

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup

Emočne nestabilná porucha osobnosti - impulzívny typ a hraničný typ

| Číslo ŠP | Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP | Status | Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR |
|----------|--|-----------|---|
| 0049 | 20. septembra 2018 | schválené | 15. januára 2020 |

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

PhDr. Milana Kovaničová, CSc., prof. MUDr. Ján Praško, CSc., doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.;
Konzultanti: MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD., MUDr. Marek Zelman

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH; Jozef Kalužay, PhD.

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Bařová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof.

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ludmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mányá, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Hruzíková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Ing. Mgr. Mária Syneková

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: "Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe" (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

emočne nestabilná porucha osobnosti, impulzívny typ, hraničný typ, diagnostika, terapia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

| | |
|---------|--|
| APA | American Psychiatric Association |
| DSM 5 | Diagnostický a štatistický manuál chorôb 5 |
| ENPO | Emočne nestabilná porucha osobnosti |
| HPO | Hraničná porucha osobnosti |
| MKCH-10 | Medzinárodná klasifikácia chorôb |
| PZ | Policačný zbor |
| RZP | Rýchla zdravotná pohotovosť |
| ZZV | Zoznam zdravotníckych výkonov |

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná, a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár a všeobecný lekár pre deti a dorast – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skrining a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný menežment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychologom.

Pediater – dostáva sa do kontaktu s dieťaťom a rodičom ako prvý, súčasťou komplexného pediatrického vyšetrenia je odobratie kompletnej anamnézy a zhodnotenie správy od neonatológa vrátane sociálneho prostredia rodiny (napr. prostredníctvom dotazníka), či ide o dieťa z rizikového tehotenstva (napr. tehotenstvo po umelom oplodnení, hroziaci predčasný pôrod, hypertenzia u matky, tehotenský diabetes, prekonanie infekčných ochorení, prežívanie závažného stresu, atď.), rizikový pôrod, sťažená popôrodná adaptácia, závažný ev. prolongovaný novorodenecký ikterus. V rámci nasledujúcich preventívnych prehliadok je potrebné sledovať: psychomotorický vývoj (u detí s ADHD sa často vyskytuje skorá vertikalizácia a chôdza už pred prvým rokom života, vynechanie alebo preskočenie fázy lozenia), vyšetrenie reči (slovná zásoba, plynulosť, správna výslovnosť), stav psychického vývinu, prejavy porúch správania, následne školská úspešnosť.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidencie based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. V prevencii uplatňuje edukáciu, poradenstvo pre rodičov zamerané na výchovné postupy, komunikačné stratégie, vedenie rodičovských skupín, behaviorálny tréning rodičov, VTI (videotrénings interakcií).

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidencie based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu (terapia zameraná na prenos, dialekticko-behaviorálna terapia, mentalizačná terapia, schematerapia) vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník – sociálno-právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Špeciálny pedagóg - psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií.

Úvod

V zmysle klasifikácie MKCH-10 (1993) sa jedná o poruchu osobnosti, u ktorej je výrazná tendencia konať impulzívne, bez uváženia následkov, spolu s afektívnou nestálosťou.

V záťaži sú títo jedinci všeobecne nestabilní, stav je často komplikovaný zneužívaním drog, alkoholu, krátkodobými vášnivými, intenzívnymi a impulzívnymi vzťahmi a tiež krátkodobými psychotickými stavmi, môže byť prítomná derealizácia a depersonalizácia. Pre obidva typy poruchy je typická znížená kontrola impulzov a neschopnosť odložiť uspokojenie. V prejave obvykle vystopujeme tendenciu myslieť tzv. "čierno-bielo".

Popisujú sa dva varianty tejto poruchy, ktoré spája impulzivita a nedostatok sebakontroly. Sú to Impulzívny typ (F60.30) a Hraničný typ (F60.31), ktorých zreteľné rozlišovanie je v praktickej klinickej diagnostike bežné.

Hraničná porucha osobnosti /HPO/ patrí medzi významného prispievateľa k chorobnosti v západnej spoločnosti. To je spojené s nežiaducimi dlhodobými dôsledkami, medzi ktoré patria vážne a trvalé funkčné postihnutie (Gunderson et al., 2011), vysoká záťaž rodiny a opatrovateľov, zlé telesné zdravie (El-Gabalawy et al., 2010) a predčasná úmrtnosť, vrátane samovrážd dosahujú až 8% (Pompili et al., 2005). Ľudia trpiaci touto poruchou využívajú psychiatrické služby nepretržite po dlhú dobu (Hörz et al., 2010). Vzájomná prenosovo-protiprenosová vzťahová situácia pripravuje niekedy dramatické situácie (sebapoškodzovanie, suicidálne pokusy, vzájomná manipulácia, sťažnosti na lekára a neetické odmietanie starostlivosti či tresty).

Impulzívny typ (F60.30)

Prevládajúcimi charakteristikami sú emočná nestálosť a nedostatočná kontrola impulzivity. Bežné sú výbuchy násilia alebo výhražné správanie, zvlášť, ak je jedinec kritizovaný ostatnými.

Hraničný typ (F60.31)

Sú prítomné viaceré charakteristiky emocionálnej nestálosti, navyše má pacient často nejasné alebo narušené predstavy o sebe samom, cieľoch a vnútorných preferenciách (vrátane sexuálnych). Obvykle má chronické pocity prázdnoty. Sklon angažovať sa v intenzívnych a nestálych interpersonálnych vzťahoch môže byť príčinou opakovaných emocionálnych kríz, môže sa spájať s excesívnymi pokusmi vyhnúť sa opustenosti početnými samovražednými vyhrážkami alebo sebapoškodzujúcimi činmi (tieto sa vyskytujú tiež bez zjavných vonkajších príčin, a bývajú ventilom intenzívneho vnútorného napätia). Klinicky zrozumiteľnejšie je hovoriť o hraničnej (borderline) poruche osobnosti.

Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu *adaptácie* medzinárodných a najmä Európskych klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti *adoptovaným* medzinárodným postupom.

Prevenia

Impulzívny aj Hraničný typ osobnosti

Platia všeobecné zásady ako pri ostatných vývinových odlišnostiach: edukácia verejnosti (zvlášť vzdelávacieho sektora) a príčinách a charakteristikách porúch osobnosti, edukácia rodičov a opatrovateľov ako viesť výchovu tak, aby poskytovala podporu, vedenie a primeranú angažovanosť.

Významné môžu byť preventívne programy týkajúce sa sociálnych zručností v situáciách šikany, verbálneho i fyzického násilia.

Epidemiológia

Presné údaje nie sú k dispozícii.

Impulzívny typ

Presné údaje o prevalencii pacientov s emočne nestabilnou poruchou osobnosti zatiaľ chýbajú, tvoria však značnú časť vyšetrených v ústavných pohotovostných službách.

Hraničný typ

Podľa DSM 5 (Raboch a kol., 2015) sa mediánová populačná prevalencia hraničnej poruchy osobnosti (HPO) odhaduje na 1,6%, podľa niektorých štúdií až 5,9% (APA 2013, Kessler et al. 2005). Prevalencia tejto poruchy osobnosti je približne 6% v primárnej zdravotnej starostlivosti, približne 10% u ambulantne vedených pacientov a 20% u hospitalizovaných psychiatrických pacientov (Sansone et al. 2011). Objavuje sa u mužov a žien približne rovnako často (Torgersen et al., 2001), aj keď ženy sa podstatne častejšie objavujú v liečbe (Chanen et al., 2008). Prevalencia HPO sa znižuje vo vyšších vekových kategóriách. Podľa niektorých autorov asi 84 % pacientov s diagnostikovanou HPO trpí aspoň jednou ďalšou psychickou poruchou.

Trull a kolegovia (2010) opisujú najmä vysokú mieru celoživotnej komorbidity so závislosťou od alkoholu (47 %). O samovraždu sa niekedy pokúsi 40-85% pacientov s HPO (Oumaya et al. 2008) a 10% z nich suikídum skutočne dokoná (Gerson a Stanley, 2002).

Patofyziológia

Z **genetických a biologických aspektov** sa zisťuje familiárna tendencia zníženej kapacity regulovať náladu a impulzy, ďalej sa často pozorujú "mäkké" neurologické znaky, ako sú ťažkosti v učení, ADHD a EEG abnormality a predpokladajú sa narušenia prefrontálnej aktivity s dopadom na kvalitu exekutívnych funkcií, čo následne môže byť podkladom impulzivity. Častá býva nižšia úroveň diferenciácie osobnosti (Robinson, 2001).

