

Anankastická porucha osobnosti a komorbidní depresivní porucha

Mgr. Zuzana Sedláčková¹, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.², Mgr. Marie Ocisková, Ph.D.²,
MUDr. Dana Kamarádová, Ph.D.², prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.²

¹Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

²Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice Olomouc

Anankastická neboli obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti se výrazně odráží v osobnosti jedince a jeho vzorcích chování. Projevu se nadměrným perfekcionismem, svědomitostí či rigiditou. Tato porucha se může vyskytovat komorbidně s depresivní poruchou. Přítomnost komorbidní poruchy může mít negativní vliv na terapii druhé psychiatrické diagnózy. Léčba se primárně soustředí na redukci depresivních příznaků. Po jejich zmírnění je možné pracovat na změně maladaptivních vzorců prožívání a chování souvisejících s anankastickými rysy osobnosti.

Klíčová slova: depresivní porucha, anankastická porucha osobnosti, obsedivně-kompulzivní porucha osobnosti, komorbidita, terapie

Anankastic personality disorder and comorbid depressive disorder

Anankastic or obsessive-compulsive personality disorder is strongly reflected in personality and behavioral patterns of an individual. It is manifested by excessive perfectionism, conscientiousness and rigidity. This disorder can be comorbid with major depressive disorder. The presence of comorbid disorder may have a negative effect on the treatment of second psychiatric diagnosis. In therapy, we primarily focus on the reduction of current depressive symptoms. After the reduction of symptoms of depression, it is possible to work on changes of maladaptive patterns of experience and behavior associated with anankastic personality traits.

Key words: depressive disorder, anankastic personality disorder, obsessive-compulsive personality disorder, comorbidity, therapy

Úvod

Anankastická porucha osobnosti (obsedantně-kompulzivní podle DSM-5 klasifikace) se projevuje nadměrným perfekcionismem, svědomitostí a rigiditou. Činí jedince zranitelným pro rozvoj dalších psychických poruch. Jednou z nejčastějších komorbidit je depresivní porucha, která může být vyústěním dlouhodobé vyčerpávající snahy po precizním výkonu, nadměrné kontrole sebe sama a důležitých vztahů. Deprese může u těchto jedinců vzniknout také v situacích, kdy došlo ke ztrátě, konfliktům či zklamání ve vztazích, nebo po změně některé životní role, tzn. v situacích, které vyžadují flexibilitu v přizpůsobení (1). Deprese se projevuje výrazným smutkem, sebeobviňováním, ztrátou motivace, anhedonií či sníženou koncentrací pozornosti. U jedince s anankastickými rysy znamená deprese výraznou zátěž. Nejen, že se jedinec vnímá jako nevykonný, obviňuje se a je nešťastný, ale nedokáže fungovat natolik perfektně, jak po sobě požaduje. Následně má pocit, jako by naprosto selhával. Vážným rizikem, které deprese přináší, jsou suicidální rozlady či pokusy (2). V terapii zmíněných poruch je potřeba brát v potaz přítomnost obou psychiatrických diagnóz.

Anankastická porucha osobnosti

Anankastická porucha osobnosti se projevuje pervazivním zaměřením na pořádek,

perfekcionismem či přehnanou kontrolou na úkor flexibility a efektivitu (3). Aby mohla být diagnostikována dle Mezinárodní klasifikace nemocí (F60.5), musí být splněna obecná kritéria pro poruchy osobnosti dle MKN-10 (4). Dále musí být naplněna minimálně čtyři kritéria z níže uvedených:

- 1) pocity přehnaných pochyb a opatrnosti,
- 2) zaujatost detaily, pravidly, seznamy, řádem, organizací a plánováním,
- 3) perfekcionismus, který překáží dokončení úkolu,
- 4) přehnaná svědomitost a zásadovost,
- 5) přílišné zaměření na produktivitu na úkor požitku a mezilidských vztahů,
- 6) nadměrné puntičkářství a lpění na sociálních konvencích,
- 7) rigidita a tvrdohlavost,
- 8) bezdůvodné trvání na tom, aby ostatní dělali věci jeho/jejím způsobem, nebo nesmyslná nechuť dovolit ostatním, aby něco dělali po svém.

