

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

## Paranoidná porucha osobnosti

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0051	20. septembra 2018	schválené	15. januára 2020

## Autori štandardného postupu

### Autorský kolektív

PhDr. Katarína Kubašovská; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.; MUDr. Marek Zelman

### Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

**Prispievatelia a hodnotitelia:** členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ 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. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH; Jozef Kalužay, PhD.

### Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; 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 Hrubíško, 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, PhD; doc. 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 Hruzíková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Ing. Mgr. 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

paranoidná porucha osobnosti, hostilita, diagnostika, liečba, paranoidita

## Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

DSM-5	diagnostický a štatistický manuál duševných porúch
KBT	kognitívno behaviorálna terapia
MKCH-10	medzinárodná klasifikácia chorôb

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

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

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

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

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

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

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

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

## Úvod

Slovom osobnosť sa chápe dynamický súbor relatívne trvalých vlastností, ktoré sa utvárajú v priebehu individuálneho vývoja a ktoré predurčujú schopnosť adaptácie na okolie. Väčšina definícií porúch osobnosti sa sústreďuje na motiváciu a mentálnu adaptáciu. Poruchy osobnosti predisponujú k rozvoju ďalších porúch, či už psychických alebo aj somatických.

Poruchy osobnosti možno definovať ako pretrvávajúci vzorec alebo profil správania sa, ktorý sa výrazne odlišuje od toho, čo očakáva a vyžaduje príslušná kultúra a spoločnosť. Porucha osobnosti je stabilná a vedie k vnútorným ťažkostiam, nepohode či konfliktom v sociálnom prostredí. Pre poruchy osobnosti sú charakteristické poruchy adaptability, rigidita v myslení a správaní sa, nedostatok pružnosti, odolnosti a prispôsobenia (Höschl a kol., 2002).

Pre osobnosť je charakteristický temperament, ktorý sa vzťahuje na spôsob emočného prejavu a predpokladá sa, že je daný biologicky. Charakter vytvárajú predovšetkým osvojené a zvnútornené morálne hodnoty a postoje, v psychoanalytickom zmysle zodpovedá konceptu superega (Höschl a kol., 2002).

Klasifikácia porúch osobnosti sa dynamicky vyvíja, zvažuje sa predovšetkým dimenzionálny prístup s plynulým presahom medzi normalitou a patologickými prejavmi a kategoriálny prístup, kde sú definované oddelené diagnostické entity. Poruchy osobnosti neboli zaraďované na rozdiel od psychóz, porúch nálady, úzkostných porúch a iných porúch, medzi tzv. prvoosové diagnózy. Môžu byť považované za extrémne vystupňované temperamentové a charakterové rysy, u závažných porúch osobnosti však dochádza k výraznému narušeniu sociálnej adaptácie so subjektívnymi dôsledkami pre okolie. Hlavným znakom paranoidnej poruchy osobnosti je vzorec pervazívnej nedôvery a podozrievavosti voči iným ľuďom, ktorých motívy sú interpretované ako zlomyseľné. Ide o hypersenzitívnych, rigidných a podozrievavých jedincov, ktorí často podliehajú žiarlivosti a závidosti a len veľmi ťažko vyjadrujú svoju náklonnosť, ale aj pochybnosti a neistotu. Typická je pre nich tendencia k prekrucovaniu a chybným interpretáciám neutrálneho alebo dokonca priateľského správania druhých ako nepriateľského alebo pohŕdaveho. Sociálne vzťahy paranoidných ľudí tak zvyknú byť konfliktné, pretože často podozrievajú okolie zo zneužívania a zo zlých úmyslov a venujú enormné množstvo času a energie na hľadanie dôkazov, ktoré by potvrdili ich podozrenie. Za svoj neúspech často obviňujú druhých, prikladajú nadmerný význam svojej osobe, majú pocit, že sú tak dôležití, že druhí sa proti nim môžu spiknúť. Vo zvýšenej miere bránia svoje práva a domáhajú sa ich naplnenia. Môže ísť až o boj voči rôznym domnelým príkoriam, ktorý vedie k narušeniu ich sociálnej integrácie (Smolík, 1996).

