Poruchy osobnosti

Ján Praško a kol.

portál

Poruchy osobnosti

Ján Praško a kol.

portál

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Praško, Ján
Poruchy osobnosti / Ján Praško a kol. -- 2. vyd. -- Praha :
Portál, 2009. -- 359 s.
ISBN 978-80-7367-558-5 (váz.)

616.89-008.485
- poruchy osobnosti
- monografie

616.89 - Psychiatrie [14]

Tato publikace vznikla za podpory grantu IGA MZ ČR: NF7580
a projektu CNS LN00B122 MŠMT ČR.

© Ján Praško a kol., 2003, 2009
© Portál, s. r. o., Praha 2003, 2009

ISBN 978-80-7367-558-5

Obsah

Úvod 13

ČÁST I

Teorie a diagnostika poruch osobnosti 15

1.1 Co je porucha osobnosti? 15

1.2 Klasifikace poruch osobnosti 17

1.3 Prevalence poruch osobnosti 20

1.4 Etiologie poruch osobnosti 20

1.5 Temperament a charakter 21

Temperament 22

Charakter 24

Kognitivní schémata a kognitivní procesy 26

1.6 Genetika 28

1.7 Neurobiologie osobnosti 29

Osobnost a individuální reaktivita na informace 29

Temperament a charakter 29

Kognitivní mapy a charakter 30

Neuromodulace a temperament 31

Shrnutí: Osobnost jako integrace temperamentu a charakteru a jejich neurobiologie 33

Neurobiologická východiska pro možnosti terapie poruch osobnosti . 34

1.8 Psychoanalytický pohled a vývoj osobnosti 35
Vědomí 35
Předvědomí 37
Nevědomí 37
Struktura osobnosti z pohledu psychoanalýzy 38
Dynamika osobnosti 39
Obranné mechanismy 40
Teorie vývoje osobnosti 43
Modifikace Freudovy teorie vývoje osobnosti 45
Teorie vývoje osobnosti Melanie Kleinové 45
Teorie vývoje osobnosti Erika Eriksona 46
Připoutání 48
Senzitivita 51
Temperament dítěte 52
Psychoanalytický portrét osobnosti 53
Hodnocení psychoanalytického přístupu 53

1.9 Behaviorální teorie a poruchy osobnosti 55
Klasické a operantní podmiňování 55

1.10 Kognitivní teorie osobnosti 59
Teorie personálních konstruktů 59
Teorie sociálního učení 63
Naučená bezmocnost 66
Teorie dysfunkčních kognitivních schémat 67

1.11 Psychologická diagnostika poruch osobnosti 76
Proč diagnostikovat poruchy osobnosti? 76
Evoluční teorie osobnosti 77
Míra poruchy osobnosti 80
Praktická diagnostika 81
Cloningerova teorie osobnosti a diagnostika poruch osobnosti 85
Typy charakteru podle Cloningera 88
Jaké metody používáme při diagnostice poruch osobnosti? 92
Jak postupovat při diagnostice? 94
Forenzní posuzování poruch osobnosti 96

ČÁST II

Léčba poruch osobnosti 97

2.1 Psychoterapie poruch osobnosti 97

2.2 Základní předpoklady účinné léčby poruch osobnosti 99

Ochota pacienta ke změně 100

2.3 Podpůrná psychoterapie 101

2.4 Interpersonální psychoterapie 104

2.5 Psychodynamický přístup v léčbě poruch osobnosti 107

Přenos 108

Protipřenos 109

2.6 Skupinová psychoterapie u poruch osobnosti 109

2.7 Kognitivně-behaviorální terapie poruch osobnosti 110

Stadia léčebného procesu 111

Základní charakteristiky KBT poruch osobnosti 114

Modulace temperamentu 128

Strukturované intervence zaměřené hlavně na modifikaci temperamentu 129

Nácvik zklidňujícího dechu 130

Kontrolované dýchání při záchvatu paniky nebo hněvu 130

Nácvik relaxace 131

Autogenní trénink 135

Expoziční léčba 136

Zábrana neutralizační reakce a zabezpečování 139

Nácvik zvládání hněvu 141

Nácvik zvládání úzkosti 144

Nácvik sociálních dovedností 144

Hraní rolí 147

Nácvik empatie 148

Nácvik kognitivní pozornosti 149

Nácvik odolnosti vůči stresu 149

Nácvik regulace emocí 150

Stanovení hranic 152

Nácvik zvládání impulzů 153

Nácvik snížení přecitlivělosti 154

Nácvik zvládání příznaků 155
Změna charakteru 156

2.8 Farmakologická léčba poruch osobnosti 188
Současné psychofarmakologické modely a jejich problémy 188
Závěry 199

ČÁST III

Diagnóza a léčba specifických poruch osobnosti 201

3.1 Paranoidní porucha osobnosti (F60.0) 201
Etiologie a patogeneze 204
Epidemiologie 204
Průběh 204
Diferenciální diagnóza 205
Přenos a protipřenos 206
Podpůrná psychoterapie 206
Skupinová psychoterapie 208
Farmakoterapie 208
Psychodynamické aspekty 208
Psychodynamická terapie 210
Kognitivně-behaviorální terapie 210

3.2 Schizoidní porucha osobnosti (F60.1) 218
Etiologie a patogeneze 220
Epidemiologie 220
Průběh 220
Diferenciální diagnóza 220
Přenos a protipřenos 221
Podpůrná psychoterapie 221
Skupinová psychoterapie 222
Farmakoterapie 222
Psychodynamické aspekty 222
Psychodynamická terapie 223
Kognitivně-behaviorální pohled a terapie 223

3.3 Disociální porucha osobnosti (F60.2) 227
Etiologie a patogeneze 230
Epidemiologie 230

Průběh 231
Diferenciální diagnóza 231
Přenos a protipřenos 232
Podpůrná psychoterapie 232
Skupinová psychoterapie 233
Farmakoterapie 233
Psychodynamické aspekty 233
Psychodynamická terapie 236
Kognitivně-behaviorální terapie 237

3.4 Emočně nestabilní porucha osobnosti (F60.3) 242
Etiologie a patogeneze 245
Epidemiologie 246
Průběh 246
Diferenciální diagnóza 246
Přenos a protipřenos 247
Podpůrná psychoterapie 248
Interpersonální vlivy 250
Skupinová psychoterapie 250
Farmakoterapie 251
Psychodynamické aspekty 252
Psychodynamická terapie 256
Kognitivně-behaviorální terapie 258

3.5 Histrionská porucha osobnosti (F60.4) 269
Etiologie a patogeneze 271
Epidemiologie 271
Průběh 272
Diferenciální diagnóza 272
Přenos a protipřenos 272
Podpůrná psychoterapie 273
Interpersonální vlivy 275
Skupinová psychoterapie 275
Farmakoterapie 276
Psychodynamické aspekty 276
Psychodynamická terapie 281
Kognitivně-behaviorální terapie 281

3.6 Anankastická porucha osobnosti (F60.5) 288
Etiologie a patogeneze 290
Epidemiologie 290
Průběh 290
Diferenciální diagnóza 291
Přenos a protipřenos 291
Podpůrná psychoterapie 291
Interpersonální vlivy 292
Skupinová psychoterapie 293
Farmakoterapie 293
Psychodynamické aspekty 293
Psychodynamická terapie 294
Kognitivně-behaviorální terapie 296

3.7 Vyhýbavá (anxiózní) porucha osobnosti (F60.6) 299
Etiologie a patogeneze 300
Epidemiologie 301
Průběh 301
Diferenciální diagnóza 302
Přenos a protipřenos 302
Podpůrná psychoterapie 303
Interpersonální vlivy 303
Skupinová psychoterapie 304
Farmakoterapie 304
Psychodynamické aspekty 304
Psychodynamická terapie 306
Kognitivně-behaviorální terapie 306

3.8 Závislá porucha osobnosti (F60.7) 311
Etiologie a patogeneze 313
Epidemiologie 313
Průběh 314
Diferenciální diagnóza 314
Přenos a protipřenos 315
Podpůrná psychoterapie 315
Interpersonální vlivy 316
Skupinová psychoterapie 316
Farmakoterapie 316
Psychodynamické aspekty 316

Psychodynamická terapie 317
Kognitivně-behaviorální terapie 318

3.9 Jiné specifické poruchy osobnosti (F60.8) 321

3.9.1 Narcistická porucha osobnosti 321
Etiologie a patogeneze 324
Epidemiologie 324
Průběh 324
Diferenciální diagnóza 324
Přenos a protipřenos 325
Podpůrná psychoterapie 325
Interpersonální vlivy 326
Skupinová psychoterapie 326
Farmakoterapie 326
Psychodynamické aspekty 327
Psychodynamická terapie 329
Kognitivně-behaviorální terapie 330

3.9.2 Pasivně-agresivní porucha osobnosti 333
Etiologie a patogeneze 335
Epidemiologie 335
Průběh 335
Diferenciální diagnóza 336
Přenos a protipřenos 336
Podpůrná psychoterapie 336
Skupinová psychoterapie 337
Farmakoterapie 337
Psychodynamické aspekty 337
Psychodynamická terapie 338
Kognitivně-behaviorální terapie 339