V porovnaní so všeobecnou populáciou je výskyt HPO približne päťkrát vyšší u biologicky príbuzných prvého stupňa. Príslušní jedinci vykazujú aj zvýšenú rodinnú záťaž pre návykové poruchy, dissociálnu poruchu osobnosti a depresívnu alebo bipolárnu afektívnu poruchu (APA, 2013).

Psychosociálne aspekty v prípade rozvoja HPO poukazujú na zníženie kohézie v rodinách, fyzické, sexuálne zneužívanie a extrémne zanedbávanie, tiež aj rodičovskú psychopatológiu. V detstve možno bežne vysledovať častejšie telesné, emocionálne a sexuálne zneužívanie, zanedbávanie, nepriateľské konflikty a skorú stratu rodiča (Ménard a Pincus 2014, Waxman et al. 2014). Dieťa môže byť týrané, opustené či odmietané alebo naopak zažívať hyperprotektívitu.

Medzi základné výchovné vplyvy patria: chaotické rodinné vzťahy pripomínajúce vzťahy známe z filmových seriálov, rôzne potýčky, aj so zákonom, užívanie drog, aféry jedného alebo oboch rodičov, ďalej traumatické opustenie spojené s extrémnym zážitkom (sexuálny abúzus), odsúdenie k samote za to, že "som zlý" po pokuse vyhnúť sa trestu, útekom a pod. a prednosť závislých vzťahov pred autonómiou.

Klasifikácia

Impulzívny typ (MKCH-10, 1993)

A/ Musia byť splnené všeobecné kritériá pre poruchu osobnosti (F60)

B/ Musia byť splnené najmenej tri z nasledujúcich charakteristík a jedným z nich musí byť kritérium 2:

1. Zreteľná tendencia konať nepredvídateľne a bez zváženia následkov
2. Zreteľná tendencia k neznášanlivému správaniu a ku konfliktom s ostatnými, zvlášť ak je impulzívne správanie niekým prerušené alebo kritizované
3. Sklon k výbuchom hnevu alebo zúrivosti s neschopnosťou kontrolovať následné explozívne správanie
4. Ťažkosti zotrvať v akejkoľvek činnosti, ktorá neponúka okamžitý zisk
5. Nestála a nevypočítateľná nálada

Hraničný typ (MKCH-10, 1993)

A/ Musia byť splnené všeobecné kritériá pre poruchu osobnosti (F60)

B/ Musia byť splnené najmenej tri príznaky z kritérií B pre impulzívnu poruchu spolu s najmenej dvomi z nasledujúcich:

1. Narušená a neistá predstava o sebe samom, vlastných cieľoch a vnútorných preferenciách, vrátane sexuálnych
2. Sklon angažovať sa v intenzívnych a nestálych vzťahoch, ktoré často vedú k emočným krízam
3. Prehnané úsilie vyhnúť sa odmietnutiu
4. Opakovaná hrozba sebapoškodením alebo realizácia sebapoškodenia
5. Chronické pocity prázdnoty

Klinický obraz

Impulzívny typ

Najbežnejším dôvodom kontaktu s psychiatrickými službami je akcelerácia záťaže a konfliktov v životne významných oblastiach. Impulzívne správanie je nefunkčné, následne spôsobuje značný intrapsychický diskomfort prežívaný ako výrazná vnútorná tenzia, depresia, bezvýhodiskovosť, s prejavmi verbálneho i brachiálneho agresívneho správania. Časté sú suicidálne ideácie i pokusy (zvlášť skratkového typu).

V dospelosti je zreteľná anamnéza instability sociálnych a pracovných vzťahov, u adolescentov rodinné problémy, ako aj problémy partnerské a problémy s abusom psychoaktívnych látok (MKCH-10,1993, Dušek a Večeřová-Procházková, 2015.)

Hraničný typ

HPO je s plne vyjadrenými príznakmi pomerne ľahko identifikovateľná. Do kontaktu s odborníkom prichádzajú zvyčajne v stave veľkej tiesne a zmätku.

Často to býva psychosociálna kríza s hroziacim odmietnutím, sprevádzaná búrlivým emočným doprovodom a presuicidálnou alebo suicidálnou aktivitou. Vo svojej bezmocnosti často sami vyžadujú hospitalizáciu. Sú to zvyčajne verbalizujúci pacienti, náchylní k hnevliвым výbuchom.

Typickými je znevažovanie minulých vzťahov, terapeutov, ako aj všetkých predchádzajúcich pomocných snáh. Dominantnou subjektívnou ťažkosťou býva intrapsychické napätie. Diagnosticky zaujímavý je ich vzhlad (nie je pravidlom), často už "vyzerajú dramaticky" aj oblečením, make-upom, piercingmi, tetovaniami, ale aj jazvami po sebapoškodzovaní. Narušený osobnostný terén je v pozadí viacerých iných prednostne diagnostikovaných psychiatrických porúch (napr. poruchy nálady, abúzy psychoaktívnych látok, poruchy príjmu potravy, úzkostné stavy).

V prípade HPO sa stretáme tiež so značnou diagnostickou rôznorodosťou – v priebehu opakovaných návštev sa diagnózy menia, a to aj pri vedení jedným odborníkom. Typickými znakmi sú tiež opakované krízy, ústiace do urgentných kontaktov, či už psychiatra, psychoterapeuta alebo pohotovostných služieb (Höschl a kol., 2004).

Podľa DSM-5 (APA 2013) je základným rysom HPO pervazívny vzorec nestability v medziľudských vzťahoch, sebaobrazu, afektoch a výraznej impulzivite, ktorý začína v ranej dospelosti a prejavuje sa v najrôznejších súvislostiach. Jedinci s HPO vyvíjajú zúrivé úsilie, aby sa vyhlí skutočnému alebo domnelému opusteniu. Ak majú pocit, že im hrozí odlúčenie, odmietnutie alebo strata vonkajšej štruktúry, môže to vyvolať hlboké zmeny v ich sebaobrazu, afektoch, kogníciach a správaníu. Títo jedinci prejavujú veľkú citlivosť na podmienky prostredia. Hlboko prežívajú strach z opustenosti a neprimeraný hnev aj v situáciách, keď musia čeliť odôvodnenému, časovo obmedzenému odlúčeniu, alebo kedy nastanú nutné zmeny v plánoch (náhle zúfalstvo, keď im lekár oznámi, že čas vyhradený na konzultáciu vypršal, panika, prípadne zúrivosť, keď sa niekto pre nich dôležitý len o pár minút oneskorí alebo je nútený zrušiť schôdzku). Ak sú takto "opustení", môžu v tom vidieť, že sú "zlí". Obavy z toho, že budú opustení, súvisia s neschopnosťou byť sám a s potrebou byť obklopený ľuďmi. Ich zúrivá snaha vyhnúť sa opustenosti

môže viesť k impulzívnym činom typu, ako je sebapoškodzujúce alebo samovražedné jednanie. Môže sa objavovať vzorec podkopávania seba samého vo chvíli, keď je cieľ na dosah (dotyčný napr. odíde zo školy tesne pred ukončením štúdia; po diskusii o tom ako dobre u nich terapia postupuje, prejaví ťažkú regresiú; práve vo chvíli, keď sa vzťah ukáže ako perspektívny, daný jednotlivec ho ukončí) (APA, 2013).

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Diagnostika emočne nestabilnej poruchy osobnosti **a/ impulzívny a b/ hraničný typ** sa opiera o psychiatrické a psychodiagnostické vyšetrenie a heteroanamnestické údaje.

Psychiatrické vyšetrenie – anamnéza, zhodnotenie klinického obrazu podľa kritérií MKCH -10 a psychopatologický rozbor.

Počas vyšetrenia popíšeme klinický obraz poruchy, pričom sa opierame o diagnostické kritériá podľa MKCH-10. Na stanovenie diagnózy je potrebný diagnostický rozhovor, ktorý je doplnený údajmi od blízkych osôb a pozorovaním správania v prípade hospitalizácie alebo dochádzky do denného psychiatrického stacionára. Dôležité je zhodnotiť eventúálnu prítomnosť komorbidity (často depresívna porucha, závislosť na návykových látkach, poruchy príjmu potravy, OCD, PTSD, disociatívna porucha či niektorá úzkostná alebo somatoformná porucha), s ktorou pacient prichádza, aby sa mohlo začať liečbou, ktorá spravidla potrebuje akútne riešenie.

