování reality** (to bývá u osobnostních poruch obvykle zachováno), **vnitřní reprezentaci „self“** (sebehodnocení, sebeúcta, tělové schéma, ideály, ambice...) a **obraz vnějšího světa**. Tyto školy vycházejí z vývojového modelu self – dítě při narození ještě vlastní „self“ nemá, má symbiotický vztah k matce, self se vyděluje mezi 2.-6. měsícem. M. Mahlerová popisuje **fáze dalšího raného vývoje „self“**

1) **diferenciační f.:** dítě si uvědomuje vlastní kinestetické (pohybové, polohové) pocity, vlastní taktilní pocity ve vztahu k matce – rané self

2) v 7.-9. měsíci se stále více opírá o vizuální zkušenost, dochází k neostrému oddělování od matky a prvním známkám sebereflexe

3) **lokomoční (praktikující) fáze:** se schopností vlastního pohybu vzniká pocit „já můžu, já umím“, objevování prostoru, opouštění matky, počátky separace a individuace; self je značně slabé a závislé, dominuje potřeba obdivu, empatické akceptace rodičem – přirozeně narcistická fáze

4) +/- 15. měsíců: **f. znovupřiblížovací:** změna velikášského pocitu, zjištění, že se samo bez silného self matky neobejde – jeden z prvních vnitřních konfliktů, omnipotence je vrácena matce (realističtější vnímání rolí), dítě si pak tvoří vlastní self kolem vnímaného self omnipotentní matky, proto si např. neuvědomuje pocity vlastních nedostatků (obrana před kritikou projekcí – „ty jsi zlá!“). Jemné frustrace uspokojování potřeby zrcadlení způsobují pocit, že i uznání a láska se musí zasloužit, nepřicházejí automaticky, rozvíjí se schopnost realističtější formulace cílů a ambicí i tolerance k negativním zážitkům, ve vnímání fúze, integrace ideálního (+) i reálného (-) pólu; tato fáze končí kolem 3. roku, kdy je dítě se schopné psychicky separovat;

- v případě příliš velké anebo žádné **frustrace** v tomto období zůstává self slabé, jedinec má pak tendenci stále hledat „matku“, která zastupuje silné self („self-objekty“ – osoby, které se stávají objekty opakování zkušenosti absence rozdílu mezi „já“ a „nejá“). Mezi možné **příčiny** patří **a) nedostatek stimulace** ze strany rodičů (depresivní, narcističtí, prázdni nudní apatičtí, veškerá pozornost na dalšího sourozence...); **b) přestimulovanost** (narcist. či obsedant. rodič nutí plnit přání, dítě se pak snaží vyhýbat situacím, kdy je středem pozornosti, není povoleno moc pokusů o separaci; desynchronizace separace a individualizace, často je dítě nuceno jakoby přeskočit několik vývojových fází, nedovolují se slabosti – chybí tolerance vůči selhání, neúspěchu; **c) hyperprotektivní rodič** znemožňuje pokusy o samostatnost.

Důsledkem narušení vývinu self může být **hraniční osobnost (borderline)** nebo **narcistická osobnost**

Borderline (hraniční struktura/porucha) – nachází se na hranici mezi normou, neurózou a psychózou;

Podle Kernberga (psychoanalytická psychologie; objektní vztahy / 1975) má hraniční porucha původ v 6.-8. měsíci věku dítěte - narušený proces separace, individuace. Proto tyto lidé navazují závislé vztahy, touží v nich po exkluzivitě a tyto vztahy jsou vulnerabilní. Superego je nedostatečně vyvinuté a závislé na vnějším ujištění, ocenění a potrestání. Hraniční osobnosti jsou neschopné neutralizace (koncepte H. Hartmana), tj. investování pudové energie do ega, které pak nemůže plnit svoji integrující funkci.

Stoupenci kognitivismu (Linehadová, 1993), resp. teorie soc. učení (Millon, 1969) vidí HPO jako důsledek dysfunkčních kognitivních schémat, přičemž tato schémata se vyvinula v raném dětství.

