

TEMPERAMENT A CHARAKTER U SCHIZOFRENIE

souborný článek

Veronika Hublová¹
Iva Stehnová^{1,2}
Libor Ustohal¹
Hana Příkrylová Kučerová³

¹Psychiatrická klinika LF MU a FN
Brno

²1. neurologická klinika LF MU a FN
u sv. Anny v Brně

³Ústav psychologie
a psychosomatiky LF MU Brno

Kontaktní adresa:

Mgr. Veronika Hublová
ul. Kosmonautů 19
625 00 Brno
e-mail:
veronika.hublova@mail.muni.cz

SOUHRN

Hublová V, Stehnová I, Ustohal L, Příkrylová Kučerová H. Temperament a charakter u schizofrenie

V posledních letech zůstává osobnost pacientů se schizofrenií na okraji odborného zájmu. Příspěvek si klade za cíl zmapovat problematiku osobnosti jako proměnné u schizofrenie zejména dle psychobiologické teorie temperamentu a charakteru, která byla u pacientů se schizofrenií v řadě zahraničních výzkumných studií široce aplikována. Shrnuje tematiku specifického profilu osobnosti u pacientů se schizofrenií, jeho vztahu k symptomatice, premorbidní osobnosti u schizofrenie, kognitivním funkcím a prognosticky rizikových/protektivních osobnostních faktorů. Psychobiologická teorie předpokládá, že jak neurobiologický základ osobnosti (temperament), tak všechny kognitivní složky osobnosti (charakter) hrají v různých fázích onemocnění určitou roli. Profil temperamentu a charakteru určený dle výše zmíněné teorie umožňuje individualizaci terapie a nabízí postupy ke zvýšení její účinnosti i well-being pacientů.

Klíčová slova: schizofrenie, osobnost, temperament, charakter.

SUMMARY

Hublová V, Stehnová I, Ustohal L, Příkrylová Kučerová H. Temperament and character in schizophrenia

Personality in schizophrenia has received rather less academic attention over last few years. The article aims to explore the topic of personality factors in schizophrenia and to provide a summary of recent findings on this subject. It focuses particularly on the psychobiological theory of temperament and character which has been frequently applied in numerous foreign studies to describe personality in schizophrenia patients and to explore potential effects of personality factors in various stages of the illness. The theory suggests both neurobiological basis of personality (temperament) and its cognitive component (character) to play a distinctive role in schizophrenia. Therefore, the article deals with the argument of a specific personality profile of schizophrenia patients and its relation to psychopathology. It also touches upon the topic of premorbid personality features, cognitive function correlates and considers potential risk and protective factors at both the onset and the outcome of the illness. According to the theory mentioned, temperament and character profile evaluation can help to provide treatment more tailored to the needs of the individual patient which may improve both treatment effect and well-being of patients with schizophrenia.

Key words: schizophrenia, personality, temperament, character.

ÚVOD

Schizofrenie je duševní onemocnění charakteristické klinickou heterogenitou symptomů a zasahující oblasti kognitivní, emocionální i behaviorální, které pak dále mají vliv na celkové psychosociální fungování. Pozitivní, negativní a kognitivní proměnné schizofrenie dohromady vysvětlují pouze 20 % rozptylu psychosociálního fungování.¹ Je pravděpodobné, že osobnost může být jednou z dalších důležitých proměnných, které mají vliv na úroveň psychosociálního fungování. Osobnost člověka, který trpí schizofrenií, je schizofrenním procesem více či méně, přechodně či trvale narušená.^{2,3} Osobnostní rysy zřejmě hrají roli v etiopatogenezi schizofrenie, mají vliv na klinický obraz, průběh onemocnění, a snad i na výsledek léčby. Nejčastěji jsou realizovány výzkumy specifického profilu osobnosti, respektive profilu dysfunkční osobnosti u schizofrenie, který se v určitých komponentách liší jak od zdravých kontrol, tak zdravých blízkých příbuzných pacientů. V české odborné literatuře těchto výzkumů mnoho není.

Následující text shrnuje poznatky výzkumných studií osobnosti, v nichž byla aplikována dimenzionálně komponovaná metoda měření osobnosti – Dotazník temperamentu a charakteru (TCI), která je operacionalizací psychobiologické teorie osobnosti. Soustředíme se zejména na studie specifického profilu osobnosti u schizofrenie a jejich klinicky významných korelátů.

Pojem osobnost a dimenzionální přístup v měření osobnosti rysů u pacientů se schizofrenií

Dosud neexistuje sjednocující teorie osobnosti, existuje řada více či méně odlišných teoretických přístupů, které vysvětlují lidské chování vždy jen částečně. Definice pojmu osobnosti vždy odráží a vymezuje jeho teoretické východisko. Osobnost je dle psychobiologické teorie především dynamická organizace psychobiologických systémů, které spoluurčují způsob, jakým se učíme a adaptujeme se na vnitřní i vnější prostředí.^{4–8} Velmi zjednodušeně tvoří osobnost dispozice vrozené (zastřešené pojmem temperament) a dispozice získané v průběhu života (zastřešené pojmem charakter), v nichž jsou zahrnuty kognitivní a volní komponenty osobnosti, a také reflexe sebe sama.^{4–9}

