

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

Dissociálna porucha osobnosti – štandardné diagnostické a terapeutické postupy

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0048	20. septembra 2018	Schválené	15. januára 2020

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

PhDr. Katarína Kubašovská; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD;
doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.; MUDr. Marek Zelman

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ 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. Ludmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mányá, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Hruziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová

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

DPO	dissociálna porucha osobnosti
DSM 5	diagnostický a štatistický manuál duševných porúch 5
KBT	kognitívno behaviorálna terapia
MKCH-10	medzinárodná klasifikácia chorôb-10
VTI	videotrénning interakcií

Kompetencie

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

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

Všeobecný lekár pre dospelých 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 pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychologom.

Pediater – dostáva sa do kontaktu s dieťaťom a rodičom ako prvý, súčasťou komplexného pediatrického vyšetrenia je odobratie kompletnej anamnézy a zhodnotenie správy od neonatológa vrátane sociálneho prostredia rodiny (napr. prostredníctvom dotazníka), 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, závažný ev. prolongovaný novorodenecký ikterus. V rámci nasledujúcich preventívnych prehliadok je potrebné sledovať: psychomotorický vývoj (u detí s ADHD sa často vyskytuje skorá vertikalizácia a chôdza už pred prvým rokom života, vynechanie alebo preskočenie fázy lozenia), vyšetrenie reči (slovná zásoba, plynulosť, správna výslovnosť), stav psychického vývinu, prejavy porúch správania, následne školská úspešnosť.

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 (videotrénung interakcií).

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky 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 (videotrénung interakcií).

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

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

Sociálny pracovník – sociálno-právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Špeciálny pedagóg - psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v ústavoch na výkon trestu odňatia slobody. V rámci prevencie vykonáva depistáž v materských školách (napr. Dotazník správania sa predškolských detí, T18), špeciálnopedagogickú diagnostiku (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 a pod.), telesné a psychické charakteristiky (vývinové ukazovatele, emócie, motivácia, atď.), správanie, úroveň schopností a spôsobilostí (hlavne školských spôsobilostí, t. j. čítanie, písanie, počítanie a pod.), štruktúrovaný rozhovor napr. pomocou Pelhamovho dotazníka, Connersovej škály pre rodičov a učiteľov. V prevencii tiež uplatňuje edukáciu rodičov a učiteľov, realizuje výchovné poradenstvo pre rodičov, metodické vedenie a podporu učiteľov materských a základných škôl, tiež vykonáva behaviorálne tréningy pre rodičov a učiteľov.

Úvod

Základným znakom dissociálnej poruchy osobnosti je podľa Praška (2003) dlhodobý vzorec sociálne anetického správania, ktorý odráža nezájem o práva druhých ľudí. Postihnutý je charakterizovaný nezodpovednosťou, porušovaním práv a vedomým podvádzaním druhých bez pocitov viny. Dissociálni jedinci majú veľmi nízku frustračnú toleranciu a nízky prah pre výbuchy

agresivity a násilia, chýba im súcit a empatia. Nedodržiavajú spoločenské pravidlá a záväzky, morálku, či zavedené zvyklosti. Títo jedinci ignorujú následky svojho správania, nedokážu sa dostatočne poučiť zo skúsenosti, sú zameraní hlavne na seba, neberú do úvahy pocity druhých a opakovane porušujú pravidlá. Za všetky neúspechy obviňujú druhých a svoje konfliktné správanie ospravedlňujú a racionalizujú (Livesley, 2007).

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.

Prevenencia

Dissociálna porucha osobnosti je multifaktoriálne podmienená, v jej etiológii sa teda uplatňujú ako genetické faktory (dedičnosť), tak 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.), psychosociálne a socioekonomické faktory. Z metaanalýz (podľa NICE guidelines, 2013) rezultuje niekoľko rizikových faktorov spojených s neskorším výskytom DPO. Sú to problémy v správaní v predškolskom, školskom a adolescentnom veku, ADHD /Attention Deficit Hyperactivity Disorder/ prejavy, rodinné faktory /antisociálne správanie rodičov či drsný, krutý výchovný štýl rodičov/ a sociálno-ekonomické faktory /napr. nízky socioekonomický status/. Avšak to neznamená, že sa následkom týchto podmienok musí táto nutne porucha prejaviť. Z viacerých prospektívnych longitudinálnych štúdií (Robins et al., 1991, Simonoff et al., 2004) vyplýva, že približne u 40- 70% detí s poruchami správania, agresívnym správaním, či prejavmi ADHD, toto správanie pretrváva aj do dospelosti a prejavuje sa ako DPO. Z tohto dôvodu je pre prevenciu vzniku DPO 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). 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!). Možno čerpať aj zo zahraničných programov typu „tréning rodičov“ (Webster-Stratton, 2010; NICE guidelines, 2013).

