

BREAKING THE WALLS? 80 LET NA HRANICI

Breaking the walls? 80 years on borderline

Karel D. Riegel

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, CZ; e-mail: kareldobroslav.riegel@vfn.cz

Psychoterapie. 15 (1), 7–22; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Jedenáctá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) přináší odlišný způsob uvažování o poruchách osobnosti (PO) oproti stávajícímu modelu MKN-10. Těžiště modelu MKN-11 se konceptuálně vrací k psychodynamické tradici chápání PO, historicky spjaté s definicemi hraničních stavů podle teorie objektních vztahů. Důraz kladený na patologii identity a mezilidských vztahů, doplněnou o specifické konstelace osobnostních rysů, nabízí plastický pohled na osobnost pacienta a jeho obtíže. Téměř absolutní odvrát od MKN-10 kategorií PO má navíc cílit na destigmatizaci PO. V tomto článku je model MKN-11 představen v perspektivě téměř 80 let vývoje hraniční psychopatologie. Jednotlivé komponenty diagnózy PO podle MKN-11 jsou propojeny s relevantními teoretickými konceptualizacemi a srovnávány s Alternativním modelem DSM-5 pro PO. Implikace pro klinickou praxi jsou rovněž diskutovány.

Klíčová slova: MKN-11, hraniční porucha osobnosti, AMPO, psychodynamická diagnostika, teorie objektních vztahů

ABSTRACT

The eleventh revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) brings

a different way of thinking about personality disorders (PDs) compared to the current ICD-10 model. The focus of the ICD-11 model conceptually returns to the psychodynamic tradition of understanding PDs, historically connected with the definitions of borderline states according to the object relations theory. The emphasis on the pathology of identity and interpersonal relationships, supplemented by specific constellations of personality traits, offers a plastic view of the patient's personality and his difficulties. In addition, the almost absolute turn away from ICD-10 PD categories is aimed at destigmatizing PDs. In this article, the ICD-11 model is presented in the perspective of almost 80 years of development of borderline psychopathology. The individual components of the diagnosis of PO according to ICD-11 are connected with relevant theoretical conceptualizations and compared with the Alternative DSM-5 Model for PDs. Implications for clinical practice are also discussed.

Keywords: ICD-11, borderline personality disorder, AMPD, psychodynamic diagnostics, object relations theory

1. ÚVOD

Více než jeden z deseti lidí žijících v „západní“ společnosti (Volkert et al., 2018) a nejméně polovina pacientů v ambulantních psychiatrických službách (Beckwith et al., 2014) splňuje diagnostická kritéria pro stanovení diagnózy poruchy osobnosti (PO). Ta je jedním z hlavních prediktorů psychosociálního narušení jedince, komorbidity, předčasné mortality a výsledků léčby (Tyrer et al., 2015). Vědecká a klinická pozornost věnovaná problematice PO se však liší nejen mezinárodně, např. vlivem kultury, diagnostické tradice či politiky (Bach et al., 2020), nýbrž i mezi jednotlivými profesinálními v oblasti duševního zdraví. Ochota diagnostikovat PO výrazně kolísá v závislosti na klinické zkušenosti a teoretickém zakotvení examinátora, stejně jako na nejednotném konsensu odborníků, zda je pro psychoterapii vůbec nutné diagnózu stanovovat.

Dosavadní diagnostická praxe PO, opírající se o kategoriální model MKN-10, navíc může klinickým pracovníkům připadat příliš komplikovaná, těžkopádná a nejednoznačná, což je do značné míry podpořeno výraznou heterogenitou ve volbě diagnostického instrumentária. Ambivalentní přístup k diagnostice PO na základě kritérií MKN-10 tak vede k jejich celkovému poddiagnostikování. Mnoho lidí s PO zůstává nezjištěno, bývá jim poskytnuta léčba doprovodných symptomů, která se v konečném důsledku může ukázat neúčinnou nebo dokonce škodlivou (Tyrer et al., 2015). Klinická praxe potvrzuje, že chybná diagnostika založená na mylné představě, že jde např. o neurotického pacienta trpícího depresí vede k farmakorezistenci a opětovnému selhávání v běžných formách psy-

choterapie poté, co depresivní příznaky odezní, a do popředí se dostane osobnostní problematika. Z těchto důvodů bylo nezbytně nutné zavést systém diagnostiky nejen hraničních stavů, který bude mezinárodně empiricky dostatečně robustní a současně použitelný v běžné klinické praxi (Bach et al., 2020).

2. STRUČNÁ HISTORIE HRANIČNÍCH STAVŮ

Pod pojmem hraniční osobnost (*borderline personality*) si pravděpodobně většina klinických pracovníků na poli duševního zdraví představí pacienta trpícího hraniční poruchou osobnosti (HPO), tj. člověka se symptomatickým obrazem typickým pro tyto pacienty podle diagnostických kritérií MKN-10. Historie tzv. hraničních stavů však sahá již do roku 1938, kdy byl termín „borderline“ v USA poprvé použit ke klinickému popisu pacientů, kteří měli za určitých okolností tendenci k regresi do tzv. hraniční schizofrenie (Boleloucký et al., 1993). Přibližně do poloviny 20. století byla psychoanalýza vedle behaviorismu a humanistické psychologie hlavním psychoterapeutickým směrem, jehož cílem bylo propojení mezi Ono, Já a Nadjá dosažením vhledu pacienta. Zhruba od 50. let 20. století se však v ordinacích psychoanalytiků začali vyskytovat pacienti, kteří vykazovali neobvyklé příznaky, jako např. silné sebedestruktivní tendence nebo agresivní výbuchy vůči okolí, stejně jako patologický stupeň regrese v procesu analytické terapie. Převážně zachovaná schopnost vnímat realitu odlišovala tyto pacienty od psychóz, hlubších psychopatologií a zároveň i od neuróz. Objevuje se samostatná nomenklatura pro hraniční patologii (Knight,



**Karel Dobroslav
Riegel**

PhDr. Bc., Ph.D. Pracuje v oblasti poruch osobnosti a závislostních poruch jako klinický psycholog, TFP terapeut, výzkumník a vysokoškolský pedagog.

1962) a další závažné, dříve spíše ignorované, osobnostní poruchy. Současně dochází k rozšíření kleiniánského způsobu myšlení, doprovázeného následným vývojem teorie objektních vztahů (ORT).

