

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

Manažment pacienta s dissociálnou poruchou osobnosti v klinickej psychológii

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0069	10. december 2019	schválené	15. január 2020

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

PhDr. Katarína Kubašovská, doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.; prof. MUDr. Ján Praško CSc., MUDr. Dagmar Breznosčáková PhD., Katarína Jandová PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, MUDr. Peter Bartoň; PhD; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

Technická a administratívna podpora

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

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

Kľúčové slová

dissociálna porucha osobnosti, agresivita, anetickosť, prevencia, terapia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

APA	American Psychological Association (Americká psychologická asociácia)
DPO	dissociálna porucha osobnosti
DSM-5	Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch
EBM	evidence based medicine (medicína založená na dôkazoch)HRV - heart rate variability (Variabilita srdcovej frekvencie)
IKBT	kognitívno-behaviorálna terapia prostredníctvom internetu (IKBT - internet-based cognitive-behavioral therapy)
KBT	kognitívno-behaviorálna terapia
PLDSP	Psychologická liečba druhého stupňa. Menej intenzívne psychologické liečebné postupy(skupinová liečba druhého stupňa, terapia po telefóne, internetová terapia, sprevádzané vedenie, behaviorálna modifikácia a pod. podľa štandardných diagnostických a terapeutických postupov).
MKCH-10	medzinárodná klasifikácia chorôb
NICE	the National Institute for Health and Care Excellence (Národný inštitút pre zdravie a kvalitnú starostlivosť)
RCT	randomized controlled trial (na náhodnom výbere založená kontrolovaná štúdia)
ŠDTP	štandardný diagnostický a terapeutický postup
ÚD I	úroveň dôkazov I (systematický prehľad štúdií z úrovne II)
ÚD II	úroveň dôkazov na základe RCT

Kompetencie

Odbornosti

Všeobecný lekár pre dospelých, všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater - vyšetrenie pacienta, stanovenie diagnózy a komorbídnej diagnózy, poskytnutie podpory a bazálnej terapeutickej intervencie. V prípade ťažších stavov odoslanie na ďalšiu intervenciu, resp. liečbu.

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, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť - supervízia. Vykonávanie prevencie.

Lekár bez špecializácie - vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoedukácia, psychorehabilitačná, a komunitná starostlivosť.

Psychológ v zdravotníctve špecialista (klinický psychológ) - psychologické vyšetrenie (komplexné, parciálne), menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť). Vykonávanie prevencie.

Psychológ v zdravotníctve špecialista s certifikáciou v pracovnej činnosti psychoterapia (náročnejšie psychoterapeutické postupy podľa EBM)

Psychológ - psychologické vyšetrenie (komplexné, parciálne), menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť

Sestra - aplikácia farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, psychoterapia (po zaškolení v psychoterapeutických postupoch medicíny založenej na dôkazoch, alebo s certifikáciou v pracovnej činnosti psychoterapia). Psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora.

Liečebný pedagóg - psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoterapia (po absolvovaní výcviku v psychoterapeutickom postupe na báze medicíny založenej na dôkazoch).

Logopéd - menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoterapia (po absolvovaní výcviku v evidence based psychoterapeutickom postupe).

Sociálny pracovník - menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), sociálno-právna podpora, psychoterapia (po absolvovaní výcviku v evidence based psychoterapeutickom postupe).

Špeciálny pedagóg - so zameraním na pedagogiku psychosociálne narušených osôb, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoterapia (po absolvovaní výcviku v evidence based psychoterapeutickom postupe).

Kompetencie jednotlivých odborností v celom liečebnom procese

Odborníci v poradenských centrách (CPPaP, ŠPP, liečebno-výchovné sanatóriá, reedukačné centrá) - vykonávanie prevencie a terapie poruchy na základe medicíny založenej na dôkazoch.

Odborníci v súdnom a väzenskom systéme - vykonávajú pedagogické a terapeutické pôsobenie u osôb vo výkone trestu s dissociálnou poruchou osobnosti na základe medicíny založenej na dôkazoch.

Všetci odborní pracovníci, ktorí sa zúčastňujú procesu, sú kompetentní poskytovať odbornú starostlivosť ak absolvovali vzdelávanie v terapeutických metódach podľa EBM.

Úvod

Tento štandardný liečebný postup sa týka adolescentov a dospelých jedincov s diagnostikovanou DPO. Podľa Praško et. al (2003) je základnou črtou dissociálnej poruchy osobnosti je dlhodobý vzorec sociálne anetického správania, ktoré odráža nezáujem o práva druhých ľudí. Postihnutý je charakterizovaný nezodpovednosťou, porušovaním práv a vedomým podvádzaním druhých bez pocitov viny. Dissociálni jedinci veľmi nízku frustračnú toleranciu a nízky prah pre výbuchy agresivity a násilia a nedokážu odložiť potešenie alebo uspokojenie. Absentuje u nich súcít a empatia. Nedodržiavajú spoločenské pravidlá a záväzky, morálku, či zvyklosti. Za všetky neúspechy obviňujú druhých, a svoje konfliktné správanie ospravedlňujú a racionalizujú.

Toto usmernenie je určené pre odborníkov v oblasti duševného zdravia, ktorí sa viac ako na kriminálne správanie zameriavajú na nestabilné interpersonálne vzťahy pri DPO, na to že postihnutí ignorujú

následky svojho správania, nedokážu sa dostatočne poučiť zo skúsenosti, sú zameraní hlavne na seba, neberú do úvahy pocity druhých a opakovane porušujú pravidlá (Livesley et al., 1987; Tennant et al., 1990; Livesley, 2007). Môžu ho tiež využiť odborníci, ktorí zodpovedajú za organizáciu zdravotnej starostlivosti, a tiež politici pri kreovaní princípov zdravotnej politiky štátu, pretože súčasná situácia v liečbe DPO nie je uspokojivá. Absentuje koordinácia odborníkov, ktorí sa zapájajú do liečby, a nedostatočne sa využívajú postupy EBM.

Prínosom štandardu bude zavedenie prístupov založených na EBM v prevencii a liečbe tejto poruchy, čo zníži záťaž na súdny a nápravno výchovný systém a ušetrí finančné prostriedky, ktoré sa venujú náprave a prevýchove jedincov s touto poruchou. Zároveň zvýši kvalitu života postihnutých.

Podkladom štandardu je odborná práca tímu expertov z Veľkej Británie, ktorí na základe zhodnotenia metaanalýz vypracovali odporúčania pre DPO v práci Antisocial Personality Disorder: The NICE Guideline on Treatment, Management and Prevention (National Clinical Practice Guideline) (2013), a ďalšie odborné literárne zdroje a klinické skúsenosti.

Prevenca

Primárna prevencia porúch osobnosti môže tak spočívať v osvetovej a prednáškovej činnosti lekárov, pedagógov a psychológov, ktorí budú viesť rodičov a vychovávateľov k takým výchovným postupom, ktoré uľahčia zvereným deťom ich vlastný osobnostný vývin a čo najlepšie zvládanie vývojových úloh. V tom sú užitočné všetky aktivity, ktoré vedú k zvyšovaniu sebavedomia a interpersonálnych zručností rodičov a opatrovateľov.

Sekundárna prevencia u pacientov s poruchou osobnosti spočíva v dôslednom sledovaní a liečení komorbídnych psychických porúch, agresívneho správania a v motivovaní pacienta ku spolupráci a v udržaní kontaktu s terapeutickými a podpornými aktivitami.

DPO je multifaktorálne podmienená, v jej etiológii sa uplatňujú tak genetické faktory (dedičnosť), ako aj biologické vplyvy, ktoré môžu pôsobiť v priebehu pre-/peri-/post- natálneho obdobia (napr. užívanie alkoholu/drog v priebehu tehotenstva, komplikovaný pôrod, nízka pôrodná hmotnosť, mozgová hypoxia/asfyxia, atď.), a tiež psychosociálne a socioekonomické faktory. Metaanalýzy (podľa NICE, 2013a, 2013b) našli viaceré **rizikové faktory** spojené s neskorším výskytom DPO. Sú to problémy v správaní v predškolskom, školskom a adolescentnom veku, diagnóza alebo prejavy ADHD, rodinné faktory, ako antisociálne správanie rodičov, alebo ich drsný, krutý výchovný štýl, a sociálno ekonomické faktory, ako je napr. nízky socioekonomický status. Avšak to neznamená, že následkom týchto podmienok sa musí táto porucha nevyhnutne prejaviť.

Prospektívne longitudinálne štúdie však zistili, že u značného počtu detí s poruchami správania a s agresívnym správaním takéto správanie pretrváva aj do dospelosti, a prejavuje sa ako dissociálna porucha osobnosti. Podľa jednotlivých štúdií sa to týka od 40 do 70% takto postihnutých jednotlivcov, čo je pre prevenciu veľmi významné číslo (Robins et al., 1991; Moffit et al., 2001; Loeber et al., 2002; Simonoff et al., 2004). Tiež deti s pretrvávajúcou ADHD poruchou sú vystavené vyššiemu riziku rozvoja dissociálnej poruchy osobnosti (<http://sk.winesino.com/conditions-treatments/adhd/1011015289.html>).

