

LÉČBA PORUCH OSOBNOSTI II. ČÁST

^{1,2}MUDr. Ján Praško, CSc., ^{1,2}MUDr. Jiřina Kosová

¹MUDr. Beata Pašková, ³MUDr. Hana Prašková

¹Psychiatrické centrum Praha

²III. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

³Denní sanatorium Horní Palata

V následující části se budeme věnovat hlavně přímo kognitivně behaviorální strategii v léčbě poruch osobnosti. Tyto strategie byly propracovány hlavně v posledních deseti letech.

Klíčová slova: kognitivně behaviorální terapie (KBT), poruchy osobnosti, kognitivně behaviorální schémata, behaviorální strategie, kognitivní strategie.

TREATMENT OF PERSONALITY DISORDERS, PART II

In this part, we will mainly consider direct cognitive behavioural strategy in the treatment of personality disorders. Those strategies were developed mainly in the last ten years.

Keywords: cognitive behavioural therapy (CBT), personality disorders, cognitive behavioural models, behavioural strategies, cognitive strategies.

Základní charakteristiky KBT poruch osobnosti

Ve srovnání s KBT u úzkostných poruch je přístup k pacientům trpícím poruchou osobnosti komplexnější a léčba trvá delší dobu (1 až 3 roky). Terapeutický vztah může být v terapii použit jako reprezentace jiných vztahů. Důraz je věnován i vývoji postiženého jedince a jeho dětství. Struktura sezení je variabilnější. Nejdůležitější postupy jsou zaměřeny na změnu dysfunkčních přesvědčení o sobě, jiných lidech a světě vůbec a modifikaci kompenzačních vzorců v chování. Základní zásady KBT poruch osobnosti zohledňují větší komplexnost těchto poruch a menší schopnost pacientů v terapii spolupracovat.

a) Individuální KBT formulace případu

Na základě anamnézy a důkladné behaviorální, funkční a kognitivní analýzy pacientových problémů terapeut formuluje hypotézy o tom, jak dysfunkční postoje ovlivňují myšlení a chování pacienta (příklad viz tabulka 5). Typické situace, automatické myšlenky, emoce a chování se daří identifikovat poměrně záhy, ovšem dysfunkční předpoklady a jádrová přesvědčení se identifikují obtížněji, až na základě opakovaně se objevujících témat. Svá pozorování terapeut předkládá jako hypotézy, které se v průběhu terapie ověřují. Proto původní formulace případu může být později změňována na základě nových zkušeností. Formulace případu pomáhá terapeutovi a pacientovi předvídat reakce na situace v budoucnosti a tím si postupně připravit optimální strategii na jejich řešení.

