

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

## Štandardný postup pre pretrvávajúce zmeny osobnosti nepripísateľné poškodeniu mozgu (pretrvávajúca zmena osobnosti po katastrofickom zážitku a po psychickej poruche)

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0056	27. júna 2019	schválené	15. januára 2020

### Autori štandardného postupu

#### Autorský kolektív

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

#### Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

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

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

#### Recenzenti

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

#### Technická a administratívna podpora

**Podpora vývoja a administrácia:** Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.;

JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Hruziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová

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

## Kľúčové slová

pretrvávajúce zmeny osobnosti, štandardný postup, zmena osobnosti, katastrofický zážitok, psychická porucha

## Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

APS	ambulantná pohotovostná služba
EBM	evidence based medicine
EMDR	EYE movement Desenzitizatiion and reprocessing, metóda prepracovania traumy pomocou očných pohybov
KBT	kognitívno-behaviorálna terapia
MKF	medzinárodná klasifikácia funkčnej zdatnosti, diazability a zdravia
MKCH-10	medzinárodná klasifikácia chorôb
PTSP	posttraumatická stresová porucha
PZ	policajný zbor
RLP	rýchla lekárska pomoc
RZP	rýchla zdravotná pomoc
ZZV	zoznam zdravotných výkonov

## Kompetencie

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho zdravotného stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

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

Všeobecný lekár pre dospelých – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skrining a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychologom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. V prevencii uplatňuje edukáciu, poradenstvo pre rodičov zamerané na výchovné postupy,

komunikačné stratégie, vedenie rodičovských skupín, behaviorálny tréning rodičov, VTI (videotrénings interakcií).

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu (terapia zameraná na prenos, dialekticko-behaviorálna terapia, mentalizačná terapia, schematerapia) vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – realizácia komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a ošetrovateľských postupov, vedenie sesterskej dokumentácie, vedenie motivačného rozhovoru, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba a poradenstvo, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník – sociálno-právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií, realizovanie nezdravotníckych výkonov v rámci starostlivosti o pacienta podľa náplne odboru sociálna práca.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch a komunitných centrách. Realizuje liečebnopedagogickú diagnostiku, liečebnopedagogické poradenstvo, krízovú intervenciu, sprevádzanie, edukáciu, motivačný rozhovor, podporuje rezilienciu. Vykonáva liečebno-pedagogickú intervenciu individuálnu alebo skupinovú, párovú/manželskú a rodinnú terapiu, intervencie s možnosťou využitia prvkov ergoterapie, arteterapie, dramaterapie, didaktoterapie, muzikoterapie, biblioterapie, hagioterapie, terapie pohybom, nácvik relaxačných techník, mobilizuje potenciály a zdroje zvládania, podporuje vzťahy, repertoár stratégií adaptívneho konania, sociálne zapojenie a integráciu do spoločnosti, zlepšenie kvality života, podporuje pritom aj členov rodiny.

Špeciálny pedagóg - psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií.

## Úvod

Pretrvávajúca zmena osobnosti po katastrofickom zážitku je poruchou osobnosti a správania, ktorá sa rozvinula v dôsledku extrémnej psychickej traumatizácie alebo príliš dlhého pôsobenia silného stresu. Ide o následky pôsobenia vonkajších, aj keď individuálne špecificky spracovaných vplyvov. Zmena osobnosti je významná a je spojená s rigidným a maladaptívnym správaním, ktoré sa neprejavovalo pred patogénnym zážitkom. Zmena nie je pritom priamym prejavom inej psychickej poruchy alebo zvyškovým príznakom akejkolvek predchádzajúcej psychickej poruchy.