Z tohto dôvodu je pre prevenciu vzniku dissociálnej poruchy osobnosti kľúčový včasný skrining, depistáž, diagnostika a intervencia u detí a adolescentov s poruchami správania. U detí z rizikovej skupiny sa uplatňuje **selektívna prevencia**, ktorá je cielená na subpopuláciu v podmienkach vysokého rizika (napr. deti závislých rodičov) a **indikovaná prevencia**, zameraná na jednotlivcov prejavujúcich špeciálne znaky a symptómy (maladaptívne prejavy správania v predškolskom veku, či školskom veku). Preventívny program vychádzajúci z týchto skutočností uskutočňovali v USA pod názvom „Rodinné partnerstvo“ priamo v rodinách zaškolené zdravotné sestry. Cieľom programu bolo napr. zlepšenie správania matiek v súvislosti s prenatálnym zdravím (t.j. konzumácia cigariet, alkoholu a nelegálnych

drog), posilnenie kompetencií v starostlivosti o dieťa, dokončenie si vzdelania, nájdenie zamestnania a zlepšenie ekonomickej sebestačnosti. Do programu boli zahrnutí okrem matiek aj ďalší členovia rodiny a uskutočňoval sa pomocou osobných návštev zdravotnej sestry v rodine. Deti z rodín, ktoré prešli programom, mali o 59% menej zatknutí a o 90% menej súdnych rozhodnutí. Ešte lepšie výsledky boli zaznamenané v rodinách, ktoré boli v lepšej ekonomickej situácii (Olds et al., 1998). V školskom veku sa u týchto detí zisťovala vyššiu úroveň intelektu a lepšia slovná zásoba, vykazovali tiež menej problémov so správaním a menej prejavov agresivity (Olds a kol., 2004).

Dôležitá je realizácia takých preventívnych programov, ktoré sú zamerané na rozvíjanie socio-emocionálnych a komunikačných kompetencií. Napr. programy pre predškolákov („Aby každý z nás mohol rásť...“, „Aj ja sa teším do školy!“). Preventívne programy určené pre deti na 1. a 2. stupni ZŠ („Srdce na dlani“, „Akí sme?“, „Cesta!“). Prehľad zahraničných programov uvádza aj NICE (2013b). Preventívny program „tréning rodičov“ vytvorila Caroly Webster-Stratton. Program trvá 12 týždňov a skupina rodičov sa stretáva raz týždenne dve hodiny. Webster-Stratton, Reid (2010; Sanders et al., 2003). Prvé tri týždne sa rodičia učia to, ako sa „naladiť“ na svoje deti. Namiesto karhania sa učia s nimi hrať, nechať ich nech hru vedú, a len nehodnotiaco komentovať to, čo robia. Neskôr sa deti učia oceňovať za žiaduce správanie. Až následne, ak je to nutné, im určujú hranice pomocou jasných inštrukcií tvárou v tvár a pomocou očného kontaktu. Tieto majú byť čo najkonkrétnejšie a majú viesť k okamžitému konaniu. Sľúbené odmeny fungujú systémom „keď to urobíš, tak...“. Nakoniec sa rodičia učia trestať. Tresty majú byť jednoduché a primerané tak, aby neznechucovali. Drobné problémy sa učia rodičia ignorovať, a výraznejšie priestupky sa najčastejšie riešia vylúčením (maximálne na 5-10 minút). Program bol overovaný vo viacerých krajinách. V rozsiahlej britskej štúdii sa zistilo, že 7 rokov po liečbe bola u 80% detí menšia pravdepodobnosť, že sa prejaví opozičné vzdorovité správanie v porovnaní s tými deťmi, ktoré takto liečené neboli. Aj podľa údajov rodičov sa správanie detí oproti kontrolnej skupine detí výrazne zlepšilo (Scott et al., 2014). Ekonomické štúdie realizované v USA poukazujú na fakt, že včasne realizované preventívne intervencie môžu z dlhodobého hľadiska viesť k významnej úspore finančných prostriedkov vynakladaných na sociálne dávky a trestno-právne konania (NICE, 2013b).

Epidemiológia

Údaje o výskyte tejto dissociálnej poruchy osobnosti sú nejednotné. Praško et al. (2003) na základe literárnych údajov uvádza ich prevalenciu medzi 0,2 - 9,4% v celkovej populácii, 3-37% u hospitalizovaných psychiatrických pacientov, a až 75% u väzňov. Prevalenciu a priebeh DPO ovplyvňuje tiež pohlavie. DPO je častejšia u mužov, a to v pomere 2:1 až po 7:1. DPO u mužov aj častejšie pretrváva. Guze (1976) uvádza, že vo vzorke sledovaných mužov, ktorí boli vo výkone trestu, malo následne problémy s antisociálnym správaním po 3 rokoch 87% a po 9 rokoch 72%, zatiaľ čo Martin et al. (1982) zistili, že u žien bolo do kriminálneho správania po 3 rokoch zapojených len 33% žien, a po 6 rokoch len 18%. Dlhodobé sledovanie tiež ukázalo zníženie opakovaných trestných činov u mužov v priebehu času (Grilo et al., 1998; Weissman, 1993).

DPO je medzi odsúdenými osobami častá. Prehľad u uväznených osôb ukazuje celosvetovú prevalenciu dissociálnej poruchy osobnosti 47% u mužov a 21% u žien (Fazel & Danesh, 2002).

Patofyziológia

Patofyziológia DPO vysvetľuje reakciu postihnutých ľudí na stres. Ľudia postihnutí DPO sa vyznačujú impulzivitou, vysokou úrovňou negatívnej emocionality, nesvedomitosťou a výrazným interpersonálnym a sociálnym narušením. Tak ako u väčšiny psychických porúch, aj pri DPO je výsledný obraz poruchy kombináciou biologickej a psychosociálnej etiologie. Napr. Viding et al.

(2008) zistili zvýraznenú dedičnú agresivitu v ranom veku u detí, ktoré začali páchať priestupky. Dedičné predpoklady potom zhoršuje rodinné prostredie s prísnu, či nekonzistentnou výchovou. Štúdie adoptovaných detí preukazujú interaktívny účinok genetickej vulnerability a averzívneho prostredia, čo vytvára výraznejšiu patológiu, ako by sme očakávali len pri vplyve z jednej oblasti (Cadoret et al., 1995). Konkordancia poruchy u jednovaječných dvojčiat je 51%, u dvojvaječných len 22% (Praško 2003). Tento interaktívny efekt génov a prostredia poukazuje na fakt, že genetické riziko môže byť ovplyvnené zmenou negatívnych reakcií rodičov, napr. programami tréningu rodičov, multisystemickou terapiou a pod. Poznatky o genetickej vulnerabilite môžu ovplyvniť obsah programu a spôsob jeho vykonávania, a tak zvýšiť jeho účinnosť. Napr. deti s črtami bezcitnosti a emocionálneho nereagovania reagujú negatívne na trestanie, ale pozitívne na odmeňovanie, a preto je potrebné program prispôbiť ich špecifickým potrebám.

Biologické markery agresívneho a impulzívneho správania

Štúdie, ktoré porovnávali jedincov s a bez agresívneho správania preukázali výrazné rozdiely vo fyziologických reakciách a štruktúre a fungovaní mozgu u týchto skupín (pozri prehľad Patrick, 2008). Napr. jedinci so sklonom k agresivite mali zvýšenú reakciu autonómneho nervového systému na stres, zvýšenú mieru pomalej aktivity na zázname EEG, zníženú hladinu serotonínu v mozgu (Coccaro et al., 1996a; Dolan et al., 2001) a dysfunkcie v frontokortikálnych a limbických oblastiach, ktoré ovplyvňujú emocionálne fungovanie (Raine et al., 2000, Blair et al., 2006). Limitmi týchto štúdií je to, že väčšina sa zameriavala skôr na agresívne správanie a psychopatiu, a nie na DPO. Deti a adolescenti s agresívnymi prejavmi mali nízku úroveň autonómneho nabudenia (arousal), ale zvýšenú autonómnú reaktivitu na stress (Lorber, 2004), zatiaľ čo dospelí, ktorí skórovali vysoko v zozname psychopatie (Psychopathy Checklist) mali autonómnú reaktivitu na stres redukovanú.

Tieto zistenia by mohol vysvetľovať Adaptívny kalibračný model (Del Giudice et al., 2011; Tonhajzerová, Mestanik, 2017), ktorý predpokladá, že individuálne rozdiely v odpovedi na stres sú hlavne výsledkom nepodmienennej adaptácie, teda postupnému rozvoju schopnosti organizmu modifikovať jeho vývinovú trajektóriu tak, aby sa prispôbil podmienkam sociálneho a fyzického prostredia (Del Giudice et al., 2011). Preto tento model zahŕňa účinok stresu na fyziologické fungovanie nielen v termínoch akútnej odpovede na stresovú situáciu, alebo na dlhotrvajúce vystavenie sa stresu, ale tiež na schopnosť organizmu využiť získané informácie zo stresových situácií na adaptívne spracovanie vývinových zmien s cieľom maximálne možnej adaptácie fyziologických reakcií a správania na podmienky prostredia (Del Giudice et al., 2011). Znamená to, že vystavenie stresovému prostrediu vytvára stratégie, ktoré sú potom počas stresových situácií adaptívne a majú protektívny účinok voči nepriaznivým vplyvom neskôr v živote (Flinn, 2006; Ellis et al. 2011a; Ellis et al., 2011b). Individuálne rozdiely v stresovej reaktivite Del Giudice et al. (2011) zhrňa do 4 vzorcov, a to do primerane citlivej reakcie, tlmivej reakcie, ostražitej reakcie a nedostatočnej emocionálnej reakcie. Každý z týchto typov je charakterizovaný bazálnou aktivitou a reaktivitou/schopnosťou odpovede fyziologických regulačných systémov, či už sympatickej alebo parasympatickej vetvy ANS, osi HPA, behaviorálnymi charakteristikami a vývinovými mechanizmami.