b) Pevný terapeutický vztah

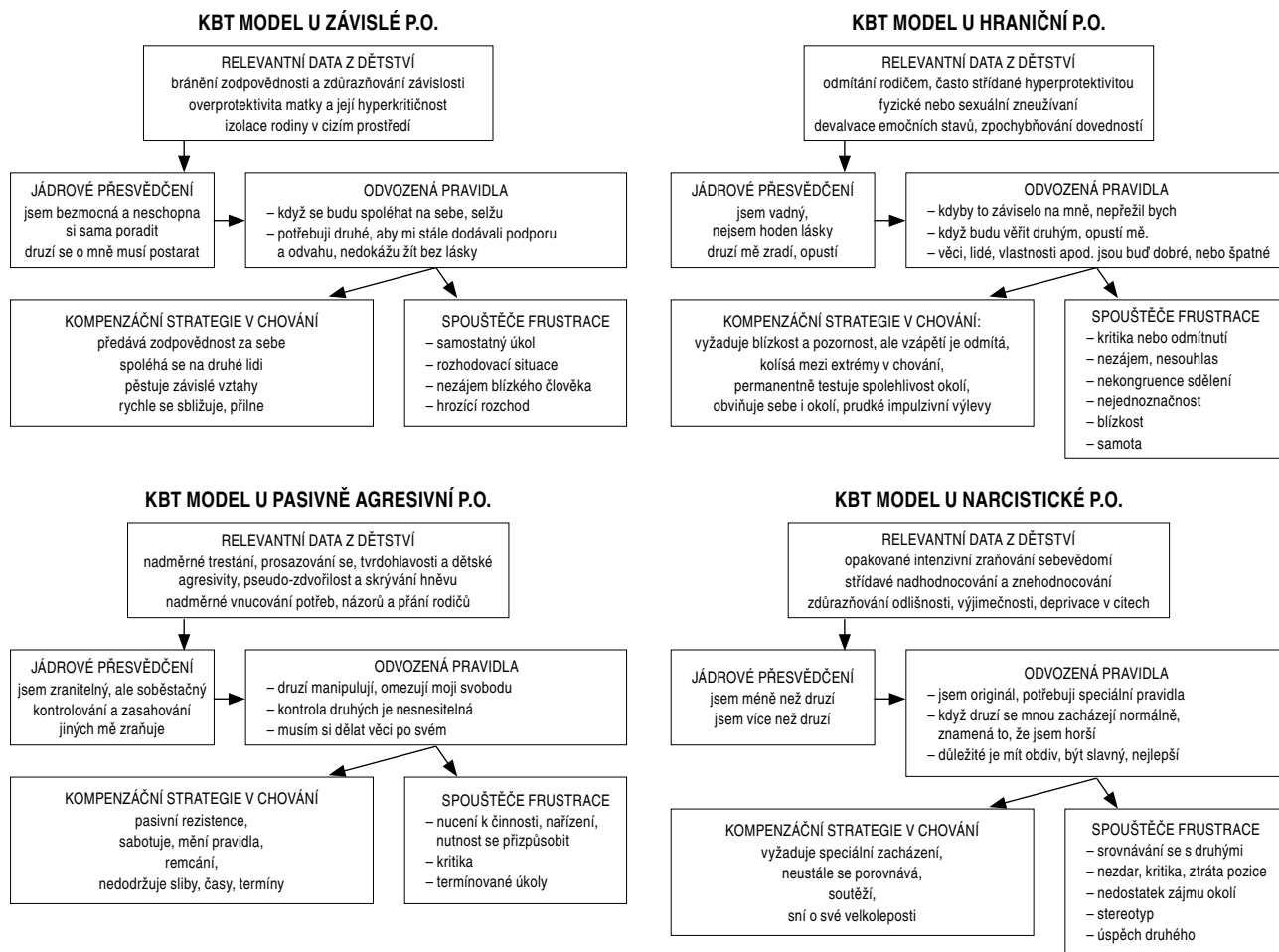
Pro pacienty trpící poruchou osobnosti se terapeutický vztah stává ohniskem terapie. Jeho kvalita rozhoduje o tom, zda pacient bude v terapii pokračovat a zda bude ochoten pracovat na jednotlivých cílech. Terapeut od počátku dává najevo, že přijímá pacienta takového, jaký je. Jasně odděluje jednotlivé komponenty chování a myšlení od lidské hodnoty pacienta. Nabízí společnou analýzu způsobů, jak pacient hodnotí situace a jak na ně reaguje a spo-

lečné vypracování plánu, jak tyto přístupy změnit tak, aby přinášely více spokojenosti. Terapeutický vztah může být často využíván k identifikaci automatickým myšlenek i dysfunkčních předpokladů a jádrových přesvědčení, zejména když v průběhu sezení nebo terapie jsou aktivovány dysfunkční přesvědčení týkající se vztahu mezi terapeutem a pacientem (Beck 1997). Potíže s vytvářením terapeutického vztahu mohou odrážet pacientovy potíže ve vztazích mimo terapii a jejich zkoumání může pomoci odhalit jak pacientova přesvědčení, tak obvyklé kompenzační strategie. Sám terapeut potřebuje pravidelně zkoumat své myšlenky a chování k pacientovi, které mohou mít základ v jeho vlastních dysfunkčních postojích.