V posledních desetiletích můžeme v psychiatrii zaznamenat změnu v konceptualizaci směrem k dimenzionálnímu přístupu jak v diagnostice, tak klasifikaci, od něhož se očekává personalizovaná léčba více přizpůsobená jednotlivci.^{10–12} V jádru tohoto trendu, který je nyní součástí diagnostického manuálu DSM-5 a doplňuje tradiční kategoriální přístup, je hypotéza, podpořená řadou klinických závěrů, o dimenzionální povaze většiny psychiatrických symptomů. Tato hypotéza předpokládá plynulý přechod od normality k patologii na rozdíl od kategoriálního přístupu, který považuje patologii za kvalitativně odlišný stav.^{4,10–13}

V souladu s tímto novým trendem vzrůstá zájem o dimenzionálně komponované modely osobnosti, aplikované běžně ve výzkumných studiích. V jejich základu stojí teorie základních rysů normální (tj. adaptované) osobnosti,

kteří jsou rovnoměrně rozloženi v populaci, a teprve z ní se odvozuje charakteristika osobnosti dysfunkční, obtížně se adaptující, která je většinou charakterizována jako kombinace extrémů normálních rysů.^{4,7,8,12}

Metody odvozené od dimenzionálních modelů se vyznačují vysokou spolehlivostí a možností srovnání s normální populací. Nevýhodou je však horší návaznost na psychiatrickou nosologii. Na druhé straně i psychiatrické příznaky jsou často nespecifické a svojí povahou odpovídají spíše syndromům než jednotkám.^{4,7,8,10,13} U nás se aplikací dimenzionálně komponovaného Dotazníku temperamentu a charakteru (Temperament and Character Inventory – TCI) v klinické praxi zabývali především Preiss a Kožený.^{14–17}

Výrazně vysoké nebo nízké skóre v konkrétních kombinacích dimenzí temperamentu a charakteru měřeného pomocí TCI bylo však zjištěno u celé řady klinických syndromů – poruch nálad, poruch osobnosti i schizofrenie.^{4,7,12} Přítomnost specifického profilu pro konkrétní klinický syndrom se sice nepotvrdila zcela, nicméně se tyto klinicky významné profily osobnosti vyskytují u konkrétních klinických syndromů častěji, obdobně je tomu i u schizofrenie (podrobněji viz následující kapitola).^{1,4,7,12} Zároveň lze u většiny duševních onemocnění často zjistit deficit charakteru, popisovaný jako základní diagnostické vodítko u všech poruch osobnosti. Tento deficit je definován ve stručnosti jako nezralost charakteru daná nezravinutými volními složkami osobnosti a neschopností vytvářet a udržet fungující interpersonální vztahy; v TCI se projeví jako nízká až velmi nízká skóre ve dvou dimenzích charakteru (viz níže).^{1,4,7,12,18}

Psychobiologická teorie a její aplikace u pacientů se schizofrenií

Psychobiologická teorie temperamentu a charakteru je jednou z nejnovějších strukturálních teorií osobnosti, definující sedm základních komponent/dimenzí osobnosti. Čtyři z nich měří temperament, tři charakter. Koncepce hlavních dimenzí temperamentu je ve stručnosti následující: Vyhledávání nového (Novelty Seeking/NS) měří vrozenou tendenci reagovat na nové podněty nadšením a intenzivním zájmem; Vyhybání se zranění (Harm Avoidance/HA) měří tendenci k intenzivnímu útlumu chování jako reakci na averzivní situaci; Závislost na odměně (Reward Dependence/RD) měří sociální vnímavost a tendenci přizpůsobit své chování souhlasu druhých a Vytrvalost (Persistence/PS) měří tendenci setrvat v aktivitě přes přítomnost únavy nebo frustrace. Čtyři temperamentové dimenze také měří individuální rozdíly v intenzitě projevu konkrétních emocí a v tendenci tyto emoce častěji prožívat a častěji jimi reagovat: u HA je touto emocí strach nebo úzkost, u NS vztek nebo vzrušení a u RD náklonnost. Z klinického hlediska pak dle DSM odpovídá vysoké HA tendenci k anxióznosti (klastr A), vysoké NS tendenci k impulzivité a vzteku (klastr B), nízké RD tendenci k nadměrné odtážitosti (klastr C) a konečně vysoké PS tendenci k nutkavosti a obsesím.^{4,7,12} I když tyto dimenze připomínají čtyři antické typy temperamentu – melancholický (HA), cholerický (NS), sangvinický (RD) a flegmatický (PS) –, lidé

nejsou majiteli jednoho z typů, ale navzájem se od sebe liší mírou zastoupení všech čtyř dimenzí.⁴⁻⁸

Zatímco temperamentové složky jsou do velké míry dědičné, nepodléhají příliš volní kontrole, jsou spojeny s emocionalitou a méně podléhají vlivu sociokulturního učení, charakter v sobě zahrnuje komponentu vůle a vědomou reflexi sama sebe.⁴⁻⁸ Má tři základní komponenty: Sebeřízení (Self-directedness/SD) měří schopnost jedince směřovat své chování, tedy exekutivní funkce, a rozvinutou cílevědomost, vynalézavost a optimismus. Spolupráce (Cooperativeness/CO) měří schopnost spolupracovat s ostatními lidmi, konkrétně ochotu pomoci, přívětivost a empatii. Třetí dimenze – Sebeprěsah (Self-transcendence/ST) je složkou charakteru, která měří intuici a schopnost vnímat sama sebe jako součást vyššího celku.⁴⁻⁸ Psychobiologická teorie rovněž využívá psychodynamického modelu obranných mechanismů. Maturace charakteru je integrativní proces, v němž se zralé obrany ega stávají stabilně využívaným repertoárem adaptivního chování; Sebeřízení (SD) odpovídá především sublimaci, Spolupráce (CO) altruismu a Sebeprěsah (ST) anticipaci.⁴⁻⁸

