



# Závislá porucha osobnosti a deprese

**Mgr. Zuzana Sedláčková, Ph.D.<sup>1</sup>, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.<sup>2</sup>, Mgr. Marie Ocisková, Ph.D.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

<sup>2</sup>Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice Olomouc

Jedinci se závislou poruchou osobnosti jsou nerozhodní, přenášejí odpovědnost na druhé, cítí se neschopní a bojí se opuštěnosti. Často se u nich vyskytuje komorbidní psychiatrická diagnóza (úzkostné poruchy, poruchy přizpůsobení, poruchy osobnosti aj.). Depresivní porucha je jednou z možných komorbidit. V terapii se nejprve soustředíme na stabilizaci aktuálního psychického stavu jedince, tj. redukujeme depresivní symptomy. Dlouhodobě se zaměřujeme na úpravu maladaptivních postojů a vzorců chování jedince.

**Klíčová slova:** depresivní porucha, závislá porucha osobnosti, komorbidita, terapie.

## Dependent personality disorder and depression

Individuals with dependent personality disorder are indecisive, transfer responsibility to others, feel incapable and are afraid of abandonment. Comorbid psychiatric diagnosis are often in these individuals (anxiety disorders, adjustment disorders, personality disorders etc.). Depression is one of the possible comorbidities. In therapy we initially focus on stabilization of the current psychological state of the individual, i. e. we reduce depressive symptoms. In the long-term perspective, we focus on the change of the maladaptive schemas and patterns of behavior.

**Key words:** depressive disorder, dependent personality disorder, comorbidity, therapy.

---

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: Mgr. Zuzana Sedláčková, sedlackovaa.zuzana@gmail.com  
Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci  
Křížkovského 10, 771 80 Olomouc

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2016; 17(3e): e11–e19  
Článek přijat redakcí: 2. 6. 2015  
Článek přijat k publikaci: 12. 9. 2016



## Úvod

Závislá porucha osobnosti ovlivňuje prožívání jedince a jeho každodenní jednání. Jedinec s touto diagnózou je nadměrně závislý na názoru druhých osob, bez nichž se velmi obtížně rozhoduje. Nemá totiž důvěru ve vlastní kompetentnost a schopnosti. Je pro něj obtížné jednat v rozporu s přáním druhých osob, a aby druhému vyhověl, učiní i to, co je mu nepříjemné. Tato porucha se může vyskytovat spolu s dalšími psychiatrickými onemocněními. Častými komorbiditami jsou úzkostné poruchy, poruchy přizpůsobení či další poruchy osobnosti (především hraniční, vyhýbavá a histriónská). Rovněž je možná komorbidita s depresivní poruchou (1). Komorbidní porucha osobnosti pak může mít negativní vliv na terapii depresivní poruchy a zvyšovat riziko její chronifikace (2).

## Závislá porucha osobnosti

Závislá porucha osobnosti (F60.7) je dle mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 (3) charakteristická pervazivním pasivním spoléháním se na druhé osoby při potřebě učinit nějaké rozhodnutí, přenášením odpovědnosti na druhé, pocity neschopnosti a bezmocnosti, strachem z opuštěnosti, pasivním souhlasením s ostatními a malou iniciativou při samostatném řešení požadavků v každodenním životě. Dle manuálu APA (1) je závislá porucha osobnosti (301.6) popisována obdobně. Je charakterizována zvýšenou potřebou být opečováván, submisivním chováním či strachem z opuštěnosti. Typické jsou obtíže s vyjadřováním nesouhlasu s ostatními, těžkosti v iniciaci samostatné aktivity či učinění čehokoliv pro získání podpory ostatních.

Rysy závislé poruchy osobnosti se vyskytují u mnoha jedinců, ale u většiny z nich pouze v takové míře, které jim nebrání v běžném fungování.