c) Variabilnější struktura sezení a terapie vůbec

Někteří pacienti s poruchami osobnosti mají potíže tolerovat fakt, že by sezení mělo mít nějakou strukturu. Vyžadují od terapeuta, aby se on přizpůsobil jejich představám, které mohou kolísat od extrému k extrému „chci někoho, kdo by mě jen vyslechl a pochopil“ (a dal mi ve všem za pravdu) k „chci, abyste mi nadiktoval, co přesně mám udělat, aby se ke mně manžel choval líp“. Terapeut nabízí svoji alternativu strukturovaného sezení i celého programu, často však je potřebné najít s pacientem kompromis, který by vyhovoval oběma stranám. Proto mívá KBT poruch osobnosti variabilnější strukturu než u jiných poruch. Například pacientka s histrionskou poruchou osobnosti má potřebu na počátku sezení mluvit sama bez jakéhokoliv zasahování terapeuta. Na tom je možné se předem dohodnout s tím, že je na ní, zda bude pak chtít komentář či nikoliv. Pak může následovat probrání domácích úkolů a dalších bodů, podle společně domluvených pravidel. Na tom, že sezení má mít relativně jasný postup a pravidla však trváme, stejně na délce času, který sezení věnujeme. Pokud s tím pacient nechce souhlasit, zkoumáme postoje, které mu v tom brání. Někdy má proto několik prvních sezení nečitelnou strukturu, nicméně v průběhu času se většinou daří najít smysluplnou strukturu.

Tabulka 5. Příklady formulace případu



ru sezení, která je přijatelná pro obě strany. Pokud je pacientův požadavek extrémní a pacient na něm trvá, může terapeut nabídnout experiment, ve kterém to zkusí udělat přesně podle pacientových představ a pak zjišťovat, nakolik byl s takovým sezením pacient spokojený. Najít konzistentnější strukturu jednotlivých sezení může být obzvlášť problém u pacientů, kteří mají dysfunkční předpoklady typu (podle Beck 1998):

- „Pokud bude terapeut řídit sezení, bude řídit i mně (a to by znamenalo, že jsem slabý).“
- „Pokud bude terapeut řídit to, co se má dělat, nemá opravdový zájem o to, co já prožívám.“
- „Pokud bude terapeut řídit diskusi, nezíská úplný obraz o tom, co se se mnou děje, nebude mi rozumět a pak ani schopen pomoci.“
- „Když se mně bude terapeut ptát na to, co chci během sezení řešit, můžu mu nabídnout nedůležitý problém.“

V této situaci potřebuje terapeut zvážit, zda identifikace a testování těchto přesvědčení má v této fázi terapie význam nebo by zvýšila nedůvěru v terapii vůbec. Pokud jde o druhý případ, je vhodné pro několik prvních sezení strukturovat sezení minimálně a počkat do doby, než se vytvoří pevnější terapeutický vztah.

d) Strukturovaný terapeutický program se stanovením konkrétních problémů a cílů

Od prvního sezení terapeut nabízí program s jasnou strukturou. Podobně jako v otázce struktury jednotlivých sezení je to pro mnohé pacienty s poruchou osobnosti velmi těžké. Odmítají to přijmout. Opět můžeme počkat, než dokážeme vytvořit pevnější terapeutický vztah. Rovněž můžeme testovat předpoklady, které přijetí jasného terapeutického programu brání.

