

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

## **Anankastická porucha osobnosti**

<b>Číslo ŠP</b>	<b>Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP</b>	<b>Status</b>	<b>Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR</b>
0055	27. júna 2019	schválené	15. januára 2020

## **Autori štandardného postupu**

### **Autorský kolektív**

MUDr. Ľubica Ferenčáková; PhDr. Milana Kovaničová CSc.; MUDr. Dagmar Breznoščáková Ph.D.; 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. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

### **Recenzenti**

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Míriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, 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.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD.; MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim.prof.

### **Technická a administratívna podpora**

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

**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

osobnosť, poruchy, pravidlá, poriadok, symptómy, liečba

## Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

<b>MKCH-10</b>	medzinárodná klasifikácia chorôb-10
<b>PTSP</b>	posttraumatická stresová porucha
<b>SSRI</b>	selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu
<b>VTI</b>	videotrénings interakcií

## Kompetencie

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

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

**Všeobecný lekár pre dospelých 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 manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychologom.

**Klinický psychológ** - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence 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 evidence 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** – realizácia komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a ošetrovateľských postupov, vedenie sesterskej dokumentácie, vedenie motivačného rozhovoru, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba a poradenstvo, podávanie farmakoterapie.

**Sociálny pracovník** – sociálno-právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií, realizovanie nezdravotníckych výkonov v rámci starostlivosti o pacienta podľa náplne odboru sociálna práca.

**Liečebný pedagóg** – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch a komunitných centrách. Realizuje liečebnopedagogickú diagnostiku, liečebnopedagogické poradenstvo, krízovú intervenciu, sprevádzanie, edukáciu, motivačný rozhovor, podporuje rezilienciu. Vykonáva liečebno-pedagogickú intervenciu individuálnu alebo skupinovú, párovú/manželskú a rodinnú terapiu, intervencie s možnosťou využitia prvkov ergoterapie, arteterapie, dramaterapie, didaktoterapie, muzikoterapie, biblioterapie, hagioterapie, terapie pohybom, nácvik relaxačných techník, mobilizuje potenciály a zdroje zvládania, podporuje vzťahy, repertoár stratégií adaptívneho konania, sociálne zapojenie a integráciu do spoločnosti, zlepšenie kvality života, podporuje pritom aj členov rodiny.

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

## Úvod

Slovom osobnosť sa chápe dynamický súbor relatívne trvalých vlastností, ktoré sa utvárajú v priebehu individuálneho vývoja a ktoré predurčujú schopnosť adaptácie na okolie. Väčšina definícií porúch osobností sa sústreďuje na motiváciu a mentálnu adaptáciu. Poruchy osobnosti predisponujú k rozvoju ďalších porúch, či už psychických alebo aj somatických.

Poruchy osobnosti možno definovať ako pretrvávajúci vzorec alebo profil správania sa, ktorý sa výrazne odlišuje od toho, čo očakáva a vyžaduje príslušná kultúra a spoločnosť. Porucha osobnosti je stabilná a vedie k vnútorným ťažkostiam, nepohode či konfliktom v sociálnom prostredí. Pre poruchy osobnosti sú charakteristické poruchy adaptability, rigidita v myslení a správaní sa, nedostatok pružnosti, odolnosti a prispôsobenia. (Höschl a kol., 2002)

Pre osobnosť je charakteristický temperament, ktorý sa vzťahuje na spôsob emočného prejavu a predpokladá sa, že je daný biologicky.

Charakter vytvárajú predovšetkým osvojené a zvnútornené morálne hodnoty a postoje v psychoanalytickom zmysle zodpovedá konceptu superega. (Höschl a kol., 2002)

Janík a Dušek (1974) definujú charakter ako relatívne trvalú pohotovosť jedinca prejavovať sa určitým spôsobom v spoločenskom prostredí.

Klasifikácia porúch osobnosti sa dynamicky vyvíja, zvažuje sa predovšetkým dimenzionálny prístup s plynulým presahom medzi normalitou a patologickými prejavmi a kategoriálny prístup, kde sú definované oddelené diagnostické entity.

