

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

Schizoidná porucha osobnosti

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0052	10. decembra 2019	schválené	15. január 2020

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

PhDr. Katarína Kubašovská, MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.; MUDr. Marek Zelman, MUDr. Ľubica Ferencáková

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ, 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; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; 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.; 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, MUDr. Peter Bartoň; PhD; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

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 Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Ing. 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

schizoidná porucha osobnosti, samotárstvo, diagnostika, liečba, komorbidita

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

DSM-5	diagnostický a štatistický manuál duševných porúch
KBT	kognitívno behaviorálna terapia
MKCH-10	medzinárodná klasifikácia chorôb

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 pre dospelých, 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 manažment pacienta 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 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

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 osobnosti 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 schizoidnej poruchy osobnosti: Schizoidná porucha osobnosti patrí medzi špecifické poruchy osobnosti. Základným znakom schizoidnej poruchy osobnosti je pervazívny vzorec vyčleňovania sa zo sociálnych vzťahov a obmedzeného rozsahu vyjadrovania emócií v jednotlivých interpersonálnych situáciách. (Praško a kol., 2015). Sú to často samotári, bez záujmu o spoločenské kontakty. Nie sú schopní rozoznať jemné emócie u seba, ani u druhých. Majú veľký problém vyjadriť vrele emócie. Cítia sa lepšie obklopení vecami ako ľuďmi. Sú viac hlbaví, vytvárajú si svoje systémy, svojráznu logiku a často sú originálni. Môžu sa veľmi dobre uplatniť v technických alebo vedeckých odboroch. Ich pracovný výkon je väčšinou lepší ako ich schopnosť zúčastňovať sa spoločenského života.

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.

Prevenencia

Súčasný pohľad na etiopatogézu porúch osobnosti dáva prednosť multifatoriálnemu modelu, v ktorom sa spoločne kombinujú vplyvy genetické, kultúrne, vplyvy výchovy a individuálny životný vývoj, množstvo stresových životných situácií, ktoré jedinec v určitej životnej perióde prekonal. (Dušek a kol., 2015).

Primárna prevencia môže tak spočívať v osvetovej a prednáškovej činnosti lekárov, pedagógov a psychológov, ktorí budú viesť rodičov a vychovávateľov k takým výchovným postupom, ktoré uľahčia zvereným deťom ich vlastný osobnostný vývoj a čo najlepšie zvládanie vývojových úloh. V tom sú užitočné všetky aktivity, ktoré vedú k zvyšovaniu sebavedomia a interpersonálnych zručností rodičov a opatrovateľov. Vychádzajúc z predpokladu, že deti pacientov so schizofréniou a poruchou s bludmi

sú viac ohrozené vývojom poruchy osobnosti, ďalšou stratégiou pomoci je “manažérska” pomoc týmto rodinám.

Sekundárna prevencia u pacientov s poruchou osobnosti spočíva v dôslednom sledovaní komorbidít, motivovaní pacienta ku spolupráci, udržaní kontaktu s terapeutickými podpornými aktivitami.

Epidemiológia

Epidemiológia schizoidnej poruchy osobnosti nie je presnejšie známa. Odhady sa pohybujú medzi 0,5 - 1% v populácii. Incidencia je vyššia medzi príslušníkmi rodín pacientov so schizofréniou, vyššia je u mužov ako u žien (Praško a kol., 2015).

Patofyziológia

V etiológii schizoidnej poruchy osobnosti je pravdepodobný vplyv dedičnosti. Môže mať zvýšenú prevalenciu u príbuzných, ktorí trpia schizofréniou. Schizoidná porucha osobnosti je podľa niektorých autorov považovaná za miernejšiu formu závažných duševných ochorení a tak, pri akceptovaní dimenzionálneho modelu, platia podobné teórie ako pri schizofrénií (Praško a kol., 2015).

Psychodynamický model vysvetľuje základný deficit schopnosti vytvárať zmysluplné vzťahy u týchto pacientov zásadným narušením vo vzťahu medzi matkou a dieťaťom v ranom detstve. V rodinách schizoidných pacientov možno často zistiť chudobné rodinné vzťahy v zmysle emočného chladu, neprístupnosti až krutosti rodičov. Schizoidné stiahnutie sa slúži ako obrana pred konfliktom medzi prianím mať vzťah s ostatnými a strachom, že by táto potreba mohla druhým ublížiť (Robinson, 2001).

