

# TEMPERAMENT, CHARAKTER A PORUCHY OSOBNOSTI

původní práce

Michal Hajdúk  
Anton Heretik, jr.  
Anton Heretik, sr.

Katedra psychológie,  
Filozofická fakulta Univerzity  
Komenského v Bratislave,  
Slovenská republika

#### Kontaktní adresa:

PhDr. Michal Hajdúk  
Filozofická fakulta UK v Bratislave  
Gondova 2  
814 99 Bratislava  
Slovenská republika  
e-mail: miso.hajduk@gmail.com

Výskum bol podporený  
grantom KEGA 121UK-4/2013 –  
„Klinická psychológia – nová  
konceptia vzdelávania v odbore  
a vysokoškolská učebnica“.

## SÚHRN

Hajdúk M, Heretik, jr. A, Heretik, sr. A.  
**Temperament, charakter a poruchy  
osobnosti**

**Cieľ:** Výskum sa zaoberá analýzou vzťahov medzi osobnostnými dimenziami postulovanými v Cloningerovej teórii a poruchami osobnosti (PO) podľa DSM-IV. V súčasných klasifikačných systémoch sa na PO nazerá ako na kvalitatívne odlišné klinické syndrómy, ktoré je možné na základe diagnostických kritérií odlíšiť navzájom a taktiež od normálnej osobnosti. Dimenzionálny model PO predpokladá existenciu podobných vzťahov osobnostných dimenzií a prejavov porúch osobnosti aj na subklinickej úrovni. Predchádzajúce výskumy potvrdili, že dimenzie osobnosti v Cloningerovej teórii osobnosti môžu byť použité v diagnostike a diferenciálnej diagnostike porúch osobnosti.

**Materiál a metóda:** Výskumu sa zúčastnilo 192 respondentov z bežnej, neklinickej populácie. Priemerný vek bol  $M = 34,48$  a  $SD = 8,41$ . Medzi mužmi a ženami neboli štatisticky významné vekové rozdiely. Participanti vyplnili TCI-R a SCID-II-PQ.

**Výsledky:** Analýza korelačných vzťahov medzi použitými metódami ukázala, že nízke skóre v charakterových dimenziách Sebariadenia a/alebo Spolupráce bolo typické takmer pre všetky poruchy (okrem obsedantno-kompulzívnej a histriónskej). Osobnostný profil temperamentu umožňuje rozlišovať medzi jednotlivými poruchami medzi klastrami podľa DSM-IV aj vo vnútri klastrov. Klaster A bol okrem nízkej Spolupráce a Sebariadenia charakteristický aj vyš-

## SUMMARY

Hajdúk M, Heretik, jr. A, Heretik, sr. A.  
**Temperament, character and personality disorders**

**Objectives:** The aim of the research was analysis of the relationships between personality dimensions postulated in Cloninger's theory and personality disorders (PD) in DSM-IV. Current classification systems of mental disorders look upon personality disorders as qualitatively different clinical syndromes, which can be distinguished from each other and from normal personality based on the diagnostic criteria. Dimensional model of personality disorders expects existence of similar relationships between personality dimensions and expression of personality disorders on subclinical level. A foregoing researches support that personality dimensions of Cloninger's theory can be utilizable in diagnostic and differential-diagnostic process.

**Methods:** Research sample consisted of 192 participants from general population. Mean age was  $M=34,48$  and  $SD=8,41$ . There were no significant gender differences in age. Temperament Character Inventory and SCID-II-PQ were administered.

**Results:** Analysis of correlational relationships revealed that low level of Self-Directedness and/or Cooperativeness was typical for almost all personality disorders (except obsessive – compulsive and histrionic personality disorder). Profile of temperament dimensions allowed for differentiation between clusters but also within clusters. Cluster A was characteristic with lower Reward dependence and higher Harm avoid-

šou mierou Vyhybania sa poškodeniu a nižšou mierou Závislosti na odmene. Klaster B bol typický najmä vyšším skóre v dimenzii Vyhľadavanie nového. Pre Klaster C bola typická vysoká miera Vyhybania sa poškodeniu.

**Záver:** Výskum empiricky podporil využiteľnosť dimenzionálneho nazerania na poruchy osobnosti. Výsledky sú v súlade so zisteniami z predchádzajúcich výskumov, ktoré boli realizované na klinickej populácii. Limitom výskumu bola najmä absencia štruktúrovaného rozhovoru, ktorá by mala nasledovať po vyplnení skriningového dotazníku SCID-II-PQ, aby sa predišlo vysokej miere falošne pozitívnych prípadov.

**Kľúčové slová:** poruchy osobnosti, dimenzionálny model, Cloningerova teória, diferenciálna diagnostika.

ance. Cluster B was characteristic with higher levels of novelty seeking. Higher level of Harm avoidance was typical for cluster C.

**Conclusions:** Research results brought further evidence of usefulness of dimensional model of personality disorder. Results are in line with foregoing researches on clinical population. Limitation of research was absence of structural interview after SCID-II-PQ screening which lead to high number of false positive diagnosis.

