

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

Úzkostná vyhýbavá porucha osobnosti

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0053	10. decembra 2019	schválené	15. januára 2020

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

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

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ, 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 Vočyan; 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

osobnosť, precitlivosť, úzkosť, vyhýbanie sa, diagnostika, liečba

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

MKCH-10	medzinárodná klasifikácia chorôb
PTSP	posttraumatická stresová porucha
SSRI	selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu

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 – 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 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 vyhýbavej poruchy osobnosti:

Vyhýbavá porucha osobnosti je charakterizovaná nadmernou úzkosťou, precitlivosťou, neustálymi obavami. Typická je precitlivosť na kritiku, neistota, obavy z odmietnutia. Poruchu charakterizuje aj plachosť a nesmelosť. Jedinici s vyhýbavou poruchou osobnosti neradi nadväzujú kontakty, sú interpersonálne zraniteľní a typické je pre nich vyhýbavé správanie sa z obavy pred možnými rizikami, a to aj v bežných životných situáciách (Praško a kol., 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

Prevenca porúch osobnosti, a teda aj vyhýbavej osobnosti je zložitá, mala by začínať už v detstve formou výchovy, ktorá by nemala byť príliš úzkostná, trestajúca a prísna. Dôležité je posilňovať sebavedomie a seba prijatie už v detskom veku. Dôležité je posilňovanie životných postojov, ktoré vedú k schopnosti zvládať záťažové situácie.

Epidemiológia

Prevalencia vyhýbavej poruchy osobnosti sa vo všeobecnej populácii uvádza v rozmedzí 0,5-% a viac ako 10% u ambulantných psychiatrických pacientov (Höschl a kol., 2002).

Patofyziológia

V patofyziológii vyhýbavej poruchy osobnosti sa predpokladajú biologické vplyvy, ale aj vplyvy výchovy. Z biologických teórií sa uvažuje o predispozícii niektorých ľudí k zreteľnému sociálnemu vyhýbaniu, keď čelia neznámej situácii. Introverzia je považovaná za hereditárny faktor. Úzkostlivosť má niektoré spoločné črty s generalizovanou úzkostnou poruchou, napr. silnú vzrušivosť vegetatívneho nervového systému a odlišnú aktivitu amygdaly pri vystavení ohrozujúcim podnetom (Denny et al., 2014).

Psychosociálna teória vychádza z toho, že kým hanblivosť má genetický alebo konštitučný pôvod, tak psychosociálne faktory rozhodnú do akej miery bude vyjadrená. Veľký význam v rozvoji vyhýbavej poruchy osobnosti má výchova v rodine. Deti, ktoré boli často kritizované, podceňované a odmietané rodičmi, majú často nízke sebavedomie a zníženú sebaúctu. Vyhýbavé rysy sa môžu rozvinúť aj ako reakcia na hendikepy, napr. poškodenie zmyslových orgánov alebo telesné postihnutie. Uvedomenie si vlastných limitov môže niekedy viesť k vyhýbavému správaniu sa (Robinson, 2001).

Klasifikácia

Diagnostické kritériá podľa MKCH-10:

- A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre poruchu osobnosti /F60/
- B. Musia byť splnené najmenej 4 z nasledujúcich charakteristík :
 1. Trvalé a prenikavé pocity napätia a obáv
 2. Presvedčenie o vlastnej sociálnej nešikovnosti, nedostatku osobnej príťažlivosti alebo vlastnej neschopnosti v porovnaní s inými ľuďmi
 3. Nadmerné zaoberanie sa tým, že bude kritizovaný alebo odmietnutý v sociálnych situáciách
 4. Nechuť stykať sa s ľuďmi, pokiaľ nie je isté, že bude obľúbený
 5. Obmedzenie v životnom štýle kvôli potrebe fyzickej istoty

6. Vyhýbanie sa sociálnym a pracovným činnostiam, pre ktoré sú významné medziľudské kontakty, zo strachu z osobnej kritiky, nesúhlasu či odmietnutia

Klinický obraz

Už pri prvom kontakte s pacientom môže byť nápadné úzkostné správanie sa, ustráchanosť, napätie. Typickými prejavmi vyhýbavej poruchy osobnosti sú pocity úzkosti, hanblivosti, strach z odmietnutia či hypersenzitivita voči kritike. Jedinci trpiaci touto poruchou často nadsadzujú reálne riziko, vyhýbajú sa niektorým činnostiam zo strachu z potenciálneho nebezpečenstva (Weinbrecht et al., 2016). Niektorí pacienti sú v rozhovore extrémne senzitívni a úzkostní, ale ak sa podarí vytvoriť atmosféru akceptácie a empatie, môžu byť v rozhovore otvorenejší.

