

ASOCIÁLNÍ OSOBNOSTNÍ RYSY: TROJSKÝ KŮŇ AMBULANTNÍ PSYCHOTERAPIE

MUDr. Petr Klimpl, CSc.

Psychoterapeutická praxe, Brno

Realita asociální osobnosti je noční můrou normálního člověka;
realita normálního člověka je noční můrou psychopata.

Otto F. Kernberg, 1992

Asociální osobnostní rysy představují závažný diagnostický problém a praktickou překážku psychodynamické psychoterapie. Tato práce obsahuje kazuistická sdělení, dokumentující nástrahy, jež se mohou v ambulantní praxi projevit někdy až po dlouhodobé psychoterapeutické práci. Rozpoznání poruchy je obtížné také z důvodu kombinace osobnostních rysů. Léčebné vyhlídky nebývají nadějně, pokud vůbec k zahájení psychoterapie dojde.

Úvod

Asociální rysy osobnosti, popřípadě asociální porucha osobnosti (F60.2) nebývají v našich podmínkách rozhodně častým diagnostickým

závěrem, vedoucím k doporučení psychoterapie. Diagnóza je zřejmě stereotypně vyhrzována pro jedince s anamnézou kriminálního chování, popřípadě s delikventním životním stylem

recidivisty nebo kriminálního psychopata. Tento myšlenkový zkrat vede k představě, že úvaha o asociálních osobnostních rysech je vyhrazena soudnímu znalci, což je pohled nejen schema-

Tabulka 1. Diagnostická kritéria pro asociální poruchu osobnosti podle DSM III (1980)

A.	Aktuální věk nejméně osmnáct let.
B.	Začátek před věkem patnácti let určují tři nebo více z následujících kritérií: <ol style="list-style-type: none">1. záškoláctví (je pozitivní, pokud je pozorováno alespoň pět dnů za rok po dobu nejméně dvou let, nepočítaje v to poslední rok školní docházky)2. vyloučení ze školy nebo odklad pro špatné chování3. delinkvence (uvěznění nebo soud pro mladistvé)4. noční útěky z domova nejméně dvakrát v průběhu soužití v rodičovském nebo náhradním domově5. neustálé lhaní6. časté pohlavní styky v příležitostných vztazích7. opakovaná opilost nebo opakované zneužití drog8. krádeže9. vandalismus10. základní vzdělání nižší než by se očekávalo vzhledem k právě zjištěnému nebo známému IQ (může vyplývat z opakování ročníku)11. chronické porušování pravidel, jak doma, tak ve škole (jiné než záškoláctví)12. vyvolávání rvaček.
C.	Alespoň čtyři z následujících projevů poruchy po dosažení věku osmnácti let: <ol style="list-style-type: none">1. neschopnost dodržovat důsledné pracovní chování, určené některým z následujících kritérií:<ol style="list-style-type: none">a) příliš časté změny zaměstnání, např. tři nebo více za pět let, nepočítaje v to fluktuaci způsobenou podstatou typu zaměstnání a ekonomickým nebo sezónními výkyvyb) výrazná nezaměstnanost, např. šest nebo více měsíců za pět let, kdy čeká na prácic) vážné absence, např. průměrně tři nebo více pozdních příchodů či absencí za měsícd) opouštění různých zaměstnání bez vyhlídek na jinou práci (poznámka: podobné chování v době studií během posledních několika let může nahradit tato kritéria u jedince, který pro svůj věk anebo vnější okolnosti neměl ještě příležitost projevit se v zaměstnání)2. chybění schopnosti k roli zodpovědného rodiče, projevující se jedním či několika z následujících ukazatelů:<ol style="list-style-type: none">a) malnutrice dítěteb) nemoc dítěte způsobená nevyhovujícími hygienickými podmínkamic) selhání v obstarávání lékařské péče pro vážně nemocné dítěd) závislost dětí na sousedech nebo přespolních příbuzných co se týče potravy nebo přístřešíe) opomíjení obstarat hlídání dítěte mladšího šesti let, když rodič není domaf) opakované utrácení peněz určených na domácí věci za osobní věci3. nepřijetí společenských norem, především zákonného chování, ústící v některé z následujících kritérií: opakované krádeže, nelegální zaměstnání (kuplířství, prostituce, přechovávání kradeného zboží, prodej drog), několikanásobné uvěznění, odsouzení pro těžké zločiny4. nezpůsoblost k pevnějšímu vztahu se sexuálním partnerem, dva nebo více rozvodů nebo rozchodů (pokud se legálně neoddali), opuštění partnera, promiskuita (10 nebo více sexuálních partnerů v průběhu jednoho roku)5. podrážděnost a agresivita s opakovanými fyzickými srážkami nebo napadeními (pokud to nevyžaduje povolání nebo obrana sebe či druhých), včetně bití partnera nebo dětí6. selhání v dodržení finančních závazků, které se projevuje opakujícím se neplacením dluhů, zapomínání obstarat výživu dítěte nebo jiných závislých osob (dle zákona)7. chybění plánů do budoucnosti nebo impulsivita, projevovaná cestováním z místa na místo bez předešlého zajištění zaměstnání nebo bez jasného cíle nebo představy, kdy se cestování ukončí, anebo chybění stálého bydliště měsíc či déle8. pohrdání pravdou, z čehož vyplývá opakované lhaní, užívání falešných jmen, podvádění druhých pro vlastní prospěch9. bezstarostnost, projevující se řízením pod vlivem alkoholu nebo nadměrnou rychlostí.
D.	Známky neustálého asociálního chování, kdy práva druhých jsou poškozována, přičemž toto chování nepřeuroší na období nejméně pěti let mezi věkem patnácti let a současností (vyjma doby, kdy osoba byla upoutána na lůžko nebo umístěna ve zdravotnickém nebo nápravném zařízení).
E.	Asociální chování není způsobeno těžkou mentální retardací, schizofrenií ani manickou epizodou.

