



II.
KONGRES
NA TÉMA:

Léčba v psychiatrii

Co se skrývá
pod povrchem, aneb

OSTRAVA!!!

Clarion Congress Hotel Ostrava
10.–13. října 2013

Sborník abstrakt

JEDNOU MĚSÍCNE

injekce s prodlouženým uvolňováním


XEPLION[®]
 paliperidone palmitate

Zajištěnou léčbou k lepší budoucnosti

 Šance na
 spokojený
 život

Dlouhodobě působící injekční antipsychotikum 2. generace pomáhá zvládat schizofrenii...

- Signifikantní snížení rizika relapsu¹
- Časný nástup účinku^{2,3}
- Dobrá snášenlivost¹⁻⁶
- Významné zlepšení funkčních schopností pacienta^{1,2,4,5}
- Pohodlné dávkování⁶

Zkrácená informace o léčivém přípravku XEPLION[®]

Název: XEPLION 25; 50; 75; 100; 150 mg injekční suspenze s prodlouženým uvolňováním. **Účinná látka:** paliperidonum palmitat. **Indikace:** XEPLION je indikován k udržovací léčbě schizofrenie u dospělých pacientů stabilizovaných paliperidone nebo risperidone. U vybraných dospělých pacientů se schizofrenií a předchozí citlivostí na perorální paliperidon nebo risperidon lze použít dlouhodobě působící injekční léčbu přípravkem XEPLION bez předchozí stabilizace perorální léčbou za předpokladu, že psychotické symptomy jsou mírné až středně závažné. **Dávkování a způsob podání:** XEPLION je určen pouze pro nitrosvalovou aplikaci. Přípravek je nutno vstříknout pomalu hluboko do svalu. Doporučená počáteční dávka přípravku XEPLION je 150 mg, která se po týdnu (8. den) sníží na dávku 100 mg a aplikuje se do deltového svalu. Doporučená měsíční udržovací dávka aplikovaná do deltového nebo hýžděového svalu je 75 mg jednou měsíčně. Na základě individuální snášenlivosti a/nebo účinnosti může být u některých pacientů výhodnější použití vyšší či nižší dávku v rámci doporučeného rozmezí 25 až 150 mg jednou měsíčně. Podrobnější informace o převodech z jiných antipsychotik, zmeškaných dávkách atd. viz úplná změni SPČ. Účinnost a bezpečnost pro starší pacienty ve věku překračujícím 65 let nebyly stanoveny. XEPLION nebyl systematicky studován u pacientů s poruchou funkce ledvin. XEPLION se nedoporučuje u pacientů se středně závažnou až závažnou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu < 50 ml/min). Na základě zkušenosti s perorálně podávaným paliperidone není u pacientů s mírnou nebo středně závažnou poruchou funkce jater nutná úprava dávkování. Vzhledem k tomu, že účinky paliperidonu nebyly studovány u pacientů se závažnou poruchou funkce jater, doporučuje se u těchto pacientů zvýšená opatrnost. Bezpečnost a účinnost přípravku XEPLION u dětí ve věku do 18 let nebyla stanovena. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku, risperidon nebo na kteroukoliv pomocnou látku tohoto přípravku. **Zvláštní upozornění:** XEPLION se nesmí používat u pacientů v náhle rozrušeném nebo v těžkém psychotickém stavu. U pacientů s rizikem prodloužení intervalu QT a současně s jinými léčivými přípravky, o kterých je známo, že prodloužují interval QT, je nezbytná zvýšená opatrnost. Jestliže se objeví příznaky tardivní dyskineze, musí se zvážit vysazení všech antipsychotik včetně paliperidonu. U antipsychotik, včetně přípravku XEPLION, byly hlášeny případy leukopenie, neutropenie a agranulocytózy; pacienti s anamnézou klinicky významného nízkého počtu bílých krvinek vyvolané léčivými přípravky je nutno během počátečních měsíců léčby monitorovat u pacientů s klinicky významnou neutropenií je nutno důkladně monitorovat horečku nebo jiné příznaky infekce a pokud se takové příznaky objeví, okamžitě je léčit. * Během léčby paliperidone byly hlášeny hyperglykemie, diabetes mellitus a zhoršení již existujícího diabetu, doporučuje se klinické monitorování podle užívaných pokynů pro léčbu antipsychotiky. * Při užívání přípravku XEPLION bylo hlášeno významné zvyšování tělesné hmotnosti. Tělesnou hmotnost je nutno pravidelně kontrolovat. * U některých pacientů může paliperidon vyvolat ortostatickou hypotenzi vzhledem ke své schopnosti blokovat alfa receptory. XEPLION se musí podávat opatrně u pacientů s křečemi v anamnéze nebo při jiných stavech, kdy je potenciálně snížena křečový práh. Další upozornění vyplývající ze zkušenosti s risperidone a dalšími antipsychotiky viz úplná změni SPČ. **Interakce:** Opatrnost se doporučuje při současném podání s léky, o kterých je známo, že prodloužují QT interval, např. antiarytmika tříd I (např. chinidin, disopyramid) a antiarytmika tříd III (např. amiodaron, sotalol), některá antiestrogenika, některá antipsychotika a některá animalarika (např. melflochin), v kombinaci s jinými centrálně působícími léky, např. anxiolyty, většinou antipsychotik, hypnotiky, opioidy atd., nebo alkoholem. Může antagonyzovat účinky levodopy a jiných dopaminových agonistů. Opatrnost při podávání v kombinaci s přípravky, které snižují křečový práh (např. fenothiaziny nebo butyrophenony, tricyklická antidepressiva nebo SSRI, tramadol, melflochin atd.). Nepředpokládá se, že by paliperidon vyvolával klinicky důležité farmakokinetické interakce s léčivými přípravky, které jsou metabolizovány izoenzymem cytochromu P-450. Zvýšená opatrnost při současném podání s karbamazepinem. Současné podávání risperidonu nebo perorálního podávání paliperidonu s přípravkem XEPLION je třeba zvážit. Úplná informace viz SPČ. **Těhotenství a kojení:** U užívání paliperidonu v průběhu těhotenství nejsou k dispozici dostatečné údaje, proto se nesmí podávat během těhotenství, pokud to není zcela nezbytné. XEPLION se nesmí užívat při kojení. * **Možnost snížení pozornosti při řízení motorových vozidel a obsluze strojů:** Může mít mírný až středně závažný vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje vzhledem k možnému vlivu na nervový systém a zrak. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky léčivého přípravku při klinických hodnoceních byly nespavost, bolest hlavy, úzkost, infekce horních cest dýchacích, reakce v místě vpichu, parkinsonismus, zvýšení tělesné hmotnosti, akatázie, agitovanost, tlumení ospalost, nauzea, zácpa, závrať, muskuloskeletální bolest, tachykardie, třes, bolest břicha, zvracení, průjem, únava a dystonie. Závislost na dávce vykazovala z výše uvedených reakcí akatázie a tlumení ospalost. * Další viz úplná informace o přípravku (SPČ). **Dostupné léčivé formy:** Zpravidla je vázán na lékářský předpis a je hrazen z veřejného zdravotního pojištění. * **Všimněte si prosím změny v textu souhrnu údajů o přípravku. Dříve, než začnete přípravek předepisovat, seznámté se, prosím, s úplnou informací o přípravku (SPČ), která je dostupná na vyžádání. Úplná informace o přípravku je k dispozici u Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese: Janssen-Cilag s.r.o., Karla Engliše 3201/6, 150 00 Praha 5, Tel: +420 227 012 254, fax: +420 227 012 328; www.janssen-cilag.cz. Podrobné informace o tomto přípravku jsou uveřejněny také na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) <http://www.ema.europa.eu>.**