Pretrvávajúca zmena osobnosti po psychickom ochorení je poruchou osobnosti a správania, ktorá pretrváva aj po kompenzácii psychotických prejavov a môže mať trvalejší charakter. Nejedná sa len o následok duševnej choroby či prejav neúplného vyliečenia, ale o spôsob subjektívneho spracovania ochorenia pacientom. (Vágnerová, 2014). Predstavuje dlhodobú reakciu na prekonané duševné ochorenie. U postihnutého jedinca sa rozvíja správanie vyplývajúce z presvedčenia o stigmatizácii prekonaným ochorením. (Dušek, 2015). Zmeny osobnosti sa môžu prejavovať rôznymi príznakmi v oblasti prežívania, správania a myslenia a nie sú jednoznačne závislé na type duševného ochorenia, ktoré pacient prekonal.

Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu *adaptácie* medzinárodných a najmä Európskych klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti *adoptovaným* medzinárodným postupom.

## **Prevenia**

Preveniou pretrvávajúcich porúch osobnosti po katastrofickom zážitku sú včasné krízové intervencie s cieľom predísť rozvoju PTSP a ak sa rozvinie, jej účinná liečba so zameraním na aktiváciu individuálnych osobnostných zdrojov s cieľom minimalizovať následky traumy na psychosociálne fungovanie jedinca s postihnutím.

Vhodnými podpornými psychoterapeutickými intervenciami v jednotlivých fázach psychotického ochorenia (akútnej, stabilizačnej a udržiavacej ) môžeme zmierniť dopad subjektívne prežívaného emočného stresu z duševnej choroby u jedinca s postihnutím.

## **Epidemiológia**

Celoživotná prevalencia PTSP sa podľa výskumov v rôznych krajinách sveta pohybuje medzi 1 - 7%. Výskyt PTSP v populáciách je častejší u žien, než u mužov. (Hašto,2015). U 10% postihnutých dochádza k chronifikácii ťažkostí . (Vagnerová, 2014)

Pri pretrvávajúcich zmenách osobnosti t. č nie je známa incidencia a prevalencia v EÚ resp. v SR a je potrebné vytvoriť národný register.

## **Patofyziológia**

### **Pretrvávajúca zmena osobnosti po katastrofickom zážitku (F62.0)**

Hlavnou príčinou sú extrémne desivé zážitky alebo dlhotrvajúce pôsobenie silného stresu neodpovedajúce bežnému očakávaniu. Ľudia nemajú pre tieto situácie vytvorené potrebné obranné mechanizmy, a navyše mnohé z nich ani nie je možné prijateľne zvládnuť. Na rozvoji poruchy sa zrejme

podieľajú aj enviromentálne faktory v dobe okolo traumatickej udalosti a aj predisponujúce faktory, ktoré môžu spočívať v premorbidnej osobnosti a jej biologickej výbave.

Reakcie na závažné traumy sa môžu líšiť aj podľa toho, čo bolo ich príčinou. Môže byť určitý rozdiel v hodnotení prírodnej katastrofy a ujmy spôsobenej napr. brutálnym a bezohľadným správaním, ktoré narušuje základnú dôveru k ľuďom. (Vagnerová,2014).

Niektorí autori (Yehuda et al.) uvádzajú možnosť medzigeneračného prenosu tendencie k určitému spôsobu reagovania. Napr. u ľudí, ktorí prešli holokaustom sa pohotovosť reagovať extrémnejším spôsobom preniesla z rodičov na potomkov. Ak deti týchto rodičov prešli vo svojom živote nejakou traumatickou udalosťou, tak sa ich reakcie podobali prejavom rodičov, ktorí trpeli PTSP. (Vagnerová, 2014).

### **Pretrvávajúca zmena osobnosti po psychickom ochorení (F62.1)**

Pri schizofrenických ochoreniach aj “príšerné” zážitky v samotnej psychóze môžu byť veľmi zaťažujúce. Zážitok psychózy môže tak predstavovať udalosť na úrovni psychickej traumy. (Hašto,2015)

Postoje alebo reakcie okolia voči pacientovi sú dôležitým faktorom určujúcim a posilňujúcim hladinu stresu , ktorý postihnutý jedinec vníma. Pri rozvoji tejto poruchy veľkú úlohu zohráva subjektívny emočný zážitok a predchádzajúca osobnosť, jej prispôsobivosť , coping stratégie a individuálna “zraniteľnosť”.