tický, ale především nepravdivý. Ve složité post-nedostatkové společnosti se objevují relativně nové podoby kriminálního jednání (např. zločiny „bílých límečků“, podvody a krádeže páchané od stolu vzdělanými pachateli) a také asociální chování může nabývat sofistikovanějších podob (6).

Diagnostická kritéria asociální poruchy osobnosti

Diagnostická kritéria asociální poruchy osobnosti představují závažný problém. Po barokně košatých, rozsáhlých kritériích manuálu DSM-III (tabulka 1), přišla revize a zjednodušení v DSM-IV (tabulka 2). Diagnostická kritéria závažného manuálu ICD-10 (tabulka 3) jsou podobná jako v DSM-IV, avšak termín asociální je uveden mezi synonymy, přičemž manuál preferuje pojem dissociální. Kritéria DSM-III a DSM-IV zužují popis asociální osobnosti na delinkventní populaci a stejně jako ICD-10 obsahují nedostatečná vodítka pro pochopení psychodynamiky asociálního chování. Tato diagnostická kritéria zároveň nejsou vůbec užitečná při posuzování léčitelnosti, které se odvíjí od zařazení konkrétního pacienta do širokého spektra psychopatologie.

Rozsáhlou literaturu o výzkumu asociální poruchy osobnosti shrnul např. Gabbard (5). Upozornil na to, že diagnostická kritéria jsou jednoznačně zaměřena na popis chování a některé položky, které byly zkoušeny při přípravě DSM-IV jako „nafoukané a arogantní sebehodnocení“ a „nedostatek empatie“, se do konečného seznamu nedostaly. Z různých definičních pokusů se jeví jako výstižná poznámka Ethel Personové (1986) (7), která považovala asociální osobnost za „**impulsivní poruchu, při níž je krátkodobá úleva od úzkosti mnohem důležitější než jakákoli dlouhodobá souvislost**“.