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**

Súčasný pohľad na etiopatogézu porúch osobnosti dáva prednosť multifaktoriálnemu modelu, v ktorom sa spoločne kombinujú vplyvy genetické, kultúrne, vplyvy výchovy a individuálny životný vývoj, množstvo stresových životných situácií, ktoré jedinec v určitej životnej perióde prekoná.

Primárna prevencia 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 vývoj a čo najlepšie zvládanie vývojových úloh. V tom sú užitočné všetky aktivity, ktoré vedú k zvyšovaniu sebavedomia a interpersonálnych zručností rodičov a opatrovateľov. Vychádzajúc z predpokladu, že deti pacientov so schizofréniou a poruchou s bludmi sú viac ohrozené vývojom poruchy osobnosti, ďalšou stratégiou pomoci je "manažérska" pomoc týmto rodinám. (Dušek a kol., 2015).

Sekundárna prevencia u pacientov s poruchou osobnosti spočíva v dôslednom sledovaní komorbidity, motivovaní pacienta ku spolupráci, udržaní ho v kontakte.

## **Epidemiológia**

Prevalencia v populácii sa odhaduje na 0,5 – 2,5%, častejšia je u mužov. V populácii hospitalizovaných pacientov je odhad vyšší, až v rozmedzí 10-30% a u ambulantných pacientov 10 - 20%. Vyššia incidencia je v rodinách pacientov so schizofréniou a poruchami s bludmi.

## **Patofyziológia**

Tak ako pri iných poruchách osobnosti aj pri paranoidnej poruche osobnosti súčasný pohľad na etiopatogézu dáva prednosť multifaktoriálnemu modelu, v ktorom sa spoločne kombinujú vplyvy genetické, kultúrne, vplyvy výchovy a individuálny životný vývoj, množstvo stresových životných situácií, ktoré jedinec v určitej životnej etape prekonal.

Pri paranoidnej poruche osobnosti sa predpokladá existencia určitej genetickej predispozície. Existujú dôkazy dokladajúce vyšší výskyt paranoidnej poruchy osobnosti v rodinách, kde sa vyskytuje viac chorých so schizofréniou a poruchami s bludmi perzekučného typu (Smolík, 1996).

V rozvoji paranoidnej poruchy osobnosti pravdepodobne zohrávajú úlohu aj vplyvy rodinného prostredia v rannom vývojovom období. Podľa niektorých autorov, ľudia s touto poruchou boli objektom extenzívnej rodičovskej zlosti alebo boli najmä blízkymi rovnakého pohlavia ponižovaní. To viedlo k nadmernému rozvoju obranného mechanizmu projekcie, ktorý je zodpovedný za charakter ochorenia. Pocity nedostatočnosti a zraniteľnosti ako následok psychického zranenia sú tak projikované do druhých ako ich nepriateľstvo a hostilita (Praško a kol., 2015).

Podľa psychodynamického konceptu je dôvodom vysokej miery uzavretosti a nedôvery neistá vzťahová väzba v ranom detstve (Robinson, 2001).

## **Klasifikácia**

Diagnostické kritériá MKCH-10 pre F60.0 - paranoidná porucha osobnosti:

A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre poruchu osobnosti

B. Musia byť splnené najmenej štyri z nasledujúcich príznakov:

- 1 nadmerná citlivosť k odstrkovaniu
- 2 tendencia k trvalej nevraživosti, odmieta odpustiť urážky, bezprávie, zľahčovanie a urazená ješitnosť
- 3 podozrievavosť a sklon k prekrucovaniu a chybnjej interpretácii neutrálnej alebo dokonca priateľskej akcie druhých ako nepriateľskej alebo pohrdavej
- 4 bojovný a úporný zmysel pre osobné práva bez ohľadu na bezprostrednú situáciu
- 5 opakované neoprávnené podozrievanie manželského alebo iného sexuálneho partnera z nevery
- 6 sklon k zdôrazňovaniu dôležitosti vlastnej osoby prejavujúce sa trvalým vzťahovaním všetkého ku svojmu vlastnému ja
- 7 zaoberanie sa nepodloženým “konšpiračným” vysvetľovaním udalostí okolo seba alebo vo svete vôbec