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).

Diferenciálna diagnostika:

Dôležitá je diferenciálna diagnostika, kde 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). Úzkosť sa objavuje aj u iných úzkostných porúch ako je:

Panická porucha - typické sú záchvaty paniky – čiže epizodická úzkosť

Agorafóbia – typické je vyhýbanie sa uzavretým či otvoreným priestorom a miestam, kde niet "okamžitého úniku".

Generalizovaná úzkostná porucha - je charakterizovaná trvale plynúcou úzkosťou, každodennými obavami a rôznymi telesnými ťažkosťami – bolesti hlavy, žalúdka, chrbtice, búšením srdca a pod.

Diferenciálna diagnostika vyhýbavej poruchy osobnosti a generalizovanej úzkostnej poruchy môže byť niekedy zložitá vzhľadom na to, že príznaky oboch porúch sa často prekrývajú.

Sociálna fóbia - strach sa viaže na sociálne situácie ako je vystupovanie na verejnosti (Eikenaes et al., 2015).

Diferenciálne diagnosticky treba uvažovať aj o iných poruchách osobnosti ako je:

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

Závislá porucha osobnosti - charakterizuje ju podriadené chovanie, obavy z odlúčenia a interpersonálna závislosť.

Sociálna fóbia - strach sa viaže na sociálne situácie ako je vystupovanie na verejnosti.

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 a tréning asertivity. 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/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 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
- 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 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.

Podporná terapia

V podpornej psychoterapii pacientov s vyhýbavou poruchou osobnosti má zdravotnícky pracovník predstavovať stabilnú a podporujúcu osobu. Najdôležitejším zameraním je podpora pacientovej sebaúcty a sebadôvery. Pacienta postupne povzbudzujeme k odvahe byť medzi ľuďmi, nácviku sociálnych zručností a asertivity. Využívame pritom aj prístupy, ktoré sa uplatňujú v liečbe sociálnej fóbie. Môžeme poskytnúť jemné interpretácie vyhýbavého správania ako obranného mechanizmu. Treba pritom brať do úvahy pacientovu nadmernú citlivosť na kritiku a odmietnutie (Dušek a Večeřová-

Procházková, 2015). V kontraste k predstavám pacienta, že je pre terapeuta obťažujúci, je dôležité otvorene prejavovať sympatie, starostlivosť a dodržiavanie dohodnutých termínov. Odôvodnené sú postupy racionálnej terapie, psychoedukácie, krízovej intervencie, špecifických symptómov (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

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.

Pacienti s vyhýbavou poruchou osobnosti môžu profitovať z dlhodobej psychodynamicky orientovanej psychoterapie. Jadrovou psychodynamickou koncepciou pacientov s vyhýbavou poruchou osobnosti je prežívanie hanby, ktoré zahŕňa pocit neschopnosti žiť podľa vnútorných štandardov alebo egoideálu. To vedie k pocitu, že sa cítia ako „zlé“ bytosti. Generalizujú svoje zážitky spojené s kritikou a odmietaním rodičmi, a tak predpokladajú, že ostatní ľudia, vrátane terapeuta, budú reagovať podobne. Po istom čase, keď pacient rozpozná, že jeho obavy z toho že ho terapeut bude kritizovať alebo ponížovať sú nerealistické, dochádza k redukcii prenosových úzkostí. Pacient si pri opakovaných návštevách privykne na úzkosť a získa alternatívny pohľad, ktorý naznačuje bezpečie. Pre pacientov s vyhýbavou poruchou osobnosti na začiatku je vhodný skôr podporný prístup so získaním náhľadu na množstvo „únikov“, ktoré si v živote vytvorili s podporou expozície v situáciách, ktorým sa vyhýbajú. Použitie expresívneho prístupu je možné, až keď si pacient uvedomí spojenie medzi zážitkami z minulosti a ich dopadom na bežné fungovanie. Dôležité je spracovať ideálne predstavy o sebe samom a vysokých nárokoch na seba a druhých, túžby po dokonalosti (Gabbard, 2005).