Závěr 341
Literatura 343
Rejstřík 355

Úvod

Když se v klinické praxi setkáme s pacientem, který má stanovenu diagnózu poruchy osobnosti, obvykle předpokládáme, že léčba tohoto pacienta bude dlouhá, namáhavá a nejspíše neúspěšná. Ze zkušenosti víme, že lidé trpící poruchou osobnosti vehementně vyžadují odstranění svých nejrůznějších obtíží a zároveň snadno a rychle odmítají doporučení terapeuta. Nedostatečná spolupráce u těchto pacientů vede často k tomu, že je terapie ukončena předčasně nebo pokračuje jen formálně (aby si nestěžovali). Od svých učitelů na fakultě jsme slýchali, že „psychopatie“ se léčit nedá a podobně nás poučili starší kolegové na počátku naší odborné kariéry. Proto se stanovením diagnózy z tohoto okruhu většina terapeutů již předem očekává nedostatek spolupráce, nepříjemnosti a konflikty, což velmi často vede k neadekvátní péči i bez toho, že by pacient musel skutečně takto reagovat. Uvedené představy jsou vyjádřením negativního, moralizujícího a podle Tyrera a kol. (1991) až „bludného“ postoje terapeuta k pacientovi. Navíc ke známým klinickým paradoxům patří zkušenost, že čím lépe a hlouběji známe osobnost pacienta, tím obtížněji se rozhodujeme, do které skupiny poruch osobnosti ho zařadit (Smolík, 1996). Poslední přehled empirických studií o psychoterapii poruch osobnosti však ukazuje, že jejich léčba je navzdory mýtu o neléčitelnosti relativně účinná. Perry a Bond (2000) provedli metaanalýzu 22 studií, které ukazují, že během aktivní léčby dochází k významným pozitivním změnám, 2–4x větším než u kontrolní skupiny bez aktivní terapie. Ve čtyřech studiích, kde kritériem úspěšnosti léčby byla plná remise, dosáhlo tohoto kritéria 52 % pacientů, přičemž léčba trvala průměrně 1.3 roku. Ke zlepšení sice nedochází tak rychle a výrazně jako u úzkostných poruch či depresí, nicméně léčba výrazně snižuje utrpení pacienta a jeho okolí a zlepšuje adaptaci postiženého v životě.

Když jsme se rozhodli psát tuto publikaci, uvědomovali jsme si, že mnoho kliniků u nás nezaujímá k lidem s poruchami osobnosti příliš přátelské postoje.

Nicméně na seminářích a workshopech, které jsme na toto téma uspořádali, se objevila řada lidí, kteří měli upřímný zájem lidem s poruchami osobnosti více porozumět a pomoci. To nás inspirovalo k sepsání monografie na toto téma. Přes velkou snahu všech autorů nebylo možné dosáhnout větší jednotnosti v textu. Plně to odráží rozporuplnost tématu – pohledů na poruchy osobnosti je řada a v mnoha aspektech jsou stanoviska protichůdná. Přesto doufáme, že publikace splní svůj hlavní účel – pomoci čtenáři lépe porozumět a účinněji léčit lidi trpící poruchou osobnosti.

Česká literatura v minulosti přinesla nejméně čtyři monografie s tematikou poruch osobnosti. Antonín Heveroch už v roce 1901 vydal knihu s názvem *O podivínech a lidech nápadných*, pak v roce 1916 *O hýčkání slabochů*. Z druhé monografie se traduje jeho dobový, poněkud značkující výrok „nehýčkejte slabochy“. V roce 1944 pak vyšla monografie Vladimíra Vondráčka *Hysterie* a konečně v roce 1968 monografie Ivana Horvaie *Psychopatie*. Všechny tyto publikace jsou originálním pohledem na problematiku poruch osobnosti, nicméně jsou pesimistické k možnostem terapeutického ovlivnění. Moderní pohled v diagnostice i terapeutických postojích se v posledních dvaceti letech rychle vyvíjí. Diagnostika se nejen upřesňuje, ale často i výrazně mění. Terapeutické postoje se stávají přece jen o něco více optimistickými.

První část monografie se zabývá teoriemi, klasifikací a diagnostikou poruch osobnosti. Ve druhé části jsou probrány základní léčebné přístupy. Konečně třetí část monografie je věnována specifickým poruchám osobnosti. V každé kapitole je probrán jeden konkrétní typ poruchy osobnosti, včetně diagnózy, diferenciální diagnózy, psychodynamického pohledu, podpůrné psychoterapie a KBT přístupu k léčbě.

Autoři

Část I

Teorie a diagnostika poruch osobnosti

1.1 Co je porucha osobnosti?

Osobnost představuje individuální soubor duševních a tělesných vlastností člověka, které se utvářejí v průběhu vývoje a projevují se v sociálních vztazích. Vrozené a získané vlastnosti tvoří strukturu osobnosti, která je pro každého člověka charakteristická. V průběhu individuálního vývoje se stále více doplňují vrozené dispozice (temperament) a obohacují se vlastnostmi získanými (charakter). Poruchy osobnosti jsou variantou charakterových a temperamentových rysů, které se významně odchylují od rysů patrných u většiny lidí. K těmto rysům patří hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, projevující se jako stereotypní reakce na široký rozsah osobních a sociálních situací. Specifické projevy poruchy osobnosti tedy nejsou omezeny jen na určitý „spouštěcí podnět“, ale projevují se v širším okruhu osobních a sociálních situací.

Podle Coolidge a Segala (1998) se diagnostická kritéria poruch osobnosti „během posledních 40 let výrazně měnila, což přispívá k diagnostických potížím“.

Podle 9. decenální revize Mezinárodní klasifikace nemocí (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 jednotlivec nebo společnost. Patří sem i to, čemu se říká psychopatická osobnost."

MKN-9 vždy stručně charakterizuje jednotlivou poruchu, aniž by udávala výčet vodítek. Mezi uváděné poruchy osobnosti patří osm specifických poruch – paranoidní osobnost; hypotymní, hypertymní a cyklotymní osobnost; schizoidní osobnost; explozivní osobnost; anankastická osobnost; hysterická osobnost; astenická osobnost; osobnost s projevy převážně sociopatickými nebo asociálními; a jiné poruchy osobnosti (*Mezinárodní klasifikace nemocí.* Praha, Avicenum 1978).

Americký popis duševních poruch a poruch osobnosti v DSM-III je již úmyslně ateoretický. Hlavní oprávnění pro tento přístup spočívá v tom, že zahrnutí etiologických kritérií by představovalo překážku pro využití diagnostického systému odborníky s různou teoretickou orientací. Následkem ovšem je, že toto pojetí neumožňuje vytvořit koncepci pro pochopení modelu komorbidity mezi různými duševními nemocemi a mezi abnormálními duševními stavy a osobnostní strukturou. Ačkoliv jen málokdo pochybuje o tom, že rozlišení diagnostické osy I (specifické duševní poruchy) od osy II (poruchy osobnosti) v DSM klasifikaci výrazně zvýšilo zájem o poruchy osobnosti, výzkumníci se pokoušejí znovu objevit vazby mezi strukturou osobnosti a hlavními duševními poruchami. Podle některých autorů temperament, osobnost a poruchy osobnosti mohou přesněji odrážet heterogenitu duševních poruch a lépe předpovídat průběh poruchy a terapeutickou odpověď (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 raném dětství, je stabilní v průběhu času a způsobuje utrpení nebo poškození".

V DSM-IV se objevuje nová porucha osobnosti: depresivní porucha osobnosti (v příloze B, s poznámkou – „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 přílohy B. Zcela vypadla sadistická porucha osobnosti a sebebránící porucha osobnosti. Podle Momboura a Bronische (1998) jsou narcistická, pasivně-agresivní, masochistická a sadistická osobnost „typicky americké a psychoanalytické poruchy".

Diagnostika poruch osobnosti podle DSM představuje vývoj kategoriálního přístupu s hledáním spolehlivých a platných diagnóz a s vytvářením jasnějších diagnostických kritérií. Budoucnost diagnostiky poruch osobnosti bude možná patřit dimenzionálnímu přístupu nebo kombinaci kategoriálního a dimenzionálního pojetí a zpřesňování validity a reliability. Nelze také vyloučit, že budoucí diagnostika bude více vycházet z určitého teoretického 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 s druhými. 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 ak-

tivitě 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."

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

Tab. 1 Vývoj klasifikace 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
Pasivně agresivní	Pasivně agresivní	Pasivně agresivní	Pasivně agresivní	–
Cyklotymní	Cyklotymní	–	–	–
Neadekvátní	Neadekvátní	–	–	–
Disociální	–	–	–	–
Sexuální deviace	–	–	–	–
Závislosti	–	–	–	–
–	Explozivní	–	–	–
–	Hysterická	Histrionská	Histrionská	Histrionská
–	Astenická	–	–	–
–	–	Schizotypní	Schizotypní	Schizotypní
–	–	Narcistická	Narcistická	Narcistická
–	–	Vyhýbavá	Vyhýbavá	Vyhýbavá
–	–	Závislá	Závislá	Závislá
			Příloha A	Příloha B
			Sebebránící	–
			Sadistická	–
			–	Pasivně-agresivní
			–	Depresivní

1.2 Klasifikace poruch osobnosti

Klasifikace poruch osobnosti patří k nejobtížnějším a nejkontroverznějším kapitolám psychiatrické klasifikace. Zejména psychoanalyticky a psychoterapeuticky orientovaní psychiatři neradi používají rozdělení poruch osobnosti do skupin podle „kategoriální klasifikace", podle které jednotlivé diagnózy představují kvalitativně odlišné kategorie a spíše je jim blízký „dimenzionální pohled", podle kterého představují poruchy osobnosti maladaptivní varianty běžných osob-

nostních rysů, které se vzájemně prolínají a přecházejí neznatelně do normy (Smolík, 1996). Aktuální Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10, 1992) používá kategoriální hledisko. Vychází především z popisů dlouhodobých rysů osobnosti. Výsledkem je základní třídění poruch osobnosti do několika kategorií, které lze relativně dobře definovat a vzájemně odlišit. Každá porucha v této skupině může být klasifikována podle převládající formy projevů v chování a utváření sociálních vztahů. Jednotlivé typy se však vzájemně nevylučují a někdy se v různých charakteristikách překrývají.