Americká klasifikace nehovoří o anankastické poruše osobnosti, ale o obsedantně-kompulzivní poruše osobnosti. V DSM-5 je porucha řazena spolu s úzkostnou a závislou poruchou osobnosti do klastru C. Tyto poruchy jsou charakteristické přítomností úzkosti, obavami, bojácností a strachem (3). Pro její diagnostiku dle DSM-5 musí být naplněny minimálně čtyři z níže uvedených kritérií:

- 1) přílišná zaměřenost na detail, pravidla, seznamy, organizování a plánování do té míry, že je ztracen hlavní smysl aktivity,
- 2) projevy perfekcionismu, které překáží dokončení úkolu (např. neschopnost dokončit aktivitu, jelikož nejsou naplněna přehnaně přísná měřítká jedince),
- 3) excesivní oddanost práci a produktivitě na úkor volnočasových aktivit a přátelství (nevztahuje se na chování pramenící z ekonomických důvodů),
- 4) přehnaná svědomitost, puntičkářství, nepružnost v oblasti morálky, etiky a hodnot (nevztahuje se na chování související s identifikací s určitou kulturou/náboženstvím),
- 5) neschopnost se zbavit opotřebovaných či bezcenných věcí, ani když nemají žádnou sentimentální hodnotu,
- 6) zdráhání delegovat úkoly nebo spolupracovat s ostatními, pokud se okolí nepříznivě jeho/jejímu způsobu práce,
- 7) lakota vůči sobě i okolí, peníze vnímá jako něco, co musí být hromaděno pro budoucí katastrofy,
- 8) projevy rigidity a tvrdohlavosti.

Jedinci s touto poruchou si udržují kontrolu prostřednictvím lpění na jasných postupech a pravidlech. Jsou velmi opatrní. Při činnostech dávají extrémní pozor, aby neučinili jakoukoliv chybu. Aktivitu musí probíhat podle přesně předem naplánované struktury. Úkoly si však často

nedokážú vhodne rozvrhnout. Mnohdy je nedokončí z dôvodu špatného načasovania či prehnaneho perfekcionizmu. Pokiaľ však úkol není dokončen, vyvoláva to v nich značný distress. Je pro ně důležitá výkonnost a pracujú za každou cenu, i ve volném čase. Strávený čas potrebujú vnímať ako efektívne využité. Nutí však i své okolí, aby se chovalo dle jejich pravidiel. Myslí si, že ví nejlépe, jak by se co mělo udělat. Obtížně se jim spolupracuje s někým, kdo navrhuje jiný způsob provedení úkolu, než by preferovali oni sami. Rigidně si stojí za svým, což se však často setkává s negativní reakcí okolí. Jsou rovněž přísní na sebe i ostatní. Rádi si schovávají nepotřebné věci. Jsou velmi šetriví (3). V dospělosti mají potřebu oponovat autoritám, což souvisí se snahou kompenzovat nízkou sebestotu pomocí přesnosti a pořádku. Své emoce nedávají najevo, kontrolují je a mívají strach z jejich vyjádření, což nejčastěji souvisí s nadměrnou kontrolou afektů v dětství, vynucenou rodiči. Své aktivity si důkladně dopředu plánují. Jestliže něco není dokonalé, dle daného řádu, vyvoláva to v nich pocity úzkosti. Jejich detailnost a koncentrovanost jim může být v některých oblastech přínosem, v jiných je naopak může zpomalovat.