Pre dissociálnu poruchu osobnosti môžu byť zaujímavé dva vzorce. Ostražitý vzorec fyziologického autonómneho profilu je silne spojený s vývinom jedinca. Vigilantné vzorce sa vytvárajú v stresovom prostredí, kde umožňujú jedincovi efektívne a pružne zvládnuť nebezpečenstvo a hrozbu z fyzikálneho a sociálneho prostredia. Preto je vigilantný typ charakterizovaný vysokou bazálnou aktivitou sympatiku a HPA a vysokou reaktivitou obidvoch fyziologických systémov. Naproti tomu základná parasympatická aktivita a reaktivita je nízka. Zotavovacia fáza je predĺžená, ostražitým ľuďom trvá dlho, než sa vrátia na základnú úroveň po sympatickej a HPA aktivácii a ich habituácia je pomalšia (Gunnar and Vazquez, 2006).

Ostražitý fenotyp sa rozvinie u temperamentovo obťažných /inhibovaných detí, ktoré sú vystavené častým a príliš silným stresovým podmienkam vo svojom ranom živote, čo vedie k prehnanej regulácii stresovej reaktivity. Zvlášť úzkostní a hyperprotektívni rodičia dávajú signál dieťaťu, že prostredie je nebezpečné a nepredvídateľné, čo vedie k rozvoju ostražitého fenotypu u temperamentovo labilných detí (Rubin, 2002). Pre mužov je typický vigilantne agonistický vzorec s dominantnou reakciou útoku, a pre ženy vzorec ostražitého stiahnutia.

Stresový emocionálne nereagujúci vzorec je z fyziologického hľadiska charakterizovaný nízkou bazálnou aktivitou a reaktivitou vo všetkých častiach odpovede na stres - ANS a HPA os. Znamená to, že celkové nereagovanie potláča sociálne učenie a citlivosť na sociálnu spätnú väzbu, čo je spojené s potenciálne zvýšeným rizikom kvôli blokovaniu informácií o nebezpečenstve a hrozbách z prostredia. Očakáva sa tu nízka serotonergná a dopaminonergná aktivita zvlášť pri agresii a rizikovitom konaní (Gatzke-Kopp, 2011; Del Giudice et al., 2011). Muži s absentujúcou emocionalitou majú nízku úroveň empatie a sociálnej kooperácie, a majú sklon k vysokému riziku antisociálneho/rušivého správania. Tieto špecifické behaviorálne charakteristiky sú pravdepodobne spôsobené pohlavnými hormónmi, zvlášť antisociálne správanie je spojené s vysokou úrovňou androgénov (testosterónu, dehydroepiandrosteronu) sprevádzané nízkou úrovňou kortizolu.

Klasifikácia

Diagnostické kritériá MKCH-10 pre F60.2 - dissociálna porucha osobnosti

- A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre poruchu osobnosti.
- B. Musia byť splnené najmenej tri z nasledujúcich symptómov:
 1. chladný nezáujem o pocity druhých
 2. hrubý a trvalý postoj nezodpovednosti a bezohľadnosti voči spoločenským normám, pravidlám a záväzkom
 3. neschopnosť udržať trvalé vzťahy pri nedotknutej schopnosti takéto vzťahy bez ťažkostí vytvárať
 4. veľmi nízka frustračná tolerancia a nízky prah pre uvoľnenie agresie, vrátane násilia
 5. neschopnosť pociťovať vinu a poučiť sa zo skúsenosti, zvlášť z trestu
 6. výrazná tendencia prenášať vinu na iných alebo k uvádzaniu racionálneho vysvetlenia pre správanie, ktoré jedinca privádza do konfliktu so spoločnosťou.

Ako pridružená črta môže byť prítomná pretrvávajúca iritabilita. Diagnózu môžu ďalej podporovať poruchy správania v detstve a dospievaní, hoci nemusia byť trvale prítomné.

Diagnostické kritériá podľa DSM-5 - antisociálna porucha osobnosti 301.7 (F60.2)

- A. Pervazívny vzorec ignorovania a porušovania práv iných ľudí, ktorí sa vyskytuje od veku 15 rokov príslušného jedinca. Porucha je určená prítomnosťou troch (a viacerých) znakov z nasledujúcich:
 1. Neschopnosť prispôbovať sa sociálnym normám, s ohľadom na zákonom povolené prejavy správania, v dôsledku čoho sa jedinec opakovane dopustí činov, ktoré sú dôvodom na zatknutie.
 2. Zákernosť v podobe opakovaného klamania, používania falošného mena, podvádzanie ostatných pre osobný zisk či potešenie.
 3. Impulzivita, čiže neschopnosť vopred si naplánovať svoje jednanie.
 4. Podráždenosť a agresivita prejavujúca sa opakovanými bitkami a násilnými útokmi.
 5. Bezohľadný nezáujem o vlastnú bezpečnosť a bezpečnosť ostatných.

6. Trvalá nezodpovednosť zrejماً z opakovaných neúspechov pri snahe udržať si zamestnanie či dostať sa z finančných záväzkov.
 7. Neprítomnosť pocitov viny, ľahostajnosť alebo racionalizácia vlastného správania v situáciách, kedy dotýčný niekomu ublíži, týra ho alebo mu niečo ukradne.
- B. Vek jedinca je najmenej 18 rokov.
- C. Sú dôkazy o tom, že už pred 15. rokom života sa u neho začala prejavovať porucha správania.
- D. Antisociálne správanie sa nevyskytuje výlučne v priebehu schizofrénie alebo bipolárnej poruchy.

Klinický obraz

Vzorec nerešpektovania a pohrdania právami ostatných nastupuje už v detstve alebo v ranej adolescencii a pokračuje do dospelosti. Jedinci s DPO často už od detstva kradnú, klamú, týrajú slabších rovesníkov alebo zvieratá, chodia poza školu, vytvárajú asociálne partie a majú problém s autoritami. Jedincom s DPO chýba schopnosť vcítania sa (empatie), bývajú bezcitní, nedokážu udržať trvalý vzťah. Niekedy sú prehnane a arogantne sebavedomí, môžu sa vyznačovať povrchným šarmom a verbálnou pohotovosťou. Často sa ocitajú vo väzeniach, aj keď kriminálne aktivity sami o sebe nemusia znamenať prítomnosť DPO. Prevalencia DPO medzi väzňami necelých 50% (Fazel & Danesh, 2002; Hart & Hare, 1989). Epidemiologické štúdie v bežnej populácii preukázali, že len 47% ľudí, ktorí spĺňali kritériá pre dissociálnu poruchu osobnosti malo záznam o uväznení. Agresia v anamnéze, nezamestnanosť a promiskuita boli však u ľudí s diagnózou dissociálnej poruchy osobnosti častejšie ako vážne porušenie zákona (Robins, 1987; Robins et al., 1991). Tieto údaje ukazujú, že vzťah medzi DPO a porušovaním zákona nie je priamočiary.

Jedinci s DPO môžu často trpieť dysforickými alebo depresívnymi zmenami nálady, niektorou z úzkostných porúch, intrapsychickou tenziou, neschopnosťou znášať nudu. Komorbídnymi komplikáciami sú zneužívanie psychoaktívnych látok, patologické hráčstvo a iné poruchy súvisiace s narušenou kontrolou impulzov, a taktiež somatizačná porucha. Častou dôvodom pre psychiatrický kontakt je účelová motivácia, ako napr. predpísanie zneužívaných liekov, potvrdenie kvôli nezamestnanosti, forenzný posudok, vyhýbanie sa práci a pod.

Oproti ostatným ľuďom v bežnej populácii sú jedinci s DPO náchylnejší k predčasnej smrti násilnou cestou (napr. samovraždou, pri nehode, zabitím). Mávajú nízky prah pre výbuchy agresivity a násillia, a podobne radikálne môžu pristupovať k samovražednému správaniu (Mulder et al., 2011). Hoci v správaní dominuje nadmerná ziskuchtivosť a bezohľadnosť, suicidalita pri DPO je relatívne vysoká (Krysinska et al., 2006; Fazel a Danesh, 2002). Zvyšuje ju sklon k unáhlenému správaniu, impulzivita a neinhibované agresívne fantázie. Na stratu postavenia, majetku, hrozbu väzenia alebo uväznenie, trestnú väzbu môžu reagovať suicidálnymi rozladami, myšlienkami, či suicidálnym správaním (Slade et al., 2013). Links et al. (2003) zistili, že pacienti s DPO majú vyššie riziko suicidálneho správania, keď sú depresívni, zatiaľ čo u jedincov s narcistickou poruchou osobnosti je riziko vyššie, keď depresívni nie sú. U pacientov s DPO sa často kombinuje niekoľko faktorov zvýšeného rizika: impulzivita, porucha nálady, vysoká tenzia, abúzus alkoholu či iných návykových látok a nedostatočná sociálna podpora.