Podle definice MKN-10 (1992) se poruchy osobnosti projevují

> „charakteristickou a trvalou vnitřní strukturou a projevy chování jedince, které jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného přijatelného chování dané společnosti (nebo ‚od normy')" (MKN-10, 1992).

Tyto odlišnosti se musí projevovat v několika oblastech, kam patří:

(1) poznávání, tj. způsoby vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí, formování přístupu k sobě a ostatním;
(2) emotivita (rozsah, intenzita a přiměřenost emočního vznětu a odpovědi);
(3) ovládání impulzů a uspokojování potřeb;
(4) způsob chování k ostatním a zvládání interpersonálních potřeb.

Tyto vzorce chování, stejně jako pohled na sebe, druhé a svět, jsou zpravidla pro nositele přijatelné a egosyntonní, ale vedou ke konfliktům s ostatními. Abnormální vzorec chování je trvalý, dlouhodobý a není omezen na epizody duševního

Tab. 2 Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro F60 – specifická porucha osobnosti

G1	Je průkazné, že charakteristická a trvalá vnitřní struktura a projevy chování jedince jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného přijatelného průměru chování dané společnosti (nebo od „normy"). Tato odchylka se musí projevovat ve více než v jedné z následujících oblastí: 1. poznávání, tj. způsoby vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí; formování přístupů k sobě a ostatním a představ o sobě a ostatních; 2. emotivita (rozsah, intenzita a přiměřenost emočního vznětu a odpovědi); 3. ovládání svých impulzů a uspokojování potřeb; 4. způsob chování k ostatním a zvládání interpersonálních situací.
G2	Odchylka se musí projevovat jako výrazně nepřizpůsobivé, maladaptivní nebo jiným způsobem dysfunkční chování v rámci širšího okruhu osobních a sociálních situací, tj. není omezena pouze na specifický „spouštěcí" moment nebo na specifickou situaci.
G3	Způsob chování podle kritéria G2 je příčinou osobních obtíží nebo má nepříznivý dopad na sociální prostředí nebo má oba důsledky.
G4	Musí být průkazné, že odchylka je stálá nebo dlouhotrvající a že začala ve věku pozdního dětství nebo adolescence.
G5	Odchylku nelze vysvětlit jako projev nebo důsledek jiné duševní poruchy dospělého věku, i když současně s odchylkou se mohou vyskytovat nebo na ni nasedat epizodické nebo chronické stavy z oddílu F00–F59 nebo F70–F79*.
G6	Jako možná příčina odchylky musí být vyloučeno organické onemocnění, úraz nebo dysfunkce mozku. (Pokud lze prokázat organickou příčinu, měla by být použita kategorie F07.)

* aktuální duševní poruchy

onemocnění. Porucha osobnosti vede ke značné osobní nepohodě, ale to může být zřejmé až v pozdějším průběhu. Bývá obvykle, i když ne vždy, sdružená s významným zhoršením výkonu jak v zaměstnání, tak ve společenské oblasti.

Porucha osobnosti může předcházet jiným psychickým poruchám nebo se s nimi může vyskytovat současně. Lidé s poruchou osobnosti při frustraci snadno podléhají úzkosti, somatoformním poruchám, depresi nebo závislosti na návykových látkách. Maladaptivní projevy vedou někdy k utrpení nositele, ještě častěji jeho okolí. Lidé trpící poruchou osobnosti často nevidí problém u sebe, ale u druhých osob.

Nespokojenost vyjadřují jen tehdy, pokud jejich vzorce chování selhávají při naplňování potřeb. Často si stěžují, že je ostatní nespravedlivě posuzují nebo brání tomu, aby mohli být spokojeni.

Projevy poruchy osobnosti se zpravidla poprvé objevují ve věku pozdního dětství nebo adolescence a přetrvávají prakticky celý život. Dochází u nich k určitým výkyvům vyvolaným nepříznivými vnějšími (pracovní problémy, partnerské problémy, narození dítěte apod.) nebo vnitřními (přechod do dalšího generačního období, tělesné onemocnění) faktory. Mluvíme pak o obdobích

Tab. 3 Specifické poruchy osobnosti v klasifikaci MKN-10 (1992)

F 60	SPECIFICKÉ PORUCHY OSOBNOSTI
F 60.0	Paranoidní porucha osobnosti
F 60.1	Schizoidní porucha osobnosti
F 60.2	Disociální porucha osobnosti
F 60.3	Emočně nestabilní porucha osobnosti
F 60.4	Histrionská porucha osobnosti
F 60.5	Anankastická porucha osobnosti
F 60.6	Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti
F 60.7	Závislá porucha osobnosti
F 60.8	Jiné
F61	SMÍŠENÉ A JINÉ PORUCHY OSOBNOSTI
F 62	PŘETRVÁVAJÍCÍ ZMĚNY OSOBNOSTI, KTERÉ NELZE PŘISOUDIT HRUBÉMU POŠKOZENÍ NEBO NEMOCI MOZKU
F 62.0	Přetrvávající změna osobnosti po katastrofické zkušenosti
F 62.1	Přetrvávající změna osobnosti po psychiatrickém onemocnění
F 62.8	Jiné (narcistická porucha osobnosti, pasivně agresivní porucha osobnosti)
F 62.9	Nespecifikované

Poznámka: Jednotlivé diagnózy poruch osobnosti jsou diagnostické nálepky, které vznikly typizováním, hledáním určitých společných rysů. V každé diagnostice jde o abstrakci, v níž jsou určité podstatné vlastnosti osobnosti zdůrazněny a jiné opomenuty. Ne proto, že by nebyly podstatné, ale proto, že nezapadají do konstelace typických vlastností, které k nějakému účelu sledujeme. Psychiatrické diagnózy představují určitý výběr vlastností, které jsou maladaptivní. V kritériích nejsou žádné „pozitivní diagnózy“, které by upřesňovaly důležité adaptivní rysy. Navíc i „negativní pojetí diagnózy“ je značnou redukcí. Ve skutečnosti se takové čisté typy vyskytují málo. Většina pacientů s poruchou osobnosti patří k typům smíšeným. V kontrastu proti diagnostickému typu nebo nálepce pojem individuality vyjadřuje svéráznost a jedinečnost každého člověka. Ta je daná svéráznou a vrozenou neuropsychickou výbavou (temperamentem) a jedinečnou životní zkušeností, jež formovala charakter. Každá osobnost konkrétního pacienta je individualitou, tj. bytostí s jedinečnými vlastnostmi. Diagnostikováním tedy vystihujeme jen něco z rysů osobnosti, nikoliv však člověka v jeho jedinečnosti a individuální rozmanitosti.

kompenzace nebo **dekompenzace** stavu. Ve stáří dochází obvykle ke zmírnění některých povahových rysů (explozivních, fanatických, anankastických, agresivních, schizoidních), na druhou stranu může dojít ke zvýraznění paranoidních rysů a lítostivosti.

1.3 Prevalence poruch osobnosti

Poruchy osobnosti jsou relativně časté v běžné populaci. 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 Weissmanové (1993) je celoživotní prevalence v obecné populaci 10–13 %, podle Nortona (1992) asi 10 %. V první australské národní studii duševních poruch (Jackson a Burgess, 2000) byla prevalence poruch osobnosti podle zkoumaného souboru odhadnuta na 6,5 % (to znamená, že 870 000 osob starších 18 let trpí v Austrálii poruchou osobnosti).

Podíl osob s poruchou osobnosti ve všeobecné ambulantní péči se odhaduje mezi 20 a 30 % (Norton, 1992). Mezi ambulantními psychiatrickými pacienty je 30–50 % osob s poruchou osobnosti (Koenigsberg a kol., 1985) a kolem 15 % hospitalizovaných pacientů přichází do psychiatrických zařízení pro problémy primárně související s jejich poruchou osobnosti. Až polovina zbylých hospitalizovaných pacientů má komorbidní poruchu osobnosti (Loranger, 1990). Někteří výzkumníci docházejí k ještě vyšším číslům. Například Coolidge et al. (in Coolidge a Segal, 1998) nalezli u mladších duševně nemocných chronických pacientů poruchu osobnosti v 66 %, u starších v 58 % případů. Ze 1439 pacientů 84 privátních ženevských psychiatrů jich bylo hodnoceno jako porucha osobnosti 75 % (Aapro et al., 1999). Asi 50 % pacientů vyhledávajících psychoterapii má poruchu osobnosti (in Coolidge a Segal, 1998).

1.4 Etiologie poruch osobnosti

Je velmi nepravděpodobné, že některá z poruch osobnosti by měla jednoduchou příčinu, ať výchovnou či biologickou. Pravděpodobnější je, že etiologie poruch osobnosti představuje komplexní kombinaci mezi temperamentem (tj. genetickými a dalšími biologickými faktory) a charakterem (tj. vývojovými a environmentálními faktory). I když stupeň toho, jak se které faktory uplatňují v etiologii, bude u různých poruch osobností různý, všechny tyto faktory jsou

vždy důležité. Jde tedy o multifaktoriální biologické determinanty (genetické vlivy, perinatální poškození, záněty mozku apod.) a vlivy z okolního prostředí (rodinné, sociální a kulturální vlivy, psychotraumatické životní události apod.). **Predispozice** ke vzniku poruchy osobnosti je dána pravděpodobně geneticky, nejspíše polygenně. Může však také souviset s prenatálním obdobím vývoje dítěte, kdy vlivy z vnitřního prostředí plodu, ale i zevní zátěžové faktory působící na matku (stres, virové onemocnění apod.), mohou ovlivnit vývoj mozku dítěte. Podobně mohou mít vliv drobná mozková poranění během porodu. Rodinné prostředí v raném dětství pak hraje významnou roli při formování postojů dítěte. Psychosociální vlivy – neúplnost rodiny, konfliktní, emočně vypjaté rodinné prostředí, příliš trestající, restriktivní nebo tvrdá výchova, na druhé straně i nadměrné rozmazlování – mají velmi výrazný vliv na rozvoj **dispozice** k poruše osobnosti. V dalším vývoji na to nasedají vlivy školy, vrstevníků (party) a kulturální vlivy, které mají často **patoplastický a akcelerující vliv** (např. násilí v televizi, ve filmech, počítačové hry apod.).