Přestože koncem 70. let 20. století se pojem hraniční (tj. vyskytující se na hranici mezi neurózou a psychózou) používal s nejrozličnějšími adjektivy (stav, syndrom, osobnost, pacient, charakter, vzorec chování, organizace osobnosti, schizofrenie apod.), hraniční schizofrenie byla jediným oficiálním označením hraničních stavů až do vydání třetí revize Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí (DSM-III) roku 1980 (Boleloucký et al., 1993). DSM-III, které se stalo předlohou pro MKN-10, vycházelo z předpokladu, že v klinické praxi se vyskytují hraniční stavy na jedné straně reprezentované pacienty s rysy nestálosti a zranitelnosti (hloubkou psychopatologie mající blíže k těžším formám neuróz), zatímco na straně druhé stavy geneticky související se schizofrenií, jako její frustrní či latentní formy (hloubkou psy-

chopatologie mající blíže k psychózám). Hraniční stavy se tak rozdělily na dvě diagnózy: HPO a schizotypní poruchu, která však v MKN-10 nespadá do kategorie PO (F60), nýbrž do kategorie psychotických poruch (F21). Jiné specifické PO přestaly být s pojmem „hraniční“ spojovány.

Od 90. let 20. století se HPO stala preferovanou diagnózou PO pro svůj úzký překryv s diagnózami z osy I, zejména funkčními psychózami a afektivními poruchami. V tomto směru lze vysledovat výrazný nárůst zájmu o výzkum v oblasti vývojových a neurobiologických korelátů HPO (např. Kernberg, 1995; Zanarini et al., 1998), stejně jako v oblasti tzv. evidence-based psychoterapií pro HPO (např. Kernberg et al., 1989; Linehan et al., 1991). Neutuchající zájem odborníků v oblasti duševního zdraví o projekty spojené s diagnostikou a léčbou HPO může mít významný podíl na určité destigmatizaci této diagnózy oproti jiným PO, které se mezi klinickými pracovníky ani pacienty netěší takové oblibě. Máme na mysli především histrionskou, narcistickou a antisociální PO, a to i přesto, že se jedná o diagnózy HPO příbuzné svojí jádrovou charakteristikou dramatičnosti. Fenomenologická příbuznost na úrovni behaviorálních projevů nabízí jistou pravděpodobnost, že by také intrapsychické fungování pacientů s těmito typy PO mohlo probíhat přinejmenším podobně jako v případě HPO, což by hovořilo ve prospěch hypotézy o společném základu všech specifických PO, k níž se 11. revize MKN přiklání.

3. DEFINICE PORUCHY OSOBNOSTI

Hranice, kdy je možné diagnózu PO spolehlivě stanovit, je pravděpodobně jednou

z nejproblematictějších oblastí dosavadního přístupu k PO z hlediska diagnostické přesnosti. Se zavedením samostatné diagnostické nomenklatury na ose II v rámci DSM (American Psychiatric Association, 1980) došlo k dramatickému nárůstu zájmu o tuto problematiku, podpořenou rostoucím počtem nových diagnostických nástrojů (Gorgens, 2011; Loranger et al., 1997). Ty měly pomoci detekovat a charakterizovat specifické PO na základě přítomnosti či absence příslušného množství kritérií. Konsensuálně stanovená diagnostická kritéria však vycházela z prototypických obrazů pacientů, s nimiž je možné se v klinické praxi setkat, avšak tím, že reprezentovala spíše klinickou zkušenost, byla v mnohých případech nahodilá a nepodložená teoretickým zakotvením ani předchozím empirickým výzkumem. Deskriptivní pojetí diagnózy akcentovalo spíše než hloubku psychopatologie fenomenologické znaky a typické behaviorální projevy pacientů, jak je zřejmé z obecné definice PO podle MKN-10 (WHO, 2000):

„[...] rozmanitost stavů a vzorců chování klinického významu, které mají tendenci přetrvávat a objevují se jako vyjádření charakteristického životního stylu jedince a způsobu jeho vztahu k sobě i druhým“ (cit., str. 226).

V protikladu k výše popsanému stojí psychostrukturální diagnostika PO vycházející z ORT. Nezaměřuje se pouze na vnější projevy onemocnění, ale snaží se posoudit, do jaké míry znemožňují takové projevy adaptaci pacienta v jednotlivých oblastech jeho života. Definice PO v ORT začíná konceptualizací konstruktů osobnosti a vymezením „normálního“ osobnostního fungování. ORT chápe osobnost

jako dynamickou integraci vzorců chování odvozených z temperamentu, kognitivních schopností, charakteru (ten lze vnímat jako behaviorální manifestaci identity) a internalizovaného systému hodnot, který je předpokladem morálky. Úplný pohled na osobnost v ORT tudíž musí zahrnovat nejen pozorovatelné vzorce chování, nýbrž i vnitřní svět jedince (Clarkin et al., 2020).

Psychodynamický model na bázi ORT lze chápat jako diagnostický a teoretický rámec obecně definující vznik PO jako důsledek konfluencí neurobiologických faktorů (např. temperamentu, agrese apod.) a následných environmentálních faktorů (např. trauma, zanedbávání apod.). Podíl souhry konstitucionálních faktorů a sociálních zkušeností na vzniku PO zdůrazňuje také MKN (Riegel et al., 2020), nicméně doposud se nepodařilo jednoznačně určit poměr vrozených dispozic a vývojových vlivů. Existuje řada výzkumných studií, které se zabývají hereditárními faktory vzniku PO (Amad et al., 2014; Distel et al., 2008; Torgersen, 2000), avšak převážná většina z nich cílí zejména na HPO, u níž se předpokládá přibližně 40% vliv dědičnosti (Amad et al., 2014). Vícerozměrné genetické analýzy sice ukázaly, že genetické faktory, které ovlivňují individuální rozdíly v neuroticismu, přívětivosti, svědomitosti a extraverci, nesou genetickou odpovědnost za vznik „hraniční osobnosti“, nicméně teprve spojení s jedinečnými vlivy prostředí (např. nepříznivé zážitky v útlém dětství s primárními pečovateli nebo vývojová traumata) může způsobit, že jedinci se specifickým vzorcem osobnostních rysů rozvinou HPO (Distel et al., 2009).

