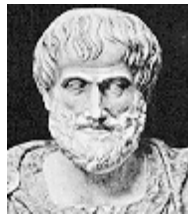


ADAMEC JIŘÍ  
FILOSOFICKÝ SEMINÁŘ  
KATEDRA TEORIE

---



# PORUCHY OSOBNOSTI

OPD-3 A SOUČASNÁ PSYCHODIAGNOSTIKA

*Jiří Adamec*



**Brno 2024**

# **PORUCHY OSOBNOSTI**

**OPD-3 A SOUČASNÁ PSYCHODIAGNOSTIKA**

*Jiří Adamec*

Brno 2024

2

© Jiří Adamec  
Filosofický seminář – katedra teorie  
IČ 105-48-629/159

Předkládaný text nemá redakční úpravu a korekturní zpracování. Tímto se omlouváme za případné tiskové nedostatky, které mohly uniknout naší pozornosti.

*...že mohu být prospěšnou součástí celku,  
to není vůbec špatná  
myšlenka...*

Je naprosto přirozené, že má člověk osobní a sociální ambice. Je přirozené, že k jejich naplnění potřebuje dostatek sebevědomí, motivace, vytrvalosti. Je přirozené, že svých úspěchů člověk dosahuje mnohdy na 99,9 procent. Je přirozené, že úspěch střídá neúspěch. Je přirozené, smířovat se s únikem příležitostí a vytvářením podmínek pro nové. Je rovněž přirozené, že ne všichni jsou schopni dosahovat stejného úspěchu. Je přirozené, umět přijímat i životní prohru a nést za to následky. Je přirozené, mít sebereflexi, díky které člověk nestojí na místě, ale dopomáhá si k tomu, aby sebe rekonstruktivním způsobem také na sobě pracoval a měnil nevýhodné postoje. Je přirozené, že se věci nedějí vždy tak, jak by si člověk přál. Je přirozené, že realita je svá a my se jí musíme občas podvolit. Je přirozené, že, když si toto všechno uvědomujeme, vytváříme si tím dostatečné podmínky k prevenci zklamání a frustraci. Pouze *přirozenost věcí* nás může udržet v souladu se skutečností, v souladu se sebou samými, v pozitivním výhledu neselehávání z uměle vytvořeného světa digitálních technologií.

## **O B S A H**

Úvod

Problém poruch osobnosti a vývojová psychologie

Přechod k psychopatologii

Poruchy osobnosti a jejich současná psychodiagnostika

Operacionalisovaná psychodynamická diagnostika – 3

OPD-3 a práce s klienty s poruchou osobnosti

OPD a její uplatnění v dětské psychiatrii

Závěr

Dodatek – ukázka testu

## Ú V O D

Nelze přehlédnout plíživý a mnohdy také víc než citelný nárůst agresivity v mezilidském chování, ať v soukromí (domácí násilí) nebo na veřejnosti (fysické napadání a brutalita, používání sečných a střelných zbraní vůči jednotlivcům nebo skupinám lidí). Většinu těchto projevů má na svědomí porucha osobnosti. Zpravidla se má u odborníků za to, že touto poruchou osobnosti je vrozený statut povahových rysů jedince. Pouze s tímto tvrzením již dnes, už ale nelze souhlasit. Projevy mnohých lidí, kteří se svým chováním a jeho dopadem na personální okolí manifestují podle shora uvedených charakteristik, vychází rovněž z frustračních vzorců, které mají svůj původ ve špatně nastavené meziosobní komunikaci. Touto poruchou osobnosti je tak nejčastěji nějaký okolím evidovaný a neakceptovatelný způsob jednání, který působí negativně, dopadá omezujícím způsobem na kvalitu života, popřípadě ohrožuje zdraví či život lidí tam, kde jedinec s touto poruchou osobnosti působí. Jsou tedy poruchy osobnosti, které zahrnují působením meziosobních vlivů takové podněty, jejichž výsledkem je obrana, která ústí zejména k neovladatelnosti a potřebám projevu útočného vzorce s charakteristickými známkami destruktivity (vnější nebo vnitřní). Tudíž, u těchto poruch osobnosti je možné sledovat zejména to, že jejich pozadím jsou nevhodné přístupy v souvislosti s výchovnými impulsy, popřípadě další osobnost dehonestující jinou osobnost (šikana), což hromaděním podobných zkušeností sociálně izoluje daného jedince, až na sám práh únosnosti v rámci pozitivního sebehodnocení. Pokusíme se v předložené knížce poukázat na základní psychodiagnostické přístupy poruch osobnosti, popřípadě naznačíme možnosti klinické psychoterapie.

*Jiří Adamec*



## **ODDÍL PRVNÍ**

### PORUCHY OSOBNOSTI POHLEDEM VÝVOJOVÉ A OBECNÉ PSYCHODIAGNOSTIKY

## **§1. PROBLÉM PORUCHY OSOBNOSTI V KONTEXTU VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE**

Zjevně komplexnost v přístupech k výchově a sledování vývojových vzorců chování člověka, sama o sobě nestačí. Významnou součástí zde je, jak se ukazuje, vzor chování a osobnost toho, kdo má dítě ve své péči. Dítě již od raného vývoje vnímá, zda je nebo není součástí životní náplně svého rodiče. Tato fakta ovšem z nikoho nesnímají odpovědnost, kterou je zapotřebí, přibližně od patnácti let svého života osobně přejímat a evidovat jako nutnou součást sebereflexe, od chápání pocitu viny, až po její zahrnutí pod veškeré jednání, zvažováním konkrétního dopadu vlastního chování, směrem k těm, jichž se to nepopíratelně týká.

***Jak tedy z předešlého plyne, poruchy osobnosti spolu zahrnují: psychické, morální, interpersonální, behaviorální a sociálně kulturní veličiny.***

Řečeno potom i jiným způsobem, těmito *veličinami* jsou zejména vědomé přístupy k vnitřním pohnutkám, tj. schopnost jejich zachytávání vlastní sebereflexí.

Vzhledem k tomu, že v rámci vrozených impulsů dítěte, jednoznačně převažují již dané rámce individuálních potřeb a jejich touhy po sycení, setkává se výchova nejednou s neúspěchy, neboť svým přístupem zjevně působí kontraproduktivně. Pokud dítě ví, že je respektován jeho zájem současně s jeho osobností, zvládá daleko lépe, zpětnou vazbou, navazovat optimální komunikaci. Dále, pokud ten, kdo dítě vychovává, zvládá například poukazovat na *pořadí činností*, které optimalizují zájmy jak dítěte, tak dospělého, lze očekávat těmito „*výměnnými obchody*“ dosažení rychlejšího navázání potřebné vzájemnosti. Hovoříme zde o většinovém přístupu zdravých jedinců k sobě navzájem, nikoli o psychopatologií zasažených lidech, ať už v jakémkoli smyslu. Naopak porušení některého z výše uvedených

bodů, popřípadě nerespektování osobnosti dítěte, bývá důvodem k postupnému rozvoji některé z psychopatiologií, ať už na úrovni mírnější nebo vážnější duševní poruchy.

Nejčastějším projevem dítěte je opoziční *vzdor*. Není tím myšlen hned ten opoziční *vzdor*, který je součástí klinické psychologie, ale *vzdor* jaksi vyjadřovaný ve smyslu prostého nesouhlasu či nesouladu s nastalými podmínkami života v dané přítomnosti. Takových okamžiků dospělý s dítětem zažívá bezpočet. Tento *opoziční vzdor* má svoji minulost. Je pokračováním původního *traumatu z porodu*, kterým prochází každý člověk, aniž by, opět většinou, nutně zanechával nějaké psychopatologické stopy. Je to naopak vcelku zdravý způsob prvotního traumatu, který jako sebezkušenostní zisk pomáhá například rozvíjet principy: *sebezáchovných impulsů*. V pozdějších týdnech a měsících se spontánní nespokojenosti s měnícími se podmínkami tělových a vnějších podmínek života dají u dítěte sledovat v celé řadě projeveného „*odporu*“. A čím blíže se dítě, vzhledem ke své věkové skupině, nachází u stavu prvotního sebe zvědomování, tím modifikovanější se tyto opoziční vzdory projevují ve stále sofistikovanějších postojích a potřebách manifestace. Je to celá řada protichůdných ukázek, ještě stále nikoli plně se angažujícího vědomí na výstavbě vnímání sebe sama a světa svého okolí.