## **Klinický obraz**

Paranoidná porucha osobnosti sa môže prejavíť už v detstve alebo skorej adolescencii, a to prejavmi samotárstva, sociálnou úzkosťou, hypersenzitivitou, zvláštnym myslením a vyjadrovaním. Tieto prejavy sa môžu stať centrom pozornosti a posmechu rovesníkov a viesť k nárastu paranoidných postojov. V dobe zvýšeného stresu alebo psychosociálnej záťaže môžu postihnutí reagovať krátkymi psychotickými epizódami, inak sú príznaky a prejavy chronické a dlhodobé. Typickými sú vyhýbanie sa intímnejším kontaktom, hostilita, nekompromisnosť a rigidita v postojoch, obviňovanie druhých pri interpersonálnych problémoch, neustála pripravenosť k obrane, konflikt s autoritami. Postihnutí bývajú nadmerne citliví na dodržiavanie pravidiel a poriadku.

V reakcii na hrozby, ktoré vnímajú okolo seba, rýchlo prechádzajú do protiútok, a tak sa často angažujú v súdnych sporoch. Niekedy sa u jedincov s paranoidnou poruchou osobnosti stretávame so skrytými grandióznymi fantáziami, ktoré len mierne zakrývajú a ktoré sa často týkajú záležitostí moci a spoločenského postavenia. Niekedy sú vnímaní ako “fanatici” a vytvárajú pevne prepojené skupiny s ľuďmi, ktorí systémy ich paranoidných presvedčení zdieľajú (Smolík, 1996).

Najmä v reakcii na stres sa u jedincov s touto poruchou môžu objaviť veľmi krátke psychotické epizódy (v dĺžke minút až hodín). Môže sa rozvinúť tiež depresívna porucha, úzkostné stavy, sociálna fóbia, agorafóbia a obsedantne - kompulzívna porucha. Často sa u nich objavujú poruchy užívania alkoholu a iných návykových látok. Je možný aj vývoj do poruchy s bludmi. Komplikácie sú väčšinou dôvodom pre vyhľadanie terapie (Praško a kol., 2015).

Najčastejšie súbežne sa vyskytujúcimi poruchami sú schizotypová porucha, schizoidná, vyhýbavá a hraničná porucha osobnosti.

## **Diagnostika / Postup určenia diagnózy**

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

**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. 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 sebnámania a interferenciu aktuálnej psychopatologickej symptomatiky. Optimálnou metódou pri stanovení poruchy osobnosti sú štruktúrované diagnostické interview, ktoré umožňujú odlíšiť trvalé osobnostné charakteristiky od stavových charakteristík, ktoré sú v čase viac variabilné (Smolík, 1996).

V prístupe jednak ku klinickému, tak i psychodiagnostickému posúdeniu prítomnosti špecifickej poruchy osobnosti (najmä vzhľadom k individualizácii posúdenia a plánovaniu terapeutickú stratégie) je vhodné rozširovať kategoriálny rámec uvažovania o rozmer dimenzionálny. Perspektívne sa javí praxi relevantné hodnotenie podľa DSM-5:

A/ stupňa postihu osobnostného fungovania a

B/ hodnotenia rysových variantov v rámci širších domén (Raboch a kol., 2015).