Klasifikácia

Diagnostické kritéria MKCH-10 pre F60.1 – schizoidnú poruchu osobnosti

A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre poruchu osobnosti

B. Musia byť splnené najmenej štyri z nasledujúcich príznakov:

- 1 málo činností, pokiaľ vôbec nejaká prináša potešenie,
- 2 emočný chlad, odstup alebo oploštelá emotivita,
- 3 obmedzená schopnosť vyjadrovať vrele, nežné city alebo zlosť voči iným ľuďom,
- 4 zjavná ľahostajnosť k pochvale alebo kritike,
- 5 malý záujem o sexuálne zážitky s inou osobou (v porovnaní s inými rovnakého veku),
- 6 takmer trvalá obľuba samotárskych činností,
- 7 nadmerná pozornosť venovaná fantázii a introspekcii,
- 8 nedostatok blízkych priateľov alebo dôverných vzťahov (alebo len jeden), a nedostatok túžby po takýchto vzťahoch,
- 9 výrazná necitlivosť k prevládajúcim spoločenským normám a konvenciám.

Klinický obraz

Schizoidná porucha osobnosti sa môže prejavovať už v detstve a v adolescencii a to prejavmi samotárstva, narušenými vzťahmi k rovesníkom a slabým prospechom v škole. V dôsledku uvedených prejavov sa tieto deti alebo adolescenti stávajú odlišnými a bývajú terčom posmechu.

Pacienti so schizoidnou poruchou osobnosti často pôsobia ako jedinci spoločensky izolovaní alebo "samotáři" a takmer vždy si vyberajú osamelé činnosti a koníčky. Často prejavujú ľahostajnosť voči pochvale a kritike a zdá sa, že ich netrápi, čo si o nich ostatní myslia. Ich výraz je obvykle "nijaký", bez viditeľnej emočnej reakcie a málokedy odpovedajú na gestá a výrazy tváre napríklad úsmevom alebo prikývnutím. Často sa prejavujú prostredníctvom redukovanej škály afektov, pôsobia chladne a rezervovane. Býva pre nich zvlášť ťažké dať najavo zlosť, a to aj v situáciách provokácie, čo zvyšuje dojem, že im chýbajú emócie. Na nepriaznivé okolnosti často reagujú pasívne. Keďže pacientom s touto poruchou chýbajú sociálne zručnosti a túžba po sexuálnych zážitkoch, mávajú málo priateľov a často neuzatvárajú manželstvá. Schopnosť vykonávať zamestnanie môže byť zhoršená, najmä tam, kde sa od nich vyžaduje kontakt s ľuďmi.

U pacientov s touto poruchou môže najmä v reakcii na stres prepuknúť veľmi krátka psychotická epizóda (v dĺžke minút až hodín). Niekedy môže dôjsť k rozvoju veľkej depresívnej poruchy. V niektorých prípadoch môže schizoidná porucha osobnosti predchádzať chronickej poruche s bludmi alebo schizofréniou. (Raboch a kol., 2015)

Schizoidná porucha osobnosti sa najčastejšie vyskytuje súbežne so schizotypovou poruchou, paranoidnou a vyhýbavou poruchou osobnosti.

Diagnostika - Postup určenia diagnózy

Diagnostika schizoidnej poruchy osobnosti sa opiera o:

- psychiatrické vyšetrenie – anamnézu, zhodnotenie klinického obrazu podľa kritérií MKCH 10 a psychopatologický rozbor
- 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 /sebaopisovacie škály a dotazníky/ treba byť obozretný vzhľadom na možnosť skresleného sebavnímania a interferenciu aktuálnej psychopatologickej symptomatológie. Optimálnou metódou pri stanovení poruchy osobnosti sú štruktúrované diagnostické interview, ktoré umožňujú odlíšiť trvalé osobnostné charakteristiky od stavových charakteristík, ktoré sú v čase viac variabilné. (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 praxi relevantné hodnotenie A/ stupňa postihu osobnostného fungovania a B/ hodnotenie rysových variantov v rámci širších domén (Raboch a kol., 2015).

