

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

Histriónska porucha osobnosti

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0050	20. septembra 2018	schválené	15. januára 2020

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

PhDr. Milana Kovaničová, CSc.; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD; MUDr. Marek Zelman; doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.; MUDr. Ľubica Ferenčáková

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 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, PhD; doc. 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 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

histriónska porucha osobnosti, diagnostika, terapia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

APA	American Psychiatric Association
DSM 5	Diagnostický a štatistický manuál 5
KBT	Kognitívno-behaviorálna terapia
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb-10
PO	Porucha osobnosti
ZZV	Zoznam zdravotníckych výkonov

Kompetencie

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 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.

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 super ega (Höschl a kol.,2002). Charakter sa tiež definuje ako relatívne trvalá 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 histriónskej poruchy osobnosti:

Histriónska porucha osobnosti sa radí medzi špecifické poruchy osobnosti, podľa niektorých klasifikačných systémov patrí do klastra označovaného „B“, kde je jednotiacim znakom dramatický prejav (Raboch a kol., 2015). Podstatnou charakteristikou je excesívny emocionálny prejav a pozornosť-vyhľadávajúce správanie. Často sú nápadní už vzhľadom, so zreteľným dôrazom na oblečenie, úpravu, doplnky, make-up. Ich prejav je živý, s bohatou mimikou, dramatickými gestami, modulovaným hlasovým prejavom, často s flirtujúcim podtónom. Dôležité však je, že ich emocionalita je povrchná, bez reflexie. Odbornú konzultáciu vyhľadávajú zvyčajne po frustrujúcich záťažových situáciách (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

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.

Prevenca

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

Epidemiológia

Údaje v literatúre sa líšia, vo všeobecnosti sa odhaduje výskyt tejto poruchy 2 – 3% (Praško, 2015). Raboch a kol. (2015) uvádza prevalenciu 1,48%.

V klinických podmienkach je táto porucha častejšie diagnostikovaná u žien, z niektorých štúdií však vyplýva podobné zastúpenie oboch pohlaví.

Patofyziológia

V dostupnej literatúre nie je špecifikovaná, v etiologickej rovine sa predpokladajú ako formujúce a potencujúce psychosociálne vplyvy. Tiež sa predpokladajú vplyvy konštitučné, temperamentové (Robinson, 2001).

Klasifikácia

Diagnostické kritériá MKCH-10 (1993) pre Histriónsku poruchu osobnosti (F60.4) sú nasledovné:

Musia byť splnené všeobecné kritériá pre poruchu osobnosti (F60)

Musia byť splnené najmenej štyri z nasledujúcich kritérií:

1. Sebadramatizácia, teatrálnosť, prehnané prejavy emócií
2. Sugestibilita, ovplyvniteľnosť inými ľuďmi alebo okolnosťami
3. Plytká a labilná emotivita
4. Trvalé vyhľadávanie vzrušenia a ocenenia druhými, a činností, pri ktorých je jedinec centrom pozornosti
5. Neprimeraná koketéria vo vzhľade alebo správaní
6. Nadmerná pozornosť venovaná vlastnej fyzickej príťažlivosti

K pridruženým charakteristikám môžu patriť egocentrickosť, zhovievavosť voči sebe, trvalá túžba po ocenení, zraniteľnosť citov a pretrvávajúce manipulatívne správanie za dosiahnutím vlastných potrieb.

Klinický obraz

Jedinec s histriónskou poruchou osobnosti potrebuje a vynucuje si predovšetkým pozornosť. Potrebuje dynamiku a často organizuje situáciu tak, aby sa dynamika točila okolo neho, pretože potom je schopný pohyb svojho okolia ovládať a kontrolovať. Neznáša pokoj, stereotyp, priemer a stabilitu. V správaní, gestikulácii a aj mimickom a verbálnom prejave obvykle preháňa, miluje romantiku, snenie a všetko na povrchu krásne – na vnútorných kvalitách akoby záležalo menej. Pokiaľ ostatní nezapadajú svojím správaním do konceptu jedinca s histriónskou poruchou, môže sa veľmi kruto, efektívne a cielene mstiť, produkuje ohovárania, klebety, nedôveru a postranné koalície. V nárokoch na partnera je veľmi naliehavý až bezohľadný, zvlášť vtedy, ak požaduje pomoc (Höschl a kol. 2004).

Diagnostika I Postup určenia diagnózy

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

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

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 /sebapostudovacie 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 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 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).