Již od prvního sezení pomáhá terapeut pacientovi vypracovat seznam problémů a cílů, kterých chce v terapii dosáhnout. To bývá pro pacienty s poruchami osobnosti obtížné, protože často by si přáli, aby se změnili jiní lidé a cíle by měl dosáhnout terapeut, nikoliv oni („Ať změni své chování manžel, matka a šéf v práci, oni se ke mně chovají špatně“) nebo si kladou vágní cíle („Chci být konečně šťastná.“ „Chci, abyste mě ve všem změnil.“). Nezbyvá než trpělivě vysvětlovat, že chování druhého člověka, pokud to on sám nechce, změnit nemůžeme. Můžeme však změnit svůj vlastní přístup k němu tak, že je větší šance, že se i jeho chování může změnit. V případě vágních cílů se ptáme na to, jak by mělo vypadat konkrétní chování, které by k takovému cíli vedlo. Snažíme se cíle specifikovat natolik, aby byly stanoveny v pojmech viditelného chování, byly konkrétní, měřitelné, praktické a dosažitelné.

e) Edukace

Edukace u poruch osobnosti se týká porozumění tomu, jak porucha funguje, jak jádrové přesvědčení souvisí s eventuálním kompenzatorním (např. u histrionské poruchy osobnosti může znít jádrové přesvědčení „Nic nejsem“ a kompenzatorní „Jsem velkolepá“), jak jádrová přesvědčení ovlivňují odvozené dysfunkční předpoklady a převažující způsoby chování. V prvních sezeních máme zpravidla na to málo informací. Lze však většinou vysvětlit vztah mezi kognicemi, emocemi, chováním a tělesnými příznaky a vztah mezi některou životní zkušeností a nynějšími postoji. V průběhu dalších sezení, kdy už máme informací více a známe celou pacientovu anamnézu, je pak na místě popsat jakým způsobem dysfunkční předpoklady v dětství vznikaly a jak jsou udržovány a zpevňovány od dětství až do současnosti pomocí selektivní abstrakce, diskvalifikace opačných informací a přeceňování informací souhlasících s daným předpokladem. Dalším důležitým bodem edukace je vysvětlení, jak kompenzatorní strategie pomáhají udržovat celý proces dlouhodobě v chodu. Sdělení, že jde o poruchu osobnosti postižený často vnímá jako značku a cítí se zraněn. Je proto zbytečné a zavádějící mu sdělovat diagnostikou nálepkou na počátku terapie. Raději volíme popis jeho problému nebo mu můžeme sdělit, že jeho problémy souvisí s některými jeho navyklými pohledy na sebe a druhé lidi, očekáváním od světa a s rysy temperamentu a povahy.

f) Zaměření na současnost ale i na minulost a budoucnost

Probrání toho, jak pohled na současné situace byl ovlivněn zážitky během vývoje, pomáhá pacientovi pochopit, proč dnes reaguje na situace způsoby, kterými reaguje. Postoje k budoucím možným problémům jednak pomáhají odhalit některá skrytá přesvědčení a maladaptivní očekávání, jednak umožní se na budoucí problémy připravit. Systematická příprava na budoucí možné obtíže je pro řadu pacientů s poruchami osobnosti novum, které neměli v repertoáru svých dovedností.

g) Systematické řešení problémů

Strategie řešení problému je dovednost, která většinou pacientům s poruchami osobnosti chybí. Často řeší problé-

my zkratkovitě nebo je neřeší vůbec, popřípadě přenesou zodpovědnost za řešení na druhé osoby. Proto v terapii daleko více než o vyřešení jednotlivého problému jde o to naučit pacienta, jak vůbec k problémům v životě přistupovat.

h) Změna dysfunkčních přesvědčení o sobě, jiných lidech a světě vůbec

Nejdříve je potřebné tato přesvědčení identifikovat a popsat. Pak zmapovat, jak fungují v myšlenkách, emocích a chování pacienta, jaké kompenzační strategie na jejich základě volí a které způsoby chování se díky jim nenaučil. Dalším krokem je kognitivní testování těchto přesvědčení, zvažování jejich výhod a nevýhod, jejich pravdivosti či přehnanosti. Léčba pokračuje hledáním modifikace dysfunkčních přesvědčení tak, aby se staly funkčnějšími, tj. zachovaly výhody a odbouraly nevýhody původních předpokladů. To probíhá jak během rozhovorů s terapeutem, tak v domácích cvičeních. Posledním krokem je pak plánování a praktikování nových způsobů chování, které vycházejí z modifikovaných schémat.

