

SBORNÍK ABSTRAKT



Léčba v psychiatrii

motto:
„Mezioborová spolupráce“

12.–14. března 2025
hotel Galant, Mikulov



akce.psychiatrie.cz

LÉČBA V PSYCHIATRII V.

12. - 14. března 2025
Hotel Galant, Mikulov

Pořadatel:

Psychiatrická společnost ČLS JEP ve spolupráci s Českou psychiatrickou společností z.s.

Prezident kongresu



MUDr. Simona Papežová

Viceprezident kongresu



prof. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.

Programový výbor:

prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.
MUDr. Miloslav Kopeček, Ph.D.
prof. MUDr. Bc. Libor Ustohal, Ph.D.

Organizační výbor:

MUDr. Martin Hollý, MBA
MUDr. Michaela Mayerová
doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.

Organizátor:

MH Consulting s.r.o.
Narcisová 2850
106 00 Praha 10
www.mhconsulting.cz



Sekretariát společnosti:

Lenka Knesplová

SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ

Slovo úvodem

Udělení Zlaté pamětní medaile ČLS JEP paní prof. MUDr. Evě Češkové, CSc.

Udělení Čestného členství PS ČLS JEP panu prof. MUDr. Jánů Praškovi, CSc.

Udělení Čestného členství PS ČLS JEP panu doc. MUDr. Romanu Jirákovi, CSc.

HUMANIZACE AKUTNÍ PSYCHIATRICKÉ PÉČE - PANELOVÁ DISKUZE

MOŽNOSTI FINANCOVÁNÍ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ Z EU FONDŮ

Kateřina Dimitrovová ¹,

¹ Ministerstvo zdravotnictví ČR

Abstrakt není k dispozici

HUMANIZACE AKUTNÍ PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Tomáš Kašpárek ¹,

¹ LF MU

Rekonstrukce a výstavba akutních psychiatrických center podpořených z IROP přinesla zásadní zlepšení kvality péče a pracovního prostředí. Modernizovaná centra nyní nabízejí nejen vyšší kapacitu lůžek, ale i adekvátní zázemí pro terapeutické a diagnostické. Architektonické úpravy přispěly k příjemnějšímu a bezpečnějšímu prostředí pro pacienty i personál. Přestavíme Vám, co se osvědčilo a co bylo problematické.

STRATY A NÁLEZY V KLINICKEJ PSYCHIATRII- PROF. MUDR. JÁN PEČEŇÁK, PH.D. - PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKA OBOROVÁ

STRATY A NÁLEZY V KLINICKEJ PSYCHIATRII

Ján Pečeňák ¹,

¹ Psychiatrická klinika, Komenského Univerzita, Lekárska fakulta a Nemocnica Staré Mesto UNB, Bratislava

Abstrakt není k dispozici

SNOEZELLEN-MSE-MULTISENZORICKÝ PROSTOR PRO ADIKTOLOGICKÉ PACIENTY A JEJÍCH LÉKAŘE

Lubica Černá¹,

¹ Oddělení Závislosti S7, Psychiatrická Nemocnice Kosmonosy

V práci s pacienty s problematikou závislosti považuji za důležitý bezpečný a smysluplně prožitý kontakt pacienta s lékařem, sestrou, terapeutem, v širším pojetí s ostatními pacienty, s jeho okolním světem. Z hlediska zdravotníků je smysluplný, autentický, zodpovědný a živý dialog s klienty i s členy terapeutického týmu důležitou, ne-li nezbytnou podmínkou léčebného procesu. Smysluplný, bezpečný a autentický dialog mezi pacientem a lékařem není samozřejmý, je potřeba pro něj vytvářet podmínky, podporovat ho, pečovat o něj. Pokud se tak neděje dochází k ustrnutí dialogu, uzavření se, rigiditě nebo naopak k reaktivitě ať už na straně pacienta či zdravotníka. Vzniká prostor pro moralizování, odmítání, agresivitu, nepochopení, souzení. Pacient se ztrácí z léčby a kontaktu, lékař ztrácí kontakt se sebou, se svojí živostí a se smyslem svojí práce – dochází k vyhoření, ztrátě zájmu o práci, v širším smyslu dochází k nekonstruktivním konfliktům týmu, obviňování, a rozpadu. Podpora smysluplně prožívání terapeutického dialogu je i vzdělávání se, rozvíjení pracovního a léčebného prostředí, prohlubování prožitku pacienta i zdravotníka. Přednáška představuje koncept Snoezelen- MSE jako jednu z možných metod podpory prožitku. Zabývá se zkušenostmi s tímto konceptem v léčbě závislosti našem zdravotnickém zařízení, a jeho možným využitím zejména pro relaxaci, imaginaci, ale i biblioterapii či hagioterapii. Snoezelen-MSE je terapeutický koncept realizovaný ve speciálně upraveném prostoru. Jeho původní zemi je Holandsko, a původně byl aplikován jako koncept relaxačních místností poskytující širokou škálu smyslových zkušeností pro lidi s vývojovými poruchami. Postupně se rozšířil jako terapeutický koncept pro nejrůznější klientelu v široké škále zařízení . Poskytuje rozvoj smyslového vnímání a umožňuje integraci smyslových prožitků směrem ke klientovi, nebo směrem ke světu – skupině v závislosti od použité terapeutické aktivity. Prostor Snoezelen – MSE umožňuje stimulovat zdravou dětskou část klienta – kreativitu, fantazii, hravost a spontaneitu. To umožňuje oběma stranám kreativní přístup k individuálnímu procesu údravy a růstu. Bezpečný prostor podporuje prohloubení a rozvoj prožitku, kontakt s terapeutem i skupinou, kontakt se sebou samotným, dotyk s existenciálními tématy jako vina, samota či svoboda. Terapeut může tuto funkci SNZ-MSE využít pro nastavení se na klienta s ohledem na svůj terapeutický výcvik, směřování a hodnoty a s ohledem na stav, potřeby a prožívání klienta. Přednáška představuje koncept a prostor Snoezelen-MSE v našem léčebném zařízení, jeho technickou realizaci. Dále poskytuje inspiraci ve směru terapeutických aktivit biblioterapie, imaginace, relaxace, hagioterapie včetně kazuistických střípků a zajímavé fotodokumentace.

SANATORIUM LIBELLA - MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ

Petr Popov¹,

¹ Sanatorium Libella

Od doby, kdy PhDr. Eduard Urban, jeden ze zakladatelů Systému výcviku v psychoterapii - SUR prezentoval ve své publikaci Toxikománie tzv. "Interakční čtyřstěn drogové závislosti" uplynulo více než padesát let (E. Urban, Toxikománie, 1973). Urban tam, - jako první v české literatuře - uvádí v textu, doplněném jednoduchým obrázkem, základní prvky (OSOBNOST - DROGA - PODNĚT - PROSTŘEDÍ), podílející se na vzniku, rozvoji a udržování drogové závislosti. Tyto prvky jsou charakterizovány rovněž jako klíčové v léčbě závislosti, se zdůrazněním jejich ekvivalentního významu a nutnosti zahrnout je všechny do komplexně pojaté léčby. Přesto faktor terapeutického prostoru významného počtu psychiatrických nemocnic/léčeben/oddělení léčby závislosti v naší zemi byl a je do značné míry dramaticky odlišný od léčebných prostředí v jiných oborech medicíny. V negativním slova smyslu. Sanatorium Libella, nově koncipovaný projekt privátního adiktologického rezidenčního zařízení byl připraven a realizován s respektem ke všem klíčovým prvkům léčby závislosti, se zvláštním důrazem na faktor terapeutického prostředí. Autor v příspěvku popisuje nelehkou cestu k naplnění představ unikátního projektu v realitě malé středočeské obce. Ačkoliv se jedná o lůžkové zařízení následně psychiatrické péče, terapeutický tým byl od začátku koncipován a sestaven jako mezioborový, se snahou o zapojení a spolupráci různých typů externích odborných pracovišť. Tento přístup je možnou cestou k destigmatizaci našeho oboru jak na úrovni odborné - profesní, tak i laické. Součástí tohoto pojetí tak byla rovněž snaha o maximální zapojení komunitních prvků.

KLINICKÉ DOPORUČENÉ POSTUPY V ADIKTOLOGII - PROCESNÍ MEZIOBOROVÉ POJETÍ

Petr Hrouzek ¹, Petr Popov ²,

¹ Český adiktologický institut, z. s., Praha, Česká republika

² Společnost pro návykové nemoci ČLS J. E. Purkyně (SNN), Praha, Česká republika

Doporučené klinické postupy v adiktologii jsou výsledkem projektu TITSUVCR936(TAČR) realizovaným Českým adiktologickým institutem. Představují na důkazech založený soubor doporučení pro plánování, poskytování a vyhodnocování adiktologické péče ve všech typech adiktologických služeb poskytovaných podle Standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb. Doporučené klinické postupy v adiktologii umožňují poskytovat vysoce individualizovanou adiktologickou péči. Kromě oblastí významných pro celkové posouzení závislostního chování zakládají plánování péče významnou měrou na posouzení specifických motivací klienta ke změně a zohledňují jeho preference. Takto pojaté posouzení umožňuje efektivní praxi bez ohledu na požadovaný rozsah změny od změny vzorců závislostního chování, přes zvyšování kontroly nad závislostním chováním až po hlubší změnu životního stylu včetně abstinence s řídicím principem zakotveným v mírnění rizik. Celý soubor je proto organizován procesně a nikoli z hlediska typu závislostního chování, užívaných látek, nebo míry rozvoje poruch způsobených užíváním návykových látek.

DOPORUČENÉ POSTUPY PRO LÉČBU DEMENCE

FARMAKOTERAPIE DEMENCE U ALZHEIMEROVY NEMOCI

Vanda Franková ¹,

¹ Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

Sdělení předkládá doporučený postup pro aktuálně dostupnou farmakoterapii demence u Alzheimerovy nemoci, primárně vychází z recentně publikovaného mezioborového doporučení pro klinickou praxi. V lehkém stupni demence se doporučuje farmakoterapii zahájit nasazením jednoho z inhibitorů acetylcholinesterázy (IChE) (donepezil, rivastigmin, galantamin) a podle titračního schématu dosáhnout nejvyšší doporučené a tolerované dávky léku. IChE mají srovnatelný efekt, volí se lék dle dostupnosti, spektra rizik a nežádoucích účinků. Nejčastější nežádoucí účinky po nasazení a při titraci dávky jsou gastrointestinální, objeví-li se, individuálně rozhodujeme, zda zpomalit titraci, snížit dávku (pozor na zachování terapeutické dávky!), zvolit jiný IChE nebo transdermální formu rivastigminu. U pacientů, kteří nemohou dostávat IChE (např. z důvodu kardiálních rizik), je ke zvážení nasazení memantinu, popř. extraktu ginkgo biloby EGb761 (lze použít i do kombinace s IChE a/nebo memantinem). Při zahájení terapie ve středním stupni demence se též doporučuje začít IChE; jinou možností je nasazení memantinu. Pacienti ve středním stupni demence mohou profitovat z kombinované terapie IChE s memantinem. IChE a memantin mají prokázaný efekt i v těžkém stupni demence. Lze pokračovat v kombinované terapii nebo zvolit memantin či IChE v monoterapii. Po celou dobu léčby individuálně hodnotíme adherenci/compliance, rizika, toleranci a efekt farmakoterapie v kontextu celkového stavu pacienta a cíleně přizpůsobujeme volbu dalšího postupu. Pokud pacient z léčby neprofituje, lék postupně vysazujeme. V terminálním stupni demence IChE ani memantin nepodáváme.

VASKULÁRNÍ DEMENCE - DOPORUČENÉ POSTUPY LÉČBY

Martina Zvěřová¹,

¹ doc. MUDr. Martina Zvěřová, Ph.D., Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Vaskulární demence je heterogenní skupina syndromů, které se vyznačují kognitivním deficitem vzniklým na podkladě vaskulárního poškození mozku. Jednotlivé syndromy se liší patologickým podkladem vaskulárního poškození mozku (ischemické a hemoragické CMP, subkortikální ischemická leukoencefalopatie, aj.) i klinickou manifestací. Samostatným syndromem je pak demence rozvíjející se po prodělané cévní mozkové příhodě („poststroke dementia“), kdy se nemusí jednat vždy jen o čistě vaskulární demenci, cévní mozkové příhoda někdy může demaskovat demenci jiné etiologie (nejčastěji Alzheimerovy nemoci), dosud probíhající němě. Časté jsou i demence smíšené, většinou se jedná o kombinaci vaskulární demence a Alzheimerovy nemoci. Pojem vaskulární kognitivní porucha zpravidla zahrnuje různé tíže kognitivního poškození, od mírné kognitivní poruchy až po demenci. V ČR se diagnostikuje vaskulární demence většinou na podkladě kombinace demence a vícečetných vaskulárních rizikových faktorů (diabetes, hypertenze, dyslipidémie, obezita, metabolický syndrom). U řady pacientů je diagnóza vaskulární demence stanovována bez provedení CT nebo MR mozku, s přihlédnutím k difuznímu poškození cév daného pacienta (ischemická choroba srdeční, ischemická choroba vaskulární demence VaD stanovuje neurolog, geriatr, psychiatr, praktický lékař, mnohdy i internista). Léčba je zaměřena hlavně na redukci a kompenzaci vaskulárních rizikových faktorů, tedy hypertenzi, dyslipidemii, diabetes, ICHS, obezitu a kouření. V případě anamnézy fibrilace síní je indikovaná antikoagulační terapie. Prakticky se tedy jedná o primární či sekundární prevenci CMP. Inhibitory acetylcholinesterázy a memantin nejsou oficiálně schváleny k léčbě vaskulární demence. Extrakt Ginkgo biloby (EGb 761) prokázal efekt u pacientů s lehkou až střední demencí u Alzheimerovy nemoci, vaskulární demence i smíšené demence zejména s behaviorálními a nepsychotickými neuropsychiatrickými symptomy. Vaskulární kognitivní porucha je velmi často spojena s úzkostnou a depresivní symptomatikou, jejich léčba (první volbou SSRI, popř. mirtazapin) může mít významný přínos pro další průběh (spolupráce při rehabilitaci apod.). Naopak je nutné se vyvarovat pravidelného podávání benzodiazepinů, pro jejich vysoká rizika a známý nežádoucí vliv na zhoršení kognitivních funkcí.

