

Suicidalita u poruch osobnosti

Mgr. Zuzana Sedláčková¹, PhDr., Marie Ocisková, Ph.D.^{1,2}, prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.², doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.², MUDr. Dana Kamarádová, Ph.D.², MUDr. Aleš Grambal, Ph.D.²

¹Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

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

Porucha osobnosti má výrazný vliv na prožívání a chování jedince. Její přítomnost může zvyšovat riziko výskytu suicidálního chování, protože je zpravidla spojená se zhoršenou schopností zvládat stresové situace. Zátěžové události mohou spustit suicidální myšlenky, nebo vést k suicidálnímu pokusu. Spouštěče suicidálních rozlad mohou být specifické v závislosti na konkrétním typu poruchy osobnosti. Riziko sebevraždy je zvýšené především u disociální, histriónské, hraniční a narcistické poruchy osobnosti. Komorbidní psychiatrická porucha, zvláště pak deprese, může zvyšovat pravděpodobnost výskytu suicidálního jednání.

Klíčová slova: poruchy osobnosti, suicidalita, spouštěče suicidálního jednání

Suicidality in personality disorders

Personality disorder has a significant effect on internal experience and behavior of an individual. Its presence may increase the risk of suicidal behavior, because this disorder is associated with impaired ability to cope with stressful situations. Specific events may not only induce suicidal thoughts, however can also lead to suicidal attempt in individuals with personality disorder. Triggers of suicidality may be specific depending on the particular type of personality disorder. The risk of suicide is increased especially in antisocial, histrionic, borderline and narcissistic personality disorder. Comorbid psychiatric disorder, particularly depression, may increase the probability of suicidal behavior.

Key words: personality disorders, suicidality, triggers of suicidal behavior

Úvod

Porucha osobnosti má výrazný vliv na celkové prožívání a chování jedince. Jako primární diagnóza se vyskytuje u 3–13% běžné populace. U psychiatrické populace zasahuje 15–30% jedinců (1, 2, 3, 4). Přítomnost této poruchy může zvyšovat riziko suicidálního chování. Jedinci s poruchou osobnosti mají zhoršenou schopnost zvládat běžné stresující události. Reagují pocitem zranitelnosti, opuštěnosti, ale i impulzivitou či emotivním chováním. Mívají zhoršené vztahy s okolím. Je u nich rovněž častá komorbidita s jinými psychiatrickými poruchami. Vše zmíněné může zvyšovat riziko výskytu suicidálního jednání. Riziko sebevraždy zvyšují především poruchy osobnosti disociální, histriónská, hraniční a narcistická z clusteru B (5). Až 51,6% jedinců, kteří se poprvé pokusili spáchat sebevraždu, trpí poruchou osobnosti. Interpersonální problémy jsou dominujícím spouštěčem suicidálních pokusů (6, 7).

Paranoidní porucha osobnosti

Jedinci s paranoidní poruchou osobnosti jsou podezřívaví a přehnaně citliví na odmítnutí. Tendenčně bojují za svá vlastní práva. Chování druhých si často interpretují jako nepřátelské, i když tomu tak reálně není. Výrazně prožívají jakýkoliv osobní nezdár, domnělé či reálné urážky od okolí. Obviňují ostatní z vlastních neúspěchů a skrytých záměrů. Jsou u nich časté pocity žárlivosti a závisti. Výskyt v běžné populaci se po-

hybuje mezi 0,5–4,4% (9). Například u vězeňské populace je její výskyt daleko vyšší, až 45% (10). K dekompenzaci paranoidní poruchy osobnosti dochází například vlivem konfliktů v partnerských či pracovních vztazích. Jedinec zažívá pocity křivdy, když se mu partner dostatečně nevěnuje, jestliže nadřazený preferuje jiného kolegu aj. Následně se cítí ublížený. Zažívá úzkost i vyčerpanost. Objevují se depresivní rozlady. Myšlenky a chování mohou vyústit v suicidální myšlenky či pokusy, jejichž podkladem jsou opakující se pocity bezmocnosti a ukřivdění (8). Riziko suicidálního pokusu se výrazně zvyšuje při rozvoji komorbidní depresivní, panické či somatoformní poruchy. Při suicidálním pokusu mají tito jedinci tendenci okolí potrestat, nebo vyvolat pocity viny a výčitky, které reflektují například v dopise na rozloučenou. Jestliže je sebevražda spuštěna domnělymi či reálnými problémy v partnerském vztahu, mohou pocity žárlivosti dohnat nemocného až k vraždě partnera a vlastní sebevraždě (8, 11).