## **Klasifikácia**

Diagnostické kritéria pre **pretrvávajúcu zmenu osobnosti po katastrofickom zážitku** podľa MKCH 10:

Zmena osobnosti je pretrvávajúca a prejavuje sa nemennými a maladaptívnymi črtami, ktoré vedú k zhoršeniu interpersonálnych vzťahov a fungovania v spoločnosti a aj v zamestnaní. Obvykle musí byť potvrdená informáciou od druhej osoby. Diagnózu stanovujeme na základe prítomnosti charakteristík, ktoré sa skôr neprejavovali ako napr.:

- a) nepriateľský alebo nedôverčivý postoj k svetu
- b) sociálne stiahnutie
- c) pocity prázdnoty a beznádeje
- d) chronický pocit existencie „na okraji“, akoby bol trvalo ohrozený
- e) odcudzenie

Zmena osobnosti musí trvať aspoň 2 roky a nie je možné ju pripísať predchádzajúcej poruche osobnosti a ani inej duševnej poruche. Tomuto typu zmeny osobnosti môže predchádzať posttraumatická stresová porucha /F43.1/. V tomto prípade sa zmena osobnosti môže považovať za chronický, irreverzibilný

následok tejto poruchy. Pretrvávajúca zmena osobnosti s hore uvedenými charakteristikami sa môže rozvinúť aj bez fázy zrejmej posttraumatickej stresovej poruchy.

Pretrvávajúca zmena osobnosti môže nastať po katastrofickom strese, po dlhotrvajúcom vystavení situáciám ohrozujúcim život ako napr.:

- pri obetiach terorizmu
- po dlhodobom zajatí s hroziacou smrťou
- po mučení
- po prírodných pohromách
- po skúsenostiach v koncentračnom tábore

a iných vystaveniach sa situáciám ohrozujúcim život, ako napr. lúpežné prepadnutie.

**Zmena osobnosti po psychickom ochorení (F62.1)** je pretrvávajúca a prejavuje sa nemenným a maladaptívnym vzorcom prežívania a správania, ktorý vedie k dlhodobému narušeniu (interpersonálnemu, sociálnemu a pracovnému) a k subjektívnym ťažkostiam. Zmeny osobnosti sa rozvíjajú po klinickom uzdravení z duševnej poruchy, ktorú jedinec musel prežívať ako emočne veľmi stresujúcu a otrasnú pre jeho predstavu o sebe samom.

Diagnózu zmeny osobnosti po psychickom ochorení stanovujeme na základe prítomnosti týchto klinických črt ako napr.:

- a) nadmerná závislosť na ostatných a vyžadujúce postoje voči druhým ľuďom
- b) presvedčenie o tom, že subjekt je chorobou zmenený alebo stigmatizovaný, čo vedie k neschopnosti vytvárať a udržiavať blízke a dôverné osobné vzťahy a tiež k sociálnej izolácii
- c) pasivita, redukcia záujmov a zmenšené zapojenie do predošlých aktivít vo voľnom čase
- d) pretrvávajúce sťažnosti na ochorenie, ktoré môžu byť spojené s hypochondrickými sťažnosťami a so správaním zodpovedajúcim role chorého
- e) dysforická alebo labilná nálada, ktorá nie je spôsobená súčasnou ani predošlou duševnou poruchou s reziduálnymi afektívnymi symptómami
- f) významné zhoršenie v sociálnom zapojení a v zapojení v zamestnaní v porovnaní premorbidnou situáciou

Uvedené ťažkosti musia byť prítomné po dobu 2 a viac rokov. Skôr stanovená diagnóza schizofrénie túto diagnózu nevylučuje. (MKCH,1992)