FARMAKOTERAPIE BEHAVIORÁLNÍCH A PSYCHOLOGICKÝCH SYMPTOMŮ DEMENCE

Vanda Franková¹,

¹ Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

Sdělení předkládá doporučený postup pro aktuálně dostupnou farmakoterapii behaviorálních a psychologických symptomů demence (BPSD) s akcentem na demenci u Alzheimerovy nemoci, primárně vychází z recentně publikovaného mezioborového doporučení pro klinickou praxi. V případě vzniku BPSD je klíčové nalezení příčiny stavu (např.: diskomfort, bolest, tělesné onemocnění, nežádoucí efekt farmakoterapie, psychosociální stresory) a dle možností její eliminace (změna přístupu, analgetika, úprava léčby aj.). Terapeutický postup vždy začíná nefarmakologickými přístupy cílenými na pacienta a jeho pečující. Farmakoterapii (vyjma kognitiv) zahajujeme v případech, kdy nefarmakologické přístupy nemají dostatečný efekt, chování způsobuje významný stres pro pacienta a/nebo jeho pečující, vede k ohrožení pacienta a/nebo jeho okolí, popř. brání možnosti vyšetření či zajištění péče. V indikovaných případech se u méně závažných BPSD doporučuje nasazení IChE či memantinu nebo optimalizace jejich dávek. Další farmakoterapii volíme dle primárního symptomu. U depresivní a úzkostné symptomatiky jsou první volbou antidepresiva SSRI, popř. mirtazapin. U agitovanosti antidepresiva SSRI (největší evidenci má citalopram), trazodon nebo antipsychotika (tiaprid, melperon, popř. antipsychotika 2. generace (AP2G)). U psychotické symptomatiky je vždy třeba diferencially diagnosticky zvažovat diagnózu demence s Lewyho tělisky, kdy je vysoké riziko přecitlivělosti na antipsychotika (rozvoj parkinsonského syndromu, nadměrná sedace nebo zhoršení psychiatrických symptomů). Není-li zbylí, pak volíme quetiapin, který je nejlépe tolerován. I u psychotické symptomatiky v rámci jiných typů demence volíme antipsychotikum s velkou opatrností, nasazujeme v co nejnižší dávce, pomalu titrujeme a snažíme se podávat po co nejkratší dobu. Největší evidenci má risperidon, lze použít i melperon nebo jiné AP2G. V případě agrese může být někdy nutná parenterální aplikace léků, preferujeme intramuskulární podání a volíme buď antipsychotikum (např. haloperidol) nebo benzodiazepin s kratším vylučovacím poločasem (např. klonazepam). Je třeba si uvědomit, že pacienti s demencí jsou často křehcí, s polyfarmacií, citliví na nežádoucí účinky léků. Při jejich léčbě musíme vždy citlivě balancovat benefit a rizika v kontextu celkového stavu.

LÉKOVÉ INTERAKCE U PACIENTŮ S PSYCHIATRICKOU A KARDIOLOGICKOU PROBLEMATIKOU – VÝZVA PRO KAŽDODENNÍ PRAXI

Jiří Veselý ¹,

¹ Kardiologická ambulance Edumed Náchod

Kardiovaskulární onemocnění postihují významnou část dospělé populace v ekonomicky rozvinutých zemích a jsou v nich nejčastější příčinou úmrtí. Mezi velice častá onemocnění v těchto zemích patří i duševní onemocnění, z nichž k nejčastěji se vyskytujícím patří depresivní porucha. Obě tyto skupiny nemocí mají společné patofyziologické mechanismy, společné rizikové faktory a každá z těchto skupin onemocnění je rizikovým faktorem pro zvýšení rizika onemocnění ze skupiny druhé. Díky tomu se tato onemocnění vyskytují často současně, což vzhledem k zásadnímu významu farmakoterapie v léčbě kardiovaskulárních onemocnění i deprese vede často i k současnému podávání psychofarmak a léků ovlivňujících kardiovaskulární systém. U části těchto lékových kombinací dochází k lékovým interakcím, které mohou být i život ohrožující. Přednáška bude věnována třem významným problémům v této oblasti – prodloužení QT intervalu a riziku komorových arytmií, riziku serotoninového syndromu a vlivu některých psychofarmak na působení betablokátorů. Prodloužení QT intervalu na EKG je spojeno s vyšším rizikem maligních komorových arytmií, které mohou vést i k náhlé smrti. Tato EKG abnormalita může být geneticky podmíněna, často je ale vyvolána podáním některých léků. Z kardiovaskulárních farmak ji vyvolávají zejména některá antiarytmika (amiodaron, dronedaron, sotalol), z psychofarmak pak antipsychotika (chlorpromazin, levomepromazin, haloperidol, droperidol, sulpirid), ale i některá SSRI (citalopram, escitalopram). Uvedení zástupci antiarytmik a psychofarmak by neměli být vzájemně kombinováni. Serotoninový syndrom je potenciálně život ohrožující stav způsobený zvýšením serotonergní aktivity v centrálním nervovém systému. Může být vyvolán zvýšením syntézy nebo uvolňováním serotoninu, snížením jeho zpětného vychytávání, snížením jeho metabolizace serotoninu nebo přímým serotoninergním působením farmakologických či nefarmakologických látek na serotoninové receptory. Nejčastěji popisován v souvislosti s léčbou inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) – m.j. fluoxetinem, citopramem, escitalopram, paroxetinem či setralinem, ale také při terapii venlafaxinem, amitriptylinem, trazodonem, mirtazapinem nebo buspironem. Pro serotoninový syndrom jsou typické 3 oblasti příznaků – zvýšení neuromuskulární dráždivosti (svalová rigidita, hyperreflexie, třes, myoklonus), zvýšená aktivita autonomního nervového systému (tachykardie, pocení, hypertermie, zarudnutí kůže, průjem) a psychické příznaky (úzkost, halucinace, delirium, somnolence, kóma). Na serotoninový syndrom bohužel není někdy při kombinaci uvedených příznaků pomýšeno a místo vysazení vyvolávajících léků jsou do medikace přidány další, které mají potenciál serotoninovou aktivitu v CNS dále navýšit. Spouštěčem syndromu při zavedené léčbě některými psychofarmaky může být zahájení léčby amiodaronem, který zvyšuje koncentrace některých léků zvyšujících serotoninovou aktivitu. Další klinicky významnou interakcí představuje kombinace některých antidepressiv s betablokátoru, které jsou užívány u pacientů s hypertenzí, ischemickou chorobou srdeční, srdečním selháním či arytmiemi. Fluoxetin, paroxetin a bupropion jsou silné inhibitory cytochromu CYP2D6, jehož substrátem je řada betablokátorů (zejména metoprolol, betaxolol, nebivolol a karvedilol). Zahájení léčby těmito antidepressivy může zvednout sérovou koncentraci metoprololu až čtyřikrát, což může mít nežádoucí bradyarytmické konsekvence. Uvedené lékové interakce běžně používaných léků musí mít na paměti nejen kardiologové a psychiatři, ale i lékaři dalších odborností, kteří je ve své praxi používají. Dobrá mezioborová spolupráce může vést k hledání farmakologických alternativ, které riziko lékových interakcí minimalizuje.

SPÁNKOVÁ MEDICÍNA NEJEN U PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ

Ondřej Ludka ¹,

¹ FN Brno

Abstrakt není k dispozici

SPECIFIKA DIAGNOSTIKY A LÉČBY HYPERTENZE U PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ

Petra Vysočanová¹,

¹ Interní kardiologická klinika, FN Brno

Pacienti léčení pro psychiatrické onemocnění mají výrazně vyšší riziko KVO (2x) – a závažná KVO (např. infarkt myokardu či mrtvice) se u nich objevují o 10 let dřív. Hypertenze je nejčastější kardiovaskulární onemocnění (KVO) v České republice (40% dospělé populace) a současně je hypertenze sama nejsilnějším rizikovým faktorem ostatních KVO. Prevalence psychiatrických onemocnění se v posledních letech také zvyšuje, zvláště co se týká deprese (cca 1% populace ČR) a neurotických, úzkostných a stresových poruch (2%). Podle epidemiologické studie z USA narůstá riziko výskytu deprese s vyšší diastolického krevního tlaku (TK), zatímco u systolického TK má křivka tvar písmene J, s optimální hodnotou 130mmHg. Závislost vzniku hypertenze u pacientů s depresí není jednoznačná, ale je prokázáno, že u pacientů užívajících tricyklická antidepresiva se až v 50% vyskytuje hypertenze II. stupně. U nemocných s úzkostnými a neurotickými poruchami se objevuje hypertenze až o 55% častěji a je také hůře kontrolována. Anamnéza deprese nebo úzkostných poruch až trojnásobně zvýší riziko vzniku hypertenze v těhotenství, pokud je žena obézní, riziko kardiovaskulárních komplikací v těhotenství ještě narůstá. U hypertoniků léčených dříve používaná antihypertenziva, jako byl např. reserpin, metyl dopa a neselektivní blokátory, byl prokázán zvýšený výskyt hypertenze. U nových antihypertenziv – jako jsou blokátory RAAS a blokátory kalciových kanálů je popisován spíše efekt protektivní proti vzniku deprese. Betablokátory, zvláště selektivní, jsou doporučovány k léčbě hypertenze u pacientů s úzkostnými poruchami. Na druhou stranu existují léky používané v léčbě psychiatrických onemocnění, které vedou ke zvýšení TK, jako např. tricyklická antidepresiva, venlafaxin, bupropion a stimulantia, další (např. MAOI, antipsychotika) mohou způsobovat ortostatickou hypotenzi a léčbu hypertenze tak komplikovat. Vzhledem k vysokému KV riziku nemocných s psychiatrickými onemocněními a vysoké prevalenci hypertenze u nás je včasná diagnostika a kvalitní léčba hypertenze, společně s korekcí dalších rizikových faktorů, zásadní. Je nutné měřit krevní tlak vhodnou metodou, v pravidelných intervalech a navíc vždy, pokud dojde ke změně psychiatrické léčby a antihypertenzní terapii případně upravovat.

DEPRESIVNÍ STAVY U PACIENTŮ PO INFARKTU MYOKARDU A U NEMOCNÝCH S POKROČILÝM SRDEČNÍM SELHÁNÍM

Miloš Táborský¹,

¹ FN Olomouc

Abstrakt není k dispozici

SPOLUPRÁCE V SYSTÉMU AMBULANTNÍ PSYCHIATRICKÉ PÉČE

RIZIKA SPOJENÁ S UŽÍVÁNÍM BENZODIAZEPINŮ A Z-HYPNOTIK U SENIORŮ SE ZAMĚŘENÍM NA JINÉ MOŽNOSTI LÉČBY ÚZKOSTI A NESPAVOSTI U TÉTO POPULACE, VČETNĚ NEFARMAKOLOGICKÝCH POSTUPŮ

Tereza Szymanská ¹,

¹ Psychiatrická ambulance Broumov

Přes veškeré doporučené postupy a dobře známý návykový potenciál benzodiazepinů, Z-hypnotik a opioidních analgetik jsou tato léčiva nadále často předepisována, a to i v populaci seniorů. U pacientů, kteří užívají benzodiazepiny nebo Z-hypnotika každodenně mnoho let, bývá zvláště v senu obtížné tato psychofarmaka vysadit. Mezi nežádoucí účinky benzodiazepinů patří polékový útlum, negativní ovlivnění kognitivních funkcí včetně paměti a riziko rozvoje tolerance a závislosti. Nejlepší prevencí případných komplikací a nežádoucích účinků benzodiazepinů a Z-hypnotik je tato psychofarmaka nenasadit a zvolit jiná léčiva i nefarmakologické přístupy v léčbě úzkosti a nespavosti. Nefarmakologické postupy mohou pomoci zvládnout i chování náročné na péči u lidí s demencí, aniž by bylo třeba je tlumit sedativní medikací. Přednáška poukáže na možnosti léčby úzkosti a nespavosti v senu nenávykovými psychofarmaky i zvládnání těchto stavů nefarmakologickými postupy jako je např. využití pyžamovaku, terapeutické panenky či režimových opatření. Při řešení problému s nadužíváním benzodiazepinů či Z-hypnotik je možné využít spolupráce se zdravotními sestrami z domácí péče k zajištění pravidelného užívání jen předepsané psychiatrické medikace.

SYNERGIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ: SPOLUPRÁCE ADIKTOLOGA A PSYCHIATRA V AMBULANTNÍ PÉČI

Lenka Šťastná ¹,

¹ Tento příspěvek vznikl v rámci programu Cooperatio, vědní oblasti HEAS a grantem č. 260632 v rámci Specifického vysokoškolského výzkumu a Institucionální podpoře RVO-VFN64165 (VFN).

Spolupráce adiktologa s psychiatrem je klíčové pro zajištění komplexní a efektivní péče o pacienty s poruchami způsobenými užíváním návykových látek a se závislostním chováním. V příspěvku se zaměříme na přínos a specifika vzájemné spolupráce mezi těmito dvěma profesemi, které se podílejí na diagnostice, terapii a prevenci závislostního chování v ambulantní praxi. Adiktologové, specialisté na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek a také na problematiku nelátkových závislostí, mají unikátní kompetence pro práci s touto cílovou skupinou. Tyto dovednosti jsou klíčové pro úspěšnou léčbu, rehabilitaci a stabilizaci pacientů. Spolupráce mezi psychiatrem a adiktologem umožňuje propojení psychiatrických a adiktologických přístupů, což vedle zvýšení efektivity léčby přináší i širší spektrum terapeutických možností, a to jak v oblasti farmakoterapie, tak v rámci psychoterapeutických a psychosociálních metod. Adiktologové v této souvislosti často doplňují psychiatrickou péči o psychoterapeutické a motivační postupy zaměřené na zlepšení adherence k léčbě, spolupráci a dlouhodobou abstinenci. Příspěvek si klade za cíl podpořit rozvoj efektivní spolupráce v oblasti péče o tuto cílovou skupinu a zlepšit kvalitu péče o pacienty s problematikou závislostního chování.

NÁVYKOVÉ LÁTKY V LÉČBĚ CHRONICKÉ BOLESTI

Jana Hrubešová¹, Petr Hrubeš²,

¹ 1. Ambulance pro léčbu chronické bolesti KARIM FN Hradec Králové

² 2 Psychiatrická klinika Hradec Králové

Využívání návykových látek nejen v léčbě chronické bolesti je důležitým tématem medicíny s přesahem do všech medicínských oborů. Chronická bolest patří mezi onemocnění, která významně postihují kvalitu života nemocného v celé její šíři. Svou trvalou přítomností omezuje jedince v běžných denních aktivitách, sociálních vazbách, narušuje spánek, limituje jeho funkční kapacitu. S narůstajícím počtem nemocných představuje i závažný celospolečenský problém. V léčbě chronické bolesti se využívají postupy farmakologické i nefarmakologické. Nedílnou součástí farmakoterapie střední a silné bolesti jsou opioidy, bez nichž si moderní léčbu bolesti nelze představit. V posledních letech se přidaly také kanabinoidy a metadon. Historické zkušenosti ukázaly, jak nezastupitelnou roli v léčbě bolesti mají, zároveň na četná rizika a nežádoucí účinky, které tyto skupiny analgetik mohou přinášet. Zásadní prevencí rizik a nežádoucích účinků je správná indikace léčby na základě zhodnocení nejen etiologie a intenzity bolesti, ale také psychologických a sociálních faktorů, motivace a spolupráce konkrétního pacienta. Přesně identifikovat pacienta s aberantním typem chování, jež by mohlo svědčit pro adikci je ale často velmi obtížné. Specifickou skupinu tvoří pacienti závislí na návykových látkách, u kterých je indikovaná léčba bolesti, případně pacienti v odvykací substituční léčbě. Zde je nezbytná spolupráce algeziologa se specialistou adiktologem. Opioidy patří při adekvátním a kontrolovaném podávání mezi nejbezpečnější analgetika. Je-li léčba vedena dlouhodobě, musíme ale počítat i s rozvojem neuroadaptivních změn (změny cití, hyperalgezie), vznikem tolerance a závislosti. Každý pacient s dlouhodobou léčbou opioidy musí být považován za fyzicky závislého. Léčba chronické bolesti opioidy je velmi zodpovědný a náročný postup, který se neobejde bez mezioborové spolupráce. Společnost pro studium a léčbu bolesti vydala v roce 2023 inovované Metodické pokyny pro farmakoterapii chronické bolesti, ve kterých jsou stanovena pravidla pro léčbu opioidy, lékařským konopím a metadonem dle platné legislativy a jsou doplněna o stanoviska Vědecké rady ČLK k posuzování schopnosti řízení motorových vozidel při léčbě návykovými látkami.