Metody kognitivní restrukturalizace

U poruch osobnosti začínáme s kognitivní rekonstrukcí, tj. testováním automatických myšlenek, ale vždy směřujeme dále ke kognitivní restrukturalizaci, tj. *změně jádrových přesvědčení o sobě* (např. u závislé poruchy osobnosti: „Jsem bezmocná“), *o druhých* („Druzí lidé by se o mě měli postarat“) a *odvozených předpokladů* („Potřebuji druhé, aby mě stále podporovali a dodávali mi odvalu“ a „Kdybych se spoléhala na sebe, selhala bych“) (tabulka 6).

a) Na úrovni *kognitivní rekonstrukce* můžeme použít celou řadu kognitivních intervencí:

- identifikace a testování automatických myšlenek
- označení kognitivních omylů
- Sokratický dialog
- použití záznamu automatických myšlenek
- behaviorální experimenty.

b) Na úrovni *kognitivní restrukturalizace* jde o postupnou modifikaci jádrových přesvědčení a odvozených předpokladů. Tento proces vyžaduje značnou a vytrvalou námahu. Přehled jednotlivých přístupů je uveden v knize Becka a spol. (1990) a kapitole Beckové (1997). Zde uvádíme jen základní přístupy:

Tabulka 6. Příklad domácího cvičení na kognitivní rekonstrukci u hraniční poruchy osobnosti

KBT – KOGNITIVNÍ REKONSTRUKCE

Situace	myšlenka	emoce	chování	rekonstrukce	akce
Matka mě kritizovala, že jsem přišla ráno	Co si ta kráva vůbec myslí	Vzteky	Křik na na matku	Měla o mně strach, sice zbytečně, ale kráva proto není	Teď: Řeknu, že jsem to přehnal
	Vždy mi jen škodila	Nenávist dlouho	Rozbití okna Pořezání se	Přeháním, v mnohém mi pomohla	
	Nenávídím ji	Dlouho napětí	Pořezání se	Někdy ano, jindy mi na ní záleží	Příště: Zavolání „mě nezničí“

↓
DYSFUNKČNÍ SCHÉMA: buď jsem zlá já, nebo ona

Tabulka 7. Záznam jádrového přesvědčení (podle Beck 1997)**ZÁZNAM JÁDROVÉHO PŘESVĚDČENÍ**

JMÉNO: S.	DATUM: 31.3.
STARÉ JÁDROVÉ PŘESVĚDČENÍ:	<i>Nejsem k ničemu</i>
Jak moc věříte svému starému jádrovému přesvědčení nyní? (0–100%)	70%
Na kolik procent jste mu věřila nejdříve v tomto týdnu?	90%
Na kolik procent jste mu věřila nejméně v tomto týdnu?	50%
NOVÉ PŘESVĚDČENÍ:	<i>Jsem kompetentní, i když mám své silné i slabé stránky</i>
Nakolik věříte svému novému přesvědčení právě teď? (0–100%)	50%

DŮKAZY, KTERÉ SVĚDČÍ PROTI STARÉMU PŘESVĚDČENÍ A PODPORUJÍ NOVÉ

Vypracovala jsem novou dohodu s panem R.
Získala další prodloužení od S.
Napsala dopisy a denně telefonovala, abych vyřešila problémy s „firmou A“.
Pokračuji v ABC projektu (dobrovolná charitativní aktivita).

PŘERÁMOVÁNÍ DŮKAZŮ, KTERÉ PODPOROVYLY PŮVODNÍ JÁDROVÉ PŘESVĚDČENÍ

Podnikání stále přináší problémy,
ALE já jsem udělala všechno, abych je nyní řešila.
Nedokážu přinutit matku, aby užívala léky,
ALE to opravdu není v mojí moci.
Táta mě obvinil z možného bankrotu,
ALE (1) podnik měl problémy již v době, než jsem ho převzala,
(2) rozdělila jsem odpovědnost za kontinuální problémy mezi několik lidí,
(3) i kdyby podnik zkrachoval, to ještě neznamená, že jako člověk nemám hodnotu.

