



Názov:

**Komplexný psychologický manažment pacienta
s emočne nestabilnou poruchou osobnosti (F60.3),
impulzívny typ (F60.30), hraničný typ (F60.31)
1. revízia**

Autori:

**prof. MUDr. Jan Praško, CSc.
doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.
PhDr. Marie Ocisková, PhD.**

Špecializačný odbor:

Klinická psychológia / Psychiatria

Odborná pracovná skupina:

Klinická psychológia pre dospelých

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:

Komplexný psychologický manažment pacienta s emočne nestabilnou poruchou osobnosti (F60.3), impulzívny typ (F60.30), hraničný typ (F60.31) – 1. revízia

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0049	20. september 2018	schválené	15. január 2020
0049R1	30. november 2021	scvhálené	15. december 2021

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

prof. MUDr. Jan Praško, CSc., doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc., PhDr. Marie Ocisková, PhD.

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 príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Helena Glasová, PhD.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc, PhD.; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim.prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Pavol Macho, PhD., MHA; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

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

Kľúčové slová

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

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

APA	American Psychiatric Association
APS	ambulantná pohotovostná služba
DBT	Dialectical Behavior Therapy (Dialekticko-behaviorálna terapia)
EBM	evidence based medicine (medicína založená na dôkazoch)
ENPO	Emočne nestabilná porucha osobnosti
HPO	Hraničná porucha osobnosti
KBT	Kognitívno-behaviorálna terapia
MBT	Mentalization-based therapy (Na mentalizácii založená terapia)
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb, desiatu revízia
OCD	obsessive-compulsive disorder (obsedantno-kompulzívna porucha)
PO	porucha osobnosti
PTSD	post-traumatic stress disease (post-traumatická stresová porucha)
PZ	Policajný zbor
RCT	randomized control trial (randomizovaná kontrolovaná štúdia)
RZP	Rýchla zdravotná pohotovosť
TFT	Transference focused therapy (Na prenos zameraná terapia)
ÚD I	úroveň dôkazov I (systematický prehľad štúdií z úrovne II)
ÚD II	úroveň dôkazov na základe RCT

Kompetencie

Všeobecný lekár pre deti a dorast – prvotné posúdenie, odporúčenie ďalšej liečby.

Všeobecný lekár pre dospelých – prvotné posúdenie, odporúčenie ďalšej liečby.

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.

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

Lekár s certifikátom pre CPC Psychoterapia, ktorá je špecifická pre ENPO, a ktorá vychádza z EBM – diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, lekár so špecializáciou v psychiatrii a s certifikátom v CPC Psychoterapia.

Psychológ – realizácia psychodiagnostiky, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia.

Psychológ v zdravotníctve špecialista (klinický psychológ), s certifikátom pre CPČ Psychoterapia, ktorá je špecifická pre ENPO, a ktorá vychádza z EBM – diagnostika, psychodiagnostika, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, psychológ v zdravotníctve špecialista s certifikátom v CPČ Psychoterapia.

Poradenský psychológ – prvotné posúdenie, prevencia.

Sestra so špecializáciou – podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Sestra s pokročilou praxou s certifikátom pre CPČ Psychoterapia, ktorá je špecifická pre ENPO, a ktorá vychádza z EBM – prevencia, psychoterapia, supervízia.

Liečebný pedagóg – prvotné posúdenie, prevencia, liečebno-pedagogická diagnostika a terapia.

Liečebný pedagóg s certifikátom pre CPČ Psychoterapia, ktorá je špecifická pre ENPO, a ktorá vychádza z EBM – diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

Špeciálny pedagóg – prvotné posúdenie, prevencia.

Logopéd – prvotné posúdenie, prevencia.

Logopéd špecialista s certifikátom pre CPČ Psychoterapia, ktorá je špecifická pre ENPO, a ktorá vychádza z EBM – diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

Sociálny pracovník – prvotné posúdenie, prevencia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora.

Úvod

V zmysle klasifikácie MKCH-10 ide o poruchu osobnosti, pri ktorej je výrazná tendencia konať impulzívne, bez uváženia následkov, spolu s nestálosťou afektov. Postihnuté osoby sú pri záťaži všeobecne nestabilné, stav je často komplikovaný zneužívaním drog, alkoholu, krátkodobými vášnivými, intenzívnymi a impulzívnymi vzťahmi, a tiež krátkodobými psychotickými stavmi, môže byť prítomná derealizácia a depersonalizácia. V prejave sa obvykle vystupuje tendencia myslieť tzv. “čierno-bielo”. Popisujú sa dva varianty tejto poruchy, ktoré spája impulzivita a nedostatok sebakontroly. Sú to impulzívny typ (F60.30) a hraničný typ (F60.31), ktorých zreteľné rozlišovanie je v praktickej klinickej diagnostike bežné. Pre obidva typy poruchy je typická znížená kontrola impulzov a neschopnosť odložiť uspokojenie.

V americkej klasifikácii psychických porúch DSM-5 sa uvádza iba hraničná porucha osobnosti (APA, 2013). Hraničná porucha osobnosti významne prispieva k chorobnosti v západnej spoločnosti. To je spojené s nežiaducimi dlhodobými následkami, medzi ktoré patria vážne a trvalé funkčné postihnutie (Gunderson et al., 2011), vysoká záťaž rodiny a opatrovateľov, zlé telesné zdravie (El-Gabalawy et al., 2010) a predčasná mortalita (Fok et al., 2012), vrátane samovrážd, ktoré dosahujú až 8 % (Paris, 2002; Pompili et al., 2005; Goodman et al., 2012). Ľudia trpiaci touto poruchou využívajú psychiatrické služby dlhšiu dobu (Horz et al., 2010).

Bezradnosť terapeutov a často aj ich protiprenosové reakcie a stigmatizácia pacientov s hraničnou poruchou osobnosti, sa prejavujú v nechote týchto pacientov liečiť, v zbytočnom a často opakovanom odosielaní na hospitalizáciu, a naopak v predčasnom prepúšťaní týchto pacientov v prípade hospitalizácie (Ocisková et al., 2014). Vzájomná prenosová-protiprenosová vzťahová situácia pripravuje niekedy dramatické situácie so sebapoškodzovaním, suicidálnymi pokusmi, vzájomnou manipuláciou, so sťažnosťami na lekára a s neetickým odmietaním starostlivosti alebo trestaním v jej rámci (zatváranie pacienta do izolácie za trest, prekladanie na horšie oddelenie v rámci psychiatrických nemocníc).

Súčasná psychologická liečba pacientov s ENPO nie je dostatočná. Absentuje väčšia informovanosť verejnosti o poruche a tiež preventívne programy, ktoré by pomáhali v predchádzaní vzniku ochorenia. Pacienti začínajú s liečbou neskoro, v primárnej starostlivosti sú oni a ich rodiny nedostatočne edukované o podstate poruchy a o jej liečbe. Stáva sa, že pacienti sú liečení psychoterapeutickými postupmi, ktoré nie sú podložené vedeckými dôkazmi, terapia nie je účinná, a tak dochádza k chronifikácii poruchy. Nie je tiež dostatok špecializovaných pracovísk pre liečbu náročných prípadov.

Zavedenie tohto ŠDTP umožní účinnejšie zachytenie poruchy a liečbu v primárnej starostlivosti. Liečba ENPO podľa EBM bude účinnejšia aj pri liečbe v treťom špecializovanom stupni psychoterapeutickej starostlivosti. Zameranie na edukáciu a zapojenie rodinných príslušníkov a významných osôb pre pacienta zvýši účinok a trvácnosť liečby.

Tento štandard bol vytvorený na základe hierarchie váhy dôkazov, a to znáhodnených kontrolovaných štúdií a svetových a európskych odporúčaní. Zohľadnili sme potrebné úrovne dôkazov za posledných 10 rokov v elektronických databázach systematických prehľadov (Cochrane, Pubmed), či elektronických časopisov.

Zavedením tohto ŠDTP sa zvýši tak dostupnosť, ako aj kvalita liečby ENPO.

Prevenia

Pri prevencii ENPO platia všeobecné zásady tak, ako pri ostatných vývinových odlišnostiach: edukácia verejnosti (zvlášť v sektore vzdelávania) o príčinách a charakteristikách porúch osobnosti, edukácia rodičov a opatrovateľov o tom, ako viesť výchovu tak, aby poskytovala podporu, vedenie a primeranú angažovanosť. Významné môžu byť preventívne programy týkajúce sa sociálnych zručností v situáciách šikany, verbálneho i fyzického násillia.

V Austrálii Chanen et al. (2008), Chanen et al. (2009) a v Holandsku Schuppert (2009) vytvorili pre HPO indikovanú prevenciu a včasné intervenčné programy. Obidva programy vychádzajú z dimenzionálneho prístupu k hraničným symptómom porúch osobnosti, ktoré spájajú tak subsyndrómové prejavy (< 5 DSM-5 hraničné kritériá porúch osobnosti, indikovaná prevencia), ako aj syndrómovú poruchu (> 5 kritérií HPO podľa DSM-5, pre včasnú intervenciu) s možnosťou súčasného výskytu iných porúch.

Epidemiológia

Impulzívny typ

Presné údaje o prevalencii pacientov s emočne nestabilnou poruchou osobnosti sú limitované. Ekselius et al. (2001) zistili na vzorke obecnej švédskej populácie prevalenciu 2,7 %. Tieto osoby tvoria značnú časť vyšetrených pacientov v ústavných pohotovostných službách.

Hraničný typ

Podľa DSM-5 sa mediánová populačná prevalencia hraničnej poruchy osobnosti odhaduje na 1,6 %, podľa niektorých štúdií až 5,9 % (APA 2013; Kessler et al., 2005; Ekselius et al., 2001). Prevalencia tejto poruchy osobnosti je približne 6 % v primárnej zdravotnej starostlivosti, približne 10 % u ambulantne vedených pacientov a 20 % u hospitalizovaných psychiatrických pacientov (Phillips a Gunderson, 1999; Bateman a Fonagy, 2006; Oumaya et al., 2008; Sansone et al., 2011). Objavuje sa u mužov aj žien približne rovnako často (Torgersen et al., 2001), aj keď ženy sa podstatne častejšie objavujú v liečbe (Chanen et al., 2008). Prevalencia poruchy je štvornásobne vyššia u pacientov v primárnej zdravotnej starostlivosti ako vo všeobecnej populácii (Gross et al., 2002). Postihuje asi jednu štvrtinu pacientov, ktorí sa v primárnej zdravotnej starostlivosti liečia s depresiou (Riihimäki et al., 2014) a trpí ňou jeden z piatich ambulantných psychiatrických pacientov (Zimmerman et al., 2008, Chanen et al., 2008). V týchto podmienkach ženy prevažujú nad mužmi v pomere až 4:1 (Gunderson, 2001). Prevalencia hraničnej poruchy osobnosti sa znižuje vo vyšších vekových kategóriách.

Podľa niektorých autorov asi 84,5 % pacientov s diagnostikovanou hraničnou poruchou trpí počas 12 mesačného sledovania aspoň jednou ďalšou psychickou poruchou (Lenzenweger et al., 2007). Trull a kol. (2010) popisujú najmä vysokú mieru celoživotnej komorbidity so závislosťou od alkoholu (47,4 %). O samovraždu sa niekedy pokúsi 40 – 85 % pacientov s hraničnou poruchou osobnosti (Oumaya et al., 2008). Z nich 8 – 10 % suicídium skutočne dokoná (Gerson a Stanley, 2002; Paris, 2002; Pompili et al., 2005; Goodman et al., 2012).

Patofyziológia

Genetické a biologické faktory

Z biologických aspektov sa pri ENPO zisťuje familiárna tendencia k zníženej kapacite regulovať náladu a impulzy, ďalej sa často pozorujú “mäkké” neurologické znaky, ako sú ťažkosti v učení, ADHD a EEG abnormality a predpokladá sa narušenie prefrontálnej aktivity s dopadom na kvalitu exekutívnych funkcií, čo následne môže byť podkladom impulzivity. Častá býva nižšia úroveň diferenciácie osobnosti. V porovnaní so všeobecnou populáciou je výskyt HPO približne päťkrát vyšší u biologicky príbuzných prvého stupňa. Príslušní jedinci

vykazujú aj zvýšenú rodinnú záťaž pre návykové poruchy, antisociálnu poruchu osobnosti a depresívnu alebo bipolárnu poruchu (APA, 2013).