Schizoidní porucha osobnosti

Schizoidní porucha osobnosti se projevuje sníženou schopností navazovat vztahy s ostatními. Charakteristické je obtížné udržování emocionálních a sociálních kontaktů. Jedinci s touto poruchou osobnosti preferují samotu a útek do vlastní fantazie. Pokud musí být v kontaktu s ostatními, chovají se rezervovaně a plaše. Je pro ně problematické vyjádřit vlastní

emoce. Jsou lhostejnější k názorům okolí. Nemají zájem o intimní vztahy. Často jsou nepraktičtí. Zároveň jsou však přemýšliví, logičtí a originální (8, 12). Prevalenci schizoidní poruchy osobnosti v běžné populaci se zabývali například Ekselius s kolegy (13), kteří uvádí výskyt 0,9% dle DSM-IV a 4,5% dle ICD-10 na náhodně vybraném vzorku (n = 557) běžné populace. K dekompenzaci schizoidní poruchy osobnosti může dojít vlivem přehnaných nároků na častý kontakt a komunikaci s ostatními, či pokud jedince okolí výrazně kritizuje. Rovněž však špatně snáší dlouhodobou samotu. Vlivem dalších stresorů se mohou rozvinout úzkostné poruchy, deprese aj. Komorbidní depresivní porucha významně zvyšuje suicidální zranitelnost (14). Suicidální jedinec vnímá vlastní život jako bezesmyslný a bezbarvý. Ztrácí motivaci. Ruminace jsou následovány jedním či více suicidálními pokusy, které jsou často dokonané.

Disociální porucha osobnosti

Disociální porucha osobnosti je charakterizována nezájmem o práva či pocity druhých, neschopností udržovat morální i právní normy, odkládat uspokojení či se vcítit do druhé osoby. Jedinci s touto poruchou uspokojují své potřeby bez vlivu svědomí a jejich naplnění nedokážou odkládat. Mívají přesvědčení, že silnější má právo zaútočit na slabšího, okrást jej aj., a je to pouze odpovědnost druhého, jestli se bude schopen ubránit či nikoliv. Nezažívají pocit viny. Ze svých chyb obviňují druhé. Typickým obranným me-

chanismem je racionalizace, prostřednictvím které ospravedlňují své chování. V dětství se může porucha projevovat lhaním, krádežemi, záškoláctvím, týráním zvířat nebo slabších či odporem k autoritám. V dospělém věku se porucha může manifestovat kriminální činností, promiskuitou, neschopností udržet trvalý vztah aj. (8). Většina studií uvádí 2–3% prevalenci této poruchy v běžné populaci (15). Výskyt u vězeňské populace je výrazně vyšší, přibližně 47% (16). Suicidalita u disociálních poruch osobnosti je relativně vysoká (6). Jejimi spouštěči mohou být ztráta majetku, sociálního postavení, riziko trestního stíhání či reálné uvěznění. Sebevražedné ideace či chování se mohou rozvinout vlivem nízké frustrační tolerance, impulzivity či neinhibované agresivity (10, 17).

Emočně nestabilní porucha osobnosti – impulzivní typ

Jedinci s emočně nestabilní poruchou osobnosti – impulzivním typem jsou emočně nestálí a obtížně kontrolují vlastní impulzy. Prudce reagují například na vnější kritiku, rozchod s partnerem či jiné výraznější změny v blízkých vztazích. Mohou reagovat výbuchem vzteku, ale i suicidálním pokusem. Neobjevují se však u nich dlouhodobé suicidální myšlenky, jako je tomu u jedinců s hraničním typem této poruchy osobnosti. Pokud se u jedince vyskytne suicidální chování, je následkem jeho emoční nestálosti a impulzivity. Jedinec jedná zkratkovitě a neuvažuje o možných následcích svých činů. Konkrétními spouštěči suicidaloty mohou být přehnaná kritika okolím, hádka či rozchod s partnerem, ale i dlouhodobý pocit nudy a stereotypní činnosti. Prevalence impulzivního typu emočně nestabilní poruchy osobnosti v běžné populaci je dle studie Jackson a Burgess (18) 1,33%.

Emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ

Hraniční jedinci jsou rovněž emočně nestabilní a mají sníženou kontrolu pudů. Mají však i výrazně narušené představy o vlastní osobě. Typické jsou u nich pocity prázdnoty. Často navazují intenzivní, ale nestabilní vztahy, které vedou k emočním krizím. Vše výše zmíněné se může projevit jak v sebepoškozujícím chování, tak v suicidálních výhrůžkách či pokusech. U jedinců s touto poruchou osobnosti se objevují dva základní suicidální vzorce. Prvním z nich je několikaletá suicidální tenze, jejíž intenzita se různí. Objevují se každodenní úvahy o smyslu vlastního života, o možnosti spáchání sebevraždy, o pocitech úlevy, které by se dostavily, či

myšlenky o potrestání ostatních prostřednictvím vlastní sebevraždy. Suicidální rozlady jsou střídány strachem ze ztráty sebekontroly či z vlastních myšlenek na sebevraždu. Druhým suicidálním vzorcem jsou akutní sebevražedné plány či pokusy. Ty se mohou objevit na podkladě prvního zmíněného suicidálního vzorce. Rovněž se však mohou objevit nezávisle na něm, především vlivem různých negativních stresorů v životě jedince, jakými jsou školní či pracovní neúspěchy, partnerské a rodinné problémy. Výskyt této poruchy v běžné populaci se pohybuje mezi 2–3%. Je to nejčastěji se vyskytující porucha v psychiatrické péči (19). Výskyt suicidálních pokusů u těchto jedinců je alarmující. Pohybuje se mezi 40–85% (20). Sebevražedné pokusy se často opakují. Dokonané suicidium spáchá přibližně 10% pacientů s touto poruchou (21). Riziko suicidálních pokusů výrazně zvyšují komorbidní psychiatrické poruchy, jakými jsou depresivní porucha, úzkostné poruchy, posttraumatická stresová porucha aj. Vlivem vysoké emocionální lability a impulzivity je však riziko suicidálního chování u mnohých pacientů přitomné nezávisle na dalších komorbiditách (7). Riziko suicidaloty pramenící z afektivní nestability a impulzivity se zvyšuje vlivem abúzu alkoholu či jiných návykových látek (22).

Histriónská porucha osobnosti

Histriónská porucha osobnosti se projevuje teatrálností, svádívaným chováním, zvýšenou potřebou pozornosti či ocenění. Tito jedinci se nejsou schopni zajímat o druhé, pokud to není pouze prostředek k tomu, aby byla pozornost zaměřena zpětně na ně samé. Jejich osobní i pracovní vztahy jsou komplikované. V partnerském vztahu histriónský jedinec vyžaduje neustálou pozornost partnera. Pokud se mu nedostává dostatečné péče, dává to druhému okázale najevo. Jedinec často trpí sexuálními dysfunkcemi. Jejich pracovní vztahy bývají problematické. Osoby s touto poruchou mají tendenci k manipulaci. Jsou schopni si vymýšlet různé historky, šířit pomluvy či simulovat vlastní onemocnění (8, 17). Ve studiích se uvádí, že prevalence této poruchy osobnosti v běžné populaci může být 0,52% (18). Suicidální chování těchto jedinců je mnohdy spojeno s pocitem nedostatečné pozornosti okolí. Pokud se jim subjektivně nedostává dostatek pozornosti, zažívají pocity bezcennosti, bezvýznamnosti či ztrátu motivace. Konkrétním spouštěčem může být hádka s partnerem, rozchod nebo konflikt v práci. Jedinec často účelně páchá parasuicidium s cílem na sebe upoutat něčí pozornost (8, 23).