LÉČEBNÉ KONOPÍ A OPIÁTY PŘI CHRONICKÉ BOLESTI: PRAKTICKÝ POHLED PSYCHIATRA

Jan Knopp¹,

¹ Psychiatrická ambulance Brno

Přednáška se zaměřuje na otázku rozhodování psychiatra, zda pacient s duševní poruchou může bezpečně užívat léčebné konopí nebo opiáty v rámci léčby chronické bolesti. V současné praxi se stále častěji setkáváme s tím, že u pacientů s psychiatrickými diagnózami, kteří trpí dlouhodobou bolestí, bývá indikována léčba konopím nebo opiáty. Algeziologové si v těchto případech často vyžádají stanovisko psychiatra, zda je tato léčba s ohledem na přítomnou psychickou poruchu bezpečná. Přednáška nabídne přehled poznatků, které může psychiatr v praxi využít při rozhodování o doporučení či kontraindikaci léčebného konopí nebo opiátů. Diskutována budou hlavní rizika této léčby, zejména z pohledu jednotlivých skupin psychiatrických diagnóz, potenciálních lékových interakcí, míry adherence pacientů i rizika abúzu. Součástí bude také přehled strategií pro minimalizaci těchto rizik, prevence závislosti, časně rozpoznání návykového chování a možnosti edukace pacientů o rizicích a přínosech léčby. Důraz bude kladen na význam mezioborové spolupráce a potřebu vytvoření jasných postupů pro hodnocení a rozhodování v těchto případech. Cílem přednášky je poskytnout psychiatrům praktické nástroje pro správné posouzení rizik a přínosů léčby léčebným konopím nebo opiáty u pacientů s psychiatrickými diagnózami a nabídnout přehled aktuálních odborných poznatků a doporučení pro klinickou praxi.

LÉČBA DEPRESE U SOMATICKÝCH KOMORBIDIT

Jan Hubeňák ¹,

¹ Psychiatrická klinika FN Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

OSVOBOZUJÍCÍ JISTOTA V LÉČBĚ SCHIZOFRENIE

Miloslav Kopeček ¹,

¹ NÚDZ, Klecany

Abstrakt není k dispozici

LÉČBA NA POMEZÍ GYNEKOLOGIE A PSYCHIATRIE

PSYCHIATRICKÁ KONZILIÁRNÍ PÉČE V POPORODNÍM OBDOBÍ

David Škrda ¹,

¹ Psychiatrické oddělení Fakultní nemocnice Ostrava, Ostrava; Lékařská fakulta Univerzity Ostrava, Ostrava

Období těhotenství a po porodu bývá v populaci prezentováno i vnímáno jako jednoznačně pozitivní, přestože je reálně spojeno s řadou různých potíží. Mj. jsou ženy v tomto období vystaveny zvýšenému riziku rozvoje či zhoršení některých duševních onemocnění, které může mít v prvním sledu dopady na životosprávu a adekvátní čerpání zdravotní péče, sekundárně má pak negativní dopady na intrauterinní vývoj plodu a může být spojeno s pozdějším narušením vztahu mezi matkou a dítětem. Specifické potřeby psychiatrické péče o ženy v tomto období vedly v některých západních státech k rozvoji specializované ambulantní péče, zřizování lůžkových jednotek pro matky s dětmi a případně i vzniku nástavbové specializace v perinatální psychiatrii. V ČR je perinatální psychiatrická péče ve svých počátcích, rozšiřují se specializované ambulantní provozy, navazuje se spolupráce s ambulancemi gynekology a porodnicemi, zaváděny jsou screeningové dotazníky duševního zdraví čerstvých matek i otců. V rámci perinatální psychiatrické ambulance FN Ostrava byl zřízen nový koncept komplexní psychiatrické péče o gravidní ženy a rodičky, který bude sdílen v podobě série kazuistik doplňující přednášku.

SCREENING DEPRESIVNÍCH PŘÍZNAKŮ V TĚHOTENSTVÍ A ZAHÁJENÍ LÉČBY V GYNEKOLOGICKÉ PRAXI

Richard Špaček¹,

¹ Gynekologicko-porodnická klinika FN Ostrava a LF OU

Péče o duševní zdraví těhotných je ve státech jako Velká Británie, Rakousko, Švédsko a Nizozemí založena na mezioborové spolupráci mezi gynekology, psychiatry a porodními asistentkami. Gynekologické ambulance jsou také místem kde dochází k prvotnímu screeningu příznaků duševních poruch v těhotenství a prvotním intervencím. Má přednáška se věnuje popisu pilotního zavedení screeningu deprese v těhotenství v gynekologické praxi. Ženy během těhotenských kontrol vyplňovaly Edinburskou škálu perinatální deprese, na kterou byla dále navázána prvotní intervence či doporučení na další psychiatrické služby. Celý proces screeningu a zahájení péče vznikl ve spolupráci s Centrem perinatálního duševního zdraví při NUDZ a Perinatální psychiatrickou ambulancí v FN Ostrava. Sdělení bude doplněno o kazuistiku.

STAV PSYCHIATRICKÉ PÉČE O ŽENY V PERINATÁLNÍM OBDOBÍ V ČR

Antonín Šebela¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany, Česká republika; 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Perinatální duševní zdraví se v posledních letech dostalo do popředí zájmu a v některých zemích se investuje do nových specializovaných služeb perinatálního duševního zdraví. V této přehledové přednášce se věnuji stavu péče o perinatální duševní zdraví ve státech Evropy a v České republice. Ve státech s vyspělou perinatální péčí jsou implementovány screeningové programy duševních poruch v těhotenství a po porodu napojené na odstupňovaný multidisciplinární systém péče a podpory. Vrcholem odstupňované péče jsou specializovaná centra a psychiatrická oddělení umožňující hospitalizaci matek s dětmi. Důležitou komponentou vyspělé perinatálně psychiatrické péče je specializované vzdělávání. Péče o perinatální duševní zdraví v České republice je v porovnání v rámci Evropy spíše na podprůměrné úrovni. V posledních pěti letech se však dějí dílčí kroky, které postupně perinatální psychiatrii posouvají směrem ke stavu v západních a skandinávských státech.

JAK UŽIVATELKY PÉČE MĚNÍ ČESKÉ PORODNICTVÍ: INSPIRACE ČI VÝSTRAHA PRO REFORMU PSYCHIATRIE?

Jan Matěcha¹,

¹ Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK; Fakultní nemocnice Bulovka

V současné době sílí občansko-právní a pacientské iniciativy, které se snaží formovat české porodnictví. Porodnictví je tak spolu s psychiatrií oborem medicíny, kde chtějí být uživatelé péče aktivními participanty na změnách poskytované péče. České porodnictví prochází v posledních letech výraznými změnami zejména v přístupu k nízkorizikovým rodičkám. Ve 21. století už nestačí pouze bezpečná medicínská péče, důraz je nyní kladen na respekt k přáním a preferencím žen a pozitivní zkušenost z porodu. V přehledové prezentaci tyto změny představím a budu se snažit odpovědět na otázku jaký to má vliv na kvalitu péče, bezpečnost porodu a na ošetřující personál.

MORBIDITA A MORTALITA PACIENTŮ SE ZÁVAŽNOU DUŠEVNÍ PORUCHOU

ZÁVAŽNÁ DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ PŘÍSPÍVAJÍCÍ K FATÁLNĚ ŠKODLIVÝM DOPADŮM FYZICKÝCH ONEMOCNĚNÍ: NÁRODNÍ KOHORTOVÁ STUDIE

Karolína Mladá¹,

¹ NÚDZ, Klecany

Mortalita a ztracená léta života u lidí se závažným duševním onemocněním nebo dramatičtější (překlad originálu): Závažná duševní onemocnění přispívající k fatálně škodlivým dopadům fyzických onemocnění: Národní kohortová studie. Studie využívající celostátní zdravotní registry ukazují, že lidé s závažným duševním onemocněním mají v porovnání s lidmi bez tohoto onemocnění zvýšené riziko vzniku velkého počtu fyzických zdravotních problémů. Tito lidé také častěji umírají předčasně, přičemž úmrtí způsobená souběžnými fyzickými zdravotními problémy značně převyšují sebevraždy a nehody. Není však jasné, zda lidé se závažným duševním onemocněním umírají předčasně pouze proto, že mají vyšší pravděpodobnost vzniku většího počtu fyzických nemocí, nebo zda tyto nemoci také častěji vedou k úmrtí kvůli biologickým, behaviorálním, sociodemografickým a strukturálním faktorům, které se týkají této skupiny pacientů. Žádná národní studie lidí se závažným duševním onemocněním nezohlednila časový sled duševních a fyzických zdravotních problémů a příspěvek závažného duševního onemocnění k fatálně škodlivým dopadům fyzických onemocnění. Využili jsme individuální anonymizované údaje z celostátních českých registrů hospitalizací k tomu, abychom identifikovali všechny osoby hospitalizované s vybranými fyzickými zdravotními onemocněními v letech 1999 až 2017. Dále jsme vybrali osoby, které byly před hospitalizací pro zkoumané fyzické onemocnění hospitalizované pro závažné duševní onemocnění (schizofrenie, schizotypální a bludné poruchy, F20-F29; bipolární afektivní porucha, F31; depresivní epizoda, F32; opakovaná depresivní porucha, F33). Tyto osoby jsme na základě pohlaví, věku (± 3 roky) a roku propuštění z hospitalizace spárovali s protějšky se stejným fyzickým onemocněním, avšak bez historie hospitalizace pro závažné duševní onemocnění. Pomocí registru zemřelých jsme zkoumali riziko úmrtí z jakýchkoliv příčin a ztrátu let života po vzniku specifického fyzického onemocnění u lidí se závažným duševním onemocněním ve srovnání s protějšky bez historie závažného duševního onemocnění.

SLEDOVÁNÍ TĚLESNÉHO ZDRAVÍ U PACIENTŮ SE ZÁVAŽNÝMI DUŠEVNÍMI PORUCHAMI: DOPORUČENÝ POSTUP

Jiří Masopust¹, Miloslav Kopeček²,

¹ FN Hradec Králové

² NÚDZ Klecany

Příspěvek přináší update guidelines z roku 2023. Monitorování tělesného zdraví patří k základnímu postupu v komplexní léčbě nemocných se závažnými duševními poruchami. Ve spolupráci s internisty jsme aktualizovali doporučný postup Psychiatrické společnosti ČPS JEP. Součástí je i nové doporučení pro titraci klozapinu spojené s monitorováním CRP a troponinu I v prvním měsíci po nasazení.

PRINCIPY ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU PRO ZLEPŠENÍ FYZICKÉHO I PSYCHICKÉHO ZDRAVÍ PACIENTŮ S POLYMORBIDITAMI

Eva Horová¹,

¹ 3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Abstrakt není k dispozici

LÉČBA MODERNÍMI ANTIDIABETIKY/ANTIOBEZITIKY: PŘÍNOSY A VÝZVY PRO PRAXI

Martin Prázný¹,

¹ 3. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Abstrakt není k dispozici

VÍNO JAKO FENOMÉN (NE)ZDRAVÍ - PROF. ING. MOJMÍR BAROŇ, PH.D. - PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKA MIMOOROVÁ

VÍNO JAKO FENOMÉN (NE)ZDRAVÍ

Mojmír Baroň¹,

¹ Zahradnická fakulta Mendelovy univerzity, Brno, Česká republika

Víno je alkoholický nápoj, o kterém se diskutují jeho zdravotní přínosy již desítky let. Studie z posledních let potvrzují zdravotní benefit v mnoha oblastech, je-li víno konzumováno s mírou. Naopak existuje stále mnoho vědeckých přístupů nerozlišujících víno od ostatních druhů alkoholických nápojů a nerespektujících synergické efekty s dalšími komponenty. Existuje však velký nedostatek důkazů o vnímaných přínosech vína pro duševní zdraví. Jedna z posledních studií ukázala, že respondenti vnímali z konzumace vína vyšší přínos pro duševní zdraví než pro zdraví fyzické. Kromě toho, aby se podpořilo zdravé prostředí pro spotřebu, měl by se marketing zaměřit na umírněnost jak pro vinařský průmysl, tak pro spotřebitele. Novou výzvou oboru by měla být také podpora úvahy spotřebitelů o přínosech konzumace vína pro duševní zdraví ve srovnání s přínosy konzumace vína pro fyzické zdraví. Je zapotřebí další výzkum v této oblasti objektivizující vlivy na duševní zdraví umírněných konzumentů.

SPOLUPRÁCE S INTEGROVANÝM ZÁCHRANNÝM SYSTÉMEM

MODELOVÉ SITUACE SPOLUPRÁCE POLICIE SE ZDRAVOTNÍKY V PSYCHIATRII

Petr Šilhán¹, Radek Karlík²,

¹ FN Ostrava, Lékařská fakulta OU

² Policie ČR

Duševní nemoci jsou častěji než jiná onemocnění spojena s poruchami chování, zvl. neklidem a agresivitou, které vyžadují nejen léčbu, ale rovněž zajištění fyzického bezpečí pro pacienty či jejich okolí. Na jeho zajištění se podílejí zdravotníci, příslušníci bezpečnostních agentur, resp. ostrahy zdravotnických zařízení a policie, ať již republiková či obecní. Často se to děje v jejich vzájemné kooperaci, přičemž úkoly i nástroje různých profesních složek zapojených do péče o psychiatrické pacienty se mohou lišit. Při vzájemné spolupráci tak nezřídka dochází k rozdílným pohledům na způsoby řešení situací, které však ze své podstaty vyžadují rychlý, hladký a koordinovaný přístup všech zúčastněných. Do celé problematiky navíc vstupuje právní odpovědnost zasahujících osob a institucí. Příspěvek se bude věnovat jednotlivým modelovým situacím spolupráce zdravotníků a příslušníků policie v péči o duševně nemocné, a to od prvotního zásahu v terénu až po intervence policie v lůžkových psychiatrických zařízeních.

ROZDÍLY V DEESKALAČNÍCH PŘÍSTUPECH K PSYCHIATRICKÉMU PACIENTOVÍ V TERÉNU A NA ODDĚLENÍ.