Z viacerých ekonomických štúdií vyplýva, že z dlhodobého hľadiska včasne realizované preventívne

intervencie môžu viesť k významnej úspore finančných prostriedkov vynakladaných na sociálne dávky a trestno-právne konania (NICE guidelines, 2013).

Primárna prevencia teda spočíva najmä 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 vývoj 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 DPO sa zameriava na dôsledné sledovanie komorbidít, agresívneho správania, motivovaní pacienta k spolupráci a udržaní kontaktu s terapeutickými podpornými aktivitami.

Epidemiológia

Celková prevalencia DPO sa v populácii pohybuje od 0,2 – 9,4%, u hospitalizovaných psychiatrických pacientov 3 – 37% a až 75% u väzňov. Je častejšia u mužov v pomere 2:1 až po 7:1 (Praško, 2015). Dissociálna porucha osobnosti je medzi odsúdenými častá, v celosvetových prehľadoch sa výskyt DPO uvádza u 47% mužov a 21% u žien (Fazel, 2002).

Patofyziológia

Tak ako u väčšiny psychických porúch je výsledný obraz poruchy kombináciou biologickej a psychosociálnej etiológie. Viding et al. (2008) zistili, že deti, ktoré začali páchať priestupky v ranom veku a so zvýraznenou agresivitou, mali k tomuto správaniu zvýšenú heritabilitu. Avšak aj keď sú dôkazy, že agresívne protispoločenské správanie je v mozgu „zakódované“ od raného veku, tieto deti tiež často pochádzajú z rodinného prostredia s prísnu, či nekonzistentnou výchovou, boli fyzicky, sexuálne, či emocionálne zneužívané rodičmi, ktorí často sami zneužívali návykové látky, čo ich predpoklady k antisociálnemu správaniu zhoršuje. Štúdie adoptovaných detí ukazujú interaktívny účinok genetickej vulnerability a averzívneho prostredia, čo kumuluje patológiu viac ako by sme očakávali len pri jednom vplyve (Cadoret a kol, 1995).

Za etiologicky signifikantné vo vývoji DPO sa uvádzajú aj socioekonomické faktory, napr. časté sťahovania, rozpad rodiny, chudoba, mestské prostredie, nepravidelná školská dochádzka. Manifestácia DPO vychádza z dvoch možných vzorcov. 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 sympatika a HPA a vysokou reaktivitou oboch fyziologických systémov. Naproti tomu základná parasympatiková aktivita a reaktivita je nízka. Zotavovacia fáza je predĺžená, ostrážitým ľuďom trvá dlho, než sa vrátia na základnú úroveň po sympatikovej a HPA aktivácii a ich habituácia je pomalšia (Gunnar, 2006). Ostražitý fenotyp

sa rozvinie u temperamentovo obtiažnych/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 útok a pre ženy vzorec ostražitého stiahnutia. Muži s chýbajúcou 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 – Dissociálnu poruchu osobnosti

- A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre poruchu osobnosti.
- B. Musia byť splnené najmenej tri z nasledujúcich príznakov:

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 tolerancia k frustrácii a nízky prah pre uvoľnenie agresie, vrátane násillia
5. neschopnosť cítiť vinu a poučiť sa zo skúsenosti, zvlášť 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 dospelovaní, hoci nemusia byť trvale prítomné.

Klinický obraz

Vzorec nerešpektovania a pohrdania právami ostatných nastupuje už v detstve alebo ranej adolescencii a pokračuje do dospelosti. Títo ľudia často už od detstva kradnú, klamú, týrajú slabších rovesníkov alebo zvieratá, chodia poza školu, vytvárajú asociálne partie a majú problém s autoritami.