Psychodynamika asociálního chování

Jednotná psychodynamická teorie asociálního chování neexistuje. Psychodynamické úvahy se týkají úrovně fungování a utváření superega (svědomí či „vnitřní soudce“, zprostředkující pravidla a hodnoty). Freud (1915) psal o asociálním chování jako součásti neurozy (Zločinci jednající na základě vědomí viny) (4). Tito pacienti konali nedovolené činy proto, aby byli potrestáni. Sem lze zařadit asociální jednání u neurotických osobností a asociální chování jako součást symptomatologické neurozy (přesmyk psychických konfliktů v asociální projevy). Jedná se o pacienty s výbornou prognózou při léčení psychoterapií, nicméně tyto konstelace jsou dnes mimořádně vzácné. Klasický pohled na asociální chování, rámcovaný psychodynamickým modelem neurozy jako

Tabulka 2. Diagnostická kritéria pro asociální poruchu osobnosti podle DSM-IV (1994)

A. Všeprůstupující model nevhodnosti vůči porušování práv druhých, vyskytující se od 15 let věku, je určen přítomností tří (nebo více) z následujících znaků:
1. selhání v přizpůsobení se sociálním normám s respektem k zákonnému jednání, což naznačuje opakování činů, jež jsou příčinami věznění
2. podvodnost, projevující se opakováním lhaním, užíváním falešných jmen nebo podvádění druhých pro osobní zisk nebo uspokojení
3. impulsivita nebo neschopnost dělat si plány
4. iritabilita a agresivita, projevující se opakováními fyzickými útoky nebo napadeními
5. lehkomyšlná nevhodnost k bezpečnosti vlastní nebo druhých
6. stálá nezodpovědnost, projevující se opakováními selháními trvalého pracovního chování nebo dodržováním finančních závazků
7. nedostatek výčitek svědomí, projevující se lhostejností nebo racionalizováním zranění, týrání nebo okrádání druhého.
B. Jedinec má nejméně 18 let.
C. Existuje důkaz, že se porucha chování vyskytla se začátkem před 15. rokem věku.
D. Výskyt asociálního chování není výlučně v průběhu schizofrenie nebo manické epizody.

Tabulka 3. Diagnostická kritéria pro dissociální poruchu osobnosti podle ICD-10 (1992)

Porucha osobnosti, která vyvolává pozornost vzhledem k vážné nerovnováze mezi chováním a převládajícími společenskými normami a která je charakterizována těmito rysy:
a) nelítostný nezájem o city druhých
b) neotřesitelný a trvalý postoj nezodpovědnosti a bezohlednosti vůči společenským normám, pravidlům a závazkům
c) neschopnost udržet trvalé vztahy, při schopnosti vztahy bez nesnází vytvářet
d) velmi nízká tolerance k frustraci a nízký práh pro uvolnění agrese, včetně násilí
e) neschopnost zakoušet vinu a poučit se ze zkušenosti, zvláště z trestu
f) výrazné tendence ke svádění viny na jiné nebo poskytování plauzibilních racionalizací pro chování, které jedince přivádí do konfliktů se společností.
Jako přidružený rys může být přítomna přetrvávající iritabilita. Diagnózu mohou dále podporovat poruchy jednání během dětství a dospívání, ačkoliv nemusí být trvale přítomny.
Zahrnuje: amorální, antisociální, asociální, psychopatickou a sociopatickou osobnost (poruchu).
Vylučuje: poruchy jednání (F91.-), emočně nestabilní poruchu osobnosti (F60.3).

vnitřním konfliktem mezi instancemi tripartitní psychiky, poukazuje na nevědomou potřebu potrestání, „tortúru Nadjá“ (Reik, 1925) (2). Ve 30. letech minulého století se objevily první úvahy o nepravé osobnosti, o „jako by“ („as if“) identitě (Deutschová, 1934) (2); odtud vede cesta ke studiu souvislostí mezi asociálním chováním, narcismem a agresí. Např. Kohut zahrnoval perverze, delikvenci a užívání drog do společné kategorie **narcistických poruch chování**, které považoval za léčitelné psychoanalýzou.