Pokud se rysy závislosti vyskytují ve větší míře, můžeme mluvit o akcentovaných osobnostních rysech či závislé poruše osobnosti. Takový jedinec je závislý na názoru druhých osob, málo se spoléhá na vlastní názory a postoje. Snaží se ostatním vyhovět, i když je to na úkor jeho vlastních přání. Má obtíže se samostatným rozhodováním. Činí mu problém i rozhodnutí typu, co si obléct do práce, jakou si vzít tašku aj. Nezvládá rovněž iniciovat nějakou činnost. Vyhledává proto pomoc okolí, které by jej nasměrovalo, co má aktuálně dělat, jakou možnost má zvolit. Za vlastní činy nechce nést zodpovědnost. Tu přenechává svým blízkým, ať už rodičům, partnerce či partnerovi. Obrací se na ně jak s nepodstatnými, tak důležitými volbami, jakými jsou výběr školy pro studium, budoucí práce aj. (1). Jeho okolí jej proto může zneužívat pro vlastní prospěch. V přítomnosti někoho dalšího se chová submisivně. Jeví se jako skromný, laskavý a dobrosrdečný.

Jedinec se závislou poruchou osobnosti je velmi citlivý na názory okolí. Pokud někdo nesouhlasí s jeho plány, činy, může to interpretovat jako vlastní bezcennost. Často zažívá pocity bezmocnosti, pesimismu, nevěří sám v sebe. „Ochránit“ jej může pouze někdo další. Z důvodu potřeby vedení se vyhýbá pracovním pozicím vyžadujícím zodpovědnost a samostatnost. Preferuje spíše pozice, které vyžadují méně zodpovědnosti a kde má nadřízeného, který jej usměrňuje. Jestliže se z různých důvodů necítí psychicky dobře, lehce se u něj rozvine úzkostné prožívání (4). V osobních vztazích se v mladším věku může fixovat na rodiče, později na svého partnera. Vybírá si partnera, na kterém bude moci být dostatečně „závislý“. Aby jej získal, podbízí se mu, nebo mu přehnaně lichotí, ve všem s ním souhlasí. Vztah s přehnaně závislým jedincem však může být obtížně udržitelný, jelikož jsou na partnera kladeny nadměrné nároky. Partner je nucen přebírat za jedince nepřiměřenou zodpovědnost. Jeho pozice se



mu může zamlouvat, pokud má zájem druhého zneužívat. Zároveň to však pro většinu partnerů může být role značně obtížná. Proto část partnerů má postupně narůstající tendenci ze vztahu unikat. Vztah se může jednoduše rozpadnout, což jedinec se závislou poruchou osobnosti nese těžce, ale často je schopen si brzy najít nového partnera. U jedince totiž nehraje hlavní roli, na kom je závislý, ale že může být na někom závislý (5).

### Epidemiologie

Poruchy osobnosti se dle Ekselia et al. (6) vyskytují přibližně u 11 % běžné populace. Výskyt závislé poruchy osobnosti v běžné populaci dle DSM-IV je 1,8 % a dle MKN-10 je 0,78 %. Tato porucha osobnosti je častější u žen než u mužů (7, 8). Rozložení poruchy v populaci podle věku není známo. Častěji se vyskytuje u hospitalizovaných pacientů ve srovnání s ambulantně léčenými jedinci. Z hlediska etnik je pravděpodobně její výskyt častější u bělochů ve srovnání s afro-americkou populací (9).

### Etiopatogeneze

Ačkoli přesná příčina závislé poruchy osobnosti není známa, s největší pravděpodobností zahrnuje biologické i psychologické faktory. Z biologických je důležitá zejména dědičnost. U jednovaječných dvojčat korelují faktory submise nebo dominance významněji než u dvojvaječných (10). Závislá porucha osobnosti může reprezentovat zesílenou a maladaptivní variantu normální závislosti. Podobně jako u jiných poruch osobnosti se lze na projevy závislé poruchy osobnosti dívat jako na výsledek směsi geneticky ovlivněného temperamentu a charakteru vyvinutého zkušeností (11). Získanými dispozičními faktory pak mohou být chronické tělesné onemocnění nebo separační úzkostná porucha v dětství. Někteří vědci