Psychosociálne faktory


Psychosociálne aspekty rozvoja HPO poukazujú na zníženú kohéziu v rodinách, fyzické násilie, sexuálne zneužívanie a extrémne zanedbávanie, a tiež aj rodičovskú psychopatológiu. V detstve je možné bežne pozorovať častejšie telesné, emocionálne a sexuálne zneužívanie, zanedbávanie, nepriateľské konflikty a skorú stratu rodiča (Ménard a Pincus, 2014; Waxman et al., 2014). Dieťa môže byť týrané, opustené či odmietané, alebo naopak, môže zažívať hyperprotektivitu. Medzi základné výchovné vplyvy patria:

- chaotické rodinné vzťahy pripomínajúce vzťahy známe z filmových seriálov, rôzne potýčky, aj so zákonom, užívanie drog, aféry jedného alebo oboch rodičov,
- traumatické opustenie spojené s extrémnym zážitkom (sexuálne zneužívanie),
- odsúdenie k samote za to, že "som zlý" po pokuse vyhnúť sa trestu, napr. útekem a pod.,
- prednosť závislých vzťahov pred autonómnymi.

Klasifikácia


Emočne nestabilnú osobnosť MKCH-10 (1996) zaraďuje medzi Špecifické poruchy osobnosti (F60). MKCH-10 rozlišuje medzi impulzívnym a hraničným subtypom.

Tabuľka č. 1

Standardné postupy 	
Diagnostické kritériá MKCH-10 pre emočne nestabilnú poruchu osobnosti F60.30 Impulzívny typ a pre F60.31 Hraničný typ	
A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre poruchu osobnosti	
Impulzívny typ:	
B. Musia byť splnené najmenej tri z nasledujúcich charakteristík a jedným z nich musí byť (2)	
(1) zreteľná tendencia konať neočakávane a bez uváženia následkov	
(2) zreteľná tendencia k neznášanlivému správaniu a ku konfliktom s ostatnými, zvlášť keď je impulzívne konanie niekým prerušené alebo kritizované	
(3) sklon k výbuchom hnevu alebo zúrivosti s neschopnosťou kontrolovať následné explozívne správanie	
(4) ťažkosti s výdržou pri akejkoľvek činnosti, ktorá neponúka okamžitý zisk	
(5) nestála a nevypočítateľná nálada	
Hraničný typ:	
B. Musia byť splnené minimálne tri príznaky z kritérií B pre impulzívny typ s aspoň dvoma z nasledujúcich:	
(1) narušená a neistá predstava o sebe samom, o cieľoch a vnútorných preferenciách, vrátane sexuálnych	
(2) sklon k zapletaniu sa do intenzívnych a nestálych vzťahov, ktoré často vedú k emočným krízam	
(3) prehnaná snaha vyhnúť sa odmietnutiu	
(4) opakované nebezpečenstvo alebo realizácia sebapoškodzovania	
(5) chronické pocity prázdnoty	

Modernejšie poňatie diagnózy predstavujú kritériá DSM-5 Americkej psychiatrickej asociácie pre hraničnú poruchu osobnosti (Tabuľka č. 2). Aj keď DSM-5 požaduje splnenie aspoň piatich z týchto deviatich kritérií, aby mohla byť stanovená diagnóza, dokonca aj nízka hladina hraničnej patológie (napr. spĺňa jedno kritérium) je spojená s podstatným zvýšením psychosociálneho narušenia (Zimmerman et al., 2012). Americká klasifikácia pozná iba hraničnú poruchu osobnosti.

Tabuľka č. 2

 Diagnostické kritériá pre hraničnú poruchu osobnosti v DSM-5 (APA, 2013)
<p>A. pervazívny vzorec nestability v medziľudských vzťahoch, v sebaobraz, afektoch a výraznej impulzivity, ktorý začína v ranej dospelosti a prejavuje sa v najrôznejších súvislostiach. Porucha je určená prítomnosťou piatich (a viac) znakov z nasledujúcich:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Búrlivá snaha jedinca vyhnúť sa skutočnému alebo domnelému opusteniu. (Pozn.: nezaraďujú sa sem samovražedné a sebapoškodzujúce prejavy stanovené v kritériu 5). 2. Vzorec nestabilných a intenzívnych medziľudských vzťahov charakterizovaný kolísaním medzi extrémnou idealizáciou a devalváciou. 3. Porucha identity: výrazný a trvalo nestabilný sebaobraz a vnímanie seba samého. 4. Impulzivita najmenej vo dvoch oblastiach, ktoré v sebe nesú riziko sebapoškodenia (napr. míňanie peňazí, sex, zneužívanie návykových látok, bezohľadné riadenie motorových vozidiel, nekontrolované prejedanie sa). (Pozn.: nezaraďujú sa sem samovražedné a sebapoškodzujúce prejavy uvedené v kritériu 5.) 5. Opakujúce sa samovražedné správanie, gestá a vyhrážky, alebo sebapoškodzujúce správanie. 6. Afektívna nestabilita v dôsledku výraznej reaktivity nálady (napr. intenzívna epizodická dysfória, podráždenosť či úzkosť, ktorá zvyčajne trvá niekoľko hodín, zriedkavo potom dlhšie ako niekoľko dní). 7. Chronické pocity prázdnoty. 8. Neprimeraná, intenzívna zlosť či problémy s ovládaním hnevu (napr. častá náladovosť, trvalá zlosť, opakované fyzické konflikty). 9. V reakcii na stres prechodné prejavy paranoidity alebo závažných disociatívnych symptómov.

Môže sa objavovať behaviorálny vzorec podkopávania seba samého vo chvíli, keď je cieľ na dosah (daná osoba napr. odíde zo školy tesne pred ukončením štúdia; po diskusii o tom, ako dobre u nich terapia postupuje, prejaví ťažkú regresiu; práve vo chvíli, keď sa vzťah ukáže ako perspektívny, daný jednotlivec ho ukončí) (APA, 2013).

Klasifikácia porúch osobnosti podľa ICD-11 sa zameriava na základné osobnostné dysfunkcie, pričom posudzujúcemu umožňuje klasifikovať tri úrovne závažnosti (mierna porucha osobnosti, stredne ťažká porucha osobnosti a ťažká porucha osobnosti) a možnosť špecifikovať jeden alebo viacero významných kvalifikátorov jednotlivých domén (negatívna afektivita,

odlúčenie/separácia, dezinhibícia, disociálnosť a anankastia). Okrem toho môže odborník špecifikovať kvalifikátor hraničného vzoru (Bach, First, 2018). Ide teda o značne odlišný prístup ku klasifikácii, avšak kvalifikátor hraničného vzoru umožňuje použiť zistenia získané v doterajších klasifikačných systémoch.

Klinický obraz

Impulzívny typ

Najobvyklejším dôvodom kontaktu so psychiatrickými službami je akcelerácia záťaže a konfliktov v životne významných oblastiach. Impulzívne správanie je nefunkčné, následne spôsobuje značný intrapsychický diskomfort prežívaný ako výraznú vnútornú tenziu, depresiu, bezvýhodiskovosť, s prejavmi verbálneho i brachiálneho agresívneho správania. Časté sú suicidálne ideácie a pokusy (zvlášť skratového typu).

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

Hraničný typ

Hraničná porucha s naplno vyjadrenými symptómami je pomerne ľahko identifikovateľná. Do kontaktu s odborníkom prichádzajú pacienti obvykle v stave veľkej tiesne a zmätku. Často to býva psychosociálna kríza s hroziacim odmietnutím, sprevádzaná búrlivou emocionálnou sprievodnou reakciou a presuicidálnou alebo suicidálnou aktivitou. Pacienti si vo svojej bezmocnosti často sami vyžadujú hospitalizáciu. Typickým je znevažovanie minulých vzťahov, terapeutov, ako aj všetkých predchádzajúcich pomocných snáh. Dominantnou subjektívnou ťažkosťou býva intrapsychické napätie. Diagnosticky zaujímavý je ich vzhľad (nie je to však pravidlom), často už “vyzerajú dramaticky” aj oblečením, make-upom, s piercingami, s tetovaniami, ale aj s jazvami po sebapoškodzovaní. Narušený osobnostný terén je v pozadí viacerých iných diagnostikovaných psychiatrických porúch (napr. poruchy nálady, abúzy psychoaktívnych látok, poruchy príjmu potravy, úzkostné stavy). Typickými znakmi sú tiež opakované krízy ústiace do urgentných kontaktov, či už psychiatra, psychoterapeuta alebo pohotovostných služieb.

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

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

Príčinou diagnostického zmätku je vysoká miera komorbídnych porúch. Komorbidita s ďalšími poruchami osobnosti a poruchami, ktoré sa prejavujú prechodnými zmenami psychického stavu, je normou. Komorbídne poruchy (napr. poruchy nálady, úzkostné poruchy, poruchy príjmu potravy a zneužívanie návykových látok) niekedy v klinickom obraze prevládajú, čo však nemení dôležitosť základnej patológie (Chanen, 2015). Naopak, rad dôkazov ukazuje na to, že porucha osobnosti môže byť rozhodujúcim faktorom podmieňujúcim vulnerabilitu pre opakovanie dekompenzácie psychického stavu (Cohen et al., 2005; Crawford et al., 2008).

Pacienti s HPO, ktorí trpia komorbídnou poruchou, by mali byť liečení v súlade so štandardnými postupmi pre tieto poruchy (napr. depresiu, PTSD, úzkostnú poruchu či OCD, a pod.). Avšak nemal by sa klásť neprimeraný dôraz na rýchlu úľavu v psychopatológii, pretože rad symptómov môže patriť skôr HPO než komorbídnej poruche.

Diagnostika emočne nestabilnej poruchy osobnosti a/ impulzívny typ a b/ hraničný typ sa opiera o:

Klinické vyšetrenie

Klinické vyšetrenie zahŕňa anamnézu, zhodnotenie klinického obrazu podľa kritérií MKCH-10 (prípadne presnejšie podľa DSM-5) a psychopatologický rozbor. Diagnóza sa spravidla stanovuje z diagnostického interview, ktoré je doplnené údajmi od blízkych osôb a pozorovaním správania v prípade hospitalizácie alebo dochádzky do denného stacionára.

Laboratórne vyšetrenia alebo neurozobrazovacie metódy môžu prinášať výskumne zaujímavé dáta, môžu vylúčiť organické postihnutie ako základ ťažkostí (veľmi zriedkavé), určiť v prípade podozrenia komorbídne somatické ochorenie. Spravidla to však nie je potrebné.

Dôležité je zhodnotiť komorbiditu (často depresívna porucha, závislosť od návykových látok, poruchy príjmu potravy, OCD, PTSD, disociatívna porucha či niektorá úzkostná, alebo somatoformná porucha), s ktorou pacient prichádza, aby sa mohlo začať s liečbou, ktorá spravidla potrebuje akútne riešenie.

Psychodiagnostické vyšetrenie

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 (sebapozudzovacie škály a dotazníky) treba byť obozretný vzhľadom na možnosť skreslenej seba-percepcie a interferencie aktuálnej psychopatologickej symptomatiky. Optimálnou metódou pri stanovení poruchy osobnosti je štruktúrované diagnostické interview. Stanovenie validnej a reliabilnej diagnózy teda vyžaduje vykonanie diagnostického interview podľa MKCH-10 pomocou IPDE (International Personal Disorder Examination – Medzinárodný rozhovor pre poruchy osobnosti) (Loranger et al., 1997; Preiss et al., 2006) alebo podľa DSM-5 pomocou SCID-5-PD (Structured Clinical Interview for DSM® Personality Disorders) (First et al., 2016). Obidva tieto diagnostické rozhovory obsahujú aj dotazníkovú formu.

Prostredníctvom Youngovho dotazníka schém a ďalších osobnostných dotazníkov môže ďalšie psychologické vyšetrenie pomôcť u pacienta zistiť vzťah k sebe a k druhým ľuďom, spôsob zaobchádzania s emóciami, sebahodnotenie alebo vulnerabilitu k prechodným psychotickým fenoménom. Obvyklým doplnujúcim psychodiagnostickým nástrojom je Rorschachova metóda, ktorá môže pomôcť pri diferenciálnej diagnostike (Mihura, 2006).

Z dotazníkových metód sa používa PSSI (PSSI – Persönlichkeits-Stil-und Störungs-Inventar – Inventár štýlov osobnosti a porúch osobnosti; Kuhl a Kazen, 2002), ktoré disponuje škálou

impulzivity zvýšenou pri HPO. Podľa autorov škály (Kuhl a Kazen, 2002) je pre týchto pacientov typická vysoká senzorická aj motorická schopnosť aktivácie. Bývajú teda veľmi všímaví a zároveň sú pohotoví k akcii. Inventár MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-2; Butcher et al., 2001) tiež môže dokresliť celkový obraz súčasného stavu a osobnostných charakteristík pacienta.