Napriek spoľahlivým dôkazom o platnosti diagnózy a liečiteľnosti poruchy (Tyrer et al., 2015) veľa ľudí s HPO v mnohých prípadoch nie je správne diagnostikovaných. Hrozí potom, že terapeutické prístupy, ktoré sú použité, im nepomôžu, alebo ich dokonca poškodia (Chanen, 2015).

Častou príčinou **nesprávnej diagnózy HPO** je spoliehanie sa na "intuíciu", najmä keď sa pacient prezentuje ako interpersonálne drsný, nespokojný alebo nepriateľský, a to najmä v prípade, že je zrejme tiež sebapoškodzovanie (Praško a Grambal, 2016). Takéto diagnózy sú väčšinou nespoľahlivé, pretože neposudzujú všetky kritériá potrebné pre diagnózu HPO a neberú do úvahy iné dôvody na takú prezentáciu, ako sú prechodná dekompenzácia psychického stavu, depresívne alebo iné poruchy.

Heteroanamnestické údaje - od príbuzných a blízkych osôb pacienta sú tiež veľmi dôležité pri diagnostikovaní porúch osobnosti získavame ich aj opakovane pre spresnenie diagnostiky a identifikáciu faktorov v kontexte vývinovej a sociálnej adaptácie.

Psychodiagnostické vyšetrenie – využíva kombináciu klinických a testových metód. V klinických metódach je dôležité zhodnotenie vývinových aspektov. Je výhodou, ak sú tiež k dispozícii objektívne informácie od blízkych osôb. Pri interpretácii testových metód /sebaposudzovacie škály a dotazníky/ treba byť obozretný vzhľadom na možnosť skresleného sebnímania a interferenciu aktuálnej psychopatologickej symptomatológie. Optimálnou metódou pri stanovení poruchy osobnosti sú štruktúrované diagnostické interviews, ktoré umožňujú odlišiť trvalé osobnostné charakteristiky od stavových charakteristík.

V prístupe jednak ku klinickému, tak i psychodiagnostickému posúdeniu prítomnosti špecifickej poruchy osobnosti (najmä vzhľadom k individualizácii posúdenia a plánovaniu terapeutickej stratégie) je vhodné rozširovať kategoriálny rámec uvažovania rozmer dimenzionálny Perspektívne sa javí praxi relevantné hodnotenie A/ stupňa postihu osobnostného fungovania a B/ hodnotenie rysových variantov v rámci širších domén (Raboch a kol., 2015).

Pri impulzívnom type je primárnym rozbor vývinovej anamnézy, zvlášť významným je výskyt porúch adaptability, ADHD, tiež aj špecifických porúch učenia – všetko poukazujúce na neurokognitívnu vulnabilitu vývinu.

V rámci **diferenciálnej diagnostiky pri impulzívnom type** prichádza do úvahy, zvlášť pri jednorazovom hodnotení bez doplňujúcich heteroanamnestických údajov, dissociálna porucha osobnosti.

V **diferenciálnej diagnostike pri type hraničnom** zvažujeme: V rámci diferenciálnej diagnostiky (zvlášť u adolescentných jedincov) je vhodné odlišiť konštrukt HPO od adolescentnej vývojovej krízy identity– odlišujúcou charakteristikou je bezproblémový vývoj. Pacient nespĺňa kritériá pre duševnú poruchu. Adolescenti a mladí dospelí s problémom identity (zvlášť medzi užívateľmi návykových látok) môžu krátkodobo vykazovať také prejavy správania, ktoré vyvolajú chybný dojem, že sa jedná o HPO. Situáciu tohto typu charakterizuje emocionálna nestabilita, "existenciálnu"

dilemy, neistota, voľby vzbudzujúci úzkosť, konflikty v oblasti sexuálnej orientácie a konkurenčné spoločenské tlaky v rozhodovaní o profesijnej dráhe (APA 2013).

V diferenciálnej diagnostike je potrebné zvážiť možnosť depresívnej či bipolárnej afektívnej poruchy (epizóda zmeny nálady býva dlhšie, zvyčajne aspoň 14 dní na rozdiel od HPO) alebo ochorenia zo schizofrénneho okruhu (tzv. mikropsychotické epizódy sú veľmi krátke na rozdiel od porúch schizofrénneho spektra).

Diferenciálna diagnostika - Iné poruchy osobnosti a osobnostné črty:

a/ HPO vs. Histriónska porucha osobnosti- Pri HPO sa tiež môže vyskytovať pozornosť vyhľadávajúce, manipulatívne správanie a prudké zmeny emócií, ale pri histriónskej poruche chýbajú pre HPO typická sebadeštruktívnosť, zlobné výbuchy v blízkych vzťahoch, chronické pocity hlbokkej prázdnoty a poruchy identity.

b/ HPO vs. Paranoidná a narcistická porucha osobnosti zdieľajú zvýšenú hnevливú reaktivitu na minimálne podnety, pri týchto je však stabilný sebaobraz, chýbanie sebadeštruktivity, impulzivita, a nie je taká výrazná téma opustenia.

c/ HPO vs. Dissociálna porucha osobnosti. Zdieľanou črtou je manipulatívne správanie, pri dissociálnej poruche osobnosti je zreteľným cieľom manipulácie profit, moc a iné materiálne uspokojenie, pri HPO je cieľom pozornosť blízkych.

d/ HPO vs. Závislá porucha osobnosti. Zdieľaným je strach z opustenia, pričom u pacientov s HPO sú reakciou pocity emocionálnej prázdnoty, zúrivosť a zvýšenie nárokov. Pacienti so závislou poruchou osobnosti reagujú zvýšením submisivity a naliehavým vyhľadávaním nového zdroja podpory. Odlíšením je takisto schéma nestálych a intenzívnych vzťahov.

e/ HPO vs. Vyhýbavá porucha osobnosti. Má stále vzťahy aj stabilnejšie formácie identity. Chýbajú divoké prejavy porúch správania a afektívna instabilita.

HPO je tiež nevyhnutné odlíšiť od príznakov, ktoré sa môžu rozvinúť v súvislosti s pretrvávajúcim užívaním psychoaktívnych návykových látok.

HPO treba odlíšiť od zmeny osobnosti spôsobenej telesným ochorením, kedy možno vzniknuté znaky pripísať priamym vplyvom takéhoto ochorenia na centrálnu nervovú sústavu. Napospol ide o ochorenia, ktoré postihujú CNS alebo poruchy vzniknuté v spojitosti s chronickým užívaním psychoaktívnych látok. Prejavy môžu byť podobné ako sú pri HPO, príčina je však zjavne iná. Môže sa však jednať aj o komorbiditu oboch.

Komorbidita

Bežnými komorbidnými poruchami sú depresívna alebo bipolárna afektívna porucha, návykové poruchy, poruchy príjmu potravy (najmä mentálna bulímia), posttraumatická stresová porucha a porucha pozornosti /hyperaktívna porucha. HPO sa tiež často vyskytuje spoločne s inými osobnostnými poruchami. Výskyt komorbidity Emočne nestabilnej poruchy osobnosti s úzkostnými poruchami nie je ojedinelý, zistil sa u približne 7% pacientov s generalizovanou úzkosťou, 6,7% pacientov s obsedantne- kompulzívnou poruchou a až v 13% prípadov s akútnou či prechodnou reakciou na stres a poruchou prispôsobenia sa (Breznoščáková a Ivančová, 2015).