- vyznačuje se značnou **nestabilitou, nespolehlivostí a nevypočitatelností**, též častým výskytem období krizí – **extrémně křehký typ**

- v době krize typický **zlostný nebo depresivní afekt**, často i destrukce věcí, vyhrožování, velmi časté jsou **sebevražedné pokusy** jakoby „za účelem přežití“, které lze chápat jako volání o pomoc, ale **současně je třeba brát je jako zcela vážně míněné**

- typická je **impulsivita** - mezi její projevy patří alkoholické nebo drogové excesy, sexuální promiskuita (nezřídka s oběma pohlavími – nejasná sexuální identita), kompulsivní žravost (často bulimici či anorektici), suicidální

tendence, ataky úzkosti, ztráta kontroly nad hněvem, bezohledné řízení, excesivní utrácení peněz...; pod tlakem stresu se může vyskytnout vztahovačnost

- často bývali diagnostikováni jako schizofrenici či depresivní, protože se nejčastěji v péči objevují právě v období krizí; skutečně se mohou objevit až *přechodné psychotické epizody*

- i v období klidu je patrný pocit *absence identity*, pocitu vlastního Já, vlastních cílů, nuda, *vnitřní prázdnota*, chybění pocitu autenticity

- díky potížím se stabilitou a identitou často i *potíže s životní kariérou* – „lidé, kteří selhávají“; z podobných příčin i tendence k dogmatismu (příčemž jsou schopni ideologie dosti plynule střídat); velmi často ale (zvláště při vysoké inteligenci a dobré kompenzaci) bývají i vysoce postavení, profesně úspěšní

- přestože vztahy se vyznačují značnou nestabilitou, typická je *kompulsivní sociabilita* (nesnášejí samotu); snad souvisí s *anihilační úzkostí* (když matka opustí velmi malé dítě, dítě zemře), ve stresu hrozná děsa, nicméně jiné závažné věci je mohou nechávat zcela klidnými

- ve vztahu k druhým prezentují vždy jeden aspekt, ostře oddělují + a – aspekty sebe sama i osob, s kterými se setkávají; ve skupině se odlišně prezentují i jeví jednotlivým členům

- mezi typické obranné mech. patří právě **štěpení** (splitting) a **projektivní identifikace**, při silném tlaku až *psychotické obrany* (derealizace, depersonalizace, paranoidní myšlení...), může se vyskytovat i tendence k *somatizaci* (i ve vztahu k drogové a sexuální problematice lze říci, že „žijí tělem“; štěpení bývá „horizontální“ – na dobré a špatné (u narcistní poruchy bývá „verikální“ – inflace vs. posity insuficience)

- podobně se dá říci, že nevnímají kontinuitu, „žijí okamžikem“; o svých problémech však dovedou hovořit dosti zasvěceně, na rozdíl od neurotiků totiž neuvívají obranný mech. vytěsnění

- od partnera často očekávají, že bude „ideální matkou“ a vycítí a dodá, co potřebují (zatímco např. neurotici mají dojem, že ideální musí být oni sami), dokonce si často stěžují, když takový není; časté je partnerství mezi borderline strukturou a normálním, zakomplexovaným, pečujícím člověkem – k tomu mívají oba afinitu; přesto nemusí být spokojenost – borderline patrně spokojen nebude, bude vyčítat, neurotik bude intrapunitivní a bude se čím dále tím více (zbytečně) snažit

- nezdědka podléhají afektům, nejsou schopni integrovat klady a zápory sebe, druhých ani situace – chabí jim „kontejnment“, instance i proces, který umožňuje „metabolizovat“ emoční reakce

- borderline strukturovaný člověk může být i dosti atraktivní svou originalitou a schopností zaujmout – „falešné self“ se vytváří jako náhražka za chybějící self, která umožňuje vyžít ve světě a komunikovat, zdánlivě se přizpůsobit; historie faleš. self je taková, že plošně neempatická matka měla dítě pouze vedle sebe, aniž docházelo k nějaké kooperaci; dítě se pro přežití přizpůsobovalo tomu, co od něj okolí očekávalo – nikoli pro dobré vycházení, ale pro přežití

- další potenciálně pozitivní charakteristikou je až hektická životní intenzita, mají „drive“

Podle Kernberga se pac. s HPO jeví normálně = je schopen povrchní adaptace a patologii lze rozpoznat až při hlubším zkoumání.

Kernbergova diferenciatně diagnostická tabulka:

neurotičtí pacienti:

v porovnání s hraničními osobnostmi a psychotiky“:

mají integrovanou identitu

používají zralejší obranné mechanismy (represe, intelektualizace apod.)

nemají problémy s testováním reality

hraniční pacienti a psychotici:

v porovnání s neurotiky mají špatně integrovanou identitu (difúze a fragmentace)

používají primitivní OM (štěpení, projektivní identifikace, popření apod.)

hraniční pacienti na rozdíl od psychotiků:

mají pevnou hranici mezi self a objekty

testování reality je reaktivně intaktní (=nedotčené, neporušené)

je zachována schopnost diferencovat self od non-self

dobře odlišují zevní podněty od intrapsychických

jsou schopni realisticky hodnotit vlastní afekty, chování a myšlenky v souladu s běžnými sociálními normami

primitivní OM jim umožňují aktivně se distancovat od intrapsychických konfliktů

psychotici:

jsou chráněni primitivními OM před další dezintegrací a před splynutím s objektem

oproti neurotikům a hraničním osobnostem mají poruchy testování reality

Podle některých názorů je HPO ve skutečnosti chronickou formou posttraumatické stresové poruchy; to se nepotvrdilo, ale anamnestickým údajům o traumatech v dětství, zneužívání, týrání a předčasně separaci (jesle) se věnuje pozornost, protože tyto skutečnosti můžou ukázat na možnost narušeného osobnostního vývoje.