LITERATURA: 1. Hough D et al. *Schiz Res* 2010; 116:107–117. 2. Pandina GJ et al. *J Clin Psychopharmacol* 2010; 30: 235–244. 3. Kramer M et al. *Int J Neuropsychopharmacol* 2010; 13:635–647. 4. Gopal S et al. *J Psychopharmacol* 2010;25(5):685–697. 5. Hoy SM et al. *CNS Drug Rev* 2010; 24(3): 227–244. 6. Souhrn údajů o přípravku Xeplion 06/2012.

Janssen-Cilag s.r.o., Karla Engliše 3201/6, 150 00 Praha 5 – Smíchov, Česká republika
 tel.: +420 227 012 111, fax: +420 227 012 300, www.janssen-cilag.cz

janssen
 PHARMACEUTICAL COMPANIES
 of Johnson & Johnson

PHC/XEP/0413/0002

CO SE SKRÝVÁ POD POVRCHEM, ANEB OSTRAVA!!!

Sborník abstrakt
II. kongresu na téma: Léčba v psychiatrii

2013

OBSAH

OBSAH	4
VĚDECKÝ PROGRAM	9
KAZUISTIKY	11
Novinky v klasifikaci ženských sexuálních dysfunkcí	11
<i>Zlatko Pastor</i>	
Předčasné těhotenství a mateřství jako důsledek rané, mnohočetné, interpersonální (sexuální) traumatizace – léčebné aspekty	11
<i>Jana Schmidtová, Petr Štěpánek, Ivo Čermák</i>	
Léčba sexuálních deviantů analogy gonadoliberinu	12
<i>Mária Borzová</i>	
Diagnostické obtíže u schizofrenie ve věku adolescence	13
<i>Erika Knežová, Kamil Krömer</i>	
Integrace psychotických prožitků pomocí psychoterapeutických postupů	13
<i>Kristýna Drozdová</i>	
Psychoterapeutický přístup k pacientům s psychózou	14
<i>Michal Mikolaj</i>	
Kognitivní rehabilitace u osob s duševním onemocněním ...	14
<i>Antonín Liška, Alena Merendová</i>	
Off label indikace vareniklinu a bupropionu v rámci léčby závislosti na tabáku	15
<i>Lenka Štěpánková</i>	
Rané životní strategie a celostní psychoterapie	16
<i>Jan Kobylka</i>	
Petterapie u seniorů (včetně u syndromu demence)	16
<i>Tamara Tošnerová</i>	
Báseník Vladimír Holan: Symptomatická farmakoterapie insomnie (Medicínsko-literárně-historická kazuistika)	17
<i>Norbert Holub</i>	