Klinická praxe potvrzuje, že fenotypické znaky specifických PO (a to nejen HPO) re-

flektují směs výše uvedených faktorů a zároveň úroveň závažnosti psychopatologie, která je v ORT definována jako organizace osobnosti (Kernberg, 1995). Organizace osobnosti tvoří v ORT modelu latentní kontinuum, zahrnující 6 úrovní závažnosti psychopatologie (tj. normální; lehčí a těžší neurotickou organizaci osobnosti; a hraniční organizaci osobnosti variující od lehčí, přes střední, až po těžkou, často odpovídající psychotické organizaci osobnosti). Toto kontinuum umožňuje pomyslnou spojnici specifických diagnóz PO, v pásmu hraniční organizace osobnosti více či méně vzdálených od neurózy. Tzv. hraniční organizace osobnosti je charakterizovaná: a) převážně nedotčenou schopností adekvátně testovat realitu; b) převahou používání primitivních psychologických obran; c) zřejmou difúzí identity. Tyto tři dominantní faktory definují vývojovou matici, na jejíž bázi vznikají všechny formy PO a s nimi související chování (Lenzenweger et al., 2012).

Přestože deskriptivní pojetí hraničních stavů, zredukovaných na HPO, resp. v MKN-10 emočně nestabilní PO se dvěma podtypy (hraniční a impulzivní) mělo vést k větší přehlednosti a snad i přesnosti klinické diagnostiky, výsledkem byla ztráta konceptuální návaznosti hraničních stavů pro jinak než psychodynamicky orientované klinické pracovníky, ztráta propojení ve společném základu všech specifických PO, a zejména ztráta víry v terapeutický proces, který by mohl vést nejen ke stabilizaci stavu, nýbrž k uzdravě pacienta. Vnímání závažnosti osobnostní psychopatologie jako kontinuálního dynamického procesu s sebou přináší četné implikace využitelné v běžné klinické praxi i psychoterapii. Především se jedná o zpochybnění doposavad uznáva-

ného paradigmatu o PO jako diagnózách, tvořených souborem rigidních a neměnných osobnostních rysů, kterým nelze výrazně pomoci. Připustíme-li, že PO leží na společném kontinuu jako neurózy, které obecně považujeme za úspěšně ovlivnitelné psychoterapií, je nasnadě domnívat se, že můžeme terapeuticky ovlivnit i PO, a to nikoliv pouze na úrovni symptomů, ale i na úrovni osobnostní organizace a osobnostní struktury.

4. KATEGORIÁLNÍ VS. DIMENZIONÁLNÍ PŘÍSTUP

Kategoriální diagnostika PO, představená v DSM-III a používaná v následných edicích DSM, byla prvním impulzem k empirickému zkoumání osobnostní psychopatologie. Její aplikace v praxi však odhalila řadu závažných nedostatků. Předně se jednalo o výraznou heterogenitu specifických diagnóz PO a rozsáhlé komorbidity mezi poruchami (Clarkin et al., 2020). Čistě kategoriální přístup k diagnostice osobnosti, založený na evaluaci deskriptivních znaků, dokáže spolehlivě zachytit pouze jedince se závažnou osobnostní psychopatií, kterou lze v zásadě pozorovat pouhým okem (Riegel et al., 2020). Jinými slovy, kategoriální přístup vnímá všechny PO lineárně a to, čím se od sebe odlišují jsou fenomenologické znaky (tj. typické projevy pacientů s danou poruchou). Klinická praxe však potvrzuje, že pacienti často naplňují diagnostická kritéria pro více specifických PO současně (Zimmerman et al., 2005), což vede k nadužívání diagnostických kategorií F60.8 (jiné PO), F60.9 (PO nespecifikované) a F61.0 (smíšené PO), ačkoli explicitní doporučení, na základě čeho tyto diagnózy stanovovat (např. počet překrývajících se

kritérií, hloubka závažnosti osobnostní psychopatie), v DSM-IV i MKN-10 chybí (Koenigsberg et al., 1985; Verheul et al., 2007). Zmíněné kategorie jsou navíc nezřídka používány promiskuitně, protože pacient může obdržet nespecifickou diagnózu PO několika způsoby: 1. může mít PO, která není oficiálně zahrnutá mezi specifickými typy PO (tj. F60.8); 2. může vykazovat rysy více než jedné z oficiálně uznaných PO způsobujících klinicky významné potíže nebo narušení funkčních schopností, avšak bez převažujícího souboru symptomů, který by dovolil specifitější diagnózu (tj. F61.0); 3. může mít klinicky významnou variantu specifické PO, která však nedosahuje prahu pro stanovení diagnózy nebo je její atypickou formou (tj. F60.9) (Verheul & Widiger, 2004). Třetí případ nejlépe ilustruje skutečnost, že subtilnější formy PO je v MKN-10 možné nepřesně lokalizovat v poněkud disperzní diagnostické kategorii tzv. akcentovaných osobností, která nechává klinického pracovníka napospas nejistotě, jak s výsledky naložit, není-li naplněn dostatečný počet kritérií pro konkrétní PO (Riegel et al., 2020).

Se vznikem páté revize DSM byla připravena půda pro důkladnou revizi stávajícího modelu diagnostiky PO. S ohledem na návaznost na dosavadní praxi byl kategoriální přístup z DSM-IV zachován také v DSM-5 sekci II, zatímco v sekci III byl představen tzv. Alternativní model DSM-5 pro poruchy osobnosti (AMPO). Primárním záměrem AMPO bylo obohacení kategoriálního systému o dimenzionální hodnocení, které by adekvátněji postihovalo komplexnost a závažnost osobnostní psychopatie. AMPO tak reflektuje odvážný a kontroverz-

ní krok. Pokouší se o spojení kategoriálního přístupu vymezeného 6 specifickými PO s dimenzionálním hodnocením osobnostní funkční schopnosti ve vztahu k sobě a druhým, doplněným o posuzování konstelací osobnostních rysů. S AMPO dochází k pomyslnému střetu dvou diagnostických tradic v rámci jediného modelu: kategoriální, na deskriptivních znacích založené medicínské tradice a dimenzionální, na rysech založené tradice pocházející převážně z akademické psychologie (Clarkin et al., 2020).