(dle Z. Faldyna: Hraniční porucha osobnosti. Psychiatrické centrum, Praha 2000)

- borderline sice nedosáhne normální úrovně fungování, může se jí ale přibližovat; podmínkou je **přijetí** – u b. je typická *potřeba podporující zpětné vazby*, pak fungují nejlépe; je vhodné nechat sebou i do určité míry manipulovat (čas sezení, téma hovoru...). Je vhodné poskytovat vzor, „*materiál k introjekci*“ – schopnost naslouchat, tolerance k chybám, vyrovnané zvládání krizí... mohou být částečně odpozorovány. Je však třeba počítat i s častým odmítavým postojem (zvláště po určité době nekritického přijetí hraničním klientem)

- cílem naopak není (a často to není ani vhodné) poskytovat jakýkoli *vhled do vlastní problematiky*, jádro problému stejně leží v *předverbální zkušenosti*; vhodná není ani skupinová terapie, dá se ale *využít projektivních technik* (kreslení, dramatizace...)

MKN 10 diagnostikuje „**Emočně nestabilní poruchu osobnosti – F60.3**“ se dvěma subtypy –F60.30 **Impulsivní typ** (převlád. charakteristiky – plně vyjádřená emoč. nestálost a nedostatečná kontrola impulsivity, běžné jsou výbuchy násilí nebo jiné hrozivé chování, zvláště je-li jedinec ostatními kritizován, tendence jednat bez zvážení následeků a okmžitě, obtížné soustředění na dlouhodobější činnost – musí být rychle výsledek, kolísání nálad);

F60.31 **Hraniční typ** – přítomno několik charakteristik emoční nestálosti, navíc často nejasné nebo narušené představy o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, negativní postoj k sobě samému, obvykle chronické pocity prázdnoty, sebepoškozování nebo sebevražedné pokusy, tendence angažovat se v ambivalentních interpersonálních vztazích, kt. může být příčinou opakovaných emočních krizí.

Narcistická struktura

- symptomatika v mnohém podobná hraniční organizaci osobnosti, celkově ale může být struktura rozvinutější, „zdravější“;

definice dle DSM : 1) velikášský pocit vlastní *důležitosti a jedinečnosti* (vše, co udělá, považuje za obrovský výkon), víra ve vlastní zvláštnost („princeznovský syndrom“)

2) zaujetí fantaziemi vlastního *úspěchu, síly, krásy, brilantnosti*

3) vyžadování neustálé *pozornosti a obdivu* (chybí-li obdiv, tendence k depresím)

4) na kritiku nebo lhostejnost reagují buď povýšeneckou lhostejností, nebo hněvem, nebo depresí, pocity méněcennosti, studem... - velmi křehcí lidé

- může se vyskytnout i *narušení interpersonálních vztahů* - zvýšená náročnost na okolí, vykořisťující styl, chybí empatie; kolísání mezi extrémním idealizováním a nihilizací okolí

- společným rysem s antisociální poruchou je *bezohlednost* k potřebám a očekávání druhých; sami jsou však „specialisté“ na vyhledávání podpory a uznání – rozdílem od sociopatů je, že nevyhledávají primárně uspokojení vlastních potřeb, ale přeceňování – narcis je de facto „štvanec“ potřeby udržovat si dobrý sebeobraz

- *egocentrismus*: druhí slouží podpoře pompézního sebeobrazu; pohrdání druhými často hraničí s arogancí; výběrová interpretace chování druhých jako podpory vlastní osobnosti, vyloučení ostatních signálů – někdy hodnoceno jako obranná póza (jinak nastoupí deprese; může se vyskytnout i demonstrace suicidálních aktů) vnímání vztahů chybí celost – selbst je vnímáno na základě odezvy, naopak druhí lidé jsou „štěpení“ na ty „se mnou“ a ty „proti mně“

- při ohrožení značná *naléhavost*

- typické utíkání se do *denního snění*, někdy až do obrazu psychózy

- v mezilidských vztazích tendence vyhledávat „*zrcadlení*“, nikoli zpětnou vazbu