## **Klinický obraz**

### **Pretrvávajúca zmena osobnosti po katastrofickom zážitku**

U jedincov s postihnutím sa na základe dlhodobého a extrémneho stresu rozvíjajú symptómy naväzujúce na proťahovanú, chronifikovanú posttraumatickú poruchu. Osobnostné zmeny sa prejavujú predovšetkým deformáciou emočného prežívania. Človek, ktorý sa nedokázal vyrovnáť

s prežitou traumou, sa ľahko stane úzkostným, neistým a zvýšene ostražitým. Vo vzťahu k ľuďom je nedôverčivý, podozrievavý a niekedy aj hostilný. Môžu sa objaviť aj sklony k agresívnemu reagovaliu, ktoré takisto bývajú navodené silným traumatickým zážitkom a možno ich chápať ako obranné. Niekedy naopak prevládne regresívna potreba nadmernej závislosti na inej osobe alebo dochádza k oscilácii medzi potrebou opory a tendenciou k izolácii. V sebahodnotení často dochádza k pocitom menejcennosti a bezmocnosti. Pretrvávajú pocity prázdnoty a beznádeje a môžu sa objaviť aj pochybnosti o zmysle života a existencii v trvalom ohrození na okraji spoločnosti. (Dušek,2015). Postupne dôjde k presvedčeniu, že život už nikdy nebude tým čím bol predtým. Nepriaznivé hodnotenie sa vzťahuje ako na prítomnosť tak aj na budúcnosť. Strata zmyslu života môže viesť k autodeštruktívnemu správaniu, napr. k tendencii vo zvýšenej miere užívať alkohol alebo iné psychoaktívne látky. (Vágnerová, 2014)

### **Pretrvávajúca zmena osobnosti po psychickej chorobe**

U jedinca s postihnutím sa rozvíja správanie vyplývajúce z presvedčenia , že choroba ich zmenila a že sú prekonaným ochorením stigmatizovaní. Zmeny sa prejavujú v oblasti prežívania, myslenia a správania. Často dochádza k útlmu emočného prežívania, niekedy k jeho úplnému oplošteniu, apatii, neschopnosti akokoľvek emočne reagovať. Môže sa objaviť sklon k dysfórii alebo depresívnemu prežívaniu, kolísaniu nálad. Zmeny v kognitívnych funkciách bývajú skôr kvantitatívneho charakteru. Častá je spomalenosť a rigidita uvažovania, narušenie pozornosti, celkové zhoršenie intelektu, chýbanie náhľadu na vlastnú situáciu a schopnosť realistického sebahodnotenia. Vo všeobecnosti dochádza k poklesu kvality života prejavujúcej sa chýbaním záujmov o čokoľvek, pasivitou. Sociálne kontakty bývajú obmedzené, nie sú schopní ich vytvárať a udržovať, a často o ne ani nestoja. Na druhej strane môže vzniknúť nadmerná závislosť na druhých osobách. (Dušek,2015, Vágnerová,2014)

### **Diagnostika / Postup určenia diagnózy**

Diagnostika sa opiera o:

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

Psychodiagnostické vyšetrenie – využíva kombináciu klinických a testových metód. V klinických metódach je dôležité zhodnotenie vývinových aspektov, vylúčenie predchádzajúcej poruchy osobnosti. Je výhodou ak sú tiež k dispozícii objektívne informácie od blízkych osôb.

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

Rozlíšenie medzi získanou zmenou osobnosti a odhalením alebo dekompenzáciou existujúcej poruchy osobnosti následkom stresu, vypätia alebo psychotického zážitku môže byť veľmi ťažké. Pretrvávajúca

zmena osobnosti by sa mala diagnostikovať len keď zmena predstavuje stály a odlišný spôsob existencie, ktorý je možné etiologicky vystopovať v existenciálne extrémnom zážitku.

Pri **F62.0** diferenciálne diagnosticky je potrebné vylúčiť :

- poruchu osobnosti a správania vyvolanú ochorením, poškodením a dysfunkciou mozgu, ktoré môže vyvolať podobné klinické príznaky
- posttraumatickú stresovú poruchu, ktorú diagnostikujeme len v prípade , že ťažkosti vznikli do 6 mesiacov od závažnej stresovej udalosti

Pri **F62.1** diferenciálne diagnosticky je potrebné vylúčiť:

- prítomnosť premorbidnej poruchy osobnosti, ktorá môže vysvetliť zmenu osobnosti
- reziduálnu schizofréniu a iné stavy neúplného vyliečenia z predchádzajúcej duševnej choroby
- zmeny na podklade poškodenia alebo ochorenia mozgu

## Liečba

V celkovom manažmente liečby je optimálne v každom individuálnom prípade vychádzať z kombinácie farmakoterapie a psychoterapie ( Herpertz et al., 2007, Bateman et al., 2015).