Závažnosť hraničnej poruchy môže stanoviť škála BEST (Borderline Evaluation of Severity over Time; Pfohl et al. 2009). Tato metóda hodnotí základné symptómy poruchy na úrovni myslenia (napr. veľké zmeny v názoroch na druhé osoby alebo na seba), emócií (pohotovosť k prežívaniu hnevu, silné zmeny nálad) a správania. Pacient posudzuje negatívne aspekty svojho správania (napr. zámerne sebapoškodzovanie alebo impulzívne správanie), ako aj pozitívne jednanie (napr. uprednostnenie pozitívneho správania namiesto maladaptívneho). Hodnotený časový rámec je variabilný – štandardne sa posudzuje jeden týždeň alebo jeden mesiac. Škála vďaka svojej konštrukcii umožňuje hodnotenie zmeny v priebehu liečby z pohľadu pacienta (Pfohl et al., 2009). Škálu uvádzame v Špeciálnom doplnku štandardu.

K senzitívnej detekcii zmien v priebehu terapie možno využiť aj modifikovanú škálu CGI-BPD (Clinical Global Impression Scale for Borderline Personality Disorder; Perez et al., 2007), v ktorej klinik pomocou rozhovoru s pacientom hodnotí na stupnici 1-7 (normálny, bez známkov poruchy – extrémne závažne známky poruchy) závažnosť jednotlivých z 9 hraničných symptómov. Porovnateľne môže hodnotiť aj zmenu v priebehu terapie, kde 1 označuje „veľmi sa zlepšil“ v danom symptóme a 7 znamená „veľmi sa zhoršil“ v tomto symptóme (Perez et al., 2007).

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

Diferenciálna diagnostika

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

V rámci diferenciálnej diagnostiky pri hraničnom type, zvlášť u adolescentných osôb, je vhodné odlíšiť konštrukt hraničnej poruchy osobnosti od adolescentnej vývinovej krízy identity – odlišujúcou charakteristikou je bezproblémový vývin. Problém identity sa týka výlučne neistôt ohľadom identity v určitom vývinovom štádiu (napr. v adolescencii). Pacient nespĺňa kritériá pre psychickú poruchu. Adolescenti a mladí dospelí s problémom identity (zvlášť medzi užívateľmi návykových látok) môžu krátkodobo vykazovať také prejavy správania, ktoré vyvolávajú chybný dojem, že ide o HPO. Situáciu tohto typu charakterizuje emocionálna nestabilita, "existenciálne" dilemy, neistota, voľby vzbudzujúce úzkosť, konflikty v oblasti sexuálnej orientácie a konkurenčné spoločenské tlaky v rozhodovaní o profesijnej dráhe (APA, 2013).

Depresívna porucha a bipolárna porucha

HPO sa často vyskytuje súbežne s depresívnou alebo bipolárnou poruchou, a pokiaľ osoba spĺňa kritériá pre obe poruchy, je možné ich u nej diagnostikovať obidve. Vzhľadom na to, že prierezovým prejavom HPO sa môžu približovať prejavy epizódy depresívnej alebo bipolárnej poruchy, je potrebné, aby sa posudzovateľ vyhol tomu, že ako ďalšiu diagnózu stanovuje HPO v prípade, keď vychádza iba z prierezových prejavov a nemá zdokumentovaný skorý nástup, ani dlhodobý priebeh príslušného vzorca správania. Epizóda zmeny nálady pri poruchách nálady býva dlhšia, najmenej 14 dní, zatiaľ čo pri HPO bývajú epizódy kratšie, maximálne niekoľkodňové. Pri HPO sa však môže objaviť komorbídna typická epizóda depresie a symptómy poruchy osobnosti ňou môžu byť prekryté. Väčšinou sa vyhýbame diagnostikovaniu poruchy osobnosti behom afektívnej epizódy unipolárnej depresie alebo bipolárnej poruchy, lebo počas floridnej afektívnej epizódy môže dôjsť k dekompenzácii inak kompenzovanej osobnosti. V tomto prípade by možno išlo o osobnosť s akcentovanými črtami, ale nie o poruchu osobnosti. Výnimku z tohto odporúčenia tvoria situácie, v ktorých máme dobre zdokumentované, že pacient vykazoval známky poruchy osobnosti dlhodobo aj pred epizódou poruchy nálady (Preiss in: Praško et al., 2015).

Porucha s bludmi, schizofrénia, porucha nálady so psychotickými symptómami

V období dekompenzácie môže mať HPO prechodne charakter psychotickej poruchy. Priebeh je však veľmi krátky, spravidla dni (tzv. mikropsychotické epizódy).

Diferenciálna diagnostika – iné poruchy osobnosti a osobnostné črty.

Histriónska porucha osobnosti

Pri HPO sa tiež môže vyskytovať pozornosť vyhl'adávajúce manipulatívne správanie a prudké zmeny emócií, ale pri histriónskej poruche chýbajú pre hraničnú PO typická sebadeštruktívnosť, výbuchy zlosti v blízkych vzťahoch, chronické pocity hlbkej prázdnoty a poruchy identity. Histriónsky pacient chce vždy nejako vyzerat', hraničný niekedy tiež, ale väčšinou sa opustí, chodí špinavý, nedbá na okolie alebo ho provokuje. Pri histriónskej PO sú menej časté samovražedné pokusy a sebapoškodzovanie. Bývajú stabilnejšie interpersonálne vzťahy.

Narcistická porucha osobnosti

Intenzívne pocity „na dne“, označovanie seba samého ako "diabla" či "kripla" sú jasne odlišné od sebaidealizácie narcistického pacienta. Formácia identity je pri narcizme stabilnejšia. Pacient súťaží, chce byť zaujímavý alebo impozantný, v popredí je túžba po obdivoch. Od HPO sa narcistickí pacienti líšia relatívne stabilným obrazom seba samého, a tiež tým, že pri narcizme chýba sebadeštruktivita, impulzivita a strach z opustenosti.

Schizotypová porucha osobnosti

Pri HPO sa môžu vyskytnúť vzťahovačnosť a ilúzie, ktoré sú tranzientné, interpersonálne reaktívne a responzívne na externé stimuly. Pri schizotypovej poruche osobnosti sú chudobnejšie emocionálne prejavy a bizarnejšie imaginácie, horší je kontakt s realitou.

Paranoidná porucha osobnosti

Paranoidná a narcistická porucha osobnosti zdieľajú zvýšenú hnevľivú reaktivitu na minimálne podnety, avšak pri paranoidnej poruche je sebaobraz stabilný, chýba sebadeštruktivita, impulzivita, a nie je taká výrazná téma opustenia.

Disociálna porucha osobnosti

Zdieľanou črtou je manipulatívne správanie, pri disociálnej poruche osobnosti je zreteľným cieľom manipulácie získanie profitu, moci a iné materiálne uspokojenie, a pri HPO je cieľom pozornosť blízkych alebo opatrovateľov.

Závislá porucha osobnosti

Spoločným je strach z opustenia, pričom u pacientov s HPO sú reakciou pocity emocionálnej prázdnoty, zúrivosť a zvýšenie nárokov. Pacienti so závislou poruchou osobnosti reagujú zvýšením submisivity a naliehavým vyhľadávaním nového zdroja podpory. Odlišuje ich takisto schéma nestálych a intenzívnych vzťahov.

Vyhýbavá porucha osobnosti

Má stále vzťahy aj stabilnejšie formovanú identitu. Chýbajú divoké prejavy porúch správania a afektívna nestabilita.

Iné poruchy osobnosti

S HPO sa môžu zamieňať niektoré iné poruchy osobnosti, ktoré s ňou zdieľajú určité spoločné črty. Je preto dôležité, aby sme medzi týmito poruchami osobnosti rozlišovali podľa toho, v čom sa od seba líšia. Ak však má osoba okrem HPO tiež osobnostné črty, zodpovedajúce kritériám pre jednu alebo viacero ďalších porúch osobnosti, môžeme ich diagnostikovať všetky.

Poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním psychoaktívnych látok

HPO musíme tiež odlíšiť od symptómov, ktoré sa môžu rozvinúť v súvislosti s pretrvávajúcim užívaním návykových látok.

Somatické ochorenia

HPO musíme odlíšiť od zmeny osobnosti spôsobené somatickým ochorením, kedy je možné vzniknuté znaky pripísať priamym vplyvom takéhoto ochorenia na centrálnu nervovú sústavu. Všeobecne ide o ochorenia, ktoré postihujú CNS alebo poruchy vzniknuté v spojitosti s chronickým užívaním psychoaktívnych látok. Prejavy niekedy môžu byť podobné tým, ktoré sú pri HPO, príčina je však zjavne iná. Môže však ísť aj o komorbiditu oboch.

Komorbidita

Bežnými komorbídnymi poruchami sú depresívna alebo bipolárna porucha, poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním psychoaktívnych látok, poruchy príjmu potravy (najmä mentálna bulímia), posttraumatická stresová porucha a porucha pozornosti (hyperaktívna porucha). HPO sa tiež často vyskytuje spoločne s inými osobnostnými poruchami.

Liečba

Psychoterapia

Účinné psychoterapeutické postupy v liečbe pacientov s HPO sa objavili až v 90. rokoch minulého storočia. Od tej doby sa vyvinulo niekoľko špecifických psychoterapeutických postupov, ktoré boli testované a potvrdili svoju účinnosť v kontrolovaných klinických štúdiách. Tieto postupy sú vo väčšine usmernení v rôznych krajinách a zdravotných systémoch odporúčané ako liečba prvej voľby (NHMRC, 2012; Stoffers et al., 2012; Praško a Pěč, 2017; NICE, 2009). Údaje z odporučených postupov Americkej psychologickéj asociácie (www.div12.org/diagnoses) uvádzajú silnú výskumnú podporu pre DBT, na mentalizácii založená terapia má miernu podporu, podobne ako schématerapia. Na prenos zameraná terapia má silnú, ale kontraverznú výskumnú podporu.

Stoffers et al. (2012) vo svojej metaanalýze (ÚD I) uvádza nasledujúce psychoterapeutické prístupy v liečbe HPO, ktoré preukázali svoju účinnosť, a to:

- Dialekticko-behaviorálnu terapiu – Dialectical Behavior Therapy (DBT),
- Na mentalizácii založenú terapiu – Mentalization-Based Therapy (MBT),
- Na prenos zameranú terapiu – Transference-Focused Therapy (TFT),
- Dobrý psychiatrický manažment – Good Psychiatric Management,
- Kognitívno-behaviorálnu terapiu – Cognitive Behavioral Therapy (CBT),
- Systémový tréning zameraný na emočnú predvídateľnosť a riešenie problémov – Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS),
- Schématerapiu – Schema Therapy (ST).

Tieto psychoterapie majú viaceré spoločné prvky, avšak líšia sa v tom, na čo dávajú dôraz. Niektoré postupy zdôrazňujú nácvik spôsobilostí (napr. dialekticko-behaviorálna terapia) (Davidson, et al., 2006; Giesen-Bloo, et al., 2006; Linehan, et al., 2006), zatiaľ čo iné prístupy sa zameriavajú viac na vzťahy a porozumenie významu interakcií s ostatnými (napr. na prenos zameraná terapia, alebo na mentalizácii založená terapia) (Bateman, et al., 2008; Bateman, et al., 2009; Clarkin, et al., 2007; Zanarini, et al., 2008).

Paris (2009) uvádza, že pri ich porovnaní môžeme nájsť nasledovné spoločné faktory ako:

- poskytovanie aktívnych a cielených intervencií v podobe manuálov,
- dôraz na súčasné fungovania a vzťahy,
- redukcia emočnej lability pomocou nácviku a zvýšenia regulácie emócií,
- redukcia impulzivity tým, že pacientom terapia pomáha skôr pozorovať svoje emócie, než podľa nich konať,
- zacielenie na problémy vo vzťahoch tým, že terapeut učí a pomáha pacientom uvedomiť si ich emócie a emócie iných ľudí, čo sa často popisuje ako mentalizácia alebo všímavosť,
- zlepšenie sociálnej percepcie podporou stabilnejšej identity, sociálnej kompetencie a zvyšovaním pocitu, že veci je možné ovplyvniť,
- nevyhnutnou súčasťou liečby HPO je psychoedukácia (Zanarini, et al., 2018). Pacienti a ich rodinní príslušníci musia byť informovaní o poruche, jej symptómoch, možných príčinách a priebehu a o možnostiach liečby.

Nižšie sú popísané jednotlivé typy terapie.

Dialekticko-behaviorálna terapia (DBT)

DBT je dobre preskúmaná variácia KBT založená na dôkazoch, ktorá sa zakladá na behaviorálnej analýze a dosahovaní hierarchických cieľov liečby vrátane samovražedného a nebezpečného správania, správania ovplyvňujúceho liečbu a správania ovplyvňujúceho kvalitu života. Pozostáva z týždennej individuálnej psychoterapie s terapeutom vyškoleným v DBT a v nácviku sociálnych spôsobilostí v skupine podľa príručky pre nácvik spôsobilostí približne 1 rok (Linehan, 2014).