Propracovaný systém klasifikace asociálního chování pochází od Kernberga, jenž vyšel z vlastní dlouhodobé výzkumné práce. Asociální osobnostní rysy nepovažuje za zvláštnost asociální poruchy osobnosti, ale upozorňuje na to, že se kombinují s jinými poruchami osobnosti a se závislostmi na návykových látkách (7).

Kernbergův koncept **hraniční organizace osobnosti** zahrnuje mnoho rozdílných poruch. Podle tohoto názoru jsou pacienti s narcistickou, asociální, schizoidní, paranoidní, infantilní, cyklothymní a hraniční poruchou osobnosti, charakterizovatelní pomocí fundamentálního konceptu hraniční organizace osobnosti. Tyto poruchy jsou zařaditelné do prostoru, vytvořeného ortogonálními vektory „podíl agrese“

a „introverze-extroverze“ (1). Přes řadu rozdílností v klinickém obraze vykazují tyto pacienti společné charakteristické znaky:

1. nespecifické projevy prázdnoty ega (nízká úroveň tolerance afektů, ovládnutí impulsů a sublimační kapacity, což se klinicky projevuje jako excesivní nákupy, vyhledávání náhodných sexuálních kontaktů, zneužívání látek, nebezpečné řízení auta, jídelní excesy apod.)

2. primitivní obranné operace včetně **štěpení** (aktivní proces oddělení vzájemně neslučitelných introjektů a afektů jednoho od druhého). Výsledkem štěpení je, že osoba s hraniční organizací osobnosti nevidí druhé lidi jako směs pozitivních a negativních vlastností. Namísto toho jsou druzí rozděleni do polárních krajností, což omezuje schopnost opravdově si vážít druhých lidí. Dochází k rozčlenění všech lidí v pacientově prostředí do „zcela dobrého“ a „zcela špatného“ tábora s častou oscilací daného jedince mezi tábory, nebo současně trvajících a vzájemně si odporujícími názory a představami o sobě, které se ve své převaze mění ze dne na den a z hodiny na hodinu

3. difúzní identita: podobně neschopnost integrovat pozitivní a negativní reprezentace sama sebe (self) má za následek hluboce rozvrácený obraz o sobě

4. testování reality je nedotčené, je však přítomen sklon upadat do myšlení, které se podobá snovému (**primárně procesorové myšlení**), a to pod vlivem silných afektů anebo stresujících zážitků.

Podíl asociálních rysů u jednotlivých pacientů silně kolísá (tabulka 4). Vespod kontinua jsou psychopatičtí jedinci, kteří si nedokáží představit mravní hodnotu druhých a kteří jsou zcela neschopní zaujetí v nevykořisťujících vztazích. Krok výše na kontinuu se týká maligního narcismu, který je charakterizován ego-syntonním sadismem a paranoidní orientací. Osoby v této kategorii se liší od psychopatických jedinců v tom, že mají jistou schopnost loajality a starosti o druhé. Dokáží si také představit, že lidé – jiní než oni – mají morální obavy a přesvědčení. Třetí kategorie zezdola obsahuje pacienty s narcistickou osobnostní poruchou, kteří projevují asociální chování. Těmto jednotlivcům chybí paranoidní a sadistické rysy maligního narcismu, ale mohou nemilosrdně vykořisťovat druhé ve službách svým vlastním cílům. Nicméně někdy zažívají vinu a starosti, jsou také schopni realistického plánování budoucnosti. O krok výše se setkáme s občasným asociálním chováním u ostatních osobnostních poruch, jako je hraničení, histrionská nebo paranoidní porucha osobnosti. Takové fenomény mohou nastat u jedinců s mnohem vyvinutějšími strukturami superega. Ve dvou horních vrstvách kontinua se nacházejí jedinci s neurotickými charakterovými rysy, kteří se mohou zachovat asociálním způsobem pro nevědomý pocit viny, s přáním, že budou chyceňi a ztrestáni. **Všechny alternativy narcistické a asociální poruchy osobnosti mohou dělat dojem jedinců, kteří jsou šarmaní a manipulativní, a tímto způsobem mohou druhé často klamat.**

Na psychodynamice založené rozlišení léčitelného, na vyšší úrovni fungujícího narcistického pacienta s asociálními rysy (často v podobě pasivního asociálního parasitismu), a neléčitelného, čistého psychopata, je vysoce komplikovaná záležitost pro sklon všech asociálních pacientů lhát, podvádět a zatajovat.