se domnívají, že také autoritativní nebo nadměrně kritický výchovný styl může vést k rozvoji závislých rysů. Zdá se, že závislá porucha osobnosti vzniká interakcí mezi z velké části vrozeným úzkostným inhibovaným temperamentem a nadměrně protektivní, infantilizující výchovou (12, 13). Centrální pro vývoj závislé poruchy osobnosti je nejistá interpersonální vazba v dětství (14, 15, 16). Nejistá vazba a bezmoc se vytvoří ve vztahu k rodičům, kteří nedůvěřovali v samostatnost dítěte a jeho další schopnosti. Spíše se o něj přehnaně starali v období, kdy se přirozeně objevují separační tendence dítěte (17, 18). V dospělosti tito jedinci nevěří, že jsou schopni se sami dobře rozhodnout a raději přenesou zodpovědnost na druhé osoby (19).

Z psychodynamického hlediska jsou zvažovány poruchy orálního stádia psychosexuálního vývoje s odmítavým přístupem matky. Dítě, které nemá nasyceny orální potřeby bezpečí (které souvisí s krmením, blízkostí matky a její péčí v raném dětství), se může na matku zlobit. Ze strachu ještě z většího odmítání matkou se na ni však dítě někdy doslova pověsí. Nadměrně vyžadovaná pozornost vlastně působí jako nevědomá obrana proti agresivním přáním. Abraham (20) popsal „orálně přijímající“ osobnost u pacienta toužícího po náhradní osobě za matku, která by se o něj starala a poskytovala mu péči, což vede k jeho inaktivitě a vyhýbání se smysluplné činnosti. Freud (21) se domníval, že excesivní vztahová závislost je způsobena fixací v orálním stadiu psychosexuálního vývoje. Bowlby (22) vykládal závislou poruchu osobnosti jako následek selhání připoutání v raném dětství.

Dle kognitivního modelu je možné závislou poruchu osobnosti chápat jako poruchu pramenící z určitých klíčových předpokladů. Tito jedinci vidí sebe sama jako neschopné a bezmocné, tudíž jsou i přesvědčeni, že



sami nedokážou zvládat život (23). Docházejí k tomu, že jediným možným řešením, jak koexistovat s tímto dilematem v tomto nebezpečném světě, je nalézt někoho, kdo je dle jejich mínění schopen zvládat život, bude je chránit a starat se o ně. Věří, že stojí za to vzdát se odpovědnosti a neustále někomu podřizovat své potřeby a přání, jelikož se o ně může postarat. To však samozřejmě přináší nepříznivé důsledky. Jedinec se spoléhá na ostatní při zvládání problémů a při rozhodování. Má málo možností naučit se dovednostem potřebným k autonomii. Někteří lidé se nikdy nenaučí dovednostem nezávislého života (jako jsou asertivita, řešení problémů a rozhodování), zatímco jiní nevědí, že některé dovednosti mají, a proto je nepoužívají, čímž prohlubují svou závislost (19).

Řada dalších směrů popisuje vývoj závislé poruchy osobnosti. Tuto problematiku shrnuje například Bornstein (9), kdy popisuje tři teoretické koncepty – psychodynamický, kognitivní a behaviorální. Psychodynamická teorie mluví o konfliktech v závislosti, například konflikt v touze být opečováván a v přání dominovat. Kognitivní teoretici popisují, že nezdravá závislost pramení z myšlenkových vzorců pro obranu self (automatické myšlenky způsobující pocity bezmoci aj.). Behavioristé vidí závislé chování jako efektivní způsob získání odměny.

### Komorbidity závislé poruchy osobnosti a deprese

Závislá porucha osobnosti se může vyskytovat komorbidně s dalšími diagnózami, jakými jsou úzkostné poruchy, poruchy přizpůsobení, další poruchy osobnosti aj. (1). U závislé poruchy osobnosti je při porovnání s ostatními poruchami osobnosti častější výskyt deprese (31,8 % ku 19,8 %), bipolární poruchy (12,3 % ku 7,4 %) a nižší výskyt závislosti na alkoholu (21,1 % ku 26,6 %) či jiných návykových látkách (9,1 % ku 13 %) (8). Jako