Anankastická porucha osobnosti se řadí mezi poměrně časté poruchy osobnosti. Určit přesnou prevalenci této poruchy je ovšem složité, protože se opakovaně měnila diagnostická kritéria této poruchy, která byla zařazena již v DSM-I (5). Při použití DSM-IV kritérií se její celoživotní prevalence pohybuje mezi 2–8% (3, 6). Její výskyt se neliší v závislosti na pohlaví. Přesné příčiny vzniku této poruchy nejsou známy. Můžeme pouze předpokládat určité genetické predispozice a výchovné faktory. Z hlediska výchovy se může jednat o chladné rodinné prostředí, kritické, přehnaně trestající, nebo katastrofou strašící rodiče, kteří výrazně lpí na dodržování řádu a principů. Sigmund Freud mluví o fixaci v análním stupni psychosexuálního vývoje, která může hrát roli v budoucím vývoji poruchy osobnosti. V tomto období dochází ke konfliktu mezi libidozními potřebami dítěte a nároky autorit. Restriktivní působení rodičů v anální fázi vývoje pak vede k nadměrné potřebě kontroly dítěte v budoucím životě (7). U těchto jedinců je vyšší výskyt některých psychických poruch ve srovnání s běžnou populací (8). Studie ukazují, že anankastická porucha se v průběhu 12měsíčního sledování vyskytovala přibližně u 23–24% pacientů léčených pro úzkostnou poruchu, 23% pacientů léčených pro afektivní poruchu a 12–25% léčených pro závislost na návykových látkách (6). Jiná studie říká, že

poruchy nálady se vyskytují až u 59% mužů a 70% žen s anankastickou poruchou osobnosti (9). Kontroverzní je téma vztahu k obsedantně-kompulzivní poruše. Nálezky ukazují, že u obou poruch se vyskytují obdobné neuropsychologické změny (10). Obě poruchy se společně vyskytují u 23–45% pacientů (6).

Komorbidity anankastické poruchy osobnosti a deprese

U pacientů trpících některou z afektivních poruch se s anankastickou poruchou osobnosti setkáváme poměrně často. Při ročním sledování pacientů s unipolární depresí byla diagnóza této poruchy osobnosti stanovena ve 23–28% a u pacientů s bipolární poruchou dokonce ve 26–39% (6). Při porovnání výskytu anankastické poruchy u depresivních jedinců z hlediska pohlaví se ukazuje vyšší výskyt této poruchy osobnosti u mužů než u žen (11). Dle výsledku novější studie se u žen častěji vyskytuje komorbidní deprese a u mužů dystymie (9).

Komorbidní poruchy se u těchto jedinců mohou rozvinout vlivem nadměrně náročných situací či konfliktů s blízkými, což vede k selhání jejich adaptačních mechanismů. Obtížně zvládají, když jim někdo z blízkého okolí vyčítá jejich perfekcionismus, rigiditu či workoholizmus, pokud je opustí partner aj. Snadno se pak dostaví depresivní rozlady pramenící z pocitu nedocenení a zbytečnosti. V případě aktuální depresivní epizody může být anankastická porucha osobnosti obtížněji diagnostikována, jelikož projevy deprese překryjí jinak patrné rysy osobnosti. Lékař se spíše soustředí na aktuální symptomy ohrožující život pacienta a příznaky deprese. Perfekcionismus, moralizování, rigidita a potřeba nadměrné kontroly nejsou tolik patrné a i v anamnéze se lehce přehlédnou. Rovněž mohou být v průběhu depresivní epizody oslabeny některé další typické projevy anankastické poruchy osobnosti, jakými jsou tvrdohlavost či skrupulóznost.

Terapie anankastické poruchy osobnosti

Léčba anankastické poruchy osobnosti probíhá především psychoterapeuticky. Není mnoho výzkumů, které se věnují primárně efektu farmakoterapie při léčbě této poruchy osobnosti. Jedni z autorů, kteří se této oblasti věnovali, byli Greve a Adams. Ve své studii (12) uvádí případ pacienta, u kterého došlo ke zmírnění projevů anankastické poruchy osobnosti vlivem terapie antiepileptikem carbamazepinem. Ekselius a von Knorring (13) se zabývali farmakoterapií jedinců

s depresí a komorbidní poruchou osobnosti, kdy porovnávali efekt léčby citalopramem a sertralímem. Ukázal se pozitivní vliv obou psychofarmak na redukci projevů anankastické poruchy osobnosti. Efekt byl však větší u pacientů léčených pomocí citalopramu.