Mnoho ľudí v populácii môže vykazovať histriónske osobnostné črty. Len v prípade, ak sú tieto charakteristiky neflexibilné, maladaptívne, perzistentné a spôsobujú značný funkčný postih alebo subjektívny distress môžeme hovoriť o Histriónskej poruche osobnosti. Významný je tiež kultúrny

kontext. Skôr než označíme rôzne črty osobnosti (napr. emocionalitu, flirtovanie, dramatický interpersonálny štýl, vyhľadávanie zmeny, sociabilitu, šarm, impresívnu výrazovosť, tendenciu k somatizácii) za dôkazy prítomnosti histriónskej poruchy osobnosti, je dôležité zhodnotiť do akej miery tieto spôsobujú klinicky významný distres.

Diferenciálna diagnostika:

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

- a) Hraničná porucha osobnosti – môže sa tiež vyskytovať pozornosť vyhľadávajúce, manipulatívne správanie a prudké zmeny emócií, ale pri histriónskej poruche chýbajú pre hraničnú PO typická sebadeštruktívnosť, zlobné výbuchy v blízkych vzťahoch, chronické pocity hlbkej prázdnoty a poruchy identity.
- b) Dissociálna porucha osobnosti - zdieľanou charakteristikou je tendencia k impulzivite, povrchnosti, vyhľadávanie excitácie, neklud, flirtovanie a manipulatívnosť, ale jedinci s histriónskou poruchou osobnosti majú dramatickejšie emócie a nezvyknú sa správať antisociálne. Ľudia s histriónskou poruchou osobnosti manipulujú s cieľom dosiahnuť podporu, zatiaľ čo ľudia s dissociálnou poruchou osobnosti manipulujú za účelom profitu, moci a získania iných materiálnych výhod.
- c) Narcistická porucha osobnosti- takisto prahne po pozornosti druhých, ale zvyčajne chcú pochvalu za ich „výnimočnosť“, v tomto aspekte jedinci s histriónskou poruchou dávajú prednosť byť vnímaní ako krehkí a závislí, ak je to inštrumentálne pri dosahovaní pozornosti. Takisto aj jedinci s Narcistickou poruchou osobnosti môžu preháňať blízky vzťah k druhým, ale zdôrazňujú skôr „VIP“ status alebo bohatstvo svojich priateľov.
- d) Závislá porucha osobnosti – títo jedinci sú takisto nadmerne závislí na pochvale a vedení od druhých, ale toto sa realizuje bez dramatických emócií histriónskych jedincov

Zmeny osobnosti spôsobené inou medicínskou príčinou - tu je potrebné odlíšiť zmenu osobnosti pripísateľnú efektu iných zdravotných zmien na centrálny nervový systém.

Abúzus psychoaktívnych látok - Histriónsku poruchu treba odlíšiť od zmien osobnosti, ktoré sa môžu dostaviť pri trvalom používaní psychoaktívnych látok.

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). V súčasnej dobe neexistuje jednoznačný odporúčaný postup liečby histriónskej poruchy osobnosti ani vo všeobecne uznávaných európskych odporúčaní NICE (Národný inštitút pre zdravie a klinickú excelenciu) či Americkej psychiatickej asociácie (APA).

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, 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/sebapoškodujúceho 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 uvedených 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.

Základom liečby býva psychoterapia, no najmä preparáty SSRI môžu obmedziť precitlivosť k odmietnutiu a beta-blokátory môžu pomôcť zvládnuť príznaky hyperaktivity vegetatívneho nervového systému (Höschl a kol., 2002). Účinné je podávanie antidepresív zo skupiny SSRI (evidencia A) a krátkodobo benzodiazepínov (alprazolam) (evidencia C) (Herpertz et al., 2007).

Pri výskyte prejavov afektívnej dysregulácie môžu byť efektívne antidepresíva zo skupín SSRI/SNRI - fluoxetín, sertralín, venlafaxín (evidencia A). SSRI sú vzhľadom na ich nízku toxicitu liekom voľby pri výskyte parasuicidálnych prejavov, tricyklické antidepresíva (evidencia D), stabilizátory nálady - lithium carbonicum, valproát, karbamazepín (evidencia C), benzodiazepíny - alprazolam, klonazepam (evidencia C), AP1G - haloperidol - nízke dávky (evidencia A) (Herpertz et al., 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) sa nedoporuča 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 vrodeným 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).

V psychoterapeutickej liečbe v prípade porúch osobnosti je možné využiť:

- podporné psychoterapeutické metódy
- 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

Histriónskej poruche osobnosti je venovaná pozornosť už od čias Freuda a jeho psychoanalýzy. V liečbe sa používajú viaceré psychoterapeutické prístupy. V súčasnej chvíli existuje len jedna randomizovaná kontrolovaná štúdia overenie účinnosti jedného z psychoterapeutických smerov. Ide o terapiu zameranú na schémy (Bamelis et al. 2014).

Psychoterapia môže byť formátu individuálnej psychoterapie alebo skupinovej psychoterapie.

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).