**Key words:** Personality Disorder, Dimensional model, Cloninger Theory, Differential – diagnostic process.

## ÚVOD

Poruchy osobnosti (PO) predstavujú teoreticky aj diagnosticky komplikovaný problém v rámci klasifikácie duševných porúch. Prevalencia PO sa odhaduje na 6 až 9 percent,<sup>1,2</sup> pričom v klinických skupinách je podstatne vyššia a odhaduje sa približne na 31 percent.<sup>3</sup> V diagnostických systémoch DSM-IV<sup>4</sup> a najnovšie aj DSM-5<sup>5</sup> sa nazerá na poruchy osobnosti ako na kvalitatívne odlišné klinické syndrómy, ktoré je možné na základe diagnostických kritérií odlíšiť navzájom a taktiež od normálnej osobnosti.<sup>6</sup> Na obdobnom prístupe je postavená diagnostika PO aj v MKCH-10. Spomínané klasifikácie vychádzajú z kategoriálneho systému klasifikácie duševných porúch, ktorý bol podrobený rozsiahlej kritike.<sup>7,8</sup> Predmetom opakovanej kritiky je najmä to, že pacient s PO často spĺňa kritériá aj pre 2–3 kategoricky stanovené poruchy osobnosti a že zaradenie do jednej kategórie nedostatočne zohľadňuje individuálne osobnostné odlišnosti aj v rámci jednej diagnózy, ale tiež napríklad neumožňuje zachytenie niektorých črt, ktoré by mohli byť indikátormi priaznivejšej prognózy a na podporu ktorých by sa mohla zamerať cieľová intervencia. V piatej revízií DSM je dostupný aj alternatívny model pre popis PO vychádzajúci z dimenzionálneho prístupu, v ktorom sú poruchy osobnosti chápané ako extrémne vyhranené osobnostné črty, ktoré môžeme použiť aj na popis normálnej osobnosti.<sup>5</sup> Hoci má dimenzionálne nazeranie na PO rozsiahlu empirickú podporu,<sup>6,9</sup> viaceró významných klinikov a výskumníkov kritizuje dimenzionálny model a argumentujú v prospech prototypického/kategoriálneho prístupu k poruchám osobnosti;<sup>10</sup> ďalší uvádzajú argumenty v prospech

zmiešaného prístupu ku klasifikácii a diagnostike PO.<sup>11</sup> Výskum v dimenzionálnom prístupe k diagnostike PO sa v súčasnosti zameriava najmä na vzťah porúch osobnosti a Päťfaktorového modelu osobnosti,<sup>12</sup> ktorý má najširšiu teoretickú aj empirickú podporu nielen v oblasti psychológie osobnosti, ale zároveň tiež predstavuje vhodný rámec pre opis porúch osobnosti ako extrémne vyjadrených všeobecných osobnostných črt.<sup>6</sup> Aj keď je päťfaktorová teória osobnosti najvplyvnejším konceptom opisu osobnosti založenom na črtovom prístupe, existuje viacero alternatívnych koncepcií opisu štruktúry osobnosti. V oblasti psychopatológie, resp. medicínskeho výskumu celkovo je jedným z najpoužívanějších inventárov Temperament & Character Inventory-Revised (TCI-R), ktorý vychádza z Psychobiologickej teórie osobnosti.<sup>13</sup> Psychometrické vlastnosti českej verzie overovali Kožený a Höschl,<sup>14</sup> slovenská verzia je v súčasnosti overovaná.<sup>15</sup> V tejto teórii je osobnosť považovaná za komplexný adaptívny systém, ktorý je možné charakterizovať pomocou štyroch temperamentových dimenzií: Vyhľadavanie nového, Vyhybanie sa poškodeniu, Závislosť na odmene a Vytrvalosť a troch charakterových dimenzií: Sebariadanie, Spolupráca, Sebapresah. Vyhľadavanie nového predstavuje behaviorálny aktivačný systém jednotlivca, súvisí s vyhľadávaním nových a potenciálne nebezpečných stimulov. Vyhybanie sa poškodeniu zodpovedá inhibičnému systému a súvisí s vyhýbaním sa ohrozujúcim situáciám, ktoré môžu spôsobiť fyzické alebo mentálne poškodenie, s hanblivosťou a pesimistickými obavami. Závislosť na odmene súvisí s reakciami na podnety, ktoré majú sociálnu povahu. Lu-

dia s vysokou mierou závislosti na odmene sú citliví, empatickí a láskaví, naopak nízka miera súvisí s chladným, nezaujateľným a kritickým správaním. Vytrvalosť predstavuje schopnosť zvládať únavu a prácu napriek pôsobeniu nepriaznivých podmienok alebo frustrácie. Sebariadenie ako charakterová dimenzia vypovedá o individuálnej miere schopnosti kontroly a regulácie správania s cieľom dosiahnuť často dlhodobé životné ciele. Spolupráca predstavuje tendenciu cítiť sa súčasťou spoločnosti, identifikovať, empatizovať a spolupracovať s ľuďmi okolo seba. Sebaapresah meria individuálnu úroveň spirituality, do akej miery vníma jedinec seba ako súčasť univerza.<sup>13</sup> Cloningerom postulované dimenzie osobnosti majú špecifický vzťah k rôznym duševným poruchám ako závislosti, depresia, bipolárna porucha, úzkostné poruchy a taktiež k aktivitám neurotransmitterových systémov.<sup>16</sup>