Fragmentární odchylky duševního zdraví osobnosti dítěte pak nahlížíme zejména tam, kde je jedinec schopný dosahovat svojí důsledností výsledků při hře takovým způsobem, že vlastní zaujatost touto činností významně převyšuje momentální nezájem o vnější realitu. Zdravý komunikační potenciál, jako součást hry zahrnuje rovněž potřebu dítěte poukazovat na dosažený výsledek hry jeho sdílením s těmi, kdo buďto byli součástí hry, nebo se jen nachází v blízkosti.

Všechny takové poukazy a jim podobné, je zapotřebí dítěti, zpětnou vazbou, dostatečně od-komunikovat, popřípadě hru společnými silami tvůrčím způsobem dokončit. Pro dítě to může často představovat důležitou inspiraci pro vlastní seberozvoj, zejména v tvůrčím aktu myšlení, představivosti či odvaze hru směřovat i dál, podle nových asociačních propojení. Navíc, výsledek hry je takto společným dílem, což má potom pro dítě význam a hodnotu personální sounáležitosti.

Uvedené okolnosti představují, vedle dostatečného pohybu, výživy a spánku, pro dítě důležitý souhrn impulsů, které pokud se stanou trvalou součástí jeho každodenního života, představují potom to, co může být dobrým základem životního stylu, který bude volně přijímat a navazovat na něj již vlastní seberealizací v pozitivním fungování směrem k takovému seberozvoji, jenž bude spolu-zahrnovat většinou také optimistický výhled do vlastní budoucnosti.

## **§2. PŘECHOD K PSYCHOPATOLOGII**

V základu vyznačeno, nejčastějšími vlivy, dopadajícími na rozvoj psychopatologie v rámci vývojových souvislostí jsou nenápadné shluky okolností, které spolupůsobí:

1. nedostatek spánku
2. nedostatek výživy a tělesné aktivity
3. nedostatek podnětů pro rozvoj kognice
4. nedostatek vrstevnických a sociálních kontaktů
5. disfunkční vztahy s rodiči a jinými autoritami výchovy

Všechny uvedené body se mohou jednotlivě, stejně jako kombinovaně provazujícím způsobem spolupodílet na izolované psychopatologii nebo na psychopatologii vázané znaky a pravidly tzv. diferenciální diagnostiky.

**Ad/1.** Nedostatek spánku způsobuje denní únavu, ne-soustředěnost, podrážděnost...

**Ad/2.** Nedostatek výživy a tělesné aktivity způsobuje obtíže s oběhovým a motorickým systémem (koordinace), poruchy trávení a vylučování...

**Ad/3.** Nedostatek podnětů pro rozvoj kognice způsobuje postupné zhoršování adaptability na nově přicházející situace (zpožděním základních dovedností na úrovni řeči a myšlení), hyperaktivitu, snižuje sebevědomí, vytváří podmínky pro anxieta (úzkostnost) a její překonávání uplatňováním agresivity...

**Ad/4.** Nedostatek vrstevnických a sociálních kontaktů působí na potřebu sebeizolace, snižuje akceptaci (toleranci) jinakosti subjektů ve svém okolí, posiluje egoistické pozice...

**Ad/5.** Disfunkční vztahy s rodiči a jinými autoritami výchovy mají vliv na jejich rozšiřování směrem k dalším jedincům nebo skupinám lidí ve svém okolí, nejrůzněji převrstvovanými „přenosovými“ postoji nebo tzv. „psychickou infekcí“.

■

Ze všech, výše uvedených znaků, danému jedinci, připadá jako optimální východisko pro jejich překonávání vytváření přesilujících asociačních obrazů „skutečnosti“. Při reálné absenci zkušenosti (pozitivně tělesné a intelektové vývojové konfrontaci), se světem svého okolí, jedinec s touto zátěží, zažívá rovněž pocity a komplexy méněcennosti. Přirozeným způsobem pak toto vše člověk *přemáhá* zejm. *zvyšováním vlastního ega*.

Mnoho lidí se s podobnými, všelijak nakombinovanými znaky struktury své osobnosti a jejich působením v reálných situacích projevují, aniž by to nutně muselo znamenat patologické sklony. Je možné s nimi vycházet za přiměřené trpělivosti a akceptace zvláštností jejich chování. Působení na sebereflexi může být východis-

kem k optimální nápravě a pozdějšímu, celkovému do-  
tvoření klidného navázání na původní základy seberoz-  
voje. Lidí s podobnými obtížemi, kdy si tak zvaně, „ne-  
rozumí sami se sebou“ je mnoho. Přesto na sobě pracu-  
jí a dosahují dobrých výsledků pro optimalizaci kvality  
života a její úrovně v kulturních projevech širokého zá-  
jmu aktivit. V současnosti se těmto potřebám říká nej-  
častěji: „*zvyšovat svůj potenciál*“.

Vedle těchto poznatků ovšem, nemůžeme opome-  
nout následující. Pokud, na uvedené okolnosti, které  
jsme popsali výše navazuje nějaký druh osobního osla-  
bení v úrovni kognice, tělesných (vrozených zdravot-  
ních) komplikací atp., cesta k psychopatologii potom  
může být vyznačena čistě predispozičními znaky. Jejich  
zachytávání v rámci včasné prevence se může samo-  
zřejmě setkávat se značnými komplikacemi. Jednou z  
nich je například „interpretace geneticky“ podmíněných  
sklonů, které jsou okolím pozorovaného chování jedince  
promítány do obecně akceptovaného názoru a postoje,  
který z takto nastavené psychopatologie (jako například  
sklonu k násilí), učiní věc snadno přehlédnutelných pro-  
jevů, protože „*otec daného jedince se choval přeci úpl-  
ně stejně*“. Takže výsledkem je většinový názor toho  
druhu, že se s tím vlastně už nedá nic dělat. Všichni si  
na tento postoj navykli reagovat, ve skutečnosti, jeho  
přehlížením.

Jedná-li se o takový druh frustračního převrstvení  
uvedených pěti bodů, který má potom sklon spolupůso-  
bit v širších souvislostech, například celospolečensky,  
může z něj daný jedinec „vytěžit“ takové *postoje psy-  
chopata*, který s dostatečnou inteligencí a vlivy dosáhne  
dokonce na vysoký stupeň obdivu s obsazováním i dů-  
ležitých politicko-mocenských pozic. Do psychopato-  
logie, se tomuto manipulativně jednajícímu člověku do-  
stalo něco navíc: *rigidita (úpornost) v sebeprosazování*.

### **§3. PORUCHY OSOBNOSTI PODLE SOUČASNÝCH PSYCHODIAGNOSTICKÝCH MANUÁLŮ**

MKN-10

Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60 – F69)

Specifické poruchy osobnosti (F60)

- Paranoidní porucha osobnosti
- Schizoidní porucha osobnosti
- Disociální porucha osobnosti
- Emočně nestabilní porucha osobnosti
- Histrionská porucha osobnosti
- Anankastická porucha osobnosti (detaily)
- Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti
- Závislá porucha osobnosti (na druhých lidech)
- Jiné specifické poruchy osobnosti (excentrická, „haltlos“ – nezdrženlivá, dále i nezralá, *narcistická*, pasivně-agresivní, psychoneurotická...)
- Porucha osobnosti nespecifická (charakterová neuróza, patologická osobnost)

Smíšené a jiné poruchy osobnosti (F61); *hraniční p. o.*

- Kombinace poruch osobnosti z klastru F60

Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku (F62)

- Přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti (zkušenosti ze zajetí, teroristickým útokem...)
- PTSP
- Přetrvávající změna osobnosti po psychickém onemocnění
- Jiné přetrvávající změny osobnosti (např. syndrom osobnosti s trvalou bolestí)
- Přetrvávající změna osobnosti – nespecifikovaná

Nutkavé a impulsivní poruchy (F63)

- Patologické hráčství
- Patologické zakládání požárů (pyromanie)
- Patologické kradení (kleptomanie)
- Trichotillomanie (nutkání k vytrhávání vlasů)

- Jiné nutkavé a impulsivní poruchy
- Intermitentní explozivní porucha

#### Poruchy pohlavní identity (F64)

- Transsexualismus
- Transvestitismus dvojí role
- Porucha pohlavní identity v dětství
- Porucha pohlavní role

#### Porucha sexuální preference (F65)

- Fetišismus
- Fetišistický transvestitismus
- Exhibicionismus
- Voyerismus
- Pedofilie
- Sadomasochismus
- Frotérismus
- Také – mnohočetné poruchy sexuální preference, nejobvykleji však: fetišismus, transvestitismus, sadomasochismus
- Jiné poruchy sexuální preference (obscénní telefonické hovory, zoofilie, nevhodné násilí během koitu...)