Jan Běhounek ¹, Jaroslav Pekara ²,

¹ Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha 8

² Vysoká škola zdravotnická, Praha

Účastníci konfliktu bývají zpravidla pod extrémním tlakem, v napětí a ovlivnění emocemi, které znesnadňují zklidnění. U psychiatrického pacienta může celý průběh nepříznivě ovlivnit i samotné duševní onemocnění. Nejen z těchto důvodů je důležité znát a ovládat techniky, které mohou rozvoj konfliktu zmírnit či zastavit a proměnit tak nežádoucí konfrontaci v žádoucí diskusi. V posledních letech proto zesiluje potřeba efektivního školení zdravotníků v deeskalačních přístupech. Lze však předpokládat, že využití deeskalačních technik v přístupu k rozrušenému člověku s duševní poruchou bude jiné v terénu, například v domácnosti pacienta, na ulici, na nádraží, v parku nebo kdekoli jinde, kde zasahuje záchranná služba, a jiné na lůžkovém psychiatrickém oddělení. Zpravidla bývají rozdílné okolnosti řešení konfliktu, podmínky a prostředí, ve kterém probíhá. Nad rozdíly v deeskalačních přístupech v terénu a na oddělení se zamýšlejí psychiatrická sestra a zdravotnický záchranář. V diskusi se pokusí otevřít témata, jakými jsou například rozdíly v přístupu psychiatrických odborníků a záchranářů, některé mýty o způsobu vyjednávání, nedorozumění a bariéry ve vzájemné spolupráci při péči o stejného pacienta.

PSYCHIATRICKÝ PACIENT Z POHLEDU ZZS SK

Pavel Rusý ¹,

¹ Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje, p.o.

Péče o psychiatrického pacienta představuje pro ZZS SK vždy velkou výzvu. Cílem prezentace je seznámit posluchače s touto problematikou od zpracování výzvy až po předání pacienta v jednotlivých léčebnách nebo nemocnicích. Kromě statistického zpracování, pohledu na srovnání dětského a dospělého pacienta, kazuistického sdělení, mapuje prezentace i jednotlivé projekty, dokumenty a snahy vyrovnat se s tímto velkým problémem, který i po několika letech přináší mnohá úskalí.

KAZUISTIKY ZE ŽIVOTA AKUTNÍHO PŘÍJMU CENTR DUŠEVNÍ REHABILITACE BEROUN

Matěj Kasal ¹,

¹ Rehabilitační nemocnice Beroun

Hlavním cílem sdělení je předání zkušeností z provozu akutního příjmu psychiatrického pracoviště. Případy budou prezentovány od přijetí volání a komunikaci s posádkou ZZS v terénu až po management po vyšetření. Přednáška se zaměří jak na silné stránky, tak na nevýhody současné organizace akutní a neodkladné péče v rámci CDR.

KONCEPCE PROJEKTU AKUTNÍ PÉČE

KONCEPCE PROJEKTU AKUTNÍ PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Jan Tuček¹,

¹ Psychiatrické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Ve sdělení se budu zabývat aktuální koncepcí akutní psychiatrické péče, na které se v současné době pracuje. Koncepce se zabývá jak péčí extramurální, tak i nemocniční. Charakterizuje propojení jednotlivých složek psychiatrické péče a jejich začlenění v rámci akutní psychiatrické péče. Pozornost bude také věnována novým prvkům v systému - akutní psychiatrické ambulanci a centrům komplexní psychiatrické péče.

KONCEPT AKUTNÍ PSYCHIATRICKÉ AMBULANCE

Petr Šilhán¹,

¹ FN Ostrava, Lékařská fakulta OU

V rámci projektu rozvoje akutní psychiatrické péče je zvažováno zavedení nového prvku v systému ambulantní péče, a to akutní psychiatrická ambulance (APA). Její zavedení reaguje na nepoměr mezi poptávkou a nabídkou ambulantních psychiatrických služeb a na stávající objednávací lhůty v psychiatrických ambulancích. Přestože u současných poskytovatelů akutní lůžkové psychiatrické péče je zpravidla dostupné akutní psychiatrické vyšetření, toto se často omezuje na zhodnocení klinického stavu a rozhodnutí o nutnosti hospitalizace pacienta. V případě, že postačuje ambulantní léčba, tato většinou nebývá aktivně zahajována, ale delegována na standardní psychiatrické ambulance či praktické lékaře. Takto odkládaná léčba vede k prohlubování závažnosti nemoci, ke zhoršené odpovědi na léčbu, delší a intenzivnější léčbě a riziku nedostatečné odpovědi, rekurence, chronicity. Úkolem APA je zaměření na poskytování akutní a přechodné ambulantní psychiatrické péče, příp. péče konziliární, nikoliv však péče dlouhodobé. K vyšetření se pacienti dostávají bez či ideálně s doporučením praktického lékaře, příp. cestou integrovaného záchranného systému. Objednání není vyžadováno, předběžná koordinace návštěvy APA je však žádoucí. Po vyšetření pacienta může následovat lůžková či ambulantní léčba. Ambulantní léčba může být delegována na ambulantního psychiatra, praktického lékaře, specialistu jiné odbornosti či ostatní zdravotní a sociální služby v regionu. V případě nedostupnosti potřebné návaznosti ambulantní péče si APA ponechává pacienta v péči na přechodnou dobu do zahájení péče navazující. APA tak průběžným předáváním pacientů do navazující péče uvolňuje své kapacity pro vyšetření nových pacientů. Takové poskytování péče je však značně zatěžující pro zdravotnický personál a může být spojeno se sníženou ekonomickou rentabilitou, neboť čekání na práci není ve stávajícím systému psychiatrické péče hrazeno. Součástí projektu rozvoje akutní psychiatrické péče by tak měl být pilotní provoz APA, vyhodnocení účinnosti tohoto prvku, zpracování standardu APA a návrh financování APA, který by byl dostatečně motivující pro zřizovatele i zdravotnický personál poskytující péči. Podrobnější představení základů APA bude obsahem tohoto sdělení.

WORKSHOP - JAK NA TO? K ČEMU TO JE? ÚSKALÍ A PŘÍNOSY PŘI ZAKLÁDÁNÍ A PROVOZU ARP

WORKSHOP - JAK NA TO? K ČEMU TO JE? ÚSKALÍ A PŘÍNOSY PŘI ZAKLÁDÁNÍ A PROVOZU ARP

Simona Papežová ¹,

¹ Psychiatrická ordinace a denní stacionář MUDr. Simona Papežová s.r.o., Praha

Ambulance s rozšířenou péčí (dále ARP), po fázi ověřování standardu v minulých letech, již nyní od roku 2024 vstupují do běžné praxe. Hlavní myšlenkou je poskytování péče zdravotnickým multidisciplinárním týmem, který jednak umožňuje poskytování komplexní, koordinované a provázané péče našim pacientům, jednak předání kompetencí nelékařským pracovníkům. Tímto přístupem se zvýší dostupnost vysoce specializované odborné péče psychiatra, část práce odvedou jiní členové týmu (tzv. se mu „uvolní ruce“). V této chvíli v ČR existuje kolem 25 ARP psychiatrických a adiktologických hrazených z v.z.p., do roku 2030 by jich v návaznosti na NAPDZ mělo být 200 (1 na 50 000 obyvatel). Náš workshop nebude opakovat standard uvedený ve věstníku MZČR (15/2022), jeho zaměření bude ryze praktické pro rozhodování, zda mi ARP dává smysl – co ARP dává a bere, jaké má povinnosti a výhody, jaké kroky je nezbytné udělat v rámci směřování k navázání smluvních vztahů s pojišťovnamí...

WORKSHOP - MODERNÍ VYUŽITÍ METOD ECT A RTMS

WORKSHOP ECT A RTMS

Jozef Buday ¹,

¹ Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK

Elektrokonvulzivní terapie je důležitou léčebnou modalitou, která se v psychiatrii používá již 80 let a v posledním desetiletí zažívá s technologickou inovací velký comeback na poli neurostimulačních metod. Dodnes se jedná o nejúčinnější léčbu farmakorezistentní deprese v psychiatrii a zastává nenahraditelné místo. Podobný rozmach zažívá i metoda transkraniální magnetické stimulace, která je předmětem obrovského vědeckého zájmu v psychiatrii, neurologii i rehabilitační medicíně. Workshop provede zájemce novými poznatky ve světě elektrokonvulzivní terapie a transkraniální magnetické stimulace, a ukáže nejmodernější metody aplikace, titrace i kombinace obou metod.

WORKSHOP - NEDOBROVOLNÁ HOSPITALIZACE

NEDOBROVOLNÁ HOSPITALIZACE

Tereza Szymanská ¹,

¹ Psychiatrická ambulance Broumov

Hospitalizace člověka s duševní nemocí na psychiatrickém oddělení bez jeho souhlasu, tzv. nedobrovolná hospitalizace, je zásadním zásahem do jeho práv a svobod. Zkušenost a prožitek nedobrovolné hospitalizace mohou do budoucna negativně ovlivnit spolupráci člověka s duševní nemocí v jeho další léčbě, neboť mohou významně narušit důvěru a vztah člověka s duševní nemocí k jeho rodině, lékaři i celému zdravotnímu systému. Ne vždy jsou lidé s duševní nemocí během nedobrovolné hospitalizace dostatečně informováni o detenčním řízení a jejich právech v rámci tohoto řízení. I mezi zdravotníky není stále dostatečně rozlišováno mezi nedobrovolnou hospitalizací a nedobrovolnou léčbou, i když se nejedná o zaměnitelné pojmy. Ve svém výzkumu Mgr. Tomáš Petr v roce 2013 zjistil, že nedobrovolně hospitalizovaní nevnímali svou hospitalizaci negativně, jestliže k nim bylo přistupováno s respektem a byla jim dána šance vyjádřit své postoje a přání. Ze stejného výzkumu také vyplývá, že na subjektivní prožívání pacienta má velký vliv pocit zajištění spravedlivého procesu při rozhodování o jeho zadržení. Má-li pacient pocit, že procedura nedobrovolné hospitalizace probíhá spravedlivě, že se k ní může vyjadřovat a zasahovat do ní, např. odvoláním se vůči rozhodnutí, pak bývají pocity negativního zásahu do osobních svobod podstatně mírnější. Nedobrovolná hospitalizace bývá nepříjemným zážitkem pro všechny zainteresované osoby – pro člověka s duševní nemocí, jeho rodinné příslušníky, ambulantního psychiatra, zúčastněné pracovníky integrovaného záchranného systému, zdravotníky psychiatrického oddělení i advokáty a pracovníky soudu. Jako ambulantní psychiatr se snažím nedobrovolné hospitalizaci mých pacientů co nejvíce předcházet, ale jsou situace, kdy nedobrovolná hospitalizace je jedinou možností, jak lze člověku zejména s vážnou duševní nemocí pomoci a dát mu možnost zahájit adekvátní psychiatrickou léčbu. Dne 29.10.2024 vydalo ministerstvo zdravotnictví České republiky metodický pokyn ke správnému postupu poskytovatelů zdravotních služeb při nedobrovolné hospitalizaci pacienta. Workshop se bude zabývat právními aspekty nedobrovolné hospitalizace, a to i díky účasti advokátů z organizace Pro bono aliance. Chci také poukázat na dobrou praxi při výkonu nedobrovolné hospitalizace. Cílem je zvýšit povědomí o právech osob s duševní nemocí i otevřít odbornou diskuzi, která může zlepšit kvalitu péče o lidi s duševní nemocí i podpořit vzájemné pochopení postojů všech zainteresovaných stran při řešení nedobrovolné hospitalizace.

PSYCHIATRIE BEZ BARIÉR: POROZUMĚNÍ JAKO ZÁKLAD PÉČE A VÝZNAM TLUMOČNÍKA ZNAKOVÉHO JAZYKA PRO NESLYŠÍCÍ

OSOBY SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM: KOMUNITA NESLYŠÍCÍCH A ZPŮSOBY KOMUNIKACE, IDENTITA A KULTURNÍ SPECIFIKA

Josef Herz ¹,

¹ Tichý svět, o.p.s.

Osoby se sluchovým postižením: komunita neslyšících a způsoby komunikace, identita a kulturní specifika Přednáška se zaměřuje na specifika komunikace, identity a kulturního prostředí osob se sluchovým postižením, s důrazem na pochopení rozdílů mezi medicínským a sociokulturním přístupem k této skupině. Účastníci se seznámí s různými způsoby komunikace neslyšících (znakový jazyk, odezírání, psaná komunikace) a s praktickými zásadami, jak přizpůsobit prostředí i komunikaci tak, aby se neslyšící pacient cítil bezpečně a nebyl vystaven nadměrnému stresu či frustraci. Diskutována budou také rizika, kterým jsou neslyšící pacienti vystaveni, včetně sociální izolace, stigmatizace a manipulace, především v situacích, kdy nemají dostatečný přístup k informacím. Téma zahrnuje i otázku funkční gramotnosti – schopnost porozumět psanému textu. Přednáška nabídne konkrétní tipy, jak zlepšit orientaci zdravotnického personálu v komunikaci s neslyšícími pacienty a jak předcházet možným bariérám, které mohou negativně ovlivnit diagnostiku, léčbu a celkový přístup k péči o pacienta. Bude otevřena i otázka školení zdravotnických pracovníků, aby byl zajištěn efektivní a empatický přístup ke konkrétním potřebám neslyšících osob.

ROLE TLUMOČNÍKA ZNAKOVÉHO JAZYKA: SPECIFIKA TLUMOČENÍ V OBLASTI PSYCHIATRIE

Marie Horáková ¹,

¹ Tichý svět, o.p.s.

Příspěvek se zaměřuje na význam a specifika tlumočení znakového jazyka při komunikaci s neslyšícími pacienty v oblasti psychiatrie, a to jak při diagnostice, tak v průběhu léčby. Tlumočnické je klíčovým článkem zajišťujícím efektivní výměnu informací mezi neslyšícím pacientem a zdravotnickým personálem, přičemž jeho role sahá daleko za pouhý převod slov – zahrnuje zprostředkování porozumění mezi dvěma odlišnými kulturními světy. Důraz je kladen na nutnost spolupráce s tlumočnickem, co se týká orientace v odborných psychiatrických termínech, krizové komunikaci a základních principech diagnostiky a léčby duševních poruch. Přednáška poskytne praktické tipy pro zdravotnický personál, jak s tlumočnickem efektivně spolupracovat a jak předcházet komunikačním nedorozuměním, která mohou ovlivnit diagnostiku i průběh léčby. Pozornost bude věnována také moderním nástrojům a technologiím, které mohou komunikaci usnadnit, například využití online tlumočnických služeb, což je praktické zejména v případech akutní péče nebo v odlehých oblastech.

NESLYŠÍCÍ TLUMOČNÍK: JAZYKOVÁ A KULTURNÍ PODPORA: KLÍČ K POROZUMĚNÍ A DŮVĚŘE V TERAPEUTICKÉM PROCESU

Matěj Čipera ¹,

¹ Tichý svět, o.p.s.