### **Diferenciálna diagnostika**

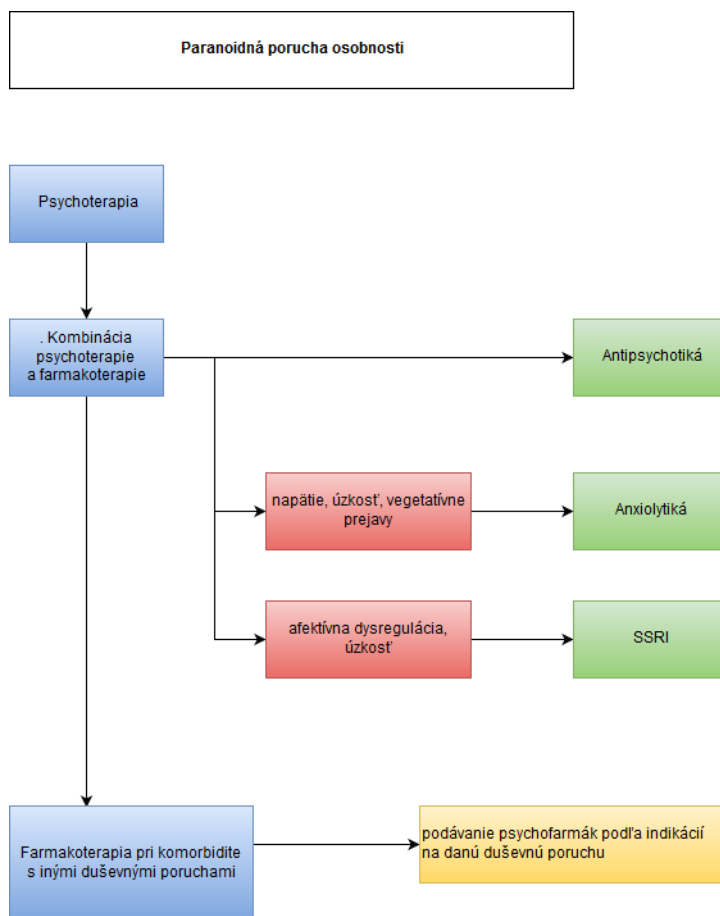
Dôležitá je diferenciálna diagnostika. V rámci diferenciálnej diagnózy je nevyhnutné vylúčiť v rámci klinického vyšetrenia iné ochorenia kódované pod inými kategóriami MKCH-10 (Raboch a kol., 2015, Praško a kol., 2015, Robinson et al., 2001):

**Iné špecifické poruchy osobnosti.** Hraničná a histriónska porucha osobnosti môžu tiež na drobné udalosti reagovať hnevom, ale nebývajú spojené s pervazívnou podozrievavosťou. Vyhubavá osobnosť sa môže obávať zverovať druhým zo strachu, že ich iní privedú do rozpakov alebo ich budú vidieť ako neschopných, ale nie zo strachu zo zlého úmyslu druhých. Narcistické osobnosti môžu príležitostne reagovať podozrievavo, sociálne odťažito, ale hlavne zo strachu, aby nevyšli najavo ich nedostatky. Asociálne správanie, ktoré sa niekedy objavuje u paranoidnej poruchy osobnosti je väčšinou motivované snahou po pomste na rozdiel od dissociálnej poruchy osobnosti, kde je toto správanie motivované túžbou po osobnom prospechu alebo využívať druhých.

**Schizotypová porucha** okrem podozrievavosti a paranoidného spôsobu myslenia zahŕňa ďalšie symptómy ako sú magické myslenie, nezvyčajné perцепčné zážitky a zvláštny spôsob myslenia a vyjadrovania.

**Iné duševné poruchy so psychotickými symptómami.** Duševné ochorenia ako je porucha s bludmi perzekučného typu, schizofrénia, bipolárna afektívna porucha, či depresívna porucha so psychotickými príznakmi sa vyznačujú obdobím trvalých psychotických symptómov ako sú bludy a halucinácie.

**Zmeny osobnosti spôsobené iným somatickým ochorením.** K rozvoju paranoidného nastavenia môže dôjsť pri niektorých ochoreniach postihujúcich CNS, tiež v spojitosti s abúзом alkoholu a niektorých drog a tiež pri niektorých telesných postihnutiach napr. hluchote.



## Liečba

V celkovom manažmente liečby porúch osobností je optimálne v každom individuálnom prípade vychádzať z kombinácie farmakoterapie a psychoterapie (Herpertz a kol., 2007, Bateman a kol., 2015). Kauzálna farmakoterapia porúch osobnosti neexistuje. Cieľom psychofarmakoterapie je pri tejto skupine ochorení liečba komorbidných duševných porúch, ktoré sa v súbehu s nimi vyskytujú častejšie

ako v ostatnej populácii. Pri niektorých poruchách osobností je možné psychofarmakami ovplyvniť niektoré ich symptómy.