#### Poruchy psychického chování související se sexuálním vývojem a orientací (F66)

- Poruchy sexuálního vzrávání
- Egodystonická sexuální orientace (narušení pohlavní identity – heterosexuální, homosexuální, bisexuální vlivem sebeprožívání, s přáním preferovanou orientaci změnit)
- Porucha sexuálních vztahů, tedy nesoulad v sexuálně partnerské orientaci

#### Jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých (F68)

- Druhy kompenzačních neuróz, ovlivňujících normální chování klienta zdůrazněním většiny negativních postojů obavami z nemoci (hypochondrie)
- Faktivní porucha, kdy klient předstírá problémy, kterými se vyhýbá odpovědnosti atp. (F69).





# DSM 5<sup>®</sup>

American  
Psychiatric  
Association

## Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM 5<sup>®</sup>

První české vydání

Autoři české verze: Jiří Raboch, Michal Hrdlička, Pavel Mohr,  
Pavel Pavlovský, Radek Ptáček



HOGREFE - GÖTTINGEN BERN TORONTO BOSTON, MA KØBENHAVN AMSTERDAM OXFORD PARIS WIEN STOCKHOLM FIRENZE HELSINKI PRAHA

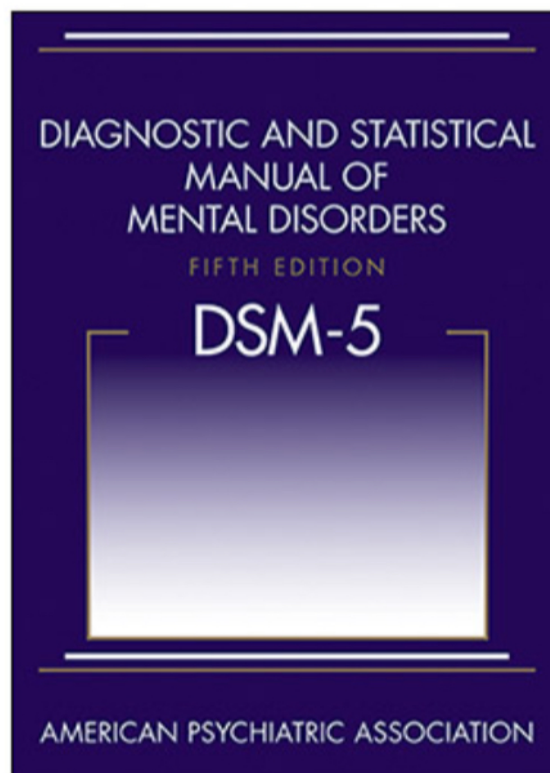
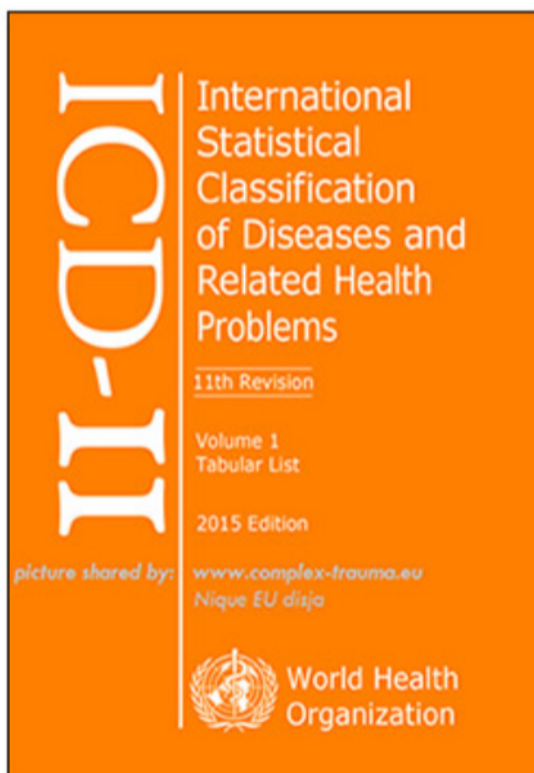
HOGREFE  
TESTCENTRUM



V DSM-5, se některé výše řazené psychodiagnózy objevují na zcela jiných místech z důvodu kulturně a společensky podmíněných poznatků. Jedná se však většinou o kosmetické úpravy, neboť v celkovém nastavení toho, co je těmito manuály sledováno je to, že jsou popisovány podmínky, které musí být splněny, aby diagnóza mohla být stanovena. Tak například *faktivní* poruchu osobnosti (F69) je v DSM-5 řazena k *Somatickým symptomům a přetrvávajícím poruchám u neurotiků* pod kódovaným specifikátorem č. 349 a dále jsou např. specifikovány *genderová dysforie u dětí a genderová dysforie u adolescentů a dospělých* pod kódovaným specifikátorem 511 (Genderová dysforie), tj. nesoulad s vnímáním vlastního pohlaví a orientace. Do klastru *nesubstančních závislostí* (č. 661) jsou DSM-5 rovněž vkládána některá specifika poruch osobnosti. Vlastní *poruchy osobnosti* v DSM-5 (č. 733 etc.) zahrnují mnohé detailněji rozpracované diagnostiky i s odkazy na pod-varianty: *narcistní* porucha osobnosti zde má již své samostatné a kódovacím specifikátorem určené místo (č. 760), stejně jako *závislá, vyhýbavá nebo obsesivně - kompulsivní porucha*, která byla doposud specifikátorem neurotických poruch (v MKN-10 jako F40 v DSM-5 jako 771). *Personality Disorders* (Poruchy osobnosti) zahrnují rovněž další sub varianty. Vlastního místa v DSM-5 získávají potom rovněž Parafilické poruchy (Parphilic Disorders 779 – 801). Nově sem přiřazuje DSM-5 samostatně také sexuální sadismus (790), incest (jako součást pedofilie – 792). Základní klastry dělí potom na **A** – paranoidní, schizoidní schyzotypální, **B** – antisociální, závislé, hystriónské a narcistní, **C** – závislé, vyhýbavé, jakož i obsesivně-kompulsivní. V jiných oddílech se objevuje například disruptivní disregulativní porucha osobnosti nebo porucha dissociativní s vazbami rovněž na úzkost, depresi a schizofrenii.

Celkově je nutné DSM-5 přiznat daleko detailnější propracovanost jednotlivých popisů, které mají informovat o tom, co má být splněno, aby diagnosa mohla být stanovena. Patrně zcela analytického rozpracování se potom dočkáme zejména u popisu oddílu závislostí, kde autoři svým podáním ukazují na mnohaleté zkušenosti s tématem poruchy osobnosti.

V ICD-11 jsou očekávány opět další klasifikační změny, nejen co do nového řazení, ale stejně tak i popisu symptomových fragmentů pro stanovování diagnózy. Konečně, nakladatelství *Hogrefe* u nás aktuálně vydává nový klasifikační převodník obou diagnostických manuálů v detailním přehledu, kterým se přibližujeme komplexnímu zpracování psychodiagnostiky podle zcela současných kritérií.