nejčastější komorbidity u závislé poruchy osobnosti bývají uváděny depresivní a úzkostné poruchy (zejména agorafobie), poruchy příjmu potravy, histriónská a emočně nestabilní porucha osobnosti (23, 24). Orální dispozice se manifestují jako problémy s jídlem, alkoholem nebo návykovými látkami. Tito pacienti rozvíjejí abúzus sedativ, hypnotik, anxiolytik a analgetik. Mohou se stávat oběťmi domácího násilí, protože jsou ochotni udělat cokoliv pro udržení vztahu se svými pečovateli. Následující tabulka č. 1 ukazuje prevalenci komorbidity závislé poruchy osobnosti a některých poruch z osy I. Uvedené výzkumy, s výjimkou studie Loase s kolektivem (25), která zahrnuje více než 1 300 probandů, měly malé velikosti vzorků, což nabádá k jisté opatrnosti při interpretaci jejich výsledků. Mnohé z těchto údajů jsou ale zajímavé a dávají prostor k dalším studiím.

**Tab. 1.** Prevalence komorbidity závislé poruchy osobnosti s jinými poruchami (25, 26)

Porucha	Prevalence komorbidity se závislou poruchou osobnosti
Agorafobie	15 %
Alkoholizmus	36 %
Anorexie	37 %
Úzkost	24 %
Bulimie	45 %
Deprese	41 %
Zneužívání drog	20 %

U jedinců se závislou poruchou osobnosti tedy může být zvýšené riziko výskytu deprese (1). Řada studií uvádí 10–20 % výskyt deprese u lidí s touto





poruchou. Studie Armanda Lorangera (8) ukazuje vyšší výskyt deprese u jedinců se závislou poruchou osobnosti (31,8 %) ve srovnání s ostatními poruchami osobnosti (19,8 %). Výskyt deprese je signifikantně vyšší pouze u anankastické poruchy osobnosti. Dystymie se pak u závislé poruchy osobnosti (7,3 %) nevyskytuje častěji při porovnání s dalšími poruchami osobnosti (7,5 %).

Je obtížné říci, jaká je přesná spojitost závislé poruchy osobnosti a deprese. Obecně je vyšší riziko výskytu deprese u poruch osobnosti, ale u závislé poruchy osobnosti je vyšší, jak jsme již uvedli. Lidé s poruchou osobnosti mohou být více zranitelní pro budoucí výskyt depresivních epizod, ale musí existovat specifika pro závislou poruchu osobnosti, která ji odlišují od jiných kategorií poruch osobnosti. Je možné, že tyto poruchy mají společný genetický základ či specifické environmentální faktory. Z hlediska některých studií se zdá, že deprese je pouze určitou gradací závislostních rysů (8). Tyto rysy tudíž rovněž můžeme chápat jako zranitelnost pro depresivní rozlady, jakými jsou pocity neschopnosti, méněcennosti, ztráty sebedůvěry aj. (5). Deprese se pak může rozvinout například na základě ztráty blízké osoby (rozchod, ukončení terapeutického vztahu), na které byl jedinec s touto poruchou závislý.

### Terapie deprese a závislé poruchy osobnosti

Terapie jedinců s depresí a závislou poruchou osobnosti je obecně podobná jako u lidí s depresí a jinými komorbidními poruchami osobnosti. Nejprve je potřeba soustředit se na redukci aktuálních depresivních symptomů. Až po stabilizaci stavu pacienta pracujeme na modifikaci maladaptivních rysů osobnosti pacientů. Terapie deprese však může být ztížena komorbidní poruchou osobnosti. Zároveň přítomnost některých

komorbidit může zvyšovat hladinu osobnostní patologie. U těchto jedinců může jít například o přítomnost úzkostné poruchy a současné deprese, které zvyšují hladinu symptomů závislosti u jedinců se závislou poruchou osobnosti (27).