Těžká depresivní epizoda komorbidní u těžké erythrodermie: úvaha o etiologii duševní poruchy	17
<i>Martin Hýža, Zuzana Svobodová</i>	
Komplikace při ECT	18
<i>Kamil Krömer, Erika Knežová</i>	
Psychologické vyšetření pacientky s frontotemporálním demencí	18
<i>Zuzana Svobodová, Jiří Michalec</i>	
Praktické zkušenosti použití klinicko-psychologického vyšetření k diagnostice disociativní poruchy	19
<i>Dora Tejklová</i>	
SYMPÓZIA	20
VODÍTKA LÉČEBNÉ PÉČE – ADHD.....	20
<i>garant Ivana Drtílková</i>	
Doporučený postup léčby ADHD u dětí.....	20
<i>Ivana Drtílková, Michal Hrdlička, Ivo Paclt</i>	
Doporučený postup léčby ADHD u dospělých.....	20
<i>Pavel Theiner, Ivo Paclt, Ivana Drtílková</i>	
PSYCHOTERAPIE RODINNÁ.....	21
<i>garant Ludmila Trapková</i>	
Rodinná terapie v psychiatrii; historie a současnost	21
<i>David Skorunka</i>	
Rodinná terapie v týmu psychologické ambulance v Rychnově nad Kněžnou.....	21
<i>Lucie Hornová</i>	
Výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci	22
<i>Ludmila Trapková, Vladislav Chvála</i>	
OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PSYCHIATRII VČERA A DNES.....	22
<i>garant Jiřina Hosáková</i>	
Ošetřovatelství jako samostatný vědní obor	22
<i>Jiřina Hosáková, Jana Kačorová</i>	

PSYCHOANALÝZA A PSYCHODYNAMICKÁ PSYCHOTERAPIE ...	23
<i>garant Jan Poněšický</i>	
Proces změny v psychoanalýze	23
<i>Jiří Kocourek</i>	
Psychoanalytická interakční psychoterapie	23
<i>Jan Poněšický</i>	
PSYCHODYNAMIKA, PSYCHOBIOLOGIE A TERAPIE DEPRESE .	24
<i>garant Jan Poněšický</i>	
Psychodynamika, psychobiologie a terapie deprese – integra- tivní pohled	24
<i>Jan Poněšický</i>	
Terapeutický potenciál vzájemné empatie	25
<i>Jan Poněšický</i>	
PSYCHOTERAPIE EXISTENCIÁLNÍ A LOGOTERAPIE	26
<i>garant Irena Zvánovcová</i>	
Existenciálně – analytický přístup v psychoterapii	26
<i>Dana Krausová</i>	
Východiska existenciálně analytické diagnostiky a terapie ..	26
<i>Martin Wagenknecht</i>	
Strach být sama sebou.....	27
<i>Jakub Hučín</i>	
Cizincem i ve své závislosti (aneb cesta k „ne-závislosti“)	27
<i>Irena Zvánovcová</i>	
Traumaterapie – cesta z ohrožení do bezpečí.....	27
<i>Andrea Sakalová</i>	
Smysl a úskalí nedobrovolné psychoterapie.....	28
<i>David Svoboda</i>	
VODÍTKA LÉČEBNÉ PÉČE – DUŠEVNÍ PORUCHY V DĚTSTVÍ.....	28
<i>garant Ivana Drtílková</i>	
Doporučený postup léčby deprese u dětí a adolescentů	28
<i>Ivana Drtílková, Iva Dudová</i>	
Doporučený postup léčby dětského autismu	29
<i>Michal Hrdlička, Iva Dudová</i>	

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE U PSYCHICKÝCH PORUCH	30
<i>garant Ján Praško a Petr Možný</i>	
Internetová psychoedukace u pacientů s bipolární poruchou (E-PROBAD)	30
<i>Ján Praško, Klára Látalová, Dana Kamarádová, Daniela Jelenová, Barbora Mainerová, Marie Ocisková, Aneta Sandoval</i>	
Meta-kognitivní program pro pacienty trpící schizofrenií....	31
<i>Petr Možný</i>	
Dlouhodobá skupinová schéma terapie u hraničních pacientů ...	32
<i>Aleš Grambal, Ján Praško</i>	
Sebestigmatizace u pacientů s úzkostnými poruchami a její vliv na výsledky psychoterapie	33
<i>Marie Ocisková, Zuzana Sigmundová, Aleš Grambal, Dana Kamarádová, Zuzana Sedláčková, Ján Praško</i>	
Prediktory terapeutické odpovědi pacientů s panickou poruchou, sociální fobií a obsedantně-kompulzivní poruchou	34
<i>Dana Kamarádová, Klára Látalová, Ján Praško, Aleš Grambal, Monika Černá</i>	
VODÍTKA LÉČEBNÉ PÉČE – PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY..	35
<i>garant Hana Papežová</i>	
Komplexní péče o poruchy příjmu potravy – od rané prevence a intervence k hospitalizaci.	35
<i>Hana Papežová</i>	
Psychoterapeutické přístupy v léčbě poruch příjmu potravy...	35
<i>Jana Kocourková</i>	
Specifika poruch příjmu potravy v dětském věku	36
<i>Jiří Koutek</i>	
PSYCHOSOMATIKA	37
<i>garant Vladislav Chvála</i>	
Je psychosomatická medicína věcí psychiatrie?	37
<i>Vladislav Chvála, Ludmila Trapková</i>	