- v pozadí poruchy však nemusí být zvýšené sebevědomí či sebeláska, spíše potřeba *dosáhnout sebezpřijetí*, podmíněná maximálním uznáním výjimečnosti, výkonu, důležitosti

- typické je využívání mezilidských vztahů ve svůj prospěch, časté zavrhování lidí, kteří byli dříve oblíbení, ale znelíbili se (přestali posilovat vědomí grandiozity a výjimečnosti)

- mezi obvyklé obranné mechanismy patří **projekce** – obecně odpovědnost externalizují na druhé; v případě „neúspěchu“ časté *deprese*, často také *somatizují* či „*hypochondrizují*“

- narcistně strukturované osoby velmi často *úspěšné* (protože přímo pužené k úspěchu) – nemusí být vždy jen špatně; struktura rozšířená mezi umělci, vědci i politiky (často v kategorii „*známých osobností*“), častá v hierarchických organizacích, které dodávají strukturu (i pocit aspoň relativní nadřazenosti); terapii často vyhledávají, pokud o vnější strukturu přijdou

- faktory vzniku: rodiče dítě *idealizují*, staví ho nad ostatní, nebo ho *zraňují a ponižují*; to se pak učí chybnému sebehodnocení (za špatným sebehodnocením nestojí nedostatečnost intelektu, ale chybná kognitivní premisa vlastní *grandiozity* či její nutnosti – „pendlují“ mezi depresí a grandiozitou); Ledermann: chybí „humanizovaná“ zkušenost archetypu (především mateřského)

- v přístupu by neměly chybět podpůrné prvky, není dobré podporovat tendenci ke srovnávání se, soupeření, poměrně adekvátní je řešení otázky hodnot, popř. umožnění zkušenosti pozitivního zážitku, který se netýká přímo podpory vlastní osoby

příbuznou kategorií může představovat ANTISOCIÁLNÍ PORUCHA OSOBNOSTI:

- lhostejnost k pravidlům, závazkům, citový nezáměr o okolí, chladnost
- chování prakticky neovlivitelné zkušeností, trestem nebo odměnou
- nerespektují ostatní; malá tolerance k zátěži; agresivní explozivní tendence
- vytvářet vztahy umějí, schopnost vztahy udržet je nízká (tendence k manipulaci partnerem, agresivnímu chování)
- neschopnost zakoušet vinu, a priori předpoklad o vlastní nevině

specifická kritéria podle DSM IV: - neschopnost přizpůsobit se sociálním normám a zákonům

- zvýšená citlivost, aktivita, manifestující se agresivitou (časté rvačky, násilná trestná činnost)
- ztráta pocitu odpovědnosti za své činy
- neschopnost udržet závazek, neschopnost plánovat
- ve vztazích dominuje manipulace, lež, lstivost...
- neschopnost soucitu
- součástí poruchy není sadistická porucha nebo schizofrenie

- v populaci rozšířená porucha, častější u lidí s nižším vzděláním, častá u kriminální populace

- příčiny: snad i genet. predispozice (rodové záv., alkoholismus, disoc. poruchy v rodině; patrně ale větší podíl soc. složky „dědičnosti“); problematika matka/dítě: výrazná deprivace do 5-ti let věku, spouštěcí mechanismus – týrané dítě

- možnosti terapie: u výraznějších poruch prognóza nejednoznačná; apriorní nedůvěra, sklon podvádět, manipulovat pracovníkem, často i reagování otevřeným vzdorem; odpovídá prototypu vztahu k autoritě, vytvořeného v dětství; napomoci může postupné budování respektu, které může později snížit hostilitu; též je vhodné napomoci zjištění, že dodržování pravidel se bude vyplácet; lepší perspektiva v nižších věkových kategoriích, při preventivní práci v ohrožené populaci

SCHIZOIDNÍ STRUKTURA

- typické rysy: emoční *chladnost* či *izolovanost*, sklon k *samotářství*, labilita v jednání s lidmi, *nedůvěra* či *úzkost v soc. situacích, distancovanost*

- podle dynam. teorií vznik přibliž. v 1. - 2. roce života, ambivalentní vztah matky, nečekaná změna, ztráta...; od dětství tendence *vyhýbat se kontaktu* s druhými lidmi, v dospívání *vzrůstá*

- těžko snáší blízkost druhého – *strach ze ztráty vlastního „já“*, strach přizpůsobit se

- často mezerovité projektivní zkreslování reality – jednostranné vnímání reality

- *pohotovost k odvrácení se od objektu*, není takový strach ze ztráty objektu jako u depresivní struktury; zároveň *nelibě nesou izolaci*, potřebují kontakt (zde je jejich základní konflikt – jedna strana symbiotická, druhá nezúčastněná, vyhýbavá)