1.5 Temperament a charakter

Moderní výzkumná i klinická zkušenost ukazují, že jak osobnosti, tak jejím poruchám lze nejlépe porozumět jako interakci temperamentu a charakteru. Neurobiologické a biosociální formulace poruch osobnosti nyní přitahují pozornost a jsou podrobovány detailnímu výzkumu (Millon, 1996; Cloninger, 1993).

Rozlišení charakteru a temperamentu je významné nejen z teoretického hlediska, ale i z potřeby cílenějšího plánování terapie: Individuální, na náhled orientovaná psychoterapie může být zaměřena na charakter, méně však nebo vůbec neovlivňuje temperament. Ovšem ochranná kvalita prostředí (komunitní nebo skupinové klima) a terapeutického vztahu, podmiňování, stejně jako psychofarmaka, mohou postupně modulovat temperamentovou dimenzi. Podobně cílené kognitivní intervence jsou účinné hlavně při modifikaci charakterových (nebo v terminologii kognitivní terapie – schématových) dimenzí osobnosti. Naopak, některé behaviorální intervence, jako jsou expoziční léčba, podmiňování, desenzibilizace a nácvik, jsou účinné v modifikaci temperamentových (stylových) dimenzí osobnosti. Je však nutné říci, že pokud dojde ke změně v charakterových dimenzích, je vždy přítomná i určitá změna v temperamentových dimenzích a naopak.

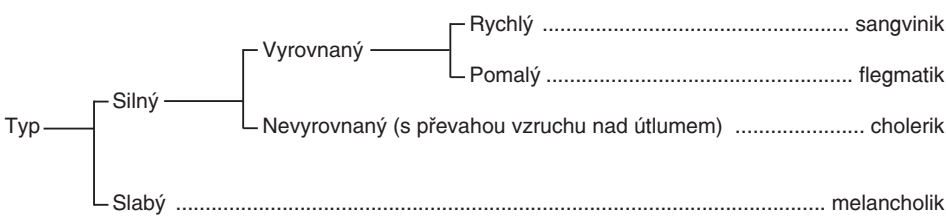
Co je to temperament a co charakter? V další části uvedeme některá historická a současná pojetí.

Temperament

Temperament můžeme chápat jako dispozici k emocionálním reakcím. G. W. Allport (1961) chápe temperament jako charakteristické projevy emocionální povahy jedince, kam patří jeho vnímavost k emocionálním podnětům, jeho obvyklá síla a rychlost odpovědi, kvalita jeho převládající nálady a všechny zvláštnosti fluktuace a intenzity nálady. Obecným znakem temperamentu je **vzrušivost**, která se projevuje jak vnitřně v intenzitě prožívání citů a snah, tak i navenek jako ráznost akce a bezprostřednost projevu. Neurofyziologicky souvisí temperament zřejmě s lehkostí vzniku a průběhu procesu podráždění. Zvláštním druhem vzrušivosti je **senzibilita**, což je citlivost vůči stimulaci vůbec nebo vůči podnětům určité kategorie. Biologické faktory jsou však jen jednou stránkou osobnostní reaktivity, která se podstatně formuje také pod vlivem sociální zkušenosti. Sociální imperativy, s nimiž dítě s určitou vrozenou temperamentovou dispozicí přichází často do styku, mohou tuto dispozici udržovat (např. „Náš Pavel je stále uzavřený do sebe.“), posilovat nebo zeslabovat (např. „Nebuď tak pomalý!“ nebo „Nebuď pak zbrklý!“). Faktory výchovy, zvláště kvalita vazby s matkou v časném dětství, ale i další interakce s prostředím, mohou tedy formovat, popřípadě měnit řadu projevů temperamentu. Existují však dispozice v temperamentu, které jsou v průběhu individuálního vývoje téměř neměnné, nebo se mění jen obtížně.

Již antičtí Řekové rozlišovali typy osobnosti podle temperamentu. Hippokratova teorie čtyř temperamentů vycházela z naivní humorální koncepce. Temperamentem rozuměl povahu člověka, která podle něj závisela na poměru čtyř hlavních šťáv v lidském těle: krve – *sanguis*, černé žluči – *melancholé*, žluči – *cholé* a slizu – *flegma*. Podle poměru těchto šťáv v organismu stanovil čtyři hlavní reaktivní typy: **sangvinik** (vyrovnaný), **melancholik** (emotivně založený) **cholerik** (prudký, výbušný), **flegmatik** (lhostejný). Hippokratovo dělení bylo založeno pouze na pozorováních a teoretický výklad byl dobový. Přesto jeho zhodnocení psychologických typů bylo neobyčejně výstižné a je inspirativní dodnes. Na počátku 20. století chápe ruský fyziolog I. P. Pavlov různé typy temperamentu jako projevy různých typů nervové činnosti, které jsou určeny vlastnostmi procesů podráždění a útlumu (pohyblivost, síla, vyrovna-

Obr. 1 Schéma Pavlovovy typologie temperamentů



nost). Různým kombinacím těchto vlastností odpovídají různé typy temperamentu. Typ má v Pavlovově pojetí dvojí význam: 1. znamená charakteristický způsob reagování, příznačné chování zvířete nebo člověka; 2. představuje určitý komplex základních vlastností nervových procesů zvířete nebo člověka. Psychologicky je podle Pavlova temperament projevem typu vyšší nervové činnosti. Typ vyšší nervové činnosti podstatně formuluje chování člověka. Fyziologickým základem lidského chování není však jen typ vyšší nervové činnosti, nýbrž i získané podmíněné spoje.

Kromě těchto temperamentových typů, které Pavlov ohraničil u lidí i u zvířat, vytvořil ještě další, speciálně lidskou typologii, na základě vzájemného vztahu obou signálních soustav. **Umělecký typ** je charakterizován převládáním činnosti první signální soustavy. Vyznačuje se konkrétností, smyslovým chápáním skutečnosti a zvýšenou obrazností. U **myslitelského typu** převládá činnost druhé signální soustavy. Vyznačuje se racionálním vztahem ke skutečnosti a zvýšeným sklonem k abstraktnímu pojetí světa. U **středního praktického typu** jsou obě signální soustavy v rovnováze, poměr k životu je vyrovnaný, sepětí teorie s praxí je účelné.

Německý psychiatr W. Kretschmer věřil, že existuje korelace mezi stavbou těla a temperamentem, která vzniká endokrinně humorální cestou. Vztahuje temperament k následujícím psychickým kvalitám: 1. **psychestézii** (citlivosti nebo necitlivosti k psychologickým dojmům), 2. **barvě nálady** (libostnímu nebo nelibostnímu zabarvení psychických obsahů a pozic na škále radostný až smutný), 3. **psychickému tempu** (zrychlení nebo útlumu psychických průběhů obecně a také jejich speciálnímu rytmu), 4. **psychomotilitě** (obecnému pohybovému tempu: pohyblivosti – pohodlnosti). Kretschmerovy nálezy o korelaci různých typů temperamentu s různými typy stavby těla však nebyly dostatečně potvrzeny.

Anglický psycholog H. J. Eysenck (1960) dospěl při srovnání vlastních výsledků faktorové analýzy osobnosti se čtyřmi klasickými temperamenty a dalšími nálezy, které se týkají faktorů osobnosti vůbec ke schématu uvedenému na obr. 2.

V jednom z modernějších pojetí, které vytvořil americký psycholog Cloninger (1993), je temperament vrozená, zejména geneticky podmíněná, konstituční složka osobnosti. Zatímco charakter odráží psychologický rozměr osobnosti, temperament odráží biologický rozměr osobnosti. U temperamentu rozlišuje Cloninger (1993) čtyři dimenze:

- vyhledávání nového (orig. *novelty-seeking*),
- vyhýbání se ohrožení (orig. *harm-avoidance*),
- závislost na odměně (orig. *reward-dependence*),
- odolnost (orig. *perzistence*).

Jiní výzkumníci přidávají další, pátou dimenzi temperamentu (Costello, 1996) a to impulzivitu a agresivitu. (Podrobněji o typologii viz kapitola „Psychologická diagnostika poruch osobnosti“).

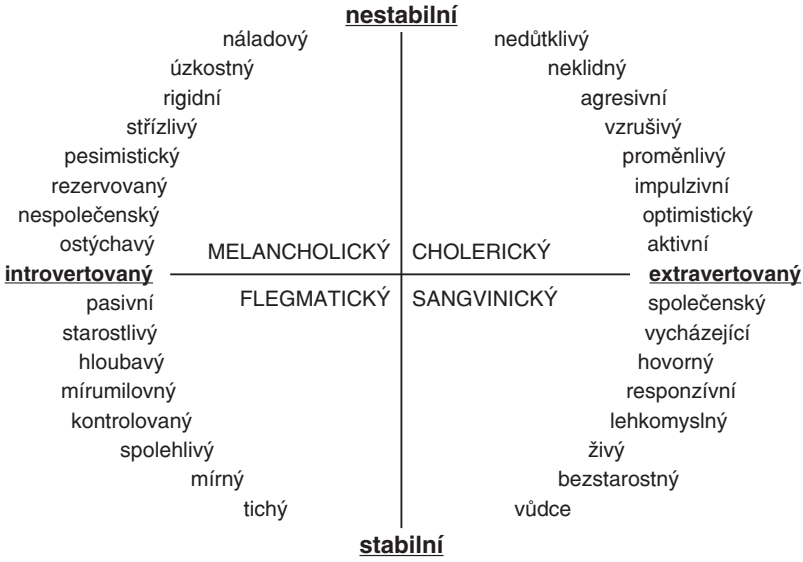
Charakter

Pojmu charakter užívá už Theophrastos ve 3. století před naším letopočtem ve své práci *Charaktery*. Jeho literární dílo obsahuje analýzu třiceti různých povahových typů. Analýzami charakteru se zabývali pak zvláště francouzští moralisté a dále Lichtenberg, Schopenhauer, Nietzsche aj. Freud zdůraznil u osobnosti jako její charakter to, co získala v interakci s nejbližšími osobami v raném období dětského vývoje. V psychoanalytickém pojetí je charakter vyjádřením specifických obranných mechanismů. Například pro anankastický charakter jsou typické obranné mechanismy izolace afektu, intelektualizace a racionalizace. Termín charakter (z řeckého *charasseín* – vyrýt, vytisknout), ekvivalent českého pojmu povaha, má v psychologii tři významy:

1. vyjádření fenomenální zvláštnosti individua projevujícího se v různých situacích týmiž rysy;
2. strukturální základ projevů osobnosti (něco stabilního, setrvávajícího);
3. etické hledisko v hodnocení projevů osobnosti.