Kognitívno-behaviorálna terapia (KBT) je u človeka s vyhýbavou poruchou osobnosti vysoko efektívna. Najväčším problémom je motivovať pacienta k liečbe a vytvorenie pracovného terapeutického vzťahu. Liečba vyhýbavej poruchy osobnosti v KBT je podobná liečbe sociálnej fóbie. Základným problémom pri vytvorení terapeutického vzťahu s pacientom s vyhýbavou poruchou osobnosti je jeho tendencia testovať terapeuta a tendencia predčasne ukončiť liečbu. Za testovaním je ukryté presvedčenie o druhých, že sú kritickí, odmietajúci a pod. a že nakoniec pacienta odmietnu. Jadrovou schémou pacientov je pohľad na seba ako na sociálne neschopného, neprimeraného, hodného opovrhnutia. Odvodené presvedčenia, ktorými riadia svoje správanie sú typu: „Nenadväzuj blízke vzťahy. Keď sa budem pretvarovať, budem perfektný, možno ma prijmu a pod. Z jadrových schém a presvedčení potom vyplývajú ďalšie dôsledky, ktoré charakterizujú vyhýbavú poruchu osobnosti v oblasti afektívnej, kognitívnej a behaviorálnej. Po analýze schém, štýlov a spúšťačov stresorov pristupujeme k zmene vzorcov s cieľom zvýšiť schopnosť znášať kritiku a naučiť sa druhým viac dôverovať. Využívame k tomu niektoré behaviorálne techniky používané v liečbe úzkostných porúch ako napr. nácvik sociálnych zručností, asertívnej komunikácie, expozícia voči obávaným podnetom. K zmene kognitívnych schém využívame techniky kognitívnej rekonštrukcie, ktoré za pomoci behaviorálnych techník pacient implementuje do reálneho života.

Voľba špecifického psychoterapeutického prístupu je daná povahou individuálneho prípadu (podľa dominantných prvkov etiopatogenézy a aktuálneho psychosociálneho kontextu) a popri univerzálnych účinných faktoroch psychoterapie je významné zváženie zvlášť špecifických účinných faktorov tohto prístupu (Luborsky et al., 2006).

Skupinová psychoterapia - práca v skupine môže výrazne pomôcť pacientom s vyhýbavou poruchou osobnosti. Prijímajúca atmosféra, rozmanitosť spätných väzieb a možnosť prirodzene rozvíjať sociálne zručnosti môže pomôcť pacientom v prekonaní sociálnej úzkosti. Bežná adaptácia pacientov s vyhýbavou poruchou osobnosti na skupinu trvá dlhšie ako u neurotických pacientov a u iných porúch osobností. Je preto výhodné vedenie pacienta paralelne aj v individuálnej psychoterapii. Pokiaľ sa na skupinu adaptujú, môžu k nej naopak priľnúť a pred ukončením môžu mať problém s osamostatnením sa. Skúsenosť zo skupiny však zvyšuje ich šancu zvládnuť aj viac zaťažujúce podmienky mimo skupiny (Praško a kol., 2015).

Farmakoterapia

Aj keď základom liečby vyhýbavej poruchy osobnosti je psychoterapia, 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, 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 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).

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

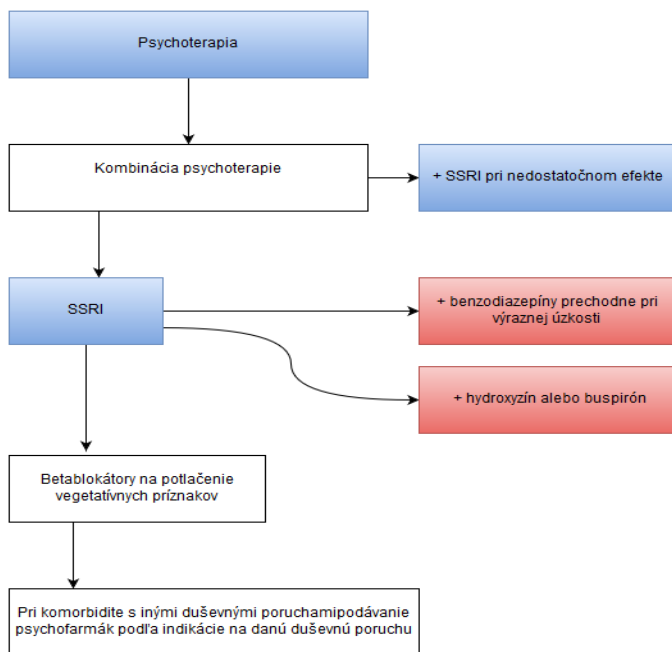
smrťou v rodinnej anamnéze, významnou bradykardiou a pri súčasnom užívaní iných liekov, o ktorých je známe, že predlžujú QT interval.