Psychobiologický model se zdá být při měření osobnosti u schizofrenie výhodný z několika důvodů: předpokládá dědičnost některých osobnostních rysů, které během psychického vývoje mohou ovlivnit vulnerabilitu ke schizofrenii.^{1,4,19} Dále deklaruje, že temperament je částečně regulovaný monoaminovými neurotransmitterovými systémy, a mohl by mít vliv na rozvoj patofyziologických mechanismů a manifestaci symptomů.^{4-7,12} Tyto mechanismy, na něž jsou cílena antipsychotika, nebyly dosud vysvětleny.^{1,4-6,12} Řada recentních výzkumných studií včetně metaanalýz uzavírá, že souvislost mezi neurotransmitterovými systémy a dimenzemi temperamentu je spíše nepřímá a vyžaduje další výzkum.^{1,20-22}

Množství evropských i mimoevropských studií se soustředí více na otázku specifického profilu osobnosti u schizofrenie.^{1,4,12,19-28} Nyní jsou k dispozici výsledky výzkumu osobnosti v různých stadiích onemocnění,^{1,20,21,27} osob se zvýšeným rizikem propuknutí psychózy – UHR (ultra high risk)^{19,24} i osobností blízkých příbuzných pacientů se schizofrenií.^{22,24-27} Zvláště dvě dimenze temperamentu (HA, RD) a všechny dimenze charakteru (SD, CO a ST) vykazují koherentní výsledky napříč různými designem výzkumných studií.^{1,4,20-27} Klinicky by odpovídala kombinace nízkého SD současně s vysokým ST potíží s testováním reality (magickému myšlení a poruchám vnímání). Tato kombinace spojená s nízkým CO (hostilita, nedůvěra) koresponduje dle Cloningera se schizotypálním/dezorganizovaným charakterem. A konečně současně se vyskytující vysoké HA (tendence k úzkostnému prožívání) s nízkým RD (emoční stažení, nezáměr o interpersonální kontakt) dokončuje běžný a častý popis osobnosti u pacientů se schizofrenií.^{4,7,12}

Specifický profil osobnosti u pacientů se schizofrenií dle TCI

Výzkumné studie osobnosti často zkoumají „psychotický profil osobnosti“, přesněji řečeno významně častější výskyt specifické kombinace osobnostních rysů u osob s psychózou, která se liší oproti zdravým kontrolám i blízkým

příbuzným osob, kteří onemocní psychózou.^{1,4,7,12,20,22,23,25} Ve shodě s koncepcí deficitu osobnosti u schizofrenie přítomné už premorbidně se vyskytují specifické abnormality u temperamentu i charakteru, které se však nemusí vyskytovat vždy.^{1,4,7,12} Opakovaně byly zjištěny rozdíly v dimenzích temperamentu i charakteru oproti zdravým kontrolám^{1,16,19,20,22-29} i zdravým příbuzným.^{22,24-26} Nikoliv všechny rozdíly ve skóre sice dosahovaly statistické významnosti (většinou je provedeno srovnání průměrných skóre pomocí t-testů), charakteristický profil ukazuje však shodně velmi pravděpodobný vyšší výskyt asociálních reakcí (vyšší průměrné až vysoké skóre HA a nízký RD)^{22,23,27,30} u dimenzí temperamentu se současným výskytem „nezralého“ charakteru (nižší průměrné až nízké skóre CO, nízké skóre SD, a zároveň vysoké skóre ST).^{1,4,7,12,19,20,23,27,29} Zdá se, že závěry těchto studií hovoří spíše pro abnormální strukturu osobnosti u schizofrenie, která je nezávislá na pohlaví, věku pacientů a kulturních rozdílech.^{1,12,20} Cortés et al. a další vyjadřují hypotézu o vulnerabilitě ke schizofrenii u abnormálních hladin skóre temperamentových dimenzí HA a RD.^{22,23,27} U dimenzí NS a PS nebylo, co se specifického profilu týká, dosaženo shody. Některé studie udávají statisticky nižší^{1,22} skóre PS oproti kontrolám, většina studií však statisticky významný rozdíl nezjišťuje.^{7,12,22,24-30} Podobně je tomu u dimenze NS. U několika studií bylo zjištěno statisticky významně nižší skóre NS^{20,23,31} ve srovnání se zdravými kontrolami, jiné studie rozdíly oproti zdravým kontrolám v této dimenzi nezjišťují.^{7,12,24-29} V České republice specifický profil u osobnosti pacientů se schizofrenií nebyl dosud zkoumán, ve shodě se zahraničními výzkumy bylo zjištěno signifikantně vyšší skóre na škále HA u psychiatrických pacientů různých diagnóz oproti obecné populaci.¹⁶

Specifický profil osobnosti zdravých příbuzných prvního stupně pacientů se schizofrenií dle TCI