Jedinci se závislou poruchou osobnosti a komorbidní depresí často léčbu sami vyhledávají se záměrem redukovat aktuální depresivní rozlady. Jejich cílem vyhledání terapie však nemusí být pouze snížení depresivní symptomatiky, ale i touha nalezení osoby, tj. terapeuta, ke kterému by bylo možné se upnout. V terapii jsou tyto jedinci velmi spolupracující, vděční. Terapeutovi dávají najevo spokojenost, souhlasí s jeho postupem, často mu děkují za jeho intervenci. Pokouší se být na něm závislí, aby jim ulehčil jejich rozhodování, plánování činností aj. V terapii chtějí pokračovat co nejdéle, tudíž prodlužují sezení, zveličují symptomy. Při hospitalizaci se jejich příznaky zhoršují s očekávaným datem ukončení léčby a s cílem prodloužení pobytu v nemocnici (16, 23).

Terapie se tedy nejprve soustředí na snížení aktuální depresivní symptomatiky, která může být ohrožující z hlediska rizika suicidálního pokusu. Využívá se jak biologická terapie, zejména podávání antidepresiv, tak psychoterapie. U lehčích forem deprese si můžeme vystačit s psychoterapií, při středně těžké a těžké depresi je nezbytné podávat psychofarmaka. Z biologické terapie je primární volbou podávání antidepresiv či dalších doprovodných psychofarmak. V případě těžších forem deprese či farmakorezistentních depresí indikujeme elektrokonvulzivní terapii. V psychoterapii se soustředíme rovněž na redukci depresivních symptomů prostřednictvím přímé práce s pacientem. Efektivitu při léčbě deprese prokázala interpersonální psychoterapie, krátká dynamická psychoterapie a kognitivně behaviorální terapie. V kognitivně behaviorální



terapii pracujeme s psychoedukací, pochopením konkrétních intra i interpersonálních korelátů deprese u daného jedince (za pomoci bludných kruhů, záznamů denních činností a nálady apod.), poté na kognitivní restrukturalizaci (tj. práce s negativními myšlenkami, kognitivními omyly a dysfunkčními schémata). Plánujeme smysluplné aktivity s důrazem na realizaci činností, které v pacientovi vyvolají spokojenost. Po zmírnění deprese přecházíme k řešení životních problémů, které souvisejí s udržováním deprese (partnerský konflikt, změna role v životě, neodžité truchlení po ztrátě, izolace a chybění podporující sociální sítě) a dále se soustředíme na projevy závislé poruchy osobnosti. Přehledy fáze léčby u závislé poruchy osobnosti jsou shrnuty v tabulce č. 2. Základní zásady a přístupy v kognitivně behaviorální terapii závislé poruchy osobnosti lze shrnout do následujících bodů (19, 23):

1. nejprve pracujeme na dosažení těch cílů, které si stanovil pacient, týkajících se problémů, pro které pacient vyhledal terapii;
2. není vhodné stanovit jako cíl nezávislost, protože v rámci černobílého myšlení se tyto pacienti velmi bojí opuštění. Vhodnější je mluvit společně o autonomii, ke které patří jak nezávislé jednání, tak schopnost vytvářet blízké a intimní vztahy;
3. vztah terapeut-pacient, v němž má pacient tendenci vytvářet závislost, využíváme k práci na této autonomii, prostřednictvím dvou procesů:
  - a) pacienta od začátku zapojujeme do spolupráce, kde pomalu postupně zvyšujeme jeho podíl např. na vytváření programu sezení, při stanovení postupné hierarchie expozic;
  - b) jakoukoliv úzkost ve vztahu k terapeutovi můžeme využít k identifikaci automatických negativních myšlenek (ANM), které můžeme společně s pacientem na sezení písemně přerátovat;
4. pacienta postupně učíme zvýšit svou nezávislost na příbuzných i terapeutovi, a také mu postupně pomáháme zvýšit sebedůvěru (např. pomocí hledání konkrétních pokroků, úspěchů a silných stránek), která je u lidí se závislou poruchou osobnosti velmi nízká;
5. pokud je to vhodné, provádíme s ním nácvik sociálních dovedností (např. sdělování a přijímání kritiky, odmítání, reakce na odmítnutí, sebeoceňování);
6. pacienta postupně povzbuzujeme k postupným expozicím vyvolávajícím úzkost, pacient si dělá záznamy z průběhu expozic, včetně záznamu negativních myšlenek, a po úspěšných expozicích se odměňuje;
7. učíme pacienta pracovat s jádrovými schémata a podmíněnými předpoklady, které vyhledáváme standardními technikami (např. pomocí techniky padajícího šípu, kdy se pomocí induktivních otázek pacient dopracuje k pojmenování hlubšího postoje k sobě, druhým a světu, pak mapuje odvozené předpoklady a pravidla, kterými se díky hlubším postojům řídí v životě), testujeme je (pomocí Sokratovského dialogu nebo behaviorálních experimentů) a hledáme vyváženější alternativy. Důležité je také zpracování emocionálních zážitků z dětství, které se schémata souvisí (pomocí re-skripce v imaginaci, hraní rolí nebo psaním terapeutických dopisů);
8. pacienta velmi citlivě připravujeme na ukončení terapie, jedním ze způsobů je postupné prodlužování intervalu mezi sezeními. I sám pacient může někdy říci, že se již cítí připraven na ukončení terapie, nesmíme mu však zapomenout říci o možnosti kontaktovat terapeuta, pokud se objeví závažnější problém.