Kazuistiky

Pan A vyrůstal v dramatických a rozvrácených poměrech. Jeho matka byla cizinka, která na něj hovořila svojí špatnou češtinou, otec se stal alkoholikem a sociálně degradoval. Rodiče bydleli i po rozvodu ve společném bytě, kam si otec vodil jiné ženy. Matka byla výbušná a panovačná, v dětství pana A často bila kvůli školnímu prospěchu a nadávala mu kvůli masturbaci. V dospělosti se pan A od matky odstěhoval. Žije sám; vedle vztahů s určitými partnerskými rysy vyhledává prostitutky. Nynějším problémem jsou značné podnikatelské těžkosti, v nichž pan A reaguje násilím. Má těsný vztah se společníkem,

Tabulka 4. Kontinuum asociálního a psychopatického chování (podle Kernberga 1998)

- asociální chování jako součást symptomatické neurozy
- neurotická osobnostní porucha s asociálními rysy
- asociální chování u jiné osobnostní poruchy
- narcistická porucha osobnosti s asociálním chováním
- syndrom maligního narcismu
- asociální porucha osobnosti / psychopatie

ktejý jej podceňuje a ponižuje. Vzrušuje ho poškozování nebo rozbití majetku dlužníků („To je jako herák...“), k němuž se uchyluje. Obvykle se při činu nebo těsně po něm pokálí. Vzrušují ho také mstivé představy násilí, které předem plánuje, a rozvíjí fantazie o tom, co by mohl udělat. Je stíhán v několika trestních věcech.

Pan A prodělal několik terapeutických pokusů, většinou s nízkou intenzitou sezení, terapeutu střídá a devaluje. K prvnímu rozhovoru se dostavil až na druhý termín a byl přijat „na zkoušku“. Později terapii na několik týdnů přerušil, opakovaně žádal o překládání hodin a během půl roku měl mnoho absencí, do hodin chodil obvykle pozdě. Přestal docházet bez oznámení.

Paní B vyhledala terapii kvůli labilitě s plačtivostí a návaly zlosti. Vyrůstala ve vnitřně distancované rodině a z této reality unikala do četby románů, denního snění a spánku. Její sklon upadat do primárně procesorového myšlení trvá do dospělosti. („Když mně ten normální život přijde takový smutný a nudný... Já nemám žádnýho koníčka a zájem. Jenom film a čtení – to mě dostává do toho fantazijního světa.“) Žije sama s dítětem a mnohdy si jako matka neví rady. Má okruh kamarádek s podobným životním stylem. Od kamarádek anebo spolupracovnic se mnohdy cítí podceňovaná a ponižovaná. O zájem mužů nemá tato atraktivní mladá žena nouzi, ale dosud v žádném párovém vztahu nežila.

Paní B po půl roce přestala docházet do hodin, ale po necelých dvou letech požádala o nové přijetí. Pak absolvovala dalších více než sto hodin individuální psychoterapie ve frekvenci jedenkrát týdně, poznamenaných častými absencemi a přerušováním i na několik týdnů. V dlouhodobém průběhu se ukázalo, že takto reagovala na jakýkoli pokrok, který znamenal, že na ni terapeut má nějaký vliv (konflikt s narcistickým modem „já sama“).

V průběhu pěti a půl roku od prvního přijetí se ukázala řada problémů. Paní B se opakovaně a někdy i dlouhodobě zaplétala s partnery, s nimiž se nechtěla nebo nedokázala skutečně sblížit (cizinci, zákazníci). Jakmile se v jejím okolí objevil přiměřený nápadník, neměla o něj zájem a jeho dvoření ji obtěžovalo. Problémy s loajalitou se projevovaly v tom, že paní B přijímala různé dary (věcné nebo služby) s pocitem,

že jí to k ničemu nezavazuje. Naopak ji znovu udivovalo, že péče ze strany muže představuje sblížovací manévry.