Poruchy osobnosti neboli zaradované na rozdiel od psychóz, porúch nálady, úzkostných porúch a iných porúch medzi tzv. prvoosové diagnózy. Môžu byť považované za extrémne vystupňované

temperamentové a charakterové rysy, u závažných porúch osobnosti však dochádza k výraznému narušeniu sociálnej adaptácie so subjektívnymi dôsledkami pre okolie.

### **Charakteristika anankastickej poruchy osobnosti:**

Anankastická porucha osobnosti je charakterizovaná poriadkumilovnosťou, emočnou rigiditou a tvrdohlavosťou. Jedinci trpia nerozhodnosťou, kontrolovaním či nepružnosťou. Sú príliš svedomití v morálke, etike a hodnotách. Jedinci trpiaci touto poruchou majú radi pravidlá, poriadok, čistotu. Sú zameraní na detaily. Majú radi rutinnú prácu, nemajú radi zmeny. Ich interpersonálne kontakty sú obmedzené, majú málo priateľov (Smolík a kol., 1996).

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**

Prevenia porúch osobnosti, a teda aj anankastickej osobnosti je zložitá, mala by začínať už v detstve formou výchovy, ktorá by nemala byť príliš trestajúca, požadovačná či založená na dodržiavaní prísnych pravidiel. Taktiež výchova, ktorá vyžaduje od dieťaťa „uhladené a pekné“ správanie sa, vedie k túžbe po permanentnom schvaľovaní jeho perfektnosti. V dospelom veku potom títo jedinci veria, že ak sa stanú bezchybní a ďaleko to dotiahnu, budú milovaní a akceptovaní.

### **Epidemiológia**

Prevalencia anankastickej poruchy osobnosti je 1 %, častejšia je u mužov oproti ženám (Robinson et al., 2001) a celkovo tvorí 3-10% ambulantných pacientov (Höschl, Libiger a kol., 2002). Podľa APA (1994, 2000) sa prevalencia v populácii odhaduje na 2,1-7,9 %. Vyššia prevalencia bola udávaná u mužov než u žien. V neskoršej americkej národnej epidemiologickej štúdiu o alkohole a súvisiacich problémoch NESARC, ktorá bola vykonaná na 43 093 respondentoch, vyplýva prevalencia 7,8%, pričom prevalencia mužov a žien bola rovnaká (Grant et al. 2012). V klinickej praxi však býva častejšie diagnostikovaná u mužov (APA 2013). Táto porucha je častejšia u ľudí s vyšším vzdelaním.

V komorbidite sa významne častejšie objavujú poruchy nálady a úzkostné poruchy než v populácii bez poruchy osobnosti.

### **Patofyziológia**

Patofyziológia anankastickej poruchy osobnosti vychádza z biologickej i psychodynamickej teórie. Biologická teória predpokladá genetickú záťaž, perinatálne či perinatálne poškodenie, úrazy hlavy, infekčné alebo iné ochorenia mozgu v detstve.

Psychodynamická teória vychádza z toho, že anankastická porucha osobnosti je spôsobená fixáciou análneho stupňa psychosociálneho vývoja. Osvojenie hygienických návykov si vyžaduje podriadenie sa rodičovským očakávaniam. Keď dieťa na túto úlohu nestačí, tak veľmi nároční rodičia vyvolajú v dieťati pocit, že je zlé a špinavé. Táto fixácia vedie k neustálemu súpereniu s autoritatívnou osobou, ku konfliktu dominancia – submisivita a k emočnému odmietaniu. Rodičovské schvaľovanie „uhladeného a pekného“ správania sa vedie k túžbe po permanentnom schvaľovaní ich perfektnosti. Pacienti sa boja „straty kontroly“ nad situáciami a snažia sa udržať kontrolu nad sebou aj nad ostatnými. Racionálne myslenie, disciplína a usporiadanosť podporujú vlastnú hodnotu, ktorá je neustále znižovaná sebakritikou. (Robinson et al., 2001)

Kognitívno-behaviorálny model predpokladá vytváranie rigidných kognitívne-behaviorálnych schém, upevňovanie automatických reakčných schém viazaných na potrebu dokonalosti.