Vysvětlení kognitivního profilu pacientovi

Terapeut pomáhá pacientovi pochopit vztah mezi konkrétními vývojovými zkušenostmi, zážitky a utvářením pacientových jádrových přesvědčení, kompenzatorních přesvědčení a odvozených předpokladů a vztah ke kompenzatorním strategiím v chování až na úroveň konkrétních reakcí na nynější situace. Tyto vztahy se dobře vysvětlují na diagramu KBT modelu poruchy, který terapeut během několika sezení ve spolupráci s pacientem vypracoval. Dalším krokem je pomoci pacientovi pochopit, že tyto globální, rigidní a hluboce uložené postoje jsou naučenými idejemi, souvisejícími s nepříjemnými životními zkušenostmi a nikoliv nezbytnou pravdou o něm, druhých nebo světě.

Testování jádrových přesvědčení a odvozených postojů

Pomocí otázek v Sokratickém dialogu pomáhá terapeut pacientovi zjišťovat, nakolik jeho jádrová přesvědčení odpovídají realitě a zda skutečnost není přece jen jiná. Vzhledem k tomu, že toto testování může přinášet výraznou úzkost, je dobré začít jednoduchými otázkami, zaměřenými na výhody a nevýhody jádrového přesvědčení a jeho důsledků v životě. To pacientovi umožní dostat se do metapozice a posléze snést i úzkost při dalším testování.

Záznam jádrového přesvědčení

Formuláře „Záznam jádrového přesvědčení“ pomáhají pacientovi v každodenním testování svého jádrového pře-

svědčení na základě každodenních událostí. V průběhu času dochází tak k oslabení vlivu jádrového přesvědčení na pacienta (tabulka 7).

Behaviorální experimenty

KBT terapeut může s pacientem naplánovat experimenty, které testují pacientovo přesvědčení. Předem jsou vytvořeny hypotézy, jak situace dopadne, které jsou založeny na starém jádrovém schématu a další hypotézy vycházející z alternativního pohledu.

Behaviorální přístupy při léčbě poruch osobnosti

Nejtypičtějším behaviorálním přístupem při léčbě poruch osobnosti je nácvik dovedností. Jde většinou o nácvik komplexních dovedností jako jsou *sociální dovednosti*, dovednost *plánovat si čas* a dovednost *systematickým způsobem řešit problémy*. K nácviku dovedností přistupujeme po důkladném zhodnocení, co a proč máme nacvičovat (pacient dovednost potřebuje a neumí a její nedostatek vede k opakované frustraci a problémům) a vždy po kognitivní rekonstrukci postojů, které by mohly s nácvikem interferovat (např. „Když budu asertivní, ostatní mi nebudou pomáhat, když je budu potřebovat.“ nebo „Když si budu plánovat čas, nebudu vůbec svobodná a spontánní.“). Vhodné je propojení dovedností s novým adaptivním postojem (např. „Když budu asertivní, dokážu si pomoci sám a v případě potřeby o pomoc požádat.“ nebo „Plánování času mě osvobodí od úzkosti a chaosu.“). Jinak bude pacientovi (zejména s hraniční, histriónskou, pasivně agresivní nebo schizoidní poruchou osobnosti) připadat nácvik jako umělý a zbytečný a bude ho sabotovat.

Ukončení terapie a příprava na budoucnost

KBT ve svém celku je vlastně výukový proces. Učí pacienta nejen jakým způsobem se zbavit současných problémů, ale jak problémy řešit vůbec. Pacient se v průběhu léčby učí, jak se stát sám sobě terapeutem. Před ukončením terapie, které by mělo přijít po dosažení stanovených cílů, se pacient připravuje na možné budoucí problémy. Zvažuje situace, které zná ze své minulosti a které reaktivovaly jeho dysfunkční přesvědčení, nakolik je pravděpodobné, že se mohou objevit v budoucnosti. Zvažuje také další situace, které sice nezažil, ale mohou se objevit a znamenat pro něj zátěž a které se mohou objevit za týden, měsíc, rok či později. Pro tyto situace si připravuje plán řešení ve smyslu naučené strategie řešení problémů.