Bornstein (9) shrnuje, že se jako nejefektivnější jeví kombinace technik z více psychoterapeutických škol. Zmiňuje 5 kroků využitelných v psy-



**Tab. 2.** Přehled fází léčby u závislé poruchy osobnosti (upraveno dle 28)

Fáze léčby	Témata léčby	Strategie/Taktika
<b>1. Zapojení do léčby</b>	Nevyslovený požadavek, aby terapeut (T) rozhodoval za pacienta (P) a vyřešil jeho problémy Spíše poslouchá, než spolupracuje	Zpočátku dovolit určitou míru závislosti Postupně otevřít téma rovnoprávné spolupráce Odlišit poslušnost od spolupráce
<i>Přenos</i>	Nadměrná závislost na T Četné požadavky a žádosti Idealizace T	Stanovit jasné hranice vztahu T a P Pacientovy fantazie o všemocnosti T zpochybňovat a neustupovat pacientovým požadavkům
<i>Protipřenos</i>	Fantazie o „roli záchrance“ P Nadměrné ochraňování Nadměrná direktivita Opomenutí konfrontovat P s jeho nedostatečným pokrokem a pasivitou	Sledovat vlastní pocity a myšlenky ohledně „zachraňování“ pacienta a jeho vedení Citlivě konfrontovat P s jeho pasivitou a nedostatečným pokrokem
<b>2. Analýza vzorců</b>	<b>Spouštěče:</b> Situace, které vyžadují nutnost spolehnout se na sebe; být sám	Empatická konfrontace snahy vyhnout se, předem si zajistit pomoc, převést na druhou osobu odpovědnost, analýza krátkodobých a dlouhodobých pozitivních a negativních důsledků závislého chování
<b>3. Změna vzorců</b>	<b>Cíle terapie:</b> Autonomie a vzájemnost/ zdravější závislost	Postupné stále náročnější experimenty se samostatným rozhodováním a zvládáním bez spoléhání se na druhé, reskripce stresujících a traumatizujících událostí z dětství a dospívání, které se spolupodílely na vzniku závislého chování, nácvik asertivity
<i>Schémata</i>	Schéma závislost/neschopnost Schéma očekávání neúspěchu	Metody modifikace schémat (kognitivní mapování a akomodace schémat, experienciální techniky ke zpracování dětských traumat; behaviorální experimenty s novými postoji)
<i>Styl/dovednosti</i> <i>a) Afektivní styl</i> <i>b) Behaviorální a vztahový styl</i> <i>c) Kognitivní styl</i>	Nadměrná úzkostnost Pasivita, spoléhání na druhé, neschopnost řešit problémy Nekritické nadhodnocení druhých; podhodnocování sebe	Postupná expozice situacím rozhodování a samostatné činnosti; Nácvik zvládání úzkosti Nácvik asertivity (zejména asertivní ne, vyjadřování potřeb, sdělování a přijímání kritiky, řešení konfliktů; Nácvik řešení problémů Zapojení blízkých lidí do terapie (párová nebo rodinná terapie) Sledování a zpochybňování ANM a maladaptivních schémat
<b>4. Udržení dosažených výsledků/ukončení terapie</b>	Udržení dosažených výsledků/ ukončení terapie	Predikce zhoršení stavu Snížení frekvence sezení Stanovit předem dobu trvání terapie Dohodnout podpůrná sezení

choterapii závislé poruchy osobnosti, které vychází z psychodynamické, kognitivní a behaviorální terapie.