## **Klasifikácia**

Diagnostické kritéria podľa MKCH-10:

- A. Musia byť splnené obecné kritéria pre poruchu osobnosti / F60/
- B. Musia byť splnené najmenej 4 z nasledujúcich charakteristík :
  1. Pocity prehnanych pochýb a opatrnosti
  2. Prehnané zaoberanie sa detailmi, pravidlami, zoznamami, poriadkom, organizáciou a plánom
  3. Perfekcionizmus, ktorý je na úkor splnenia úlohy
  4. Prehnaná svedomitosť a puntičkárstvo
  5. Prehnané zaoberanie sa produktivitou na úkor splnenia úloh
  6. Prehnané pedantstvo a tendencia k sociálnej konvenčnosti
  7. Rigidita a tvrdohlavosť
  8. Nerozumné vyžadovanie, aby sa iní podriaďovali spôsobu práce jedinca alebo nerozumný odpor k spôsobu práce iných

## **Klinický obraz**

Pri vyšetrení si všimame v prvom rade vzhľad pacienta, ktorý je často upätý, konzervatívny, úhľadne upravený. Pacienti počas vyšetrenia často svoju situáciu popisujú veľmi podrobne, zachádzajú do nepodstatných detailov. Pokus priblížiť sa k fokusu môže viesť až k hostilnej reakcii, pretože pacienti sa cítia tlačení k tomu, aby doplnili všetky informácie.

„Pre anankastickú (podľa americkej klasifikácie obsedantno-kompulzívnu) poruchu osobnosti je typický vzorec chovania a myslenia spojený s perfekcionizmom, potrebou poriadku a kontroly. Jediniec s touto poruchou máva rigidný, prísne zameraný spôsob myslenia. Neustále je koncentrovaný a kontroluje seba, svoje okolie aj svoje emócie. Ako by jeho hlavným mottom bolo: „Spraviť akúkoľvek chybu je nesprávne, a preto ju nesmiem spraviť.“ Ľudia s touto poruchou osobnosti sa snažia udržať si

pocit kontroly tým, že venujú veľkú pozornosť pravidlám, triviálnym detailom, postupom, zoznamom, harmonogramom alebo forme, a to až v takej miere, že im uniká hlavný zmysel ich konania (APA 2013)“;

Typickými prejavmi anankastickej poruchy osobnosti sú poriadkumilovnosť, emočná rigidita, tvrdohlavosť. Jedinci trpiaci touto poruchou sú nerozhodní, prísne dodržiavajú pravidlá, často trvajú na detailoch, niekedy aj nepodstatných (Smolík a kol., 1996). Sú často vážni, bez zmyslu pre humor, z čoho vyplýva, že väčšinou majú málo priateľov.

V emočných prejavoch sú často obmedzení. V živote sú nepružní a neprispôsobiví. Sú príliš svedomití, mnohokrát zhromažďujú veci. Nie sú schopní tolerovať ani najmenší priestupok. Väčšinou im vyhovuje rutinná práca, keďže nemajú radi zmeny. Ich interpersonálne schopnosti sú skôr formálne a obmedzené.

## **Diagnostika (postup určenia diagnózy)**

Diagnostika anankastickej poruchy osobnosti sa opiera o psychiatrické a psychodiagnostické vyšetrenie a heteroanamnestické údaje.

### **Psychiatrické vyšetrenie:**

Základom diagnosticky anankastickej poruchy osobnosti je podrobné psychiatrické vyšetrenie a psychopatologický rozbor. Počas vyšetrenia popíšeme klinický obraz poruchy, pričom sa opierame o diagnostické kritéria podľa MKCH-10 .