V ICD (MKN-11), budou poruchy osobnosti řazeny pod kódovým označením **6D10.0** atd. Další dělení bude také na poruchy osobnosti lehké, střední a těžké (s příslušným popisem). Pod označením QE50.7 se budou uvádět *Personality Difficulty* (obtížně zařaditelné poruchy osobnosti). Dále to budou poruchy osobnosti s:

- 6D11.0 negativní afektivitou (Negative Affectivity)
- 6D11.1 se sklonem k separaci (Detachment)
- 6D11.2 disociálními sklony (Dissociality)
- 6D11.3 disinhibicí (Disinhibition- Odložení zábran)
- 6D11.4 anankasmem (Anankastia – nutkavé jednání)

Naopak poruchy osobnosti ve vztahu k poruchám impulsivity (pyromanie, kleptomanie etc.), budou klasifikovány v úrovni klastru 6C70.0 a dále. Nové specifické poruchy impulsivity se budou řadit pod označení: 6C7Y.

Jak v současné době již z náznakových pramenů vyplývá, budou tyto poruchy impulsivity hodnoceny rovněž ve vztahu k symptomovému jednání, které neopomene zmiňovat rovnou dříve v diferenciální diagnostice uváděné *symptomy* nebo *syndromy*: *deprese, obsedantně-kompulsivní sklony* či *poruchy*. Vůbec nejzřejměji se v nové ICD-11 prokáže propojení: *nemoc, porucha, symptom a syndrom* jako přehlednější manualisovaný zápis s rychlejším vyhodnocováním aktuálního stavu psychicky prožívané reality, odkazující pozorovatelným (klinicky zachytávaným způsobem) na bezprostřední duševní stav jedince. Kontext nebo rozdílovost mezi emotivitou a myšlením, tak bude možné v daleko užším zaměření interpretovat, a to vzhledem k věkové hranici klienta, stejně jako v souvislosti s požadovanou prevencí a doporučovanou psychoterapií či medikací. Ukazuje se tak, že klasifikace v ICD-11 bude duševní poruchy manualisovat objektivněji než doposud.

Nepoměrně významnou položkou v psychodiagnostice, a také při následné „psychoterapii“ jsou hraniční poruchy osobnosti. Slovo *psychoterapie* je zde uváděno v uvozovkách, neboť se jedná o problematiku spojenou se zásadně nesnadnou možností, plošně objektivovat přístup k těmto klientům protože, jak jejich ochota pracovat na sobě, s předešlým uznáním potřeby systematické sebereflexe, tak i sama vytrvalost v nastavené „léčbě“ bývají znehodnocovány právě charakterem této poruchy jako takové. A tím jest, velmi malá schopnost vytrvat v důslednosti pracovat na sobě a přijímat dobré výsledky postupně jako pozitivní cestu k novému sebeutváření, které by bylo postaveno na znatelně menší konfliktovosti v meziosobním a sociálním životě klienta.

Žádná psychoterapie si u hraniční poruchy osobnosti nemůže být jistá dopředu svým výsledkem, neboť jedním, ze základních *povahových* rysů, u této diagnózy vždy je apriorní dehonestace všeho, co se chce podílet na nápravě chyb, kterými se klient v meziosobním a sociálním styku svým projevem vyznačuje: psychoanalýsa se u těchto klientů setkává s významně zesíleným *odporem* a negativně *přenosovými* vztahy; KBT jen s největším vypětím řeší u těchto jedinců neochotu spolupracovat na *přerámování* vlastních postojů a ve skupinové práci jde o silného narušitele atmosféry *koheze*; v rámci gestaltterapie klienti s hraniční poruchou osobnosti všechny emoce vrací terapeutovi ve smyslu: „*je mi tak špatně proto, že svoji práci neumíte dělat dobře*“; v rámci daseinsanalytického přístupu klienti rozvíjí své „filosofické rozpravy“ až na úroveň verbální agrese; logoterapii mnohdy nepovažují za terapii, verbalisováním základního tématu - *hledání smyslu* - jeho ponižováním, způsobem: „*jsem tu proto, že vy mi budete říkat, co mám dělat...?!*“. Světlym bodem proto jsou u revitalizačních programů HPO tzv. *integrované* přístupy.

## **ODDÍL DRUHÝ**

PORUCHY OSOBNOSTI POHLEDEM

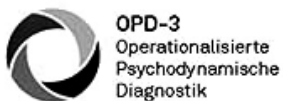
OPD-3



**Arbeitskreis OPD**  
(Hrsg.)

# **Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik**

Das Manual für Diagnostik  
und Therapieplanung



#### **§4. OPERACIONALISOVANÁ PSYCHODYNAMICKÁ DIAGNOSTIKA – 3**

V následujícím oddílu, tohoto pojednání, se pokusíme ozřejmit jeden z přístupů k práci s klienty s poruchami osobnosti, který si po právu činí nároky na evidentní úspěchy ve zmírňování dopadů chování těchto klientů v rámci meziosobní a sociální interakce. To, co je zde základním vodítkem představuje zejména uvědomované pohnutky a jejich sebereflexi, v souvislosti s motivy chování, které tito klienti v rámci sklonů k impulsivitě vždy neovládají s výhledem na dopady a odpovědnost za takové chování. Mnohdy se tak jedná o regulativy, které výše uvedené interakční konflikty pouze zmírňují na únosnou mez fungování v mezilidských vztazích.

OPD-3 věnuje svým přístupem pozornost provázanosti psychoanalýzy s existenciální filosofií. V psychoanalýze respektuje většinu Sigmundem Freudem formulovaných přístupů, *od založeného konfliktu, přes strukturu osobnosti (Já, Nad-Já, Ono), libido, obrany a sublimačně přenosové znaky*; a dále, v existenciálním přístupu upřednostňuje zaměření na pět základních kategorií: **1.** prožívání duševní nemoci, **2.** vztah, **3.** konflikt, **4.** strukturu, **5.** psychosomatické poruchy.

Jelikož v souvislosti s OPD-3 hovoříme o interakční psychodynamické terapii, je tak jejím obsahem (předmětem) osobnost a její psychické zvládání situací, od sebereflexe až k sociálním interakcím.

Poslední, přepracované a rozšířené vydání: *OPD-3 (Bern, 2023, nakl. Hogrefe)*, ukazuje na významně prohloubený zájem o poruchy osobnosti. V každém oddíle publikace a při všech výcvicích, které dnes doznaly celosvětového zájmu, autoři pracovního kruhu (Cord Bennecke – mluvčí skupiny, Manfred Cierpka – jeden ze zakladatelů pracovního kruhu v devadesátých letech, a další), to dokazují už zaměřením obsahu jednotlivých