- 1) prozkoumat klíčové vztahy z pacientovy minulosti, které mohly posilovat závislé chování, a dále určit, jestli se podobné vzorce chování vyskytují v aktuálně existujících vztazích;
- 2) zkoumat pacientovo „bezmocné sebepojetí“ („helpless self-concept“), tj. klíčovou kognitivní komponentu pro pacientovu závislost (nápomocné může být instruovat pacienta, aby napsal text, v němž popisuje sám sebe);
- 3) identifikovat všechna sebeočerňující tvrzení, která podporují pacientovy pocity bezmocnosti a zranitelnosti, a až to bude vhodné, pracovat na zpochybnění platnosti těchto tvrzení;
- 4) pomoci pacientovi získat náhled na způsoby, jakými vyjadřuje svoji závislost v různých situacích, a postupně pracovat na adaptivnějších způsobech vyjadřování vlastních potřeb;
- 5) pomoci pacientovi učit se autonomnějšímu jednání prostřednictvím hraní rolí při terapii a zadávání domácích úkolů.

Jedinec se závislou poruchou osobnosti často nevnímá své chování jako problematické a k terapii jej přivede spíše komorbidní porucha než maladaptivní projevy spojené se závislou poruchou osobnosti. Vyhledání terapeuta pro jiné účely však může být dobrou možností pro zahájení psychoterapeutické intervence, která se soustředí na poruchu osobnosti. V psychoterapii se můžeme zaměřit na řešení nějakého aktuálního problému nebo systematicky dlouhodobě pracovat na celkové změně myšlení, prožívání a chování. Pacienta vedeme k postupné samostatnosti, což se však může jevit jako velmi obtížné, jelikož se pacient výrazně fixuje na terapeuta.

Proto je nezbytné vést pacienta k samostatnosti pomocí postupných kroků velmi opatrně. Poskytovat mu ochranu a do určité míry ponechávat možnost závislého chování, ale zároveň postupně zvyšovat podíl jeho samostatného rozhodování. Důležité je pomoci pacientovi si uvědomit, co vedlo k jeho závislosti v minulých vztazích, pomoci mu nahlédnout protikladné aspekty těchto vztahů, a poté propojit minulé důležité vztahy a zážitky v nich se současnými závislými vztahy. Pacient si postupně uvědomuje jak výhody, tak nevýhody současných závislých vztahů a učí se postupně od nich separovat nebo je přetvořit na svobodnější. Důležité je odhalit kognitivní vzorce, které podporují pacientovo nefunkční závislé prožívání a chování, a pracovat na tom, aby pacient získal náhled na své obtíže. Jakmile si je vědom svého závislostního jednání, je nezbytné s ním pracovat na případných pocitech ohrožení. Dále jej podporujeme v rozvoji rozhodovacích kompetencí, které můžeme trénovat například formou hraní rolí v bezpečném prostředí terapie. Pacient se rovněž učí asertivnějšímu jednání, které může uplatnit v řadě situací, kdy může být jeho autonomie ohrožována. S pacientem trénujeme vyjadřování vlastních emocí a názorů na ostatní jedince. Nacvičujeme řešení problémů v různých situacích (23).

## Závěry

Závislá porucha osobnosti je jednou z častých psychiatrických diagnóz. Struktura této osobnosti zvyšuje míru zranitelnosti pro vznik depresivní poruchy. Léčba depresivní epizody u pacientů se závislou poruchou osobnosti se řídí stejnými doporučeními jako léčba deprese u pacientů bez poruchy osobnosti. Depresivní symptomy léčíme nejčastěji pomocí farmakoterapie kombinované s psychoterapií. Po stabilizaci psychického stavu pacienta se zaměřujeme na léčbu závislé poruchy osobnosti prostřednictvím psychoterapie.