Všeobecné zásady farmakologickej liečby porúch osobnosti (Gryeyner, 2015; Herpertz a kol., 2007).

1. Primárnym cieľom psychofarmakoterapie je liečba eventuálnej komorbidnej duševnej poruchy - depresia, anxieta, PTSP, psychóza, insomnia, afektívna porucha, závislosť od alkoholu alebo drog. V takomto prípade sa postupuje podľa príslušného štandardného postupu.
2. Farmakologická liečba symptómov poruchy osobnosti je indikovaná pri zlyhaní respektíve nedostatočnej účinnosti psychoterapeutických intervencií a ako komedikácia popri psychoterapii.
3. Pacient musí byť informovaný, že ide o liečbu mimo indikácií liekov uvedených v SPC.
4. Pri indikovaní liečby je nevyhnutné posúdenie eventuálneho potenciálu lieku vyvolávať závislosť resp. potenciovať účinok alkoholu a iných návykových látok.
5. Vzhľadom na zvýšené riziko suicidálneho/sebapoškodzujúceho správania pri poruchách osobnosti je potrebné zvážiť 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 komplikácie 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.

V indikácii paranoidnej poruchy osobnosti neexistujú randomizované kontrolované štúdie, teda údaje o účinnosti psychofarmakoterapie nie sú dostupné. V rámci klastra A porúch osobnosti (kam patrí aj paranoidná porucha osobnosti) existuje niekoľko open label štúdií pri paranoidnej poruche osobnosti preukazujúcich možný efekt antipsychotík prvej a druhej generácie (úroveň C) (Bateman, 2015). Preparáty SSRI a beta-blokátory môžu pomôcť zvládnuť príznaky hyperaktivity vegetatívneho nervového systému (Höschl a kol., 2002). Účinné je podávanie antidepresív zo skupiny SSRI (váha dôkazov úrovne A) a krátkodobo benzodiazepínov (alprazolam) (váha dôkazov úrovne C) (Herpertz, 2007). Na potlačenie úzkosti, najmä, ak je veľmi výrazná, možno použiť benzodiazepínové aj nebenzodiazepínové anxiolytiká. Spoločnou indikáciou benzodiazepínov podľa SPC sú symptómy, ktoré zahŕňajú úzkosť, napätie, agitovanosť, nespavosť, obavy, podráždenosť a/alebo vegetatívnu hyperaktivitu. Podávanie benzodiazepínov (alprazolam, bromazepam, oxazepam, medazepam) sa nedoporučuje dlhodobo, avšak prechodne či pri komorbidite s inými úzkostnými poruchami, môžu byť indikované. Je dôležité brať do úvahy riziko vzniku závislosti, sedatívny efekt, schopnosť ovplyvňovať riadenie strojov a motorových vozidiel. Alprazolam sa podáva v počiatočných dávkach 0,25 – 0,5 mg denne, dávka sa zvyšuje podľa individuálnej odpovede, v ambulantných podmienkach by mala byť čo najnižšia.



Kontraindikácie benzodiazepínov– akútna otrava alkoholom, myastenia gravis, glaukóm s uzavretým uhlom, respiračná insuficiencia, spánkové apnoe, zlyhávanie pečene a tehotenstvo.

Vedľajšie a nežiaduce účinky benzodiazepínov: únava, ospalosť, hypotenzia, ataxia, závraty, útlm dýchacieho centra, poruchy pozornosti a pamäti, riziko vzniku závislosti (Pečeňák a kol., 2016).