Anankastická porucha osobnosti

Anankastická porucha osobnosti je ve svých projevech typická perfekcionismem, byrokratičností a přehnaným smyslem pro detail. U jedinců s touto poruchou osobnosti jsou dále obvyklé pocity nejistoty, opatrnosti až nerozhodnosti, doprovázené přehnanou touhou věci kolem sebe kontrolovat. Pocity nejistoty mohou kompenzovat sociální konformitou. Jsou však rovněž spolehliví, svědomití a disciplinovaní. Vyžadují dodržování pravidel po sobě i okolí. Jejich myšlení i chování je rigidní, takže výrazné změny v nich vyvolávají stres, který může vést až k úzkostnému či depresivnímu prožívání. Pro tyto jedince je obtížné vyjadřovat vlastní emoce, které přehnaně kontrolují. Chovají se tedy spíše rezervovaně. Prevalence této poruchy v běžné populaci dle výzkumu Torgersen s kolegy (24) je 2%. Suicidální myšlenky se u těchto jedinců mohou objevit vlivem vnějších tlaků narušujících jejich rigidní myšlení a chování. Dochází k tomu v případech, kdy okolí jedince může vyčítat jeho rezervovaný emocionální projev, přehnanou morálku či byrokratičnost. Vyvíjí na jedince nátlak, aby se změnil, nebo jej kvůli jeho chování opustí. Konflikty s okolím vedou k pocitům méněcennosti a bezradnosti. K podobným emocím mohou vést nejenom konflikty s okolím, ale také například přehnaně náročné pracovní prostředí, kdy jedinec není schopen dlouhodobě plnit zadané úkoly.

Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti

Jedinci s anxiózní neboli vyhýbavou poruchou osobnosti zažívají časté pocity méněcennosti, nejistoty a úzkosti. Pociťují obavy z vlastního neúspěchu, kritiky či odmítnutí okolím. Sociálních situací se opětovně straní, aby se vyhnuli nepříjemným pocitům pramenícím z kontaktu s dalšími jedinci, po navázání blízkého vztahu však touží. Navázání nových sociálních vazeb je však natolik subjektivně obtížné, že se jejich vztahy limitují pouze na původní rodinu (8, 17). Prevalence této poruchy v běžné populaci je dle studie Ekselius et al. (13) 6,6% podle DSM-IV a 5,6% dle ICD-10. Přítomnost komorbidních psychiatrických poruch může zvyšovat suicidální tendence u těchto jedinců. Suicidální myšlenky se mohou objevit vlivem opakujících se pocitů méněcennosti, nedostačivosti či neustálých obav ze selhání. Výrazným faktorem může být nedostatek blízkého kontaktu s okolím, především pak dlouhodobý život bez partnera. Problém rovněž nastává v momentě, kdy je

Tabulka 1. Přesvědčení a strategie u poruch osobnosti (8, upraveno autory)