Společná léčba klientů se somatickými a psychickými příznaky v denním stacionáři s otevřeným programem a její specifika ..	38
<i>Iva Švarcová</i>	
Psychosomatická klinika v Praze: sen nebo realita?	38
<i>Jaromír Kabát</i>	
POSTERY	40
Nefarmakologická léčba demencií	40
<i>Terézia Fertaľová, Iveta Ondriová, Eleonóra Klímová</i>	
Cirkus Paciento v psychiatrických léčebnách	40
<i>Martin Fojtíček, Lukáš Houdek, Petr Moravec</i>	
Interpersonální decentrace u pacientů se schizofrenií	41
<i>Kristýna Hosáková, Martin Lečbých</i>	
Posudzovanie a tréning kognitívnych funkcií u seniorov	41
<i>Dagmar Magurová, Iveta Ondriová, Terézia Fertaľová, Andrea Lengyelová</i>	
Pozitivní ovlivnění adherence k medikaci u pacientky po 1. psychotické atace účastí na psychoedukačním programu v denním stacionáři	42
<i>Kristýna Vrbová</i>	
Vztah mezi očekáváním od supervize a kompetencemi u frekventantů výcviku v kognitivně behaviorální terapii	43
<i>Jana Vyskočilová, Ján Praško</i>	

VĚDECKÝ PROGRAM

ČTVRTEK 10. ŘÍJNA 2013

	sál Saphir	sál Gold	sál Silver
18.30–19.30	Slavnostní zahájení kongresu		
19.30–20.30	Plenární přednáška Siegfried Kasper		

PÁTEK 11. ŘÍJNA 2013

	sál Saphir	sál Gold	sál Silver
08.00–09.30	Česko–Polské symposium Garant: Eva Češková Předsedající: Siegfried Kasper	Vodítka léčebné péče: ADHD Garant: Ivana Drtílková	Psychoterapie Gestalt Garant: Juraj Rektor
09.30–09.45	přestávka		
09.45–10.45	Symposium zástupců nemocných Garant: Ondřej Pěč	Panelová diskuse Vodítka léčby vs. indikační omezení a zdravotní pojišťovny	Symposium kazuistiky I.
10.45–11.00	přestávka		
11.00–12.30	Vodítka léčebné péče: demence Garant: Roman Jiráek	Vodítka léčebné péče: poruchy spánku Garant: Karel Šonka	Symposium zdravotníků – nelékařů Garant: Tomáš Petr
12.30–12.45	přestávka		
12.45–14.15	Satelitní symposium Servier	přestávka • výstava • postery	
14.15–14.30	přestávka		
14.30–16.00	Vodítka léčebné péče: schizofrenie a jiné psychotické poruchy Garant: Eva Češková	Vodítka léčebné péče: poruchy nálad, deprese Garant: Jiří Raboch	Psychoterapie rodinná Garant: Ludmila Trapková
16.00–16.15	přestávka		
16.15–17.45	Satelitní symposium Janssen		

SOBOTA 12. ŘÍJNA 2013

	sál Saphir	sál Gold	sál Silver
08.00–09.30	Vodítka léčebné péče: závislost na návykových látkách Garant: Petr Popov	Vodítka léčebné péče: úzkostné a neurotické poruchy Garant: Ján Praško	Ošetrovatelská péče v psychiatrii včera a dnes Garant: Jiřina Hosáková
09.30–09.45	přestávka		
09.45–10.45	Plenární přednáška David Ondráčka		
10.45–11.00	přestávka		
11.00–12.30	Reforma péče o duševně nemocné Garant: Martin Holý	Vodítka léčebné péče: bipolární porucha Garant: Pavel Doubek	Psychoanalýza a psychodynamická psychoterapie Garant: Jan Poněšický
12.30–12.45	přestávka		
12.45–13.45	Satelitní symposium Zentiva	posterová sekce přestávka • výstava	
13.45–14.00	přestávka		
14.00–15.30	Vodítka léčebné péče: životní styl Garant: Jiří Raboch	Komplexní lůžková rehabilitace jako součást systému péče o závažně duševně nemocné Garant: Marek Páv	Psychodynamika, psychobiologie a terapie deprese Garant: Jan Poněšický
15.30–15.45	přestávka		
15.45–17.00	Valná hromada PS		
17.00–17.15	přestávka		
17.15–18.45	Vodítka léčebné péče: biologická léčba v psychiatrii Garant: Martin Anders, Radovan Příkrýl	Psychoterapie existenciální a logoterapie Garant: Irena Zvánovcová	Symposium kazuistiky II.
18.45–19.00	přestávka		
19.00–20.30	Vodítka léčebné péče: duševní poruchy v dětství Garant: Ivana Drtílková	Kognitivně behaviorální terapie u psychických poruch Garant: Ján Praško, Petr Možný	Symposium kazuistiky III.