Ve dvou třetinách terapie nastala krize s jejím přáním z terapie odstoupit. Paní B měla na sebe velké nároky stran pracovní výkonnosti a profesní spolehlivosti, ale zároveň si nechala platit výživné od muže, který prokazatelně není otcem jejího dítěte. Příčinou bylo její nekonsolidované superego, skládající se jak z hyperkritických až sadistických částí (prekurzorů), tak obsahující „děravé“ (lakunární) oblasti povolnosti vůči sobě. Ukázalo se také, že pravdivost hrála v dětství paní B nepatrnou roli. Její zřejmě depresivní matka jí byla příkladem toho, že dospělá žena dělá, co nechce, žije s tím, koho nemiluje, a podřizuje se – přinejmenším parciálně – dětským přáním. Paní B udělala v terapii jistý pokrok. Osamostatnila se od mateřského vzoru, ale nejvíce pokročila v oblasti integrace agrese, kterou již nemusela excesivně činit obsahem projektivních identifikací. Z jejího světa se perzekutoři zvolna vytrtili a stala se také kritičtější ke svým asociálním rysům.

Paní C pocházela ze spořádaných poměrů, rodičovský pár byl snad více pohlcen sám sebou, traumaticky působila okolnost, že se rodina v dětství mnohokrát stěhovala. Tyto změny snášela bez reakcí, rychle si v novém prostředí zvykla. Paní C byla od mládí zvyklá, že kvůli své atraktivitě a šarmu „má nárok“ na zvláštní zacházení. Jako mladá se provdala, manželství bylo od počátku dramatické, manžela podváděla, obelhávala ho v drobných záležitostech i v podstatných věcech. Jejich dítě svádí do vytváření tajných dohod proti manželovi, obvykle s nějakým korupčním obsahem.

Paní C vyhledala psychoterapii kvůli závažné látkové závislosti, z níž se pokoušela vymanit již několik let. Předchozí terapeutické pokusy ukončila předčasně a podobně přerušovala také psychoterapii. Např. aniž by se o svém záměru zmínila, nechala se ze dne na den hospitalizovat na psychiatrickém lůžkovém oddělení, odkud po několika týdnech opět odešla. Hospitalizaci využila k získání dalších ústupků od bezradné rodiny. Nicméně během dvou a půl roku absolvovala více než sto padesát hodin individuální psychoterapie ve frekvenci dvakrát týdně. Návykový potenciál paní C byl značný, během terapie zneužívala léky i prostředky pro odvykání kouření. Období kdy pracovala se střídala s delšími obdobími pracovní neschopnosti. Měla sklon užívat po ránu hypnotika, aby den prospala. Její stížnosti na depresivní ladění představovalo vágní nařikání nad prázdnotou a bezmocností. Z terapie odstoupila ze dne na den v době, kdy byla nucena odejít ze zaměstnání, protože se přišlo na to, že zpronevěřila finanční prostředky zaměstnavatele.

V následujícím období paní C zneužila veškerý obsah psychoterapie k tomu, aby popřela svoji narcistickou havárii: „přepsala“ a „přemazala“ svoji anamnézu. Začala se léčit u jiného psychoterapeuta, kterému zřejmě zatajila důležité okolnosti, změnila také farmakoterapeuta a léčila se v lůžkovém psychiatrickém zařízení pro depresi. Zatajila důležité informace o své rodině, dětství a dospívání, o závislostech a vztahových problémech i o tom, proč byla přinucena opustit zaměstnání. Vzhledem ke slabé reakci na farmakoterapii prodělala léčení elektrokonvulzemi.