Porucha osobnosti	Jádrové přesvědčení o sobě	Přesvědčení o druhých	Předpoklady	Strategie chování	Spouštěče suicidality
Paranoidní	Jsem zranitelný. (Kompenzatorní: Nedám se. Jsem silný.)	Druzí lidé jsou zlí.	Kdybych druhým věřil, mohli by mi uškodit. Když si dám pozor, můžu se ubránit.	Je nadměrně podezřívavý. Hledá skryté motivy. Obviňuje. Protiútočí.	Problémy v partnerském vztahu. Problémy v pracovním vztahu (následují pocity křivdy, žárlivosti).
Schizoidní	Jsem nepřizpůsobivý. Jsem soběstačný. Jsem samotář.	Druzí mi nemají co nabídnout.	Když si budu od druhých udržovat odstup, bude se mi dařit lépe. Kdybych se snažil mít vztahy, nefungovaly by. Vztahy nic nepřinášejí.	Vytváří si odstup.	Ztráta životního smyslu. Ztráta motivace. Okolí na jedince dlouhodobě tlačí, aby přehnaně komunikoval. Dlouhodobá sociální izolace.
Disociální	Jsem zranitelný. Jsem osamělý. (Kompenzatorní: Jsem silný a chytrý/ vychytralý)	Druzí by mě mohli vykořistovat, zneužívat.	Když nebudu jednat první, mohou mi ublížit. Když můžu využít první, budu ve výhodě. Druzí jsou tulpasové.	Využívá druhé. Manipuluje. Napadá. Krade.	Ztráta zaměstnání. Ztráta sociálního postavení. Trestní stíhání.
Emočně nestabilní – impulzivní typ	Jsem zranitelný. Jsem bezcenný. Mám málo potěšení.	Druzí mě pořád kritizují. Druzí mi stále něco vnučují. Druzí mi nechťejí dopřát.	Musím se prosadit, jinak nemám hodnotu. Kritice se musím bránit. Nechci pořád něco plánovat. Musím si užít.	Impulzivní chování. Přehnané reakce na kritiku. Upřednostňování rychlé satisfakce.	Kritika okolím. Hádky. Nuda. Stereotypní úkoly.
Emočně nestabilní – hraniční typ	Jsem vadný. Jsem bezmocný. Jsem zranitelný. Jsem špatný.	Druzí lidé mě zradí, opustí. Lidem se nedá věřit.	Kdyby to záviselo jen na mně, nepřežil bych. Když budu věřit druhým, opustí mě. Když budu závislý na druhých, přežiji, ale nakonec budu opuštěn.	Kolísa mezi extrémními chováními.	Narušené představy o vlastní osobě. Pocity prázdnoty. Nestabilní vztahy.
Histriónská	Nic nejsem. (Kompenzatorní: Jsem velkolepý.)	Druzí si mně nebudou vážit pro mě samotného. (Kompenzatorní: Lidé jsou tady proto, aby mi sloužili nebo aby mě obdivovali.)	Když nebudu zábavný, nebudu pro druhé přitažlivý. Když se budu chovat dramaticky, získám pozornost druhých a jejich přijetí.	Předvádí se. Používá dramatizace, přehánění. Dramatické záchvaty vzteku, pláče. Vyhrožuje suicidiem.	Pocit nedostatečné pozornosti okolí.
Anankastická	Můj svět se může vymknout z kontroly.	Druzí mohou být nezodpovědní.	Když nebudu 100% zodpovědný, může se mi zřítit svět. Když zavedu přesná pravidla, dopadne to dobře.	Rigidně kontroluje druhé. Aplikuje pravidla. Moralizuje, hodnotí.	Tlak okolí na jedince, aby změnil své rigidní vzorce chování. Náročné pracovní úkony.
Anxiózní (vyhýbavá)	Jsem nežádoucí. Jsem nekompetentní. Jsem společensky neobratný.	Druzí lidé mě odmítnou, budou mnou pohrdat.	Kdyby mě lidé skutečně znali, odmítli by mě. Pokud budu skrytý, nemusí mě odhalit.	Vyhýbá se intimitě. Vyhýbá se hodnotícím situacím.	Výrazná kritika jedince okolím. Vystupování na veřejnosti. Dlouhodobý život bez partnera.
Závislá	Jsem bezmocný.	Druzí lidé by se o mě měli postarat.	Kdybych se spoléhal na sebe, selhal bych. S pomocí druhých přežiji, budu šťastný apod. Potřebuje druhé, aby mi stále dodávali podporu a odvalu.	Spoléhá se na druhé lidi. Pěstuje závislé vztahy.	Rozchod s partnerem nebo jeho hrozba. Kritika partnerem. Nesouhlas partnera.
Narcistická	Jsem méně než druzí. (Manifestní kompenzatorní přesvědčení: Jsem lepší než druzí.)	Druzí jsou lepší. (Manifestní kompenzatorní přesvědčení: Druzí jsou horší.)	Když se mnou druzí zacházejí normálně, znamená to, že si o mně myslí, že jsem horší. Jsem originál, potřebuji speciální pravidla.	Vyžaduje zvláštní zacházení. Soutěživost.	Okolí jedinci nedává najevo, že je jedinečný. Okolí jedince výrazně kritizuje. Pocit neúspěchu v porovnání s ostatními.
Pasivně agresivní	Jsem soběstačný. Jsem zranitelný vůči kontrolování a zasahování.	Druzí kontrolují, zasahují. Druzí vyžadují, jsou dominantní.	Druzí omezují moji svobodu. Kontrola od druhých je nesnesitelná. Musím si dělat věci po svém.	Pasivní rezistence. Na povrchu přizpůsobivost. Vyhýbá se. Sabotuje. Mění pravidla.	Propuštění z práce. Rozchod s partnerem (následuje selhání pasivně agresivních strategií).