## LITERATURA

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington 2013.
2. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T: Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *British J Psychiatr* 2006; 188: 13–20.
3. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. (přeloženo z anglického originálu) Praha, Psychiatrické centrum 1996, Zprávy č. 134, 179s.
4. Millon T. Disorders of Personality. DSM-III, Axis II. New York: John Wiley 1981.
5. Sturman ED, Rose S, McKeighan KM, Burch J, Evanico K. Personality and the generation of defeat, involuntary subordination, and depression. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement* 2015; 47(1): 47–58.
6. 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.
7. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, & Ruan WJ. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal Of Clinical Psychiatry* 2008; 69(4): 533–545.
8. Loranger AW: Dependent personality disorder: Age, sex, and Axis I comorbidity. *J Of Nervous And Mental Disease* 1996; 184(1): 17–21.
9. Bornstein RF. Dependent personality disorder: Effective time-limited therapy. *Current Psychiatry*, 2007; 6(1): 37–45.
10. Gottesman II. Heritability of personality: a demonstration. *Psychol Monogr* 1963; 77(9): 1–21.
11. Nigg JT, Goldsmith HH. Genetics of personality disorders: perspectives from personality and psychopathology research. *Psychol Bull* 1994; 115(3): 346–380.
12. O'Neil FA, Kendler KS. Longitudinal study of interpersonal dependency in female twins. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 154–158.
13. Rothbart MK, Ahadi SA. Temperament and the development of personality. *J Abnorm Psychol* 1994; 103: 55–66.
14. Bornstein RF. Dependent and histrionic personality disorders. In: Millon T a Blaney PH (eds): *Oxford Textbook of Psychopathology*. Oxford University Press, New York 1999; 535–554.
15. Pincus AL, Wilson KR. Interpersonal variability in dependent personality. *J Pers* 2001; 69: 223–252.
16. Stone MH. Abnormalities of Personality. Within and Beyond the Realm of Treatment. WW Norton, New York 1993.
17. Gabbard GO: *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, 3rd ed. American Psychiatric Press, Washington DC 2000.
18. Thompson S, Zuroff DC. Dependent and self-critical mothers' responses to adolescent autonomy and competence. *Pers Indiv Diff* 1998; 24: 311–324.
19. Beck AT, Freeman A (eds): *Cognitive therapy of personality disorder*. The Guilford Press, New York 1990.
20. Abraham K. The Influence of Oral Eroticism on Character Formation. In: *Selected Papers of Karl Abraham* (D. Bryan and A. Strachey, Trans.). New York, Basic Books 1924/1948.
21. Freud S: *Sebrané spisy*. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1999.
22. Bowlby J: The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *Br J Psychiatry* 1977; 130: 201–210.
23. Praško J, Herman E, Horáček J, Kosová J, Možný P, Pašková B, Preiss M, Šlepecký M: *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003.
24. Widiger TA, Mangine S, Corbitt E, et al. The personality disorder interview – IV: a semistructured interview for the diagnosis of personality disorders. *Psychological Assessment Resources*. Odessa, Florida 1995.
25. Loas G, Corcos M, Perez-Diaz F, Verrier A, Guelfi JD, Halfon O, Lang F, Bizouard P, Venisse JL, Flament M, Jeammet P: Criterion validity of the interpersonal dependency inventory: a preliminary study on 621 addictive subjects. *Eur Psychiatry* 2002; 17(8): 477–478.
26. Mavissakalian M, Hamann MS: Correlates of DSM-III personality disorder in panic disorder and agoraphobia. *Compr Psychiatry* 1988; 29(6): 535–544.
27. Bornstein RF: Comorbidity of dependent personality disorder and other psychological disorders: An integrative review. *J Of Personality Disorders* 1995; 9(4): 286–303.
28. Sperry L. Cognitive behavior therapy of DSM-IV personality disorder. Taylor and Francis Group, London 1999.