Násillné správanie

Porucha sa vyznačuje typickým ignorovaním a porušovaním práv druhých. Súvisí s násillnou trestnou činnosťou, a to tak u mužov, ako aj u niektorých žien. Vo vzťahu k obetiam pri DPO ide väčšinou o neznámych ľudí (55%) alebo osoby, ku ktorým majú malú väzbu, napr. susedov alebo povrchné známosti (20%), ktoré si dehumanizujú (González-Guerrero, 2007).

Jedinci s DPO sa často vyznačujú aj osobnostnými charakteristikami, ktoré zodpovedajú kritériám pre iné poruchy osobnosti, napr. hraničnú, histriónsku a narcistickú poruchu osobnosti.

Diagnostika I Postup určenia diagnózy

Pri posudzovaní osoby s podozrením na DPO v primárnej starostlivosti by mal všeobecný lekár alebo pediater posúdiť riziko agresívneho správania v prípade:

- že sa vyskytli agresívne prejavy v minulosti, alebo sú prítomné v súčasnosti, zhodnotiť jeho vážnosť, okolnosti, čo mu predchádzalo a kto bol obeťou
- výskytu komorbídnych psychických porúch a/alebo zneužívania návykových látok.
- aktuálnych životných stresorov, problémových vzťahov a udalostí v živote

Lekár by sa tiež mal opierať o ďalšie informácie zo zdravotných alebo iných záznamov, o údaje od rodinných príslušníkov alebo opatrovateľov, pretože údaje od osoby trpiacej touto poruchou nemusia byť pravdivé.

V prípade spáchania násilných trestných činov alebo ich vážnej hrozby by sa odborníci mali spojiť s orgánmi činnými v trestnom konaní, zvlášť v prípade zraniteľných osôb.

Pri diagnostikovaní osoby s podozrením na DPO by mali odborníci na psychické zdravie v sekundárnej a forenznej starostlivosti čo najúplnejšie posúdiť:

- antisociálne správanie
- fungovanie osoby, jej stratégie zvládania, prednosti a nedostatky
- komorbídne psychické poruchy (vrátane depresie a úzkosti, zneužívania drog alebo alkoholu, prítomnosti postraumatickej stresovej poruchy alebo iných porúch osobnosti)
- potrebu psychologickéj (psychoterapeutickej) liečby, sociálnej starostlivosti a podpory, zamestnaneckej rehabilitácie a ďalšieho vývinu poruchy.

Personál vykonávajúci posúdenie DPO by mal kedykoľvek, kedy je to možné, použiť štruktúrované posudzovacie metódy, ako napr. SCID (Structured Clinical Interview for DSM-5).

Pri posudzovaní rizika násillia v sekundárnej starostlivosti je potrebné zistiť detailnú anamnézu násillia a zvážiť a zaznamenať:

- súčasné a minulé násilné činy, ich vážnosť, okolnosti, čo im predchádzalo, kto bol obeťou
- kontakty s políciou a súdmi, vrátane odsúdenia a jeho trvania
- výskyt komorbídnych psychických porúch a/alebo zneužívania návykových látok
- aktuálne životné stresory, vzťahy a udalosti v živote
- ďalšie informácie zo zdravotných alebo iných záznamov, údaje od rodinných príslušníkov alebo opatrovateľov, pretože údaje od osoby trpiacej touto poruchou nemusia byť pravdivé.

Úvodný manažment tohto rizika by sa mal zamerať na krízovú intervenciu a ovplyvnenie akýchkoľvek zhoršujúcich faktorov. Údaje z anamnézy o predchádzajúcom násillí by mali byť dôležitými informáciami vo vytváraní akéhokoľvek budúceho plánu na zvládanie rizika.

Pracovníci v sekundárnej zdravotnej starostlivosti by mali požiadať o pomoc policajné zložky:

- v prípade aktuálneho násillia alebo jeho hrozby, ktorá naznačuje ohrozenie fungovanie služby.
- pri anamnestických údajoch poukazujúcich na vážne prejavy násillia v minulosti, zvlášť útoky voči deťom, alebo iným zraniteľným osobám. (NICE 2013a).

Podobne by mali postupovať aj špecialisti v terciárnej sfére a vo väzenských psychiatrických zariadeniach.

Diagnostika DPO sa opiera o:

- psychiatrické vyšetrenie - anamnézu, zhodnotenie klinického obrazu podľa kritérií MKCH-10 a psychopatologický rozbor
- psychodiagnostické vyšetrenie - využíva kombináciu klinických a testových metód, prípadne psychofyziologickú reaktivitu na stres.

V klinických metódach je dôležité zhodnotenie vývinových aspektov. Výhodou je, keď sú k dispozícii objektívne informácie od blízkych osôb. Pri interpretácii testových metód (sebapozudzovacie škály a dotazníky) je potrebná obozretnosť vzhľadom na možnosť skreslenej seba-percepcie a interferenciu aktuálnej psychopatologickej symptomatiky. Optimálnou metódou pri stanovení poruchy osobnosti je štruktúrované diagnostické interview, napr. SCID-II, ktoré umožňuje odlišiť trvalé osobnostné charakteristiky od charakteristík, ktoré sú v čase viac variabilné.

Znaky DPO sa objavujú pred 15. rokom života, ale ako diagnóza DPO sa stanovuje vo veku najmenej 18 rokov. Pokiaľ sa symptómy poruchy nevyskytli už pred 15. rokom, ale až po 18. roku života, stanovuje sa diagnóza poruchy správania.

Diferenciálna diagnostika

Pri DPO je možné pozorovať viaceré komorbídne psychické poruchy. Swanson et al. (1994) zistili, že 94,4% sledovaných probandov malo prinajmenšom aspoň jednu ďalšiu psychickú poruchu. Najčastejšou a najdôležitejšou komorbídnou diagnózou je zneužívanie psychoaktívnych látok. V epidemiologickej štúdii Catchment Area (ECA), ktorá porovnávala mužov s a bez antisociálnej poruchy osobnosti, ľudia s antisociálnou poruchou osobnosti užívali tri až päťkrát častejšie alkohol a iné drogy (Robins et al., 1991). V štúdii Goodwin & Hamilton (2003) polovica ľudí s DPO trpela súčasne úzkostnými poruchami a štvrtina z nich trpela depresívnou poruchou (Lenzenweger et al., 2007). Tieto údaje treba brať do úvahy, pretože prítomnosť DPO pravdepodobne negatívne ovplyvňuje liečbu týchto porúch v prípade, že sa tieto poruchy liečia bežným spôsobom.

Dissociálnu poruchu osobnosti je potrebné odlišiť od iných porúch osobnosti. Narcistická porucha osobnosti rovnako ako dissociálna porucha osobnosti môže mať tendenciu k povrchnosti, využívaniu iných ľudí a nedostatku empatie, ale nevykazuje také znaky ako sú impulzivita, agresivita a podvádžanie. Narcistický jedinec zneužíva z pocitu svojej výnimočnosti, dissociálny jedinec zneužíva najmä za účelom materiálneho zisku.

Histriónska porucha osobnosti nemá primárne sklon k antisociálnemu správaniu. Keď sa takéto správanie objaví, súvisí to skôr s nezvládnutými emóciami, a nie z potreby priamo zo situácie získať. Hraničná porucha osobnosti môže spáchať asociálny čin hlavne v okamihoch nezvládnutých emócií, a navyše sú tu prítomné časté prejavy sebapoškodzovania a samovražedné pokusy. Jedinci s dissociálnou poruchou osobnosti sú v porovnaní s jedincami s hraničnou poruchou osobnosti emocionálne stabilnejší a agresívnejší.

Paranoidná porucha osobnosti môže vykazovať antisociálne správanie, avšak toto nie je obvykle motivované túžbou po osobnom prospechu alebo snahou zneužívať iných, ako je to u jedincov s DPO. Takéto správanie je skôr motivované túžbou po pomste.

Iné psychické poruchy so psychotickými symptómami. Porucha s bludmi, schizofrénia, bipolárna porucha. Asociálne správanie môže vzniknúť ako následok bludov a halucinácií, a v takom prípade by nemalo byť diagnostikované ako DPO. Môže sa však vyskytovať tiež súbežne.

Poruchy vyvolané účinkom psychoaktívnych látok. Asociálne správanie sa môže objaviť ako dôsledok užívania psychoaktívnych látok. Môže sa však vyskytovať ako komorbídna porucha.

Mentálna retardácia. Asociálne správanie sa môže objaviť ako dôsledok zníženého intelektu a nedostatku kognitívnej kontroly nad správaním. Môže sa však vyskytovať tiež ako komorbidita.

Kriminálne správanie v dospelom veku za účelom zisku, ktoré však nesprevádzajú osobnostné črty, ktoré sú typické pre DPO.

DPO treba tiež odlišiť od **ADHD v dospelosti**. Títo jedinci sa tiež môžu dostať do konfliktu so zákonom, avšak hlavne kvôli ich impulzívnemu správaniu (netrpezlivosti). Môžu tiež impulzívne klamať, aby sa vyhli dôsledkom. Kvôli impulzivite tiež zlyhávajú v plánovaní. Sú tiež podráždení, a kvôli tomu sa dostávajú do konfliktov s druhými ľuďmi. Nedokážu predvídať, a kvôli impulzivite dostávajú seba samých aj druhých ľudí do rizika.