Cloningerov model predpokladá, že špecifické kombinácie zvyrazneného temperamentu a charakteru súvisia aj s poruchami osobnosti a na základe rôznych výskumov stanovili dve základné očakávania vzťahu temperamentových a charakterových črt a porúch osobnosti:

1. Spoločným jadrom porúch osobnosti je nezrelý charakter, ktorý sa prejavuje nízkou mierou Spolupráce a Sebariadenia.<sup>17,18</sup> Nízka úroveň Sebariadenia súvisí s problémami s akceptovaním vlastnej zodpovednosti, absenciou dlhodobých cieľov a nízkou sebaúctou. Pre nízku úroveň Spolupráce je typická tendencia netolerovať druhých ľudí, neochota pomáhať, pomstychtivosť a etický oportunitizmus.
2. Špecifická forma poruchy osobnosti (napr. antisociálna alebo vyhýbavá PO) súvisí s rôzne vyjadrenými konšteláciami ďalších temperamentových a charakterových črt a jedinečná kombinácia zvyraznených temperamentových črt môže slúžiť na diferenciálno-diagnostické účely. Možnostiam využitia TCI-R v rámci diagnostiky porúch osobnosti sa u nás venovali Preiss a Klose.<sup>19</sup>

Pre PO z Klastra A je charakteristická vyššia miera Vyhýbania sa poškodeniu a nižšia Závislosť na odmene. Klaster B sa všeobecne vyznačuje vyššou mierou Vyhľadávania nového a pre Klaster C bolo typické vysoké skóre v dimenzii Vyhýbanie sa poškodeniu. Celkový počet splnených kritérií pre všetky PO negatívne koreloval so Sebariadením a Spoluprácou a pozitívne s Vyhľadávaním nového a Vyhýbaním sa poškodeniu. Poznatky získané z výskumov podporujú ideu existencie spoločného jadra PO (všeobecnú poruchu osobnosti), ktoré tvoria najmä charakterové vlastnosti.<sup>17–20</sup>

Na základe vyššie uvedeného sme v našom výskume predpokladali, že extrémne vyhranené črty normálnej osobnosti môžu mať dôsledky na správanie a prežívanie jednotlivca, ktoré sa opisuje ako porucha osobnosti. Ak vychádzame z dimenzionálneho prístupu, je na mieste očakávať, že podobné osobnostné profily, ktoré sú typické pre jednotlivé PO, môžeme očakávať aj na subklinickej úrovni.

Cieľom výskumu je overiť vzťahy medzi osobnostnými dimenziami postulovanými Cloningerom a prejavmi porúch osobnosti podľa kritérií DSM-IV na neklinickej dospelej populácii. Očakávame, že profil vzťahov bude konvergovať s výsledkami predchádzajúcich výskumov na klinickej populácii.

## METÓDY A VÝSKUMNÁ VZORKA

### Temperament Character Inventory – Revised (TCI-R)

Autorom dotazníku je Cloninger a dotazník vznikol postupnou modifikáciou dotazníku TPQ. TCI-R vychádza z psychobiologickej teórie osobnosti. Dotazník pozostáva z 240 položiek, na ktoré sa odpovedá na päť stupňovej Likertovej škále, taktiež obsahuje 5 validizačných položiek. Dotazník meria sedem dimenzií osobnosti (4 temperamentové a 3 charakterové), ktoré sa ešte členia na jednotlivé faceti. Dotazník bol preložený do slovenčiny spoluautorami štúdie AH, Jr. a MH. Následne bol urobený spätný preklad, posúdený autorom TCI-R. Výskum je súčasťou adaptácie slovenskej TCI-R.<sup>15</sup>

### SCID-II – časť dotazník pre pacientov (ďalej len SCID-II-PQ)

Originálna verzia dotazníku obsahuje 119 položiek, ktoré zodpovedajú otázkam v štruktúrovanom rozhovore.<sup>21</sup> Participanti odpovedajú áno alebo nie. Autorom prekladu je Jozef Hašto. Pre každú poruchu osobnosti je stanovené cut-skóre, pri ktorom je suspektná prítomnosť poruchy. Dotazník slúži na skrining porúch osobnosti a po vyplnení by malo nasledovať interview. V prezentovanom výskume sme pracovali s počtom splnených kritérií pre jednotlivé poruchy. Ak participant neodpovedal vôbec na otázku, kritérium sme považovali za nesplnené.

### Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorilo 192 participantov z bežnej populácie, z toho bolo 83 mužov a 108 žien. Jeden participant neuviedol svoje pohlavie. Rozdiel v proporciách mužov a žien bol štatisticky významný ( $\chi^2 = 4,308$ ,  $p = 0,038$ ). Priemerný vek bol  $M = 34,48$  a  $SD = 8,41$ . Medzi mužmi neboli štatisticky významné rozdiely ( $t(180) = 0,887$ ,  $p = 0,376$ ). Do výsledného súboru sme nezaradili participantov, ktorí nemali správne vyplnené všetky validizačné položky TCI-R (kontrola nepozorného odpovedania).