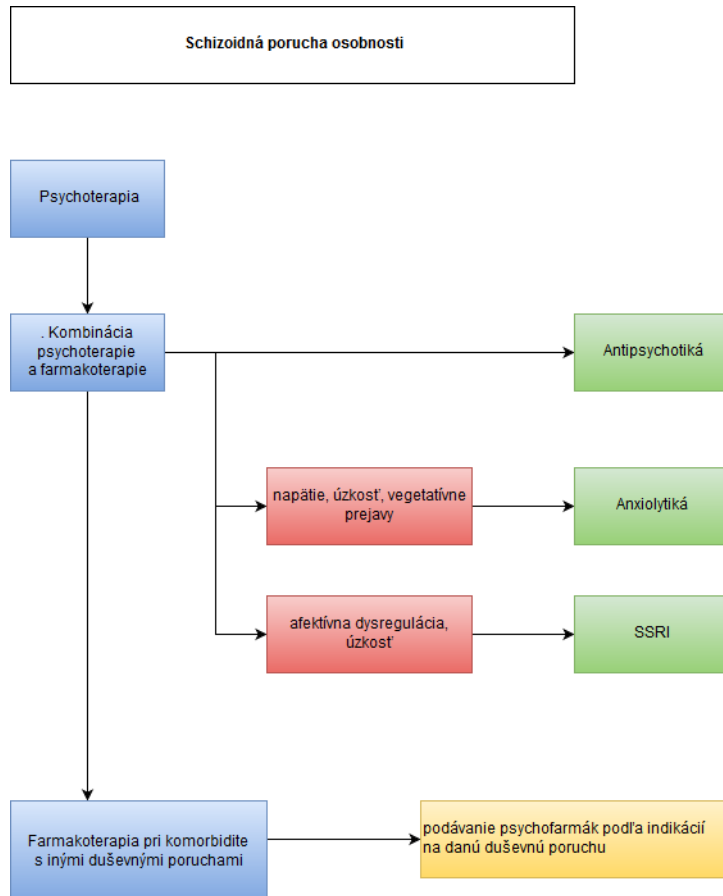
Dôležitá je **diferenciálna diagnostika**. V rámci diferenciálnej diagnózy je nevyhnutné vylúčiť v rámci klinického vyšetrenia iné ochorenia kódované pod inými kategóriami MKCH-10 (Raboch a kol., 2015, Praško a kol., 2015, Robinson et al., 2001):

Iné poruchy osobnosti. Pri paranoidnej poruche osobnosti nechýba kontakt s okolím a vzťah k druhým je sýtený podozrievavosťou. Vyhýbavá porucha osobnosti sa vyhýba sociálnym kontaktom zo strachu zo zosmiešnenia, kritiky alebo podceňovania, ale túžia po spoločnosti. Pri anankastickej poruche osobnosti sociálny odstup plyní z toho, že sa obetujú práci a necítia sa dobre v oblasti emócií, pritom však majú vnútornú kapacitu pre intimitu.

Schizotypová porucha. Ľudia s touto poruchou si prajú byť vo vzťahoch, ale nedarí sa im to. V ich reči a správaní sa vyskytuje viac bizarností a excentrických prejavov.

Iné duševné poruchy so psychotickými príznakmi. Pri iných duševných ochoreniach ako porucha s bludmi, schizofrénia, bipolárna alebo depresívna porucha so psychotickými príznakmi sú prítomné obdobia dlhšie trvajúcich psychotických príznakov ako sú bludy a halucinácie.

Poruchy autistického spektra. Miernejšie formy porúch autistického spektra od schizoidnej poruchy osobnosti možno rozlíšiť podľa viac narušenej sociálnej interakcie, stereotypných prejavov správania a záujmov.



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). 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 et al., 2007).

1. Primárnym cieľom psychofarmakoterapie je liečba eventuálnej komorbidnej duševnej poruchy - depresia, anxieta, PTSP, psychóza, insomniá, 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 vyvolať 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 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 odporúčení pre skupiny psychofarmák.
8. Účinnosť liečby musí byť pravidelne preverovaná, podávanie psychofarmák bez preukázateľného účinku po troch mesiacoch nie je indikované.