Lze rozlišit **širší a užší pojetí charakteru** – širší se kryje s pojmem osobnost. Ilustrativní vysvětlení podávají fenomenologové: charakter pokládají za zvláštní způsob vyjadřování člověka. Tento zvláštní způsob vyjadřování se projevuje v pohybech, v prožívání a reagování na různé situace, ve způsobu, jak člověk mi-

Obr. 2 Eysenckovy faktory osobnosti



luje a žárlí, rovněž tak ve stylu života, v potřebách, touhách a cílech, které si vytyčuje, i v ideálech, které vytváří, a v hodnotách určujících lidské jednání (Hyhlík a Nakonečný, 1977). Proti tomuto širšímu pojetí stojí pojetí užší. V behaviorismu jsou rysy charakteru v podstatě naučenými zvyky chovat se v určitých situacích určitým způsobem. Při užším pojetí lze charakter lépe operacionalizovat a odlišit jej od pojmu temperament, zatímco v širším pojetí se oba pojmy do velké míry překrývají. Pro potřebu pragmatického pojetí této monografie se proto budeme držet užšího vymezení charakteru.

Charakter (povaha) je tedy získaná složka osobnosti, která vzniká psychosociálním učením během raného vývoje. Rozvíjí se působením vnějších vlivů, především blízkých mezilidských vztahů. Charakter z velké části určuje relativně stálou pohotovost jedince projevovat se určitým charakteristickým způsobem. Je individuální a nikdy se zcela neopakuje u jiného. Je samozřejmé, že vznik, rozvoj a fixace určitých vlastností jsou závislé na mnoha neurobiologických faktorech, zejména na temperamentu, ale rozhodujícím faktorem pro rozvoj charakteru se stává nápodoba, posilování a souhlas nebo nesouhlas členů skupiny, do níž je člověk pevně zapojen.

Sociální faktory charakteru závisí především na určitých znacích rodinného prostředí. Zejména podmínky v prvních čtyřech letech života utvářejí osobnost člověka velmi podstatně. Rozhodující faktory, které se podílejí na rozvoji charakteru, jsou tyto: bezpečná vazba mezi matkou a dítětem, vzory v rodičovském chování, konzistence rodinného života, demokratičnost (autokratičnost) rodičovské kontroly, vzájemná důvěra a souhlas mezi dětmi a jejich rodiči a shovívavost (přísnost) rodičovské disciplíny a trestání. Významným faktorem je zvláště vzájemná důvěra mezi rodiči a jejich dětmi, neboť tento faktor nejvíce koreluje se silou ega a s morální stabilitou jedince. Socializační proces, obzvláště napodobování, zrcadlení a spolupráce, pomáhají k rozvoji sebepojetí a pocitu smyslu v životě (Cloninger, 1993). Významnou formou sociálního učení je učení nápodobou. Mnohé způsoby chování dětí (pohyby, držení těla, běžná slova apod.) jsou produktem prostého napodobení na základě identifikace dítěte s blízkou osobou. Napodobování se nejčastěji děje na základě identifikace, jejímž podkladem je citová vazba. Dítě nenapodobuje každého, nýbrž hlavně toho, kdo mu něčím imponuje (důvěra, obdiv, síla, odvaha, ale i moc, dramatizace apod.) – bohužel může také napodobit agresora. První sociální učení se nevztahuje k faktům, nýbrž k citům. Nejprve se člověk učí milovat, nenávidět nebo se bát, teprve později se učí hledat pro tyto citové vztahy důvody. Proces socializace citů probíhá zřejmě jako složitá diferenciace emocionálních struktur a této diferenciaci odpovídá složitější diferenciace v obsazích prožívání. V procesu socializace se emocionální struktury diferencují (mj. získávají kognitivní obsahy) a základem této diferenciace je vrozená dispozice (temperament). Lze předpokládat, že člověk, podobně jako zvířata, má nejméně čtyři **vrozené afekty**. Je to **vztek** jako vrozená reakce na překážku v pohybu, **strach** jako vrozená reakce na ohrožení života, **smutek** jako vrozená reakce na ztrátu někoho nebo něčeho, a **radost** jako vrozená reakce na získání něčeho žádoucího.

Z těchto čtyř základních modalit emocionálního reagování se postupně diferencují jemnější obsahy prožívání až po složité city, etické, estetické a morální. Proces socializace postihuje také vnější výraz citů (předstírání, skrývání nebo potlačování citů, společenská forma v citovém prožívání, společenské rituály aj.). Dochází ke stylizaci citových projevů, což je dalším specifickým případem kultivace citů.

Kognitivní schémata a kognitivní procesy

Jedním z přístupů specifikujících charakterologické komponenty osobnosti je kognitivní teorie používající termín **schéma**. Podle této teorie je charakter tvořen systémem tzv. kognitivních schémat. Pojem „schéma“ v této souvislosti jako první použil francouzský psycholog J. Piaget (1929). Podle něj je na počátku vývoje myšlení činnost. Tím, že dítě operuje s věcmi, objevuje jejich vlastnosti a postupně reorganizuje svá kognitivní schémata, aby dosáhlo rovnováhy mezi strukturou svých činností a těmito vlastnostmi věcí (tzv. akomodace). Tím dítě poznává a interiorizuje funkční vztahy mezi sebou a věcmi a později i mezi věcmi a jevy samotnými, včetně sociálních situací, sebe sama a svého místa ve světě.

Jak v psychoanalytické tradici (Horowitz, 1988; Slap & Slap-Sheldon, 1991) tak v tradici kognitivní terapie (Beck, 1964; Young, 1990) označuje pojem schéma „základní přesvědčení, na jejichž základě si člověk organizuje svůj pohled na sebe, na svět a na budoucnost“. Americký psychiatr A. T. Beck definoval kognitivní schéma jako „relativně stabilní způsob organizace myšlení a hodnocení událostí“. Tato schémata, představují souhrn základních, často nevyřčených a nevědomých předpokladů o tom, jaký jsem, jaký je svět kolem mě a co od něj mohu očekávat. Beck popsal celou řadu kognitivních schémat, která lze podle něj vyjádřit formou určitých pravidel či předpokladů, např. „Pokud se mi něco nepodaří, znamená to, že jsem jako člověk selhal!“ nebo „Nemohu být šťastný, pokud mě druzí lidé nemají rádi!“ Beck předpokládá, že kognitivní schémata se vytvářejí pod vlivem zkušeností v raném dětství a že mohou zůstat dlouhou dobu latentní nebo skrytá, tj. neovlivňovat psychický stav. Pokud jsou však určitou událostí aktivována, mohou spustit dekompenzaci osobnosti nebo aktuální psychickou poruchu, jako je např. deprese nebo úzkostná porucha. Vzhledem k tomu, že kognitivní schémata jsou často nevědomá, nejsou za normálních okolností kriticky přezkoumávaná a jejich platnost není ověřována. Přesto řídí pohled na sebe, druhé a svět, a tím i chování jedince. Původně Beck schémata kategorizoval do tří skupin podle oblasti prožívání, ve které se nejvíce uplatňují:

- **Výkon** – schémata týkající se nároků na sebe a potřeby úspěchu, např.: „Abych byl šťastný, musím být úspěšný ve všem, s čím se setkám!“, „Pokud udělám chybu, znamená to, že nejsem k ničemu!“, „Musím být nejlepší ve všem, co dělám!“
- **Přijetí** – schémata týkající se potřeby být uznáván, milován, chráněn, přijímán druhými osobami, např.: „Abych byl šťastný, musím být uznáván vždy

všemi lidmi (hlavně autoritami)!“, „Nemůžu žít bez lásky!“, „Pokud se mnou někdo nesouhlasí, znamená to, že mě nemá rád!“, „Moje hodnota závisí na tom, co si o mně ostatní myslí!“

- **Moc** – schémata týkající potřeby mít události pod kontrolou, potřeby síly, převahy, kontroly nad chováním svým i ostatních, potřeby poslušnosti a loajality druhých, např.: „Měl bych být vždy schopen všechno zvládnout sám!“, „Všichni mi musí stále pomáhat!“, „Nikomu se nedá věřit!“ či „Všichni mě musí stále poslouchat!“

Stabilita kognitivních schémat ovšem není zcela absolutní. Vzniklé schéma na jedné straně ovlivňuje hodnocení vnějších podnětů tak, aby odpovídaly a shodovaly se s existujícím schématem – tento proces nazýváme **asimilace**. Například člověk, jehož základní přesvědčení – schéma – říká, že „Lidem nejde věřit!“, bude mít tendenci neutrální, případně i přátelské chování lidí kolem sebe hodnotit jako neupřímné a zakrývající jejich „skutečné“ nepřátelské úmysly. Maladaptivní asimilace probíhá pomocí kognitivních omylů (závěry skokem, selektivní abstrakce, diskvalifikace pozitivního, katatymní zkreslení skutečnosti, čtení myšlenek apod.