- sklony ke slepé důvěře či naopak nedůvěře, někdy lhostejnost- *zaráží zvláště v emočně vypjatějších situacích*

- často sklony k *originalitě*, nepřizpůsobivost normám a společenským konvencím

- *chybí jim cit pro odhad*, jak na ně budou reagovat druzí

- příležitostně dokážou velmi diferencovaně nehlédnout do druhých, ale distance a chlad jim brání, aby to nějak projeví; pak často konfrontace se zážitkem vlastní slabosti, nedostatečnosti

- dosti často však izolace od cizích i vlastních pocitů, neschopnost je popsat, ale spíše z důvodu vlastního nezájmu než skutečné neschopnosti

- strach z vlastních reakcí; obranné tendence – *racionalizace, intelektualizace, projekce, izolace*; permanentní tendence k vlastní izolaci, v nepříznivé situaci prohlubování obrazu schizoidní struktury

- zájem o *introspekci, fantazii*; jen málo činností přináší uspokojení, potěšení

- v partnerských vztazích působí *chladně*, větší přiblížení často ani ve vztahu matka – dítě; obtížné proniknutí k druhým lidem – často řešeno *projekcí*, pak možný vztah přes oboustrannou projekci; též tendence k maximálně, hermeticky *uzavřeným* vztahům; často fascinování depresivními či hysterickými osobnostmi (pro jejich otevřenost);

- **v terap. situaci:** brát ohled na *zranitelnost, labilitu, respektovat jejich distanci*

- dobré využití techniky, kt. odosobňují (v dobrém smyslu) kontakt – práce s otočenou židlí, zavázáním očí..., klást důraz na racionální zvládnání (prostřednictvím intelektu – poskytnutí informací o problematice...)
- není dobrá se zabývat příliš přímo osobou klienta, spíše problémem
- cílem terapie by mělo být získání náhledu, zkušenosti ve vztahu k okolnímu světu, že není tak nebezpečný (srov. *emoční korektivní zkušenost*)
- poměrně málo se vyskytuje jako „čistý typ“

DSM IV uvádí jako příbuznou kategorii **vyhýbavou poruchu osobnosti** (MKN 10 – **anxiózní, úzkostná porucha**)

- ta je charakterizována:

- a) trvalými a pronikavými pocity napětí a obav
- b) přesvědčením o vlastní sociální nešikovnosti, nedostatku osobní přitažlivosti nebo inferioritě vzhledem k jiným
- c) nadměrným zabýváním se tím, že čl. bude kritizován nebo odmítnut v sociálních situacích
- d) nechutí stýkat se s lidmi, pokud není jisté, že bude oblíben
- e) omezením životního stylu, zúžením životního prostoru kvůli potřebě jistoty
- f) vyhýbání se sociálním nebo pracovním činnostem, které zahrnují významný mezilidský styk, a to ze strachu před kritikou, nesouhlasem nebo odmítnutím

také zde se projevuje v kontaktu výrazná nejistota, neurotický stud; příčiny mohou být různé, v rodině buď přílišná ochrannost, izolování od okolí nebo brutalita, zneužívání...; prognóza do značné míry záleží na prostředí, ve kterém se pac. nachází, přístup obdobný jako u schizoidní osobnosti

DEPRESIVNÍ STRUKTURA

(příbuzné pojmy: depresivní porucha, pasivně agresivní p., závislá p.)

- základní charakteristiky: *úzkost z opuštění*, velká „*přílnavost*“ k druhým, *poddajnost*, *přízpusobivost*, snaha plnit očekávání, *sebekritičnost*, sklon k *pocitům viny*

- podle dynamicky orientovaných škol kořeny v *orálním období*, tzv. *self-objektová vazba* – snaží se až „sežrat“ druhé nebo být inkorporováni druhými (časté projevy – značná identifikovanost, hledání předmětu k obdivování, sklon k ochranitelství, hyperprotektivě...), neschopnost zvnitřnění ego-ideálu (internalizují jen „dobrou matku“, chybí tolerance k „nedobré matce“, nedobrym aspektům i sebe sama) – tím vzniká idealizovaný obraz druhých a sklon k fixaci na rodiče a později další významné osoby; rodiče často také depresivní struktury, chovají se ke svým dětem tak, jak by si přáli, aby se ostatní chovali k nim – *emočně věří, rozmazlující, ochrannější* - brání dětem v *experimentaci a osamostatňování*; *vyvolávají pocity viny*, dítě pak chápe své impulsy jako nemístné a nebezpečné (velmi úzká vazba), obrana ve *zřeknutí se svých impulsů a potřeb*, vzdání se vlastní individuality, izolace

- vyhýbají se všemu, co by mohlo vyvolat *odmítnutí* (často jednají tak opatrně, jakoby nejmenší opominutí mělo způsobit katastrofu), *strach ze ztráty objektu* nastupuje už při *představě*, že by mohli někoho ztratit, rozložit; sami „nesmějí“ projevovat hněv, jsou výrazně *intrapunitivní* či *autoagresivní*, *hypersebekritičtí*

- kumulované napětí se může promítnout těž v jiném *náhradním zaměření* či *vybití* – žravost apod., impulsivní činy, delikventní excesy...