U výzkumných studií profilu osobnosti u příbuzných prvního stupně bylo dosaženo dílčí shody především u temperamentové dimenze HA a charakterových dimenzí SD a CO. Vysokou míru HA oproti kontrolám zjistily některé z výše zmíněných studií nejen u pacientů, ale i u jejich zdravých příbuzných prvního stupně; můžeme předpokládat určitou dispozici pro vyšší hladinu anxiozity.^{20,22,25,26,30,31} Současně s vyšší hladinou HA se pacienti se schizofrenií často liší od zdravých příbuzných výše zmíněným deficitem charakteru (nízké skóre CO a SD, a zároveň vysoké skóre ST).^{20,22,25,26} Studie Smith et al. zjistila, že se v profilu osobnosti pacientů se schizofrenií i jejich blízkých příbuzných vyskytuje oproti obecné populaci výrazně častěji vysoké HA kombinované s vysokým RD, které autoři interpretují jako asociálnost (snížené sociální citění).²² U ostatních dimenzí jsou výsledky porovnání skóre u příbuzných prvního stupně a zdravých kontrol rozporuplné. Bora et al. dodávají, že u zdravých příbuzných se oproti kontrolám vyskytuje často vyšší hladina ST, zatímco u dimenze SD a CO je skóre srovnatelné, nebo dokonce vyšší.²⁵ Margetić et al. nacházejí rovněž vyšší hladinu ST oproti zdravým kontrolám zároveň s nižším NS.³¹ Gonzales-Toress et al. docházejí k opačným závěrům – zjišťu-

jí u příbuzných nižší NS i ST oproti kontrolám.²⁶ Cortés et al. v tomto ohledu dokonce žádné statisticky významné rozdíly ani ve skóre temperamentu ani charakteru nena-
lézají.²⁷

Osobnostní koreláty klinické symptomatiky schizofrenie

Některé výzkumné studie hledaly koreláty dimenzí temperamentu a charakteru a psychopatologie u schizofrenie. K posouzení psychopatologie byly zvoleny nejčastěji klinické škály vyhodnocující aktuální přítomnost a závažnost pozitivních a negativních příznaků schizofrenie, nejčastěji škál PANSS, SAPS a SANS.^{33,34,35} Studie byly realizovány především u chronických pacientů diagnostikovaných pomocí DSM-IV-TR, studií s pacienty s FES je obecně výrazně méně. Limitem většiny zde uvedených výzkumů jsou kromě různých verzí klinických škál i různých verzí dotazníku TCI často malé výzkumné soubory, a tedy poměrně nesourodé výsledky z hlediska metody vyhodnocení závažnosti psychopatologie, dimenzí osobnosti, tak i statistické významnosti korelačních vztahů. U některých dimenzí osobnosti však přesto studie opakovaně došly ke srovnatelným závěrům. Dimenze negativních symptomů (ve verzi s pěti subškálami pak zejména ještě dimenze dezorganizace) v řadě studií kladně koreluje s dimenzemi temperamentu – především HA a NS.^{1,22,23,27} Záporná korelace negativní symptomatiky s dimenzí SD¹ se rovněž často uvádí, někdy zároveň i se zápornou korelací dimenzí RD^{1,20} a CO.^{1,20} Psychotická/pozitivní symptomatika statisticky významně pozitivně korelující s dimenzí ST^{20,22,23,27} se ukazuje být opakovaně zjišťovaným nálezem ve většině zatím publikovaných studií. Některé studie uvádějí i kladnou korelaci pozitivní symptomatiky s dimenzí NS, zatímco dimenze SD a CO s ní korelují většinou záporně.^{20,22,23} Hori et al. našli u verze PANNS se třemi syndromy zápornou korelaci dimenzí RD a SD i se škálou obecných příznaků a skóre celkové závažnosti psychopatologie.²⁰

Profil osobnosti pacientů s první epizodou schizofrenie (FES)

Výzkumy publikované v této oblasti ne vždy soustředily svůj zájem pouze na výzkum osobnosti u FES, ale zahrnují často i osoby s první epizodou psychózy, vždy však jde o stabilizované pacienty po odeznění akutní fáze. Osobnost pacientů s FES měřená pomocí TCI vykazuje rozdíly oproti kontrolní skupině.^{13,19,24} Studie realizované v minulém století zjistily, že u pacientů FES je premorbidně zhoršené sociální fungování už během dětství a dospívání, které predikuje horší prognózu onemocnění.¹³ Song et al. rovněž potvrzují abnormální strukturu osobnosti osob s vysokým rizikem propuknutí (UHR) a pacientů FES měřenou pomocí TCI odpovídající výše uvedenému profilu (vysoké HA, nízké RD a PS, nízké CO a SD oproti zdravým kontrolám).¹⁹ Sledováním osob s UHR prokázali prediktivní hodnotu dimenze CO – vyšší hodnota snižovala riziko propuknutí psychózy.¹⁹ Frésán et al. porovnávali profil osob s UHR a pacientů se schizofrenií oproti kontrolám. Osoby s UHR i pacienti se schizofrenií vykazovali vysoké hladiny HA a významně nižší hladiny dimenze CO, zvláště jejich subdi-

menzí empatie a ochoty pomoci, což můžeme interpretovat jako deficit v psychosociálním fungování už v prodromální fázi.²⁴ Daneluzzo uvádí jako výrazně rizikový faktor rozvoje psychózy vysoké skóre dimenze ST.³²