Základné predpoklady z ktorých DBT vychádza:

Ľudia trpiaci HPO prežívajú emócie intenzívnejšie ako iní ľudia. V snahe regulovať ich majú tendenciu reagovať extrémne a impulzívne (napr. sebapoškodzovaním, samovražednými pokusmi). Nedostatok porozumenia a prijatia týchto emočných zážitkov narúša rozvoj účinnejších stratégií zvládania stresu. DBT terapia učí klientov spôsobilosti, ako zvyšovať sebareflexiu, tolerovať lepšie stres, zvýšiť interpersonálnu efektivitu a emočnú reguláciu.

Výskumná podpora pre tento terapeutický postup je silná. Vykonali sa desiatky kontrolovaných výskumných štúdií a ich efektivita sa potvrdila aj v meta-analýzach (UD I) (Klie, Kroger, & Kosfelder, 2010; Stoffers et al., 2012).

Terapia založená na mentalizácii (MBT)

Mentalizačná terapia je psychodynamická terapia, ktorá obsahuje aj kognitívne postupy. Pacienti sa učia pozorovať okamžitý stav svojej mysle a vytvárať alternatívne perspektívy subjektívnych zážitkov seba a iných.

Základné predpoklady: Mentalizácia je proces, ktorým rozumieme iným aj sebe, implicitne a explicitne, z hľadiska subjektívnych stavov a duševných procesov. Pacienti s HPO vykazujú zníženú schopnosť mentalizovať, čo vedie k problémom v emočnej regulácii a ovládaní impulzov, najmä v interpersonálnom styku.

Mentalizačná terapia (MBT) je časovo limitovaná liečba so štrukturovanými intervenciami, ktoré podporujú ďalší rozvoj mentalizácie. Pacient dostáva do vedomej roviny svoje prežívanie a jeho kontext, a učí sa porozumieť emočným reakciám iných a ich kontextu.

Trvanie terapie: Je rôzne, zvyčajne trvá 1 – 1,5 roka, ale môže trvať aj dlhšie. Môže sa uskutočňovať tak individuálne, ako aj skupinovo.

Efektivita: Randomizované štúdie zistili, že pacienti s HPO liečení MBT terapiou sa zlepšili vo viacerých kritériách HPO v porovnaní s kontrolami (Bateman, Fonagy, 2009; Bateman et al., 2008). Výskumná podpora tejto terapie je mierna až stredná (Chambless et al., 1998).

Terapia zameraná na schémy (schématerapia)

Terapia zameraná na schémy (schématerapia) je integrovaný prístup založený na princípoch kognitívno-behaviorálnej terapie, gestalt-terapie a ego-psychológie, následne rozšírených o prístupy a koncepcie iných psychoterapií. U osôb s HPO došlo na základe averzívnych skúseností v detstve k rozvoju hlbokých postojov k sebe a svetu (raných maladaptívnych schém), ktoré sú prepojené s emočnými reakciami, motiváciou a so vzorcami správania. Rané maladaptívne schémy potom ovplyvňujú negatívne kognitívne, behaviorálne a emočné reakcie na každodenné životné udalosti.

Podstata schématerapie

Schématerapeuti pomáhajú pacientom zmeniť svoje zakorenené, sebaopodryvajúce životné vzorce – schémy – pomocou zážitkových, kognitívnych, behaviorálnych a na emócie zameraných stratégií. Liečba sa zameriava na vzťah s terapeutom (limitované rodičovstvo), každodenný život mimo terapie a traumatické detské skúsenosti.

Trvanie terapie: Môže byť rôzne, v zásade je terapia dlhodobá, trvajúca 1 – 3 roky. Účastníci prvej randomizovanej štúdie schématerapie versus terapie zameranej na prenos boli liečení po dobu troch rokov. V tejto štúdií bola schématerapia významne účinnejšia (Giesen-Bloo et al., 2006). Podobne Barmelis et al., (2014) zistili vo svojej multicentrickej randomizovanej kontrolovanej štúdií, že schématerapia bola významne účinnejšia ako na vysvetlenie orientovaná terapia, a obvyklá liečba a uplatnenie zážitkových postupov zvyšovalo jej účinnosť (UD II).

Efektivita: Výskumná podpora je mierna až stredná podľa hodnotenia Chambless et al. (1998).

Terapia zameraná na prenos (TFT)

Na prenos zameraná terapia (TFT – Transference Focused Therapy) sa orientuje na psychodynamické odhalenie základných príčin hraničných stavov pacienta a na vytváranie nových, zdravších spôsobov premýšľania a správania. Z pohľadu TFT je seba-percepcia aj percepcia druhých pri HPO rozdelená do nereálnych extrémov, všetko je zlé, alebo dobré. Na základe týchto konfliktných diád sa potom objavujú špecifické seba deštruktívne symptómy. Termín "prenos" odkazuje na skúsenosť pacienta, ktorú zažíva v momentálnom vzťahu s terapeutom. Liečba sa zameriava na prenos, pretože sa predpokladá, že pacienti prejavia svoje nezdravé dichotómne vnímanie nielen v každodennom živote, ale aj v interakciách, ktoré majú s terapeutom. TFT sa zameriava na komunikáciu medzi pacientom a terapeutom, ktorá umožňuje pacientovi integrovať tieto rôzne reprezentácie seba samého a v priebehu procesu liečby vyvinúť kvalitnejšie metódy sebaovládania.

Efektivita: TFT má rôznorodú výskumnú podporu. Z niektorých výsledkov štúdií, spravidla vykonaných psychoanalytickými autormi, vyplýva silná efektivita, v štúdiách nezávislých hodnotiteľov sú však výsledky mierne. TFT bola efektívna vo dvoch randomizovaných kontrolovaných štúdiách (Clarkin et al., 2007; Doering et al., 2010), avšak v porovnaní so schématerapiou v štúdií hodnotenej nezávisle dopadla menej dobre (Giesen-Bloo et al., 2006). Na objasnenie efektivity TFT je potrebný ďalší výskum.

Dobry psychiaticky manažment

„Dobry psychiaticky manažment“ je manualizovaná liečba vytvorená pre psychiatrov liečiacich pacientov s HPO (Gunderson, Links, 2014). Oproti už uvedeným terapeutickým prístupom tento postup používa menej jasny konceptuálny model a menej štruktúrované terapeutické techniky. Namiesto toho poskytuje súbor zásad a postupov na naplnenie klinických potrieb pacienta a pomáha psychiatrovi vyhnúť sa mnohým problémom a nástrahám, ktoré sa môžu pri liečbe HPO vyskytnúť. Podstatou prístupu je, že informuje pacienta o diagnóze a o tom, čo je HPO. Zameriava sa na život pacienta mimo terapie, kde si spolu stanovujú dlhodobé ciele a zameriavajú sa na to, ako ich čo najlepšie dosiahnuť. Učí pacienta to, ako jeho porucha narúša jeho vzťahy a ako získať spôsobilosti, aby lepšie zvládal emócie, ktoré sú s týmito vzťahmi spojené. Terapeut je v tejto roli skutočný človek, ktorý je aktívny, reagujúci a potvrdzujúci.

RCT štúdia porovnávala „dobry psychiaticky manažment“ s DBT u 180 ambulantných pacientov s HPO a zistila, že výsledky sa medzi nimi signifikantne nelíšili (ÚD II) (McMain et al., 2009). Efekt liečby v oboch skupinách pretrvával aj pri dvojročnom sledovaní (McMain et al., 2012).

Kognitívno-behaviorálna terapia


KBT využíva postupy kognitívnej terapie na ovplyvnenie skreslených poznatkov pacienta o sebe a iných, a využíva behaviorálne stratégie, ktoré zlepšujú sociálne a emocionálne fungovanie.

Niekoľko RTC štúdií, ktoré porovnávali KBT (alebo kognitívne terapie) s kontrolnou skupinou zistilo u pacientov s HPO rozporuplný efekt pokiaľ ide o primárne kritériá, vrátane sebapoškodzujúceho správania (Davidson et al., 2006; Weinberg et al., 2006; Cottraux 2009; Bellino et al., 2007).

Systémový tréning zameraný na emočnú predvídateľnosť a riešenie problémov

Systémový tréning zameraný na emočnú predvídateľnosť a riešenie problémov (STEPPS) je účinná skupinová KBT terapia, ktorá obsahuje tréning sociálnych spôsobilostí a edukáciu rodiny (Blum et al., 2008; Bos et al., 2010). STEPPS sa primárne používa ako doplnok ku KBT terapii, ale použil sa aj ako doplnok k DBT terapii.

Tabuľka č. 3

 Úroveň dôkazov pre najúčinnnejšie terapeutické prístupy		
ŠPDTP	Úroveň dôkazov	Referencie
Dialekticko-behaviorálna terapia (DBT)	I	(Klie, Kroger, & Kosfelder, 2010; Stoffers et al., 2012).
Terapia založená na mentalizácii	II	(Chambless et al., 1998).
Terapia zameraná na schémy (schématerapia)	II	(Barmelis et al. 2014)
Terapia zameraná na prenos	II	(Clarkin et al., 2007; Doering et al., 2010),
Dobry psychiatricky manažment	II	(McMain et. al., 2009)

Iné psychoterapeutické prístupy

Iné psychoterapeutické prístupy môžu byť pri liečbe HPO efektívne tiež, ale o ich efektivite chýbajú informácie, pretože neboli hodnotené s rovnakou vedeckou dôslednosťou ako vyššie uvedené terapie a absentujú RCT. Ich použitie je opodstatnené v prípade, že vyššie uvedené prístupy nie sú dostupné, alebo je to voľba pacienta. Ten by mal byť upozornený na to, že existujú prístupy so známou účinnosťou.

Napriek tomu, že pokrok v psychoterapii je značný, účinnosť stále zaostáva za optimom. Zďaleka všetkým pacientom nie je možné pomôcť a časť zostáva rezistentná na psychoterapeutické intervencie. Navyše, vo väčšine krajín, vrátane Slovenska sú tieto postupy relatívne málo dostupné. Chýba jednak dostupná a jednak kvalitná liečba. Pacienti sú potom vedení takými psychoterapeutickými prístupmi, o ktorých efektivite pri HPO nie je nič známe, alebo ktoré nie sú zamerané na konkrétne problémy HPO. Pri neúspechu liečby sú stigmatizovaní a nezriedka iatrogénne poškodení (Praško et al., 2008; Bateman et al., 2015).

Prognóza

Prognóza je variabilná, vývoj osobnostného nastavenia v čase v mnohom závisí od bazálnej osobnostnej štruktúry, charakterových vlastností a psychosociálneho zázemia – ak sú tieto priaznivo nastavené, je možná stabilizácia reakčných schém. V prípade negatívnych vývinových charakteristík a životných okolností je skôr tendencia k ďalšiemu psychologickému i sociálnemu narušeniu a k nárastu závažnosti komorbídnych komplikácií, ako sú afektívne poruchy, abúzus, či suicidalita.

Napriek pôvodnému podozreniu porucha spravidla neústi do schizofrénie. Vo vývoji HPO existuje značná variabilita. Najrozšírenejší vzorec tvorí chronická nestabilita vo včasnej dospelosti s epizódami závažného zhoršenia kontroly afektov a impulzívneho správania, čo zvyšuje požiadavky na zdravotnú starostlivosť.