Výber konkrétneho psychofarmaká sa riadi prevládajúcou psychopatológiou.

Pri výskyte depresívnych prejavov podávame

. Antidepressíva zo skupín SSRI/SNRI - fluoxetín, sertralín, venlafaxín (evidencia A)

Pri poruchách spánku

. Trazodon, Mirtazapin

Pri výskyte úzkostnej symptomatiky podávame

. Benzodiazepíny - alprazolam, klonazepam (evidencia C), ozapepam, bromazepam

Pri výskyte prejavov dysregulácie impulzivity a správania:

. Antidepressíva zo skupiny SSRI - fluoxetín, sertralín (evidencia A) ·

. Stabilizátory nálady - lithium carbonicum (evidencia A), valproát, karbamazepín (evidencia C) ·

. Benzodiazepíny - alprazolam, klonazepam (evidencia C) ·

. Antipsychotiká - haloperidol (evidencia A), chlorprothixen

V psychoterapeutickej liečbe v prípade pretrvávajúcej poruchy osobnosti je možné využiť:

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

Psychoterapia môže byť individuálna, skupinová prípadne ich kombinácia.



Psychoterapiu môže dopĺňovať liečebnopedagogická intervencia zameraná na zlepšenie kvality života, na stratégie zvládania. Optimálne spracovanie traumatizujúcej skúsenosti umožňuje profitovanie z traumatickej skúsenosti. (Mareš,2012).

V liečbe **pretrvávajúcich zmien osobnosti po katastrofickej traume** samotná farmakoterapia aj keď prináša zmiernenie príznakov, je nedostatočná . Základom liečby je psychoterapia, väčšinou dlhodobého charakteru, zameraná na spracovanie tohto zážitku s cieľom zmiernenia dopadu traumy na stabilitu psychiky pacienta a to tak vo vzťahu k sebe, ako aj k okoliu.

V psychoterapii pretrvávajúcich porúch osobnosti po katastrofickom zážitku môžeme využiť postupy ako pri terapii PTSP:

- KBT – efektívnymi sú najmä expozičné postupy (in vivo alebo v imagináciách)
- EMDR
- Psychodynamická psychoterapia

Vo všetkých použitých prístupoch ako účinný faktor liečby je zdôraznená podpora pacienta, ktorá má viesť k pocitu bezpečia a emočnej abreakcii v bezpečnom prostredí terapeutického vzťahu. Popri individuálnej psychoterapii je dôležité získať podporu pacientovej rodiny a blízkych.

V psychoterapii **pretrvávajúcich zmien osobnosti po prekonanej psychickej chorobe** základom liečby je dlhodobá podporná psychoterapia zameraná na spracovanie zážitku psychického ochorenia s cieľom zmiernenia dopadu tohto zážitku na stabilitu psychiky pacienta. Indikované je verbálne a následne emočné spracovanie , abreakcia sprievodných emócií a postupné uvedomovaní si vlastného procesu myslenia a možnosti vystúpenia z bludného kruhu myšlienok, ktoré negatívne ovplyvňujú pacientov vzťah k sebe a okoliu a posilnenie „coping stratégií“.

Pre dosiahnutie zmeny správania, je dôležité poušilovať pacientovu motiváciu k zmene a rozvíjanie pracovného spoločenstva. Pokiaľ nie je možné dodržať tieto podmienky, je užitočné motivovať pacienta aspoň k riešeniu jednoduchých problémov a posilňovať jeho individuálnu kapacitu k zmene aktuálnej situácie.

Popri individuálnej psychoterapii dôležité je tiež získať pre pacienta podporu jeho rodiny a blízkych.