Hlavním přínosem AMPO je jasné vymezení podstaty osobnostní psychopatie, které v DSM-III a následných edicích DSM, stejně jako v MKN-10 chybělo. Zaměření na osobnostní funkční schopnosti ve vztahu k sobě a druhým v mezilidských vztazích má teoretickou a empirickou podporu, což dokládá i úzká provázanost AMPO s psychostrukturálním modelem osobnostní psychopatie podle Kernberga a jeho spolupracovníků (Clarkin et al., 2007; Clarkin et al., 2010). Posouzení míry integrace self a stupně normality nebo patologie ve vztazích jedince s druhými lidmi je podle Kernberga hlavním kritériem hodnocení jakékoli PO (Kernberg, 1993).

S tvrzením, že generalizované a závažné narušení osobnostní funkční schopnosti lze považovat za jádro osobnostní psychopatie, neboť může být jejím nejdůležitějším ukazatelem (Raboch et al., 2015), se shoduje rovněž pojetí modelu pro PO v nadcházejícím MKN-11. Pracovní skupina zabývající se přípravou oddílu pro PO v MKN-11 vycházela z předpokladu, že ve srovnání s klinickým posuzováním jiných duševních poruch, je diagnostika PO v běžné klinické praxi složitější. Posuzování 79 kritérií pro 10 specifických diagnóz PO je poněkud

těžkopádné a vyžaduje specializovaný trénink nebo rozsáhlou klinickou zkušenost (Bach & First, 2018). Kategoriální systém nomenklatury pro PO z MKN-10 proto podrobují ještě radikálnější revizi než v případě AMPO a ke klasifikaci PO přistupují výhradně dimenzionálně. Specifické PO jsou zcela vynechány ve prospěch evaluace celkové míry závažnosti osobnostního narušení a pěti kvalifikátorů osobnostních rysů (Reed, 2018).

5. HODNOCENÍ ZÁVAŽNOSTI OSOBNOSTNÍHO NARUŠENÍ

Nomenklatura PO v MKN-11 se snaží o maximální eliminaci překryvu diagnóz. Na rozdíl od polytetických kritérií MKN-10, kde žádné z nich není samo o sobě esenciální a teprve s určitým počtem naplněných kritérií (např. 5 z 9) lze stanovit diagnózu PO, v MKN-11 je diagnóza PO založena na hodnocení celkové míry osobnostní funkční schopnosti, která je esenciálním diagnostickým kritériem. Toho se snaží dosáhnout stanovením jedné ze čtyř úrovní závažnosti osobnostního narušení: 1. osobnostní obtíž(e) (*personality difficulty*); 2. mírná PO; 3. střední PO; 4. těžká PO. Klinický pracovník má sice stále možnost stanovit diagnózu PO bez bližší specifikace závažnosti (*severity unspecified*), přesto se i v takovém případě předpokládá naplnění alespoň minimální míry závažnosti narušení, tedy mírné PO. Mírná PO může současně posloužit jako screening pro přítomnost/nepřítomnost PO. Úroveň tzv. osobnostních obtíží není klasifikací duševní choroby jako takové, nýbrž je k dispozici klinickému pracovníkovi v části MKN-11 věnované faktorům ovlivňujícím zdravotní stav jedince bez specifické duševní poruchy a čet-

nost jeho kontaktů se zdravotnickými službami. Osobnostní obtíže jsou něco podobného jako podkategorie Z73.1 v MKN-10 „Zdůraznění (akcentace) osobnostních rysů“ v kategorii Z73 „Problémy související s pracovními obtížemi“.

Způsob hodnocení závažnosti osobnostního narušení se ve skutečnosti značně překrývá s dimenzemi osobnostní funkční schopnosti definovanými v AMPO jako kritérium A a dimenzemi osobnostní funkční schopnosti podle ORT modelu (viz tabulku 1). Funkční schopnost osobnosti v AMPO charakterizuje způsob, jakým dotyčný obvykle prožívá sám sebe – dimenze Self (složky identita a sebeřízení) a druhé – Interpersonální dimenze (složky empatie a intimita). V ORT modelu jsou tyto dimenze zachyceny v dimenzích Identita a Objekt ní vztahy. V modelu MKN-11 jsou problémy ve funkčních aspektech Self posuzovány napříč složkami: identita; sebeúcta; přesnost v sebepercepci; a sebeřízení. Interpersonální dysfunkce pak ve složkách: zájem o vztahy s druhými; schopnost porozumět a ocenit názory druhých; schopnost tvořit a udržet si blízké a vzájemně uspokojivé vztahy; schopnost zvládat konflikty ve vztazích (Bach & First, 2018).

Přestože se z tabulky 1 může zdát, že MKN-11 model nabízí ve smyslu posuzování narušení v osobnostní funkční schopnosti užší provázanost složek dimenze Self a Interpersonální dimenze s ORT modelem než AMPO, každá ze čtyř složek AMPO kritéria A také dále postihuje tři separátní faktory funkční schopnosti: identita – hranice, sebeúcta, sebeovládání; sebeřízení – cíle, normy, sebereflexe; empatie – motivy druhých, názory druhých, dopady na druhé; intimita – intenzita vztahů, tou-

Tabulka 1

Srovnání hodnocení závažnosti osobnostní psychopatologie podle ORT s AMPO a MKN-11 modelem pro PO

Hodnocení závažnosti	ORT	AMPO	MKN-11
Funkční schopnost osobnosti (Kritérium A)	<i>Identita</i> - soudržnost a návaznost v sebepojetí - sebehodnocení - vklady - vnímání druhých	<i>Self</i> - identita - sebeřizení	<i>Self</i> - identita - sebeúcta - sebeřizení - přesnost v sebepercepci
	<i>Objektní vztahy</i> mezilidské vztahy	<i>Interpersonální</i> intimita	<i>Interpersonální</i> - zájem o vztahy s druhými - schopnost zvládat konflikty ve vztazích
	intimní vztahy a sexualita		schopnost tvořit a udržet si blízké a vzájemně uspokojivé vztahy
	vnitřní model utváření vztahů	empatie	schopnost porozumět a ocenit názory druhých
Dimenzionální model os. rysů (Kritérium B)	<i>Obranné mechanismy</i>	<i>Desinhibice</i>	<i>Desinhibice</i>
	<i>Coping/rigidita</i>	<i>Odtlačitost</i>	<i>Odtlačitost</i>
		<i>[rigidní perfekcionismus a perseverace]¹</i>	<i>Anankastie</i>
	<i>Agresivita</i>	<i>Negativní afektivita</i>	<i>Negativní afektivita</i>
	<i>Morálně/etické aspekty</i>	<i>Antagonismus</i>	<i>Disocialita</i>
	<i>Testování reality</i>	<i>Psychoticismus</i>	<i>Disocialita</i> ²

¹Jedná se o aspekty oblasti (nízké) Desinhibice a oblasti (vysoké) Negativní afektivity.