Příprava na ukončení terapie probíhá v několika sezeních. Pacient v té době již zpravidla nechodí na sezení tak často, jako na počátku léčby (zpočátku 1× za týden, ke konci 1× za měsíc). To mu umožňuje se přesvědčit, že své problémy v mezidobí je schopen zvládat sám. Samotné ukončení terapie může být spojeno s celou řadou negativních kognicí. Některá negativní jádrová přesvědčení mohou být aktivována a pacient to potřebuje předvídat, uvědomit si a případně kognitivně restrukturovat.

Literatura

1. Alden, L.: Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1989; 56: s. 756-764.
2. Andrews, D., Zinger, I., Hoge, R. a spol.: Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology* 1990; 28: s. 369-404.
3. Beck, A.T., Freeman, A. a spol.: *Cognitive therapy of personality disorder*. The Guilford Press, New York 1990, 396 s.
4. Beck, J.S.: *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York, The Guilford Press 1995, 338s.
5. Beck, J.S.: *Cognitive therapy of personality disorders*. In: *Frontiers of Cognitive Therapy: The State of the Art and Beyond*. Salkovskis, P.M. and Clark, D.M. (eds.): New York, Guilford 1996: s. 165-181.
6. Beck, J.S.: *Cognitive approaches to personality disorders*. In: Wright, J.H. & Thase, M.E. (eds.): *Cognitive therapy. Review of Psychiatry*, 1997: 16, Section I: s. I-73-I-106.
7. Beck, J.S.: *Complex cognitive therapy treatment for personality disorder patients*. *Bull. Menninger Clinic* 1998; 62: 2, s.170-194.
8. Bennie, E.H. & Kinnell H.G.: *Dangerous offenders*. *Lancet* 1975; ii: s.1303.
9. Cowdry, R.W. & Gardner D.L.: *Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine and tranlycypromine*. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: s.111-119.
10. Deltito, J.A. & Sham, M.: *Psychopharmacological treatment of avoidant personality disorder*. *Comprehensive Psychiatry* 1989; 30: s.498-504.
11. Gabbard G: *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: the DSM-IV ed*. American Psychiatric Press, Inc. Washington DC 1994, 336s.
12. Goldberg SC, Shulz SC, Shulz PM, Resnick RI, Haymer RM & Friedel RO: *Borderline and schizotypal personality disorders treated with low dose thiothixene versus placebo*. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: s.680-686.
13. Gunderson, J.G. a Philips, K.: *Personality disorders*. In: Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. (eds.): *Comprehensive textbook of psychiatry /VI/ 6th ed.*, Baltimore, William & Wilkins 1995, Vol. 2, s. 1425-1461.
14. Kernberg O: *Notes on countertransference*. *J American Psychoanalytic Assoc* 1965; 13: s.38-56.
15. Kernberg O: *Severe personality disorder: psychotherapeutic strategies*. Yale University Press, New Haven 1984.
16. Kohut H: *The analysis of self: the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorder*. International Universities Press, New York 1971.
17. Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A. a spol.: *Cognitive-behavioral treatment of chronically suicidal borderline patients*. *Arch. Gen. Psychiatry* 1991; 48: s.1060-1064.
18. Linehan, M.M. a Kehler, C.A.: *Borderline personality disorder*. In: Barlow, D.H. (ed.): *Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual*. The Guilford Press, New York 1993, s.396-441.
19. *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10.revizie. Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (přeloženo z anglického originálu)* Praha, Psychiatrické centrum 1992, Zprávy č. 102, 282s.
20. Norton K: *Health of nation: personality disorders*. *British Medical Journal* 1992; 304: s.255-256.
21. Persons, J.B., Burns, B.D. a Perloff, J.M.: *Predictors of drop-out and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting*. *Cognitive Therapy Res.* 1988; 12: s.557-575.
22. Praško, J.: *Stigmatizace u psychogenních poruch*. *Psychiatrie*, v tisku.
23. Pretzer, J.L. a Beck, A.T.: *A cognitive therapy of personality disorders*. In: Clarkin, J.F. and Lenzenweger, M.F. (eds.): *Major theories of personality disorder*. New York: Guilford 1996, s.36-105.
24. Reich, J.H. a Green, A.I.: *Effects of personality disorders on outcome and treatment*. *J.Nerv. Ment. Dis.* 1991; 179: s.74-82.
25. Rutan JS & Stone WN: *Psychodynamic group psychotherapy*. Guilford Press, New York 1993.
26. Salzman C, Wolfson AN, Schatzberg A et al.: *Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder*. *J Clin Psychopharmacology* 1995; 15: s.23-29.
27. Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Beckman, E. a spol.: *Personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of depression collaborative research program*. *Am. J. Psychiatry* 1990; 147: s.711-717.
28. Sheard MH, Marini JL, Bridges CI & Wagner E: *The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man*. *Am J Psychiatry* 1976;133: s.1409-1413.
29. Smolik, P.: *Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací. Nástin nosologie. Diagnostika*. Maxdorf Praha 1996, 504s.
30. Soloff PH: *Is there any drug treatment choice for the borderline patients?* *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89 (supl 379): s.50-55.
31. Soloff PH, George A, Nathan RS a spol.: *Progress in pharmacotherapy of personality disorders: a double blind study of amitriptyline, haloperidol and placebo*. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: s.691-697.
32. Stiles, T.C.: *The effects of standard cognitive therapy for unipolar major depression patients with or without a personality disorder*. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research, Lyon, France, 1991.
33. Turner, R.M.: *The effects of personality diagnosis on the outcome of social anxiety symptom reduction*. *J. Personality Dis.* 1987;1: s. 136-143.
34. Tyrer P & Davidson K: *Management of personality disorder*. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ & Andreasen A (eds.): *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press 2000, s.970 - 978.
35. Williams, J.M.G.: *Personality disorder and the will: A cognitive neuropsychological approach to schizotypal personality*. In: Salkovskis, P.M.(ed.): *Trends in cognitive and behavioral therapies*. Wiley, Chichester 1996, s. 63-76.