Neslyšící tlumočníci mají důležitou roli v procesu diagnostiky a léčby, a to zejména v poskytování celkové, nejen jazykové, podpory pacientům se sluchovým postižením. Jejich přítomnost přispívá k vytvoření prostředí důvěry a zajišťuje jistotu v přenosu veškerých informací. V psychiatrii je přesnost komunikace obzvláště zásadní, protože každé odbočení od tématu, nesrovnalost nebo narušení plynulosti vyjadřování pacienta může být diagnosticky významné. Spolupráce slyšícího a neslyšícího tlumočnicka tvoří důležitý týmový prvek, kdy se oba profesionálové mohou vzájemně podpořit a doplnit. V praxi se často využívají moderní nástroje a technologie, například online tlumočení. Tato forma komunikace je nezbytná zejména z důvodu nedostatku tlumočnicků. V některých případech může být jeden tlumočnick přítomen fyzicky a druhý připojen online, čímž se zajišťuje flexibilita a dostupnost tlumočnických služeb. Komunita neslyšících je menšinou uvnitř většinové společnosti, což s sebou v případě neslyšících tlumočnicků přináší specifické etické výzvy, nebezpečí, že se vzájemně znají z civilního života mimo tlumočnickou situaci, nutnost duševní hygieny.

PSYCHIATR A TLUMOČNÍK: NEZBYTNÁ SPOLUPRÁCE PRO PŘESNOU DIAGNOSTIKU A EFEKTIVNÍ LÉČBU

Kateřina Holubová ¹,

¹ Univerzita Karlova, Filozofická fakulta

Tento příspěvek se zaměřuje na dopad komunikačních bariér na diagnostiku, terapii, její efektivitu a vztah mezi pacientem a lékařem. Nedostatek informací o pacientech se sluchovým postižením, kteří jsou v terapeutické péči zastoupeni v menším počtu, může komplikovat poskytování kvalitní péče. Odborné vzdělávání na vysoké škole často neobsahuje dostatečné informace o různých typech postižení a způsobech komunikace. Určitě stojí za diskuzi vznik školení nebo informačního materiálu, který by poskytl potřebné pokyny a kontakty při setkání s konkrétním pacientem. Odkazování na členy rodiny jakožto zdroj informací o pacientech může vést k nejednoznačným, zkresleným nebo manipulativním informacím, což může diagnostiku dále komplikovat. Za zvážení stojí možnost spolupráce s tlumočnickem, který by pomohl se specifickými otázkami týkajícími se komunikačních prostředků, vyjadřování, bohatosti slovní zásoby a dalšími specifickými odchylkami v komunikaci pacienta.

ROZDÍLY MKN 10 A MKN 11 V OBLASTI SEXUOLOGIE

Martin Hollý¹,

¹ Rehabilitační nemocnice Beroun

Abstrakt není k dispozici

TRANSFORMACE PÉČE O TGR OSOBY: DOPORUČENÉ POSTUPY PRO EFEKTIVNÍ ZDRAVOTNÍ POLITIKU

Pavla Doležalová¹, Kateřina Klapilová¹, Libor Zámečník²,

¹ Centrum pro sexuální zdraví a intervence, NÚDZ

² Sexuologický ústav VFN

Úvod Péče o transgender a genderově rozmanité (TGR) osoby je multidisciplinární oblast, která se v posledních letech dynamicky rozvíjí. Pacienti očekávají přístup k péči opírající se o nejnovější vědecké poznatky. V České republice však v současnosti chybí systematické a moderní doporučené postupy. Tento stav je tristní i vzhledem k v současnosti probíhajícím zákonným úpravám v oblasti úřední změny pohlaví. Tvorba metodických postupů v oblasti zdravotnictví je v současnosti koordinována centrem NIKEZ (MZ-ÚZIS), jež spolupracuje s mezinárodními centry (např. České Cochrane centrum; České GRADE centrum). Nově vzniklá metodika již může být využita právě pro vytvoření nových DP pro oblast genderové identity. Základem mohou být například Standardy péče o zdraví transgender a genderově rozmanitých osob, verze č. 8 (WPATH, 2022; NUDZ, 2024), ale i další ověřené zahraniční směrnice vybrané v rámci systematické metodiky. Metodika Vytvoření doporučených postupů (DP) dle to metodiky NIKEZ představuje strukturovaný několikastupňový proces, který se odhaduje na 1-2 roky. Tento proces umožňuje systematickou optimalizaci diagnostiky, léčby i prevence, zajišťující transparentní, aktualizovatelné a efektivní zdravotnické procesy, které jsou následně adjustované pro národní prostředí. Tvorba DP dle metodiky adolopmentu umožňuje kombinovat adaptaci a rozvoj na základě existujících kvalitních vědeckých zdrojů hodnocených dle systematických přístupů (jako PIC, PEO nebo PIRD). Návrhy jsou dále vytvářeny multidisciplinárními týmy, zahrnujícími odborníky zúčastněných oborů, zástupce odborných společností a zástupce pacientů. Hlavní zásady tvorby DP jsou: a) Respektování preferencí a hodnot pacientů; b) vysvětlení logiky mezi zdravotními alternativami; c) hodnocení síly důkazů a doporučení; d) transparentnost a eliminace chyb či střetů zájmů. Pravidelná revize a aktualizace doporučení zajistí jejich dlouhodobou relevanci a efektivní integraci do praxe. Předpokládané přínosy moderních doporučených postupů vytvořených dle NIKEZ mohou zásadně zlepšit péči o TGR osoby v ČR. Po zveřejnění ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví budou sloužit nejen v klinické praxi, ale i jako základ pro efektivní zdravotní politiku. Závěr Zavedení doporučených postupů dle metodiky NIKEZ povede k poskytování péče na základě vědeckých poznatků a odborného konsenzu. Tyto DP zvýší efektivitu péče,lepší kvalitu života pacientů, sníží diskriminaci a podpoří profesionalitu zdravotníků. Klíčovou podmínkou je pravidelná aktualizace, která zajistí dlouhodobou udržitelnost a rovněž kvalitu zdravotnického systému.

ŽENY V SYSTÉMU ÚSTAVNÍHO OCHRANNÉHO LÉČENÍ

Marek Páv¹,
¹ PN Bohnice

Abstrakt není k dispozici

KAM S NEZLETLÝM SEXUÁLNÍM DELIKVENTEM?

Petra Sejbalová¹,
¹ FN Brno

Abstrakt není k dispozici

HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

HRANIČNÍ PORUCHA - ZKUŠENOSTI Z PRAXE

Genovéva Almássy¹,
¹ Fakultní nemocnice Ostrava

Prezentujeme zkušenosti ze specializované ambulance pro Emočně nestabilní diagnostický okruh. Jaké nefarmakologické postupy se jeví jako efektivní u adolescentů a mladých dospělých (pacienti od 16-ti let) se sebepoškozováním, suicidálními tendencemi, rychlým střídáním nálad a destruktivním sebepostojem. Jaká základní pravidla doporučujeme při komunikaci s těmito pacienty, abychom hned od začátku tvořili podmínky pro fungující terapeutický vztah. Pokud máme ve skutečnosti terapeutickou alianci s "destruktivním Já" pacienta, jak to poznáme a co s tím můžeme dělat. O co se můžeme opřít, pokud nemáme specializovaný psychoterapeutický výcvik - a na co nesmíme zapomenout, i když takový výcvik máme. A jak předejít tomu, aby si mladý člověk začal budovat identitu "hraničáře". Pro hlubší pochopení prezentovaných principů uvádíme širší evoluční a antropologický kontext sebepoškozování, suicidality a také biologické, sociální a psychologické faktory emoční regulace. Poukazujeme na přímou souvislost změn způsobu života v posledních dvou dekadách se změnami attachmentu, s neurofyziologickými aspekty stresové reaktivity a vnímáním sebehodnoty. Nevyhnutným důsledkem je zvýšený výskyt symptomů definujících Hraniční poruchu u dospívajících. Otevíráme diskusi, zda je tato diagnostická kategorie dnes obhajitelná tak, jak ji známe z MKN10 / DSM V, nebo zda vede používání 40 let starých kritérií k přehnané psychiatrizaci současné mládeže. Je narůstající počet emočně nestabilních adolescentů s poruchami pozornosti a sociálního fungování důsledkem toho, jaký je dnešní svět, nebo je to spíš odpověď na otázku, kdo jsme my, dospělí?

EMOČNĚ NESTABILNÍ PORUCHA OSOBNOSTI - FARMAKOTERAPIE

Tomáš Skřont¹,

¹ Oddělení psychiatrické, Fakultní nemocnice Ostrava

S problematikou emočně nestabilní poruchy osobnosti se v rámci psychiatrické praxe ve zvýšené míře potýkáme již několik desítek let. Primární léčbou zůstává psychoterapie a dosud neexistuje farmakologická léčba s emočně nestabilní poruchou osobnosti jako primární indikací. Přesto jsou psychofarmaka běžně používána off-label k ovlivnění specifických okruhů symptomů, jako je emoční labilita, úzkost a impulzivita, a také k léčbě komorbidit. V rámci farmakoterapie jsou před nás, jako psychiatry, kladeny četné překážky – z mnoha můžeme zdůraznit nízký věk mnoha pacientů, heterogenitu symptomů, nízkou adherenci a compliance ve smyslu jak neužívání tak nadužívání předepisované medikace. Komplikací je také polypragmázie vznikající postupným přidáváním dalších preparátů při absenci efektu medikace původní. V rámci našeho příspěvku prezentujeme dostupná data i klinické zkušenosti s farmakoterapií u pacientů z emočně nestabilního spektra. Snažíme se poskytnout přehled současných farmakoterapeutických přístupů k emočně nestabilní poruše osobnosti, přičemž se zaměříme na důkazy podporující použití různých tříd léčiv. Na základě dostupných klinických studií a metaanalýz prozkoumáme, jak může personalizovaná farmakoterapie doplňovat psychoterapeutické intervence, aby bylo dosaženo robustnější kontroly symptomů. Budou diskutovány také hlavní výzvy, jako je posílení adherence a využití principů společného rozhodování o léčbě. Cílem této prezentace je poskytnout přehled současné klinické praxe i nastupujících trendů s cílem zlepšení výstupů léčby a prognózy lidí s hraniční poruchou osobnosti.

MANAGEMENT A LÉČBA POST-COVIDOVÝCH A LONG-COVIDOVÝCH PŘÍZNAKŮ Z POHLEDU RŮZNÝCH OBORŮ

COVID-19 A DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Pavel Mohr¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany; 3. lékařská fakulta UK Praha

Nedávná pandemie SARS-CoV-2, podobně jako předchozí koronavirové infekce (SARS, MERS) měla za následek významný nárůst psychických poruch a zhoršení duševního zdraví mnoha skupin obyvatel. Tento trend potvrzují i výsledky replikovaných epidemiologických studií v ČR a data ÚZIS. Ukazuje se, že existuje patofyziologická souvislost mezi virovou infekcí a neuropsychiatrickými symptomy. Jedním z posledních nálezů je redukce hladin serotoninu v oběhu v postakutní fázi (long-covid), což implikuje potenciální terapeutické využití některých psychofarmak, např. SSRI.

MANAGEMENT A LÉČBA POST COVID - LONG COVID PŘÍZNAKŮ Z POHLEDU RŮZNÝCH OBORŮ

Michal Kopecký¹,

¹ Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové

Postcovidové příznaky jsou příznaky trvající i po 12 týdnech od prodělání onemocnění COVID19 a byla vyloučena jiná příčina symptomů. Long covid je chronický stav způsobený infekcí COVID a přítomen minimálně 3 měsíce postihující jeden nebo více orgánových systémů. Patofyziologické mechanismy nejsou dosud přesně známy teorie zahrnují virové rezervoáry, trvalou aktivaci zánětu, autoimunitní reakce, endoteliální dysfunkce a následné srážení krve, poruchu střevního mikrobiomu. V současné době nejzávažnějšími symptomy jsou ME/CFS (myalgická encefalomyelitis, chronický únavový syndrom) projevující se nesnášenlivostí systémové námahy a chronickou únavou, kterou nelze zmírnit odpočinkem a s tím spojené zhoršení symptomů (PEM/PESE). Častým limitujícím faktorem bývá porucha soustředění a výbavnosti - tzv. brain fog. Velmi častá je porucha autonomní regulace - posturální ortostatický tachykardický syndrom, ortostatická hypotenze (POTS/OH), vzácnější syndrom aktivace žírných buněk. Z anamnesticky odebraných dat je důležité vyloučit jiné onemocnění, jež mohl COVID iniciovat či potencovat a je tudíž nutná multioborová spolupráce. Léčebné možnosti jsou omezené. Zaměřené na normalizaci spánku, dávkování zátěže a nepřekračování limitů pacienta (pacing), kognitivní trénink, individuální rehabilitace, léčba dysautonomní regulace. Veškerá medikamentózní terapie je v současné době léčbou bez důkazů a patří do rukou specialistů se zkušeností s péčí o postcovid pacienty. Závěrem je nutno zmínit, že nesmíme bagatelizovat obtíže pacienta, snažit se vyloučit jiná onemocnění a ve spolupráci se specialisty adekvátně vést terapii a monitoraci stavu pacienta, neboť symptomy přetrvávají dlouho a nevážené zásahy vedou k propadům a zhoršením stavu pacienta.

PATOFYZIOLOGIE NEUROPSYCHIATRICKÝCH PŘÍZNAKŮ A MOŽNOSTI LÉČBY KOGNITIVNÍ DYSFUNKCE LONG-COVID

Miloslav Kopeček¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany a Klinika psychiatrie a lékařské psychologie, 3. LF UK Praha

Prevalence neuropsychiatrických příznaků 3 měsíce od akutní infekce COVID-19 byla pro únavu 37%, mozkovou mlhu 32%, poruchy spánku 31%, úzkost 23%, poruchy kognice 22%, deprese 17%. Mezi možné mechanismy neuropsychiatrických příznaků long COVID patří molekulární mimikry mezi virovými částicemi a myelinovými složkami, persistence dysregulovaných zánětlivých reakcí, dysbióza mikrobioty, hyperkoagulabilita a narušená neurotransmise v mozgovém kmeni a nervus vagus. Jedna z hypotéz předpokládá, že spike protein je spojen s dysfunkcí mozku, nezávisle na replikaci SARS-CoV-2 v mozku. Spike protein nebo jeho S1 fragmenty mohou být transportovány makrofágy do CNS, kde prochází přes hemato-encefalickou bariéru a váží se na Toll-like receptory 4, stimulují produkci prozánětlivých mediátorů, zesilující a udržující zánět a ovlivňují oblasti související s pamětí. V terapii kognitivní dysfunkce související s COVID-19 byly hodnoceny v klinických studiích níže uvedené intervence: hyperbarický kyslík, ultramikronizovaný palmitoylethanolamid/luteolin (PEA-LUT), donepezil, famotidin a meditace.