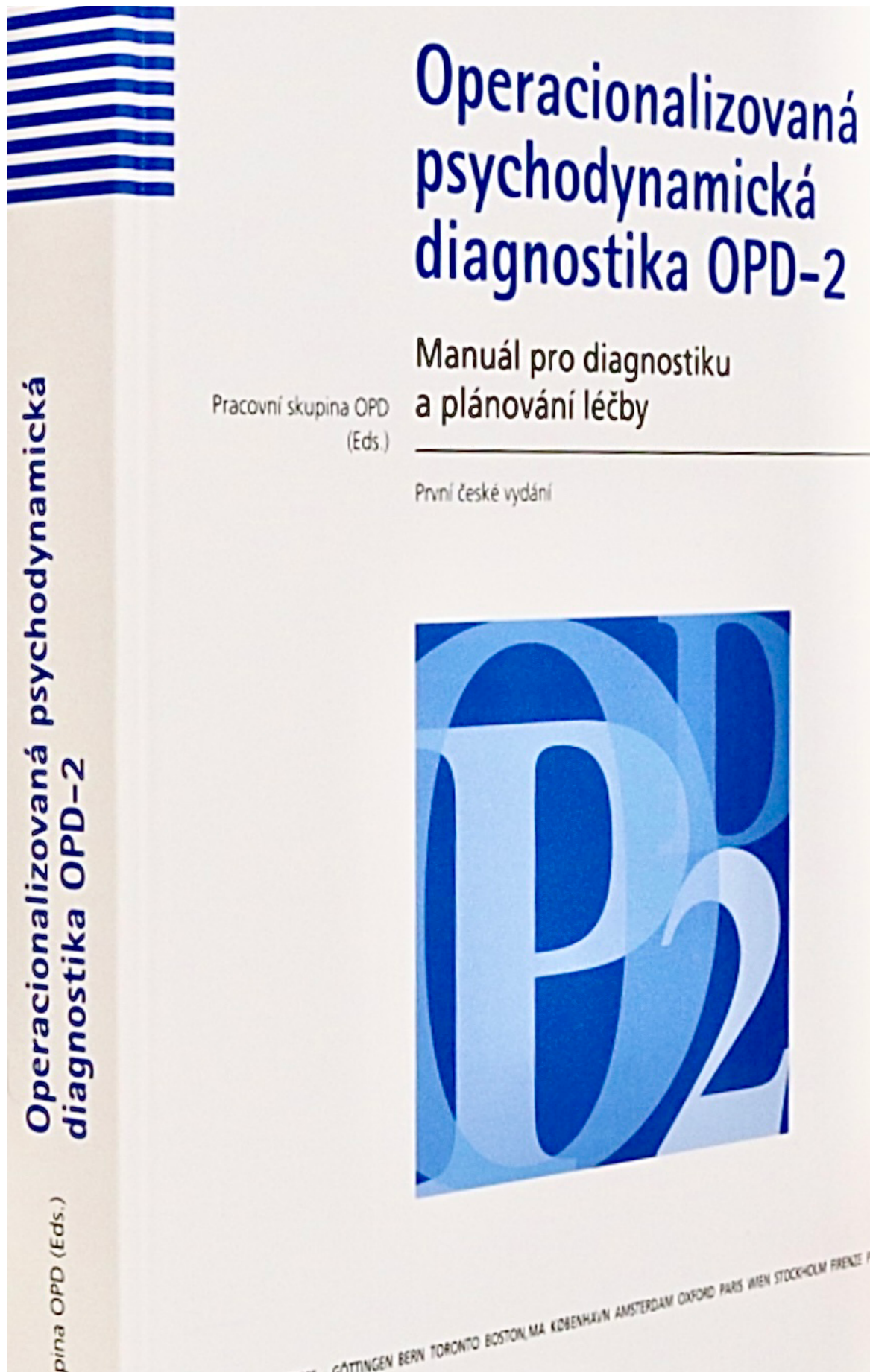
kapitol, výběrem například: *psychosociální symptomatika, externí atribuce, sociální orientace, sociálně terapeutický koncept, přenos a jeho inscenace, oidipský konflikt, pud a motivace, konflikt identity, aplikace ve forenzní psychiatrii*, a tak dále.

Další materiál zahrnuje konkrétní tabulky úvodních a průběhových interview, postupy a ukázky záznamového měření i s testovými bateriemi. Tímto detailním přehledem se tak OPD-3 zařazuje mezi vysoce kvalitní učebnice, umožňující učinit si konkrétní přehled o celkovém nastavení klinického přístupu ke klientům.

V tomto smyslu se proto OPD-3 nevyhýbá dnes již jakékoli diagnostické jednotce, kterou je zapotřebí s daným klientem terapeuticky řešit, a svůj přístupový rámec tak uplatňuje universálním způsobem.

U nás je v tomto ohledu nyní stále volně dostupná OPD-2, která však vydáním OPD-3 již nedostačuje požadovaným kritériím. Také proto, že OPD-3 dává ještě větší důraz svým rozpisem těm tématům, která se stala již tradičně tématy výzkumnými.

Abychom si uvědomili význam OPD-3, bude vhodné poznámkou upozornit na to, že se nejedná o nějaký druh existencialistické, daseinsanalytické terapie, slučující Freuda, Heideggera a Frankla pouze jiným způsobem. Jde o ryze medicínsky opřenu klasifikaci, vycházející ze svého a odbornou veřejností uznaného základního výzkumu. Věnuje se úzkostným poruchám, depresivním syndromům, také psychosomatickým obtížím, poruchám osobnosti, poruchám spánku, sexuálními dysfunkcím, závislostem, individuální terapii, skupinové terapii, párové a rodinné terapii a jak už bylo uvedeno výše, také forenzní psychologii, a dalším. OPD-3 analyticky poukazuje na možnosti účelného zjednodušení v základním přístupu ke klientovi, prostřednictvím: *prožívání, vztahů, konfliktů, struktury a psychosomatiky*.



## **§5. POHLED NA VÝZNAMNÉ BODY OBSAHU OPD-3 SMĚREM NA PRÁCI S KLIENTY S PORUCHOU OSOBNOSTI**

V základním přístupu se OPD-3 s respektem k oficiálním psychodiagnostickým kritériím, vždy opírá o MKN-10 (ICD-10). Poslední pátá položka, na kterou OPD-3 nově zaměřuje pozornost (psychosomatika) je zde zařazena jako diagnostická jednotka s častými proměnnými z toho důvodu, že bývá u vysokého počtu klientů výsledkem souhrnného působení položek 1. – 4. Dále, OPD-3 používá dělení výskytu symptomů (1. – 4. / 5.) v úrovních: *bez příznaků, s mírnými příznaky, příznaky se střední zátěží a příznaky s trvalým výskytem symptomů.*

Pro další klasifikaci duševních poruch zmiňují autoři rovněž respekt k již dříve Annou Freudovou vytvořený „*hampsteadský biografický index*“ (Sandler, 1962), což je svého druhu inventář schopný zachytávat skupiny „*založených konfliktů*“, interpretovaných původně jejím otcem, Sigmundem Freudem.

### **PORUCHY OSOBNOSTI A „SEBE-PROŽÍVÁNÍ“**

Prožitek svého vnitřního nastavení může člověk vnímat jako *puzení k... něčemu*, čeho se z důvodu *nutkavosti* nemůže vzdát, a co mu také, v momentě *její realizace* nepřináší úlevu, ale naopak, toto puzení dál a bezprostředně zvýší svůj nárok k tomu, vše znovu opakovat. U mnoha lidí se takový vnitřní nárok stává běžně součástí sebereflexe, jindy ovšem jen obtížně vědomím zachytávanou realitou, což je již předmětem symptomového působení, neboť při poruchách osobnosti se podobný styl seberealizací stává každodenní součástí problémů, vyvolávajících meziosobní konflikty. Nejedná se

tedy o povahový rys, ale o charakteristiku neovladatelnosti impulsů. Vnitřní prožitek výše popsané nutkavosti rovněž zdaleka nemusí splňovat podmínky pro stanovení OCD (obsedantně-kompulsivní poruchy). Blíže se podobný stav ocitá v kontextu se založenými konflikty, anebo PTSP, frustračními impulsy, a tak dále.

Vlastní komunikace s klientem potom může spolu zahrnovat vcelku jednoduchý rámec, který ovšem vyžaduje vytrvalost při osvojování uvědomovaných detailů v rámci sebereflexe: **1.** *vždycky, když máte přesvědčení o tom, že musíte druhé lidi verbalisovat o své pravdě, vnímáte při té příležitosti nějaké emoce? 2.* *Ve kterém okamžiku si uvědomujete své emoce, v momentě představy, že s někým povedete spor, a tudíž si podmínky pro jeho navození vytvoříte vznikem konfliktní situace nebo, až po odeznění konfliktu, vnímáte například úlevu nebo napětí, které neslábnou?*

U většiny poruch osobnosti, zejména u hraničních poruch osobnosti se v podobných případech projevují postoje rozzlobeného dítěte, které stůj, co stůj, trvá na svém, a i při zjevné alogii odmítá opustit svá tvrzení a postoje. Takové jednání mívá tristní vývoj. Může jednak zachytávat v již raném stádiu zcela nezdravou neústupnost, která bude pozvolna sílit, tak jak bude „subjektivně klient přesvědčován“ o své „pravdě“, jak se bude dále mít možnost manipulativním způsobem domáhat o uznání této „pravdy“ prosazováním na úkor svého okolí. Podle Anny Freudové zde můžeme interpretovat založení patologicky fungující *jáské pozice*, která komunikuje pouze s pozicí pudovou (libidinósní), při vynechání dohledu směrem k Nad-Já (subjektivně morálním in-vektivám neboli také - jinak, přirozené zdrženlivosti). V základu schopnost zvědomovat, a tedy emočně si stabilizovat vlastní impulsy je to, co klientovi s poruchou osobnosti dělá výchozí problém (*sebeprožívání*).