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. Jedná sa o sebaopisovacie škály a dotazníky a ďalšie metódy (väčšinou projektívne ), ktoré volí klinický psychológ.

Psychodiagnostické vyšetrenie môže priniesť dôležité poznatky, najmä odlišenie trvalých osobnostných charakteristík od stavových charakteristík a je podkladom pre ciele psychoterapeutické ovplyvnenie (Smolík, 1996).

V prístupe jednak ku klinickému, tak i psychodiagnostickému posúdeniu prítomnosti špecifickej poruchy osobnosti (najmä vzhľadom k individualizácii posúdenia a plánovaniu terapeutickú stratégiu) je vhodné rozširovať kategoriálny rámec uvažovania o rozmer dimenzionálny. Perspektívne sa javí v praxi relevantné hodnotenie podľa DSM-5:

A/ stupňa postihu osobnostného fungovania a

B/ hodnotenie rysových variantov v rámci širších domén (Raboch a kol., 2015).

Až v 7% sa táto porucha osobnosti vyskytuje v komorbidite s obsedantne-kompulzívnou poruchou (Breznoščáková a Ivančová, 2015).

### **Diferenciálna diagnostika:**

Dôležitá je diferenciálna diagnostika. V rámci diferenciálnej diagnózy je nevyhnutné vylúčiť v rámci klinického vyšetrenia iné ochorenia kódované pod inými kategóriami MKCH-10 (Raboch a kol., 2015, Praško a kol., 2015, Robinson et al., 2001):

Schizoidná porucha osobnosti - charakterizuje ju samotárstvo, izolácia, plachosť, sociálne stiahnutie, emočný chlad.

Paranoidná porucha osobnosti - ide o hypersenzitívnych, rigidných a podozrievavých jedincov, ktorí často podliehajú žiarlivosti a závidosti a len veľmi ťažko vyjadrujú svoju náklonnosť, ale aj pochybnosti a neistotu.

Úzkostná porucha osobnosti- je charakterizovaná nadmernou úzkosťou, precitlivosťou, neustálymi obavami, precitlivosťou na kritiku, neistotou, obavami z odmietnutia, plachosťou a nesmelosťou.

Diferenciálna diagnostika oproti obsedantne kompulzívnej poruche – charakterizujú ju obsesie a kompulzie. Obsesie sú vtieravé myšlienky, predstavy, obrazy a impulzy. Kompulzie sú opakované stereotypné úkony, ktoré prinášajú dočasnú úľavu. Podobnosť s uvedenou poruchou vedie k používaniu termínu „obsedantno – kompulzívna porucha osobnosti“ v svetovom odbornom písomníctve a nie anankastickej poruchy osobnosti tak, ako je uvedená v MKCH-10.

Prejavy poruchy majú vzťah aj k iným poruchám, pre ktoré je typická nutkavosť a kontrola – napr. k poruchám príjmu potravy alebo k niektorým prejavom u jedincov s poruchami z autistického spektra.

### **Liečba**

V celkovom manažmente liečby porúch osobností je optimálne v každom individuálnom prípade vychádzať z kombinácie farmakoterapie a psychoterapie (Herpertz et al., 2007, Bateman et al., 2015). Základom liečby je psychoterapia.

Kauzálna farmakoterapia porúch osobnosti neexistuje. Cieľom psychofarmakoterapie je pri tejto skupine ochorení liečba komorbidných duševných porúch, ktoré sa v súbehu s nimi vyskytujú častejšie ako v ostatnej populácii. Pri niektorých poruchách osobností je možné psychofarmakami ovplyvniť niektoré ich symptómy.

Všeobecné zásady farmakologickej liečby porúch osobnosti (Gryeyner, 2015, Herpertz, 2007).