Jedinci s dissociálnou poruchou osobnosti postrádajú empatiu, bývajú bezcitní, nedokážu udržať trvalý vzťah. Niekedy sú prehnane a arogantne sebavedomí, môžu disponovať povrchným šarmom a verbálnou pohotovosťou. Jedinci s touto poruchou sa často ocitajú vo väzeniach, aj keď kriminálne aktivity sami o sebe nemusia znamenať prítomnosť DPO (Raboch a kol., 2015). 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 násilia a podobne radikálne môžu pristupovať k samovražednému správaniu (Mulder a kol., 2011). Hoci v správaní dominuje nadmerná ziskuchtivosť a chýbanie škrupulí, suicidalita pri DPO je relatívne vysoká (Krysinska a kol., 2006; Fazel, 2002). Často sa u pacientov s DPO kombinuje niekoľko faktorov zvýšeného rizika: impulzivita, porucha nálady, vysoká tenzia, abúzus alkoholu, či iných návykových látok a nedostatočná sociálna podpora.

Diagnostika (postup určenia diagnózy)

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

Psychiatrické vyšetrenie – anamnéza, zhodnotenie klinického obrazu podľa kritérií MKCH -10 a psychopatologický rozbor. Počas vyšetrenia popíšeme klinický obraz poruchy, pričom sa opierame o diagnostické kritériá podľa MKCH-10.

Heteroanamnestické údaje - od príbuzných a blízkych osôb pacienta sú tiež veľmi dôležité pri diagnostikovaní porúch osobnosti, získavame ich aj opakovane pre spresnenie diagnostiky a identifikáciu faktorov v kontexte vývinovej a sociálnej adaptácie.

Psychodiagnostické vyšetrenie – využíva kombináciu klinických a testových metód. V klinických metódach je dôležité zhodnotenie vývinových aspektov. Je výhodou, ak sú tiež k dispozícii objektívne informácie od blízkych osôb. Pri interpretácii testových metód /sebapozudzovacie škály a dotazníky/ treba byť obozretný vzhľadom na možnosť skresleného sebavnímania a interferenciu aktuálnej psychopatologickej symptomatiky. Optimálnou metódou pri stanovení poruchy osobnosti sú štruktúrované diagnostické interview, ktoré umožňujú odlišiť trvalé osobnostné charakteristiky od stavových charakteristík, ktoré sú v čase viac variabilné (Smolík, 2006). V prístupe jednak ku klinickému tak i psychodiagnostickému posúdeniu prítomnosti špecifickej poruchy osobnosti (najmä vzhľadom k individualizácii posúdenia a plánovaniu terapeutickú stratégiu) je vhodné rozširovať kategoriálny rámec uvažovania o rozmer dimenzionálny. Perspektívne sa javí v praxi relevantné hodnotenie A/ stupňa postihu osobnostného fungovania a B/ hodnotenie rysových variantov v rámci širších domén (Raboch a kol., 2015).

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 duševné zdravie v sekundárnej a súdnej (forenznej) starostlivosti čo najúplnejšie posúdiť:

1. Antisociálne správanie,
2. Fungovanie osoby, jej zvládacie stratégie, prednosti a nedostatky,
3. Komorbidné duševné ochorenia (vrátane depresie a úzkosti, zneužívanie drog alebo alkoholu, prítomnosť postraumatickej stresovej poruchy a iných porúch osobnosti,
4. Potrebu psychologickú (psychoterapeutickú) liečby, sociálnej starostlivosti a podpory, zamestnaneckej rehabilitácie a ďalšieho vývinu poruchy (NICE guidelines, 2013).

Diferenciálna diagnostika - je nevyhnutné vylúčiť v rámci klinického vyšetrenia iné ochorenia kódované pod inými kategóriami MKCH-10 (Raboch a kol., 2015, Praško, 2015, Robinson, 2001).

Iné špecifické poruchy osobnosti:

Narcistická porucha osobnosti - rovnako ako pri DPO môže mať takýto jedinec tendenciu k povrchnosti, vykorisťovaniu iných ľudí a nedostatku empatie, ale nevykazuje znaky akými sú impulzivita, agresivita a podvádzanie. Narcistický jedinec zneužíva z titulu pocitu svojej výnimočnosti, dissociálny jedinec najmä za účelom materiálneho zisku.

Histriónska porucha osobnosti - títo ľudia nemajú primárne sklon k antisociálnemu správaniu. Keď sa to objaví, súvisí to skôr s nezvládnutými emóciami a nie z potreby mať priamy zisk zo situácie.

Hraničná porucha osobnosti - ľudia s touto poruchou osobnosti môžu spáchať asociálny čin hlavne v okamžikoch nezvládnutých emócií a navyše sú tu prítomné časté sebaškodzovania a samovražedné pokusy. Jedinci s DPO bývajú menej emočne nestabilní a agresívnejší ako hraniční jedinci.