DPO môže tiež imitovať nezvládnutú posttraumatickú stresovú poruchu.

Liečba

Adoptované podľa NICE (2013a, 2013b)

Ak sa pacient s DPO dostane do terapie, je potrebné v prvom rade zvážiť jeho motiváciu na liečbu a otvorene s ním o tom hovoriť, pretože práca na osobnostnej zmene je v tomto prípade veľmi náročná. Motiváciu je potrebné zvažovať priebežne, pretože ak je jeho motívom mať z terapie iné zisky (napr. invalidný dôchodok) alebo vyhnutie sa trestu, terapia nebude účinná.

Zatiaľ čo pri ostatných poruchách osobnosti pacientom spravidla nemusíme hovoriť diagnostický záver, pretože to môže byť zbytočné a stigmatizujúce (skôr hovoríme o problematickom životnom štýle kvôli určitým povahovým črtám), u pacientov s DPO osobnosti sa odporúča diagnózu oznámiť (Beck a Freedman, 1990). Následne je potrebné prebrať jednotlivé charakteristické osobnostné črty a posúdiť, aké výhody a problémy tieto črty jedincovi v živote prinášajú. Ak je pacient dostatočne motivovaný, je vhodné spísať jasnú dohodu o pravidelnej účasti na sedeniach, aktívnej účasti v diskusii, plánovaní a plnení domácich zadaní. Ak pacient prestáva v terapii spolupracovať, je potrebné spýtať sa ho priamo na to, aký má na terapiu názor. Ak aj po objasnení prístupu pacient nespupracuje, má na výber tri možnosti. Môže ukončiť terapiu, môže pokračovať v terapii u súčasného terapeuta, alebo je možné ho odporučiť k iným odborníkom, či odporučiť mu inú službu.

Základný terapeutický prístup zo strany terapeuta vyžaduje:

Možnosť autonómie a výberu.

Pri práci s ľuďmi s DPO je potrebné, aby ich terapeuti brali ako partnerov, rozvíjali ich autonómiu a umožnili im vybrať si terapeutické postupy tak, aby boli aktívnymi účastníkmi pri nachádzaní riešení svojich problémov, a to aj počas krízy. Terapeuti ich vedú k tomu, aby zvážili rôzne liečebné možnosti a životné rozhodnutia, ktoré majú k dispozícii, a aby posúdili dôsledky svojho výberu.

Vytvorenie optimistického a dôveryhodného vzťahu

Terapeuti pracujúci s DPO by mali vedieť, že v zapojení a udržaní pacienta v liečbe je pozitívny a odmeňujúci prístup oveľa účinnejší ako trestajúci prístup. Je potrebné prebrať s pacientom liečebné možnosti v atmosfére nádeje a optimizmu, vysvetliť mu, že uzdravenie je možné a dosiahnuteľné. Terapeut by sa mal snažiť vytvárať dôveryhodný terapeutický vzťah, pracovať otvoreným a neposudzujúcim spôsobom a byť konzistentný a spoľahlivý.

Zapojenie do liečby a motivácia

Už pri úvodnom posúdení je potrebné pacientov s DPO motivovať a zapájať do liečby. Takto treba postupovať počas celej liečby, pretože ľudia s DPO majú sklon liečebné intervencie ukončiť predčasne.

Nemocničná liečba

Odborný personál by podľa NICE (2013) mal zvažovať prijatie ľudí s DPO do nemocničnej liečby len v prípade krízového manažmentu, alebo pre liečbu komorbídnych porúch. Nemocničná liečba má byť krátka, na základe predchádzajúceho krízového plánu a s jasne stanoveným účelom a časom.

Zapojenie rodín a opatrovníkov

Podľa NICE (2013a) je potrebné spýtať sa pacienta s DPO priamo, či chce aby sa do jeho liečby zapojila jeho rodina alebo opatrovníci, vyžiadať si jeho súhlas a zabezpečiť dôvernosť. Terapeut povzbudzuje rodinu alebo opatrovníkov, aby sa do liečby zapojili a dbá na to, aby ich aktivita nevedla k prerušeniu liečby alebo k neprístupnosti služby. Informuje rodinu alebo opatrovníkov o miestnych podporných službách, ak sú k dispozícii.

Terapeut podľa NICE (2015a) má zväziť potreby rodín a opatrovateľov ľudí s dissociálnou poruchou osobnosti a venovať pozornosť vplyvu antisociálneho a narúšajúceho správania na rodinu, či dôsledkom prílišného zneužívania drog alebo alkoholu. Je potrebné zväziť, čo potrebujú deti rodičov s DPO, a posúdiť riziko, ktorému sú vystavené, a postarať sa o ich záujmy.

Tak psychologické, ako aj farmakologické intervencie pre ľudí s DPO sú nedostatočne preskúmané, a priame dôkazy o liečbe tejto populácie sú nedostatočné (Salekin, 2002; Warren et al., 2003; Duggan et al., 2007a).

Naopak, psychologické intervencie u komorbídnych porúch sú dobre rozpracované, účinné a účinnejšie ako farmakologická liečba pri bežných psychických poruchách (napr. NCCMH, 2005a, 2005b, 2006). Tieto postupy sú potom pre liečbu komorbídnych porúch pri DPO veľmi významné. Podobne boli vytvorené účinné psychologické terapie pre poruchy závislosti od návykových látok a od alkoholu (NCCMH, 2007a), a tieto liečebné postupy môžu byť opäť prospešné pri DPO s komorbídnymi problémami s návykovými látkami a alkoholom.

Aj keď samotné psychologické (psychoterapeutické) intervencie pri DPO majú svoje limity, liečebné postupy pre čiastkové diagnostikované problémy pri DPO sú lepšie rozpracované, zvlášť pri zvládaní agresie. Hnev nie je výslovne uvedený v diagnostických kritériách pre DPO, avšak je úzko spätý s impulzívnou a agresiou, a teda redukcia hnevu môže tiež redukovať tieto prejavy. Redukcia hnevливosti však nie je účinná, ak osoba pokračuje v antisociálnom správaní. Na rozdiel od pomerne málo rozpracovanej špecifickej liečbe DPO, k dispozícii sú dobre rozpracované intervencie zamerané na redukciu opakovania trestnej činnosti. Predstavujú široký rámec kognitívnych a behaviorálnych intervencií (napr. Landenberger & Lipsey, 2005; Lipsey et al., 2001, 2007; Lipton et al., 2002; Tong & Farrington, 2006; Wilson et al., 2005) a v menšom rozsahu pre terapeutické komunity (Lees et al., 2003). Vo Veľkej Británii sa najčastejšie používajú kognitívne a behaviorálne programy, ako je Reasoning and Rehabilitation (Uvažovanie a Náprava) (napr. Cann et al., 2003) a Enhanced Thinking Skills (Zdokonalené schopnosti a zručnosti v myslení) (napr. Friendship et al., 2002).

Odporúčania na základe dôkazov

Podľa NICE (2013a) jestvuje viacero klinických dôkazov na úrovni I, že kognitívne a behaviorálne liečebné postupy sú u porušovateľov zákona stredne efektívne. Ekonomické analýzy ukázali, že tieto postupy môžu vyvolať potenciálne úspory (NICE, 2013a). Tieto zistenia podporujú aj údaje o efektivite kognitívno-behaviorálnych intervencií u páchatel'ov trestných činov, ktorí zároveň zneužívali návykové látky. Podľa NICE (2013a) sú tieto postupy pravdepodobne tiež efektívne pri DPO, i keď boli vytvorené

pre liečbu páchatel'ov vo výkone trestu. Z týchto dôvodov odporúča použitie skupinových kognitívnych a behaviorálnych intervencií a ich adaptáciu tiež u ľudí s DPO, ktorí nemali vážne problémy so zákonom.

Na základe vyššie uvedených literárnych údajov preberáme nasledovné odporúčania pre liečbu DPO:

U ľudí s DPO, vrátane problémov so zneužívaním návykových látok, v ambulantnej a v nemocničnej starostlivosti o duševné zdravie je potrebné zväziť použitie skupinových kognitívnych a behaviorálnych postupov na zvládanie problémov s impulzivitou, problémov v medziľudských vzťahoch a problémov s antisociálnym správaním.

U ľudí s DPO s kriminálnou anamnézou v ambulantnej a v nemocničnej starostlivosti odporúčame skupinové kognitívne a behaviorálne liečebné postupy (napr. program 'Reasoning and Rehabilitation') zamerané na redukcii kriminality a iného antisociálneho správania. Tento program je vhodné prispôbiť pacientom, napr. svojím trvaním, či súbežnými individuálnymi a skupinovými sedeniami, a doplniť ho sedeniami po ukončení programu pokračujúcim sledovaním a monitorovaním.

Súhrn odporúčaní na základe dôkazov pre mladistvých, ktorí spáchali trestný čin

Jestvujú stredné štatisticky významné dôkazy pre účinnosť skupinových kognitívnych a behaviorálnych postupov počas výkonu trestu, ktoré znižujú u adolescentov pravdepodobnosť budúcich trestných činov. Intervencie, ktoré sa zameriavajú na viaceré oblasti, sú menej účinné ako zameranejšie skupinové kognitívne a behaviorálne prístupy. Zo štúdií, pri ktorých sa používala multisystemická terapia a iné komplexné multimodálne intervencie, na základe dôkazov vyplýva, že presné dodržiavanie modelu je výrazne spojené s pozitívnymi účinkami. Kognitívne a behaviorálne intervencie sú tiež, podľa údajov z USA, ekonomicky efektívne (NICE 2013a).