V indikácii schizoidnej poruchy osobnosti neexistujú randomizované kontrolované štúdie, teda údaje o účinnosti psychofarmakoterapie nie sú dostupné. V rámci klastra A porúch osobnosti (kam patria aj schizoidná a paranoidná porucha osobnosti) ale existuje niekoľko open label štúdií pri schizoidnej poruche osobnosti preukazujúcich možný efekt antipsychotík prvej a druhej generácie (váha dôkazov C) (Bateman 2015).

Preparáty SSRI a beta-blokátory môžu pomôcť zvládnuť príznaky hyperaktivity vegetatívneho nervového systému (Höschl a kol., 2002). Účinné je podávanie antidepresív zo skupiny SSRI (váha dôkazov A) a krátkodobo benzodiazepínov (alprazolam) (váha dôkazov C) (Herpertz, 2007). Na potlačenie úzkosti, najmä ak je veľmi výrazná, možno použiť benzodiazepínové aj nebenzodiazepínové anxiolytiká. 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) neodporúča sa 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).

- Nebenzodiazepínové anxiolytiká: Na potlačenie úzkosti je indikovaný aj hydroxyzín (v SPC sa uvádza indikácia symptomatickej liečby anxiety u dospelých) v počiatočnej dávke 12,5-12,5-25 mg na deň, maximálna dávka je 100 mg/deň. Hydroxyzín je kontraindikovaný u pacientov so známym získaným alebo vrodenným predĺžením QT intervalu, tiež u pacientov so známym rizikovým faktorom predĺženia QT intervalu, náhlou srdcovou smrťou v rodinnej anamnéze, významnou bradykardiou a pri súčasnom užívaní iných liekov, o ktorých je známe, že predlžujú QT interval.

Buspirón (podľa SPC je indikovaný na liečbu pretrvávajúcej úzkosti) - odporúčaná úvodná dávka je 3 x 5mg denne. Možno ju zvýšiť o 5mg denne každé 2-3 dni. Priemerná denná

dávka je 20 - 30mg. Jednotlivá dávka by nemala prekročiť 30mg. Maximálna denná dávka nesmie prekročiť 60mg.

Beta blokátory – môžu potlačiť príznaky hyperaktivity vegetatívneho nervového systému- predpis patrí do kompetencie praktického lekára alebo internistu (Höschl a kol., 2002).

Psychoterapia:

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

- podporné psychoterapeutické metódy, krízovú psychoterapeutickú intervenciu v odôvodnených prípadoch, racionálne náhľadovú podpornú psychoterapiu
- psychologickú liečbu druhého stupňa - čiastkové psychoterapeutické techniky a nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie)
- špecifické psychoterapeutické metódy v zmysle certifikovaných smerov
- rodinnú psychoterapiu, psychoedukáciu pacienta a 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 a kol., 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 vedenia 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.

Ludia trpiaci schizoidnou poruchou osobnosti len zriedka vyhľadávajú liečbu. Ak vyhľadajú liečbu, tak je to skôr pre komplikácie ako je napr. depresívna nálada. Nemajú pocit, že by im vytvorenie akéhokoľvek vzťahu, a teda ani terapeutického, mohlo niečo priniesť. Majú strach z nadmernej závislosti a sú ambivalentní k liečbe. Budovanie terapeutického vzťahu býva obtiažne. Liečba pokračuje veľmi pomaly, môže dlhé mesiace stagnovať a nemôžeme očakávať veľké výsledky. To môže terapeuta značne frustrovať. Liečbu často ukončia po odstránení komorbidnej akútnej poruchy. Avšak pokiaľ sa podarí vytvoriť dostatočne pevný terapeutický vzťah, býva dlhodobo stabilný.

Podporná psychoterapia

Budovanie terapeutického vzťahu býva obtiažne a postupné. Na začiatku je potrebné vyhýbať sa konfrontácii a interpretáciám. Schizoidný pacient navonok pôsobí sebestačne a deklaruje, že si vystačí a poradí sám. Pri dlhšej terapii často zistíme, že by vo vzťahoch bol rád, ale v dôsledku svojej citlivosti a zraniteľnosti na vzťahy už dávno rezignoval. Liečba spočíva v postupnom povzbudzovaní pacienta k odvahe byť medzi ľuďmi. Terapeut tiež pomáha pacientovi postupne rozširovať jeho ďalšie potreby a túžby. Je však potrebné vystríhať sa projekcii záujmov, ktoré nie sú pacientove. (Dušek a kol., 2015). Odôvodnené sú postupy racionálnej terapie, psychoedukácie, krízovej intervencie.