Psychoterapie anankastické poruchy osobnosti se může lišit podle různých psychoterapeutických přístupů, mívá však i řadu společných prvků, které lze obecně aplikovat v terapii poruch osobnosti. Terapie je zpravidla dlouhodobá, většinou letitá. Anankastické rysy osobnosti mohou ztěžovat vytvoření otevřeného terapeutického společenství, protože potřeba kontroly ve vztazích znesnadňuje jedinci autenticky terapeutovi důvěřovat. To se projevuje tendencí upravovat terapeutova tvrzení, oponovat, tvrdohlavě si trvat na svém, bránit se projevům přirozených emocí. Pacienti s touto poruchou osobnosti taky zřídka navštěvují psychiatrické ambulance, protože očekávají, že zvládnou situaci vyřešit sami vlastním úsilím. V hlubší depresi pomoc vyhledají, ale jakmile deprese poleví, objeví se jejich potřeba ve vztahu dominovat a kontrolovat jej, byť často zdvořilým způsobem. Rigidita jim brání změnit zažité stereotypy, bojí se změny, přestože pokračování ve stejných vzorcích chování a prožívání zvyšuje riziko relapsu deprese. Pro malou flexibilitu může být pro ně náročné uvědomit si, že jejich osobnostní rysy jsou maladaptivní a vedou ke zvýšení hladiny prožívaného stresu. S pacientem pracujeme na uvědomění si neefektivních vzorců myšlení a chování a emocí z nich pramenících. Soustředíme se například na pocit viny, který pacient může pociťovat, pokud něco nesplní na 100%, či na stres, který pacient může zažívat, pokud něco není perfektní. Adekvátní atmosféru navozujeme prostřednictvím analyzování pacientových úvah, což pro něj není ohrožující. Postupně pacienta vedeme k uvědomování si vlastních emocí, jejich porozumění a vyjádření. Pro pacienta je důležitá participace na vlastní léčbě, která je mu umožněna například formou zadávání domácích úkolů (1).

V terapii anankastické poruchy osobnosti se může uplatnit řada psychoterapeutických přístupů. Je možné využít jak individuální, tak skupinovou psychoterapii. Skupinová psychoterapie může mít pozitivní vliv, jestliže skupina jedince akceptuje. Ten se však může snažit skupinu kontrolovat skrze různé výroky či může mít nadměrné požadavky na terapeuta. Rovněž nemusí chápat smysl skupinové terapie. Jestliže se jedinec cítí v terapii bezpečně, může se prostřednictvím práce s dalšími osobami učit při-

jmout odmítnutí, vyjadřovat vlastní emoce aj. Jestliže chceme pracovat s klientem dlouhodobě, je možné využít rozličné psychodynamické přístupy, které se zaměřují na analýzu přenosu a obran. V průběhu terapie mohou být obrany úspěšně identifikovány a s pacientem lze pracovat na uvědomění si vlastních emocí a jejich vyjadřování. Je nutné však zamezit tomu, aby pacient vyjadřoval emoce s cílem zalíbení se terapeutovi, a podpořit jej v expresi autentických pocitů (1). Barber et al. (14) porovnával efektivitu podpůrné expresivní dynamické psychoterapie u pacientů s diagnózou anankastické či vyhýbové poruchy osobnosti. Terapie se ukázala jako efektivní u obou typů poruch osobnosti. Na základě výsledků naznačuje, že zvolený způsob psychoterapie se jeví jako efektivnější pro léčbu pacientů s anankastickou poruchou osobnosti.