1. Primárnym cieľom psychofarmakoterapie je liečba eventuálnej komorbidnej duševnej poruchy - depresia, anxieta, PTSP, psychóza, insomnie, 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 zväžiť pri indikovaní farmakoterapie pomer rizika a benefitu pri predávkovaní, či intoxikácii. Pri existencii takéhoto rizika je nevyhnutné predpisovať jednorazovo minimálne množstvá liekov.
6. Pacienta je potrebné edukovať o vyššie uvedené rizikách.
7. Stav pacienta musí byť pravidelne kontrolovaný vrátane kompliance a eventuálnych nežiaducich účinkov podľa odporučení pre skupiny psychofarmák.
8. Účinnosť liečby musí byť pravidelne preverovaná, podávanie psychofarmák bez preukázateľného účinku po troch mesiacoch nie je indikované.

### **Psychoterapia:**

V psychoterapeutickej liečbe v prípade porúch osobnosti je možné využiť (Verheul et al., 2007):

- podporné psychoterapeutické metódy, krízovú psychoterapeutickú intervenciu v odôvodnených prípadoch, racionálne náhľadovú podpornú psychoterapiu,
- individuálne psychoterapeutické intervencie (psychoedukácia, krízová intervencia),
- špecifické psychoterapeutické metódy v zmysle certifikovaných smerov,
- čiastkové psychoterapeutické techniky a nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie),
- rodinnú psychoterapiu, psychoedukáciu rodinných príslušníkov.

### **Psychoterapia môže byť formátu:**

- individuálneho,
- skupinového.

Návrh konkrétneho liečebného psychoterapeutického postupu závisí od individuálneho postoja pacienta a od jeho motivácie a ochoty spolupracovať v psychoterapii. Pri voľbe akejkoľvek psychoterapeutickej intervencie je potrebné zohľadňovať špecifiká príslušnej poruchy osobnosti (Bartak et al., 2011). 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 (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Prvým dôležitým krokom je zainteresovať pacienta do terapie. Vzhľadom k charakteru osobnostného nastavenie žije pacient s pocitom, že má kontrolu nad svojím životom. Obvyklým dôvodom vyhľadania



pomoci býva kríza alebo výrazný konflikt vo vzťahu. K ponúkaným opatreniam sú ambivalentní pre psychodynamický konflikt s autoritou (fáza psychoedukácie, podpornej terapie a ev. krízovej intervencie).

Špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným psychoterapeutickým certifikovaným výcvikom. Zo špecifických psychoterapeutických metód sú najčastejšie využívané: psychodynamická psychoterapia a kognitívno-behaviorálna psychoterapia.

V psychodynamickej psychoterapii sa odporúča viesť pacienta k verbalizácii prenosových reakcií (spočiatku reaguje ich popieraním, avšak schopnosť vyjadriť negatívne pocity a frustrácie býva kritickým bodom pre ďalšiu hlbšiu prácu). Kognitívno-behaviorálna terapia sa zameriava na perfekcionistické automatické myšlienky s cieľom facilitovať realistickejší živší životný štýl. Dôležitá je edukácia o poruche osobnosti a porozumenie tomu ako porucha funguje a popísať ako dysfunkčné predpoklady a presvedčenia v detstve vznikali. Následne ich musíme zmapovať ako fungujú v myšlienkach, emóciách a v správaní pacienta. Liečba pokračuje hľadaním modifikácie dysfunkčných presvedčení tak, aby sa stali funkčnejšími (Praško a kol., 2015). Iným variantom je konštruovať behaviorálne experimenty na testovanie kognitívnych distorzií.

Interpersonálna psychoterapia umožňuje pochopiť vzťahové problémy v aktuálnej situácii a ich prepojenie na ich rigidné osobnostné nastavenie. Voľba špecifického psychoterapeutického prístupu je daná povahou individuálneho prípadu (podľa dominantných prvkov etiopatogenézy a aktuálneho psychosociálneho kontextu) a popri univerzálnych účinných faktorov psychoterapie je významné zváženie zvlášť špecifických účinných faktorov toho-ktorého prístupu (Luborsky et al., 1975, 2006).