Paní D se dostavila k prvnímu rozhovoru na základě doporučení své ambulantní lékařky. Její první otázka se týká okolnosti, je-li péče plně hrazená zdravotním pojištěním, protože placenou péči by si „nemohla dovolit“, ačkoli nevyvolávala dojem sociálně slabé osoby. Jako svůj aktuální problém uvedla, že „potřebuje prodloužit pracovní neschopnost“. Její psychiatryně, k níž chodí delší dobu, jí dala na vybranou: buď nastoupí na terapii nebo se nechá hospitalizovat (je-li jí tak zle), v opačném případě jí ukončí neschopnost, kterou paní D má již skoro dva měsíce.

V temperamentně probíhajícím rozhovoru konstatují, že neshledávám důvody pro pracovní neschopnost. Paní D argumentuje tím, že nyní nemá práci, bude pracovat až za tři měsíce a já „musím“ pochopit její situaci. Prohlašuje, že je depresivní a chová se konfrontačně. Zkusmá interpretace: přesvědčuje mne o tom, že má nárok na zvláštní zacházení, ale realita je jiná, protože nemocenské dávky nejsou určeny k řešení sociálních problémů.

Když paní D zjistila můj pevný postoj stran pracovní neschopnosti, rozhovořila se o své minulosti. Je rozvedená, bydlela jednu dobu velmi nouzově, nedávno měla také problémy v zaměstnání. Kolegyně na ni podala trestní oznámení pro ublížení na zdraví. Trvají problémy s bývalým manželem. Ten byl ještě před uzavřením manželství s paní D trestán pro násilnost. Interpretací otázka: jak paní D rozumí tomu, že si vybrala asociála? „On na mě byl hodnej...“, „...on nebyl asociál“; vzápětí dodává, že první manželku chtěl vyhodit z okna. Směje se tomu.

Má dítě školního věku, navrhovala zrušení styku s otcem, ale ten ji opakovaně vyhledává, vyhrožoval jí, dodnes na ni čekává, vyžaduje změnu rozsahu styku s dítětem apod. V manželství docházelo k ponižování, domácímu násilí, nakonec utekla. Nyní má partnera, který je klidný a laskavý, ale minulost se stále vrací: „Přece nad tím nebudu brečet...“.

Paní D hovoří živě, gestikuluje, dělá jí problém dodržovat hranice osobní sféry a hluboce se předklání v křesle směrem ke mně, její afektivita je úplně matoucí: hovoří-li o vážných věcech, usmívá se tomu. Na zkusmé interpre-

tace buď nereaguje, nebo je odmítá. Na dotaz, jestli byla jako dítě týraná, hovoří o domácích poměrech. Otec byl prchlivý, vztekly, bita byla pravidelně, několikrát týdně, v pubertě pak převážně lískaná.

Paní D přišla jako „odeslaná“ pacientka na základě rozhodnutí třetí strany, byla zcela chudě motivovaná pro systematickou psychoterapii, o které měla jen skromnou představu. Vzhledem k tomu, že úplně chybí kritický náhled na asociální chování bývalého manžela i pocity viny v souvislosti s vlastním násilným chováním, je její perspektiva v psychoterapii skromná. Byla odmítnuta zejména pro nedostatečnou motivovanost (účelová návštěva) a všeobecnou nekritičnost vůči asociálnímu chování. V popředí chování především impulsivita a neschopnost tolerovat úzkost, vedoucí k nedostatkům ve strategickém chování (předkládá manipulativní požadavek na počátku rozhovoru). Nejasněný právní statut (trestní stíhání) zhoršuje možné perspektivy.

Diskuze

Výše uvedené případy reprezentují diagnostickou složitost a terapeutickou náročnost asociálních rysů osobnosti.

Paní A představuje těžce narušenou osobnost s rysy maligního narcismu, polymorfně perverzním chaosem a s vysokým podílem projevované agrese (ego-syntonní sadistické, ale i masochistické rysy).

Paní B reprezentuje kombinaci histrionických rysů (defenzivní emocionalizace, propady k primárně procesorovému myšlení, nevědomá seduktivita ad.) a křehkého (hypervigilantního) narcismu v podobě paranoidních percepceí, problémů s loajalitou a blízkostí. Vzhledem k tomu, že její asociální rysy představovaly jen malou část problému (povolnost vůči sobě v jistých oblastech, tzv. lakunární superego), dosáhla v terapii relativně největšího pokroku.