Priebeh býva dramatický a kolísavý. Pre HPO je typické zlyhávanie v sociálnych i v pracovných vzťahoch a nižšia kvalita života. Časté sú samovražedné pokusy, sebapoškodzovanie, depresia, somatoformné poruchy, prechodné psychotické poruchy, abúzus psychoaktívnych látok, opakované straty zamestnania, neukončené štúdium, rozchody alebo rozvody. Neskôr v živote však väčšina dosiahne väčšiu stabilitu v sociálnom i pracovnom fungovaní (Zanarini et al., 2003). Poškodenie, ktoré táto porucha spôsobuje je rovnako, ako riziko samovraždy, najväčšie v ranej dospelosti a s pribúdajúcim vekom postupne slabne. Aj keď nie sú zmeny v 5-ročných katamnézach veľké (Pope et al., 1983), 15-ročné katamnézy v jednej štúdií ukázali, že asi 1/3 pacientov po tejto dobe už nespĺňa diagnostické kritériá HPO (Stone, 1993). V tomto čase však už okolo 10 % jedincov suicidovalo. Hoci sklon k intenzívnym emóciám, k impulzivite a intenzite vo vzťahoch často pretrváva v celom priebehu života, jedinci, ktorí sa podrobili psychoterapeutickej starostlivosti, veľakrát zaznamenajú zlepšenie už v prvom roku liečby. Po dosiahnutí vekovej hranice 30 – 40 rokov vykazuje väčšina nositeľov poruchy lepšiu stabilitu vo vzťahoch a v profesionálnom fungovaní. Následné štúdie vykonané na základe skúmania ambulantných pacientov psychiatrických kliník ukazujú, že takmer o 10 rokov neskôr až polovica z nich už nemá vzorec správania, ktorý by spĺňal všetky kritériá definujúce HPO. Polovica žien a štvrtina mužov dokázala vytvoriť stabilné vzťahy a 3/4 získali stabilné zamestnanie. Zanarini et al. (2003) vykonali prospektívnu katamnestickú štúdiu 290 pacientov. Po 6 rokoch 74 % osôb nespĺňalo kritériá pre HPO. Symptómy impulzivity (ako sebapoškodzovanie a abúzus) sa výrazne zredukovali, avšak mnohí z pacientov trpeli afektívnou poruchou. Longitudinálne štúdie tiež ukazujú, že aj po 10 – 15 rokoch majú niektorí pacienti problém nájsť si stabilné zamestnanie alebo vydržať v stabilnom partnerskom vzťahu (McGlashan, 1986; Paris et al., 1987).

Násilné správanie

Pokiaľ ide o frekvenciu porúch osobnosti v populácii trestaných osôb, podľa meta-analýzy Fazel a Danesh (2002) bola prevalencia porúch osobnosti 65 % u mužov (väčšinou išlo o antisociálnu poruchu osobnosti) a 42 % u žien, kde išlo najmä o HPO (25 %). HPO je teda najčastejšou poruchou osobnosti u trestaných žien. U mužov je spoločne s paranoidnou poruchou osobnosti, na druhom mieste v poradí po antisociálnej poruche osobnosti (Esbec a Echeburúa, 2010). Aj keď u žien s HPO prevažuje autoagresivita nad heteroagresivitou, impulzivita, problémy s identitou, emocionálne deregulácie a konzumácia drog ich tiež vedú k častému násilnému správaniu. Vo väčšine prípadov ide o reaktívny (reakcia na afekt), nie inštrumentálny (plán získať prospech) typ násilia. Základnou motiváciou je teda hnev a vybitie napätia (Coid et al., 2006). Toto násilné správanie býva často zamerané na blízke osoby. A tak ľudia, ktorí boli v minulosti často fyzicky zneužívaní, môžu fyzicky napádať a zneužívať iných (Dutton, 2007). Násilný čin najčastejšie vzniká ako reakcia na stres vzniknutý zo skutočného alebo imaginárneho odmietnutia, alebo zo žiarlivosti, kedy sú všetky pocity viny a problémy projikované do blízkej osoby.

Spolu s antisociálnou a vyhýbavou poruchou osobnosti sa ľudia s HPO objavujú častejšie medzi sexuálnymi agresormi (Ieueom et al., 2004; Marshall, 2007). Tu dochádza častejšie k sexuálnej agresii voči blízkym osobám, ktorými sa cítia byť opúšťaní.

Násilné správanie u ľudí s HPO narastá, ak komorbídne zneužívajú drogy (u 65 % násilných prípadov; ide predovšetkým o konope, kokaín, alkohol a psychofarmaká), alebo majú komorbídnu ADHD (u 37 % prípadov). Komorbidita medzi týmito tromi klinickými obrazmi môže stáť v pozadí až u 18 % prípadov násilného správania u osôb s HPO. Komorbidita sa môže objaviť aj u pacientov s poruchami nálady (depresia a bipolárna porucha). Devastujúca je však najmä komorbidita s antisociálnou poruchou osobnosti, pretože tam je častejšie impulzívne správanie, ako aj zneužívanie drog. Táto komorbidita prevláda (až 77 %) u žien vo väzení s vyššou ostrahou, u 62 % mužov prijatých do väzenských nemocníc a u 30 % mužov so strednou bezpečnostnou ostrahou (Duggan a Howard, 2009).

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

Poruchy osobnosti s vyššou závažnosťou alebo s nepriaznivým priebehom môžu viesť k invalidizácii pacienta. Podľa zákona o sociálnom poistení 461/2003 Z. z. predstavujú stredne ťažké formy s miernym obmedzením sociability mieru poklesu schopnosti zárobkovej činnosti 20 – 30 %, ťažké formy so závažným deficitom sociability, prípadne až dezintegráciou osobnosti až o 50 – 80 %.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Pacient s HPO sa obvykle dostane do zdravotnej starostlivosti v čase prežívania krízy, po sebapoškodzovaní, alebo po suicidálnom pokuse. Preto by mali zdravotnícki pracovníci v takýchto prípadoch o tejto diagnóze uvažovať a pacienta odoslať k odborníkovi na túto poruchu. Následná liečba je potom obvykle psychoterapeutická, a to buď ambulatná, alebo formou hospitalizácie, prípadne liečba v dennom stacionári.

Dlhodobú liečbu by mali vykonávať zdravotnícki pracovníci vzdelaní v niektorom zo psychoterapeutických smerov podľa EBM, obvykle psychológovia, alebo psychiatri.

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

V prvých fázach by sa psychoterapeut mal sústrediť na problém, ktorý pacienta privádza, nie na dynamickú štruktúru konfliktov či postojov (schém), ktoré ho vytvárajú. Pracovať by mal na úrovni interpersonálneho náhľadu a s hlbším porozumením (náhľadom) až vtedy, keď je zreteľne vybudovaný terapeutický vzťah. Pre psychoterapeuta je potrebné, aby počítal s porušovaním terapeutického kontraktu a aby bol pripravený na zvládanie protiprenosových fenoménov v liečbe.

V psychoterapeutickej liečbe v prípade emočne nestabilnej poruchy osobnosti je možné využiť:

- podporné psychoterapeutické metódy,
- individuálne psychoterapeutické intervencie (psychoedukácia, krízová intervencia),

- špecifické psychoterapeutické prístupy overené výskumom,
- iné certifikované psychoterapeutické prístupy, rodinnú psychoterapiu, psychoedukáciu rodinných príslušníkov.

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

Podporná psychoterapia

Na vyhľadanie terapie spravidla nevedie dlhodobá nestabilita vo vzťahoch, ale krátkodobé afektívne dekompenzácie alebo rozvoj aktuálnej komorbídnej poruchy. K hospitalizácii dochádza veľmi často v rámci krízovej intervencie. Preto bývajú úvodné intervencie zamerané týmto smerom.

V rámci dlhodobého vedenia je podporná psychoterapia komplexom empatie, povzbudzovania, podpory, trpezlivej klasifikácie, edukácie a permanentného určovania hraníc. Vedenie hraničného pacienta predpokladá porozumenie jeho strachom z opustenosti (Clarkin et al. 2004; Young 1994; Verheul et al., 2003). Pacienti s HPO však zároveň potrebujú jasné ohraničenie toho, čo pre nich terapeut môže urobiť a čo nie. Pacienti s HPO dobre reagujú na validáciu symptómov a skúseností, ktoré prežívajú. Dôležité je, aby im dal lekár najavo, že berie ich príznaky vážne a uznáva, že prežívajú výrazný stres. Cieľom je spolupracovať s pacientmi na zlepšení svojho fungovania, znižovanie svojej reaktivity, na redukcii svojej psychickej bolesti. Je vhodné posilniť nádej na zlepšenie, zvýšenie kontroly nad symptómami a problémami vo vzťahoch, odovzdať pocit optimizmu pokiaľ ide o prognózu a liečbu. Tento prístup, ktorý zdôrazňuje starostlivosť, môže dobre chrániť terapeutický vzťah. Medzi ďalšie návrhy, ktoré sa osvedčili a môžu pomôcť (Praško a Grambal, 2016) patrí:

- Robiť pravidelné návštevy, pokiaľ je to možné v rovnaký deň v týždni a v rovnakom čase. Pomáha to ustáleniu určitého poriadku aj hraníc, zvyšuje dôveru a pomáha vytvárať pocit zázemia a istoty.
- Oplatí sa používať štruktúrované hodnotenie symptómov, najlepšie pomocou škály, ktorá je na to určená, ako sú napr. Zanariniova hodnotiacia škála pre hraničnú poruchu osobnosti (Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder, Zanarini et al., 2003), alebo Hodnotenie závažnosti symptómov v priebehu času u hraničných pacientov (Borderline Evaluation of Severity over Time (Pföhl et al., 2009) alebo Klinický globálny dojem pre hraničnú poruchu osobnosti (Clinical Global Impression for Borderline Personality Disorder; Perez et al., 2007).
- Edukovať pacientov s HPO o diagnóze primeraným a neodstrašujúcim prístupom a poskytnúť im vhodné edukačné materiály.
- Nedávať pacientovi s HPO diagnózu bipolárnej poruchy alebo depresívnej poruchy, ak skutočne jasne nespĺňa diagnostické kritériá.
- Včas komunikovať svoje obmedzenia a možnosti.
- Orientovať pacienta v tom, že je možné, že bude potrebné vhodný liek alebo najužitočnejšiu kombináciu hľadať a nemusí to byť hneď to prvé, čo zmierni jeho problémy.

- Nebagatelizovať nežiadúce účinky liekov alebo ich riziká. Závažné symptómy si vyžadujú lieky, ktoré nesú riziko vedľajších účinkov. Je dôležité oznamovať tieto riziká pacientom a starostlivo s nimi zvážiť profil rizík a prínosov.
- Informovať pacienta o tom, že lekár bude reagovať na príslušné zmeny i eventuálne problémy, ktoré sú spojené s farmakoterapiou a prevážia prínos liekov.

Prenos a protiprenos

Pacient môže mať problém vnímať terapeuta ako niekoho, kto mu chce pomôcť a s kým má spolupracovať. Očakáva, že terapeut vyrieši jeho problémy za neho, na sklamanie reaguje impulzívne hnevom alebo agresiou, prípadne autoagresiou. Od začiatku je teda dôležité objasnenie postojov k terapii a určenie hraníc v terapii. Pre ustanovenie terapeutického kontraktu je však potrebné, aby terapeut vytvoril "prijímajúce prostredie". Prenosové javy môžu byť intenzívne. Pacienti prežívajú v terapii zásadné zážitky z raných období svojho života a ťažko tolerujú blízkosť aj odlúčenie. Môžu alternovať medzi priľnavou vďačnosťou a otvoreným zneužívaním. Hľadanie posilnenia vedie týchto pacientov k prekračovaniu akýchkoľvek hraníc terapie. Prenosovo môžu prežívať nadmernú závislosť na terapeutovi s fantáziami o splynutí s ním, vzápätí však nenávisť pri pocitoch odmietnutia. Je potrebné akceptovať "testujúce správanie" pacienta, ale aj hovoriť o ňom, stanoviť limity závislosti.

HPO pacienti môžu vyvolávať intenzívny protiprenos, v pozitívnom aj v negatívnom zmysle slova. Môžu sa správať zvodne a narúšať stabilitu terapeuta, alebo naopak, môže indukovať agresívne protiprenosové správanie, ako je krik, výčitky alebo bagatelizácia a často neskôr značné sebaspytovanie sa u terapeuta. Protiprenosovo vzniká hnev na pacienta, ale môžu vzniknúť aj fantázie o jeho záchrane. Aby si terapeut mohol zachovať primeraný odstup, potrebuje kontinuálne sledovať tieto pocity a vlastné očakávania.

Suicidalita

Vždy, keď sa u pacientov s hraničnou poruchou osobnosti objaví suicidálne (ale i sebapoškodzujúce) správanie, je potrebné ho analyzovať. Reťazec medzi vyvolávajúcou udalosťou a nasledujúcim kognitívnym, emocionálnym a behaviorálnym spracovaním je potrebné logicky a zrozumiteľne podchytiť. Výčitka voči pacientovi, že sa správa "manipulatívne" nepomáha. Naopak, spravidla vedie k nárastu symptomatiky, pretože opakuje svoju predošlú skúsenosť.