## **Farmakoterapia**

U niektorých pacientov s anankastickou poruchou osobnosti je vhodné podávanie SSRI a klomipramínu (Höschl a kol., 2002), jedná sa ale o liečbu off-label. Účinné je podávanie antidepresív zo skupiny SSRI (evidencia A) a krátkodobo benzodiazepínov (alprazolam) (evidencia C) (Herpertz, 2007). Spoločnou indikáciou benzodiazepínov podľa SPC sú symptómy, ktoré zahŕňajú úzkosť, napätie, agitovanosť, nespavosť, obavy, podráždenosť a/alebo vegetatívnu hyperaktivitu. Podávanie benzodiazepínov (alprazolam, bromazepam, oxazepam, medazepam) sa nedoporučuje dlhodobo, avšak prechodne či pri komorbidite s inými úzkostnými poruchami, môžu byť indikované. Je dôležité brať do úvahy riziko vzniku závislosti, sedatívny efekt, schopnosť ovplyvňovať riadenie strojov a motorových vozidiel. Alprazolam sa podáva v počiatočných dávkach 0,25 – 0,5 mg denne, dávka sa zvyšuje podľa individuálnej odpovede, v ambulantných podmienkach by mala byť čo najnižšia.

Kontraindikácie benzodiazepínov– akútna otrava alkoholom, myastenia gravis, glaukóm s uzavretým uhlom, respiračná insuficiencia, spánkové apnoe, zlyhávanie pečene a tehotenstvo.

Vedľajšie a nežiaduce účinky benzodiazepínov: únava, ospalosť, hypotenzia, ataxia, závraty, útlm dýchacieho centra, poruchy pozornosti a pamäti, riziko vzniku závislosti (Pečeňák a kol., 2016).

Dávkovacie schémy antidepresív typu SSRI:

Citalopram - počiatočná dávka 10 mg/deň, postupne zvyšovať 10 mg počas 3 dní až týždňa, terapeutická dávka je 20-40 mg/deň. V SPC sa uvádza, že citalopram je kontraindikovaný u pacientov so známym predĺžením QT-intervalu alebo kongenitálnym syndrómom predĺženého QT. Je kontraindikovaný v kombinácii s liekmi, o ktorých je známe, že predlžujú QT-interval.

Paroxetín - počiatočná dávka 10 mg/deň, postupne zvyšovať 10 mg počas 3 dní až týždňa, terapeutická dávka je 20-60 mg/deň.

Fluoxetín - počiatočná dávka 10 mg/deň, postupne zvyšovať 10 mg počas 3 dní až týždňa, terapeutická dávka je 20-60 mg/deň.

Fluoxamín - počiatočná dávka 50 mg/deň, postupne zvyšovať 50 mg počas 3 dní až týždňa, terapeutická dávka je 100-200 mg/deň.

Sertralín - počiatočná dávka 50 mg/deň, postupne zvyšovať 50 mg počas 3 dní až týždňa, terapeutická dávka je 50-200 mg/deň.

Escitalopram - počiatočná dávka 5 mg/deň, postupne zvyšovať 5 mg počas 3 dní až týždňa, terapeutická dávka je 10-20 mg/deň. V SPC sa uvádza, že escitalopram je kontraindikovaný u pacientov so známym predĺžením QT-intervalu alebo kongenitálnym syndrómom predĺženého QT. Je kontraindikovaný v kombinácii s liekmi, o ktorých je známe, že predlžujú QT-interval.

Klomipramín (tetracyklické antidepresívum) - liečba sa začína dávkou 50-75 mg/deň (1 obalená tableta 25 mg 2 - 3-krát denne alebo 1 tableta s predĺženým uvoľňovaním 75 mg 1-krát denne, najlepšie večer). Denná dávka sa zvyšuje postupne, napr. o 25 mg vždy po niekoľkých dňoch (v závislosti od toho ako sa liek znáša) na 100-150 mg v prvom týždni liečby. V ťažkých prípadoch dávku možno zvýšiť najviac na 250 mg denne. Po dosiahnutí výrazného zlepšenia sa denná dávka upraví na udržiavaciu dávku 50-100 mg.