Nebenzodiazepínové anxiolytiká: Na potlačenie úzkosti je indikovaný aj hydroxyzín (v SPC sa uvádza indikácia symptomatickej liečby anxiety u dospelých) v počiatočnej dávke 12,5-12,5-25 mg na deň, maximálna dávka je 100 mg/deň. Hydroxyzín je kontraindikovaný u pacientov so známym získaným alebo vrodeným predĺžením QT intervalu, tiež u pacientov so známym rizikovým faktorom predĺženia QT intervalu, náhlou srdcovou smrťou v rodinnej anamnéze, významnou bradykardiou a pri súčasnom užívaní iných liekov, o ktorých je známe, že predlžujú QT interval.

Buspirón (podľa SPC je indikovaný na liečbu pretrvávajúcej úzkosti) - odporúčaná úvodná dávka je 3 x 5mg denne. Možno ju zvýšiť o 5mg denne každé 2-3 dni. Priemerná denná dávka je 20 - 30mg. Jednotlivá dávka by nemala prekročiť 30mg. Maximálna denná dávka nesmie prekročiť 60mg.

Beta blokátory – môžu potlačiť príznaky hyperaktivity vegetatívneho nervového systému- predpis patrí do kompetencie praktického lekára alebo internistu (Höschl a kol., 2002).

### **Psychoterapia:**

V psychoterapeutickej liečbe v prípade porúch osobnosti je možné využiť (Verheuel a kol., 2007):

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

### **Psychoterapia môže byť formátu:**

- individuálneho
- skupinového

Návrh konkrétneho liečebného psychoterapeutického postupu závisí od individuálneho postoja pacienta a od jeho motivácie a ochoty spolupracovať v psychoterapii. Pri voľbe akejkoľvek psychoterapeutickej intervencie je potrebné zohľadňovať špecifiká príslušnej poruchy osobnosti (Bartak a kol., 2011).

Pre veľkú nedôveru k druhým sa pacienti s paranoidnou poruchou osobnosti obvykle snažia psychiatrickej liečbe vyhnúť. Na psychiatriu sa dostávajú pre komplikácie. Obvykle majú záujem o liečbu aktuálnej psychickej poruchy, ale nie o zmenu svojich osobnostných charakteristík (Praško a kol., 2015). Liečba môže prebiehať formou hospitalizácie alebo ambulantnou formou. Dávame

prednosť dlhodobej ambulantnej liečby. Hospitalizácia je na mieste len v nutných prípadoch, samotná nemôže viesť k podstatnejšej zmene osobnostných charakteristík.

Paranoidná porucha osobnosti podľa miery liečiteľnosti patrí do skupiny ťažko liečiteľných porúch osobnosti. V tomto prípade existuje zhoda viacerých autorov na nutnosti kombinovať a integrovať rôzne psychoterapeutické prístupy, metódy a formy.

Paranoidná porucha osobnosti je ťažko liečiteľná. Pri liečbe paranoidnej poruchy osobnosti sa u pacienta ľahko môže rozvinúť podozrievavosť voči terapeutovi a odmietnutie ďalšej liečby. (Dušek a kol., 2015).

### **Podporná psychoterapia**

U pacienta s paranoidnou poruchou osobnosti by sa mala zamerať na upevnenie spokojnosti so sebou, zlepšenie testovania realitou a zvýšenie pocitu bezpečia. Postupné zvyšovanie sebadôvery umožňuje neskôr zvýšiť jeho dôveru v okolie. Prístup k paranoidnému pacientovi má svoje špecifiká, je ťažké sa k nemu priblížiť a terapeut by sa o to ani nemal pokúšať. Príliš vrelý štýl ako aj nadmerná starostlivosť vyvolávajú podozrievavosť pacienta. Lepšie je udržiavať predvídateľný odstup. Pacient potrebuje mať pocit autonómie a preto ani použitie direktívnych prístupov najmä na začiatku liečby nie je vhodné. Pacientovi sa môžeme priblížiť rozhovorom o jeho traumách, zanedbávaniach v detstve a pod. A postupne preformulovať jeho skreslenie reality ako kognitívne omyly. Terapeut ale vždy musí byť pripravený na pacientovu hostilitu a obviňovanie zo zanedbávania starostlivosti, nežiaducich účinkov liečby a pod. Odôvodnené sú postupy racionálnej terapie, psychoedukácie, krízovej intervencie (Praško a kol., 2015, Robinson, 2001).