Komorbidity

Pacientom s DPO, ktorí zároveň zneužívajú návykové látky, zvlášť opiáty alebo stimulanciá, je potrebné poskytnúť psychologické (psychoterapeutické) intervencie (zvlášť program contingency management) podľa odporúčaní štandardov pre liečbu drogových závislostí.

Pacientom s DPO, ktorí zároveň zneužívajú alkohol alebo sú závislí od alkoholu, je potrebné poskytnúť psychologické alebo farmakologické liečebné postupy podľa štandardov pre túto poruchu.

Ľuďom s DPO trpiacim na akúkoľvek ďalšiu komorbídnu poruchu je potrebné poskytnúť liečbu podľa štandardov pre túto poruchu bez ohľadu na to, či sú liečení kvôli DPO alebo nie.

Pri psychologicknej liečbe DPO a komorbídnych porúch je potrebné počítat' aj s jej možným predĺžením, a tiež s tým, že bude potrebná intenzívna liečba.

U ľudí, ktorí sa liečia kvôli DPO a zneužívaniu návykových látok alebo alkoholu, je potrebné zväziť pokračovanie liečby v resocializačnom zariadení alebo na to špecializovanú komunitnú liečbu.

Farmakoterapia

Predpokladom farmakoterapie je, že pri DPO majú mnohé prejavy správania biologický základ, a že sú spojené s neurochemickými abnormitami centrálného nervového systému (Coccaro et al., 1996a, 1996b; Hollander et al., 1994).

Farmakologická liečba symptómov poruchy osobnosti je indikovaná pri zlyhaní, resp. pri nedostatočnej účinnosti psychoterapeutických intervencií, a je popísaná v ŠDTP v odbore psychiatria.

Farmakologickú liečbu je možné tiež použiť pri liečbe komorbídnej psychickej poruchy - depresia, anxieta, PTSP, psychóza, insomnia, afektívna porucha, závislosť od alkoholu alebo drog. V takomto prípade sa postupuje podľa príslušného štandardného postupu.

Pri dissociálnej poruche osobnosti nie je indikovaná rutinná farmakoterapia na zvládanie prejavov agresivity, impulzivity či hnevu (NICE, 2009). Prehľad Cochrane (Khalifa, 2009) neuvádza ako účinnú žiadnu medikáciu, efekt liečby bol preukázaný len na úrovni D pri obsolentnej medikácii, ako je fenytoín, bromocryptín a nortryptilín.

V prípade, že nie je k dispozícii skupinová kognitívna a behaviorálna liečba, alebo ju pacient odmieta a preferuje iné formy liečby, je možné použiť aj iné psychoterapeutické postupy napr.:

- podporné psychoterapeutické metódy
- individuálne psychoterapeutické intervencie (psychoedukácia, krízová intervencia)
- iné špecifické psychoterapeutické postupy
- parciálne psychoterapeutické techniky a nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie)
- rodinnú psychoterapiu, psychoedukáciu rodinných príslušníkov

Psychoterapia môže mať formu individuálnu alebo skupinovú.

Podporná terapia

Pri vytvorení terapeutického vzťahu je potrebné pri DPO brať do úvahy tendenciu manipulovať, provokovať, využívať. Je dôležité zostať morálne neutrálny, nemoralizovať, ale ani nevyvolať dojem súhlasu s asociálnymi činmi. Terapeutický vzťah popri chápaní a ústretovom postoji terapeuta by mal mať jasne a pevne stanovené pravidlá a hranice. Liečba u pacientov s dissociálnou poruchou osobnosti sa zameriava na prijatie väčšej zodpovednosti za svoje vlastné správanie a uvedomenie si, že problémy pacienta sú spôsobené jeho vlastným konaním. Šanca na zmenu je vtedy, ak pacient pochopí, že dlhodobé dôsledky svojho správania sú pre neho významnejšie ako krátkodobé zisky.

Špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom Slovenskou psychoterapeutickou spoločnosťou a Slovenským inštitútom pre vzdelávanie v psychoterapii.

Prognóza

Farrington et al. (1986) uvádzajú, že 5 až 6% páchatel'ov trestných činov je zodpovedných za 50% spáchaných trestných činov, teda títo páchatelia pokračujú v trestnej činnosti celý život, na rozdiel od veľkého počtu páchatel'ov, ktorí po období adolescencie trestné činy páchať prestanú. Toto viedlo k vytvoreniu konceptu "páchatel'a trestných činov počas celého života", oproti "páchatel'ovi trestných činov v adolescencii" (Moffitt, 1993). Na základe longitudinálnej Dunedin štúdie vytvoril charakteristiku páchatel'a trestných činov počas celého jeho života, ktorá je charakterizovaná jeho vrozenými alebo konštitučnými neuropsychologickými narušeniami, ktoré neskôr interagujú s kriminologickým prostredím, a vytvárajú tento fenotyp (Moffitt, 1993). Antisociálne črty majú v priebehu času tendenciu zmiernovať sa. Po 21. roku života dochádza k remisii asi u 2% postihnutých každým ďalším rokom veku. Remisia má podobu útlmu celého spektra antisociálneho správania a zneužívania návykových látok.

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

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

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Za zabezpečenie starostlivosti je zodpovedné Ministerstvo zdravotníctva SR, Ministerstvo školstva SR, Ministerstvo práce a sociálnych vecí SR a Ministerstvo spravodlivosti SR. Za odborné vedenie sú zodpovedné odborné spoločnosti. Za vzdelávanie sú zodpovedné jednotlivé inštitúcie zabezpečujúce pregraduálne a postgraduálne vzdelávanie.

Organizácia starostlivosti je multidisciplinárna a viacúrovňová. Štandardný diagnostický a terapeutický postup je určený pre zdravotníkov v primárnom kontakte, pre špecializovanú zdravotnú starostlivosť iných zdravotníckych pracovníkov, ktorí sa dostávajú do priameho kontaktu s pacientom a rozhodujú o liečbe DPO, pre odborných pracovníkov v sociálnej sfére, pre znalcov vykonávajúcich posúdenie stavu vyžadované štátnymi orgánmi, pre odborných pracovníkov v nápravno-výchovných zariadeniach, v centrách pedagogicko-psychologického poradenstva a v centrách špeciálno-pedagogického poradenstva, v liečebných výchovných sanatóriách, v reedukačných centrách, v resocializačných centrách, a pre iných odborných pracovníkov liečiacich ľudí s DPO. Za liečbu ľudí s DPO sú zodpovedné viaceré odbornosti a zariadenia, hlavne vo väzenskej sfére, avšak tiež v zdravotníctve, hlavne pri liečbe komorbídnych porúch. Prevenciu poruchy vykonávajú zariadenia v pôsobnosti ministerstva školstva a ministerstva práce a sociálnych vecí.

Manažment a liečba dissociálnej poruchy osobnosti je potom vykonávaná nasledovnými inštitúciami:

Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - farmakoterapia, psychoterapia

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

Ambulantní poskytovatelia psychologickkej starostlivosti - psychodiagnostika a psychoterapia, prevencia

Odborné poradenské centrá (CPPaP, ŠPP) - psychodiagnostika, prevencia

Primárny kontakt - depistáž, odoslanie na ďalšiu liečbu

Kompetencie a postup pri prevencii

Skríning, depistáž, diagnostika, preventívne programy

Pediater a sestra - pediater sa dostáva do kontaktu s dieťaťom a rodičom ako prvý. Pri preberaní dieťaťa do starostlivosti je súčasťou komplexného pediatrického vyšetrenia odobratie kompletnej anamnézy a zhodnotenie správy od neonatológa. V rámci nich je dôležité sledovať (napr. prostredníctvom dotazníka): sociálne prostredie rodiny, či ide o dieťa z rizikového tehotenstva (napr. tehotenstvo po umelom oplodnení, hroziaci predčasný pôrod, hypertenzia u matky, tehotenský diabetes, prekonanie infekčných ochorení, prežívanie závažného stresu, atď.), rizikový pôrod, sťažaná popôrodná adaptácia, silný, prípadne prolongovaný novorodenecký ikterus, kde sa odporúča sledovanie v ambulancii rizikových novorodencov a v ambulancii detského neurológa. V rámci nasledujúcich preventívnych prehliadok je potrebné sledovať: psychomotorický vývin (u detí s ADHD sa často vyskytuje skorá vertikalizácia a chôdza už pred 1 r. života, vynechanie alebo preskočenie fázy lezenia), vyšetrenie reči (slovná zásoba, plynulosť, správna výslovnosť), stav psychického vývinu, prejavy porúch správania, následne školská úspešnosť.

Psychológ - psychodiagnostické vyšetrenie okrem klinickej časti pozostávajúcej z anamnestického rozhovoru s rodičmi, rozhovoru s dieťaťom a z pozorovania jeho správania v priebehu vyšetrenia zahŕňa aj testové vyšetrenie, ktoré je zamerané na posúdenie úrovne intelektových a percepčno-kognitívnych schopností, osobnostných charakteristík, aktuálneho prežívania a povahy sociálnych vzťahov a prostredia. V prevencii uplatňuje edukáciu, poradenstvo pre rodičov zamerané na výchovné postupy, komunikačné stratégie. Vedenie rodičovských skupín, behaviorálny tréning rodičov, VTI (videotrénings interakcií).