## PORUCHY OSOBNOSTI A TÉMA „VZTAHU“

Původně Sigmund Freud věnoval pozornost tématům kolem tak zvaného „objektu“, jako například „objektní láska“ nebo „objektní vztah“ jako takový, čímž měl na mysli jednak intencionální vazby (zaměřenost lidského vědomí na...), stejně jako u jedinců s psychopatií tímto interpretoval takové jejich zaměření, které je vytlumuje z původní existence (Jaspers) směrem k úpornosti představy (*bludné představy*), určující již samu podstatu psychopatie jakož i chování vůči každodenní realitě. Sny byli v tomto případě průkaznou cestou k potvrzení tedy toho, že člověk takovými bludnými představami vládne nejen během spánku, ale stejně tak často i během dne (*denní sny*), kdy se podobné obrazy ze snu dostávají fragmentárně do kontaktu s vědomím, oslabují jeho možnost reagovat adekvátně na vnímanou realitu, kterou tyto bludné představy svým obsahem zabarvují, a vedou jedince dál tímto bludným, patologickým směrem k motivům každodenního života. To už jsou samozřejmě poruchy osobnosti se schizoidními rysy.

Vztahem je potom v OPD-3 myšlen zejména motivující záměr, který klient nachází nebo opouští v souvislosti i s motivací podstupovat psychoterapii. Tímto se onen „vztah“ chápe rovněž jako „vztah“ k sobě samému. Rozpoznávání takové potřeby, která vychází ze „vztahu“ k sobě samému, pomáhá daleko lépe zvládat přístup k terapeutické spolupráci. U poruch osobnosti, jak jsme vyznačili již výše se takový zájem mnohdy neobejde bez omezujících a dehonestujících invektiv, ze strany klienta a může proto končit i nezdarem vůbec nějakou takovou spolupráci zahájit, natož v ní s klientem systematicky pokračovat.

Rovněž klient s poruchou osobnosti může dobře reagovat na pochvalu, částečné zapojení do spolupráce s terapeutem, zejména při skupinových terapiích nebo při konkrétních úkolech a rolích, které mu mohou být svěřovány. Často plná akceptace spolehlivosti klienta s poruchou osobnosti, pomáhá navazovat dobré výhledy na spolupráci. Je vhodné, při této příležitosti si uvědomovat, že nejen pravidla a vedení klienta, ale stejně tak vlídnost „lidského přístupu“ dělají dobrý dojem, neboť klienti s poruchami osobnosti často strádají blízkostí nejužšího rodinného kruhu. Zde tedy mluvíme zejména o prevenci, která má za úkol těmto klientům pomáhat ve vytváření důvěry (*kongruence* – vědomý soulad mezi *Já, Nad-Já, Ono* ). OPD-3, ostatně tak jako její dřívější znění tento důležitý bod svého zaměření interpretuje ve smyslu „Genenüber“ (*kdo nebo co, se vůči klientovi nachází - proti němu*). Je to odvěký zápas člověka s domnělým úkolem, kterého se není schopen zbavit v domnění nebo lépe - přesvědčení, že mu musí vyhovět v souladu s vlastními představami o naplněnost či správnosti vedení svého života. Nejčastěji jsou v tomto „Gegenüber“ zaangažované jiné postavy: rodiče, prarodiče, sourozenci, kamarádi z dětství, popřípadě osobní zklamání různého druhu (ponížení na školní besídce, nepřijetí na školu, zmařený talent v hudebním kroužku vlivem dlouhodobé nemoci, a další).

*Prožitek a objekt (vztah k...)* jsou tedy v základu propojené aspekty poruch osobnosti, stejně jako u klientů, dovolím-li si použít zmírňujícího označení, s prostou neurósou. Ztráta sebehodnocení s absolutním převodem zájmů směrem k nutkavé seberealizaci, představuje následně, vyústění psychopatologie, u poruch osobnosti takovým směrem, kdy se jedinec již nezdráhá pod hlavičkou vnitřního přesvědčení chovat i způsobem, kdy *do programu takového jednání vstupuje destrukce*.

## PORUCHY OSOBNOSTI A TÉMA VNITŘNÍ / VNĚJŠÍ „KONFLIKT“

Jak z předešlého vyplývá, dívají se autoři *Operacionalizované psychodynamické diagnostiky - 3* na poruchy osobnosti jako na problém subjektivní tísně, opírané o potřebu vybití emočně nezpracovaného napětí. V tomto smyslu navrhli detailní schéma „konfliktovosti“ v níž má tendenci jedinec s duševní poruchou uvíznout. Dopadem takového uvíznutí potom je, že se jeho problém násobí i obrannými postoji, což v případě poruch osobnosti znamená utkvělost v celé šíři aspektů, projevovaných specifickou dynamikou prosazovaných zájmů:

- Konflikt – Závislost versus Individuace
- Konflikt – Podřízení versus Kontrola
- Konflikt – Zabezpečení (bezpečí) versus Nezávislost
- Konflikt – Já versus Objekt
- Konflikt – Osobní vina versus Vnější Odpovědnost
- Konflikt – Oidipický (rodičovský)
- Konflikt – Identity
- Konflikt – Vnitřní Obrany versus Vnímání emocí

Téma *konfliktu* potom OPD-3 vnímá v čistě psychoanalytickém módu jako *vztah vědomí a nevědomí*. Bez toho, aby působil konflikt mezi vědomím a nevědomím, nemůže vzniknout ani žádná duševní porucha (volná citace: Sigmund Freud).

Pro poruchu osobnosti to znamená terapeutický oříšek. Neboť jedinou cestou, jak klientovi zpřístupnit jeho problém je, zvědomit obsah nevědomí, popřípadě, jak se věci ujal již Sigm. Freud: *Tam, kde mělo být Já, nastoupilo Ono*. Což následně znamená, že *Ono*, jako pudový manažer, oslabuje *Já* v sebekritice a nedovoluje morálnímu *Já* (*Nad-Já*) v realizaci zábran.

## PORUCHY OSOBNOSTI VE VZTAHU K SEBE-ROZVRHOVÁNÍ NEBOLI: „STRUKTURA“

Základním, a to ustalujícím fragmentem pro zdravý vývoj osobnosti je v současném pojetí vnímáno postavení mezi *ego* a *alterego*. Vztah mezi *Já a Ti Druzí* je v zásadě určující, veškerou lidskou existenci. Toto nastavení může mít jak charakter *libida*, tedy charakter usilující o zachování života, stejně jako charakter protichůdný čili *thanatos* neboli destruktivní, usilující o popření existence, nejrůznějšími způsoby jejího negování. V zásadě se v těchto případech nejčastěji jedná o vrozené dispozice, které mohou být vlivem životních okolností posilovány, popřípadě mohou být potlačovány. Jsou ze své podstaty jen málo měnitelné, podobně jako temperamentové složky u většiny lidí.

V OPD-3 je struktura osobnosti ještě rozšířenější. Týká se potom například: *seberegulace, vnitřní komunikace, vnější komunikace, zaměření na vnitřní objekt, zaměření na vnější objekt...* (cit., S. 193 etc.)

Struktura *Já* a struktura *Objektu* je zde potom hlavním komunikátorem, z něhož plynou výsledné postoje, motivy a chování. Vše se odehrává u klienta s poruchou osobnosti na úrovni potlačených emocí, se zvýrazněnou racionalitou, nepostrádající často paradoxní sklony neboli: *alogie*.