Kognitivně behaviorální terapie je častou volbou pro terapii anankastické poruchy osobnosti. Zaměřuje se na hlubší postoje pacienta k sobě a ke světu. Pacient s anankastickou poruchou osobnosti se neustále snaží neudělat žádnou chybu. Žije s postojem, že udělat chybu znamená katastrofu. O lásku druhých usiluje perfekcionismem a nechápe, proč druzí nejsou tak blízko. V jeho myšlenkách jsou neustálá varování, co vše by mohlo nevyjít dokonale přesně, což ho naplňuje napětím.

Kromě dichotomního myšlení nacházíme mezi kognitivními distorzemi také zveličování a katastrofizaci. Jednou z charakteristik anankastických pacientů je přísně zaměřený způsob myšlení. Jsou neustále pozorní a koncentrovaní a jen zřídka nechávají svou pozornost bloudit. Proto bývají dobrými techniky a jsou výteční v detailních úlohách, ale mají problém s více globálním a impresionistickým pohledem na věci. Dalším rysem je narušený pocit autonomie – tito lidé mají sebeřízení jako by přesunutě z normální chtěné volby a svobodného chování na uvědomělé řízení každého konání. Základním aspektem jejich zkušeností bývá myšlenka „měl bych“. Další kognitivní maladaptivní složkou bývá silné přesvědčení o existenci absolutně správného řešení pro lidské problémy. Při setkávání s realitou to vede k nadměrnému pochybování, odkládání, nadměrné pozornosti pro detaily a nejistotě při děláních rozhodnutí. Protože často v životě nelze dosáhnout vysokých letěk, které si pacient klade, mívá ze sebe dojem, že je „v podstatě nepořádný a zmatený“, a aby to kompenzoval, „potřebuje systém a pravidla, aby přežil“, protože „pokud nemá systém, všechno dopadne špatně,“ „pokud on nebo druzí nepracují na nejvyšší obrátce, selžou,“ „pokud selže v tomto, selže celkově.“

Tabulka 1. Důležité komponenty KBT modelu anankastické poruchy osobnosti (1)

| | |
|--|--|
| Jádrové přesvědčení o sobě | Nedokážu dostatečně kontrolovat dění kolem sebe |
| Jádrové přesvědčení o druhých lidech | Druzí mohou být nezodpovědní |
| Odvozené předpoklady | Když budu perfektní, lidé mě přijmou Nic není dost dobré, musím to dělat ještě lépe Musím zcela kontrolovat své emoce Když nebudu 100% zodpovědný, může se mi zřítit svět Když zavedu přesná pravidla, dopadne to dobře Chyby, omyly a nedostatky absolutně nelze tolerovat Když neodvedu zcela perfektní práci, nejsem k ničemu |
| Nedostatečně rozvinuté strategie | Spontaneita, impulzivita |
| Nadměrně rozvinuté strategie | Kontrola, odpovědnost, systematizace |
| Zaměření pozornosti | Na detaily |
| Nejčastější způsoby zpracování informací | Černobílá myšlení, „musím a měl bych“, katastrofizace, nadměrná generalizace |
| Typické chování | Rigidně kontroluje druhé, aplikuje pravidla, moralizuje, hodnotí |

Tabulka 2. Příklady typických podmíněných předpokladů u anankastické poruchy osobnosti

- Jsem zcela zodpovědný ve všem za sebe i za druhé.
- Musím se spoléhat na sebe, abych věděl, že věci jsou dobře udělané.
- Druzí mají sklon být příliš ležerní, často nezodpovědní, shovívaví k sobě a neschopní.
- Je důležité dělat všechno perfektně.
- Potřebuji pravidla, systém a řád, abych práci dělal dobře.
- Jakákoliv chyba nebo nedostatek povedou ke katastrofě.
- Pokud nemám systém – selžu.
- Je třeba dosahovat celou dobu nejvyšší standardy, protože jinak dojde k selhání.
- Potřebuji zcela kontrolovat své emoce.
- Lidé by to měli dělat jako já.
- Pokud můj výkon nedosáhne nejvyšší úroveň, tak selžu.
- Chyby, nedostatky a omyly jsou nepřijatelné.
- Detaily jsou nadměrně důležité.
- Můj způsob práce je nejlepší.