### **Dynamická psychoterapia**

Psychoterapeutické vedenie pacienta s paranoidnou poruchou osobnosti má za cieľ pomôcť mu presunúť vnímanie problémov z vonkajších osôb na ich pôvodné miesto, do vnútorného sveta vlastnej psychiky a tiež umožniť pacientovi konfrontovať sa so svojimi vnútornými pocitmi slabosti a neúspešnosti. Pacient však dlhodobo vníma terapeuta ako prenasledujúci ohrozujúci objekt a cíti sa byť nepochopený a klamaný. Pokiaľ je terapeut schopný znášať pacientovu paranoiditu, podozrievavosť a hostilitu, pacient získa novú reparačnú skúsenosť ako bola tá predošlá (Praško a kol., 2015, Robinson, 2001).

### **KBT**

KBT vychádza z predpokladu, že paranoidita je vyjadrením celého systému stratégií, ktoré majú minimalizovať alebo odstrániť riziko zahanbenia, zneužitia alebo iného poškodenia zo strany druhých ľudí. Jadrovou schémou týchto pacientov je, že sú nedostatoční, neprijateľní a ak to druhí zistia budú ich zneužívať. Nadmerná útočnosť, boj za vlastné právo, ktoré sú typické pre pacientov s touto poruchou má tak zakryť vlastnú zraniteľnosť.

Terapia je rozložená do štyroch vývojových štádií liečebného procesu:

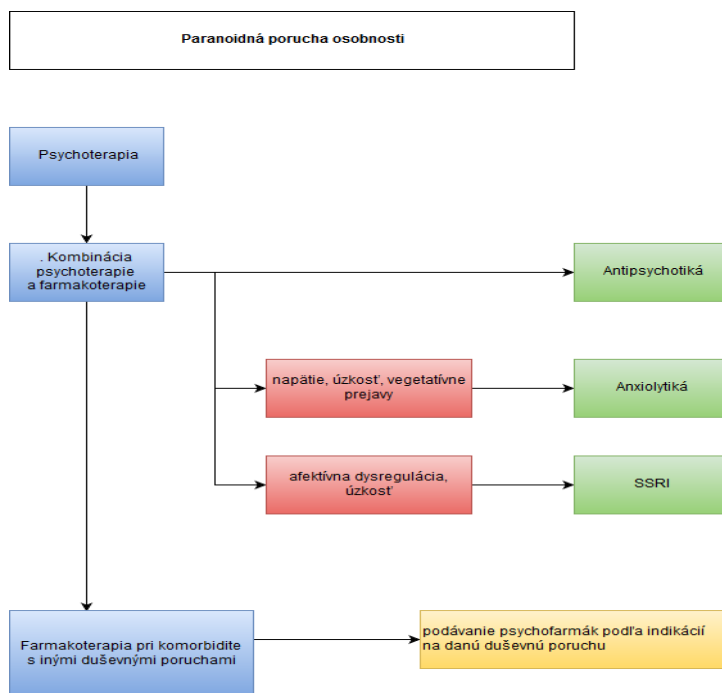
Zaangažovanie do terapie – liečba je na začiatku orientovaná na aktuálne problémy. Až po ich vyriešení býva pacient ochotný začať pracovať na svojich temperamentových a charakterových črtách.

### **Analýza vzorcov paranoidného prežívania**

Zmena vzorcov - zameriava sa najmä na zvládanie úzkostí a na rozvoj sociálnych zručností  
Ukončenie liečby. Liečba pacientov s paranoidnou poruchou osobnosti trvá rok a často aj dlhšie. Títo pacienti aj v dlhodobom vzťahu majú kritický odstup, a tak sa stávajú závislými na liečbe len výnimočne (Praško a kol., 2015). Voľba špecifického psychoterapeutického prístupu je daná povahou individuálneho prípadu (podľa dominantných prvkov etiopatogenézy a aktuálneho psychosociálneho kontextu) a popri univerzálnych účinných faktorov psychoterapie je významné zváženie zvlášť špecifických účinných faktorov toho ktorého prístupu (Luborsky et al., 2006).