Fáze onemocnění, odpověď na léčbu a prognóza z hlediska temperamentu a charakteru

Starší přehledové studie zdůrazňují, že z hlediska prediktivní hodnoty se jako nejpřesvědčivější obecně jeví úroveň premorbidního fungování, následovaná dobou neléčené psychózy a věkem při FES.^{13,36} Bronisch a Klerman reagovali na nedostatek nosných modelů pro popis změn osobnosti po odeznění první epizody, respektive fluktua-
ci osobnostních rysů v různých fázích onemocnění jako reakci na vnitřní duševní procesy a vnější zkušenosti.^{7,12,36} Zmínění autoři navrhli v devadesátých letech minulého století koncepci osobnostního fungování, v níž deklarovali klíčové temperamentové (nálada a afekt, kontrola impulsů) a charakterové (sebepojetí, postoje ke světu a interpersonální vztahy) komponenty osobnosti, které jsou nejvíce onemocněním zasažené, a tedy by mohly mít vztah ke klinickému obrazu a psychopatologii.^{13,36}

Zdá se, že zatímco temperamentové dimenze by mohly hrát výraznější roli při samotném rozvoji ataky a průběhu akutní fáze onemocnění, charakterové dimenze, zahrnující SD (sebeřízení, „sílu vůle“), CO (spolupráce s ostatními), mohou mít zásadnější vliv na průběh a konečný výsledný stav onemocnění.^{12,23} Recentní japonská studie potvrzuje, že temperamentové komponenty NS, RD a charakterová komponenta CO hrají roli při ne/dosažení remise. Remitěři se od neremitérů lišili právě v těchto třech dimenzích, přitom dosažené skóre remitérů dosahovalo v těchto dimenzích normálních hodnot blízcích se hodnotám běžným u obecné populace, což autoři interpretují jako vyšší kapacitu pro adaptaci.²¹

Protektivní a rizikové osobnostní faktory, kvalita života a well-being

Asociálnost je u schizofrenie nejčastěji považována za prognosticky nevýhodný rys osobnosti.^{7,12,22} Asociálnost limituje schopnost fungovat v mezilidských vztazích. Dotazník TCI ji měří škálou HA (míra úzkosti) a RD (míra zájmu o sociální kontakt).^{4,7,12,22} Smith et al. dodávají, že asociálnost může být rizikovým faktorem zvláště buď v kombinaci se schizotypálním charakterem, jak jej definuje Cloninger, nebo se současným neurokognitivním deficitem v oblastech pracovní paměti a krystalické inteligence.^{7,12,22} Cortés et al. interpretují výsledky porovnání skóre TCI a PANNS mezi pacienty se schizofrenií, jejich zdravými příbuznými a pacienty s jiným psychotickým onemocněním podobně a za rizikový faktor vyšší vulnerability ke schizofrenii považují rovněž vysoké HA a nízké RD.²⁷ Kombinaci signifikantně vyššího skóre HA a ST jako rizikového faktoru rozvoje schizofrenie navrhuje Bora et al.²⁵ Tato turecká studie našla vyšší skóre u těchto dimenzí u zdravých příbuzných prvního stupně pacientů se schizofrenií oproti zdravým kontrolám. Příbuzní pacientů

se schizofrenií však měli zřejmě větší kapacitu pro adaptaci (normální až vyšší hladiny SD a CO).²⁵ Zralý charakter (normální, případně vyšší SD i CO) zjištěný u zdravých sourozenců těch, u nichž schizofrenie propukla, může být zřejmě protektivním faktorem.²² K podobné interpretaci výsledku své studie došli i Song et al. Sledovali osoby s UHR a zjistili, že vyšší skóre dimenze CO snižovalo riziko propuknutí psychózy.¹⁹ Daneluzzo pak navrhuje sledovat osoby s kombinací velmi nízkých skóre SD a CO v kombinaci s vysokým skóre ST, kterou považuje jako rizikovou pro vznik psychózy obecně.³⁵

Albayrak et al. zkoumali, zda existuje profil temperamentu a charakteru s vyšším rizikem suicidálního pokusu. Mezi dvěma skupinami pacientů se schizofrenií našli skupiny se suicidálním pokusem v anamnéze vyšší HA a PS zároveň s nižším skóre SD a CO oproti druhé skupině pacientů.³⁷ Kanadská studie zjistila, že u skupiny pacientů v remisi se vyšší skóre NS asociovalo s fyzickým zdravím, pozitivně laděným vnitřním prožíváním, vyšší RD s vyšší spokojeností s mezilidskými vztahy, a naopak u pacientů s relativně vyšším skóre HA byla zjištěna nižší spokojenost se životem a medikací.²³ Hori et al. se ve shodě s Cloningerem domnívají, že dimenze SD je nejspolehlivějším ukazatelem abnormality/dysfunkce osobnosti, oba je považují za klinicky významný ukazatel,^{7,12,20} což je ve shodě se zjištěním asociací této dimenze s úrovní duševního zdraví, psychosociálního fungování³⁸ a subjektivní kvality života, v níž se společně s dimenzí SD ukazuje být nejspolehlivějším prediktorem dále dimenze HA a ST.^{7,31} K dispozici je zatím kontrolovaná randomizovaná studie u duševně nemocných, v níž se potvrdila pozitivní role rozvoje charakteru. Pokud skóre u škál SD a CO dosáhlo alespoň normálních hodnot, snížila se vulnerabilita k relapsům a riziko vysazení medikace.^{7,12}