V kognitivně behaviorální terapii se pracuje na maladaptivních vzorcích myšlení a chování, které se vyskytují u jedinců s touto poruchou osobnosti. S pacientem v terapii pracujeme na pochopení poruchy, kterou trpí. Je veden k zaznamenávání automatických myšlenek, které jsou následně analyzovány spolu s terapeutem. Rovněž se pracuje na identifikaci a následné modifikaci nefunkčních kognitivních schémat. Konkrétně se terapie může soustředit na řešení problémů, identifikaci vlastních emocí a automatických myšlenek, zpochybnění maladaptivních vzorců myšlení a chování, nácvik sociálních dovedností aj. V terapii je nezbytná jasná struktura, která se dá podpořit například postupným pracováním na konkrétních problémech. Po vyřešení problému se pak může pracovat na dalším. Struktura se aplikuje i do běžného života pacienta, kupříkladu formou podrobného plánování každodenních aktivit jedince. Přesný rozvrh uspokojí pacientovu potřebu perfekcionizmu. Zároveň však musí přejít na jinou činnost v rozvrhu, i když předchozí ještě neukončil, čímž se učí ponechat úkol nedokončený. Důležité je nalézt v harmonogramu prostor i na volnočasové činnosti, které pacienta baví. Rovněž se

dají naplánovat rozličné relaxační techniky, které pacientovi umožní redukovat úzkostné pocity. Ukončení terapie by mělo být pozvolné, aby nedošlo k okamžitému návratu nefunkčních zvládajících mechanismů. Ideálním způsobem je postupné snižování frekvence terapeutických sezení a v dlouhodobém horizontu pravidelná podpůrná setkání. Důležité je pacienta instruovat, aby se dlouhodobě zaměřil na možný opakovaný výskyt obsedantně kompulzivních příznaků a aktivně využíval osvojené techniky v terapii. Rovněž by mu mělo být zdůrazněno, že pokud se příznaky poruchy kdykoliv vrátí, měl by aktivně vyhledat terapeutickou pomoc (1).

Terapie deprese u anankastické poruchy osobnosti

Komorbidity anankastické poruchy osobnosti a deprese může mít negativní vliv na terapii depresivní poruchy. Vlivem této poruchy osobnosti může docházet k častějším relapsům deprese (15). Ukazuje se vyšší výskyt suicidálních ideací a pokusů u depresivních jedinců se současnou anankastickou poruchou osobnosti ve srovnání s jedinci bez této komorbidity (2). Jestliže jedinci s touto komorbiditou vyhledají

léčbu, není to zpravidla pro rysy osobnosti, ale pro obtíže pramenící z komorbidní deprese. S ohledem na diagnózu anankastické poruchy osobnosti by se terapeut měl pokusit o věcný odborný přístup a dát najevo pacientovi preciznost při zjišťování anamnestických údajů. Podstatné je být nadměrně trpělivý, jelikož pacient může své obtíže líčit velmi detailně. Cílem terapie je stabilizace stavu pacienta, ať už pomocí farmakoterapie, psychoterapie, nebo jejich kombinací. Farmakoterapeuticky lze využít obvyklá serotonergní či jiná antidepressiva. Léčba se neliší od obvyklé farmakoterapie depresivní poruchy bez anankastické poruchy osobnosti. Terapie deprese může být vlivem komorbidní poruchy osobnosti ztížena (16). Negativní efekt mohou mít některé dominující osobnostní charakteristiky těchto jedinců, jakými jsou zvýšený smysl pro detail, rigidita či potřeba kontrolovat okolí. Po zmírnění depresivních příznaků se může terapie soustředit na anankastické rysy osobnosti, pokud má o to pacient zájem.