Tab. 4 Typické kognitivní omyly umožňující asimilaci událostí podle kognitivních schémat

1. *Nepodložené závěry* (svévolná dedukce)	Člověk dospívá k určitému přesvědčení či hodnocení na základě nedostatečného množství informací. Jde o vyvozování závěrů „skokem“.
2. *Zkreslený výběr faktů* (selektivní abstrakce)	Člověk si všímá pouze toho, co „potvrzuje“ jeho přesvědčení, a přehlíží fakta svědčící o opaku.
3. *Nadměrné zevšeobecnění* (nadměrná generalizace)	Jedinec z jednotlivé události vyvozuje dalekosáhlé závěry.
4. Přehánění a bagatelizace	Tendence přikládat určitým faktům nadměrný význam a význam jiných faktů snižovat.
5. *Vztahovačnost* (personalizace)	Tendence vztahovat na sebe náhodné události a přebírat odpovědnost za něco, co člověk ve skutečnosti ovlivnit nemohl.
6. *Černobílé myšlení* (dichotomní myšlení)	Znamená přemýšlení v absolutních kategoriích „všechno, nebo nic“.
7. *Čtení myšlenek*	Posuzování, co si druzí myslí, na základě nejasných zevních signálů.
8. *Negativní věštby*	Ukvapené katastrofické závěry předem, kdy jsou očekávány rovnou nejhorší důsledky
9. *Diskvalifikace pozitivního*	Tendence proměnit neutrální nebo pozitivní jevy v negativní.
10. *Argumentace emocemi* (katatymní myšlení)	Tendence přizpůsobovat hodnocení zevních událostí svému emočnímu stavu, bez ohledu na reálná fakta.
11. *Značkování*	Hodnocení, kdy komplexní jev je simplifikován na jeden (velmi často negativní) atribut.

Beck zdůrazňuje, že těchto kognitivních omylů, či prohřešků proti logickému myšlení se v běžném životě dopouští každý člověk. S psychickou dekompenzaci souvisí však tehdy, když se objevují opakovaně, systematicky, velmi často, postižený je považuje za zcela přesvědčivé, nepochybuje o nich a vyvolávají v něm silné negativní emoce.

Vlivem podnětů a zkušeností, které odporují vytvořenému schématu, však může dojít ke změně tohoto schématu – tomuto procesu říkáme **akomodace**. Například pokud se výše zmíněný člověk dostane do potíží, například onemocní a lidé kolem mu budou nezištně pomáhat, je možné, že svá přesvědčení o tom, že lidem nelze věřit, může změnit. Tyto procesy asimilace a akomodace kognitivních schémat probíhají neustále a pro zdravé fungování psychiky musí být vyvážené (Možný a Praško, 1999). Když totiž převládne rigidní asimilace všech podnětů do existujících kognitivních schémat, mohlo by dojít k postupné ztrátě kontaktu s realitou a rozvoji např. paranoidní psychózy. Na druhé straně při nadměrné akomodaci, tj. kdyby člověk měnil svá přesvědčení pod vlivem každé nové informace a zkušenosti, by mohlo dojít ke ztrátě pocitu kontinuity vlastního „já“.

1.6 Genetika

Bez ohledu na to, co je biologickým korelátem genetického předurčení lidského chování, je zřetelné, že některé typické rysy a vzorce chování jsou přítomné již při narození. Tyto vrozené charakteristiky lze chápat jako tendence, které mohou být posilovány či potlačovány další zkušeností. V nedávné době bylo uveřejněno několik studií popisujících genetickou podstatu konzistentních vzorců chování potvrzenou biologickými nálezy. Polymorfismus v sekvenci genové exprese D4 dopaminového receptoru (na krátkém raménku 11. chromozomu) je ve dvou studiích spojován s vlivem na „vyhledávání nového“ (*novelty seeking*) – Clonningerovou dimenzi temperamentu (Ebstein, 1996; Benjamin, 1996). Dopaminergní funkce ve vztahu k fenoménům, jako jsou kontrola impulzů a hlad po podnětech, je již dlouho předmětem bazálního výzkumu. V těchto souvislostech „genetický marker“ – délka sekvence genu pro D4 receptor, vyznívá víc než nadějně. Dalším předpokládaným genetickým korelátem je serotonergní transmise a její vztah k vrozené tendenci k úzkostným reakcím. Jedinci s vrozenou krátkou variantou sekvence pro transportní protein zabezpečující zpětné vychytávání serotoninu prokazují podle studie Lesche a kol. (1996) sníženou schopnost této funkce, což koreluje s vysokým skóre v Clonningerově „vyhýbání se ohrožení“ (harm avoidance) a vysokou mírou anxiety v psychologických testech.

Hormon oxytocin a opiátový systém v mozku hrají roli při utváření tzv. afiliantního chování (přátelskost, pospolitost, potřeba sociálních interakcí, separační stres, apod. (Sever, 1991; Livesley, 1987). Porucha funkce oxytocinového či opiátového sytému vede k dramatickému poklesu afiliantního chování. Poslední genetické výzkumy poukazují i na roli vasopresinu při utváření sociálního chování, např. monogamie apod. (Ferrit, 1996; Coccaro, 1997). Rovněž pro

agresivitu bylo nalezeno několik genetických korelátů. Například je znám případ rodiny s mutací genu pro MAO-A (monoaminooxidáza typu A – enzym odbourávájící monoaminy). V této rodině se objevovalo nápadně často těžké agresivní chování (Coccaro, 1998). Nízká aktivita MAO byla často spojovaná s agresí a s nadměrnou touhou po nových podnětech i v jiných studiích.

1.7 Neurobiologie osobnosti

Osobnost a individuální reaktivita na informace

Každý jedinec kráčí ve svém životě nekonečně hustým informačním polem a veškeré informace nemůže zpracovat. Proto dochází k selektivnímu vybírání jen těch informací, které jsou důležité. Ty jsou v dalším kroku zpracovávány a vyhodnocovány. Cílem zpracování relevantních informací z okolí je co nejoptimálnější vyhodnocení situace, ve které se nacházíme, s následnou reakcí a adaptací na vnější prostředí. Každý z nás je jiný a jinak na informační tok světa reaguje, vybírá si jako důležité jiné informace a zpracovává je s odlišnou reakcí. Individuální charakter dlouhodobé reaktivity člověka na svět je dán tím, co je označováno jako struktura osobnosti. Z neurobiologického hlediska je tedy možné osobnost člověka definovat jako **dynamickou organizaci psychobiologického systému, která moduluje adaptaci na zkušenost** (Cloninger, 1994a).

Temperament a charakter

Osobnost je standardně rozdělována na temperament a na charakter. Temperament byl v minulosti považován za vrozený, zatímco charakter se vytváří v interakci se světem a dotvářejí si jej lidé sami, svým zaměřením a svými intencemi. Rozdělení osobnosti na charakter a temperament rovněž odráží zdánlivý rozpor v klasickém pojetí osobnosti. Naše osobnostní struktura je na jedné straně v dospělém věku relativně stabilní, na druhé straně se však i během života vyvíjíme, měníme. Mění se naše reaktivita na svět. Je možné předpokládat, že temperamentové dimenze osobnosti jsou spojené s nějakým stabilnějším neurobiologickým systémem, charakterové dimenze naopak se systémem plastičtějším. Současné teorie neurobiologie osobnosti tento předpoklad ve své podstatě potvrzují. Při studiu neurobiologie osobnosti můžeme hovořit na úrovni:

a) neuroanatomických a funkčních struktur;
b) neuropřenašečových systémů.

Kognitivní mapy a charakter

Již výše bylo řečeno, že nervový systém reguluje, co si z reality vybere (ohodnotí jako významné), co **vytřídí** nebo **vpustí** do vnitřního prostoru zpracování, případně až do prostoru vnitřní reflexe, tedy do vědomí. Informace, které takto v mozku prostoupí přes talamus, jsou dále zpracovány v neokortexu. Zpracování informací v této oblasti je založeno na schopnosti vytvářet mentální mapy (schémata) reprezentace světa. Mentální mapy reprezentace jsou skutečně jakési „mapy", tzn. obrazy světa v neuronálním kódu, které získáváme během individuálního života a které vznikají v důsledku zapojení obrovských populací neuronů v mozku (tzv. **neuronální síť**). Mapa reprezentace se pravděpodobně vytváří na základě **posilování váhy synaptických spojení** při současném (časová koincidence) výskytu dvou a více informací (Hebb, 1949, 1967). Synaptická spojení se posilují zvýšením výdeje neurotransmiteru, zesílením citlivosti receptorů a v konečné fázi i morfologickou přestavbou synapsí, jejich zmnožením. Slyší-li malé dítě slovo mléko a současně dostane napít lahodné bílé tekutiny, spojí si v neuronální síti akustický fenomén (zvuk slova „mléko") s vizuální, čichovou a chuťovou charakteristikou této tekutiny. Tak dojde k vytvoření (zapojení) jednoduché neuronální sítě zahrnující různé senzorické modality. Pro komplex informací, které později vstupují do neokortikálního zpracování, je na základě procesu **porovnávání** nalezena nejvhodnější mapa reprezentace, tzn. v minulosti vytvořené zapojení neuronální sítě. Mapa, která je nejbližší aktuálně zpracovávané informaci, se v informační terminologii označuje jako **atraktor.** Součástí **aktivace** mapy (neuronální sítě, atraktoru) je také sled kroků (vzorec), které musí organismus udělat, aby reagoval adekvátně na určitou situaci. Sled kroků (**operantní funkce**) je již obsažen ve schématu mentální mapy a odpovídá předchozí zkušenosti „jak reagovat". Například akustický signál slova „mléko" tedy aktivuje kognitivní mapu mléka s její čichovou, zrakovou a chuťovou modalitou a je tak aktivováno chování vedoucí ke konzumaci mléka. Rychlé nalezení a spuštění té správné mapy (atraktoru) představuje hlavní výhodu takto **paralelně distribuovaných neuronálních sítí.** V případě člověka se může jednat také o spuštění sekvence myšlenek. Myšlení se vyvinulo z vývojově starších motorických (pohybových) příkazů. Člověk je díky své schopnosti sebeuvědomění schopen reflektovat některé vnitřní pochody (příkazy), což tvoří základ myšlenek, přání, představ, tužeb, očekávání apod. Navíc dochází ke stálému **dolaďování** na základě současně zpracovávané situace. V nervovém systému tedy permanentně dochází k tvorbě nových map, vyhledávání, aktivování a dolaďování map již vytvořených (přehled Arbib, 1995).