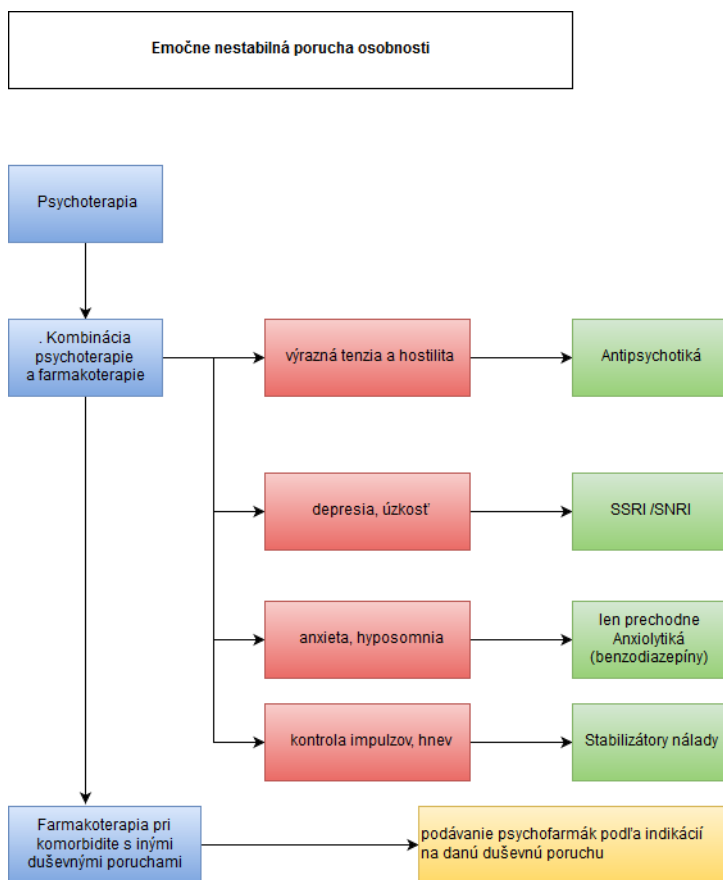
Suicidalita

Vždy, keď sa u pacientov s HPO objaví suicidálne (ale i sebapoškodzujúce) správanie, musí byť analyzované. Reťazec medzi vyvolávajúcimi udalosťami a nasledujúcim kognitívnym, emocionálnym a behaviorálnym spracovaním je potrebné logicky a zrozumiteľne podchytiť. Výčitka voči pacientovi, že sa chová "manipulatívne" nepomáha, práve naopak, spravidla vedie k nárastu symptomatiky, pretože opakuje patogenetickú skúsenosť. Je potrebné brať samovražedné ohrozenia vážne a hovoriť o ňom s pacientom.

Pýtame sa na sebapoškodzovanie, prudké náhle rozhodnutia, suicidálne pokusy v minulosti a samovražedné tenziu aktuálne. Hodnotíme samovražedné nápady, myšlienky, tendencie i rozhodnutie, plány. Dôležité je rozhodnúť, či pre vysoké riziko suicidálneho správania nie je nutná hospitalizácia. Pacient môže mať samovražedné myšlienky s kolísavou intenzitou roky a za sebou rôzne závažné suicidálne pokusy. Terapeutický kontrakt pacienta nezaväzuje, ale môže byť použitý na zhodnotenie pacientovho potenciálu a zdôraznenie jeho zodpovednosti za situáciu.

Psychoterapeut by mal počítať s tým, že sa kríza môže v priebehu liečby objaviť opakovane a tiež by mal pacientovi vyjadriť, čo od neho v prípade krízy očakáva a čo sám bude a nebude robiť (Kernberg et al. 1989; Linehan et al. 1993). Pacienti s HPO často prežívajú samovražedné rozladenie a môžu byť k suicidálnemu pokusu alebo sebapoškodzujúcemu správaniu disponovaní celé mesiace. Monitorovanie ich bezpečia je dôležitá úloha. Suicidálne správanie aj sebapoškodzovania sa zvyšuje v obdobiach, keď sa pacienti dostávajú do väčšieho stresu, ale tiež, keď terapeut toto správanie neberie vážne (Kjelsberg et al. 1991). K zníženiu rizika takéhoto správania patrí detailné mapovanie všetkých rizikových foriem správania od začiatku liečby, starostlivé monitorovanie v jej priebehu, upevňovanie terapeutického vzťahu, dobrá spolupráca, komunikácia s ďalšími ľuďmi, ktorí sú v liečbe angažovaní a vedenie adekvátnej dokumentácie.

Terapeut by si mal všimáť problémy spojené s prenosom a proti prenosom, konzultovať s kolegami a nebáť sa požiadať o supervíziu. Pri hrozbe suicídia alebo agresívneho správania voči iným ľuďom treba zvážiť aj hospitalizáciu bez súhlasu pacienta.



Liečba

Pacienti s emočne nestabilnou poruchou osobnosti vykazujú viaceré charakteristiky ovplyvňujúce plánovanie terapie, ako je: komorbidity, problémové užívanie psychoaktívnych látok, násilné správanie a antisociálne rysy, chronické sebadeštruktívne správanie, detské traumy a PTSD, disociatívne rysy a psychosociálne stresory. Preto je žiaduci komplexný prístup zabezpečujúci kontinuálnosť starostlivosti a monitorovanú stratégiu vedenia konkrétneho pacienta (ako bazálna sa v dlhodobom pláne odporúča intenzívna psychoterapia). Hospitalizácia či zaradenie do denného stacionára je vždy nutné, ak pacient je hrozbou sebe či druhým (APA, 2001).

PSYCHOTERAPIA

Pokrok v psychoterapii je síce značný, ale účinnosť stále zaostáva za optimom, pričom nie všetkým pacientom je možné pomôcť a časť pacientov je rezistentná na psychoterapeutické intervencie. Nezanedbateľným faktom ostáva to, že vo väčšine krajín, vrátane Českej republiky a Slovenska, sú tieto postupy relatívne málo dostupné alebo neefektívne používané. Neúspech liečby má často za následok

stigmatizáciu a nezriedka iatrogénne poškodenie pacientov s ENPO (Praško a Grambal, 2016, Bateman et al., 2015).

Všeobecné pravidlo pri zvažovaní psychoterapeutického plánu u pacientov s poruchou osobnosti je zváženie bezprostredných potrieb pacienta – je dôležité v úvodných fázach plánovaného budúceho psychoterapeutického zabezpečiť motiváciu pacienta k zmene a pochopenie významu psychoterapeutických intervencií. V úvodných fázach je vhodné, ak je plán liečby komplexný a zahŕňa podporu, štruktúru a samozrejme medikáciu špecifických symptómov (fáza psychoedukácie, podpornej terapie a ev. krízovej intervencie).

V prvých fázach psychoterapeutických intervencií u pacientov s ENPO by sa psychoterapeut mal sústrediť na problém, ktorý pacienta privádza, nie na dynamickú štruktúru konfliktov či postojov (schém), ktoré ho plodia. Pracovať na úrovni interpersonálneho náhľadu, s hlbším porozumením (náhľadom) pracovať, až keď je zreteľne vybudovaná terapeutická aliancia. Pre psychoterapeuta je potrebné, aby počítal s porušovaním terapeutického kontraktu a aby bol pripravený na zvládanie protiprenosových aspektov.

V psychoterapeutickej liečbe v prípade ENPO je možné využiť:

- podporné psychoterapeutické metódy
- individuálne psychoterapeutické intervencie (psychoedukácia, krízová intervencia)
- špecifické psychoterapeutické prístupy overené výskumom v zmysle certifikovaných smerov
- čiastkové psychoterapeutické techniky a nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie)
- iné certifikované psychoterapeutické prístupy, rodinnú psychoterapiu, psychoedukáciu rodinných príslušníkov


Návrh konkrétneho liečebného psychoterapeutického postupu závisí aj od individuálneho postoja pacienta k psychoterapii a farmakoterapii a od jeho motivácie a ochoty spolupracovať v psychoterapii.

Podporná psychoterapia: V rámci dlhodobého vedenia je podporná psychoterapia zmesou empatie, povzbudzovania, podpory, trpezlivej klasifikácie, edukácie a permanentného určovania hraníc. Vysvetľujúce techniky (edukácia) sa snažia pacientovi sprostredkovať:

- Pochopenie oscilácií nálad poukázaním na anamnesticky zistené výchovné vplyvy a zážitky z detstva
- Vysvetlenie oscilácie nálad na základe biologického vysvetlenia emocionálnej nestability ako prejavu deficitu sérotonínu - dôsledkom je znížená rozumová kontrola emočných výbuchov.
- Problémové aktuálne vzťahy na základe súvislostí s minulými vzťahmi preskúmaním základných obáv týkajúcich sa blízkosti, strachu z opustenia a strachu z toho, že pacient bude niekým ovládaný (Melges a Swartz 1989).

Vedenie hraničného pacienta predpokladá porozumenie jeho strachom z opustenia (Clarkin et al. 2004). Potrebujú však zároveň jasné ohraničenie toho, čo pre nich terapeut môže urobiť a čo nie. Pacienti s HPO dobre reagujú na uznanie príznakov a skúseností, ktoré prežívajú. Dôležité je, aby im dal lekár najavo, že berie ich príznaky vážne a uznáva, že prežívajú výrazný stres. Cieľom je spolupracovať s pacientmi na zlepšení ich fungovania a redukcii ich psychickej bolesti. Je vhodné posilniť nádej na zlepšenie, zvýšenie kontroly nad príznakmi a problémami vo vzťahoch, odovzdať pocit optimizmu, čo sa týka prognózy a liečby. Tento prístup, ktorý zdôrazňuje starostlivosť, môže dobre chrániť terapeutický vzťah, pričom sa dobre osvedčili aj návrhy „jasných hraníc“ (Praško a Grambal, 2016). Dáta z kohortných štúdií a kazuistik poukazujú na to, že pacientom s HPO môžu pomôcť viaceré druhy psychoterapeutických intervencií, pričom silnú výskumnú podporu má dialekticko-behaviorálna terapia DBT, na mentalizácii založená terapia má miernu podporu, podobne ako schematerapia. Na prenos zameraná terapia má silnú, ale kontroverznú výskumnú podporu (Tabuľka č.1).