NEDĚLE 13. ŘÍJNA 2013

	sál Saphir	sál Gold	sál Silver
08.30–10.00	Vodítka léčebné péče: poruchy příjmu potravy Garant: Hana Papežová	Psychoterapie Rogersovská Garant: Jan Holeyšovský	Symposium kazuistiky IV.
10.00–10.15	přestávka		
10.15–11.45	Vodítka léčebné péče: poruchy osobnosti Garant: Ján Praško, Ondřej Pěč	Psychosomatika Garant: Vladislav Chvála	
11.45–12.00	přestávka		
12.00–12.30	Slavnostní zakončení kongresu		

KAZUISTIKY

NOVINKY V KLASIFIKACI ŽENSKÝCH SEXUÁLNÍCH DYSFUNKCÍ

Zlatko Pastor

NZZ GONA s.r.o., Soukromé sexuologické centrum, Národní třída 25, Praha 1, Česká republika

Ve světovém písemnictví existují tři hlavní systémy pro klasifikaci ženských sexuálních dysfunkcí (FSD). Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 z roku 1992 dělí FSD do sedmi kategorií: nízká sexuální touha, sexuální averze, selhání genitální reakce, poruchy orgasmu, vaginismus, dyspareunie a nadměrná sexuální touha. V klinické praxi je nejrozšířenější klasifikace ICSM (3rd International Consultation on Sexual Medicine) konstituovaná v roce 2010, která rozlišuje poruchy vrozené nebo získané, selektivní a generalizované, částečné nebo úplné. V květnu letošního roku vydala Americká psychiatrická společnost (APA) nový Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM-5TM), který vyvolává řadu polemik a diskuzí, neboť se sloučily dříve samostatné kategorie poruch a stanovila se odlišná kritéria jejich definování. Nová klasifikace sdružila kategorie poruch sexuální touhy a vzrušení, které transformovala do společné dysfunkce snížené sexuální touhy a vzrušení (Sexual Interest/Arousal Disorder). Sexuální averze byla z nejnovější klasifikace vyňata, vzhledem k jejímu údajnému ojedinělému výskytu a malému množství studií na toto téma. Algické problémy označuje společným termínem bolesti genito-pánevní oblasti a poruchy penetrace (Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder). Cílem sdělení je porovnat používané mezinárodní systémy a zdůraznit jejich přednosti a limity.

PŘEDČASNÉ TĚHOTENSTVÍ A MATEŘSTVÍ JAKO DŮSLEDEK RANÉ, MNOHOČETNÉ, INTERPERSONÁLNÍ (SEXUÁLNÍ) TRAUMATIZACE – LÉČEBNÉ ASPEKTY

Jana Schmidtová^{1,3}, Petr Štěpánek^{1,2}, Ivo Čermák²

¹DPL Opařany, ²PsÚ AV ČR, v.v.i., ³ADITEA Praha, Česká republika

Raná, opakovaná, dlouhodobá a mnohočetná expozice dítěte interpersonálním (sexuálním) traumatizujícím událostem v jeho senzitivních vývojových obdobích života vede k rozvoji mnoha psychopatologických psychiatrických symptomů: afektivní, fyziologické, behaviorální dysregulaci, disociaci, interpersonálním obtížím a k tzv. symptomové komplexitě. V tomto kontextu často také dochází alteraci psychosexuální vývoje dětí. Adolescentní dívky díky tomu jsou dále ohroženy předčasným zahájením pohlavního života,

promiskuitou, sexuální re-viktimizací, předčasným těhotenstvím a mateřstvím. Děti závažně traumatizovaných adolescentních dívek jsou vystaveny riziku rozvoje disorganizované attachmentové vazby a transgeneračního přenosu traumatu. V příspěvku budeme prezentovat kazuistiku adolescentní dívky – matky, diskutovat obtíže a úskalí v psychoterapii a účinné farmakoterapeutické postupy v rámci psychiatrické lůžkové péče.

*Výzkumný záměr: GAČR, Komplexita jako výraz života jedince,
P407/12/2432*

LÉČBA SEXUÁLNÍCH DEVIANTŮ ANALOGY GONADOLIBERINU

Mária Borzová

Sexuologické oddělení, Psychiatrická léčebna, Havlíčkův Brod, Česká republika

Analoga gonadoliberinu (GnRHa) způsobují reverzibilní snížení testosteronu na kastráční úroveň. Z dostupných léků na snížení testosteronu je volíme hlavně u dětských pacientů při závažné sexuální deviaci z důvodu nízkého výskytu nežádoucích účinků, kromě toho podávání v 3-měsíčních intervalech výrazně zlepšuje compliance. Léčba GnRHa není schválena v indikaci sexuálních deviací, je třeba žádat zdravotní pojišťovnu o výjimku z indikace.