Dynamická psychoterapia

Schizoidné nastavenie sa vysvetľuje ako zlyhanie procesu zrenia. V terapii by tak malo dôjsť k obnoveniu psychického vývoja. Úlohou terapeuta je umožniť zážitok reparačnej korektívnej skúsenosti, "rozmrziť" pacientovo prežívanie a vzťahy prostredníctvom nového zážitku z terapeutického vzťahu. (Praško a kol., 2015). Integráciou odštiepených častí psychiky umožníme pacientovi dospieť k lepšej psychickej stabilite a psychosociálnej adaptácii. U schizoidných pacientov je tak akcent v psychodynamicknej psychoterapii kladený viac na zážitok z terapeutického vzťahu ako na interpretáciu vnútorných konfliktov (Gabbard, 2005).

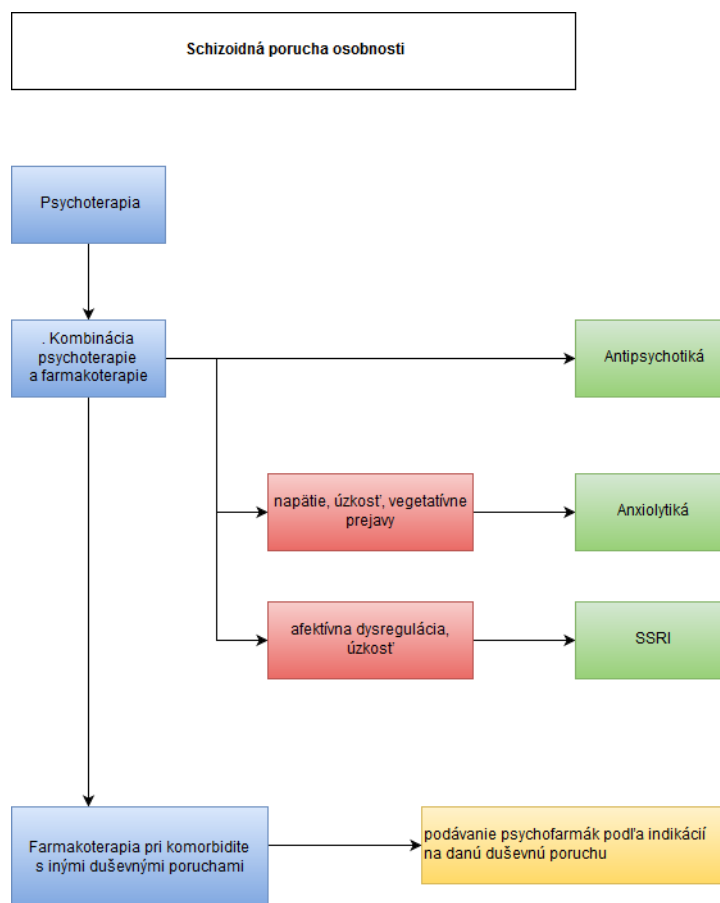
KBT

Ako prvý krok je nutné zaangažovať pacienta do terapie. Za týmto účelom môžeme využiť úzkostnú alebo depresívnu poruchu, ktorá je najčastejším dôvodom vyhľadania terapie. Úľava v tejto symptomatike pomáha k vytvoreniu pozitívneho vzťahu k terapeutovi. Terapia ďalej pokračuje "analýzou vzorcov a jadrových schém" typických pre schizoidných pacientov, akými sú napr. "som neprispôsobivý, ale sebestačný, druhí mi nemajú čo poskytnúť" a pod., ktoré sa vytvorili v detstve. Ako ďalší krok nasleduje zmena vzorcov s cieľom dosiahnutia väčšej miery reciprocitu, zdieľnosti pacienta. Využívame k tomu terapeutický vzťah, na základe ktorého pacient testuje výhody a nevýhody ktoré pre neho z toho vyplývajú. Dôležitou súčasťou KBT schizoidných pacientov je nácvik sociálnych zručností, najmä sociálnej citlivosti, vyjadrovania vreľých emócií a empatie. Ideálnym prostredím pre tento nácvik je po individuálnej terapii skupina (Praško a kol., 2015).