Tabuľka č. 1

| Psychosociálny prístup | |
|---|--|
|  ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP EMOČNE NESTABILNÁ PORUCHA OSOBNOSTI | |
| Psychosociálny prístup | Spoločné charakteristiky |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dialekticko-behaviorálna terapia ▪ Mentalizačná terapia ▪ Schematerapia ▪ Terapia zameraná na prenos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prístupy k prototypovým problémom hraničných pacientov sú štruktúrované (manuály) ▪ Pacientom je doporučované, aby sa naučili sebaovládaniu (t. j. porozumeli situácii, adaptívne regulovali správanie v nej a zvažili následky tohto správania) ▪ Terapeuti pomáhajú pacientom prepojiť pocity s udalosťami a aktivitou ▪ Terapeuti sú aktívni, citliví a potvrdzujúci ▪ Terapeuti diskutujú svoje prípady, vrátane osobných reakcií s ďalšími terapeutmi |

Dialekticko-behaviorálna terapia /DBT/ (Linehan et al., 1993): Ľudia trpiaci HPO zažívajú emócie intenzívnejšie ako ostatní ľudia. V snahe regulovať nadmerné emócie, majú tendenciu reagovať extrémne a impulzívne (napr. sebapoškodzovaním, samovražednými pokusmi). Nedostatok porozumenia a prijatia týchto emočných zážitkov narúša rozvoj účinnejších stratégií zvládania stresu. DBT učí klientov zručnosti na zvyšovanie sebareflexie, ako tolerovať lepšie stres, zvýšiť interpersonálnu efektivitu a emočnú reguláciu. Dĺžka terapie: je rôzna, ale zvyčajne trvá 1-1,5 roka a zahŕňa individuálnu terapiu a skupinovú nácvik zručností. Výskumná podpora je silná, boli vykonané desiatky kontrolovaných výskumných štúdií a efektivita bola potvrdená aj v meta-analýzach (Kliem, Kroger, & Kosfelder, 2010, Stoffers et al., 2012).

Terapia založená na mentalizácii (Bateman a Fonagy, 2009): Mentalizácia je proces, ktorým sa snažíme rozumieť iným a sebe, implicitne a explicitne, z hľadiska subjektívnych stavov a duševných procesov. Pacienti s HPO vykazujú zníženú kapacitu k mentalizácii, čo vedie k problémom s emočnou reguláciou a problémom s riadením impulzivity, najmä v kontexte interpersonálnych interakcií. Pacient zvedomňuje svoje prežívanie a jeho kontext a učí sa porozumieť emočným reakciám druhých a ich kontextu. Dĺžka terapie je rôzna, zvyčajne trvá 1-1,5 roka, ale môže trvať aj dlhšie. Môže mať individuálnu aj skupinovú formu. Výskumná podpora je mierna až stredná.

Terapia zameraná na schémy (schematerapia) (Young et al., 2003): Terapia zameraná na schémy (schematerapia) je integrovaný prístup založený na princípoch kognitívno-behaviorálnej terapie, gestaltterapie a ego-psychológie, následne rozšírených o prístupy a koncepcie iných psychoterapií. U jedincov s HPO došlo na základe averzívnych skúseností v detstve k rozvoju hlbokých postojov k sebe a svetu (raných maladaptívnych schém), ktoré sú prepojené s emočnými reakciami, motiváciami a vzorcami správania. Rané maladaptívne schémy potom ovplyvňujú maladaptívne kognitívne, behaviorálne a emočné reakcie na každodenné zážitky. Schematerapeuti pomáhajú pacientom zmeniť svoje zakorenené, sebaopdrývajúce životné vzorce - schémy - pomocou zážitkových, kognitívnych, behaviorálnych a na emócie zameraných stratégií. Liečba sa zameriava na vzťah s terapeutom (limitovanej rodičovstvo), každodenný život mimo terapiu a traumatické detské skúsenosti. Dĺžka terapie môže byť rôzna, v zásade je dlhodobá, trvajúca 1-3 roky. Výskumná podpora je mierna až stredná podľa kritérií Giesen-Bloo a kol. 2006.

Terapia zameraná na prenos - na transferenciu fokusovaná terapia (Clarkin a kol. 1999, 2006, Yeomans a kol. 2002): sa zameriava na psychodynamické odhalenie základných príčin pacientových hraničných stavov a na vytváranie nových, zdravších spôsobov premýšľania a správania. Z pohľadu tejto terapie je vnímanie seba aj druhých pri HPO rozdelené do nereálnych extrémov, všetko je zlé alebo dobré. Na základe týchto konfliktných diád sa potom objavujú špecifické sebazničujúce príznaky. Termín "prenos" odkazuje na skúsenosť pacienta, ktorú zažíva v momentálnom vzťahu s terapeutom. Liečba sa zameriava na prenos, pretože sa predpokladá, že pacienti prejavia svoje nezdravé dichotomné vnímanie nielen v každodennom živote, ale aj v interakciách, ktoré majú s terapeutom. Terapia sa zameriava na komunikáciu medzi pacientom a terapeutom, ktorá umožňuje pacientovi integrovať tieto rôzne reprezentácie seba samého a v priebehu procesu liečby vyvinúť kvalitnejšie metódy sebaovládania. Táto terapia má rôznorodú podporu vo výskume, z niektorých výsledkov štúdií, spravidla organizovaných


psychoanalytickými autormi, vyplýva silná efektívnosť, z práce hodnotiacej z pozície nezávislých hodnotiteľov sú však výsledky mierne (Clarkin et al., 2007; Doering et al., 2010).

Použiteľných psychoterapeutických prístupov je opodstatnené v prípade, že vyššie uvedené prístupy nie sú dostupné alebo je to voľba pacienta, ktorý by mal byť upozornený na to, že existujú prístupy so známou účinnosťou.

PSYCHOFARMAKOTERAPIA


Chýbajú dostatočné dôkazy pre použitie psychofarmák v prvej línii liečby alebo ako jedinej liečby. Psychofarmakologická liečba je však užitočná najmä v prípade dekompenzácie alebo pri komorbidných depresívnych prejavoch, adaptačnej poruche, úzkostnej poruche či v čase krízy (Praško a Grambal, 2016). Niekoľko randomizovaných kontrolovaných štúdií s psychofarmakami preukázalo miernu efektívnosť medikácie, pričom najúčinnšie boli antikonvulzíva, atypické antipsychotika (Tabuľka č.2) a suplementácia omega-3 masnými kyselinami v cieľných oblastiach systémových okruhov (NICE, 2009, Stoffers et al., 2010, Stoffers a Lieb, 2015).

Tabuľka č. 2

| Ktoré lieky zmiernujú aké-to HPO príznaky (Stoffers et al. 2010) | | |
|--|--|--|
|  ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP EMOČNE NESTABILNÁ PORUCHA OSOBNOSTI | | |
| Medikácia | Príznaková oblasť | Účinnosť |
| antipsychotiká | kognitívno percepčné hnev | stredná stredná / veľká |
| antidepresíva | úzkosť hnev | mierna mierna |
| stabilizátory nálady | kontrola impulzou a správania hnev úzkosť depresívna nálada | veľmi veľká veľmi veľká veľká stredná |

Stabilizátory nálady (topiramát, valproát sodný, lamotrigín) preukázali určitý vplyv na kontrolu afektívnej dysregulácie a impulzívnu agresivitu. Antipsychotiká ako aripiprazol, olanzapín a quetiapín preukázali určitý vplyv na redukciiu kognitívno-percepčných príznakov a na afektívnu dysreguláciu. Omega-3 nenasýtené masné kyseliny (Tabuľka č.3) môžu znižovať celkovú závažnosť prejavov HPO (Stoffers et al., 2015).