- úzkost nevyvolávají jen vlastní agresivní nebo sexuální impulsy, *ale i pozorování* něčeho takového – např. je rozbolí hlava, omdlévají, silně se rozrušují při shlédnutí násilí apod. v kině či TV...

- je silná snaha *nesmýšlet o druhých negativně*, raději omlouvají chyby druhých, bývají hypertolerantní, velmi přízpusobiví, prožitá zklamání bagatelizují, přepisují situaci či sobě...

- vztahy mají *velmi blízko k symbióze*, což ale nemusí být dobře – někdy jsou až dusiví, svou pozorností až otravují a přání druhých plní (často ne skutečná, ale představovaná) tvrdohlavě až násilně

- typický konflikt nastává tím, že navzdory vši snaze nedochází k vysněné symbióze; pokoušejí se být to pro druhé, ale stává se, že *totéž očekávají od druhých*; ostatní se však mohou symbiotickému „pohlčení“ bránit, což zpravidla dále posiluje chování depresanta; agrese v něm narůstá, kumuluje se či projevuje nepřímo

- ve vztazích: snaží se *velmi rychle o vytvoření pevného vztahu*, pokud se partneři doplňují, nebývá problém, pokud ne, náhradním objektem „*depresivní lásky*“ se stávají děti

- *sklony k pocitům viny, pasivní agresi, fobii* – častá je agorafobie, sociální fobie (vyhýbání se situacím, „ze kterých se nedá utéct“), poměrně často konverzní poruchy, někdy sklony k *anorexii* (bojí se dospět)

(pozn.: agresivitu zde definujeme v širším smyslu jako každý sebeprosazující se akt, sebeuspokojující chování; druhý stupeň by byla asertivita, třetí násilnické chování)

- **projevy v terap. situaci**: často intenzivní přenos; terap. situaci větš. přijímají s pocitem bezpečí, ale odmítají na sobě pracovat

- **adekvátní přístup**: dobré povzbuzovat ve vlastních projevech a přáních, sklonech k osamostatnění, pomáhat integrovat agresivní tendence; dobré pracovat s projevy na neverbální úrovni

MKN 10:

- **pasivně agresivní osobnost** – specifická kritéria:

- neústupnost při plnění základních rutinních úkolů
 - stížnosti na nereálné požadavky, které na ně kladou ostatní
 - nálada často morózní, mrzutost, podrážděnost, pocit nechuti dělat něco pro ostatní
 - pohrdavý postoj k nadřízeným (pocit, že je v životě obětí druhých lidí)
 - pomalou nebo špatně provedenou práci ke které cítí nechuť
 - vyhýbá se plnění úkolů, říká, že zapomněl
- masochistické založení – navenek tendence se ponížít, uvnitř hostilita
- zde v léčbě apriori odpor, vhodné zvyšovat flexibilitu, pomoci snášet otevřeně negativní emoce bez pocitu viny; dát šanci přijmout zodpovědnost za vlastní problémy

- **závislá porucha osobnosti:**

- strach z *odmítnutí, pocity bezmoci a vlastní nedostačivosti*; strach z vlastního selhání...
- tendence *předávat zodpovědnost* za sebe druhým
- přebírají potřeby lidí, na kterých závisí, za vlastní
- neschopnost mít racionální požadavky na ty, na nichž závisí; *strach, že je ztratí*
- permanentní *pocit nespokojenosti, nemocnosti*
- permanentní *strach z opuštění*
- omezená schopnost činit *rozhodnutí*, vybírat z alternativ (potřebují potvrzení, souhlas toho, na kom závisí)
 - výskyt: častěji u žen, u mladších dětí v rodinách s více dětmi (pořadím mezi sourozenci, ne věkem), u lidí s problémy v raném dětství (nedostatek kontaktu v orál. stadiu)
 - v terapii často pocit, že pro ně pracovník nedělá, co by mohl, při současném ujišťování, že dělá přesně to, co potřebují; též vhodné rozdělit terapii mezi několik osob (riziko, že klient si vytvoří závislost na jednom omezeném typu uvažování, nepůjde „k sobě“)