## VÝSLEDKY

Priemerné hodnoty, mediány a odchýlky pre dotazníky TCI-R a SCID-II-PQ uvádzame v tab. 1. Najvyšší priemerný počet splnených kritérií podľa SCID-II-PQ sme zistili pri obsedantnej a narcistickej poruche osobnosti. Najnižší priemerný počet splnených kritérií bol pri schizoidnej a depresívnej poruche osobnosti. Priemerný počet splnených kritérií pre Klaster A bol  $M = 5,54$  a  $SD = 4,02$ , pre Klaster B  $M = 10,22$  a  $SD = 6,31$  a pre Klaster C  $M = 6,47$  a  $SD = 3,44$ . Celkový počet splnených kritérií sa pohyboval od 3 do 54. Priemerný celkový počet splnených kritérií bol  $M = 22,34$  a  $SD = 11,22$ .

Celkový počet splnených kritérií stredne silne pozitívne koreloval so skóre v dimenzii Vyhýbanie sa poškodeniu, slabšie pozitívne koreloval s Vyhľadávaním nového a Sebaapresahom a slabšie negatívne koreloval so Závislosťou na odmene. Charakterové dimenzie Sebariadenie a Spo-

Tab. 1. Deskriptívne štatistiky pre skóre v SCID-II-PQ a TCI-R

	M	Md	SD	Min	Max	Počet participantov v %
Paranoidná	2,33	2	2,05	0	8	27,13 %
Schizotypová	2,22	2	1,99	0	10	13,76 %
Schizoidná	0,99	1	1,14	0	6	2,65 %
Histriónska	2,48	2	1,84	0	6	19,79 %
Narcistická	3,47	3	2,88	0	14	31,67 %
Hraničná	2,69	2	2,19	0	10	19,02 %
Antisociálna	1,59	1	2,10	0	11	25,40 %
Sebaneistá	1,37	1	1,65	0	6	13,90 %
Závislá	1,28	1	1,25	0	6	1,63 %
Obsedantná	3,93	4	2,05	0	8	56,52 %
Negativistická	1,33	1	1,57	0	7	10,33 %
Depresívna	1,02	0	1,45	0	6	3,74 %
Počet kritérií – Klaster A	5,54	5	4,02	0	19	–
Počet kritérií – Klaster B	10,22	9	6,31	0	27	–
Počet kritérií – Klaster C	6,57	6	3,44	0	16	–
Počet kritérií – celkovo	22,34	21	11,22	3	54	–
Vyhľadavanie nového	99,72	101	11,60	71	131	–
Vyhýbanie sa poškodeniu	90,17	89	17,89	44	138	–
Závislosť na odmene	101,17	101	10,46	70	134	–
Vytrvalosť	119,34	118	17,04	63	163	–
Sebariadenie	138,72	139	17,22	88	184	–
Spolupráca	127,44	128	14,04	81	170	–
Sebapresah	69,72	70	13,32	37	105	–

Pozn.: M – priemer; Md – medián; SD – štandardná odchýlka; Min – minimum; Max – maximum

Tab. 2 Korelačná matica medzi temperamentom, charakterom a symptómami porúch osobnosti

	Počet splnených kritérií	Klaster A	Klaster B	Klaster C
NS	0,219**	0,085	0,359**	0,052
HA	0,362**	0,339**	0,091	0,527**
RD	-0,210**	-0,234**	-0,148*	-0,167*
PS	-0,090	-0,111	0,051	-0,198**
SD	-0,564**	-0,428**	-0,443**	-0,544**
CO	-0,437**	-0,355**	-0,391**	-0,346**
ST	0,168*	0,198**	0,113	0,130

Pozn.: \* p < 0,05; \*\*p < 0,01

lupráca naopak korelovali stredne silno až silno negatívne s celkovým počtom splnených kritérií pre PO. Počet splnených kritérií vo všetkých klastroch negatívne koreloval so Spoluprácou a Sebariadením. Pri Klasteri A sme zaznamenali priemernú vyššiu mieru Sebapresahu a Vyhýbania sa poškodeniu a zníženú úroveň Závislosti na odmene. Klaster B bol charakteristický vyššou úrovňou vyhľadávania nového. Pri Klasteri C sme zistili slabé negatívne korelácie s Vytrvalosťou a Závislosťou na odmene. Počet splnených kritérií v Klasteri C silno koreloval s Vyhýbaním sa poškodeniu. Presné hodnoty korelačných koeficientov (Pearsonov korelačný koeficient) uvádzame v tab. 2.