Suicidalita môže byť akútna, chronická alebo obojaká a reakcie na tieto typy suicidalít sa líšia. Niekedy je ťažké odlíšiť, či sebapoškodzujúce správanie je už suicidálne, alebo nie, podobne niektoré intoxikácie (napr. predávkovanie benzodiazepínmi) môžu slúžiť potrebe znížiť napätie, ale tiež môžu byť pokusom o samovraždu. Dokonca aj pri veľmi dobrej liečbe, kedy všetko funguje podľa predstáv, pacient môže spáchať samovraždu. Je dôležité si uvedomiť, že pocity odmietnutia, strach z opustenia, ale aj zmeny v liečbe môžu precipitovať suicidálne ideácie aj pokusy. Je potrebné brať samovražedné ohrozenia vážne a s pacientom o nich hovoriť. Pýtame sa aktuálne na sebapoškodzovanie, náhle rozhodnutia, suicidálne pokusy v minulosti a samovražednú tenziu. Hodnotíme samovražedné nápady, myšlienky, tendencie i rozhodnutie, alebo plány. Dôležité je rozhodnúť, či pre vysoké riziko suicidálneho

správania nie je nutná hospitalizácia. Pacient môže mať samovražedné myšlienky s kolísavou intenzitou roky a môže mať za sebou rôzne závažné suicidálne pokusy.

Chronickú suicidalitu bez akútneho rizika je potrebné v terapii preberať tiež. Môžeme sa napr. zaoberať interpersonálnym kontextom suicidálnych úvah a zdôraznením zodpovednosti pacienta za svoje správanie. Vhodné je vypracovať s pacientom suicidálny kontrakt, ktorý síce pacienta nezaväzuje, ale môže viesť k zodpovednosti a tlmiť samovražedné tendencie. Terapeut musí počítať s tým, že sa kríza môže v priebehu liečby objaviť opakovane. Mal by pacientovi vyjadriť, čo od neho v prípade krízy očakáva, a čo sám bude a nebude robiť. Pacienti s HPO často prežívajú samovražedné rozladenie a môžu byť k suicidálnemu pokusu alebo k sebapoškodzujúcemu správaniu disponovaní celé mesiace. Suicidálne správanie aj sebapoškodzovanie narastá v obdobiach, keď sa pacienti dostávajú do väčšieho stresu, ale tiež vtedy, keď terapeut toto správanie neberie vážne (Kjelsbert et al., 1991). Ku zvládaniu rizika patrí detailné mapovanie všetkých rizikových foriem správania od začiatku liečby, starostlivé monitorovanie v priebehu liečby, upevňovanie terapeutického vzťahu, dobrá spolupráca, komunikácia s ďalšími ľuďmi, ktorí sú v liečbe angažovaní a vedenie adekvátnej dokumentácie. Terapeut si musí všímať problémy spojené s prenosom a protiprenosom, konzultovať ich s kolegami a nebáť sa požiadať o supervíziu. Pri hrozbe suicídia alebo agresívneho správania voči druhým ľuďom je na mieste nedobrovoľná hospitalizácia.

Hospitalizácia

Hospitalizácia pacientov s HPO má svoje úskalia. Na jednej strane sebapoškodzujúce správanie a riziko samovraždy k hospitalizácii núti, na druhej strane môže pobyt v nemocnici posilniť maladaptívne správanie. Neustála potreba osobitnej pozornosti, vynucovanie si výhod, negativizmus, komunikácia o zmysle jednotlivých aktivít či krokov liečby, búrenie sa voči režimu, to všetko vyvoláva u personálu a často i u spolupacientov hnev. Hraniční pacienti majú veľmi dobrú schopnosť zosilňovať nezhody členov personálu. Preto je nutná vysoká súdržnosť tímu, jasne definovaná filozofia terapie, časté schôdzky tímu s výmenou skúsenosti a vzájomne poskytovanou podporou (Jánošíková, Daviesová 1999).

Počas liečby pacientov s HPO dochádza často k rozvoju projektívnej identifikácie. Nestabilita vo vzťahoch pacienta sa prenáša na terapeuta a celý tím. V tejto chvíli je nutné zachovať terapeutickú neutralitu. Ak sa terapeutovi podarí s tímom najskôr integrovať tieto rozpory a umožniť mu správať sa nekomplementárne s pacientovou projektívnou identifikáciou, môže to pre pacienta znamenať významnú korektívnu skúsenosť.

Vždy taktiež hrozí hospitalizmus, pretože pasivita (aktívna bezmocnosť) patrí k maladaptívnym črtám tejto osobnosti. U väčšiny pacientov s HPO by sa teda mala hospitalizácia, pokiaľ nie je na špecializovanom oddelení pre liečbu týchto porúch osobnosti, obmedziť na minimum. Je potrebná na odvrátenie akútnych samovražedných tendencií, detoxikáciu a pre liečbu ťažkej depresie či úzkostnej poruchy.

Komplexná liečba zahŕňa vyšetrenie a liečbu komorbidít, poskytuje edukáciu o diagnóze a multidisciplinárne zapojenie v kombinácii s racionálne cieleňou farmakoterapiou.

Kľúčové odporúčania pre liečbu HPO (NHMRC, 2012):

- Osoby s hraničnou poruchou osobnosti by mali byť liečené štruktúrovanou systematickou psychoterapiou, ktorá bola špeciálne vytvorená pre hraničnú poruchu osobnosti, a ktorú by mal vykonávať príslušne vzdelaný odborník alebo odborníci.
- Pri hraničnej poruche osobnosti by sa medikácia nemala použiť ako primárna liečba, pretože má len slabý a nekonzistentný účinok a nemení povahu ani priebeh tejto poruchy.
- Časovo obmedzené používanie liekov sa môže považovať za doplnok psychologickéj liečby na zvládanie špecifických symptómov.
- Pokiaľ je predpisovaná medikácia, je potrebná opatrnosť pri liekoch, kde hrozí pri predávkovaní letálna komplikácia, pretože suicidalita preskribovanými liekmi je pri hraničnej poruche osobnosti vysoká.
- Je potrebná opatrnosť pri preskripcii liekov spojených s možnosťou vzniku závislosti.
- Pred začatím časovo obmedzenej farmakoterapie u osôb s hraničnou poruchou osobnosti:
 - je potrebné brať do úvahy, či medikácia nie je použitá namiesto iných vhodnejších intervencií,
 - je potrebné brať do úvahy psychologický význam predpisovania medikácie (a to tak pre jednotlivcov, ako aj pre predpisujúceho lekára), a vplyv rozhodnutia lieky predpísať na terapeutický vzťah a celkový plán zvládania poruchy, vrátane dlhodobých liečebných stratégií,
 - je potrebné používať monoterapiu a vyhnúť sa polypragmázii, pokiaľ je to možné,
 - je potrebné zabezpečiť zhodu o podávaní lieku medzi predpisujúcimi lekármi a ďalšími zdravotníckymi odborníkmi, ktorí sú zapojení do starostlivosti o danú osobu, t.j., že je jasné, kto lieky predpisuje, kto je hlavným preskribovajúcim a má v tom prehľad,
 - je potrebné ujasniť si pravdepodobné riziká predpisovania liekov, vrátane ich interakcií s alkoholom a inými látkami.
- Zvážiť podávanie lieku v akútnych krízových situáciách, keď psychoterapeutické prístupy nie sú dostatočné.

Ak boli lieky nasadené v čase riešenia krízy, mali by sa vysadiť, akonáhle sa kríza vyrieši.

Ďalšie odporúčania

Emočne nestabilná porucha osobnosti je psychickou poruchou s komplikovaným priebehom. Pacienti sú v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti mesiace aj roky, taktiež sú časté rehospitalizácie. Pri liečbe je dôležité vytvorenie dobrého terapeutického vzťahu s pacientom a koordinovanie komplexnej starostlivosti.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Poskytovatelia ústavnej psychiatrickej starostlivosti – liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívneho psychoterapeutického režimu.

Poskytovatelia ambulantnej psychiatrickej starostlivosti – farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.

Denné psychiatrické stacionáre – farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.

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

Lekári so špecializáciou všeobecné lekárstvo – v rámci celkového manažmentu pacienta.

Ak sa na všeobecného lekára, službukonajúceho lekára APS (ambulantná pohotovostná služba), lekára urgentného príjmu nemocnice alebo ambulantného psychiatra, či klinického psychológa v ich riadnom pracovnom čase obráti zainteresovaná osoba (napr. príbuzní psychicky chorého, príslušníci polície ap.) s informáciami svedčiacimi o tom, že osoba pod vplyvom psychickej poruchy svojím správaním ohrozuje seba/svoje okolie alebo hrozí bezprostredné, ohrozujúce, vážne zhoršenie jeho stavu, zabezpečí tento odborník prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia prostredníctvom záchranej zdravotnej služby (v prípade potreby i s asistenciou PZ).

Alternatívne odporúčania

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

V prípade, že nie sú dostupné špecifické psychoterapeutické prístupy, ktorých účinnosť bola overená a je odporúčaná medzinárodne, je vhodné pacienta liečiť ďalšími metódami špecifickej psychoterapie certifikovaným psychoterapeutom.

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).

Ako vhodnú sebaopisovacia škálu pre Hraničnú poruchu osobnosti odporúčame škálu Posúdenie vážnosti hraničných prejavov priebehu času: Sebaopisovacia škála na meranie vážnosti a zmien u osôb s hraničnou poruchou osobnosti. (BEST) (Pfohl et al., 2009)

Škála BEST

MENO: _____ DÁTUM: _____

Inštrukcia: V častiach A a B, prosím, vyznačte číslo, ktoré najlepšie vystihuje, ako veľmi Vás každý príznak zaťažoval a spôsoboval Vám ťažkosti vo vzťahoch alebo s fungovaním v živote. Vyznačenie čísla 5 pri položkách v častiach A a B znamená, že vás daný príznak extrémne zaťažoval a spôsoboval Vám extrémne ťažkosti vo vzťahoch a v pracovných/študijných činnostiach. Vyznačenie čísla 1 znamená, že Vám príznak spôsoboval veľmi malé alebo žiadne ťažkosti. V časti C, prosím, vyznačte pri každej položke číslo, ktoré najlepšie vystihuje, ako často ste konali tak, ako sa uvádza v položke.

HODNOTENÉ OBDOBIE: **Posledných 7 dní** **Posledných 30 dní** **Iné:** _____

		ŽIADNE/ VEĽMI MALÉ	MIERNE	STREDNE ŤAŽKÉ	ŤAŽKÉ	EXTRÉMNE ŤAŽKÉ	
A MYŠLIENKY A POCITY	1.	Obavy, že niekto blízky je z Vás unavený, alebo že Vás plánuje opustiť	1	2	3	4	5
	2.	Veľké zmeny vo Vašich názoroch na niekoho, napr. zmena presvedčenia, že je niekto Váš verný priateľ alebo partner, na presvedčenie, že je ten človek nedôveryhodný a ublíži Vám	1	2	3	4	5
	3.	Extrémne zmeny v tom, ako sa vidíte. Zmena z pocitu istoty v tom, kto ste, na pocit, že ste zlý, alebo že ani neexistujete	1	2	3	4	5
	4.	Silné zmeny nálady prebiehajúce niekoľkokrát denne. Drobné udalosti spôsobujú veľké zmeny nálady.	1	2	3	4	5
	5.	Vzťahovacosť alebo pocit, ako by ste strácali kontakt s realitou	1	2	3	4	5
	6.	Hnev	1	2	3	4	5
	7.	Pocity prázdnoty	1	2	3	4	5
	8.	Chuť sa zabiť	1	2	3	4	5
B SPRÁVANIE -	9.	Extrémna snaha zabrániť tomu, aby Vás niekto opustil	1	2	3	4	5
	10.	Zámerné sebapoškodzovanie alebo pokus o samovraždu	1	2	3	4	5
	11.	Problémy s impulzívnym správaním (<u>nepatrí</u> sem sebapoškodzovanie a pokusy o samovraždu). Napr. nadmerné utrácanie, rizikové sexuálne správanie, zneužívanie alkoholu a drog, ľahkovážne riadenie auta alebo prejedanie sa	1	2	3	4	5

	12.	Výbuchy zlosti alebo problémy s hnevom, ktoré vedú k problémom vo vzťahoch, k ruvačkám alebo k ničeniu vecí	1	2	3	4	5
			SKORO VŽDY	VÄČŠINU ČASU	POLOVICU ČASU	NIEKEDY	SKORO NIKDY
C SPRÁVANIE	13.	Zvolenie pozitívnej činnosti v situácii, keď ste mali nutkanie urobiť niečo, čo by Vám ublížilo	5	4	3	2	1
	14.	Včasnú všimnutie si niečoho, čo by Vás mohlo rozhodnúť, a urobienie rozumných krokov, aby ste tomu predišli	5	4	3	2	1
	15.	Držanie sa terapeutického plánu, na ktorom ste sa dohodli s terapeutom (napr. dochádzali ste na psychoterapiu, robili ste „domáce úlohy“, prišli ste na dohovorené stretnutie, užívali ste lieky a pod.)	5	4	3	2	1

Na **vypočítanie celkového skóre** je potrebné vypočítať hodnoty subškál A a B. Tieto následne sčítať, a potom odčítať súčet subškály C. Pridať korekčný faktor 15, tak aby končené skóre bolo v rozsahu od 12 (najlepšie) do 72 (najhoršie). Škála BEST je určená na posúdenie vážnosti symptómov v populácii chorých osôb, a nebola určená ako diagnostický nástroj (Pfohl et. al., 2009)

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia o 2 roky, následne každých 5 rokov. Audit a revízia v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.