Tabuľka č. 3

| Farmakoterapia pri HPO : Výsledky Cochrane review (Stoffers et al. 2015) | |
|--|--|
|  ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP EMOČNE NESTABILNÁ PORUCHA OSOBNOSTI | |
| Trieda | Medikácia |
| Kognitívno percepčné príznaky | |
| antipsychotiká | olanzapín, aripiprazol |
| Porucha kontroly impulzivity a správania | |
| stabilizátory nálady | topiramát, lamotrigín |
| antipsychotiká | aripiprazol |
| Afektívna dysregulácia | |
| antidepresíva | amitriptylín (depresívna nálada) |
| stabilizátory nálady | topiramát, lamotrigín (hnev), valproát (depresívna nálada) |
| antipsychotiká | haloperidol (hnev), olanzapín, aripiprazol |
| omega-3 masné kyseliny | rybí olej (depresia) |
| Suicídálne správanie / suicidalita | |
| antipsychotiká | flupenthixol decanoat |
| omega-3 masné kyseliny | rybí olej |
| Interpersonálne problémy | |
| antipsychotiká | aripiprazol |
| stabilizátory nálady | valproát, topiramát |

Vo farmakoterapii ENPO sa využívajú antidepresíva, antipsychotiká a stabilizátory nálady (Kendall 2010, Herpertz 2007).

Pri výskyte prejavov afektívnej dysregulácie:

- Antidepresíva zo skupín SSRI/SNRI - fluoxetín, sertralín, venlafaxín (váha dôkazov na úrovni A), SSRI sú vzhľadom na ich nízku toxicitu liekom voľby pri výskyte parasuicídálnych prejavov
- Tricyklické antidepresíva (váha dôkazov na úrovni D)
- Stabilizátory nálady - lithium carbonicum, valproát, karbamazepín (váha dôkazov na úrovni C)
- Benzodiazepíny - alprazolam, klonazepam (váha dôkazov na úrovni C)
- Antipsychotiká prvej generácie - haloperidol - nízke dávky (váha dôkazov na úrovni A)

Pri výskyte prejavov dysregulácie impulzivity a správania:

- Antidepresíva zo skupiny SSRI - fluoxetín, sertralín (váha dôkazov na úrovni A)
- Stabilizátory nálady - lithium carbonicum (váha dôkazov na úrovni A), valproát, karbamazepín (váha dôkazov na úrovni C)
- Benzodiazepíny - alprazolam, klonazepam (váha dôkazov na úrovni C)
- Antipsychotiká prvej generácie - haloperidol (váha dôkazov na úrovni A)
- Antipsychotiká druhej generácie - klozapín (váha dôkazov na úrovni A)

Pri výskyte kognitívne percepčných prejavov:

- Antidepresíva zo skupiny SSRI (váha dôkazov na úrovni A)
- Antipsychotiká prvej generácie - nízke dávky - haloperidol, flupentixol (váha dôkazov na úrovni A)
- Antipsychotiká druhej generácie - klozapín, olanzapín, risperidón, aripiprazol (váha dôkazov na úrovni C)

Všeobecné zásady farmakologickej liečby porúch osobnosti (Grenyer et al., 2015, Herpertz et al., 2007):

1. Primárnym cieľom psychofarmakoterapie je liečba eventuálnej komorbidnej duševnej poruchy - depresia, anxiety, PTSP, psychóza, insomnia, afektívna porucha, závislosť od alkoholu alebo drog. V takomto prípade sa postupuje podľa príslušného štandardného postupu.
2. Farmakologická liečba symptómov poruchy osobnosti je indikovaná pri zlyhaní respektíve nedostatočnej účinnosti psychoterapeutických intervencií a ako komedikácia popri psychoterapii.
3. Pacient musí byť informovaný, že ide o liečbu mimo indikácií liekov uvedených v SPC.
4. Pri indikovaní liečby je nevyhnutné posúdenie eventuálneho potenciálu lieku vyvolávať závislosť

resp. potenciovať účinok alkoholu a iných návykových látok.

5. Vzhľadom na zvýšené riziko suicidálneho/sebapoškodzujúceho správania pri poruchách osobnosti je potrebné zvážiť pri indikovaní farmakoterapie pomer rizika a benefítu pri predávkovaní či intoxikácii.

Pri existencii takéhoto rizika je nevyhnutné predpisovať jednorazovo minimálne množstvá liekov.

6. Pacienta je potrebné edukovať o vyššie uvedeních rizikách.

7. Stav pacienta musí byť pravidelne kontrolovaný vrátane kompliance a eventuálnych nežiaducich účinkov podľa odporúčení pre skupiny psychofarmák.

8. Účinnosť liečby musí byť pravidelne preverovaná, podávanie psychofarmák bez preukázateľného účinku po troch mesiacoch nie je indikované.

Vzhľadom na riziko predávkovania a suicidálne riziko nie sú v prípade ENPO vhodné tricyklické antidepresíva, hoci pri komorbidite s OCD alebo depresívnou poruchou môžu byť veľmi účinné.

Poruchy nálady, tak v zmysle depresívnej nálady či epizód úzkosti, dobre reagujú na antidepresíva, najmä inhibítory spätného vychytávania sérotonínu. Mikropsychotické epizódy, pseudohalucinácie a derealizáciu možno pozitívne ovplyvniť nízkymi dávkami vysoko potentných antipsychotík či atypickými antipsychotikami (Feurino a Silk, 2012).

Pozitívny účinok liekov možno očakávať aj pri jednotlivých príznakoch. Na problémy s kontrolou impulzov efektívne pôsobia tymoprofylaktiká (lithiumkarbonát, karbamazepín, valproát alebo lamotrigín či gabapeptín). Poruchy nálady, tak v zmysle depresívnej nálady či epizód úzkosti, dobre reagujú na antidepresíva, najmä inhibítory spätného vychytávania sérotonínu. Mikropsychotické epizódy a derealizáciu možno pozitívne ovplyvniť nízkymi dávkami vysoko potentných antipsychotík či atypickými antipsychotikami.

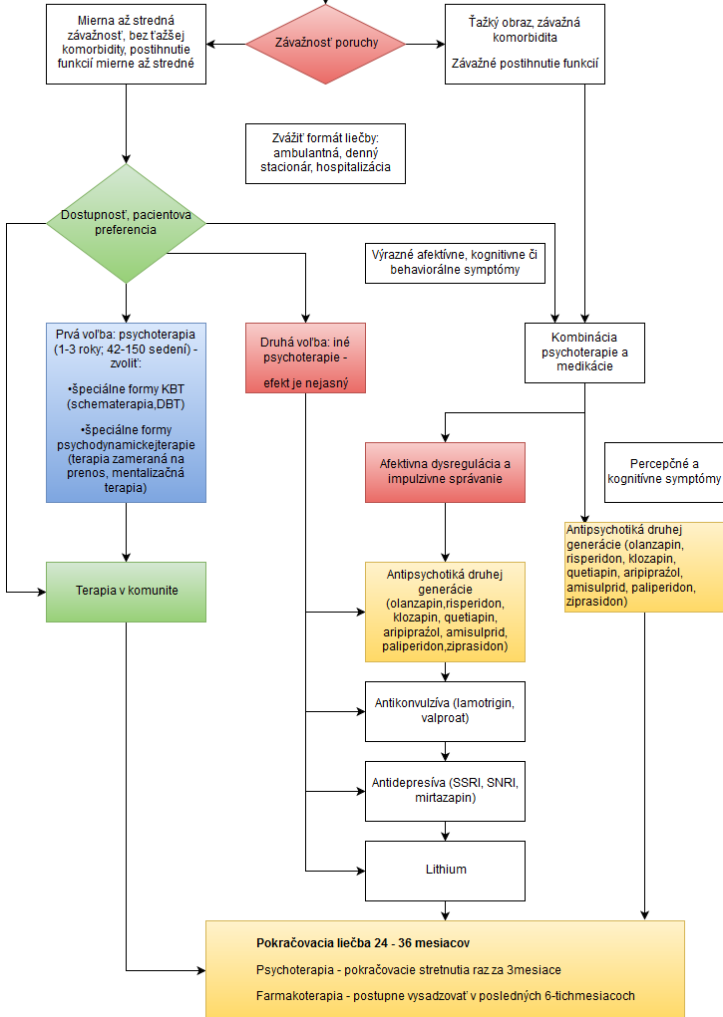
Algoritmus postupu liečby hraničnej poruchy osobnosti

Diagnóza a diferenciálna diagnóza

- Diagnóza a diferenciálna diagnóza hraničnej poruchy osobnosti
- Diagnóza komorbídnych porúch
 - aktuálne psychické poruchy (depresia, úzkostná porucha, porucha prispôsobenia, porucha príjmu potravy, závislosť od návykových látok ap.), závislosti od návykových látok a nealkóholové závislosti
 - somatické ochorenia
 - diagnóza ďalších porúch osobnosti
- Hodnotenie súvisiacich problémov v živote a hendikepov:
 - vzťahy
 - práca/škola
 - voľný čas
- Pomocné vyšetrenia:
 - základné laboratórne vyšetrenia
 - EKG
 - EEG
- Hodnotenie závažnosti poruchy v posudzovacích stupniciach
 - Objektívne: IPDE, HAMD, HAMA
 - Subjektívne: PSSI, BAI, BDI