Tab. 3 Korelačná matica medzi TCI-R a SCID-II-PQ

	NS	HA	RD	PS	SD	CO	ST
Paranoidná	0,070	0,412**	-0,202**	-0,142*	-0,409**	-0,381**	-0,002
Schizotypová	0,043	0,178*	-0,100	-0,001	-0,306**	-0,132	0,385**
Schizoidná	0,100	0,148*	-0,288**	-0,134	-0,242**	-0,340**	0,030
Histriónska	0,360**	-0,144*	0,110	0,208**	-0,124	-0,082	0,054
Narcistická	0,230**	0,038	-0,224**	0,173*	-0,368**	-0,385**	0,227**
Hraničná	0,193**	0,386**	-0,101	-0,162*	-0,422**	-0,336**	0,069
Antisociálna	0,247**	-0,052	-0,129	-0,098	-0,278**	-0,226**	-0,091
Vyhýbavá	-0,023	0,613**	-0,214**	-0,381**	-0,426**	-0,311**	0,082
Závislá	0,178*	0,209**	0,127	-0,203**	-0,301**	-0,086	0,075
Obsedantná	-0,093	0,069	-0,104	0,228**	-0,097	-0,036	0,146*
Negativistická	0,137	0,423**	-0,130	-0,170*	-0,512**	-0,377**	0,060
Depresívna	0,053	0,528**	-0,199**	-0,267**	-0,592**	-0,401**	0,056

Pozn.: \* p < 0,05; \*\*p < 0,01; NS = Vyhľadavanie nového, HA = Vyhýbanie sa poškodeniu, RD = Závislosť na odmene, PS = Vytrvalosť, SD = Sebariadenie, CO = Spolupráca, ST = Sebapresah

V tab. 3 sú uvedené korelačné koeficienty medzi TCI-R a skóre pre jednotlivé poruchy osobnosti. V rámci jednotlivých klastrov PO sú poruchy, ktoré predpokladane zdieľajú podobné charakteristiky, ale vo vzťahu k TCI-R vidíme aj medzi jednotlivými PO v rámci jedného klastra výrazné rozdiely. Korelácia medzi Klastrom A a Sebapresahom je spôsobená najmä zvýšenou mierou Sebapresahu vo vzťahu k splneným kritériám pre schizotypovú PO. Pri paranoidnej a schizoidnej poruche sme vzťah k Sebapresahu nezistili. Kým závislá a vyhýbavá porucha je charakteristická nižšou mierou Vytrvalosti, pri obsedantnej poruche osobnosti sme zistili slabý, ale štatisticky významný vzťah, ktorý poukazuje na vyššiu mieru Vytrvalosti ( $r = 0,228$ ,  $p < 0,01$ ). Vyššiu mieru Vyhľadávania nového sme zistili u všetkých porúch z Klastra B.

## DISKUSIA

Výsledky výskumu plne potvrdzujú zistenia z predchádzajúcich výskumov.<sup>17–19,22,23</sup> Nízka miera Sebariadenia a Spolupráce je typická pre poruchy zo všetkých klastrov a môže tak predstavovať spoločný nešpecifický základ pre všetky poruchy osobnosti (resp. pre diagnózu všeobecnej PO<sup>24</sup>). V našej štúdii sa hľadiska jednotlivých špecifických PO tento vzťah nepotvrdil len pre dve z dvanástich porúch (obsedantnú a histriónsku PO). Ryder et al.<sup>25</sup> v štúdii hodnotiacej validitu SCID-II-PQ na vzorke pacientov zistili, že práve tieto dve PO v diagnostike podľa SCID-II-PQ nesúviseli s funkčným narušením, napriek tomu boli vo vzťahu k niektorým črtám päťfaktorového modelu, čo konverguje s našimi zisteniami. Hoci sme SCID-II-PQ časť pre PO použili ako diagnostický štandard aj s odporúčaným skórovaním pozitívnych odpovedí, použitie odporúčaných cut-off hodnôt prináša mimoriadne vysoké riziko falošne pozitívnej diagnózy, čo môžeme vidieť, keď naše výsledky porovnáme s prevalenciou porúch, ktorej sme sa venovali v úvodnej časti. Skrining PO by mal byť doplnený aj štruktúrovaným rozhovorom. Otázne ostávajú aj psychometrické vlastnosti použitej metódy SCID-II-PQ. Analýza SCID-II-PQ nebola cieľom našej štúdie, samotná metóda predstavovala štandard pre diagnostiku špecifických PO, dovoľujeme si však potvrdiť predošlé zistenia, že dotazník je dostatočne senzitívny, ale jeho špecifita je mimoriadne nízka. V 12-mesačnom test-reteste PO s pomocou SCID-II zistili Osono a Takahashi<sup>26</sup> výskyt dvoch PO súčasne u vyše 30 % pacientov s diagnózou PO, a dokonca troch a štyroch PO u 2 % ich súboru. Zimmerman a kolegovia<sup>3</sup> zistili, že ak participant splní kritéria pre hraničnú poruchu osobnosti, tak má štatisticky významne väčšiu šancu na splnenie kritérií pre ostatné poruchy, okrem schizoidnej a obsedantnej. K podobným výsledkom sme dospeli aj my pri analýze dotazníku SCID-II-PQ.<sup>27</sup>

Ak by sa mal TCI-R využiť ako súčasť procesu diagnostiky suspektnej poruchy osobnosti pre súčasný kategoriálny model poruchy osobnosti, takýto proces by mohol prebiehať v dvoch krokoch: v prvom sa určí samotná prítomnosť poruchy osobnosti (na základe nízkeho skóre v Sebariadení a Spolupráci); v druhom kroku sa na základe konštelácie temperamentových dimenzií určí, o aký typ poruchy osobnosti sa jedná v prípade, že ho chceme pri-

radiť do klastra (v DSM systéme) či ku konkrétnemu typu PO v oboch klasifikačných systémoch.