Literatúra

1. Allen, J. G., Fonagy, P. 2006. *The Handbook of Mentalization-Based Treatment*. West Sussex: John Wiley & Sons, 2006. 364p. ISBN 978-0470015612.
2. American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. In *American Journal of Psychiatry*. ISSN 1535-7228, 2001, vol. 158, no. 10, p. 1-52.
3. American Psychiatric Association, 2001. Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. Washington, DC: APA 2001. 9p. Dostupné na internete: <https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd-watch.pdf>
4. American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association, 2013. 991p. ISBN 978-0890425558.
5. Bach, B., First, M.B. Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry* 18, 351 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
6. Bamelis, L. L., Evers, S.M., Spinhoven P., Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2014 Mar;171(3):305-22. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12040518. PMID: 24322378.
7. Barrash, J., Kroll, J., Carey, K., Sines, L. 1938. Discriminating borderline disorder from other personality disorders. Cluster analysis of the diagnostic interview for borderlines. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 1983, vol. 40, no. 12, p. 1297-302.
8. Bateman, A., Fonagy, P. 2006. *Mentalization Based Treatment: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press, 2006. 480p. ISBN 978-0199680375.
9. Bateman, A., Fonagy, P. 2008. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. In *American Journal of Psychiatry*. ISSN 1535-7228, 2008, vol. 165, no. 5, p. 165-631.
10. Bateman, A., Fonagy, P. 2009. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. In *American Journal of Psychiatry*. ISSN 1535-7228, 2009, vol. 166, no. 12, p.1355-64.
11. Bateman, A., Gunderson, J., Mulder, R. 2015. Treatment of personality disorder. In *The Lancet*. ISSN 0140-6736, 2015, vol. 385, no. 9969, p. 735-743.
12. Bellino, S., Zizza, M., Rinaldi, C., Bogetto, F. 2007. Combined therapy of major depression with concomitant borderline personality disorder: comparison of interpersonal and cognitive psychotherapy. In *Canadian Journal of Psychiatry*. ISSN 1497-0015, 2007, vol. 52, no. 11, p. 718-725.
13. Blum, N., St John, D., Pfohl, B. et al. 2008. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. In *American Journal of Psychiatry*. ISSN 1535-7228, 2008, vol. 165, no. 4, p. 468-478.
14. Bos, E. H., van Wel, E. B., Appelo, M. T., Verbraak, M. J. 2010. A randomized controlled trial of a Dutch version of systems training for emotional predictability and problem solving for borderline personality disorder. In *Journal of Nervous and Mental Disease*. ISSN 1539-736X, 2010, vol.198, no. 4, p. 299-304.
15. Butcher, J. N., Graham, J. F., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., Kaemme. B. 1989. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-2*. Minnesota: University of Minnesota Press, 1989.
16. Butcher, J. N., Graham, J. F., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., Kaemme, B. 1989. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-2*. Minnesota: University of Minnesota Press, 1989.
17. Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., Kernberg, O. F. 2007. Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. In *The American Journal of Psychiatry*. ISSN 1535-7228, 2004, vol. 164, no. 6, p. 922-928.
18. Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., Kernberg, O. F. 2004. The Personality Disorder Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized controlled trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patients characteristics. In *Journal of personality disorders*. ISSN 1943-2763, 2004, vol. 18, no. 1 p. 52-72.
19. Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. 1999. *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: J. Wiley and Sons, 1999. 400 p. ISBN 978-0471170426.
20. Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. 2006. *Psychotherapy for Borderline Personality. Focusing on Object Relations*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2006. 397 p. ISBN 978-1585622108.
21. Coid, J., Yang, M., Roberts, A., Ullrich, S., Moran, P., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Farrell, M., Lewis, G., Singleton, N. 2006. Violence and psychiatric morbidity in a national household population -a report from the British Household Survey. In *American Journal of Epidemiology*. ISSN 1476-6256, 2006, vol. 164, p. 1199-1208.
22. Cornelius, J. R., Soloff, P. H., Perel, J. M. et al. 1993. Continuation pharmacotherapy of borderline personality disorder with haloperidol and phenelzine. In *American Journal of Psychiatry*. ISSN 1535-7228, 1993, vol. 150, no. 12, p. 1843-1848.
23. Cottraux, J., Note, I. D., Boutitie, F., et al. 2009. Cognitive therapy versus Rogerian supportive therapy in borderline personality disorder. Two-year follow-up of a controlled pilot study. In *Psychotherapy and Psychosomatics*. ISSN 1953-1964, 2009, vol. 78, no. 5, p. 307-316.
24. Cowdry, R. W., Gardner, D. L. 1988. Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine and tranlycypromine. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 1988, vol. 45, no. 2, p.111-119.

25. Crawford, T. N., Cohen, P., First, M. B., Skodol, A. E., Johnson, J. G., Kasen, S. 2008. Comorbid Axis I and Axis II disorders in early adolescence: outcomes 20 years later. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 2008, vol. 65, no. 6, p. 641-648.
26. Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P. et al. 2006. The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. In *Journal of Personality Disorders*. ISSN 1943-2763, 2006, vol. 20, no. 5, p. 450-465.
27. Doering, S., Horz, S., Rentrop, M., Fishcer-Kern, M. et al. 2010. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. In *The British Journal of Psychiatry*. ISSN 1472-1465, vol. 196, no. 5, p. 389-395.
28. DSM-5, 2015. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Praha: Hogrefe-Testcentrum, 2015. 1032p. ISBN 978-80-86471-52-5.
29. dubovsky, a. m., KIEFER, M. M. 2014. Borderline personality disorder among primary care depressive patients: a five-year study. In *Journal of Affective Disorders*. ISSN 0165-0327, 2014, vol. 98, no. 5, p. 1049-1064.
30. Duggan, C., Howard, R. C. 2009. The 'functional link' between personality disorder and violence: A critical appraisal. In McMurran, M., Howard, R. C. (Eds.). *Personality, personality disorder and violence*. Chichester: Wiley, 2009. pp 19-38. ISBN 978-0470059494.
31. Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. 2015. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada Publishing, 2015. 648p. ISBN 9788024748269.
32. Dutton, D. G. 2007. *The abusive personality. Violence and control in intimate relationships*. New York: Guilford Press, 2007. 214p. ISBN 978-1572303706.
33. Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T., Fredrikson, M. 2001. Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. In *Personality and Individual Differences*. ISSN 0191-8869, 2001, vol. 30, p. 311-320.
34. El-Gabalawy, R., Katz, L. Y., Sareen, J. 2010. Comorbidity and associated severity of borderline personality disorder and physical health conditions in a nationally representative sample. In *Psychosomatic Medicine*. ISSN 1534-7796, 2010, vol. 72, no. 7, p. 641-647.
35. Esbec, E., Echeburúa, E. 2010. Violence and personality disorders: clinical and forensic implications. In *Actas espanolas de psiquiatria*. ISSN 1578-2735, 2010, vol. 38, no. 5, p. 249-261.
36. Fazel, S., Danesh, J. 2002. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. In *The Lancet*. ISSN 0140-6736, 2002, vol. 359, no. 9306, p. 545-550.
37. Feurino, L., Silk, K. R. 2011. State of the art in the pharmacologic treatment of borderline personality disorder. In *Current Psychiatry Reports*. ISSN 1535-1645, 2011, vol. 13, no. 1, p. 69-75.
38. First, M. B., Williams, J. W., Benjamin, L. S., Spitzer, R. L. 2016. *Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders (SCID-5-PD)*. American Psychiatric Association Publishing, 2016. 52p. ISBN 978-1-585624744.
39. Frankenburg, F. R., Zanarini, M. C. 2002. Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double-blind placebo-controlled pilot study. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 1555-2101, 2002, vol. 63, no. 5, p. 442-446.
40. Gabbard, G. O. 2001. Psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder: a contemporary approach. In *Bulletin of the Menninger Clinic*. ISSN 0025-9284, 2001, vol. 65, no. 1, p. 41-57.
41. Gerson, J., Stanley, B. 2002. Suicidal and self-injurious behavior in personality disorder: controversies and treatment directions. In *Current psychiatry reports*. ISSN 1535-1645, 2002, vol. 4, no. 1, p. 30-38.
42. Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P. et al. 2006. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 2006, vol. 63, p. 649-658.
43. Goldberg, S. C., Shulz, S. C., Shulz, P. M., Resnick, R. I., Haymer, R. M., Friedel, R. O. 1986. Borderline and schizotypal personality disorders treated with low dose thiothixene versus placebo. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 1986, vol. 43, p. 680-686.
44. Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., Lantigua, R., Weissman, M. M. 2002. Borderline personality disorder in primary care. In *Archives of Internal Medicine*. ISSN 0003-9926, 2002, vol. 162, no. 1, p. 53-60.
45. Gunderson, J. G. 2001. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
46. Gunderson, J. G., Links, P. S. 2014. *Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press, 2014. 180p. ISBN 978-1585624607.
47. Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T. et al. 2011. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X. 2011, vol. 68, no. 8, p. 827-837.
48. Herpertz, S. C., Zanarini, M., Schulz, C. S., Siever, L., Lieb, K., Möller, H. J. 2007. WFSBP Task Force on Personality Disorders; World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. In *The World Journal of Biological Psychiatry*. ISSN 1562-2975, 2007, vol. 8, no. 4, p. 212-244.
49. Hörz, S., Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G. 2010. Ten-year use of mental health services by patients with borderline personality disorder and with other axis II disorders. In *Psychiatric Services*. ISSN 1557-9700, 2010, vol. 61, no. 6, p. 612-616.
50. Chanen, A. M. et al. 2005. Borderline personality disorder in young people: are we there yet? In *Journal of Clinical Psychology*. ISSN 1097-4679, 2005, vol. 71, no. 8, p. 778-791.
51. Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L., Dudgeon, P., Jovev, M., Yuen, H. P. et al. 2008. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using Cognitive Analytic Therapy: a randomised controlled trial. In *British Journal of Psychiatry*. ISSN 1472-1465, 2008, vol. 193, no. 6, p. 477-484.