SPÁNKOVÉ PŘÍZNAKY COVID-19: DOTAZNÍKOVÁ STUDIE NEUROCOVID

Tereza Dvořáková , Radana Měrková , Jitka Bušková ,

¹ Oddělení spánkové medicíny, Národní ústav duševního zdraví, Klecany

² 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Úvod: Již od počátku pandemie covid-19 v roce 2020 se ukazuje, že neurologické, psychiatrické a spánkové poruchy jsou častým projevem tohoto onemocnění, a to jak během akutní fáze, tak jako součást tzv. long covidu. Detailní poznatky o charakteru těchto obtíží však stále chybí. Cílem této studie bylo přinést nové informace o typu, frekvenci, délce trvání a faktorech ovlivňujících výskyt širokého spektra neurologických příznaků a poruch spánku u dospělých v České republice, kteří prodělali covid-19. Metodika: Pomocí nově vyvinutého komplexního online dotazníku, dostupného na adrese www.neurocovid.cz, jsme získali informace o akutním průběhu onemocnění covid-19 a následném rozvoji neurologických a spánkových poruch. Zde prezentujeme odpovědi respondentů z období od 1. 6. 2021 do 31. 12. 2022. Dotazník vyplnilo celkem 1674 respondentů, z toho 1507 bylo zahrnuto do finálního vzorku (průměrný věk 44,5 ±13,1 let, 64,1 % žen), odstup od akutního onemocnění činil 1 až 32 měsíců. Výsledky: Celkem 81,2 % (1223) účastníků uvedlo, že se u nich v souvislosti s prodělaným covid-19 nově objevil (68,4 %) nebo zhoršil (12,8 %) alespoň jeden spánkový příznak, přičemž ženy uváděly vyšší počet příznaků než muži. Nejčastější byla nespavost (59,4 %), dále noční pocení (38,4 %), hypersomnie (33,3 %), živé sny či noční můry (26,4 %), známky syndromu neklidných nohou (RLS) (22,8 %) a chrápání či potíže s dýcháním ve spánku (11,1 %). Všechny příznaky byly asociované s těžkým akutním průběhem covid-19. Parasomnické projevy (mluvení, křik nebo pohyby během spánku) se vyskytly u 9,4 % respondentů, nejčastější byly ve věkové skupině 18–39 let. Úzkostné či depresivní prožívání udávalo v souvislosti s prodělaným onemocněním covid-19 celkem 59,4 % respondentů, přičemž tyto obtíže byly častější u žen (63,8 % vs. 51,6 %, $p < 0,001$). Respondenti s nově vzniklými psychickými obtížemi celkově udávali vyšší počet spánkových příznaků ($2,23 \pm 1,41$ vs. $1,60 \pm 1,38$, $p < 0,0001$). Úzkost byla konkrétně asociována s nespavostí ($p < 0,0001$), nočním pocením ($p = 0,0060$) a nočními můrami ($p = 0,0214$) a rovněž s těžším průběhem akutního onemocnění ($p = 0,041$). U 62,3 % respondentů se spánkovými příznaky tyto obtíže přetrvávaly po dobu 3 měsíců a déle. Při porovnání skupin respondentů dle odstupu od akutního onemocnění je patrný mírný ústup spánkových příznaků v čase, zejména u jedinců, kteří prodělali covid-19 v pozdějších fázích pandemie (leden 2022 a později). To naznačuje mimo jiné možnou roli virových mutací. Závěr: Naše výsledky ukazují, že spánkové příznaky jsou častým a dlouhodobým projevem covid-19 a mohou negativně ovlivňovat kvalitu života pacientů. Tato data zdůrazňují potřebu cílené interdisciplinární péče, která by zahrnovala léčbu jak spánkových, tak psychiatrických obtíží spojených s long covidem.

TRANSKRANIÁLNÍ STIMULACE STEJNOSMĚRNÝM PROUDEM (TDCS) V LÉČBĚ LONG-COVID

Monika Klírová , Andrea Adamová ², Nina Biačková , Olga Laskov , Veronika Renková ¹, Zuzana Stuchlíková ², Karolína Odnohová ³, Tomáš Novák ,

¹ Národní ústav duševního zdraví

² 3. lékařská fakulta UK

³ 2. lékařská fakulta UK

Cílem studie bylo posoudit účinnost transkraniální stimulace stejnosměrným proudem (tDCS) při léčbě neuropsychiatrických (NP) příznaků u postakutních následků infekce SARS-CoV-2 (PASC), známých jako long COVID. Dvojitě slepá, randomizovaná, shamovou stimulací kontrolovaná studie srovnávala účinnost a bezpečnost aktivní tDCS prefrontálního kortexu se shamovou tDCS při léčbě NP-PASC. Do studie byli zařazeni pacienti s diagnózou NP-PASC, u nichž bylo skóre na stupnici dopadu únavy (Fatigue Impact Scale, FIS) > 40 . Během čtyř týdnů bylo pacientům aplikováno dvacet sezení tDCS s průběžným měřením, měřením na konci léčby a následným měřením po 4 týdnech od ukončení experimentální léčby. Primárním výsledkem byla změna FIS na konci léčby. Byly analyzovány údaje od 33 pacientů, kterým byla přiřazena aktivní ($n=16$) nebo shamová tDCS ($n=17$). Po ukončení léčby byl pokles skóre FIS výraznější ve skupině sham než ve skupině aktivní stimulace, nicméně ne na úrovni statistické významnosti ($11,7$ [95%CI -11,1 až 34,5], $p=0,6$). Dále nebyly pozorovány žádné významné meziskupinové rozdíly, pokud jde o úzkost, depresi, kvalitu života a kognitivní výkon. Naše zjištění mohlo ovlivnit malý kohortový vzorek, rozdíly ve výchozím skóre FIS mezi skupinami (nestratifikovaná randomizace) nebo zvolené parametry stimulace. Je však též možné, že očekávaný mechanismus účinku tDCS je pro léčbu těchto stavů nedostatečný.

PACIENT S DIAGNÓZOU "F" V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Lucie Tesařová ¹,
¹ WellMedic, Příbram

Abstrakt není k dispozici

PÉČE O PACIENTY S DEMENCÍ

Astrid Matějková ¹,
¹ AM-MED s.r.o., Pardubice

Abstrakt není k dispozici

VĚKOVÁ SKLADBA LÉKAŘŮ A JEJÍ DŮSLEDKY

Martin Anders ¹,
¹ 1. LF UK a VFN, Praha

Abstrakt není k dispozici

OBECNÁ DISKUZE NA TÉMA VZÁJEMNÉ PŘEDÁVÁNÍ PACIENTŮ A ZASÍLÁNÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Martin Anders ¹, Lucie Tesařová ², Astrid Matějková ³,
¹ 1. LF UK a VFN, Praha
² WellMedic, Příbram
³ AM-MED s.r.o., Pardubice

Abstrakt není k dispozici

doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.

SYMPOZIUM MINDWELL

EFEKTIVNOST ONLINE KBT V LÉČBĚ ÚZKOSTNÝCH A DEPRESIVNÍCH PORUCH

Ján Praško¹,

¹

Online programy KBT se stávají stále oblíbenějším nástrojem léčby úzkostných a depresivních poruch. Tato prezentace se zaměří na přehled nedávných metaanalýz a klinických studií hodnotících účinnost online KBT ve srovnání s tradiční osobní terapií. Diskutovány budou také faktory ovlivňující úspěšnost intervencí, jako je adherence pacientů, kvalita terapeutického vedení a technologické aspekty programů.

PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKA PROF. MUDR. MARTINA HALUZÍKA, DRSC.

PŘELOMOVÉ LÉKY NA OBEZITU – ÚSKALÍ A PERSPEKTIVY LÉČBY - PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKA

Martin Haluzík¹,

¹ IKEM, Praha

Abstrakt není k dispozici

ODBORNÁ SPOLUPRÁCE PSYCHIATRIE A NEUROLOGIE

FUNKČNÍ (PSYCHOGENNÍ NEEPILEPTICKÉ) ZÁCHVATY

Milan Brázdil¹,

¹ 1. Neurologická klinika LF MU a FN USA

Abstrakt není k dispozici

FUNKČNÍ NEUROLOGICKÉ PORUCHY Z POHLEDU PSYCHIATRIE A PSYCHOTERAPIE

Ján Praško Pavlov , Marie Ocisková ,

² Centrum duševní rehabilitace, Jessenia, Rehabilitační nemocnice Beroun

³ Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice v Olomouci

Funkční neurologické poruchy (FND) představují komplexní klinickou výzvu na pomezí neurologie, psychiatrie a psychoterapie. V rámci přednášky se zaměříme na kognitivně-behaviorální a schéma terapeutické pojetí formulace případu FND, které umožňuje porozumět dynamice příznaků v kontextu bludného kruhu potíží, maladaptivních schémat a dysfunkčních přesvědčení. Budou představeny klíčové terapeutické postupy, které propojují pohybovou rehabilitaci s psychoterapeutickými intervencemi, jako je kognitivní restrukturalizace, imaginativní přepis bolestných zážitků, práce s židlemi (chairwork), terapeutické dopisy a intervence zaměřené na raná maladaptivní schémata. Zaměříme se na postupy, které pomáhají pacientům lépe porozumět souvislostem mezi psychologickými faktory a somatickými příznaky a umožňují jim postupně obnovit funkční kapacitu a zlepšit kvalitu života. Přednáška bude doplněna videoukázkami z terapeutické praxe, které ilustrují jednotlivé intervenční kroky a umožní účastníkům lépe pochopit jejich praktické využití v klinické práci. Klíčová slova: funkční neurologické poruchy, kognitivně-behaviorální terapie, schéma terapie, kognitivní restrukturalizace, imaginativní techniky, chairwork, terapeutické dopisy, psychoterapie a rehabilitace.

FUNKČNÍ NEUROLOGICKÉ PORUCHY V DĚTSKÉM VĚKU

Pavλίna Danhofer ¹,

¹ Centrum pro funkční neurologické poruchy u dětí, Klinika dětské neurologie LF MU a FN Brno

Abstrakt není k dispozici

ODBOBNÁ SPOLUPRÁCE PSYCHIATRIE A NEUROLOGIE

Tomáš Kašpárek ¹,

¹ FN Brno

Funkční neurologické poruchy představují klinickou výzvu jak pro neurologii, tak pro psychiatrii. Psychiatrie tyto stavy označuje nejčastěji jako Disociativní nebo konverzní poruchy, dříve jsme tyto pacienty znali pod diagnózou Hysterie. Při diagnostice a léčbě Hysterie se také naše obory, vč. oboru psychoterapie, potkávaly, rozcházeły, ale i profilyovaly a ustanovovaly (vzpomeňme např. na Charcota, Babinského, Jeneta, Freuda). Jak tyto stavy vidíme dnes? Jde o stejné pacienty, které vidíme jen z jiného pohledu nebo jde o odlišné populace pacientů, které mají podobné projevy? Jaké jsou diagnostické a terapeutické principy, které dnes máme k dispozici? Na tyto otázky se bude snažit odpovědět naše sympóziu.

PŘEDÁNÍ ADOLESCENTNÍHO PACIENTA DO PÉČE PRO DOSPĚLÉ - PANELOVÁ DISKUZE

PŘEDÁNÍ ADOLESCENTNÍHO PACIENTA DO PÉČE PSYCHIATRA PRO DOSPĚLÉ

Petra Uhlíková ¹,

¹ Sekce dětské a dorostové psychiatrie PS ČLS JEP

Symposium formou diskuzního panelu představí doporučené postupy péče, které se týkají předání dítěte v době zletilosti do péče psychiatra pro dospělé a možnosti pečovat o adolescenty v ambulanci psychiatra pro dospělé. Kritická situace v dětské a dorostové psychiatrii, kdy je dlouhodobě nedostatečný počet odborníků při narůstající potřebě péče o nezletilé pacienty, vedla jednak k nárůstu akutní péče o adolescenty v ambulancích psychiatrů pro dospělé, jednak k tlaku na včasné předávání zletilých pacientů do péče psychiatra pro dospělé. Vzhledem k tomu, že v období adolescence se i po dovršení 18 let stále jedná o pacienty, kteří jsou psychosociálně nezralí, často mají statut studenta, žijí stále v primární rodině a jsou na ní ekonomicky závislí, je nezbytné udržet kontinuitu komplexní odborné péče a předat je do péče psychiatrické ambulance pro dospělé postupně včetně předání dalších součástí multioborové péče jako jsou doporučení pro podpůrná opatření při vzdělávání, pro řídicí průkaz, invalidní důchod či omezení způsobilosti k právním úkonům. Vzhledem k náročnosti postupného předávání pacienta byl v r. 2024 navržen výkon Příprava a předání pacienta z péče dětského a dorostového psychiatra do péče psychiatra pro dospělé. Tento výkon definuje proces předání pacienta, který by měl být plánovaný, strukturovaný a kontrolovaný. Podle zahraničních studií je předání péče (Transition from pediatric, parent- supervised health care to more independent patient-centered adult health care) nejčastěji plánované minimálně rok před dosažením věku, kdy pacient patří do péče psychiatra pro dospělé.

MEZIOBOROVÉ PRŮNIKY PSYCHOTERAPIE

PSYCHOTERAPIE V PALIATIVNÍ PÉČI

Martin Loučka ,

¹ Centrum paliativní péče, Praha

² 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Cílem příspěvku je představit roli psychoterapie v paliativní péči a specifické modely terapeutické práce pro využití v této oblasti. Poukázáno bude také na význam multidisciplinární spolupráce a psychoterapeutických kompetencí u ostatních členů paliativních týmů.

PŘÍNOS PSYCHOTERAPEUTICKÉHO VÝCVIKU PRO PRÁCI NUTRIČNÍHO TERAPEUTA

Iveta Jozefová¹,

¹ Psychiatrická nemocnice Bohnice

Role nutričního terapeuta v léčebném procesu není jen o nutričních hodnotách, nastavování léčebné výživy, vyhodnocování BMI, sledování potravinových alergií, dietních omezení, jídelních lístčích a podobně. V léčebném procesu a zejména v kontaktu s klientem je nutriční terapeut často „zpovědníkem“, kterému se lidé svěřují s těmi nejintimnějšími tématy souvisejícími nejen se stravováním, ale i s interpretací sebe sama, s osobními úspěchy a nezdary, s mezilidskými vztahy, s traumaty a starostmi. Pro mnoho klientů je výživa velmi těžké téma, zejména pro klienty s poruchami příjmu potravy. To samo o sobě bývá provázáno silnými emocemi a nezdary i úzkostnými či jinými psychickými potížemi. Není překvapením, že nutriční terapeut plní i roli neformálního psychoterapeuta. Je tedy více než na místě, aby nutriční terapeut porozuměl nejen postupům v léčebné výživě a nutriční péči, ale i psychoterapeutickým přístupům, emocím, duševním potížím a psychologii jako takové. A kde jinde začít, než poznáním sebe sama? Podstoupení psychoterapeutického výcviku by mělo být přirozenou součástí osobního a pracovního rozvoje nutričního terapeuta, který tak může porozumět sobě samotnému a snad i druhým. Například svým klientům. Získat jistější reakci na nestandardní emoční projevy, stran výživy. Ale také se naučit dát si hranice, kde jeho role v péči o klienta končí a v které části by už měl být jiný odborník, aby léčba byla úspěšná. Bylo by chybou se domnívat, že absolvováním psychoterapeutického výcviku nutriční terapeut nahradí kvalifikovaného psychoterapeuta. V multidisciplinárním přístupu mu však může být pomocnou rukou při motivování klientů do psychoterapie, pokud pozná, že je to žádoucí. Mnoho klientů má z psychoterapie strach, neví, co by řekli. Nutriční terapeut může díky nastaveným hranicím poukázat na možné témata, které se hodí právě do psychoterapie. Trochu je „doprovodit“ motivovat k tomu, aby našli odvahu si dalšího odborníka vyhledat, jako například psychologa, psychiatra a jiné odbornosti, což je mnohdy velmi žádoucí až nutné, aby i nutriční terapie měla úspěch v léčbě. Psychoterapeutický výcvik poukazuje na multidisciplinární přístup a také jeho porozumění, a uvědomění si hlavně sebe sama a vlastních emocí.