Paranoidná porucha osobnosti - môžu vykazovať asociálne správanie, to ale zvyčajne nie je motivované túžbou po osobnom prospechu alebo snahou zneužívať iných, ako je to u jedincov s DPO, ale je skôr motivované túžbou po pomste.

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

Poruchy vyvolané účinkom psychoaktívnych látok: Asociálne správanie sa môže objaviť ako dôsledok užívania psychoaktívnych látok. Môže sa však vyskytovať ako komorbidná 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 ale nesprevádzajú osobnostné črty, ktoré sú typické pre DPO.

ADHD v dospelosti: Títo postihnutí sa tiež môžu dostať do konfliktu so zákonom, ale dominujúcou črtou je impulzívne správanie (netrzeplivosť). DPO môže tiež imitovať nezvládnutú postraumatickú

stresovú poruchu. Jedinci s DPO môžu často trpieť dysforickými alebo depresívnymi zmenami nálad, niektorou z úzkostných porúch, intrapsychickým napätím, neschopnosťou znášať nudu. Z výsledkov štúdie Goodwina a kol. (2003) vyplynulo, že polovica ľudí s DPO trpela súčasne úzkostnými poruchami a štvrtina z nich trpela depresívnou poruchou (Lenzenweger a kol., 2007). Tieto údaje sú dôležité o. i. z toho dôvodu, že prítomnosť DPO ako takej predstavuje vysoko pravdepodobne negatívny moderátor celkovej liečebnej odpovede. DPO sa konceptuálne silne prekrýva (ale v súčasnom výskume a teórii nie je totožná) s opisom tzv. antisociálnej poruchy osobnosti a tiež psychopatie a sociopatie.

Liečba

V celkovom manažmente liečby porúch osobností je **optimálne v každom individuálnom prípade vychádzať z kombinácie farmakoterapie a psychoterapie** (Herpertz et al., 2007, Bateman a kol., 2015). V súčasnej dobe neexistuje jednoznačný odporúčaný postup liečby DPO ani vo všeobecne uznávaných odporúčaníach. Kauzálna farmakoterapia porúch osobnosti neexistuje (Duggan a kol., 2007). Cieľom psychofarmakoterapie je pri tejto skupine ochorení liečba komorbidných duševných porúch, ktoré sa v súbehu s nimi vyskytujú častejšie ako v ostatnej populácii. Pri niektorých poruchách osobností je možné psychofarmakami ovplyvniť niektoré ich symptómy. Jej predpokladom je, že u DPO majú mnohé prejavy správania biologický základ a sú spojené s neurochemickými abnormitami centrálného nervového systému (Coccaro a kol., 1996a, 1996b). Ak sa pacient s DPO dostane do terapie, je potrebné v prvom rade zväziť jeho motiváciu k liečbe 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 (invalidný dôchodok) alebo vyhnutie sa trestu, terapia nebude účinná.

Všeobecné zásady farmakologickej liečby porúch osobnosti:

1. Primárnym cieľom psychofarmakoterapie je liečba eventuálnej komorbidnej duševnej poruchy - depresia, anxieta, PTSP, psychóza, insomnie, afektívna porucha, závislosť od alkoholu alebo drog. V takomto prípade sa postupuje podľa príslušného štandardného postupu.
2. Farmakologická liečba symptómov poruchy osobnosti je indikovaná pri zlyhaní respektíve nedostatočnej účinnosti psychoterapeutických intervencií a ako komedikácia popri psychoterapii.
3. Pacient musí byť informovaný, že ide o liečbu mimo indikácií liekov uvedených v SPC.
4. Pri indikovaní liečby je nevyhnutné posúdenie eventuálneho potenciálu lieku vyvolať závislosť resp. potenciovať účinok alkoholu a iných návykových látok.
5. Vzhľadom na zvýšené riziko suicidálneho/sebapoškodujúceho správania pri poruchách osobnosti je potrebné zväziť pri indikovaní farmakoterapie pomer rizika a benefítu pri predávkovaní, či intoxikácii. Pri existencii takéhoto rizika je nevyhnutné predpisovať jednorazovo minimálne množstvá liekov.
6. Pacienta je potrebné edukovať o vyššie uvedené rizikách.

7. Stav pacienta musí byť pravidelne kontrolovaný vrátane compliance a eventuálnych nežiaducich účinkov podľa odporúčení pre skupiny psychofarmák.
8. Účinnosť liečby musí byť pravidelne preverovaná, podávanie psychofarmák bez preukázateľného účinku po troch mesiacoch nie je indikované.