Základné klinické vedenie a psychoedukácia

- Psychoedukácia
 - informácie o osobnostných črtách
 - informácie o možnostiach liečby, výhody a nevýhody jednotlivých prístupov, nežiaduce účinky
 - zniženie sebastigmatizácie
- Stanovenie cieľov liečby
- Rozhodnutie o prístupe v liečbe
 - ambulantná
 - dochádzková skupina
 - denný stacionár
 - komunita
 - hospitalizácia
- Rozhodnutie o metóde liečby
 - psychoterapia
 - psychofarmaká
 - kombinácia



Prognóza

Prognóza je variabilná, vývoj osobnostného nastavenia v čase v mnohom závisí od bazálnej osobnostnej štruktúry, charakterových vlastností a psychosociálneho zázemia – ak sú tieto priaznivo nastavené, je možná stabilizácia reakčných schém. V prípade negatívnych vývinových charakteristík a životných okolností je skôr tendencia k psychologickému i sociálnemu zhoršeniu a nárastu závažnosti komorbidných komplikácií (afektívne poruchy, abúzy, suicidálnosť). Priebeh je rôznorodý, najčastejšou schémou je chronická nestabilita a v ranej dospelosti, s epizódami vážnych afektívnych a impulzívnych maladaptácií so značným využívaním psychiatrických služieb. Riziko suicídia je vyššie u mladších. Hoci tendencia k výrazným emóciám, impulzivite a intenzívnemu prežívaniu vzťahov býva celoživotnou témou, vo vyššom veku však majú viacerí šancu dosiahnuť lepšiu stabilitu v sociálnom i pracovnom fungovaní (Zanarini et al. 2003). HPO je najčastejšou poruchou osobnosti u trestaných žien. U mužov je, spoločne s paranoidnou poruchou osobnosti, na druhom mieste v poradí po dissociálnej poruche osobnosti (Esbec a Echeburúa 2010). Aj keď u žien s HPO prevažuje autoagresivita nad heteroagresivitou, impulzivita, problémy s identitou, emočné deregulácie a konzumácia drog ich tiež vedú k častému násilnému správaniu. Vo väčšine prípadov ide o reaktívny (reakcia na afekt), nie inštrumentálny (plán získať prospech) typ násilia. Základná motiváciou je teda hnev a vybitie napätia (Coid et al. 2006). Toto násilné správanie býva často zamerané na blízke osoby. A tak ľudia, ktorí boli v minulosti často fyzicky zneužívaní, môžu fyzicky napádať a zneužívať druhých (Dutton 2007). Násilný čin najčastejšie vzniká ako reakcia na stres vzniknutý zo skutočného alebo imaginárneho odmietnutia alebo žiarlivosti, kedy sú všetky viny a problémy prenesené na blízku osobu. Spolu s dissociálnou a vyhýbavou poruchou osobnosti sa ľudia s HPO objavujú častejšie medzi sexuálnymi agresormi (Marshall 2007). Tu dochádza častejšie k sexuálnej agresii voči blízkym osobám, ktorými sa cítia byť opúšťaní. Násilné správanie u ľudí s HPO narastá, ak komorbidne zneužívajú drogy (v 65% násilných prípadov, predovšetkým ide o konope, kokaín, alkohol a psychofarmaká) alebo majú komorbidnú ADHD (v 37% prípadov). Komorbidita medzi týmito tromi klinickými obrazmi môže byť v pozadí až 18% prípadov násilného správania u osôb s HPO. Komorbidita sa môže objaviť aj u pacientov s poruchami nálady (depresiou a bipolárnou afektívnou poruchou). Devastujúca je však najmä komorbidita s dissociálnou poruchou osobnosti, pretože tam je častejšie impulzívne správanie aj zneužívanie drog. Táto komorbidita prevláda (až 77%) u žien vo väzeniach, u 62% mužov prijatých do väzenských nemocníc a 30% mužov sa strednou bezpečnostnou ostrahou (Duggan a Howard 2009).

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízná činnosť, PZS a pod.)

Podľa Prílohy č. 4 - Percentuálna miera poklesu zárobkovej činnosti podľa druhu zdravotného postihnutia orgánov a systémov - k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, je miera poklesu schopnosti zárobkovej činnosti pre stredne ťažké paranoidné poruchy osobnosti s miernym obmedzením výkonnosti organizmu, určená hodnotou 20% - 30% a pre ťažké narušenie osobnosti so závažným obmedzením výkonnosti organizmu až dezintegráciou, 50% - 80%.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár, všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skrining a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný menežment v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidencie based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidencie based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník- sociálno právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta v akútnom stave väčšinou pri komorbidných poruchách a v krízových situáciách.

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívnej liečby.

Ďalšie odporúčania

Emočne nestabilná porucha osobnosti je psychiatrickým ochorením s komplikovaným priebehom, pacienti sú v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti mesiace aj roky, takisto časté sú rehospitalizácie. Pri liečbe je dôležité vytvorenie dobrého terapeutického vzťahu s pacientom a koordinovanie komplexnej starostlivosti.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívneho psychoterapeutického režimu.

Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.

Denné psychiatrické stacionáre - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.

Ambulantní poskytovatelia psychologickkej starostlivosti s materiálno - technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy - psychoterapia, psychoedukácia.

Lekári so špecializáciou všeobecné lekárstvo a všeobecné lekárstvo pre deti a dorast –v rámci celkového manažmentu pacienta, po stabilizácii stavu pacienta.

Pri poruchách osobnosti len vo výnimočných prípadoch (napr. pri suicidálnom konaní) dochádza k naplneniu kritérií pre nutnosť nedobrovoľnej liečby. Všeobecný lekár/ lekár RLP, ak zistí suspektne prejavy duševnej poruchy: posúdi či pacient svojim správaním ohrozuje seba, svoje okolie alebo hrozí vážne riziko zhoršenia jeho zdravotného stavu - ak áno, zabezpečí prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia cestou RZP (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Ak takéto riziko nehrozí, odošle pacienta na ambulantné psychiatrické vyšetrenie.

Pred prevozom pacienta do psychiatrického zariadenia musí všeobecný lekár /lekár záchranej zdravotnej služby/ vylúčiť eventuálne akútne somatické príčiny zmeny psychického stavu (napr. intoxikácia, akútne telesné ochorenie), ak je príčinou stavu somatické ochorenie, postupuje podľa príslušného štandardu.

Definitívne posúdenie rizika ohrozovania seba/okolia/vážneho zhoršenia zdravotného stavu je výlučne v kompetencii psychiatra.

Ak sa na všeobecného lekára, službukonajúceho lekára APS (Ambulantná pohotovostná služba), lekára urgentného príjmu nemocnice alebo ambulantného psychiatra v ich riadnom pracovnom čase obráti zainteresovaná osoba (napr. príbuzní duševne chorého, príslušníci polície a podobne) s informáciami svedčiacimi o tom, že človek pod vplyvom duševnej poruchy svojím správaním ohrozuje seba/svoje okolie alebo hrozí bezprostredné ohrozujúce vážne zhoršenie jeho stavu, zabezpečí tento lekár prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia prostredníctvom záchranej zdravotnej služby (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Pojem zainteresovaná osoba je termín zadaný v novom ZZV.

Alternatívne odporúčania

Alternatívne liečebné postupy t. č. nie sú známe. Vo všeobecnosti u pacientov s poruchou osobnosti je dôležité, aby si osvojili základné zásady zdravého životného štýlu a psychohygieny, vrátane postupov na redukcii stresu.

Bazálnou je vždy koordinovaná psychiatrická a psychoterapeutická starostlivosť, alternatívnym doplnkom môže byť angažovanie pacienta v svojpomocných skupinách alebo aj dobrovoľníckych aktivitách.

Špeciálny doplnok štandardu

Pri liečbe porúch osobnosti sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk), pričom pacienta aj príbuzných dostatočne zrozumiteľne a individuálne poučí ošetrujúci lekár.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audit v prípade vydania 11. Revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb, prípadne zásadnej zmeny v terapeutických odporúčaníach. Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Potreba vytvoriť „Tím krízovej intervencie“ ako súčasť centra integrovanej starostlivosti: zložený zo zdravotníckych pracovníkov rôznych profesií – kompetencie podľa zloženia tímu - poskytovanie krízovej intervencie (najmä zhodnotenie rizika, podporná psychoterapia, ev. farmakoterapia) pre zvládanie akútnych reaktívnych i nie situačne podmienených dekompenzáciách stavu ľudí s poruchami osobnosti s ev. pokračovaním intervencie v iných segmentoch zdravotnej starostlivosti.