1. kazuistika: 13-letý chlapec, své 2-leté sestře cpal penis do všech otvorů. Se spolužákem osahávali dívku. Výrazné podezření na vývoj sexuální deviace agresivního typu.

2. kazuistika: 13-letý chlapec, 8-letému chlapci sahal na penis, nechal si od něj hladit svůj. V noci pozoroval 12letého chlapce, vrátil se do postele a masturboval. S druhým chlapcem svalili na zem a osahávali dívku. Pro jeho sexualitu jsou relevantní sadomasochistické podněty a to víc osoby mužského pohlaví. Podezření na společenskou nebezpečnost je zde značné.

3. kazuistika: 21-letý muž, opakované nutkání s obsahem sexuální agrese vůči mladým dívkám a ženám. Nebezpečná deviace, tzv. znehybňovač, navíc porucha sebeprosazovacího mechanismu, kdy místo konfrontace použije hrubého násilí.

Ve všech případech byl nasazen analog gonadoliberinu s příznivým účinkem, s vymizením sexuálně deviantního chování a nutkání. Naše zkušenosti s analogy gonadoliberinu při léčbě sexuálních deviantů jsou velmi dobré a jsou v souladu se zkušenostmi v zahraničí.

DIAGNOSTICKÉ OBTÍŽE U SCHIZOFRENIE VE VĚKU ADOLESCENCE

Erika Knežová, Kamil Krömer

Psychiatrické oddělení, Nemocnice s poliklinikou Havířov, Česká republika

Kazuistika popisuje případ 17-ti leté ambiciózní dívky, s výborným prospěchem s prvozáchytem katatonní schizofrenie. Tento případ je zajímavý tím, že k propuknutí onemocnění dochází v Keni, kde rodina odchází na dovolenou. Před odjezdem užívá antimalarikum Lariam (mefloquinium), rovněž souběžně pro laryngitidu podáván clarythromycin. Diagnostický algoritmus byl započat již v cizině a pokračoval po příjezdu do ČR. Zpočátku se velký význam přisuzuje užitému antimalariku, až s latencí zvažována možnost propuknutí psychiatrického onemocnění schizofrenního okruhu.

Klíčová slova: adolescence, schizofrenie, ECT

INTEGRACE PSYCHOTICKÝCH PROŽITKŮ POMOCÍ PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POSTUPŮ

Kristýna Drozdová

Psychiatrická léčebna, Havlíčkův Brod, Česká republika

Psychotické poruchy různé etiologie závažně narušují fungování psychiky jako celku a často vedou k její dezintegraci. Schopnost jedince vyrovnat se s psychotickou zkušeností je zpravidla pouze omezená a vyznačuje se značnou interindividuální variabilitou. Léčba psychotických poruch je komplexní a kromě psychofarmakologických možností v ní mají své místo i psychoterapeutické a edukační postupy. Předkládaný příspěvek shrnuje zkušenosti s integrací psychotické zkušenosti v rámci skupinové psychoterapie u pacientů, trpících schizofrenií a jinými psychotickými poruchami na oddělení, zaměřeném na psychosociální rehabilitaci psychotických a afektivních poruch. Přístup kombinuje prvky metakognitivního přístupu a narativního propojování životních událostí s cílem integrovat psychotickou zkušenost v rámci života jedince, adekvátně k jeho možnostem a schopnostem.

Klíčová slova: psychóza, metakognitivní přístup, narativní syntéza, integrace psychotické zkušenosti

PSYCHOTERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP K PACIENTŮM S PSYCHÓZOU

Michal Mikolaj

Pavilon 6, Psychiatrická nemocnice, Havlíčkův Brod, Česká republika

Cílem prezentace je ukázat možnosti léčebného působení psychoterapie – konkrétně využití přístupu Gestalt terapie, který se velice dobře osvědčuje u terapie psychotických pacientů. Gestalt terapie se například soustředí na kontakt s pacientem, kdy dokáže diagnostikovat poruchy kontaktního mechanismu pacienta a z toho vyplývající další postupy léčby. Dále lze využít fenomenologického přístupu, který je Gestalt terapii vlastní a který je maximálně využit v Preterapii dle Garyho Prouta. Zde se vychází z existenciální fenomenologie a využívá se reflexí "tady a teď". Dále Gestalt terapie pracuje s fenomény Figura vs Pozadí. Specifikou u terapie psychóz je právě fokus na "pozadí", kdy u psychotických stavů dochází k borcení existenciálních jistot. To s sebou přináší odlišné a náročnější kvality pro budování terapeutického vztahu, než například u neurotických pacientů, kdy akceptace, autenticita a empatie jsou jen částmi z celkového přístupu. Psychotický pacient má také specifické potřeby, které je třeba zohledňovat. Na co je ale třeba klást neméně velký důraz jsou potřeby terapeuta, který je v kontaktu s psychotickými pacienty. Rovněž je vhodné využití skupinové formy psychoterapie u psychóz, i když je třeba stále mít na zřeteli specifika, která přináší léčba psychotických pacientů. Závěrem lze říci, že psychoterapie respektive Gestalt terapie nabízí silné terapeutické nástroje u terapie psychotických pacientů – např. fenomenologický přístup, specializaci na kontakt-využití kontaktního cyklu, práce s fenoménem pole atp. Je ovšem důležité, aby tyto nástroje používal zkušený terapeut.