Špeciálny pedagóg - depistáž v MŠ (Dotazník správania sa predškolských detí, T18), špeciálnopedagogická diagnostika, t.j. posúdenie úrovne motoriky - hrubej, jemnej, grafomotoriky, motoriky artikulačných orgánov, pohybovej koordinácie, senzomotoriky, vyšetrenie telovej schémy, percepcie, komunikácie, orientácie, sociálnych faktorov - rodinné zázemie, školské prostredie, vrstovnicke vzťahy apod., telesné a psychické charakteristiky -vývinové ukazovatele, emócie, motivácia, atď., posúdenie správania, posúdenie úrovne schopností a spôsobilostí (hlavne školských spôsobilostí, t. j. čítanie, písanie, počítanie apod.), štruktúrovaný rozhovor pomocou Pelhamovho dotazníka, Connersovej škály pre rodičov a učiteľov. V prevencii uplatňuje edukáciu rodičov a učiteľov. Výchovné poradenstvo pre rodičov. Metodické vedenie a podpora učiteľov MŠ, ZŠ. Vykonáva behaviorálne tréningy pre rodičov a učiteľov.

Ďalšie odporúčania

Je potrebné vytvoriť vzájomne prepojený systém identifikovania rizikových jedincov, ich zaradenia do preventívnych a liečebných programov a ďalšieho sledovania a liečby. Odborní pracovníci v poradenských centrách, sociálni pracovníci a liečební a špeciálni pedagógovia by mali mať základy zdravotníckeho vzdelávania podobne, ako napr. psychológovia. Tu je potrebné zmeniť legislatívu a prekonať delenie podľa rezortov tak, aby všetci odborníci liečiaci DPO mali jednotné vzdelanie týkajúce sa prevencie a terapie.

Špeciálny doplnok štandardu

Pri liečbe porúch osobnosti sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk).

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu je plánovaný do 1. roka od jeho vydania kedy má byť vytvorený jednotný komplexný manažment pacienta s dissociálnou poruchou osobnosti spolu s OPS psychiatria.

Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

BATEMAN, A. W., GUNDERSON, J., MULDER, R. 2015. Treatment of personality disorder. In *The Lancet*. ISSN 01406736, 2015, vol. 385, no. 9969, p. 735–743. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61394-5.

BLAIR, R. J. R. et al. 2006. The development of psychopathy. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. ISSN 1469-7610, 2006, vol. 47, no. 3,4, p. 262–275. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01596.x.

- CADORET, R. J. et al. 1995. Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 1995, vol. 52, no. 11, p. 916–924.
- CANN, J. et al. 2003. Understanding What Works: Accredited Cognitive Skills Programmes for Adult Men and Young Offenders. In *Youth Justice*. ISSN 1747-6283, 2003, vol. 5, no. 3, p. 165-179. doi.org/10.1177/147322540500500303.
- COCCARO, E. F. et al. 1996a. Impulsive aggression in personality disorder correlates with tritiated paroxetine binding in the platelet. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 1996, vol. 53, no. 6, p. 531–536.
- COCCARO, E. F. et al. 1996b. Relationship of prolactin response to d-fenfluramine to behavioural and questionnaire assessments of aggression in personality disordered men. In *Biological Psychiatry*. ISSN 0006-3223, 1996, vol. 40, no. 3, p. 157–164.
- DELGUIDICE, M., ELLIS, B. J., SHIRTCLIFF, E. A. 2011. The Adaptive Calibration Model of stress responsivity. In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. ISSN 0149-7634, 2011, vol. 35, no. 7, p. 1562-1592.
- DOLAN, M., ANDERSON, I. M., DEAKIN, J. F. 2001. Relationship between 5-HT function and impulsivity and aggression in male offenders with personality disorders. In *The British Journal of Psychiatry*. ISSN 2044-8295, 2001, vol. 178, p. 352–359.
- DUGGAN, C. et al. 2007a. Systematic review of the effectiveness of pharmacological and psychological strategies for the management of people with personality disorder. In *NHS National R&D Programme in Forensic Mental Health*. Dostupné na internete: <<http://www.nfmhp.org.uk/MRD%2012%2033%20Final%20Report.pdf>> ÚD I
- DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁDZKOVÁ, A. 2015. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada Publishing, 2015. 648p. ISBN 978-80-247-4826-9.
- ELLIS, B. J. et al. 2011a. Differential susceptibility to the environment: an evolutionary--neurodevelopmental theory. In *Development and Psychopathology*. ISSN 1469-2198, 2011, vol. 23, no. 1, p. 7-28.
- ELLIS, B. J. et al. 2011b. Quality of early family relationships and the timing and tempo of puberty: effects depend on biological sensitivity to context. In *Development and Psychopathology*. ISSN 1469-2198, 2011, vol. 23, no. 1, p. 85-99.
- FARRINGTON, D. P., OHLIN, L. E., WILSON, J. Q. 1986. *Understanding and Controlling Crime: Toward a New Research Strategy*. New York: Springer-Verlag, 1986. 211 p. ISBN 9781461293675.
- FAZEL, S., DANESH, J. 2002. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. In *Lancet*. ISSN 0140-6736, 2002, vol. 359, no. 9306, p. 545–550.
- FLINN, M., V. 2006. Evolution and ontogeny of the stress response to social challenges in the human child. In *Developmental Review*. ISSN 0273-2297, 2006, vol. 26, no. 2, p. 138-174.
- FRIENDSHIP, C., et al. 2002. An Evaluation of Cognitive Behavioural Treatment for Prisoners. Home Office Research Report Findings 161. In Home Office. ISSN 1473-8406, 2002. Dostupné na internete: <<http://library.college.police.uk/docs/hofindings/r161.pdf>>
- GATZKE-KOPP, L., M. 2011. The canary in the coalmine: the sensitivity of mesolimbic dopamine to environmental adversity during development. In *Neuroscience and Biobehavioral Review*. ISSN 1873-7528, 2011, vol. 35, no. 3, p. 794-803.
- GLENN, A., L., JOHNSON, A., K., RAINE, A. 2013. Antisocial Personality Disorder: A Current Review. In *Current Psychiatry Reports*. ISSN 1523-3812, 2013, vol. 15, no. 12, p. 427. doi: 10.1007/s11920-013-0427-7.
- GONZÁLEZ-GUERRERO, L. 2007. Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con TP: motivaciones subyacentes, “modus operandi” y relaciones víctima-victimario. In *Psicopatología Clínica Legal y Forense*. ISSN 1576-9941, 2007, vol. 7, p. 19-39.

- GOODWIN, R., HAMILTON, S. P. 2003. Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. In *Psychiatry Research*. ISSN 0165-1781, 2003, vol. 117, no. 2, p. 159–166.
- GRILO, C. M., MCGLASHAN, T. H., OLDHAM, J. M. 1998. Course and stability of personality disorders. In *Journal of Psychiatric Practice*. ISSN 1538-1145, 1998, vol. 4, no. 2.
- GUNNAR, M. R., VAZQUES, D., 2006. Stress neurobiology and developmental psychopathology. In CICCHETTI, D., COHEN, D. J. *Developmental psychopathology: Developmental neuroscience*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc, 2006. pp. 533-577. ISBN 978-0471237372.
- GUZE, S. 1976. *Criminality and Psychiatric Disorders*. New York: Oxford University, 1976. 192p. ISBN 978-0195019735.
- HART, S. D., HARE, R. D. 1989. Discriminant validity of the Psychopathy Checklist in a forensic psychiatric population. In *Psychological Assessment*. ISSN 2151-5759, 1989, vol. 1, no. 3, p. 211–218.
- HOLLANDER, E. et al. 1994. Serotonergic sensitivity in borderline personality disorder: preliminary findings. In *American Journal of Psychiatry*. ISSN 1535-7228, 1994, vol. 151, no. 2, p. 277–280.
- KRYSINSKA, K., HELLER, T. S., DE LEO, D. 2016. Suicide and deliberate self-harm in personality disorders. In *Current Opinion in Psychiatry*. ISSN 1473-6578, 2016, vol. 19, no. 1, p. 95-101.
- LANDENBERGER, N. A., LIPSEY, M. W. 2005. The positive effects of cognitive behavioral programs for offenders: a meta-analysis of factors associated with effective treatment. In *Journal of Experimental Criminology*. ISSN 1572-8315, 2005, vol. 1, no. 4, p. 451–476. ÚD I
- LEES, J. et al. 2003. *A Culture of Enquiry: Research Evidence and the Therapeutic Community*. London: Jessica Kingsley, 2003. 336 p. ISBN 9781853028571.
- LENZENWEGER, M. F. et al. 2007. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. In *Biological Psychiatry*. ISSN 0006-3223, 2007, vol. 62, no. 6, p. 553–564.
- LINKS P., S., GOULD B., RATNAYAKE, R. 2003. Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. In *Canadian Journal of Psychiatry*. ISSN 1497-0015, 2003, vol. 48, no. 5, p. 301-310.
- LIPSEY, M. W., CHAPMAN, G. L., LANDENBERGER, N. A. 2001. Cognitive-behavioral programs for offenders. In *Annals of the American Academy of Political and Social Science*. ISSN 1552-3349, 2001, vol. 578, p. 144–157.
- LIPTON, D. S. et al. 2002 The effectiveness of cognitive-behavioural treatment methods on offender recidivism: meta-analytic outcomes from the CDATE project. In MCGUIRE, J. *Offender Rehabilitation and Treatment: Effective Programmes and Policies to Reduce Re-Offending*. Chichester: John Wiley & Sons, 2002. pp. 79–112. ISBN 9780470713464. ÚD I
- LIVESLEY, J. W. 2007. A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. In *Journal of Personality Disorders*. ISSN 0885-579X, 2007, vol. 21, no. 2, p. 199–224.
- LIVESLEY, J. W. et al. 1987. Prototypicality ratings of DSM-III criteria for personality disorders. In *Journal of Nervous and Mental Disease*. ISSN 1539-736X, 1987, vol. 175, no. 7, p. 395–401.
- LOEBER, R., BURKE, J. D., LAHEY, B. B. 2002. What are the adolescent antecedents to antisocial personality disorder? In *Criminal Behavior and Mental Health*. ISSN 1471-2857, 2002, vol. 12, no. 1, p. 24–36.
- LORBER, M. F. 2004. Psychophysiology of aggression, psychopathy, and conduct problems: a meta-analysis. In *Psychological Bulletin*. ISSN 0033-2909, 2004, vol. 130, no. 4, p. 531–552.
- MARTIN, R. L., CLONINGER, C. R., GUZE, S. B. 1982. The natural history of somatization and substance abuse in women criminals: a six year follow-up study. In *Comprehensive Psychiatry*. ISSN 0010-440X, 1982, vol. 23, no. 6, p. 528-537.
- MKCH – 10. 1993. *Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov*. 10. revízia. Obzor, 1993. 171p. ISBN 80-215-0249-5.