Podporná psychoterapia - môže byť metódou voľby u nestabilných pacientov, ktorých nie je možné zaradiť do dlhodobej psychoterapie. Tento typ terapie nevyžaduje u terapeuta špecifický výcvik v psychoterapii. Cieľom terapie je mierniť emočné excesy pacienta. Terapeut sa sústreďuje predovšetkým na čo najvyššiu mieru emočnej podpory. Príliš blízky vzťah nie je žiaduci. Úlohou terapeuta je nereagovať na manipulatívne jednanie pacienta a udržať si stabilitu. Hlavným prostriedkom je láskavosť a pochopenie. Pacienti s histriónskou poruchou osobnosti majú celý rad vytesnených konfliktov, z čoho vyplýva, že priama konfrontácia nemá zmysel. Cestou ako umožniť vhlád je dopytovanie sa na rôzne detaily, prípadne nechať pacienta, nech sa sám pokúsi situáciu znovu vyhodnotiť. Premenlivosť pocitov je pre pacientov s histriónskou poruchou osobnosti typická. Je dôležité sa na neho nehnevať, nepovažovať ho za klamára, ale skôr ho so zmenám nálady i pocitov jemne konfrontovať a pátrať po príčinách zmien.

Skupinová terapia - má oproti individuálnej mnoho výhod. Okrem terapeuta sú v procese zapojené aj iné osoby, ktoré môžu poskytnúť spätnú väzbu, a tým umožniť lepšie pochopenie problémov pacienta. Podobne ako iní pacienti, aj pacienti s histriónskou poruchou osobnosti môžu mať obavu zo skupinovej terapie, ale prijímajú ju zvyčajne lepšie, pretože ostatných členov skupiny považujú za svoje publikum. Problém môže nastať v situácii, keď chce byť viac členov centrom pozornosti. Úlohou terapeuta je potom zvládnuť túto situáciu a ukázať pacientom, že môžu byť ocenení nielen v situáciách, keď sú v centre pozornosti, ale aj v momentoch, keď dávajú priestor ostatným a správajú sa empaticky. Pri individuálnom sedení len s terapeutom sa táto možnosť praktickej spolupráce a úcty k ďalším ľuďom nevyskytuje.

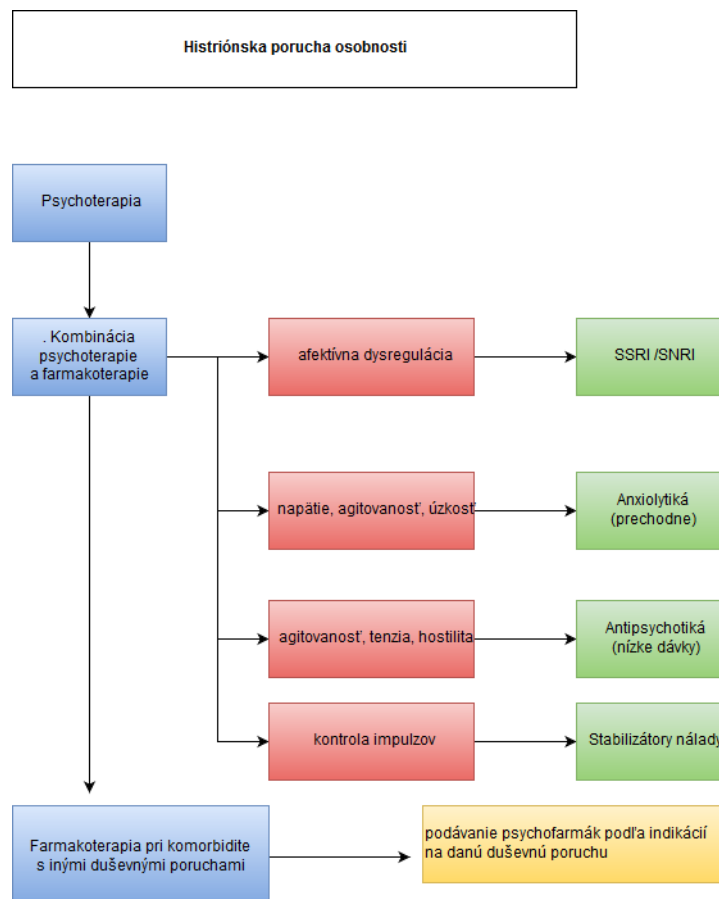
Zo špecifických psychoterapeutických metód sú najčastejšie využívané: psychodynamická psychoterapia a kognitívno-behaviorálna psychoterapia.