²MKN-11 klasifikuje kapacitu testování reality podle závažnosti narušení funkční schopnosti osobnosti, nikoli jako separátní oblast osobnostních rysů.

ha po blízkosti, vzájemný respekt (Riegel et al., 2020). Tato skutečnost je zásadní zejména z hlediska klinického hodnocení, kde vysoká míra překryvu mezi dimenzemi a složkami všech tří modelů nabízí klinickému pracovníkovi možnost poměrně snadno přecházet mezi jednotlivými přístupy a stanovovat diagnózu PO relevantní jak z hlediska psychodynamické tradice, tak dimenzionálních modelů obou mezinárodních psychiatrických klasifikací.

K dosažení plastického obrazu konkrétního pacienta přispívá zavedení modelu maladaptivních osobnostních rysů, který je v AMPO označován jako kritérium B. Pět kvalifikátorů osobnostních rysů v modelu MKN-11 úzce koresponduje s AMPO, nicméně jak je možné vidět z tabulky 1 (spodní část), jsou zde dvě výjimky. První tvoří MKN-11 kvalifikátor Anankastie, který ve výčtu oblastí AMPO chybí a lze jej vyjádřit aspekty osobnostních rysů *rigidní perfekcionismus a perseverace*. Druhou je AMPO oblast Psychoticismus, která chybí naopak mezi kvalifikátory v MKN-11. Důvodem je adherence MKN ke kódování schizotypní poruchy a rysů spojených s psychoticismem v rámci schizofrenie a jiných, primárně psychotických, poruch. Přesto MKN-11 klasifikace míry závažnosti PO může být založena na tom, zda pacient prožívá stavy disociace nebo quasi psychotická přesvědčení a nebo projevuje-li výraznou excentricitu, která může připomínat rysy schizotypní PO. To je v souladu s psychostrukturálním přístupem ke klasifikaci organizace osobnosti definovaným v ORT, kde nejnížší a současně nejtěžší forma závažnosti může zahrnovat přechodné psychotické stavy (Bach & First, 2018).

Přestože přístup MKN-11 na rozdíl od AMPO odmítl zachování kategoriální klasifikace PO jako doplňku k dimenzionálnímu hodnocení, jeho součástí je tzv. kvalifikátor hraničního vzorce osobnostního narušení. Ten vychází z ponechání diagnostických kritérií pro HPO, známých z DSM-IV-TR. Kvalifikátor hraničního vzorce narušení je stejně jako pět zbylých kvalifikátorů osobnostních rysů volitelný a může být použit samostatně nebo v jejich kombinaci (např. diagnóza střední PO s hraničním vzorcem osobnostního narušení, Negativní afektivitou, Desinhibicí a Disocialitou) (Riegel et al., 2020). Přestože se jedná o poměrně kontroverzní krok v modelu, který staví na své exkluzivě čistě dimenzionálním přístupem, jeho zavedení pro usnadnění diagnostiky HPO, stejně jako problematika schizotypní PO popsaná v předchozím odstavci, poukazuje na skutečnost, že se v běžné klinické praxi diagnostika PO ani v 21. století neobejde bez alespoň částečné návaznosti na důvěrně známé klinické obrazy pacientů podle prototypických znaků. Tím se uzavírá pomyslný kruh komplexního posuzování osobnostní psychopatologie, propojující všechny tři diagnostické přístupy, které se vzájemně doplňují (viz tabulku 2).

S ohledem na výše popsané si zvláštní pozornost zaslouží právě pacienti s osobnostními obtížemi (akcentovanou osobností), tedy pacienti, které lze v ORT modelu lokalizovat na přechodu mezi neurotickou a hraniční organizací osobnosti jako těžší formu neurózy. Tito jedinci jsou převážně schopni dosahovat relativně uspokojivých vztahů s druhými lidmi, stejně jako určitého stupně profesní seberealizace, nicméně se vyznačují výraznou zranitelností vůči

Tabulka 2
„Přechodník“ MKN-11 pro AMPO, ORT a kategoriální diagnostiku PO¹

Hodnocení závažnosti				Kategoriální hodnocení		
Funkční schopnosti ve vztahu k sobě a druhým	MKN-11	AMPO	ORT	Úroveň organizace osobnosti		
				Specifická porucha osobnosti		
	Žádné narušení	0. Žádné narušení	1. Konsolidovaná; stabilní, komplexní a trvalé vztahy; schopnost integrovat něhu a erotické prožitky	Normální	Bez poruchy osobnosti	
	Osobnostní obtíže (akcentace)	1. Mírné narušení	2. Konsolidovaná; poněkud povrchní vnímání sebe a druhých; obtíže s integrací něhy a erotických prožitků	Neurotická	Obsedantně-kompulzivní Depresivní Hysterická	
	Mírná porucha osobnosti	2. Středně těžké narušení	3. Mírná difúze identity; štěpení objektu a/nebo povrchní vztahy, ale s určitým stupněm stability a integrace, zejména v nekondfliktních oblastech	Hraniční vyššího řádu	Závislá Histrionská Vyhubavá Narcistická	
	Střední porucha osobnosti	3. Těžké narušení	4. Střední difúze identity; vztahy povrchní a založené na snaze o naplnění potřeb; narušená empatie; nízká schopnost uchovat si zájem po delší dobu; výrazně rozštěpené a nestabilní	Hraniční středního řádu	Narcistická Hraniční Paranoidní Schizoidní	
	Těžká porucha osobnosti	4. Velmi těžké narušení	5. Těžká difúze identity; vztahy založené výhradně na snaze o naplnění potřeb; zcela postrádá empatii a schopnost uchovat si zájem o druhé	Hraniční nižšího řádu	Narcistická Hraniční Paranoidní Antisociální Schizotypní	

¹ Hranici pro stanovení diagnózy poruchy osobnosti je alespoň „Mírná porucha osobnosti“ (MKN-11) nebo „Středně těžké narušení“ v míře osobnostní funkční schopnosti (AMPO) nebo „Mírná difúze identity“ (ORT).