Naš výskum potvrdil predošlé zistenia, že špecifikom Klastra A je okrem zníženej úrovne Sebariadenia a Spolupráce aj znížená miera Závislosti na odmene a vyššia miera Vyhýbania sa poškodeniu, ktoré súvisia so sociálnym stiahnutím a odstupom.<sup>28</sup> Ak by sme chceli výsledky analyzovať na úrovni jednotlivých PO, tak by sme videli, že pre (konceptne problémovú) Schizotypovú poruchu je k vyššie uvedenej konfigurácii typická aj zvýšená úroveň v dimenzii Sebapresah (k diskusii pozri napr. článok MacDonalda a Hollanda<sup>29</sup>). Diferenciálne diagnosticky sa schizoidná porucha od schizotypovej líši nižšou úrovňou Závislosti na odmene, ale na úrovni Sebapresahu sa táto PO nelíši od priemernej populácie. Paranoidná porucha sa v TCI-R nelíši štruktúrne od schizoidnej, môžeme ale vidieť ešte viac znížené skóre vo Vyhýbaní sa poškodeniu aj Sebariadení, čo môžeme interpretovať v zmysle, že schizoidi sú skôr indiferentní k sociálnym podnetom a paranoici sa skôr silne vyhýbajú styku so sociálnym okolím.

Pre Klaster B bolo špecifické zvýšené skóre vo Vyhľadávaní nového. Súvisí to najmä s absenciou alebo nedostatočnou kontrolou impulzov, výstredným alebo rizikovým správaním, ktoré je typické pre tieto poruchy.<sup>30</sup> Z hľadiska diferenciálnej diagnostiky bola pre Hraničnú poruchu špecifická kombinácia aj zvýšeného Vyhľadávania nového a zároveň aj Vyhýbania sa poškodeniu – čo je z hľadiska prejavov aj vnútorného prežívania silne konfliktná kombinácia. Naopak Histriónska porucha sa prejavila mierne negatívnou koreláciou s Vyhýbaním sa poškodeniu. Narcistická porucha sa odlišila od ostatných porúch z Klastra B zníženou úrovňou Vytrvalosti. Antisociálna porucha sa v rámci Klastra B javí svojím profilom najviac nešpecifická.

Z hľadiska diagnostiky porúch z Klastra C, Jylhä a Iso-metsä<sup>31</sup> preukázali, že prežívanie depresie a úzkosti súvisí s vysokou mierou Vyhýbania sa poškodeniu a nízkym Sebariadením. V našom výskume sme podobnú konšteláciu zistili u závislej, depresívnej a negativistickej poruchy osobnosti. V klinickom obraze týchto porúch dominujú práve nízke sebahodnotenie, časté obavy z hodnotenia druhými a submisivita alebo pesimizmus.

Jedinečnosť osobnostného profilu v temperamentových dimenziách môže slúžiť na diferenciálno-diagnostické účely, čo by mohlo vyriešiť často sa objavujúci problém súčasného splnenia kritérií pre viacero porúch osobnosti. Užitočnosť TCI-R ako súčasť diagnostiky porúch osobnosti tak spočíva v jeho inkrementálnej validite. Je potrebné zdôrazniť, že pre účely individuálnej diagnostiky poruchy osobnosti sú uvedené trendy nedostatočné bez kvalitných noriem, či štúdií, ktoré by pri komplexnejšej metodológii posudzovali kvalitu diskriminačnej sily pre jednotlivé skóre, a tak zdôrazňujeme, že našim záverom nie je, že TCI-R je samo o sebe dostatočným pre rozhodnutie o diagnóze PO.

Vyššie uvedená diskusia bola vedená v zmysle: 1. možnej konvergencie dimenzionálneho prístupu na opis štruktúry osobnosti a kategoriálneho modelu porúch osobnosti založeného na typologickej kombinácii špecifických problémových prejavov pre jednotlivé špecifické PO; 2. možnosti využitia TCI-R ako nástroja pre zachytenie PO a lepšiu diferenciálnu diagnostiku porúch v súčas-

nom kategoriálnom systéme. Niektorí autori<sup>6</sup> ale považujú úvahy, kde by bol univerzálnejší a komplexnejší dimenziálny opis vo výsledku len priradený ku kategórii/týpu špecifickej poruchy osobnosti, za zbytočnú redukciu, kde sa navyše stratí veľa špecifických informácií o osobnostnej štruktúre pacienta. Z hľadiska budúceho výskumu by nás preto zaujímala analýza dimenzií TCI-R vo vzťahu k rozvíjajúcim sa dimenziálnym nástrojom pre diagnostiku porúch osobnosti, napr. The Personality Inventory for DSM-5,<sup>32</sup> ktorý vychádza z päťfaktorového modelu, ale je zameraný na maladaptívne prejavy normálnych črt, prípadne Dimensional Assessment of Personality Pathology<sup>33</sup> alebo General Assessment of Personality Disorder.<sup>34</sup> V prípade takejto štúdie by sme použili aj sebaopisujúci diagnostický nástroj, ktorý spĺňa kritériá PO pre MKCH-10, napr. u nás vydaný IPDE.<sup>35</sup> Limit použitia len sebaopisujúcich inventárov ako zdroja informácií by sa dal eliminovať cez hodnotenie expertom, čo je však výskumne aj personálne náročné.