KOGNITIVNÍ REHABILITACE U OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Antonín Liška, Alena Merendová

Sociální rehabilitace, MENS SANA, o. s., Ostrava, Česká republika

Od listopadu 2011 probíhá v MENS SANA o. s. program kognitivní rehabilitace zaměřený na osoby s duševním onemocněním (zejména z okruhu psychóz, poruch osobnosti a afektivních poruch). Tito lidé často mívají v důsledku své nemoci a následné léčby narušené či poškozené poznávací schopnosti, díky čemuž se potýkají s řadou problémů (v oblasti pracovního uplatnění, rodinného života, osobní spokojenosti), které snižují kvalitu jejich života. Specifikům kognitivního deficitu duševně nemocných (např. oproti neurologickým či organickým postižením) je přízpusoben charakter kognitivní rehabilitace v MENS SANA o. s., která je v MSK jediným sociálním subjektem, zajišťujícím a poskytujícím komplexní kognitivní rehabilitaci.

Na koncepci kognitivní rehabilitace a na nastavení tréninku u jednotlivých uživatelů se podílí interní psycholog, sociální pracovník a pedagog. Kromě zavedených individuálních postupů (počítačové programy, řešení písemných úkolů, arteterapie atd.) probíhá kognitivní trénink i ve formě skupinových setkání, kdy jsou zadané úlohy řešeny v páru nebo v celé skupině, a to s důrazem na sociální aspekty tréninku. Dosahované výsledky uživatele jsou kontinuálně zaznamenávány pro průběžné úpravy průběhu tréninku i jako podklad k závěrečnému zhodnocení celého procesu rehabilitace.

Souhrnným výstupem je pak dosažení vyšší životní spokojenosti uživatelů, posílení jejich sebevědomí, snadnější zvládnání jejich každodenních povinností a usnadnění návratu do školy či zaměstnání.

OFF LABEL INDIKACE VARENIKLINU A BUPROPIONU V RÁMCI LÉČBY ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

Lenka Štěpánková

¹Centrum pro závislé na tabáku 3. interní kliniky, kliniky endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN v Praze, Česká republika

²Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK, Praha, Česká republika

Úvod: Pacienti s psychickými obtížemi častěji kouří a v průměru jsou na nikotinu více závislí, nežli obecná populace. Léčba závislosti na tabáku by proto měla být intenzivní a zaměřená na psychickou i fyzickou složku závislosti.

Kazuistika 1: 64-letý pacient, umělec, s anamnézou úzkostné poruchy, kouřil 40–50 cigaret denně. Přestal kouřit na plné substituci náhradní terapií nikotinem. Po roce užívání NTN přichází se záměrem zvládnout i svoji přetrvávající závislost na nikotinu. Podařilo se vysadit všechny formy nikotinu při kombinaci psychosociální intervence a terapie vareniklinem, která trvala 3 měsíce.

Kazuistika 2: 51-letá pacientka s anamnézou depresivní poruchy, t. č. bez léčby. Obávala se zvýšení váhy a rozvoje deprese při odvykání kouření. Kouřila 20 cigaret denně, opakovaně neúspěšně přestávala kouřit. Po intervenci byl nasazen bupropion v kombinaci s nikotinovým inhalátorem + pravidelná psychoterapeutická setkání. Pacientka přestala kouřit bez zhoršení deprese či zvýšení váhy.

Závěr: Při respektování kontraindikací pro vareniklin a bupropion lze oba tyto preparáty bezpečně použít i v dosud „off label“ indikacích.

Diskuze: Pacientů, u kterých jsme úspěšně použili vareniklin pro zvládnutí závislosti na nikotinu ve formě NTN či e-cigaret, stále přibývá. Indikací pro nasazení bupropionu (u preparátů dostupných v ČR) je pouze deprese, má však prokázanou účinnost i pro odvykání kouření.

Podpořeno granty IGA 12170-5 a PRVOUK P25/LF1/2.