OBSEDANTNÍ OSOBNOST

(příbuzné pojmy: anankastická, obsedantně kompulsivní)

- triáda typických rysů: *pořádkumilovnost, šetrnost, tvrdohlavost*; celkově též *malá flexibilita* – pohyblivost (v motorice i v myšlení), sklon k *pedantství*
 - podle dynamicky or. škol. typická struktura *análního období*; spouštěcím konfliktem může být výchova k čistotě – pokud nejsou postupy rodičů *tvrdě formalistické*, dítě se naučí hygieně, ale podrží si sebedůvěru a nezávislost; při násilném zlomení vzdoru se stává podrobným, otevřeným pro pocety viny; často v rodinách *příliš pevně strukturovaných*, s přehnaným důrazem na poslušnost a represivním stylem výchovy; často rigidita, dvojí morálka
 - agresivní sebeprosazující tendence dítě *nepřekonává úplně* (jako je tomu např. u depresantů), vzniká pnutí mezi formalismem a pudovou strukturou, tento „boj“ pak probíhá stále; ego je díky přetrvávání této polaritě právě jako polaritě slabé
 - typickými obrannými mechanismy jsou – *reaktivní výtvor, izolace, odčinění, přesunutí, regrese*
 - v dospělosti sklon k pocetům viny při setkání s vlastními impulsy
 - sklon mít všechno dopředu *naplánováno*
 - *rigidita*: nové věci by nejraději vnímali jako něco známého, nové situace znamenají potenciální nebezpečí, protože vyžadují spontánní, flexibilní postoje, „předpis“ zde chybí
 - situace změny je prožívána jako kritická, evokace motoricko-agresivních tenzí
 - těžkosti působí využít *fantazii* nebo nechat věci otevřené (*malá tolerance k neurčitosti*)
 - uvažování v *protikladech* i tam, kde to není vhodné (myšlenky, plány, postoje apod. se navzájem nevylučují)
 - občas se vyskytují nečekané projevy právě *opačného chování* (velkorysost, nepořádnost, rozhazovačnost...)
 - sklon *kontrolovat* ostatní
 - při ovlivňování ostatních často odvolávání se na *obecně platné ideály* – *racionalizace* vlastních postojů, impulsů... prostřednictvím ideologie je obvyklá; lidské vztahy rovněž často hledají v *ideologicky orientovaných společenstvech* s pevně danými pravidly, kde jim vyhovuje řád
 - ve vztazích může být základní obtíž už *uznání rovnoprávnosti* partnera – snaží se mu vnutit vlastní pravidla a přístup, obzvláště, je-li partner strukturovaný jinak než obsedantně; komplementární soužití s depresivní osobností může mít sadomasochistický charakter
 - obsedantní osobnost se nejčastěji z popsáných typů objevuje jako „čistý typ“
 - **v terap. kontaktu**: těžké otevírání se všemu novému, co terapie přináší, rychlý nástup přenosu; počáteční poddajnost je projevem nereálných (až „magických“ očekávání); při zklamných očekáváních

bezohlední, zdůraznění a vychvalování vlastní pečlivosti, výčitky; riziko dlouhých puntičkářských diskusí nebo nepřímé agrese při zdánlivém podřízení se – důležité včas na tyto momenty upozorňovat, zabývat se jimi; apelovat na spontánní impulsy; nepostupovat sám způsobem, podporujícím obsedantní styl jednání a myšlení

- **dle MKN 10:** - přehnaný pocit obav a přehnaná opatrnost
- přehnané zabývání se detaily, pravidly, seznamy, pořádkem, organizační strukturou
- perfekcionismus
- přehnaná svědomitost
- přehnané zabývání se produktivitou na úkor spokojenosti a mezilidských vztahů
- pedant, sklon ke konvenčnosti
- rigidita, paličatost
- při práci v kolektivu neodůvodnitelné vyžadování stejného postupu od spolupracovníků, odpor k jiné variantě

HYSTERICKÁ STRUKTURA

(příbuzné pojmy: histrionská porucha, pythiatická p., psychoinfantilní osobnost)

- charakterizována výrazovostí až *teatralitou* vystupování, *labilitou*, *aktivitou* (často bezplánovitou), *potřebou uplatnit se*, nežádka *pocitem omezování* (permanentní „boj za svobodu“), též vysokou *obrazotvorností* až fantazírováním, vnímavostí, *sugestibilitou*