Taktiež by bolo zaujímavé urobiť analýzu vzťahov PO aj na úrovni faciet hlavných dimenzií dotazníku TCI-R. K tomu by ale bola potrebná výrazne väčšia výskumná vzorka, aby sme mohli využiť aj inú analýzu ako korelačnú. Predpokladáme, že nie všetky facety budú súvisieť s poruchami osobnosti. Detailnejší pohľad na úrovni faciet môže pomôcť ešte výraznejšie spresniť diferenciatno-diagnostický proces, ako ukazujú aj výskumy s použitím päťfaktorovej teórie osobnosti. Mimoriadne zaujímavé by bolo aj porovnanie vzťahov u neklinickej a klinickej populácie súčasne, pričom by bolo možné porovnať, nakoľko sa sila vzťahov medzi skupinami líši.

## Limity

Prezentovaný výskum mal prierezový a korelačný dizajn. Preto nie je možné hovoriť o kauzálnych vzťahoch medzi temperamentom, charakterom a samotnými poruchami osobnosti. Ďalším významným limitom práce je použitie výlučne sebaopisujúcich dotazníkových metód. Celkový počet položiek bol pomerne rozsiahly a preto sme v prezentovanom výskume použili len dotazníky, kde mali

participanti vyplnené všetky validizačné položky. Predpokladali sme, že títo participanti mali dostatočnú motiváciu zodpovedne vyplniť všetky dotazníky. V prípade SCID-II-PQ by malo nasledovať polo-štrukturované interview. Výsledky dotazníku SCID-II-PQ sme brali ako dimenziálne skóre, ktoré predstavovalo vyhranené, resp. zvýraznené črty, typické pre konkrétnu poruchu osobnosti. Aj keď je možné pracovať aj s cut-off hodnotami, pravdepodobne by sme pri niektorých poruchách zaznamenali viac falošne pozitívnych diagnóz a pri niektorých zase veľmi nízky počet vzhľadom na prevalenciu danej poruchy v populácii. Vzorka nebola reprezentatívna a taktiež sme nezisťovali anamnestické údaje u participantov. Participantom neboli administrované žiadne dotazníky na aktuálnu mieru depresie a úzkosti a tak sme nemohli kontrolovať vplyv najčastejších symptómov porúch osi I podľa DSM-IV.

## ZÁVER

V štúdiu sme skúmali vzťah medzi dimenziálnym modelom temperamentu a charakteru s použitím TCI-R a porúch osobnosti zachytávaných s pomocou SCID-II-PQ, ktorý je postavený na súčasnom kategoriálnom modeli diagnostiky špecifických porúch osobnosti podľa DSM-IV-TR. Potvrdili sme predošlé zistenia o štruktúrnych vzťahoch medzi dimenziami TCI-R, pričom z hľadiska TCI-R sa dali pre jednotlivé osobnostné dimenzie odlišiť diagnózy PO nielen na úrovni klastrov, ale aj jednotlivých špecifických porúch osobnosti v DSM-IV-TR. Dimenziálny prístup podľa nášho názoru nielen konverguje s existujúcim systémom diagnostiky PO, ale potenciálne poskytuje aj širšie možnosti pre špecifický opis všeobecných osobnostných črt z hľadiska kontinua od normy po maladaptívnu úroveň vyjadrenia črty a umožňuje tak nielen priradenie diagnózy, ale napr. pre terapiu potenciálne zaujímavý opis „silných“ a „slabých“ stránok osobnosti, či zmeny niektorých prejavov v čase. V budúcom výskume sa chceme zamerať na preskúmanie vzťahu TCI-R a dimenziálnych nástrojov na diagnostiku porúch osobnosti.

## LITERATÚRA

- Huang Y, Kotov R, Girolamo G de et al. DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2009; 195 (1): 46–53.
- Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007; 62 (6): 553–564.
- Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2005 162: 10, 1911–1918.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®. Amer Psychiatric Pub Incorporated; 2000.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Amer Psychiatric Pub Incorporated; 2013.
- Samuel DB, Widiger TA. A Meta-Analytic Review of the Relationships Between the Five-Factor Model and DSM-IV-TR Personality Disorders: A Facet Level Analysis. *Clin Psychol Rev* 2008; 28 (8): 1326–1342.
- Widiger TA, Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *J Personal Disord* 2005; 19 (2): 110–130.
- Widiger TA, Trull TJ. Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *Am Psychol* 2007; 62 (2): 71–83.
- Anderson J, Snider S, Sellbom M, Krueger R, Hopwood C. A comparison of the DSM-5 Section II and Section III personality disorder structures.