## **Prognóza**

Pretrvávajúca zmena osobnosti v dôsledku extrémnej psychickej traumatizácie môže s rôznymi výkyvmi pretrvávať mnoho rokov. Pri sústavnej liečbe môže odznieť aj chronická porucha.

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

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

Po dohode s posudkovým lekárom možno diagnostický proces rozšíriť aj o diagnostiku podľa MKF - Medzinárodnej klasifikácie funkčnej zdatnosti, dizability a zdravia, prípadne iný klasifikačný systém.

## **Zabezpečenie a organizácia starostlivosti**

Poskytovatelia ambulanej špecializovanej starostlivosti v špecializačnom odbore psychiatria-farmakoterapia, psychoterapia

Poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore psychiatria - psychiatrické nemocnice, liečebne, kliniky, oddelenia, psychiatrické stacionáre v prípade závažnejších stavov poruchy so zameraním na farmakoterapiu a psychoterapiu.

Poskytovatelia ambulanej špecializovanej starostlivosti v odbore psychológia – psychodiagnostika a psychoterapia.

Poskytovatelia ambulanej špecializovanej starostlivosti v odbore liečebná pedagogika - liečebnočebnopedagogická starostlivosť.

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater) a lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pedopsychiatria - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantly vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

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

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skrining a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný manažment v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník- sociálnoprávna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch alebo v Ambulancii liečebného pedagóga. Psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch a komunitných centrách. Realizuje liečebnopedagogickú diagnostiku, liečebnopedagogické poradenstvo, krízovú intervenciu, sprevádzanie, edukáciu, motivačný rozhovor, podporuje rezilienciu. Vykonáva liečebno-pedagogickú intervenciu individuálnu alebo skupinovú, párovú/manželskú a rodinnú terapiu, intervencie s možnosťou využitia prvkov ergoterapie, arteterapie, dramaterapie, didaktoterapie, muzikoterapie, biblioterapie, hagioterapie, terapie pohybom, terapie pohybom, nácvik relaxačných techník, mobilizuje potenciály a zdroje zvládania, podporuje výťahy, repertoár stratégií adaptívneho konania, sociálne zapojenie a integrácia do spoločnosti, zlepšenie kvality života, podporuje pritom aj členov rodiny.

Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta v akútnom stave väčšinou pri komorbidných poruchách a v krízových situáciách.

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

## **Ďalšie odporúčania**

V prípade pretrvávajúcej zmeny osobnosti v dôsledku katastrofickej udalosti, je dôležité zapojiť do terapie členov rodiny a ďalších blízkych ľudí. Zdrojom problémov býva často neporozumenie neadekvátnym, nápadným prejavom jedinca s postihnutím. Najbližšie okolie sa väčšinou snaží dohovoriť postihnutému aby na udalosti už nemyslel, majú tendenciu vyhýbať sa rozhovoru o zážitku alebo naopak, motivovať ho k tomu, aby sa "vyhovoriť" a pod., čo môže mať za následok narušenie medziľudských vzťahov.

Pre zvládanie záťaže u pacientov s psychickou chorobou je dôležitá sociálna podpora, ktorá môže mať rôzny charakter (môže ísť o podporu rodiny, priateľov, partnerov či širšej sociálnej siete zahrňujúcej aj pomoc profesionálov). V zásade ide o to, aby vôbec nejaká pomoc bola k dispozícii a aby ju jedinec dokázal prijať a využiť. Ľudia, ktorí sú v niečom neštandardní, bývajú často osamelí či vylúčení zo spoločenstiev malých sociálnych skupín. (Vágnerová, 2014)

## **Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán**

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

Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.

Denné psychiatrické stacionáre - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia. Kreatívne a aktivitné dielne.

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

Ambulantní poskytovatelia liečbopedagogickej starostlivosti s materiálno-technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy.