52. Chanen, A. M., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Yuen, H. P., Rawlings, D., Jackson, H. J. 2008. Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. In *Journal of Personality Disorders*. ISSN 1943-2763, 2008, vol. 22, no. 4, p. 353-364.
53. Chanen, A. M., McCutcheon, L. 2013. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. In *The British Journal of Psychiatry*. ISSN 1472-1465, 2013, vol. 54, p. 24-29.
54. Chanen, A. M., McCutcheon, L., Germano, D., Nistico, H., Jackson, H. J., McGorry, P. D. 2009. The HYPE Clinic: An early intervention service for borderline personality disorder. In *Journal of Psychiatry Practise*. ISSN 1538-1145, 2009, vol. 15, p. 163-72.
55. Ingenhoven, T., Lafay, P., Rinne, T., Passchier, J., Duivenvoorden, H. 2010. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 1555-2101, 2010, vol. 71, no. 1, p. 14-25.
56. Janosiková, E. H., Daviesová, J. L. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1999. 551p. ISBN 9788080630171.
57. Kernberg, O. F. 1993. Between conventionality and aggression: the boundaries of passion. In *Psychotherapy and Psychosomatics*. ISSN 1953-1964, 1993, vol. 43, no. 2, p. 37-45.
58. Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. et al. 2005. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 2005, vol. 62, no. 6, p. 617-627.
59. Kjelsberg, E., Eikeseth, P. H., Dahl, A. A. 1991. Suicide in borderline patients—predictive factors. In *Acta psychiatrica Scandinavica*. ISSN 1600-0447, 1991, vol. 84, no. 3, p. 283-287.
60. Kliem, S., Kröger, C., Kosfelder, J. 2010. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. ISSN 0022-006X, 2010, vol. 78, no. 6, p. 936-951.
61. Kuhl, J., Kazén, M. 2002. *PSSI – Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti*. Praha: Testcentrum Hogrefe, 2002. ISBN 80-86571-10-1.
62. Leue, A., Borchard, B., Hoyer, J. 2004. Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. In *European Psychiatry*. ISSN 0924-9338, 2004, vol. 19, no. 3, p. 123-130.
63. Levenson, J. C., Wallace, M. L., Fournier, J. C., Rucci, P., Frank, E. 2012. The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. ISSN 0022-006X, 2012, vol. 80, no. 5, p. 719-729.
64. Lieb, K., Völlm, B., Rücker, G., Timmer, A., Stoffers, J. M. 2010. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. In *The British Journal of Psychiatry*. ISSN 1472-1465, 2010, vol. 196, no. 1, p. 4-12.
65. Linehan, M. M. 1993. *The Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press, 1993. 180p. ISBN 978-0898620344.
66. Linehan, M. M. 2014. *DBT Training Manual*. New York: Guilford Press, 2014. 504p. ISBN 978-1462516995.
67. Loranger, A. W., Janca, A., Sartorius, N. 1997. *The ICD-10 International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Cambridge (NY): Cambridge University Press, 1997. 244p. ISBN 0521580439.
68. Markovitz, P. J., Calabrese, J. R., Schulz, S. C., Meltzer, H. Y. 1991. Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. In *American Journal of Psychiatry*. ISSN 1535-7228, 1991, vol. 148, no. 8, p. 1064-1067.
69. Marshall, W. L. 2007. Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: Their incidence and treatment. In *Aggression and Violent Behavior*. ISSN 1359-1789, 2007, vol. 12, no. 1, p. 16-35.
70. McGlashan, T. H. 1986. Schizotypal personality disorder. Chestnut Lodge follow-up study: long-term follow up perspectives. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 1986, vol. 43, no. 1, p. 329-334.
71. McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L. et al. 2012. Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. In *American Journal of Psychiatry*. ISSN 1535-7228, 2012, vol. 169, no. 6, p. 650-661.
72. McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H. et al. 2009. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. In *American Journal of Psychiatry*. ISSN 1535-7228, 2009, vol. 166, no. 12, p. 1365-1374.
73. Ménard, K. S., Pincus, A. L. 2014. Child maltreatment, personality pathology, and stalking victimization among male and female college students. In *Violence & Victims*. ISSN 1945-7073, 2014, vol. 29, no. 2, p. 300-316.
74. Mihura, J. L. 2006. Rorschach assessment of borderline personality disorder. In Huprich, S. T. *Rorschach assessment of personality disorders*. NJ: Mahwah, 2006. pp. 171-204. ISBN 978-1138881792.
75. MKCH – 10, 1993. *Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov*. 10. revízia. Bratislava: Obzor, 1993, 171 s. ISBN 80-215-0249-5.
76. MKCH10, *Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*, 1996. *Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996.
77. National Collaborating Centre for Mental Health, 2009. *Borderline personality disorder: the NICE guideline on treatment and management*. National clinical practice guideline no. 78. London United Kingdom: RCPsych Publications, 2009. 557p. ISBN ISBN: 978-1-85433-477-0.
78. National Health and Medical Research Council, 2012. *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne: National Health and Medical Research Council, 2012. ISBN 1864965657.
79. Nosè, M., Cipriani, A., Biancosino, B., Grassi, L., Barbui, C. 2006. Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. In *International Clinical Psychopharmacology*. ISSN 1473-5857, 2006, vol. 21, p. 6, p. 345-353.
80. Ocisková, M., Sedláčková, Z., Praško, J., Látalová, K., Kamarádová, D. 2014. Pokud mě cejchujete, běžte s tou terapií někam! Hraníční porucha osobnosti a stigma. In *Psychiatrie pro praxi*. ISSN 1803-5272, 2014, vol. 15, no. 2, p. 62-66.
81. Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., Guelfi, J. D., Rouillon, F. 2008. Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. In *L'Encéphale*. ISSN 0013-7006, 2008, vol. 34, no. 5, p. 452-458.
82. Paris, J. 2002. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. In *Psychiatric Services*. ISSN 1557-9700, 2002, vol. 53, no. 6, p. 738-742.

83. Paris, J. 2009. The treatment of borderline personality disorder: implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. In *Annual Review of Clinical Psychology*. ISSN , 2009, vol. 5, p. 277-290.
84. Paris, J., Brown, R., Nowlis, D. 1987. Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. In *Comprehensive psychiatry*. ISSN 0010-440X, 1987, vol. 28, no. 6, p. 530-535.
85. Pascual, J. C., Martín-Blanco, A., Soler, J., Ferrer, A., Tiana, T., Alvarez, E., Pérez, V. 2010. A naturalistic study of changes in pharmacological prescription for borderline personality disorder in clinical practice: from APA to NICE guidelines. In *International Clinical Psychopharmacology*. ISSN 1473-5857, 2010, vol. 25, no. 6, p. 349-355.
86. Perez, V., Barrachina, J., Soler, J., Pascual, J. C., Campins, M. J., Puigdemont, D., Alvarez, E. 2007. The clinical global impression scale for borderline personality disorder patients (CGI-BPD): A scale sensible to detect changes. In *Actas Españolas de Psiquiatría*. ISSN 1578-2735, 2007, vol. 35, no. 4, p. 229-235.
87. Pfohl, B., Blum, N., St John, D., McCormick, B., Allen, J., Black, D. W. 2009. Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST): a self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder. In *Journal of personality disorders*. ISSN 1943-2763, 2009, vol. 23, no. 3, p. 281-293.
88. Phillips, K. A., Gunderson, J. G. 1999. Personality disorder. In Hales, R. E., Yudofsky, S. C., Talbott, J. A. *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999, p. 795-823. ISBN 978-0880483889.
89. Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., Tatarelli, R. 2005. Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. In *Nordic Journal of Psychiatry*. ISSN 0803-9488, 2005, vol. 59, no. 5, p. 319-324.
90. Pope, H. G., Jonas, M. J., Hudson, J. I. 1983. The validity of DSM-III borderline personality disorder. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 1983, vol. 40, p. 23-30.
91. Praško, J. et al. 2015. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2015. 360 p. ISBN 9788073675585.
92. Praško, J., Grambal, A. 2016. Farmakoterapie hraniční poruchy osobnosti. In *Psychiatrie*. ISSN 1338-7030, 2016, vol. 20, no. 3, p. 155-164.
93. Praško, J., Pěč, O. 2014. Hraniční porucha osobnosti. In Raboch J, Uhlíková P, Hellerová P, Anders M, Šusta M. *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče IV*. Česká psychiatrická společnost, o.s.: Praha, 2014, pp.156-164. ISBN 978-80-260-5792-5.
94. Preiss, M., Rothanzlová, S., Krámská, L. 2006. *IPDE Mezinárodní rozhovor pro poruchy osobnosti*. Brno: Psychodiagnostika, 2006.
95. Robinson, D. J. 2001. *Poruchy osobnosti - podľa DSM-IV - vysvetlené*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2001. 138 s. ISBN 80-88952-06-9.
96. Salzamn, C., Wolfson, A. N., Schatzberg, A. et al. 1995. Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. In *Journal of Clinical Psychopharmacology*. ISSN 1533-712X, 1995, vol. 15, p. 23-29.
97. Sansone, R. A., Farukhi, S., Wiederman, M. W. 2011. Disruptive behaviors in the medical setting and borderline personality. In *International journal of psychiatry in medicine*. ISSN 0091-2174, 2011, vol. 41, no. 4, p. 355-363.
98. Schulz, S. C., Zanarini, M. C., Bateman, A., Bohus, M. et al. 2008. Olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: variable dose 12-week randomised double-blind placebo-controlled study. In *The British Journal of Psychiatry*. ISSN 1472-1465, 2008, vol. 193, no. 6, p. 485-492.
99. Schuppert, H. M., Giesen-Bloo, J., van Gemert, T., Wiersema, H., Minderaa, R., Emmelkamp, P. et al. 2009. Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents-a randomized controlled pilot study. In *Clinical Psychology and Psychotherapy*. ISSN 1099-0879, 2009, vol. 16, no. 6, p. 467-478.
100. Silk, K. R. 1999. Collaborative treatment for patients with personality disorders. In Riba, M. B., Balon, R. *Psychopharmacology and psychotherapy: a collaborative approach*. Eds. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999, p. 221-277. ISBN 9780880489133.
101. Soloff, P. H. 1994. Is there any drug treatment choice for the borderline patients? In *Acta Psychiatrica Scandinavica*. ISSN 1600-0047, 1994, vol. 89, no. 379, p. 50-55.
102. Soloff, P. H., Cornelius, J., George, A. et al. 1993. Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 1993, vol. 50, no. 5, p. 377-385.
103. Soloff, P. H., George, A., Nathan, R. S. et al. 1986. Progress in pharmacotherapy of personality disorders: a double blind study of amitriptyline, haloperidol and placebo. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 1986, vol. 43, no. 7, p. 691-697.
104. Stoffers JM, Lieb K. 2015. Pharmacotherapy for borderline personality disorder--current evidence and recent trends. In *Current Psychiatry Reports*. ISSN 1535-1645, 2015, vol. 17, no. 1, p. 534.
105. Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., Lieb, K. 2012. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. In *Cochrane Database of Systematic reviews*. ISSN 1469-493X, 2012, vol. 15, no. 8, CD005652.
106. Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., Lieb, K. 2012. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. In *Cochrane Database of Systematic reviews*. ISSN 1469-493X, 2012, vol. 15, no. 8, CD005652.
107. Stoffers, J., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., Lieb, K. 2010. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. In *Cochrane Database of Systematic reviews*. ISSN 1469-493X, 2010, vol. 16, no. 6, CD005653.
108. Stone, M. H. Long-term outcome in personality disorders. In Tyrer, P., Stein, G. *Personality disorder reviewed*. London: Gaskell, 1993, pp. 321-345. ISBN 978-0902241527.
109. Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V. 2001. The prevalence of personality disorders in a community sample. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 2001, vol. 58, no. 6, p. 590-596.
110. Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., Sher, K. J. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. In *Journal of Personality Disorders*. ISSN 1943-2763, 2010, vol. 24, no. 4, p. 412-426.
111. Tyrer P, Reed, G. M., Crawford, M. J. 2015. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. In *The Lancet*. ISSN 0140-6736, 2015, vol. 385, no. 9969, p. 717-726.
112. Tyrer, P., Silk, K. R. 2011. A comparison of UK and US guidelines for drug treatment in borderline personality disorder. In *International Review of Psychiatry*. ISSN 1369-1627, 2011, vol. 23, no. 4, p. 388-394.

113. Verheul, R., van den Bosch, I. M., Koeter, M. W., De Ridder, M. A., Stijnen, T., Van Den Brink, W. 2003. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-months, randomized clinical trial in The Netherlands. In The British Journal of Psychiatry. ISSN 1472-1465, 2003, vol. 182, p. 135-140.
114. Waxman, R., Fenton, M. C., Skodol, A. E., Grant, B. F., Hasin, D. 2014. Childhood maltreatment and personality disorders in the USA: specificity of effects and the impact of gender. In Personality and Mental Health. ISSN 1932-863X, 2014, vol. 8, no. 1, p. 30-41.
115. Weinberg, I., Gunderson, J. G., Hennen, J., Cutter, C. J. Jr. 2006. Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. In Journal of personality disorders. ISSN 1943-2763, 2006, vol. 20, no. 5, p. 482-492.
116. Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F. 2002. A Primer of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient. Northvale, NJ: Jason Aronson, 2002. 284p. ISBN 978-0765703552.
117. Young, J. E. 1994. Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach. Sarasota, Florida: Professional Resource Exchange, 1994. 83p. ISBN 978-1658870472.
118. Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. 2003. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press, 2003. 436p. ISBN 978-1593853723.
119. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R. 2001. Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind placebo-controlled pilot study. In Journal of Clinical Psychiatry. ISSN 1555-2101, 2001, vol. 62, no. 11, p. 849-854.
120. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R. 2003. Omega-3 fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind placebo-controlled pilot study. In American Journal of Psychiatry. ISSN 1535-7228, 2003, vol. 160, no. 1, p. 167-169.
121. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Silk, K. R. 2003. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. In The American journal of psychiatry. ISSN 1535-7228, 2003, vol. 160, no. 2, p. 274-283.
122. Zanarini, M. C., Horz, S., Frankenburg, F. R., Weingeroff, J., Reich, D. B., Fitzmaurice, G. 2011. The 10-year course of PTSD in borderline patients and axis II comparison subjects. In Acta psychiatrica Scandinavica. ISSN 1600-0447, 2011, vol. 124, p. 349-356.
123. Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., Hennen, J. 2003. Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. In Journal of personality disorders. ISSN 1943-2763, 2003, vol. 17, no. 3, p. 233-242.
124. Zimmerman, M., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., Martinez, J. 2012. Does the presence of one feature of borderline personality disorder have clinical significance? Implications for dimensional ratings of personality disorders. In Journal of Clinical Psychiatry. ISSN 1555-2101, 2012, vol. 73, no. 1, p. 8-12.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda 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 od 15. decembra 2021.

Vladimír Lengvarský
minister zdravotníctva