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).

Diagram liečebného postupu

Vyhýbavá porucha osobnosti



Prognóza

Porucha má chronický priebeh a s kolísavou intenzitou prebieha celý život. Pri sociálne náročnejších situáciách sú prítomné výrazné prejavy úzkosti. Porucha môže mať nepriaznivý dopad na pracovný, či sociálny život postihnutého jedinca (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízná 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 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

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, pediater, 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 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.

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

Vyhýbavá porucha osobnosti je chronickým psychiatrickým ochorením, pacienti sú v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti mesiace aj roky. Pri liečbe je dôležité vytvorenie dobrého terapeutického vzťahu s pacientom, empatia, prostredie akceptácie a posilňovanie pacienta pri zvládaní záťažových a stresových životných situácií.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

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

Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.

Denné psychiatrické stacionáre - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.

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

Lekári so špecializáciou všeobecné lekárstvo - v rámci celkového manažmentu pacienta, po stabilizácii stavu pacienta.

Pri poruchách osobnosti len vo výnimočných prípadoch (napr. pri suicidálnom konaní) dochádza k naplneniu kritérií pre nutnosť nedobrovoľnej liečby. Všeobecný lekár/ lekár RLP, ak zistí 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 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 záchrannej zdravotnej služby (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Pojem zainteresovaná osoba je termín zadefinovaný v novom ZZV.

Alternatívne odporúčania

Alternatívne liečebné postupy t. č. nie sú známe. Keďže dominujúcim prejavom úzkostnej /vyhýbavej/ poruchy osobnosti je nízke sebavedomie, chronická úzkosť, precitlivenosť na kritiku, je dôležité, aby si jedinci trpiaci touto poruchou osvojili niektoré asertívne, relaxačné či meditačné techniky, základné zásady zdravého životného štýlu a psychohygieny, vrátane postupov na redukciiu 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).

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audit a revízia štandardného diagnostického a terapeutického postupu má byť po 1 roku, kedy bude doplnený klinický audit a následne každých 5 rokov. Audit a revízia v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb alebo nových vedeckých dôkazov o efektívnejšom prístupe v diagnostike alebo liečbe tohto ochorenia.

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, 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
- [3] DENNY, Bryan T. et al. *Elevated amygdala activity during reappraisal anticipation predicts anxiety in avoidant personality disorder*. Journal of affective disorders. 2015, roč. 172, s. 1–7. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.017. ISSN 0165-0327.
- [4] DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.
- [5] GABBARD G.O. 2005. *Dlhodobá psychodynamická psychoterapia*. Vydavateľstvo F Trenčín, 2005,37-55,105-109 s.ISBN 80-88952-29-8

- [6] EIKENAES, I., al. *Avoidant personality disorder versus socialphobia: the significance of child hoodneglect*. PloS One. 2015, roč. 10, č. 3, s. e0122846. doi: 10.1371/journal.pone.0122846. ISSN 1932-6203.
- [7] HERPERTZ, S. 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
- [8] HOSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002, 895s ISBN 80-900130-1-5
- [9] MKCH – 10. *Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov*. 10. revízia. Obzor, 1993. 171 s. ISBN 80-215-0249-5
- [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 duševných poruch*. 2015. Hogrefe-Testcentrum, Praha, ISBN: 978-80-86471-52-5
- [13] ROBINSON, David J. *Poruchy osobnosti - podľa DSM-IV - vysvetlené*. Trečnin: 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*, Int Rev Psychiatry, 2007;19(1):25-38
- [16] WEINBRECHT, A. et al. *Avoidant Personality Disorder: a Current Review*. Current Psychiatry Reports. 2016, roč. 18, č. 3, s. 29. doi: 10.1007/s11920-016-0665-6. ISSN 1523-3812, 1535-1645.
- [17] Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

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**