Pri dissociálnej poruche osobnosti nie je indikovaná rutinná farmakoterapia na zvládanie prejavov agresivity, impulzivity či hnevu (NICE guidelines, 2013). Khalifa a kol. (2009) neuvádzajú ako jednoznačne účinnú žiadnu medikáciu, efekt liečby bol preukázaný len na úrovni D pri obsolentnej medikácii ako je fenytoín, bromokryptín a nortryptilín. Vychádzajúc z klinickej praxe a racionálnej farmakoterapie v odôvodnených prípadoch môžeme použiť psychofarmaká, najčastejšie zo skupiny antipsychotík ev. anxiolytík. Aj keď samotné **psychoterapeutické intervencie** pri DPO majú svoje limity, liečebné postupy pre čiastkové diagnostikované symptómy pri DPO sú lepšie rozpracované, zvlášť pri zvládaní agresie. Kognitívno-behaviorálna terapia /KBT/ koncepcne vysvetľuje dissociálne správanie prítomnosťou dysfunkčných postojov k sebe, druhým a budúcnosti. Cieľom je zmeniť zjednodušené konkrétne myslenie na uvažovanie v širších súvislostiach a alternatívnych možnostiach, aby pacient získal širší, prosociálnejší spôsob interagovania s ostatnými. KBT k tomu využíva diskusie, štruktúrované kognitívne cvičenia a behaviorálne experimenty - nácvik zvládania impulzívneho správania a agresie, nácvik empatie a pod. U pacientov s DPO je ľahšie ovplyvniť temperamentové vlastnosti - výbušnosť, impulzivitu a agresivitu ako charakterové kvality (Praško, 2015). Máme k dispozícii úroveň dôkazov (A) Antisocial Personality Disorder: The NICE Guideline on Treatment, Management and Prevention (National Clinical Practice Guideline) (2013) pre kognitívne a behaviorálne liečebné postupy, ktoré sú stredne efektívne u porušovateľov zákona. To je dôležité zistenie najmä z toho dôvodu, že zníženie agresie a hnevливosti nie je účinné, keď osoba pokračuje v protispoločenskom správaní. Aj z ekonomických analýz vyplýva, že uplatňujúc tieto kognitívne a behaviorálne postupy, možno potenciálne znížiť náklady na celkovú liečbu a súvisiace náklady (podľa Antisocial Personality Disorder: The NICE Guideline on Treatment, Management and Prevention (2013).

Aplikácia skupinových kognitívnych a behaviorálnych intervencií sa doporučuje aj pre ľudí s DPO, ktorí nemali vážne problémy so zákonom. Na základe týchto údajov je užitočné aplikovať skupinové kognitívne a behaviorálne postupy na zvládanie problémov s impulzivitou, problémami v medziľudských vzťahoch a asociálnym správaním u ľudí s DPO, vrátane problémov so zneužívaním návykových látok v ambulantnej a nemocničnej starostlivosti. Pre účinnosť skupinových kognitívnych a behaviorálnych postupov počas výkonu trestu, ktoré znižujú u adolescentov pravdepodobnosť budúcich trestných činov existujú stredne silné ale štatisticky významné dôkazy (NICE guidelines, 2013). Pacientom s DPO, ktorý zároveň zneužívajú návykové látky, zvlášť opiáty či psychostimulačné látky je potrebné poskytnúť psychoterapeutické intervencie podľa odporúčaní štandardov pre liečbu