Základní a rozšířenou strukturou osobnosti jsou zde tedy myšleny z patologických vztahů k sobě a okolí, vycházející nezdravé postoje. Jejich základem je, vedle struktury, zejména to, jak pod jejich vlivem daný jedinec s poruchou osobnosti jedná, jak si všímá dosahovaných „úspěchů“ a jak na ně dokáže, popřípadě navázat obranou nebo zvyšováním úsilí o jejich zopakování. Nedílnou součástí je tady rovněž, vnímání hodnot.



## **§6. OPERACIONALISOVANÁ PSYCHODYNAMICKÁ DIAGNOSTIKA A JEJÍ UPLATNĚNÍ NA DĚTSKOU A DOROSTOVOU PSYCHIATRII**

Pracovní skupina věnující primární pozornost problematice OPD-3 se s dalšími odborníky věnuje rovněž rozpracování důležitých postupů uplatnění OPD směrem k dětem a dospívajícím. Vychází ze stejného základu jako: *vztah, konflikt, struktura a prožitek nemoci v souvislosti s klinickým popisem chování*. Tato OPD-JK-2 příručka informuje o zájmu včasného zachytávání psychických problémů u dětí a dospívajících, preventivních přístupech, popřípadě eliminaci rozvoje poruch osobnosti. Změna je v těchto přístupech již v pojmenování daných okruhů s nimiž terapeuti přichází do kontaktu: *diferenciální diagnostiky, vztahová dynamika, dynamika konfliktů, struktura a dynamika osobnosti*. Jak vidíme, paradigmatem celého zaměření je právě důraz na problém *dynamiky osobnosti*, což jasně plyne z faktu, že množství proměnných u sledovaného dětského klienta často doznává značně rychlého nástupu u kterého je vlastní psychodiagnostika odsunuta do pozadí. Přesto je možné v ustalujících postojích u dětských a dospívajících klientů *poruchy osobnosti prediagnosticky sledovat*, alespoň na úrovni jejich behaviorálních projevů. Ty například dobře manifestují zvyšování úrovně dynamiky specifické pro raný rozvoj poruch osobnosti tím, jak se v konkrétních znacích mění klientův výběr aktivit s důrazem na jejich obsah i formu (například: *dříve úporně projevovaný zájem o hru, při které nesmělo ve finále chybět zbourání kostek, později proměněné ve hru, kde je živočichům omezován pohyb nebo jídlo*). Konečně, tyto k poruchám osobnosti vedoucí znaky jsou známé také z jiných přístupů. OPD-JK-2 k dané problematice připojuje důležitý *faktor dynamiky* ve všech oblastech.



OPD-KJ-2

**Arbeitskreis  
OPD-KJ-2  
(Hrsg.)**

# **Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter**

Grundlagen und Manual

3., unveränderte Auflage

 **hogrefe**

## Z Á V Ě R

Záměrem této knížky je, poskytnou přehledný rámec směrem k tématu: *Poruchy osobnosti*. Je nutné v této souvislosti nahlédnout do další literatury, aby si posluchač našeho semináře mohl rozšířit daný pohled a učinit stejně tak, pro sebe, vlastní závěr. Vzhledem k tomu, jak se v posledních několika málo letech obtíže vázané k této diagnóze rozšířily a pandemisovaly celou populaci, čeká odborníky, laiky, a stejně tak ostatní, kdo se budou s podobnými jedinci setkávat, ať doma, nebo na veřejnosti nemalý úkol trpělivého zvládnání výše popisovaných poruch chování. Proniknutím do jejich obsahu, lze významně eliminovat nebezpečí nedorozumění a kolizních situací.

Z výzkumného zájmu jsou poruchy osobnosti významnou položkou zahrnující nutný pohled na fragmentární vývoj populace. Tato skutečnost vyplývá z několika faktorů: **1.** poruchy osobnosti patologisují mezi osobní komunikaci a interakční potřeby, **2.** vzhledem k nedávným událostem vyšínutého střelce na FFUK z 21. 12. 2023, tyto poruchy osobnosti také spolu zahrnují výzkumně problém výskytu psychické infekce v nejrůzněji obecně modifikovaných podobách jako schvalování, vyhrožování tímtéž, pozitivní interpretace důvodů a dehonestace společnosti, která si údajně za podobné chování jedince může sama, a tak dále, **3.** v kontextu sociální patologie poruchy osobnosti poukazují například na problém celkové akceptace takového násilí a kriminogenních sklonů jako normovaného přístupu ke společenské realitě s nebezpečím plošné interpretace.

Problém poruch osobnosti je zjevně psychopatologií v pohybu. Je nanejvýš nutné jejich studium, jak z důvodů prevence, tak z důvodů, které mohou napomáhat psychoterapeutickým přístupům a eliminovat jejich negativní dopady na soukromý a veřejný život.

**Literatura:**

1. Adamec, *Šikana v kontextu sociální psychopatologie.*
2. Langmeier, Krejčířová, *Dětská psychologie.*
3. Nakonečný, *Psychologie osobnosti.*
4. Praško, *Poruchy osobnosti.*
5. Smékal, *Pozvání do psychologie osobnosti.*
6. Thorová, *Vývojová psychologie.*
7. Vágnerová, *Současná psychopatologie v pomáhajících profesích.*
8. Vágnerová, *Vývojová psychologie.*

DODATEK  
UKÁZKA TESTU

---

Volně z internetového zdroje  
nakladatelství Hogrefe

## Poruchy osobnosti / OPD-3 a současná psychodiagnostika

### Osobnostní inventář pro DSM-5 a MKN-11 – modifikovaná zkrácená verze (PID5BF+M)

Jméno/ID: \_\_\_\_\_ Věk: \_\_\_\_\_ Pohlaví:  Muž  Žena  Jiné Datum: \_\_\_\_\_

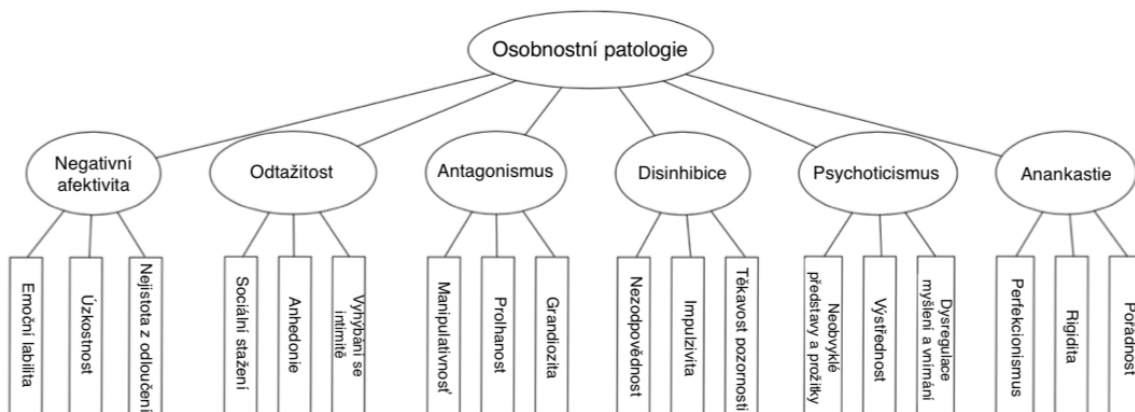
**Instrukce:** Toto je seznam výroků, které by o sobě mohli různí lidé říct. Zajímá nás, jak byste sami sebe popsali. Nejsou zde „správné“ nebo „špatné“ odpovědi. Můžete se proto popsat co nejpříjemněji, Vaše odpovědi budeme považovat za důvěrné. Vyplnění inventáře není časově omezené, přečtete si proto prosím pečlivě každé tvrzení a vyberte odpověď, která Vás nejlépe vystihuje.