Neuropsychologické koreláty osobnostních komponent u pacientů se schizofrenií

Nejčastěji se u schizofrenních pacientů uvádí snížení kognitivního výkonu u pozornosti, pracovní paměti, dále se uvádí nižší kapacita pro verbální učení³⁹ a nižší krystalické IQ.²² Toto oslabení patrně vzniká v dětství a v průběhu vzniku a dalšího průběhu onemocnění se často prohloubí až na úroveň neurokognitivního deficitu. Výzkumných studií, zabývajících se vztahem mezi osobností a neurokognitivní dysfunkcí u schizofrenie, je však překvapivě málo. Realizované výzkumy korelací mezi osobnostními rysy a kognitivní dysfunkcí častěji zmiňují vzájemný vztah kognitivních funkcí a dimenzí SD a ST.^{12,21,28} Jiné naopak významné korelace nezjišťují.²² Opakovaně jsou však diskutovány rozdílné korelace kognitivních funkcí, případně kognitivního deficitu a temperamentových i charakterových dimenzí mezi pacienty se schizofrenií a zdravými dobrovolníky.^{21,22,28}

Výše zmíněna byla hypotéza častější přítomnosti kognitivních dysfunkcí u profilu osobnosti s tzv. schizotypálním charakterem (nízké SD, nízké CO a vysoké ST) v kombinaci s vysokým skóre HA,^{4,12} která však Smithem et al. nebyla potvrzena.²² Manuál metody TCI uvádí statisticky významné korelační vztahy mezi kognitivním výkonem a temperamentovými i charakterovými dimenzemi.⁶ Zjištěné vztahy

se však poněkud liší mezi zdravými dobrovolníky, u nichž kladně korelují temperamentové dimenze RD s párovým asociačním učením a dimenze PS se sluchově-vizuální krátkodobou pamětí, rychlostí učení a strategiím učení, retroaktivní a proaktivní interferencí, pracovní paměti, rozdílem mezi učením a vybavením a přítomností konfabulací v paměťovém procesu. U skupiny závislých na amfetaminu všechny koreláty uvedené výše u dimenze PS korelovaly statisticky významně záporně s dimenzí NS. Dalším zjištěným korelátem u této skupiny závislých byla kladná korelace mezi dimenzí HA a pracovní pamětí.⁶

Smith et al. zjišťují sice přítomnost kognitivního deficitu u 65 % zkoumaných osob se schizofrenií, žádné korelační vztahy mezi tímto deficitem a osobností nenašly. Naproti tomu však u zdravých příbuzných prvního stupně koreloval signifikantně kladně výkon pracovní paměti a krystalické inteligence s dimenzemi SD a CO.²²

Boeker et al. rovněž zjišťují odlišné vztahy mezi dimenzemi TCI a kognitivními funkcemi u zdravých dobrovolníků a chronických pacientů se schizofrenií. Pacienti se schizofrenií vykazují deficit v exekutivních funkcích, pracovní paměti a epizodické paměti. Zatímco exekutivní funkce záporně korelovaly s dimenzí ST a u pracovní paměti nebyly zjištěny žádné vztahy s dimenzí SD, u zdravých dobrovolníků tomu bylo přesně naopak. Exekutivní funkce zůstaly bez významných vztahů, zato pracovní paměť signifikantně korelovala s dimenzí SD. Vypadá to, že pracovní paměť vyžaduje jistou pohotovost – aktuální sledování, výběr a manipulaci s informacemi, zatímco exekutivní funkce stojí za jejich konceptualizací, což vyžaduje abstrakci a kategorizaci. Dá se tedy říci, že exekutivní funkce nejspíše umožňují fungování pracovní paměti, což bude asi důvodem, proč u schizofrenních pacientů vztah exekutivních funkcí a pracovní paměti dle studií chybí. Jako by probíhaly bez vztahu k aktuálnímu dění, mluví se o tzv. funkční disociaci.²⁸

Zjištění studie Hori et al., která zkoumala korelace mezi dimenzemi TCI a kognitivními funkcemi u zdravých dobrovolníků, se u dimenze SD shodují se závěry studie Boeker et al. Dimenze SD, u Hori et al. však zároveň s dimenzí CO signifikantně kladně korelovala s kapacitou pracovní paměti, dále s oddáleným vybavením, kapacitou verbální paměti a obecnou pamětí. Navíc byla u dvou posledně zmíněných nalezena záporná korelace s dimenzí HA a kladná korelace dimenze PS a exekutivních funkcí.^{21,28}

SHRNUTÍ

Specifický profil osobnosti, respektive profil dysfunkční osobnosti u schizofrenie v jeho klinicky významných aspektech se v posledních letech znovu diskutuje v zahraniční odborné literatuře jako další důležitá proměnná. Dimenzionálně komponovaná metoda měření osobnosti – Dotazník temperamentu a charakteru (TCI) tuto dysfunkci osobnosti popisuje jako specifickou kombinaci nadprůměrně nízkých a vysokých skóre na pěti ze sedmi základních škál tohoto strukturálního modelu osobnosti.