stresu. Při selhání copingových strategií u nich může dojít k prudké dekompenzaci, jež s sebou přináší výrazně maladaptivní chování. V takovém případě je klinický obraz podobný symptomům PO, avšak na rozdíl od PO je přechodný (např. dekompenzace hystericky strukturované osobnosti do disociativního stuporu, který nápadně připomíná disociativní stavy u histrionské PO či HPO, nebo dekompenzace obsedantně-kompulzivní osobnosti do deprese a sociální úzkosti připomínající obraz vyhubavé nebo narcistické PO). To, čím se tyto jedinci od PO odlišují, je jejich převážně konsolidovaná identita. Obsedantně-kompulzivní, depresivní a hysterickou PO, tj. diagnózy uvedené v tabulce 2 v řádku osobnostních obtíží, bychom proto měli vnímat jako akcentované osobnostní struktury či benignější charakterové neurózy spíše než jako specifické PO. Osobnostně akcentovaní pacienti sice nedosahují závažnosti PO vzhledem k absenci difúze identity, přesto vykazují osobnostní rigiditu v míře, která je odlišuje od normálního fungování nebo lehčích forem neuróz zejména ve schopnosti integrovat něhu a erotické prožitky v partnerských vztazích. Zavedením kategorie osobnostních obtíží v MKN-11 modelu pro PO a jeho provázaností s ORT dochází k oživení klinicky relevantních konstruktů s přímou návazností na klasickou psychoanalytickou tradici posuzování patologií charakteru.

6. OPERACIONALIZACE MKN-11 MODELU

Jakmile se klinický pracovník ujistí o naplnění obecných požadavků pro stanovení diagnózy PO u daného pacienta, může stanovit jeden ze tří kódů míry závažnosti PO

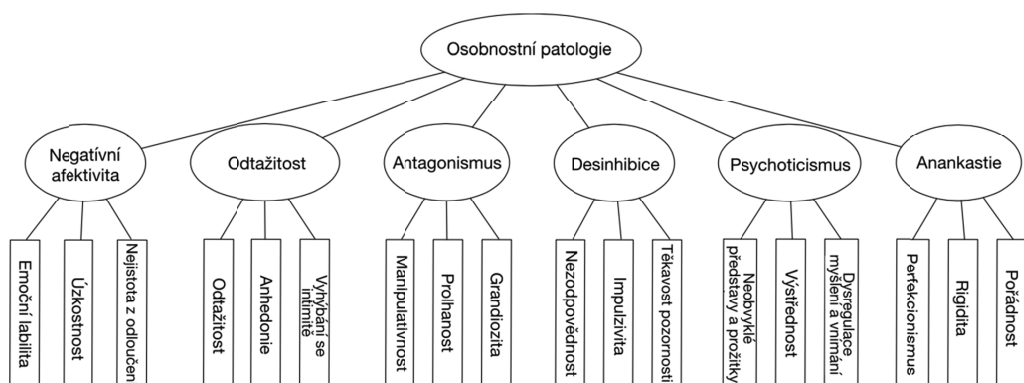
(tj. mírná, střední, těžká). Současně může svůj diagnostický úsudek upřesnit pomocí jednoho nebo více z celkově pěti kvalifikátorů osobnostních rysů. V případě, že dotyčný pacient naplní požadovaná kritéria pro HPO, může být použito rovněž kvalifikátoru hraničního vzorce osobnostního narušení. Potřebné informace lze obdobně jako v MKN-10 získat z klinických rozhovorů a pozorování pacienta, studia jeho zdravotnické dokumentace a/nebo údajů od pacientovi blízkých osob. Existují také specifické diagnostické nástroje pro hodnocení osobnostní psychopatologie podle modelu MKN-11. K evaluaci dimenzionálního modelu osobnostních rysů lze využít Osobnostní inventář pro MKN-11 (PiCD; Oltmanns & Widiger, 2018) nebo Pětifaktorový osobnostní inventář pro MKN-11 (FFiCD; Oltmanns & Widiger, 2020). K evaluaci míry závažnosti PO lze pak využít Standardizovaného hodnocení závažnosti poruchy osobnosti (SASPD; Olajide et al., 2018). Tyto nástroje však doposud nebyly do českého prostředí adaptovány. Výrazná příbuznost modelu s DSM-5 AMPO nabízí kvantifikaci dimenzionální diagnózy PO v MKN-11 pomocí diagnostických nástrojů vytvořených pro AMPO. Míru narušení osobnostní funkční schopnosti posuzuje v AMPO Škála úrovní osobnostní funkční schopnosti (LPFS), zatímco model osobnostních rysů hodnotí Osobnostní inventář pro DSM-5 (PID-5). Oba nástroje nepovažujeme, vzhledem k vydání českého překladu DSM-5, za nutné detailněji představovat, neboť je o nich extenzivně pojednáno z teoretického i empirického hlediska jinde (např. Raboch et al., 2015; Riegel et al., 2016; Riegel et al., 2017; Riegel et al., 2018). Skóry LPFS doplněné o PID-5

profil osobnostních rysů mohou být snadno konvertovány do MKN-11 diagnózy PO (Riegel et al., 2020), a to zejména při použití zkrácené verze Osobnostního inventáře pro DSM-5 (PID5BF+M; Bach et al., 2020). Ta je rozšířená o skórovací algoritmus k hodnocení kvalifikátoru Anankastie v MKN-11. PID5BF+M zahrnuje 18 aspektů osobnostních rysů, každý sestávající ze 2 položek. K určení 6 širokých oblastí osobnostních rysů podle schématu uvedeného na obrázku 1 lze kombinovat specifické aspekty rysů s využitím 36 položek originálního PID-5.