Paní C se – přes dočasný a zdánlivý pokrok v terapii – projevila jako osobnost schopná zničit vše dobré, co by jí terapeutický vztah mohl poskytnout. Její pervazivní lhaní a úplná neschopnost angažovat se ve vztazích nevykořisťujícím způsobem, stejně jako neschopnost prožít smutek nad zničenými příležitostmi, jí umožňují udržet narcistickou superioritu bez ohledu na cenu, kterou platí.

Literatura

1. Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. Psychotherapy for borderline personality. J. Wiley a. Sons, New York 1999: 390 s.
2. Dulz B. Differenzierung und Therapie delinquentes Verhaltens bei Borderline-Störungen. Psychodynamischer Ansatz. Nervenarzt 1997; 68: 395–400.
3. Fonagy P, Target M. Psychoanalytic theories. Perspectives from developmental psychopathology. Brunner-Routledge, New York 2003. 402 s.
4. Freud S. Některé charakterové typy z psychoanalytické práce. Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Psychoanalytické nakladatelství, Praha 2002; 10: 330–332.
5. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. American Psychiatric Press, Washington DC, 2000: 597 s.
6. Giddens A. Důsledky modernity. SLON, Praha 1998. 195 s.
7. Kernberg OF. Aggression in personality disorders and perversions. New Haven, Yale Univ. Press 1992: 316 s.
8. Kohut H. Obnova self. Psychoanalytické nakladatelství, Praha 1991: 138 s.

Paní D byla odmítnuta na základě prvního rozhovoru pro manipulativní chování, nekritičnost k asociálnímu chování, nejasněný právní statut, bagatelizaci a chybějící pocity provinilosti.

Závěr

Všeobecně platí, že diagnóza asociálních rysů by měla být stanovena racionálně, nikoli na základě protipřenosové reakce (např. hněvu), což není snadné ani s ohledem na vliv stereotypů sexuálních rolí. Terapeut-muž může snadno podlehnout mylnému dojmu, že má před sebou „ženu v nesnázi“, což se podílí na „poddiagnostikování“ asociální poruchy osobnosti (a zřejmě i rysů) u žen, jak bylo konstatováno již v DSM-IV. Terapeutka je naopak v nebezpečí, že podlehe šarmanťovému chování asociálního muže, kterého může považovat za pouze narcisticky stigmatizovaného.

Jazykem asociálních osobnostních rysů je impulsivita, akce (agování), nahrazující city, afekty i vzpomínky (tendence k opakování), což pacientovi umožňuje udržovat úplnou distancovanost od autentických pocitů. Ambulantní psychoterapeutické léčení pacientů s asociálními rysy je často odsouzeno k nezdaru právě pro možnosti lhat a podvádět v přenosové situaci. Terapeut pak nemá potuchy, co se v životě pacienta ve skutečnosti odehrává. Gabbard uvádí jako jednu z mála možností dlouhodobou ústavní léčbu ve specializovaných zařízeních s pevným režimem a personálem, který se chová předvídatelně, transparentně a neústupně (5).

Léčba v ambulantních podmínkách bývá zhusta neúspěšná a pacienty s asociálním chováním lze z těchto důvodů odmítnout. Protipřenosově se jedná o velmi náročný úkol, neboť pacient s asociálními rysy útočí na psychoterapeutická paradigmaty (empatie, přijetí, důvěra, blízkost ad.). Nebezpečné jsou obě obvyklé protipřenosové reakce: jak popírání (postoj, že „on/ona přece není tak zlý/á“), tak odmítání bez řádné racionální úvahy o léčitelnosti. V případě, že je pacient násilnický, chová se delikventně a terapeut z něj má strach, nelze o psychoterapii ani uvažovat.

Ostatně ani v léčitelných případech není místo pro nadměrná očekávání.