Specifický profil temperamentu a charakteru se dle psychobiologické teorie vyskytuje u pacientů se schizofrenií častěji, je uváděn jako asociálnost v kombinaci se schizo-

typií. Dle popisu jednotlivých dimenzí je to osobnost, která je často pesimisticky naladěná až úzkostná, inhibovaná, odtažitá a s nižším zájmem o společenský kontakt, snadno se unaví. Zároveň se vyznačuje přítomností magického myšlení, nezodpovědností, bezradností, nízkou sebeúctou a nízkou sociální kognicí (nedokáže příliš tolerovat ostatní, s malou empatií); jde o osobnost, která obtížně hledá svoji identitu, což odpovídá častému klinickému obrazu osobnosti pacientů se schizofrenií v praxi.

Většina zde uvedených výzkumů zjistila rozdíly v dimenzích temperamentu i charakteru oproti zdravým kontrolám, zdravým příbuzným i osobám s UHR. Některé ze studií potvrzují zjištění abnormální struktury osobnosti osob UHR a pacientů s FES odpovídající výše uvedenému profilu oproti zdravým kontrolám. Jiné zjišťují koreláty temperamentových i charakterových komponent s nízkým výkonem exekutivních funkcí, pracovní paměti nebo závažnosti psychopatologie, a to pozitivní i negativní symptomatologie. Další nalezené koreláty se týkají i subjektivní kvality života a rizikových nebo protektivních rysů osobnosti, a to zejména charakterových. Objevují se rovněž hypotézy o profilech s vyšší vulnerabilitou ke schizofrennímu onemocnění.

Limitem většiny zde uvedených výzkumů jsou kromě různých verzí klinických škál i různých verzí dotazníku TCI často malé výzkumné soubory, a tedy poměrně nesusoudné výsledky z hlediska metody vyhodnocení závažnosti psychopatologie, dimenzí osobnosti, tak i statistické významnosti korelačních vztahů. K dispozici je prozatím i minimum metaanalýz.

ZÁVĚR

Dosažení remise symptomů a návrat k premorbidní úrovni psychosociálního fungování můžeme považovat za nejdů-

ležitější cíle léčby schizofrenie. Dimenzionálně komponované metody měření osobnosti umožňují určit kromě potenciálního deficitu osobnosti i její silné stránky, tj. takové, které zvyšují kapacitu adaptace jedince, a tím nepřímo i šanci na zlepšení psychosociálního fungování a dosažení remise. Systematizace poznatků o těchto rysech osobnosti u osob se schizofrenií a monitoring osobnosti v různých fázích onemocnění by mohl přinést zjištění klinicky významných poznatků, přispět k personalizaci léčby a prevenci relapsů. Na druhou stranu však zatím schází doporučení, jak výše uvedená zjištění zakomponovat do komplexní léčby, jak je prakticky využít ke zvýšení účinnosti jak farmakoterapie, tak psychosociálních intervencí.

Abecední seznam zkratk

CO	– Cooperation (Spolupráce)
DSM-5	– Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 th edition
DSM-IV-TR	– Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th edition, text revision
FES	– first episode of schizophrenia
HA	– Harm Avoidance (Vyhýbání se zranění)
NS	– Novelty Seeking (Vyhledávání nového)
PANSS	– Positive and Negative Syndrome Scale
PS	– Persistence (Vytrvalost)
RD	– Reward Dependence (Závislost na odměně)
SANS	– Scale for the Assessment of Negative Symptoms
SAPS	– Scale for the Assessment of Positive Symptoms
SD	– Self-Directedness (Sebeřízení)
ST	– Self-Transcendence (Sebepřesah)
TCI	– Temperament and Character Inventory (Dotazník temperamentu a charakteru)
UHR	– ultra high risk for psychosis (vysoké riziko propuknutí psychózy)

LITERATURA

- Ohi K, Hashimoto R, Yasuda Y, Motoyuki F, Yamamori H. Personality traits and schizophrenia: evidence from a case-control study and meta-analysis. *Psychiatry Research* 2012; 198: 7–11.
- Kučerová H. Schizofrenie v kazuistikách. Praha: Grada Publishing 2010; 106.
- Poněšický J. Schizofrenie z psychodynamického a osobnostně strukturálního hlediska. *Čes a Slov Psychiat* 2015, 111 (3): 144–147.
- Cloninger RC, Dragan M, Svrakic DM. Personality Disorders. In Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock, BJ & Sadock, VA (Eds.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009; 2: 4520: 2197–2241.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 1993; 50: 975–990.
- Cloninger RC, Przybeck TR. The Temperament and character inventory: A guide to its development and use. St. Louis: Washington University Center for Psychobiology of Personality 1994; 185.
- Cloninger RC. Differentiating Personality Deviance, Normality, and Well-Being by the Seven-Factor Psychobiological Model. In Cloninger CR, Strack S (eds). *Differentiating normal and abnormal personality*. New York, NY: Springer Publishing Co. 2006; 65–70.
- Blatný M et al. Psychologie osobnosti – hlavní témata, současné přístupy. Praha: Grada Publishing 2010: 301.
- Irmiš F. Temperament a autonomní nervový systém. Praha: Galén 2007 : 204.
- Höschl C. Výzvy v psychiatrii. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika* 2014;3–4:19–23.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing 2013: 947.
- Mezzich JE, Salloum IM, Cloninger RC, Salvator-Carulla, Kirmayer LJ, Banzato CEM, Wallcraft J, Botbol M. *Person-centered Integrative Diagno-*