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 a kol., 2006) .

Skupinová terapia

Skupina môže slúžiť ako prostredie na nácvik a získavanie sociálnych zručností a umožní tiež získať zážitok zo vzťahu. Je to často jediné prostredie, kde sa pacient stretáva s ľuďmi. A tak pokiaľ je to možné, je vhodné pacienta zaradiť do skupinovej psychoterapie. Vybudovanie dôvery ako k terapeutovi, tak aj ku skupine je však dlhodobá záležitosť a je výhodou pokiaľ pacient je vedený aj v individuálnej psychoterapii (Praško a kol., 2015).



Prognóza

Schizoidná porucha osobnosti patrí medzi ťažšie liečiteľné poruchy osobnosti. Pacienti len zriedka vyhľadajú pomoc a často po odstránení akútnej komorbidnej poruchy liečbu ukončia (Dušek a kol., 2015).

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

Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti- farmakoterapia, psychoterapia

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - psychiatrické nemocnice, liečebne, kliniky, oddelenia, psychiatrické stacionáre v prípade závažnejších stavov poruchy so zameraním na farmakoterapiu a psychoterapiu.

Ambulantní poskytovatelia psychologickkej starostlivosti – psychodiagnostika a psychoterapia.

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.

Praktický lekár a pediater – pri suspektnnej 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.

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 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.

Ďalšie odporúčania

Pacienti so schizoidnou poruchou osobnosti zriedka vyhľadajú liečbu a ak tak pre komorbidnú psychickú poruchu /depresia, úzkosť/, následne sa dostávajú do starostlivosti psychiatra, psychoterapeuta alebo psychológa. Spolupráca viacerých stabilných odborníkov môže byť výhodnejšia ako vedenie len jedným odborníkom. Môže mať pozitívny vplyv na spoluprácu pacienta, zvyšuje jeho pocit bezpečia a v prípade hrozby alebo reálneho predčasného ukončenia terapie, zvyšuje pravdepodobnosť udržania pacienta v terapii.

Doplňkové 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 – v rámci celkového manažmentu pacienta, v stabilizačnej fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

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 záchrannej zdravotnej služby vylúčiť eventúálne 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 záchrannej zdravotnej služby (v prípade potreby i s asistenciou PZ).

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

- 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
- BATEMAN, A. W., GUNDERSON, J., MULDER, R. *Treatment of personality disorder*. The Lancet. 2015, roč. 385, č. 9969, s. 735–743. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61394-5. ISSN 01406736
- BREZNOŠČÁKOVÁ D., IVANČOVÁ M. *Výskyt porúch osobnosti u pacientov s úzkostnou poruchou.*, 2015, *Psychiatr.prax.* , 16 (1): 26-30, ISSN 1335-9584
- DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševných poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.
- GABBARD G.O. 2005. *Dlhodobá psychodynamická psychoterapia*. Vydavateľstvo F Trenčín, 2005,37-55,105-109 s.ISBN 80-88952-29-8
- 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, Sabine C. et al. *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. 2007, roč. 8, č. 4, s. 212–244. doi: 10.1080/15622970701685224. ISSN 1562-2975
- HOSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2004. ISBN 978-80-900130-7-0
- LUBORSKY L., et al: *The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well – Mostly*, <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.2>, published 2006

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

PEČEŇÁK J., Kořínková V. a kol. *Psychofarmakológia.* Wolters Kluwer, 2016, 672s. ISBN 978-80-8168-542-2

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

RABOCH J., Hrdlička M., Mohr P., Pavlovský P., Ptáček R. *DSM-5 Diagnostický a štatistický manual duševných poruch.* 2015. Hogrefe-Testcentrum, Praha, ISBN: 978-80-86471-52-5

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

SMOLÍK P. *Duševní a behaviorální poruchy.* 1996. Maxdorf Praha. 502. ISBN 80-85800-33-0

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 Psychaitry, 2007;19(1):25-38

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**