jedinec s touto poruchou nucen dlouhodobě pracovat v kolektivu, vystupovat na veřejnosti nebo jej jeho okolí kritizuje. Ansell s kolegy (25) se ve svém výzkumu zabývali srovnáním jed-

notlivých poruch osobnosti z hlediska výskytu suicidálních pokusů. Konkrétně zkoumali poruchy osobnosti jako rizikový faktor pro budoucí výskyt suicidálních pokusů. Zjistili, že vyhýbavá

porucha osobnosti nebyla rizikovým faktorem pro výskyt suicidálního pokusu v následném desetiletém období při porovnání s dalšími poruchami osobnosti.

Závislá porucha osobnosti

Jedinec se závislou poruchou osobnosti je přehnaně závislý na druhé osobě a přenáší na ni zodpovědnost za vlastní činy. Je pro něj obtížné se sám rozhodovat. Oblibu blízké osoby se snaží získat konformním chováním. Například svému partnerovi neustále lichotí, přitakává a splní mu každé jeho přání. Od partnera potřebuje, aby za něj přebíral zodpovědnost, usměrňoval jeho rozhodování a povzbuzoval jej. Nedokáže si představit, že by bez partnera či jiné blízké osoby mohl obstát v běžném životě. Pokud je sám, cítí se bezmocný, není schopen se rozhodnout bez druhého. Pokud partner přehnaně kritizuje jedince s touto poruchou osobnosti, naznačuje rozchod či se s ním reálně rozejde, může to u nemocného vyústit v úzkostné či depresivní rozlady. Jedinec zažívá pocity sebelítosti a bezesmyslnosti. Mohou se objevit suicidální myšlenky či se jedinec přímo pokusí spáchat suicidium (8, 26). Potřeby jedince rovněž nejsou naplňovány, jestliže se u jeho partnera vyskytuje nějaké dysfunkční chování. Rizikové je například tyranizování jedince partnerem, který zneužívá poruchy jedince, ovládá jej pro své vlastní účely, což může vyústit znovu v depresivní, úzkostné rozlady či v samotné suicidální jednání. Riziko suicidálního jednání se výrazně zvyšuje vlivem komorbidní depresivní poruchy (14). Prevalence závislé poruchy osobnosti v běžné populaci je dle Jackson a Burgess (18) 1,02 %.

Narcistická porucha osobnosti (kategorie jiné specifické poruchy osobnosti)

Narcistický jedinec je přesvědčený o vlastním velikášství, dokonalosti, jedinečnosti a originalitě. Ke svému okolí se chová často arogantně. Je závistivý. Není schopen se empaticky vcítit do druhé osoby. Nad ostatními musí mít pocit superiority. Od svého okolí očekává, že ho bude vnímat jako dokonalého, úchvatného jedince, a tudíž se k němu chovat s bezmeznou úctou. Ostatní si jej často nedovolí kritizovat. Pokud dá někdo najevo jedinci například kritiku, dostaví se silná emocionální reakce. Jedinec se totiž sice jeví jako sebevědomý a suverénní, ve skutečnosti je však nejistý, a jakákoliv kritika se jej hluboce dotkne. Negativně snáší, pokud jsou druzí úspěšnější. Dle Torgersen et al. (24) je prevalence této poruchy v běžné populaci 0,8 %. Ukazuje se vysoká komorbidita narcistické poruchy osobnosti s dalšími psychiatrickými diagnózami (poruchy nálady, další poruchy osobnosti, úzkostné poruchy aj.) (27). Přítomnost komorbidní depresivní poruchy zvyšuje riziko výskytu suicidálního cho-

vání (1). Suicidální myšlenky se mohou objevit, pokud se jedinec cítí ublížen, ať už vlivem nedostatečného obdivu okolím, něčí kritiky či pocitu vlastní neúspěšnosti v porovnání s ostatními. Konkrétně se může jednat o ztrátu zaměstnání či rozchod s partnerem. Jedinec následně zažívá pocity bezmoci a zklamání, které jsou podkladem pro rozvoj suicidálních myšlenek (8).