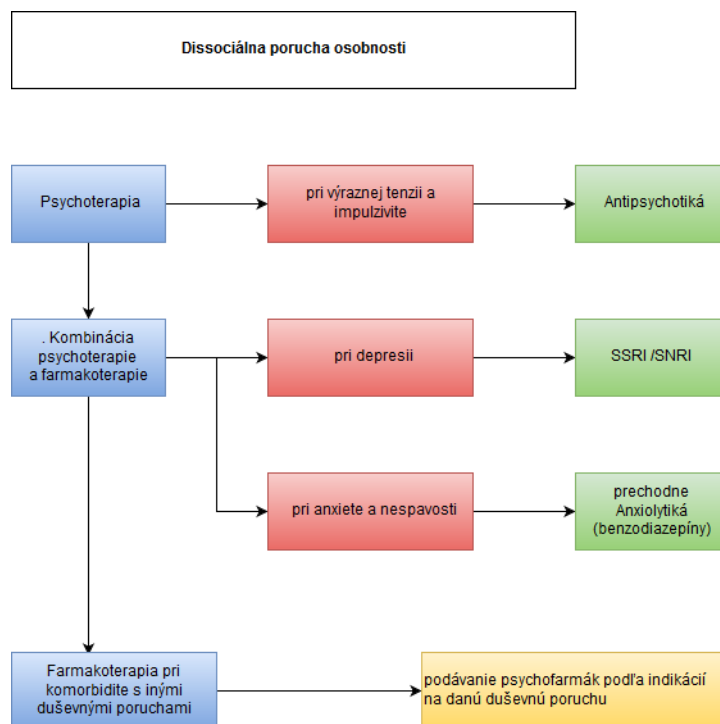
drogových závislostí. Pri komorbidite DPO a návykových látok treba zväžiť pokračovanie liečby v resocializačnom, či inom špecializovanom zariadení v rámci komunitnej liečby.

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, krízovú psychoterapeutickú intervenciu v odôvodnených prípadoch, racionálnu náhľadovú podpornú psychoterapiu, psychologickú liečbu druhého stupňa - čiastkové psychoterapeutické techniky a nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie), iné špecifické psychoterapeutické metódy v zmysle certifikovaných smerov, rodinnú psychoterapiu, psychoedukáciu pacienta a rodinných príslušníkov. Psychoterapia môže byť formátu individuálneho alebo skupinového (Robinson, 2001).

Pri voľbe akejkoľvek psychoterapeutickej intervencie je potrebné zohľadňovať špecifiká príslušnej poruchy osobnosti (Bartak a kol. 2011). V súčasnej dobe neexistuje psychoterapia alebo farmakoterapia, ktorá by bola dôsledne úspešná v redukovaní sociopatie. Vo všeobecnosti jedinci s DPO neprofítujú z ambulantnej psychoterapeutickej starostlivosti. Metódou voľby je najčastejšie inštitucionálna liečba s celodenným režimom. V rámci nej možno realizovať formy skupinovej psychoterapie, individuálnej psychoterapie a ich kombináciu.

Podporná terapia

Pri vytvorení terapeutického vzťahu treba brať do úvahy tendenciu dissociálnych jedincov 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 pacientov s DPO sa zameriava na prijatie väčšej zodpovednosti za svoje vlastné správanie a uvedomenie si, že jeho problémy vychádzajú z jeho činov. Šanca na zmenu je vtedy, ak pacient pochopí, že dlhodobé dôsledky jeho správania sú pre neho významnejšie ako tie krátkodobé (Glenn a kol., 2013).



Prognóza

Postupne po 45. roku života môže dôjsť k zmierneniu agresívneho správania (Höschl a kol., 2004).

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

Poruchy osobnosti s vyššou závažnosťou alebo nepriaznivým priebehom môžu viesť k invalidizácii človeka. Podľa Prílohy č. 4 - Percentuálna miera poklesu zárobkovej činnosti podľa druhu zdravotného postihnutia orgánov a systémov - k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, je miera poklesu schopnosti zárobkovej činnosti pre stredne ťažké paranoidné poruchy osobnosti s miernym obmedzením výkonnosti organizmu, určená hodnotou 20% - 30% a pre ťažké narušenie osobnosti so závažným obmedzením výkonnosti organizmu až dezintegráciou, 50% - 80%.

Taktiež komorbidita s ďalšími psychickými poruchami napr. ťažkou formou depresie, či obsedantne kompulzívnej poruchy môže viesť až k invalidizácii pacienta.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Zabezpečenie starostlivosti je v gescii Ministerstva zdravotníctva SR, Ministerstva školstva SR, Ministerstva práce a sociálnych vecí SR a Ministerstva spravodlivosti SR. Za odborné vedenie sú zodpovedné odborné spoločnosti. Za vzdelávanie jednotlivé pregraduálne a postgraduálne inštitúcie. 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 a rozhodujú o liečbe DPO, odborných pracovníkov v sociálnej sfére, znalcov pre posúdenie vyžadované štátnymi

orgánmi, odborných pracovníkov v nápravno-výchovných ústavoch, v centrách pedagogicko-psychologického poradenstva a centrách špeciálno-pedagogického poradenstva, liečebných výchovných sanatóriách, reedukačných centrách, resocializačných centrách a iných odborných pracovníkov liečiacich ľudí s DPO. Za liečbu ľudí s dissociálnou poruchou osobnosti sú zodpovedné viaceré odbornosti a zariadenia, hlavne vo väzenskej sfére, avšak tiež v zdravotníctve, hlavne pri liečbe komorbidných porúch. Prevenciu poruchy vykonávajú zariadenia v pôsobnosti Ministerstva školstva SR a Ministerstva práce a sociálnych vecí SR. Manažment a liečba dissociálnej poruchy osobnosti je potom vykonávaná nasledovne:

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

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

Všeobecný lekár 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/ psychologom.