Výhodou rozhovoru je přímý kontakt mezi pacientem a potenciálním terapeutem, přínášející zřejmý důkaz o kvalitě vztahů pacienta s druhými lidmi (Clarkin et al., 2020). MKN-11 ani AMPO jasně nedefinuje, jakým způsobem by měl být klinický rozhovor s pacientem veden. Přesto lze z dimenzí obou modelů vyvodit, že rozhovor by měl primárně adresovat způsob, jakým jedinec funguje vzhledem k sobě a v sociálních interakcích s pro něj významnými druhými v rámci svého životního prostoru (viz kritérium A). Současně by informace získané v rámci rozhovoru měly

Obrázek 1

Schéma rozvržení aspektů osobnostních rysů do oblastí v PID5BF+M



Přes nepřehledné množství diagnostických nástrojů, které v souvislosti s vydáním MKN-11 modelu pro PO a AMPO celosvětově vznikají, zůstává ověřeným postupem klinického hodnocení rozhovor. Hlavním cílem klinického hodnocení je jak pacientovi, tak terapeutovi poskytnout dostatečné informace pro jasné zaměření terapeutické intervence. Diagnostický proces by měl v optimálním případě vést mezi oběma účastníky ke společné koncepci stran cílů intervence a motivace pacienta ke změně.

klinického pracovníka rámcově obeznámit o predominantních osobnostních rysech pacienta (viz kritérium B). Takový způsob vedení rozhovoru ovšem vyžaduje značnou klinickou zkušenost examinátora. Z tohoto důvodu se zdá být praktické využití více či méně strukturovaných rozhovorů jako např. Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika (OPD-2) nebo Strukturované interview organizace osobnosti (STIPO). Ty mohou klinického pracovníka informovat o důležitých aspektech týkajících

cích se hloubky osobnostní psychopatologie, úrovni zralosti obranných mechanismů a intrapsychickém konfliktu daného jedince v souladu s ORT, a to nejen v iniciační fázi terapeutického procesu, nýbrž i v rámci sledování angažovanosti pacienta v terapii a hodnocení jeho celkové změny.

7. PŘÍSPĚVEK MKN-11 MODELU K TERAPEUTICKÉMU PLÁNOVÁNÍ

Při posuzování diagnostického systému je esenciální komponentou zhodnocení jeho klinické využitelnosti, tj. jak dobře vyhovuje potřebám klinických pracovníků, kteří diagnostikují a léčí své pacienty. Mezi aspekty klinické využitelnosti patří přijatelnost a užitečnost systému pro uživatele, profesionální komunikace výsledků, shoda mezi posuzovateli, přesnost diagnózy a klinické rozhodování (Verheul, 2006). Přestože se důkazy o efektivitě MKN-11 modelu a AMPO teprve začínají hromadit, prozatím dostupná data svědčí pro upřednostňování dimenzionálního hodnocení PO oproti kategoriálnímu přístupu (Bornstein & Natoli, 2019).

S ohledem na terapii je hlavním hlediskem efektivity význam diagnostického procesu pro plánování terapie a komunikaci mezi terapeutem a pacientem ohledně potřeby, zaměření a průběhu terapeutické intervence. V MKN-11 modelu pro PO je vztah k terapii implicitní a není v diagnostickém manuálu vyjádřený. To je pochopitelné, protože není úkolem MKN-11 činit volbu mezi konkurenčními terapeutickými přístupy, jejichž efektivita by měla být empiricky zkoumána nezávisle na diagnostickém procesu (Clarkin et al., 2020). Propojení dimenzionálního modelu MKN-11 s ORT

může být výhodné vzhledem k přímé vazbě ORT modelu mezi teoretickým zaměřením na klíčové oblasti osobnostního fungování, technikami a postupy klinického hodnocení a plánováním léčby (Hörz-Sagstetter et al., 2018).

S ohledem na výše uvedené, teoretické zakotvení MKN-11 modelu se zdá být nezbytným předpokladem pro to, aby tento model mohl naplno rozvinout svůj potenciál ve schopnosti zachycovat osobnostní problematiku na kontinuálním spektru od normy po závažnou patologii, aniž by zůstal sterilním, byť propracovanějším nástrojem k nálepkování pacientů s PO. Otevřenost diagnostického systému MKN-11 nabízí např. prostor k zachycení úvodní dynamické scény, která se může stát referenčním bodem při posuzování změn v léčbě, pokud je dostatečně specificky zachycená pomocí slov již během úvodního diagnostického rozhovoru (Holub et al., 2019).

8. ZÁVĚR

Cílem článku bylo představit model pro PO v nadcházejícím MKN-11 optikou konceptuální návaznosti na psychodynamickou teorii objektivních vztahů a poukázat na jeho propojení s tzv. Alternativním modelem DSM-5 pro PO. S nadcházejícím vydáním MKN-11 modelu pro PO se může zdát, že se boří léty prověřená, ač mnohdy nepřesná a stigmatizující nomenklatura osobnostní psychopatologie. Při bližším pohledu se však nabízí otázka, zda se zavedením dimenzionální nosologie spíše než o „boření“ nejedná o návrat k něčemu, co se po více než 80 letech vývoje v oblasti hraničních stavů jevílo užitečným, avšak obtížně uchopitelným. Návrat ke snaze o překročení hranic mezi psychodynamickým a psy-

chiatrickým světem chápání problematiky PO.

Vrátíme-li se závěrem k ústřední myšlence tohoto článku, zdá se, že pro budoucnost diagnostiky osobnosti již nebude stačit rozhodnutí, zda pacient má či nemá PO podle toho, naplňuje-li příslušná kritéria. S nástupem dimenzionální diagnostiky přestává být důležité, zda je pacient více hraniční nebo narcistický, závislý nebo vyhýbavý. Zásadní je správné určení hloubky osobnostní psychopatologie. Ta je klíčová proto, aby pacient pochopil jádro svých obtíží, nezdědka skryté za polysymptomatickým doprovodem, a na základě vzájemného porozumění s terapeutem vytvořil bazální důvěru v terapeutický vztah. „Breaking the walls“ v tomto ohledu znamená zájem klinického pracovníka o více než jedničky a nuly – zájem o lidskou bytost.

Role autora a konflikt zájmů: Autor se podílel na rešerši literatury, psaní všech kapitol a výsledné podobě článku. Současně prohlašuje, že v souvislosti s publikací nemá konflikt zájmů, který by měl uveřejnit. Zpracování článku bylo podpořeno programem PROGRES (Progres = C4 = 8D.Q 06/LF1 = 20) a je napsán v rámci Specifického vysokoškolského výzkumu, č. grantu: 260500.