		Zcela nepravdivé nebo často nepravdivé	Někdy nebo částečně nepravdivé	Někdy nebo částečně pravdivé	Zcela pravdivé nebo často pravdivé
1	Mám mnohem silnější emocionální reakce než téměř kdokoliv jiný.	0	1	2	3
2	Jsem dobrý/á v podvádění lidí.	0	1	2	3
3	Často jsem velmi lehkomyšlný/á k věcem, které se týkají mě a druhých.	0	1	2	3
4	Od lidí si udržuji odstup.	0	1	2	3
5	Často vidím neobvyklá propojení mezi věcmi, které většina lidí přehlíží.	0	1	2	3
6	Přestože je to pro druhé k zbláznění, trvám ve všem, co dělám, na absolutní preciznosti.	0	1	2	3
7	Stále se něčeho obávám.	0	1	2	3
8	Někdy je třeba přehánět, aby se člověk dostal dál.	0	1	2	3
9	Cítím, že jednám zcela impulzivně.	0	1	2	3
10	Připadá mi, že mě nic příliš nezajímá.	0	1	2	3
11	Lidé mi řekli, že o věcech přemýšlím skutečně zvláštním způsobem.	0	1	2	3
12	Je pro mě důležité dělat věci určitým způsobem.	0	1	2	3
13	Dělám si velké starosti z osamělosti.	0	1	2	3
14	Zasluhuji si zvláštní zacházení.	0	1	2	3
15	V konverzaci „ztrácím nit“, protože mou pozornost poutají jiné věci.	0	1	2	3
16	Preferuji nepouštět milostné záležitosti do svého života.	0	1	2	3
17	Je to zvláštní, ale někdy se zdá, že normální předměty mají jiný tvar než obvykle.	0	1	2	3
18	I když jsou věci perfektní, snažím se je ještě vylepšovat.	0	1	2	3
19	Snadno emocionálně vzplanu, často i kvůli maličkostem.	0	1	2	3
20	Je pro mě jednoduché využívat druhé.	0	1	2	3
21	Často zapomínám platit účty.	0	1	2	3
22	Nerad/a trávím čas s druhými.	0	1	2	3
23	Měl/a jsem určité skutečně divné zkušenosti, které se velmi těžko vysvětlují.	0	1	2	3
24	Když něco dělám, mám na to přesný postup.	0	1	2	3
25	Obávám se téměř všeho.	0	1	2	3
26	Přikrášluji pravdu, pokud mi to přinese výhody.	0	1	2	3
27	Přestože jsem si toho vědom/a, nemohu se ubránit ukvapeným závěrům.	0	1	2	3
28	Zřídka se pro něco nadchnu.	0	1	2	3
29	Mám řadu zvyků, které druzí považují za výstřední nebo zvláštní.	0	1	2	3
30	Bylo mi řečeno, že trávím příliš mnoho času ujišťováním se, že věci jsou přesně na svém místě.	0	1	2	3
31	Nesnáším zůstat sám/sama, dokonce jen na pár hodin.	0	1	2	3
32	Často musím jednat s lidmi, kteří jsou méně důležité než já.	0	1	2	3
33	Jsem snadno roztěkaný/á.	0	1	2	3
34	Ukončuji vztahy, pokud začnou být příliš blízkými.	0	1	2	3
35	Někdy, když se podívám na známou věc, je to, jako bych ji viděl/a poprvé.	0	1	2	3
36	Lidé si stěžují na mou potřebu mít vše zcela uspořádané.	0	1	2	3

Přeloženo se souhlasem Americké psychiatrické asociace. Copyright ©2013 American Psychiatric Association. Všechna práva vyhrazena. Tento adaptovaný materiál může být šířen bez souhlasu mezi výzkumníky a klinickými pracovníky k použití u svých pacientů. Správnost překladu textu do češtiny nebyla ověřena Americkou psychiatrickou asociací.

## Osobnostní inventář pro DSM-5 a MKN-11 – modifikovaná zkrácená verze (PID5BF+M)

PID5BF+M je zkrácená verze Osobnostního inventáře pro DSM-5 (PID-5), rozšířená o skórovací algoritmus k hodnocení oblasti osobnostních rysů Anankastie v MKN-11. PID-5 je oficiální posuzovací škálou Americké psychiatrické asociace k hodnocení maladaptivních osobnostních rysů podle kritéria B v Alternativním modelu pro poruchy osobnosti v DSM-5 sekci III. Kritérium B je empiricky odvozený, hierarchický model problematických osobnostních projevů, který je kompatibilní ze 4 z 5 maladaptivních oblastí osobnostních rysů v MKN-11. PID5BF+M je proto vhodným nástrojem k hodnocení maladaptivních osobnostních rysů jak podle DSM-5, tak podle MKN-11.



Model zahrnuje 18 aspektů osobnostních rysů, každý sestávající ze 2 položek. K určení 6 širokých oblastí osobnostních rysů podle výše uvedeného schématu lze kombinovat specifické aspekty rysů s využitím položek PID-5 uvedených v tabulce níže. Skóry položek každého z aspektů se zpřůměrují, přičemž žádná z položek není reverzní. Průměrné skóry oblastí vypočítáme zpřůměrováním 3 aspektů příslušné oblasti. Vyšší skór indikuje závažnější dysfunkci ve specifickém aspektu nebo oblasti osobnostních rysů.

SKÓROVACÍ ALGORITMUS PID5BF+M	Aspekt osobnostních rysů	Číslo položky PID5BF+M	Číslo položky PID-5	Průměrný skór aspektu	Průměrný skór oblasti	Oblast osobnostních rysů
		Emoční labilita	1, 19	62, 122		
	Úzkostnost	7, 25	109, 110			
	Nejistota z odloučení	13, 31	50, 64			
	Sociální stažení	4, 22	82, 136			Odtážitost
	Anhedonie	10, 28	23, 189			
	Vyhýbání se intimitě	16, 34	89, 108			
	Manipulativnost	2, 20	162, 219			Antagonismus
	Prolhanost	8, 26	126, 218			
	Grandiozita	14, 32	187, 197			
	Nezodpovědnost	3, 21	129, 160			Desinhibice
	Impulzivita	9, 27	4, 17			
	Těkavost pozornosti	15, 33	6, 132			
	Neobvyklé představy a prožitky	5, 23	194, 209			Psychoticismus
	Výstřednost	11, 29	25, 185			
	Dysregulace myšlení a vnímání	17, 35	44, 77			
	Perfekcionismus	6, 18	123, 176			Anankastie
	Rigidita	12, 24	140, 220			
	Pořádnost	30, 36	34, 115			

PID5BF+M byl vytvořený pomocí algoritmů optimalizace mravenčí kolonií (Ant colony optimization algorithms). Validita modelu a nástroje byla potvrzena na rozsáhlých německy a anglicky mluvících souborech respondentů<sup>1</sup>. PID5BF+M se liší pouze definicí oblasti Anankastie. Validita této modifikované verze byla potvrzena na souborech z patnácti různých zemí<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Kerber A, Schultze M, Müller S, Wright AGC, Spitzer C, Krueger RF, et al. Development of a Short and Reliable Measure for DSM-5 and ICD-11 Maladaptive Personality Traits Using Ant Colony Optimization Algorithms. 2019. DOI: 10.31234/osf.io/rsw54

<sup>2</sup> Bach, B., Kerber, A., Aluja, A., Bastiaens, T., Keeley, J., Claes, L., Fossati, A., Gutierrez, F., Oliveira, S. E. S., Pires, R., Riegel, K. D., Rolland, J., Roskam, I., Sellbom, M., Somma, A., Spanemberg, L., Strus, W., Thimm, J., Wright, A.G.C., Zimmermann, J. International Assessment of DSM-5 and ICD-11 Personality Disorder Traits: Toward a Common Nosology in DSM-5.1. 2019.

*...nikdy neočekávejme vděčnost,  
avšak, budme vděční...*



© Jiří Adamec

**PORUCHY  
OSOBNOSTI  
OPD-3 A SOUČASNÁ PSYCHODIAGNOSTIKA**

Adamec Jiří - Filosofický seminář - Katedra teorie

2024

A6, 100 výtisků

IČ 105-48-629/159