Pediater – dostáva sa do kontaktu s dieťaťom a rodičom ako prvý, súčasťou komplexného pediatrického vyšetrenia je odobratie kompletnej anamnézy a zhodnotenie správy od neonatológa vrátane sociálneho prostredia rodiny (napr. prostredníctvom dotazníka), 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, závažný ev. prolongovaný novorodenecký ikterus. V rámci nasledujúcich preventívnych prehliadok je potrebné sledovať: psychomotorický vývoj (u detí s ADHD sa často vyskytuje skorá vertikalizácia a chôdza už pred prvým rokom života, vynechanie alebo preskočenie fázy lozenia), vyšetrenie reči (slovná zásoba, plynulosť, správna výslovnosť), stav psychického vývinu, prejavy porúch správania, následne školská úspešnosť.

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

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

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou

organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

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

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

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

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

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

Ďalšie odporúčania

V prípade tejto poruchy je v určitých prípadoch dôležitá súčinnosť orgánov činných v trestnom konaní, taktiež spolupráca, edukácia a podpora rodinných príslušníkov.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

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

Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.

Denné psychiatrické stacionáre - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.

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

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

Alternatívne odporúčania

Alternatívne liečebné postupy t. č. nie sú známe. Vo všeobecnosti u pacientov s poruchou osobnosti je dôležité, aby si osvojili základné zásady zdravého životného štýlu a psychohygieny, vrátane postupov na redukciiu stresu. Bazálnou je vždy koordinovaná psychiatrická a psychoterapeutická starostlivosť, alternatívnym doplnkom môže byť angažovanie pacienta v svojpomocných skupinách alebo aj dobrovoľníckych aktivitách.

Špeciálny doplnok štandardu

Pri liečbe porúch osobnosti sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk), 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 je plánovaný do 1. roka od jeho vydania kedy má byť vytvorený jednotný komplexný manažment pacienta s dissociálnou poruchou osobnosti spolu s OPS klinická psychológia.

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

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

Literatúra

- [1] BARTAK A. et al. (2011) *Effectiveness of outpatient, day hospital, and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders*, *Psychother Psychosom*; 80(1):28-38
- [2] BATEMAN, A. W., GUNDERSON, J., MULDER, R. (2015) *Treatment of personality disorder*. *The Lancet*. 385, 9969, 735–743. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61394-5. ISSN 01406736.
- [3] CADORET, R. J., Yates, W. R., Troughton, E., et al. (1995) *Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders*. *Archives of General Psychiatry*, 52, 916–924
- [4] COCCARO, E. F., Kavoussi, R. J., Sheline, Y. I., et al. (1996a) *Impulsive aggression in personality disorder correlates with tritiated paroxetine binding in the platelet*. *Archives of General Psychiatry*, 53, 531–536
- [5] COCCARO, E. F., Berman, M. E., Kavoussi, R. J., et al. (1996b) *Relationship of prolactin response to d-fenfluramine to behavioural and questionnaire assessments of aggression in personality disordered men*. *Biological Psychiatry*, 40, 157–164
- [6] DUGGAN, C., Adams, C., McCarthy, L., et al. (2007a) *Systematic review of the effectiveness of pharmacological and psychological strategies for the management of people with personality disorder*. NHS National R&D Programme in Forensic Mental Health. (2008) Available at: <http://www.nfmhp.org.uk/MRD%2012%2033%20Final%20Report.pdf> [accessed March 2008]
- [7] DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. (2015) *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-4826-9
- [8] FAZEL, S. & Danesh, J. (2002) *Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys*. *Lancet*, 359, 545–550
- [9] GLENN, A. L., JOHNSON, A. K., RAINE, A. (2013) *Antisocial Personality Disorder: A Current Review*. *Current Psychiatry Reports*, roč. 15, č. 12, s. 427. doi: 10.1007/s11920-013-0427-7. ISSN 1523-3812, 1535-1645
- [10] GOODWIN, R. & Hamilton, S. P. (2003) *Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community*. *Psychiatry Research*, 117, 159–166
- [11] GUNNAR M.R, Vazques D. (2006) *Stress neurobiology and developmental psychopathology*. In: *Developmental Psychopathology*, vol. 2. Cicchetti D., Cohen D.J. (eds), Wiley, Hoboken, pp 533-577. 4, 61–75
- [12] HERPERTZ, Sabine C. et al. (2007) *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders*. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, roč. 8, č. 4, s. 212–244. doi: 10.1080/15622970701685224. ISSN 1562-2975
- [13] HOSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. (2004) *Psychiatrie*. Praha: Tisg, ISBN 978-80-900130-7-0