Na tvorbě kognitivních map se podílejí dva nejdůležitější neurotransmiterové systémy, tedy **excitační glutamatergní** a **inhibiční GABAergní** (GABA – gama amino máselná kyselina) **systém**. Oba tyto systém reagují především prostřednictvím receptorů spřažených s rychlými iontovými kanály, a proto zprostředkují rychlé a efektivní zpracování informací v rámci chování a myšlen-

kových procesů. Oba systémy jsou lokalizovány především neokortikálně a právě nekortikální asociační oblasti jsou substrátem kognitivních map.

Člověk prostřednictvím již vytvořených map reprezentace reaguje na skutečnost a tyto mapy tedy odpovídají za individuální reaktivitu (výjimečnost) v kognitivních procesech, tedy za charakterové dimenze osobnosti. Vzhledem k jejich veliké plasticitě se **charakter** na základě zkušenosti dynamicky mění během života a je založený na sociokulturálním podmíněném učení. Odpovídá potom vědomým konceptům o sobě, o ostatních lidech a o světě jako celku. Charakterové dimenze mají především vliv na volní záměry, přání a jednání, odpovídají tedy vědomým kognitivním a motorickým aktům.

V terminologii teorie učení a paměti je charakter založený na deklarativní paměti, která uchovává vyšší abstraktní a symbolické procesy. Anatomicky je spojován především s neokortexem a hipokampem a předpokládá evolučně výrazně mladší adaptační systém. Cloninger (1994b) popisuje tři dimenze charakteru (podrobněji popsané v kapitole Psychologická diagnostika poruch osobnosti):

- **Sebezaměření** (*Self-directedness*) odpovídající za výbavu konceptů o sobě samém (individuální dimenze).
- **Spolupráce** – ochota spolupracovat (*Coopereativenes*) odpovídající za výbavu konceptů o ostatních lidech (sociální dimenze).
- **Sebepřesah** (*Self-transcendence*) odpovídající za přesvědčení spojená s celkem a odpovídá individuálním odchylkám v lidské spiritualitě (univerzální dimenze).

Protože informace jsou v neokortexu zpracovávány paralelně a distribuovaně mezi vzdálenými populacemi neuronů, je obtížné definovat, zda mají jednotlivé dimenze charakteru svou funkčně-anatomickou lokalizaci. Rovněž není jasné, zda je tato otázka položená správně. Nicméně funkčně zobrazovací a neuropsychologické metody výzkumu poruch osobnosti poskytují jisté nálezy. Fronto-temporální kortex je spojován především dimenzí sebezaměření a to na základě neuropsychologického testování u hraničních poruch osobnosti (Swirsky-Sacchetti, Gorton et al., 1993; van Reekum, Conway et al., 1993). Temporoparietální kůra má sníženou aktivitu u osob s antisociální poruchou osobnost (Cloninger, Svrakic et al., 1993a) a je spojována s dimenzí spolupráce.

Neuromodulace a temperament

V našem mozku se mimo rychlé glutamaterní a GABAergní neurotransmise vyskytuje řada dalších neuropřenašečových systémů, které sice neodpovídají za vlastní zapojení při tvorbě mentálních map, ale podílejí se na modulaci, resp. na nastavení celého systému. Tyto přenašeče jsou ovlivněny léky z různých farmakologických skupin a označují se jako neuromodulátory. Patří mezi ně řada látek, např. dopamin, noradrenalin, serotonin, acetylcholin, histamin a mnoho dalších včetně růz-

ných peptidů apod. Právě neuromodulační role těchto látek bývá spojována s řadou psychických poruch a za klíčovou je považována i v neurobiologii poruch osobnosti, především v temperamentové složce. Temperament je stabilnější složkou osobnosti. Odpovídá automatickým nevědomým asociativním procesům na stimuly a determinuje především emotivitu. Je spíše vrozený a v klasickém pojetí je méně ovlivnitelný učením a sociokulturními proměnnými (Goldsmith et al., 1987). Neovlivnitelnost situací však není absolutní ani v případě temperamentu.

Jak jsme již uvedli dříve, podle teorie Cloningera a a kol. (1993b) můžeme rozlišit čtyři dimenze temperamentu:

- **vyhledávání nového** (orig. *novelty-seeking*);
- **vyhýbání se ohrožení** (orig. *harm-avoidance*);
- **závislost na odměně** (orig. *reward-dependence*);
- **odolnost** (orig. *perzistence*).

Jako další dimenzi temperamentu přidávají jiní výzkumníci (Koo-Loeb et al., 2000; Costello, 1996)

- **impulzivitu a agresivitu**.

Neurobiologické systémy i mechanismy odpovídající za temperamentové dimenze jsou odlišné, než jak je tomu u charakteru, a jsou spojovány především s **neuromodulátory**. Právě neuromodulátory a vývojově starší podkorové neuroanatomické struktury, ze kterých vycházejí jejich projekční dráhy, jsou pravděpodobně klíčové pro temperamentové dimenze osobnosti. Nejjednodušší představou o roli neuromodulátorů je ovlivnění funkce nervového systému ve smyslu behaviorální **aktivace** nebo **inhibice.**

Aktivační systém chování odpovídající za spouštění poznávacího, exploratorního chování u zvířete v novém prostředí je podkladem pro temperamentovou dimenzi vyhledávání nového (*novelty-seeking*). Z neuromodulačních systémů je aktivace, resp. vyhledávání nového, spojováno především s dopaminem (Menza et al., 1990, 1993, 1995) a dynorfinem (Cerbone et al., 1993; Cloninger, 1994a).

Inhibiční systém chování je zodpovědný za blokování chování, které je spojeno s nepříjemným, s riziky, s možným poškozením, je podkladem temperamentové dimenze vyhýbání se ohrožení (*harm-avoidance*). Neodpovídá mu jen vlastní inhibice chování v patologické formě reprezentovaná depresivitou, ale také obavná aktivace reprezentovaná u člověka úzkostí. Z neuromodulátorových systémů je vyhýbání se ohrožení spojováno se serotoninem (Joffe et al., 1993) a dalšími působky, jako je např. vasopresin, oxytocin (Roozendaal et al., 1992).

Behaviorální systém závislosti zodpovídá za varovné reakce při sociální separaci a za posílení chování, které vedlo v minulosti k příjemným pocitům a které se v minulosti ukázalo jako odměněné, ať již v biologickém nebo sociálním smyslu. U člověka je tato dimenze označována jako závislost na odměně (*reward--dependence*). Intenzivní výzkum závislosti na odměně poukazuje zatím na důležitou roli několika neuromodulátorů: noradrenalinu, dopaminu a oxytocinu. Podle

Cloningera (1994), který vychází především z animálních modelů, je oxytocin (hojně zastoupený v amygdale, limbických a prelimbických strukturách) zodpovědný za odměňované chování (Witt et al., 1992, Winslow et al., 1993; Insel et al., 1992). Na základě humánních studií, které sledovaly souvislost mezi dopaminergním D2 receptorem a dependentním chováním, je zdůrazňována také role dopaminu. Přítomnost alely A1 pro D2 receptor vede k nižší hustotě D2 receptorů a tím dochází k nižší dopaminové aktivitě v těch oblastech mozku, které jsou zodpovědné za pocit odměny (*nucleus accumbens*). Osoby s alelou A1 v tomto případě nejsou uspokojovány těmi podněty, které jinak k uspokojení vedou. Proto neustále vyhledávají podněty nové, které by je mohly uspokojit (odměnit). Na základě studia epidemiologie výskytu alely A1 v souvislosti s psychickými poruchami byl popsán „syndrom narušené závislosti na odměně" s impulzivním chováním, sklonu k závislosti na alkoholu a drogách, antisociálními a agresivními rysy osobnosti (Blum et al., 1996, 1997, 1996; přehled Höschl, 1996).

Systém vytrvalosti v chování je spojený se schopností přepojení od očekávání ohrožení k očekávání odměny. Tento mechanismus je možné považovat za podstatu odolnosti (*perzistence*), kdy jedinec strpí aktuální nepříjemnosti, protože očekává nějakou trvalejší odměnu v budoucnu. Na základě animálních modelů je systém odolnosti spojován s hipokampální projekcí do subiccula limbického systému (Cloninger, 1994b; Tai et al., 1991). U člověka je dimenze odolnosti navíc (v souvislosti s jejím předpokládaným zvýšením u obsedantně-kompulzivní poruchy) spojovaná s aktivitou orbitomediálního kortexu (Hay et al., 1993).