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

Pri poruchách osobnosti len vo výnimočných prípadoch (napr. pri suicidálnom konaní) dochádza k naplneniu kritérií pre nutnosť dobrovoľnej liečby. Všeobecný lekár/ lekár RLP, ak zistí suspektné prejavy duševnej poruchy: posúdi či pacient svojim správaním ohrozuje seba, svoje okolie alebo hrozí vážne riziko zhoršenia jeho zdravotného stavu - ak áno, zabezpečí prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia cestou RZP (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Ak takéto riziko nehrozí, odošle pacienta na ambulantné psychiatrické vyšetrenie.

Pred prevozom pacienta do psychiatrického zariadenia musí všeobecný lekár /lekár záchranej zdravotnej služby/ vylúčiť eventuálne akútne somatické príčiny zmeny psychického stavu (napr. intoxikácia, akútne telesné ochorenie), ak je príčinou stavu somatické ochorenie, postupuje podľa príslušného štandardu. Definitívne posúdenie rizika ohrozovania seba/okolia/vážneho zhoršenia zdravotného stavu je výlučne v kompetencii psychiatra.

Ak sa na všeobecného lekára, službukonajúceho lekára APS (Ambulantná pohotovostná služba), lekára urgentného príjmu nemocnice alebo ambulantného psychiatra v ich riadnom pracovnom čase obráti zainteresovaná osoba (napr. príbuzní duševne chorého, príslušníci polície a podobne) s informáciami svedčiacimi o tom, že človek pod vplyvom duševnej poruchy svojim správaním ohrozuje seba/svoje okolie alebo hrozí bezprostredné ohrozujúce vážne zhoršenie jeho stavu, zabezpečí tento lekár prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia prostredníctvom záchranej zdravotnej služby (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Pojem zainteresovaná osoba je termín zadefinovaný v novom ZZV.

## **Špeciálny doplnok štandardu**

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

www.udzs-sk.sk), pričom pacienta aj príbuzných dostatočne zrozumiteľne a individuálne poučí ošetrojúci lekár.

## **Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu**

Audit v prípade vydania 11. Revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb, prípadne zásadnej zmeny v terapeutických odporúčaníach. Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Potreba vytvoriť „Tím krízovej intervencie“ ako súčasť centra integrovanej starostlivosti: zložený zo zdravotníckych pracovníkov rôznych profesií – kompetencie podľa zloženia tímu - poskytovanie krízovej intervencie (najmä zhodnotenie rizika, podporná psychoterapia, ev. farmakoterapia) pre zvládanie akútnych reaktívnych i nie situačne podmienených dekompenzáciách stavu ľudí s poruchami osobnosti s ev. pokračovaním intervencie v iných segmentoch zdravotnej starostlivosti.

## **Literatúra**

BARTAK A. et al.: Effectiveness of outpatient, day hospital, and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders, *Psychother Psychosom*, 2011;80(1):28-38

DUŠEK,K.,VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ,A. 2015. Diagnostika a terapie duševných poruch.GRADA,2015, 278-310 s. ISBN 978-80-247-9855-4

DSM-5 Diagnostický a statistický manuál duševných poruch. Hogrefe-Testcentrum, Praha 2015, ISBN 978-80-86471-52-5

HAŠTO J., TAVEL P. Psychiatria pre prax. Nové vymedzenie posttraumatickej stresovej poruchy u dospelých a detí v DSM-5 a niektoré aktuálne klinické poznatky .2015 roč., 16 č., 95-99 s.

MAREŠ,J.2012. Postraumatický rozvoj človeka.Praha:Grada.2012.ISBN 978-80-247-3007-3

Medzinárodí klasifikácie nemocí 10 revízie.1992 Duševní poruchy a poruchy chování, Psychiatrické centrum Praha 1992, ISBN 80-85121-37-9

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

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

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

VAGNEROVÁ,M. 2014. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. PORTÁL,2014, 44,489-492 s. ISBN 978-80-262-0696-5

YEHUDA,R.2015doi:10.1038nrp.2015 57

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

### **Poznámka:**

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

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

### **Účinnosť**

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť 15. januára 2020.

**Andrea Kalavská, v. r.  
ministerka**