NOVÉ KNIHY

Barevný atlas farmakologie

druhé přepracované a doplněné vydání

H. Lüllmann, K. Mohr, A. Zigler, D. Bieger

ISBN 80-7169-973-X, formát: 12 x 19 cm, pevná vazba, 392 str., 495 Kč, 666 Sk

Druhé české vydání je překladem přepracované a doplněné světově osvědčené učebnice plně využívané nejen v německy, ale nyní také v anglicky mluvících zemích. Kniha zahrnuje jak obecnou, tak speciální farmakologii zpracovanou v přehledných a názorných barevných schématech. Je hodnocena jako nejlepší přehledná učebnice pro studenty medicíny. Vysoce odbornými informacemi ve všech otázkách moderní farmakologie poslouží také lékařům všech oborů. Američtí univerzitní odborníci anglické vydání hodnotili slovy: „Nikdy jsme se ještě stoprocentně neshodli, co má být našim uznávaným textem pro výuku lékařské farmakologie. Nyní jsme jednohlasně rozhodli, že toto bude naše učebnice.“

Nemusíme Vám říkat, kolik existuje farmakologických učebnic.

Tento malý barevný atlas farmakologie skutečně vyhrává. Knize bylo uděleno v roce 1994 Čestné uznání Americké asociace autorů medicínské literatury AMWA (American Medical Writers Association).

Přeložila prof. MUDr. E. Mühlbachová, DrSc.

Objednávky: Grada publishing, tel. 02/2038 6511, 6512, fax 02/2038 6400, e-mail: obchod@gradapublishing.cz