Psychodynamická psychoterapia - je vhodným prístupom v terapii histriónskej poruchy osobnosti. Pri používaní princípov dynamickej terapie sa terapeut snaží, aby pacient pochopil a bol schopný popísať svoju vnútornú skúsenosť, svoj vnútorný svet. Terapeut interpretuje pacientove obranné mechanizmy, ktoré sa snažia vyhnúť nepríjemným pocitom a myšlienkam v tomto prípade vytesneniu, sexualizácii, regresii a disociácii. Pacienti sa často bránia hlbšiemu prežívaniu, pretože sa boja zranenia. V priebehu terapie sa učia tomu prežívaniu porozumieť a nebáť sa ho. S tým, ako pacienti lepšie identifikujú svoje pocity, sú schopní i viac pochopiť svoje priania a menej sa stavajú do role obetí. Začnú si viac všimáť detaily v interpersonálnych vzťahoch a potreby iných ľudí, čo im umožňuje lepšie fungovanie. Táto terapia môže mať formát individuálny i skupinový, každý z nich má svoje benefity. V individuálnej

terapii je možné cielenejšie formulovať terapeutický kontrakt a modulovať terapeutickú alianciu, skupinová práca viac koncentruje pacienta na vzťahové témy. Jednotiacim motívom intervencií v prípade pacienta s histriónskou poruchou osobnosti je stimulovať reflexívne uvažovanie (Robinson, 2001).

Kognitívno-behaviorálna terapia (KBT) - môže ponúknuť pacientovi s histriónskou poruchou osobnosti to, v čom často robí chyby - racionalitu a logiku. Z hľadiska KBT má porucha súvislosť s nedostatočným sebavedomím. Kvôli nemu sa pacienti pokúšajú byť stredobodom pozornosti, vyhýbajú sa životu vo vonkajšom "zlom" svete, často majú sklon k závislosti na druhej osobe. I drobná kritika alebo nezáujem ich hlboko zasahuje a mení ich správanie. Hlavné všeobecné ciele KBT v liečbe (Praško, 2015) sú:

- postupne podporovať sebavedomie tak, aby bolo postavené na vlastnom ocenení a výkone, nie pozornosti druhých;
- modifikovať spôsob spracovania informácií (viac myslieť a menej sa oddávať momentálnym): pomôcť pacientovi zmeniť spôsob myslenia aby bolo systematickejšie a viac zamerané na problém;
- pomôcť úplne prežívať bolestivé emócie tak, aby sa im pacient nemusel vyhýbať alebo ich disociovať;
- zlepšiť vzájomnú komunikáciu vo vzťahoch (výcvik empatie, kompromisov), zvládať svoje prejavy správania (zvládanie stresu, nudy, atď.).



Prognóza

Odborné vedenie je dlhodobé. Histriónsky prejav osobnosti je trvalou osobnostnou charakteristikou, je pozorovaná tendencia zmiernovania dramatickosti vekom.

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, je miera poklesu schopnosti zárobkovej činnosti pre stredne ťažké 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 obsedantno-kompulzívnej poruchy môže viesť až k invalidizácii pacienta.

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 manažment 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.

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

Histriónska 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.

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 psychologickej 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 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 záchrannej 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 záchrannej 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 alebo 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), 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] BAMELIS, LLM, EVERS MAA, SPINHOVEN P, ARNZE A. 2014. Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial of the Clinical Effectiveness of Schema Therapy for Personality Disorders. In: *Am J Psych*, 171: 305-322. ISSN 0002-953X
- [2] BARTAK A. et al.: Effectiveness of outpatient, day hospital, and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders, In: *Psychother Psychosom*, 2011;80(1):28-38
- [3] BATEMAN, AW, GUNDERSON, J., MULDER, R.: Treatment of personality disorder. In: *The Lancet*. 2015, roč. 385, č. 9969, s. 735–743. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61394-5. ISSN 01406736.
- [4] DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A.: *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9, p.278-313
- [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, SC, Zanarini M, Schulz CS, Siever L, Lieb K, Möller HJ; WFSBP task Force on Personality Disorders: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. In: *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
- [7] HOSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J.: *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002, 895s ISBN 80-900130-1-5
- [8] MKCH – 10.: *Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov*. 10. revízia. Obzor, 1993. 171 s. ISBN 80-215-0249-5
- [9] MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J.: *Kognitívne behaviorálna terapia*. Úvod do teórie a praxe. TRITON, 1999, 230-244 s. ISBN 80-7254-038-6
- [10] PEČEŇÁK J., KOŘÍNKOVÁ V. a kol.: *Psychofarmakológia*. Wolters Kluwer, 2016, 672s. ISBN 978-80-8168-542-2
- [11] PRAŠKO, J.: *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 statistický manuál duševních poruch*. 2015. Hogrefe-Testcentrum, Praha, ISBN: 978-80-86471-52-5
- [13] ROBINSON, DJ.: *Poruchy osobnosti - podľa DSM-IV - vysvetlené*. Trenčín: 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

[15] VERHEUL R., Herbrink M.: The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: a systematic review of the evidence and clinical recommendations, In: Int Rev Psychiatry, 2007;19(1):25-38

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**