OD ANALOGOVÉ K DIGITÁLNÍ PSYCHOTERAPII: JAK VYUŽÍT EHEALTH EFEKTIVNĚ?

Miroslav Světlák¹,

¹ Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Ústav lékařské psychologie a etiky

Digitální technologie mění podobu psychoterapeutické péče, přičemž eHealth intervence představují nové možnosti pro efektivní a dostupnou péči. Úvodní část příspěvku se zaměří na význam eHealth v psychoterapii, přičemž cílem není rozhodovat, zda jej využívat, ale spíše identifikovat klíčové faktory – kdy, pro koho, s jakou diagnózou a v jaké fázi procesu eHealth integrovat tak, aby byla péče kvalitní, bezpečná a efektivní. Současně se budeme zabývat otázkou, jak lze pomocí eHealth optimalizovat omezené zdroje zdravotnického systému bez poklesu kvality péče. Metodika příspěvku je založena na narativním přehledu literatury, který mapuje současné poznatky o využití eHealth v psychoterapii. Diskutovány budou různé modely a přístupy k implementaci digitálních nástrojů do psychoterapeutického procesu. Závěrem příspěvek navrhuje potřebu vytvoření koncepčního rámce, který podpoří integraci eHealth do komplexní psychoterapeutické péče a současně umožní její využití v rámci proaktivní péče o duševní zdraví. Tento rámec má sloužit jako vodítko pro efektivní a multidisciplinární spolupráci v oblasti digitální psychoterapie.

SOUČASNÉ POSTUPY V DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTICE A LÉČBĚ PACIENTŮ S PSYCHOGENNÍMI NEEPILEPTICKÝMI ZÁCHVATY (PNES).

Lenka Kramská ¹,

¹ Nemocnice Na Homolce, Univerzita Karlova

Psychogenní neepileptické záchvaty (PNES) označují poruchu imitující epileptické záchvaty, a jsou psychogenní etiologie. PNES tvoří třetinu až polovinu pacientů přijatých k video-EEG monitoraci za účelem posouzení nejasné nebo neřešitelné záchvatové poruchy. Diferenciální diagnostika epilepsie a PNES je velmi obtížná a vyžaduje úzkou spolupráci multidisciplinárního týmu – neurologa, epileptologa, neuropsychologa, psychoterapeuta a dalších odborníků. Správná diagnóza je nezbytná pro vhodnou léčbu a volbu specifického psychoterapeutického přístupu. Příspěvek se zaměřuje na doporučené postupy komplexního epileptologického a neuropsychologického vyšetření pacientů s PNES a přináší nové metody pro diferenciální diagnostiku epilepsie a PNES. Zároveň shrnuje výsledky z Centra pro Epilepsie NNH při hodnocení osobnostní psychopatologie, kognitivní výkonnosti, úsilí během neuropsychologického testování, simulace, přítomnosti maladaptivní emoční regulace, symptomů traumatu, a dalších fenoménů. V další části příspěvku budou zmíněny nejnovější poznatky a doporučení pro psychoterapii pacientů s FND/PNES.

SPECIFIKA LÉČBY PSYCHÓZ VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ

PŘÍBĚH ZOTAVENÍ A ROLE PEERA V PROFESIONALIZACI ZOTAVENÍ

Jiří Štefl ¹,

¹ Centrum duševního zdraví Mladá Boleslav, Fokus Mladá Boleslav z.s.

Dobrý den jmenuji se Jiří Štefl a jsem jeden z prvních deseti peer konzultantů, které v ČR podpořilo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ) jakožto jedna z nejdůležitějších organizací zajišťující odborné vzdělávání pracovníků v pomáhajících profesích v oblasti péče o duševní zdraví. Roli peer konzultanta jsme převzali z holandského modelu v rámci společného projektu CRPDZ a tamních spřátelených organizací. Od roku 2013 pracuji jako peer konzultant v komunitním terénním týmu ve Fokusu Mladá Boleslav z.s. (od roku 2019 již v rámci Centra duševního zdraví (CDZ)) a od roku 2014 se v CRPDZ podílím na dalším vzdělávání jak peerů, tak i týmů, kde peer konzultanti pracují (psychiatrické nemocnice, další komunitní týmy). Nejvíce se při práci s peer konzultanty věnuji práci s životním příběhem, supervizím a metodickým poradám. Práce v multidisciplinárním týmu a role peera v CDZ mě velmi naplňuje a dále se zajímám o rozvoj role peera a její posilování v systému péče o duševní zdraví v naší zemi. Cílem příspěvku je skrze sdílení vlastního příběhu přiblížit publiku základní východiska procesu zotavení neboli recovery. Budu mluvit o tom, co pro mě zotavení znamená, co mi v zotavení pomohlo a co nepomohlo. V době počátku mého onemocnění ještě nebyl pojem zotavení používán. Chyběly mi informace o tom, že se lidé zotavují a že pro své zotavení mohou udělat hodně já sám. Stále jsem hledal, kde mohu být prospěšný a hodnotný a nejen závislý na ostatních, ale v době zahlnění nemocí se těžko hledalo, kde mohu být potřebný. Nakonec jsem se našel v pomáhající profesi a stal se peer konzultantem. Dále bych se chtěl ohlédnout za procesem zapojování peer konzultantů do péče o duševní zdraví. Také bych rád popsal trojí efekt, který se ukazoval při zhodnocování všech projektů zapojování peer konzultantů do péče o duševní zdraví. Ukazovalo se, že práce peera pomáhá týmům se lépe soustředit na zotavení, citlivěji komunikovat a lépe se soustředit na partnerský přístup při práci s klienty. Klientům se rychleji a efektivněji daří zotavovat hlavně díky tomu, že peer konzultanti jsou živoucí důkaz, že zotavení je možné a díky sdílení příběhů zotavení klienti lépe onemocnění rozumí. Třetí efekt je, že práce peera pomáhá samotným peerům v zotavení, a to hlavně díky práci s příběhem a všemu co k zotavení patří. Dnes je práce peera přirozenou součástí týmu a zotavení se tak profesionalizuje.

LÉČBA OSOB S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM V CDZ

Jan Beneš¹,

¹ Centrum duševního zdraví Mladá Boleslav, Fokus Mladá Boleslav z.s.

Vznik Center duševního zdraví (CDZ) je možné chápat jako vlajkovou loď probíhající Reformy péče o duševní zdraví. Významem se CDZ zařadila vedle základních pilířů psychiatrické péče, jako jsou psychiatrické nemocnice (PN) či psychiatrické ambulance (PA) a jejich význam by měl růst s postupující transformací lůžkové péče. Z mnoha důvodů (krátká doba na scéně, regionální odlišnosti, rozdílné personální zajištění jednotlivých CDZ, zdravotně-sociální prostředí,...) však může být obtížné si představit, jak léčba v CDZ vlastně probíhá. A můžeme vůbec mluvit o léčbě, když se jedná o zdravotně-sociální službu v nejužším možném slova smyslu? A v situaci, kdy základním filozofickým východiskem práce v CDZ je koncepce zotavení (recovery), která se do jisté míry vůči pojmu klinického neboli symptomatického zotavení vymezuje? Možná právě proto existují u laické veřejnosti i v odborných kruzích pochybnosti o efektivitě a smyslu těchto zařízení. Cílem příspěvku je vyobrazení způsobu práce v CDZ od obecných principů a východisek po ryze praktické postupy. Vysvětlíme si klíčový pojem zotavení a jak CDZ chápe multidisciplinaritu. Nahlédneme do struktury a hierarchie týmu pracovníků. Zdůrazníme expertní roli pacienta a potřebu partnerského a dialogického přístupu k vytvoření důvěry a vztahu s pacientem jako klíčové hodnoty služby. Vše pak doložíme ukázkou používaného jazyka. Krátký čas věnujeme základnímu představení v CDZ používaných modelů CARE, FACT a IPS, které řadíme do tzv. evidence-based practice. V další části příspěvku si přiblížíme praktičtější rovinu práce s pacienty, kde budou patrné individuální rozdíly v přístupu podle charakteru a fáze onemocnění, míry kognitivního deficitu a přítomnosti náhledu. Může jít například o mapování, tvorbu protikrizového plánu, psychoedukaci, psychoterapii, doprovody k lékaři, podporu v užívání medikace, prevenci rozvoje závislosti, nastavení denního režimu, finanční management, výživové poradenství, monitoraci somatického stavu, asertivní kontaktování, práci s nespolupracujícím dekompenzovaným pacientem, práci s rodinou. Zvláštní pozornost budeme věnovat farmakoterapii a zaměříme se především na porovnání dynamiky a možnosti úprav v medikaci mezi CDZ, PN a PA s ohledem na zvyklosti těchto typů zařízení. Zapomenout však nemůžeme ani na potenciál v CDZ v oblasti skupinových aktivit. Bude poskytnut přehled typů organizací, se kterými CDZ nejčastěji spolupracuje a bude vysvětlen přínos takové spolupráce, přičemž o protnutí CDZ s PA, resp. PN, které je pro systém péče zcela zásadní, budou blíže hovořit další přednášející našeho symposia. Na závěr se dotkneme sporných oblastí, které se k CDZ vážou jako ochranná léčení, péče o pacienty vstupující do seniorského věku, či význam CDZ v podpoře mladistvých osob a koncepce early detection (ED) a early intervention (EI).

MOŽNOSTI SPOLUPRÁCE AMBULANTNÍHO PSYCHIATRA S CENTREM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ A DALŠÍMI SLUŽBAMI PŘI PĚČI O ČLOVĚKA S DUŠEVNÍ NEMOCÍ V JEHO KOMUNITĚ

Tereza Szymanská¹,

¹ Psychiatrická ambulance Broumov

Reforma psychiatrické péče přinesla důraz na celostní model péče orientovaný na zotavení a integraci lidí s duševní nemocí do běžného života, na maximum péče poskytované člověku s duševní nemocí v místě jeho bydliště a v jeho komunitě a na multidisciplinární přístup v péči o lidi s duševní nemocí. Ambulantní psychiatr je jedním z prvků komunitní sítě v rámci multidisciplinární spolupráce. Spolupráce ambulantního psychiatra s různými sociálními i zdravotními službami včetně centra duševního zdraví ve spádovém území ambulantního psychiatra zvyšuje kvalitu poskytované péče lidem s duševní nemocí, pomáhá s jejich integrací do běžného života a zároveň může snížit pracovní zatížení ambulantního psychiatra. Multidisciplinární spolupráce přináší řadu výhod, ale i různých úskalí, na které příspěvek chce poukázat. Komunitní síť různých služeb může tvořit pevnou podporu člověka s duševní nemocí a zajistit návaznost potřebné péče v různých stádiích duševní nemoci i v různých etapách života člověka s duševní nemocí. Znalost jednotlivých prvků komunitní sítě v oblasti dané psychiatrické ambulance by se měla stát základní znalostí každého ambulantního psychiatra.

SPOLUPRÁCE AKUTNÍHO ODDĚLENÍ S KOMUNITNÍMI SLUŽBAMI

Zdeněk Bílý¹,

¹ Psychiatrická nemocnice Bohnice

Povaha akutní lůžkové psychiatrické péče prodělala v posledních letech změny, a to zejména ve smyslu vyššího obratu přijímaných pacientů. Současně se stále vyvíjí formát spolupráce lůžkové péče s komunitními službami. Jak se nám na uzavřeném, koedukovaném oddělení akutní péče, kam jsou přijímáni pacienti z celého diagnostického spektra, daří spolupracovat s CDZ a komunitními týmy v posledních letech sdělíme v našem příspěvku, jehož cílem je facilitovat dialog mezi různorodými aktéry v oblasti péče o duševní zdraví.

ZMĚNY V SYSTÉMU POSKYTOVÁNÍ PÉČE PACIENTŮM S NAŘÍZENÝM OCHRANNÝM LÉČENÍM

STRATEGICKE DOKUMENTY, PROJEKT OPZ+, TRANSFORMACE LŮŽEK NÁSLEDNÉ PÉČE V PN

Simona Papežová¹,

¹ Psychiatrická ambulance, Poliklinika Prosek Lovosická 440/40, 190 00 Praha 9, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Ministerstvo zdravotnictví ČR

Abstrakt není k dispozici

KDE A KDY OCHRANNÉ LÉČENÍ OSOB S PROBLEMATIKOU ZÁVISLOSTI DÁVÁ SMYSL ?

Andrea Miklovičová¹,

¹ Psychiatrická léčebna Šternberk, Věznice Heřmanice

V české legislativě je ochranné léčení (OL) stanoveno ve dvou formách - ambulantní a ústavní. To, zda se bude jednat o OL psychiatrické, sexuologické, protialkoholní, protitoxikomanické a nebo OL patologického hráčství, není přesně specifikováno zákonem. Soud si vyžádá znalecký posudek odborníka (z oboru psychiatrie, sexuologie nebo návykových nemocí), který posoudí zdravotní stav pachatele, jeho diagnózu a léčebné potřeby. Při nařízení OL soud přihlíží k tomu, jaký typ léčby nejlépe zabráni opakování trestného činu a sníží nebezpečnost pachatele pro společnost. Odlišnosti výkonu OL pacientů s různými diagnózami jsou samozřejmostí. Jinak probíhá výkon OL pacienta s diagnózou schizofrenie a jinak s diagnózou závislosti na alkoholu. Autorka chce svým příspěvkem předat praktické zkušenosti s výkonem OL závislosti ve všech zařízeních, kde zákon umožňuje tento typ OL vykonávat (psychiatrické nemocnice, psychiatrické léčebny, psychiatrické ambulance a věznice - tedy výkon trestu odnětí svobody). Zamýšlí se nad smysluplností výkonu OL závislosti v jednotlivých zařízeních. Kdo tento typ OL má (by měl) odborně správně indikovat a kdo ho má (může?) odborně správně vykonávat? Koho zakázku výkon OL závislosti sleduje či naplňuje? Komu a do jakého zařízení ho nařizovat a jak ho správně vykonávat, aby tato práce nebyla mrháním peněz ze státního rozpočtu či (nebo) formálním plněním povinnosti? A kde se v tom všem nachází pacient, který by měl být v procesu léčby závislosti plně kompetentním účastníkem procesu své uzdravy? Příspěvek nabízí diskuzi ohledně možných řešení agendy OL osob s problematikou návykových látek.

MODELY LÉČBY VE FOREZNÍ PSYCHIATRII

Marek Páv¹,

¹ Psychiatrická nemocnice Bohnice, Psychiatrická klinika VFN a 1.LF UK

Abstrakt není k dispozici

CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ PRO OCHRANNÉ LÉČENÍ A VODÍTKA LÉČBY PRO NEMOCNÉ S NAŘÍZENÝM OCHRANNÝM LÉČENÍM

Petra Měchýřová¹,

¹ Psychiatrická nemocnice Bohnice

Abstrakt není k dispozici

AMBULANTNÍ OCHRANNÉ LÉČENÍ, VÝZVA PRO PSYCHIATRA VĚNOVAT SE FOREZNÍ PRAXI.