Najčastejšie vedľajšie účinky SSRI :

gastrointestinálne nežiaduce účinky - nauzea, zvracanie, hnačka alebo zápcha, sexuálne dysfunkcie, riziko krvácania najmä do gastrointestinálneho traktu, zriedkavým vedľajším účinkom je hyponatrémia a s ňou spojený syndróm neadekvátnej sekrécie antidiuretického hormónu (SIADH),

- kardiálne vedľajšie účinky - predĺženie QT intervalu a vznik ventrikulárnych arytmií – zo skupiny SSRI sa jedná o citalopram a escitalopram (najmä pri vyšších dávkach),

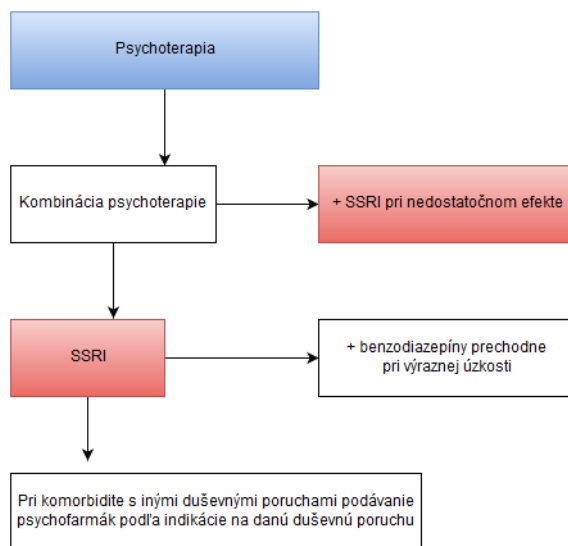
- prírastok na hmotnosti – najväčší potenciál z SSRI má paroxetín,

- pri vysadení SSRI hrozí tzv. syndróm z vysadenia, preto sa doporučuje pomalé vysadzovanie antidepresívnej liečby v trvaní 2-4 týždne alebo podľa individuálnej reaktivity ( Pečeňák a kol., 2016).

Pri komorbidite s inými psychickými poruchami sú indikované psychofarmaká určené na liečbu danej duševnej poruchy.

### **Diagram liečebného postupu**

#### **Anankastická porucha osobnosti**



## **Prognóza**

Porucha má chronický priebeh. Pacienti s anankastickou poruchou osobnosti sú nerozhodní aj v bežných životných situáciách, obtiažne vyjadrujú svoje pocity, trvajú na pravidlách. To im často spôsobuje problémy v pracovnom, sociálnom či partnerskom živote. Intenzita prejavov poruchy môže značne kolísat'. U tejto poruchy je aj vyššie riziko vzniku depresívnej poruchy.

## **Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)**

Poruchy osobnosti s vyššou závažnosťou alebo nepriaznivým priebehom môžu viesť k invalidizácii človeka.

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 v znení neskorších predpisov, 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%. Taktiež komorbidita s ďalšími psychickými poruchami napr. ťažkou formou depresie či obsedantne - kompulzívnej poruchy môže viesť až k invalidizácii pacienta.

## **Zabezpečenie a organizácia starostlivosti**

Poskytovatelia ambulantnej špecializovanej starostlivosti v špecializačnom odbore psychiatria-farmakoterapia, psychoterapia.

Poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore psychiatria - psychiatrické nemocnice, liečebne, kliniky, oddelenia, psychiatrické stacionáre v prípade závažnejších stavov poruchy so zameraním na farmakoterapiu a psychoterapiu.

Poskytovatelia ambulantnej špecializovanej starostlivosti v odbore psychológia – psychodiagnostika a psychoterapia.

Poskytovatelia ambulantnej špecializovanej starostlivosti v odbore liečebná pedagogika - liečebnopedagogická starostlivosť.