- MOFFITT, T. E. et al. 2002. Males on the life-coursepersistent and adolescence-limited antisocial pathways follow-up at 26 years. In *Development and Psychopathology*. ISSN 1469-5794, 2002, vol. 14, no. 1, p. 179–207.
- MULDER, R. T., NEWTON-HOWES, G., CRAWFORD, M. J., TYRER, P. J. 2011. The central domains of personality pathology in psychiatric patients. In *Journal of Personality Disorders*. ISSN 0885-579X, 2011, vol. 25, no. 3, p. 364-377.
- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (UK), 2010. *Antisocial Personality Disorder: Treatment, Management and Prevention* [online]. Leicester (UK): British Psychological Society, 2010. ISBN 978-1-85433-478-7. Dostupné na internete: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55345/.10>>
- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH, 2009. *Antisocial Personality Disorder: The NICE Guideline on Treatment, Management and Prevention (National Clinical Practice Guideline*. 1st Edition. London: RCPsych Publications, 2009. 350p., ISBN 978-1854334787. ÚD I
- NCCMH, 2007a. *Drug Misuse: Psychosocial Interventions*. Leicester & London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, 2007. Dostupné na internete: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg51>>
- NCCMH, 2005a. *Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care*. Leicester & London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, 2005. Dostupné na internete: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg23>>
- NCCMH, 2005b. *Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care*. Leicester & London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, 2005. Dostupné na internete: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21834189>>
- NCCMH, 2006. *Obsessive-compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder*. Leicester & London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, 2006. Dostupné na internete: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21834191>>
- NICE, 2013a. *Antisocial behavior and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management (Clinical Guideline 158)*. London: National Institute for Health and Care Excellence. 468p. ISBN 978-1-908020-61-1. Dostupné na internete: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/evidence/conduct-disorders-in-children-and-young-people-full-guideline-189848413>> ÚD I
- NICE, 2013b. *Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention (Clinical Guideline 77)*. London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2013. 361p. ISBN 978-1-85433-478-7. Dostupné na internete: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg77/evidence/full-guideline-242104429>> ÚD I
- OLDS, D. et al. 1998. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15 year follow up of a randomized controlled trial. In *Journal of the American Medical Association*. ISSN 1538-3598, 1998, vol. 280, no. 4, p. 1238–1244.
- OLDS, D. L. et al. 2004. Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. In *Pediatrics*. ISSN 1098-4275, 2004, vol. 114, no. 6, p. 1550–1559.
- PATRICK, C. J. 2008. Psychophysiological correlates of aggression and violence: an integrative review. In *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. ISSN 1471-2970, 2008, vol. 363, no. 1503, p. 2543–2555.
- PRAŠKO, J. 2003. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003. 360 p. ISBN 978-80-262-0900-3.

- RAINE, A. et al. 2000. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 2000, vol. 57, no. 2, p. 119–127.
- ROBINS, L. N. 1987. The epidemiology of antisocial personality disorder. In MICHELS, R., CAVENAR, J. O. *Psychiatry*. Philadelphia, PA: J. B. Lippincott, 1987. pp. 1–14.
- ROBINS, L. N., TIPP, J., PRZYBECK, T. 1991. Antisocial personality. In ROBBINS, L., DARREL, A., R. *Psychiatric Disorders in America*. US, New York: Simon and Schuster, 1991. pp. 258–290. ISBN 9780029265710.
- ROBINS, L. N., TIPP, J., PRZYBECK, T. 1991. Antisocial personality. In ROBINS, L. N., REGIER, D. A. *Psychiatric Disorders in America*. New York: Free Press, 1991. pp. 258–290.
- RUBIN, K. H. 2002. “Brokering” emotion dysregulation: the moderating role of parenting in the relation between child temperament and children’s peer interactions. In ZUCKERMAN, B. S., LIEBERMAN, A. F., FOX, N. A. *Emotional Regulation and Developmental Health: Infancy and Early Childhood*. New Brunswick: Johnson & Johnson, 2002. pp. 81-99.
- SALEKIN, R. T. 2002. Psychopathy and therapeutic pessimism: clinical lore or clinical reality? In *Clinical Psychology Review*. ISSN 0272-7358, 2002, vol. 22, no. 1, p. 79–112.
- SANDERS, M. R., MARKIE-DADDS, C. TURNER, K. M. T. 2003. Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: a population approach to the promotion of parenting competence. Brisbane, Qld, Australia: The Parenting and Family Support Centre, 2003. 21p. ISBN 1 875378 46 4. Dostupné na internete: <<https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:40566>>
- SIMONOFF, E. et al. 2004. Predictors of antisocial personality disorder. Continuities from childhood to adult life. In *The British Journal of Psychiatry*. ISSN 2044-8295, 2004, vol. 184, 118–127.
- SLADE, K., FORRESTER, A. 2013. Measuring IPDE-SQ personality disorder prevalence in presentence and early-stage prison populations, with sub-type estimates. In *International Journal of Law and Psychiatry*. ISSN 0160-2527, 2013, vol. 36, no. 3-4, p. 207-212.
- SWANSON, M. C., BLAND, R. C., NEWMAN, S. C. 1994. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Antisocial personality disorders. In *Acta Psychiatrica Scandinavica*. ISSN 1600-0447, 1994, vol. 376, p. 63–70.
- TENNENT, G. et al. 1990. Psychopathic disorder – a useful clinical concept? In *Medicine, Science, and Law*. ISSN 2042-1818, 1990, vol. 30, no. 1, p. 39–44.
- TONG, L. S. J., FARRINGTON, D. P. 2006. How effective is the ‘Reasoning and Rehabilitation’ programme in reducing re-offending? A meta-analysis of evaluations in three countries. In *Psychology, Crime and Law*. ISSN 1068-316X, 2006, vol. 12, p. 3–24. ÚD I
- TONHAJZEROVÁ, I., MESTANIK M. 2017. New Perspectives in the Model of Stress Response. In *Physiological Research*. ISSN 0862-8408, 2017, vol. 66, no. 2, p. 173-185.
- VIDING, E., LARSSON, H., JONES, A. P. 2008. Quantitative genetic studies of antisocial behaviour. In *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*. ISSN 1471-2970, 2008, vol. 363, no. 1503, p. 2519–2527.
- WARREN, F. et al. 2003. Review of Treatment for Severe Personality Disorder. Home Office Report 30/03. London: Home Office, 2003. Dostupné na internete: <https://www.researchgate.net/publication/242477147_Review_of_treatment_for_severe_personality_disorder>
- WEBSTER-STRATTON, C., REID, M. J. 2010. “The incredible Years parents, teacher, and children training series: a multifaceted treatment approach for young children with conduct disorders”. In WEISZ, J, KAZDIN, A. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. 2nd eds. New York: Guilford Publications, 2010. pp. 194-210. ISBN 9781606235256.

WEISSMAN, M. M. 1993. The epidemiology of personality disorders: a 1990 update. In Journal of Personality Disorders. ISSN 0885-579X, 1993, vol. 1, p. 44-62.

WILSON, D. B., BOUFFARD, L. A., MACKENZIE, D. L. 2005. A quantitative review of structured, group-oriented, cognitive-behavioral programs for offenders. In Criminal Justice and Behavior. ISSN 0093-8548, 2005, vol. 32, no. 2, p. 172–204.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť 15. januára 2020.

**Andrea Kalavská, v. r.
ministerka**