- [14] KHALIFA, Najat et al. (2009) *Pharmacological interventions for antisocial personality disorder*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Ed. The Cochrane Collaboration. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, Pharmacological interventions for antisocial personality disorder[online]
- [15] KRYSINSKA K, Heller T.S., De Leo D: (2006) *Suicide and deliberate self-harm in personality disorders*. *Current Opinion in Psychiatry*; 19(1): 95-101
- [16] LENZENWEGER, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., et al. (2007) *DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. *Biological Psychiatry*, 5, 553–564
- [17] LIVESLEY, J. W. (2007) *A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder*. *Journal of Personality Disorders*, 21, 199–224
- [18] MKCH – 10. *Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov (1993), 10. revízia*. Obzor, 1993. 171 s. ISBN 80-215-0249-5
- [19] MULDER RT, Newton-Howes G, Crawford MJ, Tyrer PJ (2011) The central domains of personality pathology in psychiatric patients. *Journal of Personality Disorders*, 25(3): 364-377
- [20] NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (UK) (2010) *Antisocial Personality Disorder: Treatment, Management and Prevention[online]*. Leicester (UK): The British Psychological Society, National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. ISBN 978-1-85433-478-7. [cit. 2018-06-12]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55345/>.10
- [21] NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (section of the Colleges Research Unit) (Author) (2013) *Antisocial Personality Disorder: The NICE Guideline on Treatment, Management and Prevention (National Clinical Practice Guideline), National Clinical Practice Guideline Number 77*, The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, London, 1st Edition, ISBN-13: 978-1854334787, ISBN-10: 1854334786, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21834198>
- [22] PRAŠKO, J. (2003) *Poruchy osobnosti* Praha: Portál, 360 s. ISBN 978-80-262-0900-3.
- [23] PRAŠKO, J. (2015) *Poruchy osobnosti* Praha: Portál, 2015, 360 s. ISBN 978-80-262-0900-3
- [24] RABOCH J., Hrdlička M., Mohr P., Pavlovský P., Ptáček R. (2015) *DSM-5 Diagnostický a statistický manuál duševných poruch*. Hogrefe-Testcentrum, Praha, ISBN: 978-80-86471-52-5
- [25] Robins, L. N., Tipp, J. & Przybeck, T. (1991) *Antisocial personality*. In *Psychiatric Disorders in America* (eds L. N. Robins & D. A. Regier), pp. 258–290. New York: Free Press
- [26] ROBINSON, D. J. (2001) *Poruchy osobnosti - podľa DSM-IV - vysvetlené*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2001. 138 s. ISBN 80-88952-06-9
- [27] RUBIN K., H. (2002) “Brokering” emotion dysregulation: the moderating role of parenting in the relation between child temperament and children’s peer interactions. In: *Emotional Regulation and*

Developmental Health: Infancy and Early Childhood. Zuckerman B.S., Lieberman A.F., Fox N., A. (eds), Johnson & Johnson, New Brunswick, pp 81-99

[28] Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J., et al. (2004) *Predictors of antisocial personality disorder. Continuities from childhood to adult life*. The British Journal of Psychiatry, 184, 118–127.

[29] SMOLÍK P. (1996) *Duševní a behaviorální poruchy*, Maxdorf Praha. 502. ISBN 80-85800-33-0

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

[31] VIDING, E., Larsson, H. & Jones, A. P. (2008) *Quantitative genetic studies of antisocial behaviour*. Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences, 363, 2519–2527

[32] 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”* v Weisz, J, a Kazdin, A. (eds), Evidence-based psychotherapies for children and adolescents, 2ndedn. New York: Guilford Publications: 194-210

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

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

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

Poznámka:

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

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

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť 15. januára 2020.

**Andrea Kalavská, v. r.
ministerka**