Pasivně agresivní porucha osobnosti (kategorie jiné specifické poruchy osobnosti)

Pasivně agresivní porucha osobnosti je charakterizována opozičním pasivně agresivním chováním. Jedinec neprojevuje svoji nespokojenost přímo, ale dává ji najevo řadou pasivně agresivních manévrů. Pokud je na něj kladen nějaký požadavek, vyhýbá se jeho splnění prostřednictvím předstíraného zapomínání, lhaní a odkládání vykonání činnosti. Nesouhlas s plněním povinností naznačuje stěžováním, zlostným chováním, kritikou ostatních či jejich pomlouváním. Při spolupráci s ostatními bojkotuje skupinovou práci (8). Prevalence této poruchy je dle Torgersen et al. (24) 1,7 % v běžné populaci. Je obtížné určit výskyt suicidálního chování u těchto jedinců izolovaně od dalších diagnóz, jelikož se tato porucha často vyskytuje s komorbidní poruchou osobnosti. Například Rotenstein et al. (28) ve své studii na 1 158 ambulantních pacientech psychiatrie zjistili u pasivně agresivní poruchy osobnosti skoro 90 % komorbiditu s dalšími poruchami osobnosti, tudíž se nejprve ukázala vyšší suicidální tendence u jedinců s pasivně agresivní poruchou osobnosti při porovnání s pacienty bez poruchy osobnosti. Tento výsledek byl však dán vysokým výskytem komorbidní hraniční poruchy osobnosti u těchto jedinců. Při vyloučení vlivu hraniční poruchy osobnosti se neukázala souvislost pasivně agresivní poruchy osobnosti se zvýšeným suicidálním chováním. Jestliže se suicidální jednání u těchto jedinců objeví, bývá spojeno se selháním jejich typických zvládacích strategií. Okolí je odmítá, kritizuje či izoluje. Konkrétním příkladem je propuštění z práce či rozchod s partnerem, které jedinec může vnímat jako prohru, kterou nedokáže snést.

Smíšené a jiné poruchy osobnosti

Do oblasti smíšených a jiných poruch osobnosti řadíme ty poruchy osobnosti, u kterých není možné na základě symptomů stanovit diagnózu dle jednoznačné kategorie poruch osobnosti. Jedinec má různé projevy, které však nezapadají do diagnostických kritérií konkrétní

poruchy osobnosti. Nedominuje žádný rys specifický pro určitou poruchu osobnosti. Rovněž sem můžeme zařadit tíživé změny osobnosti vlivem primární diagnózy depresivní poruchy, bipolární poruchy aj., nezařaditelné do předchozích kategorií. V případě výskytu stresující události je možné riziko suicidální reakce jedince. Suicidální jednání se odvíjí od dominujících osobnostních rysů. Pravděpodobnost suicidálního myšlení a chování se zvyšuje s případnou psychiatrickou komorbiditou.

Závěr

Porucha osobnosti má výrazný vliv na prožívání a chování jedince. Negativně ovlivňuje jeho schopnost se vypořádávat se stresujícími událostmi. Jedinec s touto poruchou může obtížněji zvládat zátěžové situace, na které nemusí být schopen adaptivně reagovat. Jedním s možných řešení takové situace mohou být suicidální myšlenky či chování. Přítomnost poruchy osobnosti tedy může zvyšovat pravděpodobnost výskytu suicidálního jednání u těchto jedinců. Spouštěče suicidality se mohou lišit v závislosti na výskytu konkrétního typu poruchy osobnosti. Riziko sebevražděného chování může být zvýšené především u některých typů poruch osobnosti a při komorbidní psychiatrické poruše.