Literatúra

American Psychiatric Association (APA) Practice Guidelines (2001) Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry; 158(10 Suppl):1-52

American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association

BATEMAN, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. American journal of Psychiatry, 166, 1355-64

BATEMAN, Anthony W, GUNDERSON, John, MULDER, Roger. Treatment of personality disorder. The Lancet. 2015, roč. 385, č. 9969, s. 735–743. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61394-5. ISSN 01406736

BATEMAN, Anthony W, RYLE A., FONAGY P., KERR IB: Psychotherapy for borderline personality

- disorder: mentalization based therapy and cognitive analytic therapy compared. *Int Rev Psychiatry*, 2007; 19(1): 51-62
- BREZNOŠČÁKOVÁ D. a Ivančová I. (2015) Výskyt porúch osobnosti u pacientov s úzkostnou poruchou. *Psychiatr. prax*; 16(1): 26–30
- CHANEN AM, Jackson HJ, McCutcheon L, Dudgeon P, Jovev M, Yuen HP, et al. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using Cognitive Analytic Therapy: a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*; 193:477–84
- CHANEN AM (2015). Borderline personality disorder in young people: are we there yet? *J Clin Psychol*; 71:778-791
- CLARKIN, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., and Kernberg, O.F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
- CLARKIN, JF, Yeomans, FE, & Kernberg, OF (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: J. Wiley and Sons
- CLARKIN JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF (2004). The Personality Disorder Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized controlled trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patients characteristics. *Journal of personality disorders*; 18:52-72
- COID J, Yang M, Roberts A, Ullrich S, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Farrell M, Lewis G, Singleton N (2006): Violence and psychiatric morbidity in a national household population -a report from the British Household Survey. *Am J Epidemiol*;164:1199-1208
- DOERING, S., Horz, S., Rentrop, M., Fishcer-Kern, M. et al. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196, 389-395
- DUGGAN C, Howard RC (2009): The 'functional link' between personality disorder and violence: A critical appraisal. In M McMurrin, RC Howard (Eds.): *Personality, personality disorder and violence*. Chichester: Wiley; 19–38
- DUŠEK, Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena.: *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9
- DUTTON DG (2007): *The abusive personality. Violence and control in intimate relationships (2nded.)*. New York: Guilford Press
- EL-GABALAWY R, Katz LY, Sareen J. (2010). Comorbidity and associated severity of borderline personality disorder and physical health conditions in a nationally representative sample. *Psychosom Med*; 72: 641-647
- ESBEC E, Echeburúa E. (2010). Violence and personality disorders: clinical and forensic implications. *Actas Esp Psiquiatr*;38(5):249-261
- FEURINO L 3rd, Silk KR (2011). State of the art in the pharmacologic treatment of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. Feb;13(1):69-75
- GERSON J., Stanley B (2002). Suicidal and self-injurious behavior in personality disorder: controversies and treatment directions. *Current psychiatry reports*; 4(1):30-38
- GIESEN-BLOO, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–658
- GRENYER, B. F. S., et al.: *Treatment guidelines for personality disorders*. Wollongong, Australia: University of Wollongong. (2015), p.53, ISBN 978-1-74128-246-7
- HERPERTZ, SC, Zanarini M, Schulz CS, Siever L, Lieb K, Möller H. (2007). WFSBP task Force on Personality Disorders: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, roč. 8, č. 4, s. 212–244. doi: 10.1080/15622970701685224. ISSN 1562-2975
- GUNDERSON JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, Zanarini MC, Yen S, Markowitz JC, Sanislow C, Ansell E, Pinto A, Skodol AE (2011). Ten-year course of borderline

personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry*; 68(8):827-837

HERPERTZ, Sabine C. et al. (2007). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, roč. 8, č. 4, s. 212–244. doi: 10.1080/15622970701685224. ISSN 1562-2975

Hörz S, Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G (2010). Ten-year use of mental health services by patients with borderline personality disorder and with other axis II disorders. *Psychiatr Serv*; 61: 612-616

KENDALL, Tim, BURBECK, Rachel, BATEMAN, Anthony (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: NICE guideline. *British Journal of Psychiatry*, roč. 196, č. 02, s. 158–159. doi: 10.1192/bjp.196.2.158. ISSN 0007-1250, 1472-1465

KERNBERG OF (1993). Between conventionality and aggression: the boundaries of passion. *Psychother Psychosom Med Psychol.*; 43(2):37-45

KJELSBERG E, Eikeseth PH, Dahl AA (1991). Suicide in borderline patients—predictive factors. *Acta psychiatrica Scandinavica*; 84:283–287

KESSLER RC, Chiu WT, Demler O, et al. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*; 62:617–627

KLIEM S, Kröger C, Kosfelder J. (2010) Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *J Consult Clin Psychol*. Dec;78(6):936-951

LINEHAN M.M (1993) *The Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press

MELGES FT, Swartz MS (1989). Oscillations of attachment in borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*; 146: 1115-1120

LUBORSKY, Lester et al. *The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well—Mostly*. *Clinical Psychology: Science and Practice*. roč. 9, č. 1, s. 2–12. doi: 10.1093/clipsy.9.1.2. ISSN 1468-2850

MARSHALL WL (2007): Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: Their incidence and treatment. *Aggression and Violent Behavior*;12:16-35.

MÉNARD KS, Pincus AL (2014). Child maltreatment, personality pathology, and stalking victimization among male and female college students. *Violence*; 29(2):300-316

MKCH – 10. Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. revízia. Obzor, 1993. 171 s. ISBN 80-215-0249-5

MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J. 1999. Kognitívne behaviorálné terapie. Úvod do teórie a praxe. TRITON, 1999, 230-244 s. ISBN 80-7254-038-6

National Collaborating Centre for Mental Health (2009). *Borderline personality disorder: the NICE guideline on treatment and management*. National clinical practice guideline no. 78. London United Kingdom: RCPsych Publications

OUMAYA M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD, Rouillon F (2008). Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. *L'Encéphale*; 34(5):452-458

POMPILI M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nord J Psychiatry*; 59: 319-324

PRAŠKO, J.: *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2015. 360 s. ISBN 978-80-262-0900-3

PRAŠKO J, Grambal A (2016). Farmakoterapie hraniční poruchy osobnosti. *Psychiatrie*; 20(3): 155-164

RABOCH J., Hrdlička M., Mohr P., Pavlovský P., Ptáček R. (2015). *DSM-5 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe-Testcentrum, Praha, ISBN: 978-80-86471-52-5

ROBINSON, David J. *Poruchy osobnosti - podľa DSM-IV - vysvetlené*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2001. 138 s. ISBN 80-88952-06-9

SANSONE R.A., Farukhi S., Wiederman M.W (2011). Disruptive behaviors in the medical setting and borderline personality. *International journal of psychiatry in medicine*; 41(4):355-363

STOFFERS JM, Lieb K. (2015). Pharmacotherapy for borderline personality disorder--current evidence and recent trends. *Curr Psychiatry Rep*; 17:534. 10.1007/s11920-014-0534-0

STOFFERS JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. (2012) Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*; 8:CD005652

STOFFERS J, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 6:CD005653

TORGERSEN S, Kringlen E, Cramer V (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*; 58: 590-596

TRULL TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*; 24(4): 412–426

TYRER P, Reed GM, Crawford MJ (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*; 385:717-726

van den BOSCH LM., SINNAEVE R., HAKAARTt-vanROIJEN L., van FURTH EF.: Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical behavior Therapy (DBT) program: study protocol for randomized controlled trial, *Trials*, 2014, doi:10.1186/1745-6215-152

WAXMAN R, Fenton MC, Skodol AE, Grant BF, Hasin D (2014). Childhood maltreatment and personality disorders in the USA: specificity of effects and the impact of gender. *Personal Ment Health*; 8(1):30-41

YEOMANS, FE, Clarkin JF, & Kernberg, OF (2002). *A Primer of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient*. Northvale, NJ: Jason Aronson

YOUNG JE, Klosko JS, Weishaar ME: *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press, New York 2003

ZANARINI MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *J Pers Disord.* ; 17(3):233-242

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť 15. januára 2020.

**Andrea Kalavská, v. r.
ministerka**