Závěry

Anankastická porucha osobnosti se významně odráží v myšlení jedince, jeho prožívání a vzorcích chování. Mezi její projevy patří zvýšená míra perfekcionismu, rigidity či svědomitosti. Jedinec posuzuje své chování dle osobního konceptu, který zahrnuje, co je „správné“ a co nikoliv. Jestliže se nechová „správně“, může zažívat pocity selhání a osobní neschopnosti. Dle osobního konceptu posuzuje i druhé. U této poruchy je vyšší výskyt některých psychických diagnóz v porovnání s populací jedinců bez této poruchy. Mezi nejčastější komorbidity patří

poruchy nálady. Depresivní porucha se může rozvinout vlivem náročných událostí, které jedinec nemusí zvládat, a dochází k selhávání adaptivních copingových mechanismů. Depresivní rozlady se mohou rozvinout také vlivem kritiky jedincova perfekcionismu okolím, jako důsledek ztráty partnera aj. Jedinec si může připadat méněcenný a nepotřebný. Při zahájení léčby se terapeut nejprve soustředí na snížení depresivní symptomatiky. Po stabilizaci stavu pacienta se terapie může zaměřovat na komorbidní poruchu osobnosti. V dlouhodobém horizontu se pracuje na redukci maladaptivních vzorců myšlení a jednání pramenících z anankastické poruchy osobnosti.

Literatura

1. Praško J, Herman E, Horáček J, Kosová J, Možný P, Pašková B, Preiss M, Šlepecký M. Poruchy osobnosti. Praha: Portál 2003.
2. Diaconu G, Turecki G. Obsessive-compulsive personality disorder and suicidal behavior: evidence for a positive association in a sample of depressed patients. *J Clinical Psychiatry* 2009; 70(11): 1551–1556.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington 2013.
4. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. (přeloženo z anglického originálu) Praha, Psychiatrické centrum 1996, Zprávy č. 134: 179s.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC 1952.
6. Diedrich A, Voderholzer U. Obsessive-compulsive personality disorder: a current review. *Curr Psychiatry Rep.* 2015; 17(2): 2.
7. Perry JC, Vaillant GE. Personality disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore MD (eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 5th Edition. Vol.2. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1989: 1352–1387.
8. Grant J, Mooney M, Kushner M. Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Psychiatric Research* 2012; 46: 469–475.
9. Georgiadou O, Garyfallos G, Adamopoulou A, et al. Axis I-Axis II comorbidity of Obsessive Compulsive Personality Disorder: gender-related differences. *Ann General Psychiatry* 2008; 71–72.
10. Fineberg NA, Day GA, de Koenigswarder N, Reghunan-danan S, Kolli S, Jefferies-Sewell K2, Hranov G, Laws KR. The neuropsychology of obsessive-compulsive personality disorder: a new analysis. *CNS Spectr.* 2015; 17: 1–10. [Epub ahead of print]
11. Carter J, Joyce P, Mulder R, Sullivan P, Luty S. Gender differences in the frequency of personality disorders in depressed outpatients. *J Personality Disorders* 1999; 13(1): 67–74.
12. Greve K, Adams D. Treatment of features of obsessive-compulsive personality disorder using carbamazepine. *Psychiatry And Clin Neurosciences.* 2002; 56(2): 207–208.
13. Ekselius L, von Knorring L. Personality disorder comorbidity with major depression and response to treatment with sertraline or citalopram. *Intern Clin Psychopharmacology* 1998; 13(5): 205–211.
14. Barber J, Morse J, Krakauer I, Chittams J, Crits-Christoph K. Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 1997; 34(2): 133–143.
15. Grilo C, Stout R, McGlashan T, et al. Personality disorders predict relapse after remission from an episode of major depressive disorder: A 6-year prospective study. *J Clin Psychiatry* 2010; 71(12): 1629–1635.
16. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: Meta-analysis of published studies. *The British Journal Of Psychiatry.* January 2006; 188(1): 13–20.

Článek je prevzatý z:

Psychiatr. praxi 2016; 17(1e): e9–e16

Mgr. Zuzana Sedláčková

Katedra psychologie, Filozofická fakulta,
Univerzita Palackého v Olomouci
Křížkovského 10, 771 80 Olomouc
sedlackovaa.zuzana@gmail.com