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater) a lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pedopsychiatria - 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 pre dospelých 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 v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

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

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence 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 alebo v Ambulancii liečebného pedagóga. Psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch a komunitných centrách. realizuje liečebnopedagogickú diagnostiku, liečebnopedagogické poradenstvo, krízovú intervenciu, sprevádzanie, edukáciu, motivačný rozhovor, podporuje rezilienciu. Vykonáva liečebno-pedagogickú intervenciu individuálnu alebo skupinovú, párovú/manželskú a rodinnú terapiu, intervencie s možnosťou využitia prvkov ergoterapie, arteterapie, dramaterapie, didaktoterapie, muzikoterapie, biblioterapie, hagioterapie, terapie pohybom, , nácvik relaxačných techník, mobilizuje potenciály a zdroje zvládania, podporuje vzťahy, repertoár stratégií adaptívneho konania, sociálne zapojenie a integrácia do spoločnosti, zlepšenie kvality života, podporuje pritom aj členov rodiny.

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**

Anankastická porucha osobnosti je chronickým psychiatrickým ochorením, pacienti sú v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti mesiace aj roky. V liečbe je dôležité vytvorenie dobrého terapeutického vzťahu s pacientom.

## **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. Kreatívne a aktívne dielne.

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

**Lekári so špecializáciou všeobecné lekárstvo** –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 dobrovoľnej liečby. Všeobecný lekár/ lekár RLP, ak zistí suspektné 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 svojim 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 odporúčania sú zamerané na dodržiavanie zdravej životosprávy, či už stravy, telesného cvičenia a dostatku relaxačných aktivít.

## **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](http://www.udzs-sk.sk)), pričom pacienta aj príbuzných dostatočne zrozumiteľne a individuálne poučí ošetrojúci 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**

- [1] BARTAK A. et al.: Effectiveness of outpatient, day hospital, and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders, *Psychother Psychosom*, 2011;80(1):28-38
- [2] 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.
- [3] BREZNOŠČÁKOVÁ, Dagmar, IVANČOVÁ Marianna. Výskyt porúch osobnosti u pacientov s úzkostnou poruchou, 2015, *Psychiatr.prax.*, 16 (1): 26-30, ISSN 1335-9584
- [4] DUŠEK, Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.
- [5] 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
- [6] HERPERTZ S., Zanarini M., Schulz S., Siever L., Lieb K., Moller H-J. and WFSBP. Task Force on Personality Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Personality Disorders, 2007 DOI: 10.1080/15622970701685224

- [7] HOSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan, ŠVESTKA, Jaromír. Psychiatrie. Praha: Tigris, 2002, 895s ISBN 80-900130-1-5.
- [8] Luborsky L., et al: The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well – Mostly, <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.2>, published 2006.
- [9] MKCH – 10. Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. revízia. Obzor, 1993. 171 s. ISBN 80-215-0249-5
- [10] PEČEŇÁK Ján, Kořínková Viera a kol. Psychofarmakológia. Wolters Kluwer, 2016, 672s. ISBN 978-80-8168-542-2
- [11] PRAŠKO, Ján. Poruchy osobnosti. Praha: Portál, 2015. 360 s. ISBN 978-80-262-0900-3
- [12] RABOCH J., Hrdlička M., Mohr P., Pavlovský P., Ptáček R. DSM-5 Diagnostický a štatistický manuál duševných poruch. 2015. Hogrefe-Testcentrum, Praha, ISBN: 978-80-86471-52-5
- [13] ROBINSON, David J. Poruchy osobnosti - podľa DSM-IV - vysvetlené. Trečín: Vydavateľstvo F, 2001. 138 s. ISBN 80-88952-06-9.[14] SMOLÍK P. Duševní a behaviorální poruchy. 1996. Maxdorf Praha. 502. ISBN 80-85800-33-0
- [14] VERHEUL R., Herbrink M.: The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: a systematic review of the evidence and clinical recommendations, Int Rev Psychiatry, 2007;19(1):25-38
- [15] Zákon o sociálnom poistení 461/2003 Z. z  
Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008  
Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

### **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**