Marta Holanová¹,

¹ Soukromá psychiatrická ambulance, Taussigova 13, 615 00 Brno

Abstrakt není k dispozici

POHYB A MYSL: NOVÉ HORIZONTY V PSYCHIATRII

NEUROKOGNITIVNÍ TRÉNINK S VYUŽITÍM MODERNÍCH TECHNOLOGIÍ: INOVATIVNÍ PŘÍSTUPY K REHABILITACI KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ U PACIENTŮ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Jakub Pětioký²,

¹ Rehabilitační nemocnice Beroun, Beroun

² Rehabilitační nemocnice Beroun, Beroun

Neurokognitivní trénink (NKT) je efektivní přístup ke zlepšení kognitivních funkcí, které bývají narušeny u pacientů s duševními onemocněními, jako je schizofrenie, deprese, bipolární porucha a další. Prostřednictvím cílených tréninků a systematického procvičování klíčových schopností, jako je pracovní paměť, pozornost, rychlost zpracování informací nebo exekutivní funkce, je podporováno každodenní fungování, sociální integrace a celková soběstačnost pacientů. Moderní technologie, jako jsou digitální aplikace, přístroje s rozšířenou realitou, počítačové softwary a adaptivní výukové systémy, přinášejí nové možnosti personalizace a interaktivního zapojení pacientů do tréninku. Tyto nástroje umožňují dynamicky přizpůsobit úroveň obtížnosti podle aktuální výkonnosti, čímž zvyšují motivaci pacientů a efektivitu cvičení a současně i pomáhají k efektivnímu využití terapeutického času. Některé z technologií navíc umožňují simulaci reálných situací, které pacientům pomáhají přenášet získané dovednosti do běžného života. Výhodou využití moderních technologií je i možnost propojení kognitivního tréninku a pohybové terapie, což zajišťuje komplexní rehabilitační přístup. Současné odborné studie se stále častěji zaměřují i na kombinaci transkraniální stimulace mozku stejnosměrným proudem (tDCS) a neurokognitivního tréninku u těchto pacientů. Toto propojení se zatím jeví jako velmi slibná intervence pro ovlivnění jednotlivých kognitivních domén, nicméně je nutné rozšíření další evidence. Klíčovým prvkem pro zefektivnění terapie je interdisciplinární spolupráce celého týmu, zajišťující dostatečnou intenzitu a frekvenci intervence, která odpovídá konkrétním potřebám pacientů.

ŘÍZENÁ A NEŘÍZENÁ POHYBOVÁ AKTIVITA V PSYCHIATRICKÉ LÉČBĚ

Daniel Jurák¹,

¹ Centrum Duševní Rehabilitace, Rehabilitační nemocnice Beroun

Pohybová aktivita je významným nástrojem v rámci terapeutického procesu u pacientů v psychiatrické léčbě. Tento příspěvek se zaměřuje na rozdíly mezi řízenou a neřízenou pohybovou aktivitou a jejich vliv na psychické a fyzické zdraví pacientů. Řízená pohybová aktivita zahrnuje strukturované cvičení pod vedením terapeuta nebo instruktora, které má za cíl zlepšit konkrétní aspekty zdraví, jako je například psychická stabilizace, zlepšení nálady, redukce úzkosti a depresivních symptomů. Naopak neřízená pohybová aktivita, jako je například samostatné cvičení na suchu či ve vodě, podporuje přirozenější interakci s tělem a může vést k pozitivnímu vlivu na sebevědomí a zlepšení vnímání sebe samého. Význam obou přístupů je diskutován v kontextu psychoterapie a rehabilitace, přičemž jsou zohledněny výsledky studií a klinických výzkumů, které ukazují na účinnost těchto aktivit v rámci léčby různých psychiatrických onemocnění. Cílem je poskytnout komplexní pohled na potenciál pohybové aktivity v psychiatrické péči a její roli v multidisciplinární léčbě pacientů s psychickými poruchami.

NEUROSTIMULAČNÍ METODY V NEUROPSYCHIATRICKÉ INDIKACI

David Pánek¹,

¹ Centrum Duševní Rehabilitace, Rehabilitační nemocnice Beroun

Neurostimulační metody patří mezi moderní terapeutické postupy v psychiatrické praxi. Jedná se o širokou skupinu metod, které stimulují vybrané části mozku pomocí magnetických, elektrických, světelných či ultrazvukových stimulů. V prezentaci se zaměříme na dvě nejčastěji používané metody – repetitivní transkraniální magnetickou stimulaci (rTMS) a transkraniální stimulaci nízkou intenzitou stejnosměrného proudu (tDCS). Budeme se zabývat základními mechanismy jejich působení, neuropsychiatrickými indikacemi a terapeutickými protokoly. Současně seznámíme s našimi praktickými zkušenostmi, běžným workflow v naší neurostimulační ambulanci a možnostmi multidisciplinárního přístupu s využitím těchto terapeutických metod.

MOMENTUM V LŮŽKOVÉ PSYCHIATRII

Martin Holly¹,

¹ Centrum Duševní Rehabilitace, Rehabilitační nemocnice Beroun

Lůžková psychiatrie představuje klíčovou část systému péče. V ČR je historicky zatížena investičním dluhem. V poslední dekádě došlo k významnému posunu v stavebně technické základně. Autor představuje pohled na změnu v oblasti léčebných programů, které doplňují konstrukční a dispoziční podmínky. Společně tak dávají významně vyšší kvalitu poskytované péče.

VARIA

SPOLUPRÁCE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE S DĚTSKOU PALIATIVNÍ PÉČÍ

Adam Mrkvička , Lucie Hrdličková ,

¹ Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol

² Tým dětské podpůrné a paliativní péče FN Motol

³ Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol

Úvod Spolupráce mezi dětskou a dorostovou psychiatrií a dětskou paliativní péčí představuje důležitý, ale dosud nedostatečně rozvinutý aspekt multidisciplinární péče o pacienty s paliativními potřebami. Přestože psychiatrická péče je dlouhodobě uznávanou součástí paliativní péče u dospělých pacientů, v oblasti dětské medicíny jde o relativně novou oblast, kde zkušenosti a praxe stále přibývá. Hodnocení psychického stavu je součástí standardů dětské paliativní péče. Tento příspěvek si klade za cíl seznámit odbornou veřejnost s možným významem zapojení psychiatrů do týmů dětské paliativní péče a nastínit konkrétní přínosy této spolupráce. Metodika Předložená zjištění vycházejí z dvouletého působení dětského a dorostového psychiatra jako konzultanta v dětském paliativním týmu. Tato zkušenost zahrnovala širokou škálu činností, od diagnostiky psychických obtíží u dětí s paliativními potřebami až po podporu rodičů, kteří se vyrovnávají s náročnými životními situacemi. Profese psychiatra byla do týmu přizvána na základě zahraničních zkušeností a při snaze zavést mezinárodní standardy do praxe. Specifika této spolupráce jsou prezentována na kazuistikách. Role psychiatra v týmu je dále podpořena znalostmi vývojových aspektů dětí v různém věku, prací s rodinnou dynamikou a konzultací s dalšími specialisty se snahou integrace psychiatrické péče do léčebného plánu pacienta, což jsou dovednosti a znalosti běžně užívané v práci dětského a dorostového psychiatra. Výsledky Psychiatrická odbornost v rámci dětské paliativní péče se ukázala být přínosnou ve více rovinách. Na úrovni pacientů byla největším benefitem možnost cíleně řešit projevy psychických obtíží, jako jsou úzkosti, deprese nebo adaptační problémy spojené s terminálním onemocněním. Mnohdy u pacientů také docházelo k psychiatrickým nežádoucím účinkům léčby kortikosteroidy či imunomodulační terapií, které mohou mít závažný charakter - deliria, agresivita. Zkušenosti ukazují, že vhodně nastavená farmakoterapie v kombinaci s terapeutickou podporou může výrazně zvýšit kvalitu života těchto pacientů. Léčba psychiatrických obtíží také často vedla ke zmírnění somatických příznaků, které psychický stav přímo ovlivňuje - dušnost, bolest. Rodiče dětí s paliativními potřebami často čelí extrémní psychické zátěži. Konzultace s psychiatrem jim pomáhaly lépe zvládat emoční vypětí, poskytovaly prostor pro ventilaci jejich obav a umožňovaly jim lépe podporovat své děti. Psychiatr rovněž pomáhal ostatním členům týmu lépe porozumět psychologickým aspektům péče o dítě a rodinu, což vedlo k lepší koordinaci a individualizaci poskytované péče. Jedním z největších přínosů byl rozvoj multidisciplinární spolupráce. Psychiatrická péče se stala organickou součástí poskytované péče týmu, což umožnilo komplexnější přístup ke každému případu. Přítomnost psychiatra přinesla nové perspektivy a často odhalila příznaky, které by jinak mohly zůstat neřešené. Závěr Zapojení dětského psychiatra do dětské paliativní péče přináší významné benefity jak pro samotné pacienty, tak pro jejich rodiny i pro ostatní členy multidisciplinárního týmu. Psychiatr může nabídnout odbornou diagnostiku a efektivní farmakoterapii, ale také lidský přístup a porozumění psychickým obtížím, které provázejí těžké životní situace. Ačkoli v oblasti dospělé medicíny je tento model spolupráce poměrně rozšířený, v dětské a dorostové psychiatrii je potřeba dalšího rozvoje a sdílení zkušeností. Limitem je také výrazně omezené množství lékařů v tomto oboru. Tento příspěvek by měl posluchače nejen inspirovat k zamyšlení nad významem psychiatrické péče v paliativním kontextu, ale také je povzbudit k větší spolupráci mezi obory. Psychiatrie tak může sehrát důležitou roli při podpoře kvality života dětí s paliativními potřebami a jejich rodin.

NOVÝ ATYPICKÝ FORMÁT PSYCHOEDUKACE U PSYCHOTICKÝCH PACIENTŮ

Martin Jarolímek¹,

¹ Recovery net s.r.o

Schizofrenie je vážné a komplikované psychiatrické onemocnění, které postihuje více než 1% populace. Poprvé bylo objeveno v padesátých letech minulého století psychiatrem Emilem Kraepelinem a následně terminologicky zachyceno a roztrženo dalším psychiatrem Eugenem Bleuerem. Ačkoliv hlavní příznaky tohoto onemocnění jsou poměrně dobře definovány, stále není znám jednoznačný důvod vzniku této nemoci. V minulosti byly prověřovány všechny možné teorie vzniku schizofrenie. Od biologické teorie (genetika, hypoxie plodu), psychologické (schizofenogenní matka, double bind), sociální (vadná je společnost) až po spirituální (démon, exorcismus). Žádná z těchto teorií se jednoznačně nepotvrdila, takže nyní existuje společný konsensus, že vzniká díky biopsychosociálně a spirituálním vlivům. Mezi psychologicko-sociálními vlivy hraje velký význam psychoedukace. Může se jednat o psychoedukaci jedince, užší rodiny, širší rodiny a sociálního prostředí pacienta (např. coworker v chráněném bytě, dispečink záchrané stanice) a veřejnosti. Co se týká psychoedukace základní rodiny, je důležité včasné a adekvátní poskytnutí informací jejichž význam i způsob poskytnutí se bude lišit od fáze konkrétní nemoci. Je srozumitelné, že jinak se budou poskytovat informace o proběhlé první atace psychózy a jinak při chronickém průběhu samotného onemocnění. Také je dobré zvážit místo nebo lokalitu, ve které potřebné informace jsou poskytovány a také kým. Je také důležité zvážit, kdo tyto informace poskytuje, zda psychiatr daného pacienta, či zdravotní psychiatrická sestra pomocí powerpointu. Nejde totiž o pouhé zprostředkování dat obecného charakteru, naopak musí se vycházet vždy z celého rodinného kontextu a aktuální situace. Také je nezbytné si stále uvědomovat, že nevhodně podané informace v nesprávný čas a nevhodného obsahu, mohou i uškodit. Pokud toto onemocnění trvá déle a je bohužel doprovázeno opakovanými atakami, způsobuje dříve nebo později silnou únavu rodinných příslušníků až syndrom vyhoření. My přitom potřebujeme členy rodiny silné, aby břímě nemoci byli schopni stále nést na svých bedrech. Proto autoři této prezentace, kteří jsou členy širšího týmu, vytvořili nový formát psychoedukace, který vychází z prostředí jejich terapeutické komunity. Tato komunita je určena dlouhodobým schizofrenním pacientům zatím pouze o víkendech, avšak v bližší budoucnosti bude probíhat již kontinuálně celý rok. Autoři oslovili rodiče jejich klientů, z nichž většina je pacienti MUDr. Jarolímka a nabídli jim nový tip psychoedukace. Někteří rodinní příslušníci již byli v minulosti nějak edukováni a nejevili zájem o opakování. Náš tip psychoedukace jsme prezentovali především s respektem jejich trpělivosti a únavy. Samotný formát této psychoedukace totiž tvoří dvě části a probíhá v prodlouženém víkendu od čtvrtka do neděle. První část je zaměřena především na jejich relaxaci, odpočinek, vstřícný servis, včetně stravy, ubytování a procedur atd. Jelikož naše terapeutická komunita je blízka lázním Mšené již podvakrát jsme nabídli cca 10 rodinným příslušníkům psychotických pacientů ubytování a stravu v těchto lázních. V příjímací kanceláři zároveň obdrželi nabídku antistresového balneo programu, včetně perličkových koupelí, bahenních masáží, sauny atd. Poté se vždy přemístili do objektu terapeutické komunity a tam jim byly zprostředkovány všechny validní a potřebné informace formou dialogu. Nikoliv tedy strohé přednášky o psychofarmakách, formách sociální pomoci, či psychopatologii, ale byly prezentovány příběhy jednotlivých rodin a při jejich ilustracích se vždy narazilo na daná témata. Celý psychoedukativní program vždy vede psychiatr se socioterapeutem, tedy autoři této prezentace. Zatím tento psychoedukativní program byl použit dvakrát a nadále to bude probíhat vždy na jaře a na podzim každého roku. Ze strany rodinných příslušníků je pozitivně vyhodnocován, zvláště téměř bezbariérový lidský přístup terapeutů během edukace. Mnozí z nich se poprvé ocitli v prostředí terapeutické komunity, kam o víkendech jezdí jejich potomci a hodnotili to pozitivně. Psychoedukace probíhající touto formou umožňuje vycházet z konkrétních situací každé rodiny a reagovat na to. V tomto směru se pouhá psychoedukace mění téměř v rodinnou psychoterapii. Celý psychoedukativní program bude prezentován videonahrávkami výpovědí tří absolventů tohoto programu.

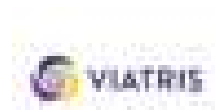
Platinový partner



Stříbrný partner



Bronzový partner



Vystavovatelé



Mediální partner



Děkujeme všem zúčastněným firmám za podporu této akce