Literatura

1. Angstman KB, Rasmussen NH. Personality disorders: Review and clinical application in daily practice. *Am Fam Physician* 2011; 84(11): 1253–1260.
2. Lenzenweger MF. The longitudinal study of personality disorders: History, design considerations, and initial findings. *J personality disorders* 2006; 20(6): 645–670.
3. McGilloway A, Hall RE, Lee T, Bhui KS. A systematic review of personality disorder, race and ethnicity: Prevalence, aetiology and treatment. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 33.
4. Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, et al. The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): Overview and implications. *J Personality Disorders* 2005; 19(5): 487–504.
5. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, et al. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2108–2114.
6. Kryszka K, Heller TS, De Leo D. Suicide and deliberate self-harm in personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 2006; 19(1): 95–101.
7. Rao KN, Kulkarni RR, Begum S. Comorbidity of psychiatric and personality disorders in first suicide attempters. *Indian J Psychological Medicine* 2013; 35(1): 75–79.
8. Praško J, Herman E, Horáček J, et al. *Poruchy Osobnosti*. Praha: Portál 2003.
9. Kessler RC, Chui W, Demler O, Merikangas K, Walters E: Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 617–627.
10. Slade K, Forrester A. Measuring IPDE-SQ personality disorder prevalence in pre-sentence and early-stage prison populations, with sub-type estimates. *International J Law and psychiatry* 2013; 36(3–4): 207–212.

11. Palermo GB, Smith MB, Jenzten JM, et al. Murder-suicide of the jealous paranoia type: A multicenter statistical pilot study. *The Am J Forensic Medicine and Pathology* 1997; 18(4): 374–383.
12. Triebwasser J, Chemerinski E, Rousos P, Siever LJ. Schizoid personality disorder. *J Personality Disorders* 2012; 26(6): 919–926.
13. Ekselius L, Tillfors M, Furmark T, Fredrikson M. Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences* 2001; 30(2): 311–320.
14. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion In Psychiatry* 2007; 20(1): 17–22.
15. Moran P. The epidemiology of antisocial personality disorder. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 1999; 34(5): 231.
16. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359(9306): 545–550.
17. Mulder RT, Newton-Howes G, Crawford MJ, Tyrer PJ. The central domains of personality pathology in psychiatric patients. *J Personality Disorders* 2011; 25(3): 364–377.
18. Jackson HJ, Burgess PM. Personality disorders in the community: A report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2000; 35(12): 531.
19. American Psychiatric Association: Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. Washington, DC, APA 2001.
20. Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD, Rouillon F. Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: Literature review. *L'Encéphalene* 2008; 34(5): 452–458.
21. Gerson J, Stanley B. Suicidal and self-injurious behavior in personality disorder: Controversies and treatment directions. *Current Psychiatry Reports* 2002; 4(1): 30–38.
22. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *The J clinical psychiatry* 2004a; 65: 28–36.
23. Praško J. Stigmatizace u psychogenních poruch. *Psychiatrie* 2001; 5: 32–37.
24. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives General Psychiatry* 2001; 58(6): 590–596.
25. Ansell EB, Wright AC, Markowitz JC, et al. Personality disorder risk factors for suicide attempts over 10 years of follow-up. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment* 2015; doi:10.1037/per0000089.
26. Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Aro HM, Marttunen MJ, Kuoppasalmi KI, Lönnqvist JK: Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 667–673.
27. Stinson, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions 2009; 69(7): 1033–1045.
28. Rotenstein OH, McDermt W, Bergman A, Young D, Zimmerman M, Chelminski I. The validity of DSM-IV passive-aggressive (negativistic) personality disorder. *J Personality Disorders* 2007; 21(1): 28.

Článok je prevzatý z
Psychiatr. praxi 2015; 16(3): 91–95

Mgr. Zuzana Sedláčková

*Katedra psychologie, Filozofická fakulta
Univerzity Palackého v Olomouci
Křížkovského 512/10, 779 00 Olomouc
sedlackovaa.zuzana@gmail.com*