- dynamicky a analyticky orientovaní autoři předpokládají, že se formuje ve věku 3 – 6 let (falické, období, oidipální problematika, tzv. kastráční úzkost), kdy se člověk vyrovnává se sexuální rolí i s rolí v rodině, bojuje o svoje místo, jeho toužebné představy bývají často konfrontovány s realitou (mladší sourozenec, nemůže si dovolit všechno...); z *hlediska výchovy* je rozdíl, zda tomuto období „testování reality“ asistují trpěliví, stálí rodiče (pak rozvoj ke zralosti), rodiče simulující „gumový svět“ – rozmazlující, realitu popírající či rodiče – represoři

- výrazným vnitřním sporem tohoto období je i *spor touhy po stálosti, neměnnosti* na jedné straně (stabilita rodiče) a *strachu z definitivna* na straně druhé (vytýčení norem, omezení možností realizace představ) – později se projevuje jako tendence ke střídání partnerů, zaměstnání... a na druhé straně jako vystupňovaná potřeba k někomu přilnout, sklon se příliš opírat o vzory, ideály, hrát „divadlo“

- tato struktura má taky vysokou „*hereditu*“ (po mateřské linii) – labilní, dominantní, emocionální matky

- často mohou připomínat struktury *narcistní*: výrazný egocentrismus, manipulace okolím, labilita, potíže s vlastní identitou, tendence odvrhovat někdejší příznivce; narcistní osobnost ale hledá vůbec *potvrzení vlastní existence*, bez obdivu a ocenění se hroučí, osoby dříve spřízněné odvrhne tehdy, když přestane cítit dostatečnou podporu a „štěpí“; hysterická osobnost spíše *potvrzení své kvality*, role, kompetence, s dříve blízkými bojuje tehdy, cítí-li se omezována; v dekompenzaci regrese k narcistní problematice a infantilismu nicméně dosti často (vyskytuje se i u jiných struktur, u hysterické ale častěji)

- velmi často mluví a činí *dříve, než uvažují*, „nevidí si do pusy“, „napřed střílejí a potom teprv přemýšlí“

- často také *tendence k přehánění* na jedné straně a *k bagatelizaci* (jako obraně) na další

- *konverzní psychosomatické poruchy* jako využívání „*sekundárních zisků*“ z nemoci, popř. *pasivní agrese* či *manipulace*, ne jako „prožívání tělem“ u hraničních osobností

- ve skupině často vyvolávají *rivalitní situace*, mohou pak vyvyšovat sebe nebo snižovat rivaly; velmi často se prezentují *nepřiměřeně, nadměrně svůdně*

- v partnerských vztazích často *tendence k pocitu nespokojenosti* vzápětí po prvotní idealizaci (silná touha po vztahu vs. potřeba vlastní „svobody“ a poměrně mělká a labilní emocionalita), dosažené je devalvováno – často pasivní agrese, ambivalentní pocity, ambiv. prezentace partnera dětem; častá kombinace – hyster. žena manipuluje úspěšnějším partnerem dle své vůle, „tahá za nitky“; velmi často až projevy vědomé či nevědomé pomsty

- **DSM IV** uvádí jako *histrionskou poruchu osobnosti*; požaduje obecná kritéria poruchy osobnosti (!!! struktura, organizace není totéž co porucha, kromě hraničních a narcistů mohou být všechny struktury v normě !!!) plus alespoň 4 ze specifických:

- a) sebedramatizace, teatralnost, přehnaný projev emocí
- b) zvýšená sugestibilita nebo ovlivnitelnost jinými lidmi nebo okolnostmi
- c) mělká a labilní emotivita
- d) trvalé vyhledávání vzrušení a ocenění druhými nebo činnostmi, při kterých je pacient středem pozornosti
- e) nepatřičná svůdnost ve zjevu nebo chování
- f) nadměrné soustředění na fyzickou přitažlivost

- přidružené rysy mohou zahrnovat egocentričnost, povolnost vůči sobě, trvalou touhu po ocenění, snadno zranitelné city a přetrvávající manipulativní chování k dosažení vlastních potřeb;

- **chování v terap. situaci:** teatrálnost může zprvu vypadat pouze jako pozitivní spontaneita, zpočátku též tendence k idealizaci terapeuta, sklon k navazování osobních vztahů až erotizaci kontaktu, značná očekávání
- později fáze testování reality – porušování setkání, negativní přenos, agování, zkoušení hranic tolerance
- jsou velmi citliví na přímé, tvrdé interpretace, neschopnost unést strohou pravdivost
- **přiměřený přístup:** posilování smyslu pro realitu, jasné vymezení kompetencí a hranic – na začátku určit přesná pravidla..., nepřenášet vztah na osobní rovinu; pomoci klientovi „zůstat nohama na zemi“, přehání-li situaci, konfrontace se sebou samým v tomto případě není na škodu, ačkoli nebývá přijímána vždy s nadšením; pro schopnost náhledu a aktivitu bývá dobrá i úspěšnost terapie