- Psychiatry Res 2014; 216 (3): 363–372.
10. Shedler J, Beck A, Fonagy P, et al. Personality disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry* 2010; 167 (9): 1026–1028.
  11. Hallquist MN, Pilkonis PA. Quantitative methods in psychiatric classification: the path forward is clear but complex: commentary on Krueger and Eaton. *Personal Disord* 2010; 1 (2): 131–134.
  12. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.; 1992.
  13. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50 (12): 975–990.
  14. Kožený J, Höschl C. The Temperament and Character Inventory: Psychometric integrity of the Czech version. *Stud Psychol* 1999; 41 (2): 123–132.
  15. Heretik A, Hajdúk M. Psychometric properties of the Slovak version of the Temperament and character inventory (TCI-R): a preliminary analysis. *Ann Psychol* 2014; 5–11.
  16. Cloninger CR. Biology of personality dimensions. *Curr Opin Psychiatry* 2000; 13 (6): 611–616.
  17. Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50 (12): 991–999.
  18. Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106 (3): 189–195.
  19. Preiss M, Klose J. Diagnostika poruch osobnosti pomocí teorie C. R. Cloningera. *Psychiatrie* 2001; 5 (4): 226–231.
  20. Rie SM de la, Duijsens IJ, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders. *J Personal Disord* 1998; 12 (4): 362–372.
  21. First MB. User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders: SCID-II. American Psychiatric Pub; 1997.
  22. Bagby RM, Marshall MB, Georgiades S. Dimensional personality traits and the prediction of DSM-IV personality disorder symptom counts in a nonclinical sample. *J Personal Disord* 2005; 19 (1): 53–67.
  23. Casey JE, Joyce PR. Personality disorder and the Temperament and Character Inventory in the elderly. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100 (4): 302–308.
  24. Rushton JP, Irwing P, Booth T. A General Factor of Personality (GFP) in the personality disorders: three studies of the Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire (DAPP-BQ). *Twin Res Hum Genet Off J Int Soc Twin Stud* 2010; 13 (4): 301–311.
  25. Ryder AG, Costa PT, Bagby RM. Evaluation of the SCID-II personality disorder traits for DSM-IV: coherence, discrimination, relations with general personality traits, and functional impairment. *J Personal Disord* 2007; 21 (6): 626–637.
  26. Osone A, Takahashi S. Twelve month test-retest reliability of a Japanese version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 57 (5): 532–538.
  27. Hajdúk M, Heretik Jr. A. Príspevok k diagnostike a diferenciálnej diagnostike porúch osobnosti. Príspevok prezentovaný na konferencii Dobrotkov deň; 2015.
  28. Smith MJ, Cloninger CR, Harms MP, Csernansky JG. Temperament and Character as Schizophrenia-Related Endophenotypes in Non-psychotic Siblings. *Schizophr Res* 2008; 104 (1–3): 198–205.
  29. MacDonald DA, Holland D. Examination of the psychometric properties of the temperament and character inventory self-transcendence dimension. *Personal Individ Differ* 2002; 32 (6): 1013–1027.
  30. Praško J. Poruchy osobnosti. Praha: Portál; 2003.
  31. Jylhä P, Isometsä E. Temperament, character and symptoms of anxiety and depression in the general population. *Eur Psychiatry* 2006; 21 (6): 389–395.
  32. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med* 2012; 42 (9): 1879–1890.
  33. Pukrop R, Steinbring I, Gentil I, Schulte C, Larstone R, Livesley JW. Clinical validity of the “Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP)” for psychiatric patients with and without a personality disorder diagnosis. *J Personal Disord* 2009; 23 (6): 572–586.
  34. Hentschel AG, John Livesley W. Differentiating normal and disordered personality using the General Assessment of Personality Disorder (GAPD). *Personal Ment Health* 2013; 7 (2): 133–142.
  35. Loranger AW. Medzinárodný Rozhovor Pre Poruchy Osobnosti, Verzia Pre MKCH-10. Bratislava: Psychodiagnostika a.s.; 2008.

## referáty z literatury

### Uguz F, Sahingoz M, Gungor B et al. Low-dose imipramine for treatment of panic disorder during pregnancy: A retrospective chart review

(Imipramin v nízkej dávke pro léčbu panické poruchy během těhotenství: retrospektivní mapovací přehled)  
*Journal of Clinical Psychopharmacology* 2014; 34 (4): 513–515

Ačkoliv je imipramin jedním z antidepresiv, které by mohlo být účinné v léčbě panické poruchy, údaje o jeho užívání pro tuto diagnózu v době těhotenství jsou omezené.

Tento retrospektivní mapovací článek předkládá výsledky 16 těhotných žen s panickou poruchou bez komorbidní diagnózy, které podstoupily léčbu nízkou dávkou imipraminu (10–40 mg/den). Podle škály Clinical Global Impression-Improvement Scale 12 (75 %) ze 16 žen zareagovalo na tuto léčbu.

Tyto výsledky naznačují, že nízká dávka imipraminu může být užitečná pro léčbu panické poruchy během těhotenství.

MUDr. Jaroslav Veselý