- sis: Conceptual Bases and Structural Model. *Canadian Journal of Psychiatry* 2010; 55: 701–708.
13. Hulbert CA, Jackson HJ, McGorry PD. Relationship between personality and course and outcome in early psychosis: A review of the literature. *Clin Psychology Review* 1996; 16 (8): 707–727.
 14. Kožený J, Tišanská L, Dvořák V. Osobnostní profil detoxikovaných žen s diagnózou F10.2: Prediktivní potenciál Cloningerova dotazníku temperament a charakteru. *Čsl Psychol* 1998; 42 (1) 84–90.
 15. Kožený J, Klaschka J, Höschl C. Vztah mezi Cloningerovými temperamentovými dimenzemi a průběhem léčby pacientů s diagnózou Bipolární afektivní porucha, současná fáze deprese. *Čsl. psychol.* 1994; 38 (5): 385–391.
 16. Preiss M, Klose J, Španiel F. Temperament a charakter podle C. R. Cloningera u psychiatrických pacientů a obecné populace. *Psychiatrie* 2000; 4: 251–254.
 17. Preiss M, Klose J. Diagnostika poruch osobnosti pomocí teorie C. R. Cloningera. *Psychiatrie* 2001; 5: 226–231.
 18. Cloninger RC. Comprehensive diagnosis. In *Psychiatric diagnosis: challenges and prospects*. Salloum IM, Mezzich JE (Eds.). Chichester: Wiley & Sons 2009; 289–296.
 19. Song YY et al. Temperament and character in individuals at ultra-high risk for psychosis and with first-episode schizophrenia: associations with psychopathology, psychosocial functioning, and aspects of psychological health. *Comprehensive Psychiatry* 2013; 54 (8), 1161–1168.
 20. Hori H et al. Personality in schizophrenia assessed with the Temperament and Character Inventory (TCI). *Psychiatry Research* 2008; 160 (2): 175–183.
 21. Hori H et al. Temperament and character in remitted and symptomatic patients with schizophrenia: modulation by the COMT Val158Met genotype. *Journal of Psych Res* 2014; 56: 82–89.
 22. Smith MJ, Cloninger CR, Harms MP, Csernansky JG. Temperament and character as schizophrenia-related endophenotypes in non-psychotic siblings. *Schizophrenia Research* 2008; 104 (1), 198–205.
 23. Guillem F, Bicu, M, Semkovska M, Debruille JB. The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. *Schizophrenia Research* 2002; 56 (1): 137–147.
 24. Fresán A et al. Personality features in ultra-high risk for psychosis: A comparative study with schizophrenia and control subjects using the Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R). *J of Psych Research* 2015; 61: 168–173.
 25. Bora E, Veznedaroglu B. Temperament and character dimensions of the relatives of schizophrenia patients and controls: the relationship between schizotypal features and personality. *European Psychiatry* 2007; 22 (1): 27–31.
 26. Gonzalez-Torres et al. Temperament and character dimensions in patients with schizophrenia, relatives, and controls. *The Journal of Nervous and Mental disease* 2009; 197 (7): 514–519.
 27. Cortés et al. Psychopathology and personality traits in psychotic patients and their first-degree relatives. *European Psychiatry* 2009; 24 (7): 476–482.
 28. Boeker H et al. Executive dysfunction, self, and ego pathology in schizophrenia: an exploratory study of neuropsychology and personality. *Comprehensive Psychiatry* 2006; 47 (1): 7–19.
 29. Miralles C et al. Personality dimensions of schizophrenia patients compared to control subjects by gender and the relationship with illness severity. *BMC Psychiatry* 2014; 14 (1): 1.
 30. Kurs R, Farkas H, Ritsner M. Quality of life and temperament factors in schizophrenia: comparative study of patients, their siblings and controls. *Quality of Life Research* 2005; 14 (2): 433–440.
 31. Margetić BA, Jakovljević M, Ivanec D, Margetić B. Temperament, character, and quality of life in patients with schizophrenia and their first-degree relatives. *Comprehensive Psychiatry* 2011; 52 (4): 425–430.
 32. Kay SR, Fiszbein A, Opfer LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 1987; 13 (2): 261.
 33. Toomey R et al. Revisiting the factor structure for positive and negative symptoms: evidence from a large heterogeneous group of psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154 (3): 371–377.
 34. Andreasen NC, Arndt, S, Alliger R, Miller D, Flaum M. Symptoms of schizophrenia: methods, meanings, and mechanisms. *Archives of general psychiatry* 1995; 52 (5): 341–351.
 35. Daneluzzo E, Stratta P, Rossi A. The contribution of temperament and character to schizotypy multidimensionality. *Comprehensive Psychiatry* 2005; 46 (1): 50–55.
 36. Bronisch T, Klerman GL. Personality functioning: change and stability in relationship to symptoms and psychopathology. *Journal of Personality Disorders* 1992; 5 (4): 307.
 37. Albayrak Y, Ekinci O, Çayköylü A. Temperament and character personality profile in relation to suicide attempts in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 2012; 53 (8): 1130–1136.
 38. Eklund M, Hansson L, Bengtsson-Tops A. The influence of temperament and character on functioning and aspects of psychological health among people with schizophrenia. *European Psychiatry* 2004; 19 (1): 34–41.
 39. Tüma I. Kognitivní deficit a psychopatologie schizofrenie. *Psychiatrie* 2008; 12 (2): 101–106.