LITERATURA

- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R., & Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model. *Neurosci Biobehav Rev*, 40, 6–19.
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd edition (3rd edition). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, 18(1), 351.
- Bach, B., Kerber, A., Aluja, A., Bastiaens, T., Keeley, J. W., Claes, L., Fossati, A., Gutierrez, F., Oliveira, S. E. S., Pires, R., Riegel, K. D., Rolland, J. P., Roskam, I., Sellbom, M., Somma, A., Spanemberg, L., Strus, W., Thimm, J. C., Wright, A. G. C., & Zimmermann, J. (2020). International assessment of DSM-5 and ICD-11 personality disorder traits: toward a common nosology in DSM-5.1. *Psychopathology*, 53(3–4), 179–188.
- Beckwith, H., Moran, P. F., & Reilly, J. (2014). Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personal Ment Health*, 8(2), 91–101.
- Boleloucký, Z., Smulevič, A. B., & Plevová, J. (1993). *Hraniční stavy v psychiatrii*. Praha: Grada, Avicenum.
- Bornstein, R. F., & Natoli, A. P. (2019). Clinical utility of categorical and dimensional perspectives on personality pathology: a meta-analytic review. *Personal Disord*, 10(6), 479–90.
- Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Yeomans, F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2007). An object relations model of borderline pathology. *J Pers Disord*, 21(5), 474–99.
- Clarkin, J. F., Fonagy, P., & Gabbard, G. O. (2010). *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: a clinical handbook* (1st edition). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., & Sowislo, J. F. (2020). An object relations model perspective on the alternative model for personality disorders (DSM-5). *Psychopathology*, 53, 141–148.
- Distel, M. A., Trull, T. J., Derom, C. A., Thierry, E. W., Grimmer, M. A., Martin, N. G., Willemsen, G., & Boomsma, D. I. (2008). Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychol Med*, 38(9), 1219–29.
- Distel, M. A., Trull, T. J., Willemsen, G., Vink,

- J. M., Derom, C. A., Lynskey, M., Martin, N. G., & Boomsma, D. I. (2009). The five-factor model of personality and borderline personality disorder: a genetic analysis of comorbidity. *Biol Psychiatry*, 66(12), 1131–8.
- Gorgens, K. A. (2011). *Structured clinical interview for DSM-IV (SCID-I/SCID-II)*. In: Kreutzer, J. S., DeLuca, J., & Caplan, B. (eds) *Encyclopedia of clinical neuropsychology*. New York, NY: Springer.
- Holub, D., Telerovský, R., Benešová, M., Karpíšek, R., Nondek, M., Peřich, T., Viktorinová, M., & Tischler, L. (2019). Identifikace vyořující se dynamické scény během úvodního psychodynamického interview: klinická a výzkumná perspektiva. *Psychoterapie*, 13(3), 222–243.
- Hörz-Sagstetter, S., Caligor, E., Preti, E., Stern, B. L., De Panfilis, C., & Clarkin, J. F. (2018). Clinician-guided assessment of personality using the Structural interview and the Structured interview of personality organization (STIPO). *J Pers Assess*, 100(1), 30–42.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York, NY: Basic Books.
- Kernberg, O. F. (1993). *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies* (Reprint edition). New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1995). *Borderline conditions and pathological narcissism* (Reissue edition). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Knight, R. P. (1962). *Psychoanalytic psychiatry and psychology* (2nd printing edition). Madison, CT: International Universities Press.
- Koenigsberg, H. W., Kaplan, R. D., Gilmore, M. M., & Cooper, A. M. (1985). The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients. *Am J Psychiatry*, 142(2), 207–12.
- Lenzenweger, M. F., McClough, J. F., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2012). Exploring the interface of neurobehaviorally linked personality dimensions and personality organization in borderline personality disorder: The Multidimensional personality questionnaire and Inventory of personality organization. *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 902–918.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*, 48(12), 1060–1064.
- Loranger, A. W., Janca, A., & Sartorius, N. (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders: The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Olajide, K., Munjiza, J., Moran, P., O'Connell, L., Newton-Howes, G., Bassett, P., Akintomide, G., Ng, N., Tyrer, P., Mulder, R., & Crawford, M. J. (2018). Development and psychometric properties of the Standardized assessment of severity of personality disorder (SASPD). *J Pers Disord*, 32(1), 44–56.
- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2018). A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: the Personality inventory for ICD-11. *Psychol Assess*, 30(2), 154–169.
- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2020). The Five-factor personality inventory for ICD-11: a facet-level assessment of the ICD-11 trait model. *Psychol Assess*, 32(1), 60–71.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe-Test centrum.
- Reed, G. M. (2018). Progress in developing a classification of personality disorders for ICD-11. *World Psychiatry*, 17(2), 227–229.
- Riegel, K., Preiss, M., & Harsa, P. (2016). Užitečnost Alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti v klinické praxi. *Psychiatrie*, 20(2), 74–81.
- Riegel, K. D., Preiss, M., Kšiňan, A., Michalec, J., Šamánková, D., & Harsa, P. (2017). Psychometrické vlastnosti české verze Osobnostního inventáře pro DSM-5: vnitřní konzistence, validita a rozlišovací schopnost nástroje. *Československá psychologie*, 61(2), 128–143.

- Riegel, K. D., Ksinan, A. J., Samankova, D., Preiss, M., Harsa, P., & Krueger, R. F. (2018). Unidimensionality of the personality inventory for DSM-5 facets: evidence from two Czech-speaking samples. *Personality and Mental Health*, 12(4), 281–297.
- Riegel, K. D., Kalina, K., & Pěč, O. (2020). *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál.
- Torgersen, S. (2000). Genetics of patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 23(1), 1–9.
- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*, 385, 385.
- Verheul, R., & Widiger, T. (2004). A Meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 18(4), 309–319.
- Verheul, R. (2006). *Clinical utility of dimensional models for personality pathology*. In: Widiger, T. A., Simonsen, E., Sirovatka, P. J., & Regier, D. A., editors. Dimensional models of personality disorders: refining the research agenda for DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Verheul, R., Bartak, A., & Widiger, T. (2007). Prevalence and construct validity of personality disorder not otherwise specified (PDNOS). *J Pers Disord*, 21(4), 359–70.
- Volkert, J., Gablonski, T. C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 213(6), 709–715.
- WHO. (2000). *MKN-10: Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka* (A. Palčová, Ed.). Praha: Psychiatrické centrum.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 155(12), 1733–9.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 162(10), 1911–8.
- Došlo do redakce 5. 11. 2020. K publikaci přijato 4. 1. 2021.*