### **Skupinová psychoterapia**

Pacient s paranoidnou poruchou osobnosti môže profitovať zo skupinovej psychoterapie tým, že skupina mu umožní testovať jeho vzťahovosť na členoch skupiny a môže tiež posilniť jeho sebadôveru, prijatie. Je vhodné pacienta pred zaradením do skupiny pripraviť v individuálnej psychoterapii (Praško a kol., 2015).



### **Prognóza**

Paranoidná porucha osobnosti je ťažko liečiteľná. Pri liečbe paranoidnej poruchy osobnosti sa u pacienta ľahko môže rozvinúť podozrievavosť voči terapeutovi a odmietnutie ďalšej liečby.

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

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

## **Zabezpečenie a organizácia starostlivosti**

**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.

**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, všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater** – 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.

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

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

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

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

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

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

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

## **Ďalšie odporúčania**

Pacienti s paranoidnou poruchou osobnosti zriedka akceptujú akúkoľvek formu liečenia a často sa lekár čím viac sa snaží pacienta presvedčiť, aby užíval lieky, tým väčší odpor môže u pacienta vyvolať. Psychiater sleduje najmä výskyt a stav komorbidnej poruchy. Dôležitou súčasťou každej kontroly je práca s motiváciou pacienta k pokračovaniu v terapii, a to aj u iných odborníkov /psychoterapeutov a pod./.

## **Doplňkové 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 a dorastové lekárstvo** - v rámci celkového manažmentu pacienta, v stabilizačnej fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom. 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 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).

### **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 redukcii 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](http://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

- [1] BARTAK A. et al.: *Effectiveness of outpatient, day hospital, and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders*, *Psychother Psychosom*, 2011;80(1):28-38
- [2] BATEMAN, A. W, GUNDERSON, J., MULDER, R. *Treatment of personality disorder*. The Lancet. 2015, roč. 385, č. 9969, s. 735–743. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61394-5. ISSN 01406736.
- [3] DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9
- [4] GRENYER, B. F. S., et al.: *Treatment guidelines for personality disorders*. Wollongong, Australia: University of Wollongong. (2015), p.53, ISBN 978-1-74128-246-7
- [5] HERPERTZ, Sabine C. et al. *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders*. The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry. 2007, roč. 8, č. 4, s. 212–244. doi: 10.1080/15622970701685224. ISSN 1562-2975.
- [6] HOSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2004. ISBN 978-80-900130-7-0.
- [7] LUBORSKY L., SINGER B., LUBORSKY L.: *Comparative Studies of Psychotherapies. Is it True that „Everyone has won and all must have prizes“?*, *Arch Gen Psychiatry*. 1975;32(8):995-1008. doi:10.1001/archpsyc.1975.01760260059004
- [8] MKCH – 10. *Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. revízia*. Obzor, 1993. 171 s. ISBN 80-215-0249-5.
- [9] PEČEŇÁK J., Kořínková V. a kol. *Psychofarmakológia*. Wolters Kluwer, 2016, 672s. ISBN 978-80-8168-542-2
- [10] PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2015. 360 s. ISBN 978-80-262-0900-3
- [11] RABOCH J., Hrdlička M., Mohr P., Pavlovský P., Ptáček R. *DSM-5 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. 2015. Hogrefe-Testcentrum, Praha, ISBN: 978-80-86471-52-5
- [12] ROBINSON, D. J. *Poruchy osobnosti - podľa DSM-IV - vysvetlené*. Trečnin: Vydavateľstvo F, 2001. 138 s. ISBN 80-88952-06-9.
- [13] SMOLÍK P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 1996. Maxdorf Praha. 502. ISBN 80-85800-33-0
- [14] VERHEUL R., Herbrink M.: *The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: a systematic review of the evidence and clinical recommendations*, *Int Rev Psychiatry*, 2007;19(1):25-38
- [15] 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**