Z hlediska učení je temperament založený na individuálních odchylkách v procedurálním učení emočních návyků a sklonů. Odpovídá něčemu, jako je základní emocionalita, a vzniká mechanismem jednoduchého a nevědomého asociativního učení založeného na vjemech spíše než na vědomém myšlení. Mechanismus asociativního procedurálního učení je evolučně velmi starý a rozvinutý již u nejnižších obratlovců (Cloninger, 1994). Anatomicky je procedurální učení spojováno s limbickým systémem.

Shrnutí: Osobnost jako integrace temperamentu a charakteru a jejich neurobiologie

Předpoklad, že osobnost člověka je dána kombinací temperamentových a charakterových dimenzí, vede k představě, že neurobiologický podklad osobnosti je definován integrací mechanismů procedurálního učení a deklarativní paměti. Vrozená složka temperamentu a charakteru je potom dána jakýmsi „přednastavením" obou systémů.

Biologické mechanismy tvořící podklad **temperamentových dimenzí,** jsou vývojově velmi staré, založené na podmiňování, resp. na procedurálním učení, spojeném u člověka s nevědomým vytvářením vzorců chování a reaktivity. Tento

systém odpovídá za celkové nastavení ve smyslu aktivace (vyhledávání nového), inhibice (vyhýbání se ohrožení), posílení odměněného (závislost na odměně) a schopnosti přepínat mezi vyhýbáním se poškození a očekávání odměny (vytrvalost). Podílí se na bazálním emočním nastavení. Neuroanatomickými systémy temperamentu jsou fylogeneticky staré struktury striata, ventrálního tegmenta a limbického systému, včetně amygdaly. Amygdala představuje systém poskytující vrozené (preformované) emoční reakce, které mohou být použity v rozdílných emočních situacích. Funkce temperamentových dimenzí je dána neuromodulátory (monoaminy: dopamin, serotonin, noradrenalin; a peptidy: oxytocin, dynorfin, vasopresin a další). Genetická komponenta **pro temperament představuje asi 40–60 %** (Cloninger, Adolfsson a Svrakic, 1996).

Biologické mechanismy tvořící podklad **charakterových dimenzí** jsou vývojově mladé, založené na konceptuálním, deklarativním vědomém učení (kognitivní mapy). Tímto mechanismem jsou vytvářeny soubory přesvědčení o sobě (sebezaměření), ostatních lidech (spolupráce) a o okolním světě (sebepřesah). Neuroanatomicky je lze spojit s asociačními oblastmi neokortexu a s hipokampem, hlavní neurotransmiterové systémy představují glutamatergní a GABAergní neurony. Geneticky je charakter determinován výrazně méně než temperament, asi jen z 10–15 % (Cloninger, Adolfsson a Svrakic, 1996).

Na základě tohoto zjednodušeného modelu lze předpokládat, že osobnost je dána interakcí složek obou hlavních neurobiologických systémů.

Neurobiologická východiska pro možnosti terapie poruch osobnosti

Z neurobiologického pohledu jsou temperament a charakter zprostředkovány odlišnými mechanismy, což představuje důležité východisko v úvahách o léčebných možnostech u jednotlivých poruch osobnosti. Charakterové dimenze osobnosti jsou spojené s citlivou a jemnou informační rolí neokortikálních systémů rychlé neurotransmise (glutamát a GABA) a jsou vysoce plastické. Proto je možné předpokládat, že je lze ovlivnit zkušeností, kterou nabízejí některé psychoterapeutické přístupy. Účinné jsou ty techniky psychoterapie, které na základě mechanismů učení a přeučení nabízení možnost náhrady patologických, resp. maladaptivních map reality mapami novými, resp. adaptivnějšími. Jde zejména o přístupy kognitivní terapie, jako je kognitivní rekonstrukce, plánování času, strukturované řešení problémů, kognitivní restrukturalizace (práce s kognitivními procesy a schématy). Podobně na „charakterové úrovni“ fungují interpretace a konfrontace v psychodynamických terapiích, skupinové psychoterapii, gestaltterapii a dalších.

V případě patologie temperamentových dimenzí je situace složitější. Jejich neurobiologické mechanismy nejsou přístupné vědomí bezprostředně a jejich

ovlivnění je možné buď postupnou emoční rekonstrukcí osobního vývoje, nebo pomocí vyhasínání (habituace) starých emočních vzorců a podmiňování nových emočních reakcí (expoziční léčba). Z těchto principů vycházejí jak techniky dynamické psychoterapie, která se u některých poruch osobnosti ukazuje jako účinná, tak moderní přístupy kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Avšak vzhledem k tomu, že individuální odchylky v temperamentové výbavě jsou zkušeností ve vývoji jedince podmíněny jen asi z poloviny, psychoterapie nemusí být vždy účinná. Proto se v terapii temperamentových dimenzí poruch osobnosti často neobejdeme bez farmakoterapie. Jednotlivé skupiny psychofarmak postihují právě ty neuromodulátorové systémy, které jsou zahrnuty v psychopatologii poruch osobnosti.

1.8 Psychoanalytický pohled a vývoj osobnosti

Freud srovnával lidskou mysl s ledovcem. Malá část, kterou je vidět nad vodní hladinou, představuje vědomou zkušenost. Mnohem větší část pod vodní hladinou představuje nevědomí, skladiště impulzů, vášní a nepřístupných vzpomínek, které působí na naše myšlení a chování. Freud nebyl první, kdo objevil nevědomé duševní vlivy – dokonce už Shakespeare je zahrnul do svých her – ale Freud byl první, kdo poukázal na jejich zásadní význam v každodenním životě normální osobnosti.

S pojetím nevědomých procesů úzce souvisí determinismus lidského chování. **Psychologický determinismus** je názor, podle kterého všechny myšlenky, emoce a činy mají svoje příčiny. Freud tvrdil nejen to, že psychické události mají příčinu, ale že většina z nich je způsobena neuspokojenými pudy a nevědomými přáními. V jedné ze svých nejranějších prací, *Psychopatologii všedního života* (1901) tvrdil, že sny, vtipy, zapomínání a přeřeknutí slouží k uvolnění psychického napětí uspokojením zakázaných impulzů a nesplněných přání.

Podle psychoanalytické teorie se může duševní aktivita uskutečňovat vědomým a nevědomým způsobem.

Vědomí

Stav vědomí je často definován jako obvyklý stav uvědomování si vnějších a vnitřních podnětů, to znamená událostí v okolí, tělesných vjemů, vzpomínek a myšlenek. Tato definice se však zabývá pouze jednou stránkou vědomí a nechává stranou fakt, že jsme při vědomí také tehdy, když se pokoušíme řešit problém nebo úmyslně vybrat jeden čin z ostatních možných jako reakci na podmínky

prostředí a osobní záměr. Vědomí tedy zahrnuje: a) **sledování** sebe sama a svého okolí tím způsobem, že vjemy, vzpomínky a myšlenky jsou přesně reprezentovány ve vědomí; b) **ovládání** sebe sama a svého okolí tím způsobem, že jsme schopni zahajovat a ukončovat své jednání a kognitivní aktivity.

Sledování: Hlavní úlohou smyslové soustavy je zpracovávání informací z prostředí, což vede k tomu, že jsme si vědomi toho, co se děje v našem okolí i v našem těle. Není však možné, abychom věnovali pozornost všem podnětům, které útočí na naše smysly, neboť bychom byli informacemi zahlceni. Naše vědomí se zaměřuje na některé podněty a jiné ignoruje. Tato selekce informací má často souvislost s událostmi vnějšího a vnitřního světa. Zatímco se soustředíte na tento odstavec, pravděpodobně si nejste vědomi mnoha podnětů přicházejících z pozadí. Pokud však dojde k nějaké změně – pohasne světlo, ve vzduchu začne být cítit kouř nebo se sníží hluk klimatizace – pak si pravděpodobně těchto podnětů všimnete. Naše pozornost je selektivní, některé události přednostně vstupují do našeho vědomí a stávají se podnětem k zahájení akce. Nejvyšší prioritu mají většinou události, které jsou důležité pro přežití. Máme-li hlad, je obvykle obtížné soustředit se na studium. Pokud náhle ucítíme bolest, vytlačíme ze svého vědomí ostatní myšlenky do té doby, než bolest odstraníme.

Ovládání: Další funkcí našeho vědomí je plánovat, zahajovat a řídit své činy. Ať už je plán jednoduše a snadno uskutečněn (jako například společný oběd s přítelem), nebo je složitý (příprava životní dráhy), své činy musíme provádět a upravovat tak, aby byly koordinovány s událostmi kolem nás. V procesu plánování mohou být události, které se ještě neuskutečnily, představovány v našem vědomí jako budoucí možnosti. Můžeme si v duchu představit alternativní „scénáře“, rozhodovat se mezi možnostmi a zahajovat přiměřené aktivity.

Vědomé procesy většinou podléhají **sekundárnímu procesu** myšlení, který je logický, na cíl orientovaný a odpovídá každodennímu myšlení dospělých lidí.

Ne všechny aktivity jsou řízeny vědomými rozhodnutími a ne všechna řešení problémů jsou prováděna na vědomé úrovni. Jedním ze základních kamenů moderní psychologie je pojetí, podle něhož duševní události zahrnují jak vědomé, tak nevědomé procesy a mnoho rozhodnutí a akcí se odehrává výhradně mimo oblast vědomí. Řešení problému se může objevit „zčistajasna“, aniž bychom si byli vědomi, že jsme o tomto problému přemýšleli. A když máme k dispozici řešení, nemusíme být schopni poskytnout introspektivní popis toho, jak bylo řešení dosaženo. I když můžeme uvést řadu případů rozhodování a řešení problémů, ke kterým došlo na nevědomé úrovni, neznamená to, že **všechna** podobná chování se dějí bez vědomé úvahy. Vědomí nejen sleduje probíhající chování, ale hraje svoji úlohu i při řízení a ovládání tohoto chování.