ŘANÉ ŽIVOTNÍ STRATEGIE A CELOSTNÍ PSYCHOTERAPIE

Jan Kobylka

Nezávislý psychoterapeut a lektor skálovských výcviků

Autor představí nový způsob skupinové terapie. Jde o velmi intenzivní způsob, každé soustředění trvá dva až tři dny, cíleně se střídá práce jedinců, trojic a celku. Setkání se opakují, každé setkání mívá obvykle tyto etapy: klient po určité mentální přípravě aktivně vzpomíná na průběh svého života – posléze si klíčové životní události, které se vynořily, v tichu zaznamenává do osobních map (viz dále) – pak nad mapami o svém rodu, životě, o svém zdraví, atd. mluví v trojici, má na to 1,5 až 2 hodiny času – pak o sobě a svých mapách mluví ještě jednou před celou skupinou. Z nálezů terapeuti vytváří souhrn a na jeho základě pak s tímto jedincem pracujeme před skupinou. Jde vlastně o kombinaci skupinové a individuální terapie. Hodně užíváme tzv. kompenzační techniky, jejich cílem je dotyčnému poskytnout to, co jako malé dítě od matky nedostal. Zmíněné osobní mapy představují naprosto nové celostní diagnostické prostředky. Vizualizace ohromně pomáhá. Jsou to kromě jiných především tyto mapy: mapa rodu – mapa života – mapa vnitřních osob a životních strategií – mapa těla – mapa závislostí – mapa budoucnosti. Úplnou novinkou jsou vizuální souhrny klíčových nálezů formou vizualizovaných sítí.

Klíčová slova: osvojené rané životní strategie – osobní mapy – souhrny náletů ve formě sítí – práce s jedincem před skupinou – kompenzačně-transformační zážitky

PETTERAPIE U SENIORŮ (VČETNĚ U SYNDROMU DEMENCE)

Tamara Tošnerová

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK, Praha, Česká republika

Vytváření vztahů, jejich prožívání, přítomné emoce, sdílení mezilidských vztahů především pozitivních patří mezi prvořadě hodnoty člověka. Jejich deficit, či ztráta náleží mezi spouštěče duševních chorob. Slogan „Samota je zlá“ je ve veřejnosti dobře znám, především chápán jako nedobrovolná osamělost... Jak lze pomoci člověku v této situaci? Jedné z možností je věnován příspěvek, zaměřený na přínos přímého, bezprostředního kontaktu člověka se zvířetem, na emoční podporu, především zohledněnou v canisterapii, v kontaktu člověka se psem a dále na hipoterapii, využívající pozitivní působení koně. Především je zhodnocen klad kontaktu se zvířetem na tělesné, duševní a sociální zdraví člověka. Obecně řečeno příspěvek se věnuje petterapii, kterou rozumíme léčbu pomocí domácího zvířete, domácího mazlíčka. Je vysvětlen zároveň princip domestikace a zejména podpora a pomoc zvíře-

te v podpůrných úkonech včetně rizik u zdravotně postižených se soustředěním u nemocných na syndrom demence

BÁSNÍK VLADIMÍR HOLAN: SYMPTOMATICKÁ FARMAKOTERAPIE INSOMNIE (MEDICÍNSKO-LITERÁRNĚ-HISTORICKÁ KAZUISTIKA)

Norbert Holub

svobodné povolání, Brno, Česká republika

Vladimír Holan (1905–1980) patří ke klasikům nejen české, ale i světové poezie, k jeho vrcholným dílům patří básnická sbírka *Bolest* a skladba *Noc s Hamletem*.

Holanův život a dílo jsou do dnešní doby opředeny mnohými romantizujícími mýty, které překvapivě rozvíjejí i humanitní vědci. Na druhé straně se především díky preciznímu básníkovu editoru Vladimíru Justlovi můžeme opřít o velice solidní informace.

Básník od počátku padesátých let trpěl depresí, agorafobií a dalšími psychickými poruchami, se kterými se ovšem nikdy lege artis neléčil. Obtížnou situaci řešil svépomocí: inverzí denního rytmu a abúzem alkoholu. Vzhledem k tomu, že v rámci uvedených diagnóz trpěl také insomnií, užíval symptomaticky dlouhodobě hypnotika, která získával nestandardní cestou.

S přihlédnutím k zásadnímu významu Holanova díla a k jeho kultovnímu postavení v české kultuře se domnívám, že i tato interdisciplinární kapitola vyžaduje adekvátní odbornou pozornost.

Literatura (výběrově):

Holub, Norbert: *Zed' strachu*, In *Host 7/2005*.

Justl, Vladimír: *Životopis Vladimíra Holana*, In *Sebrané spisy Vladimíra Holana XI. Bagately*. Praha: Odeon, 1988.

Neumann, Lukáš: *Vladimír Holan – strach, úzkost, nebo velikost obav?*,

In *ACTA UNIVERSITATIS PALACKIANAE OLOMUCENSIS PHACULTAS PHILOSOPHICA 6/2008*.

TĚŽKÁ DEPRESIVNÍ EPIZODA KOMORBIDNÍ U TĚŽKÉ ERYTHRODERMIE: ÚVAHA O ETIOLOGII DUŠEVNÍ PORUCHY

Martin Hýža, Zuzana Svobodová

Oddělení psychiatrické, Fakultní nemocnice Ostrava, Česká republika

Předkládáme kazuistiku pacienta, léčeného pro depresivní syndrom, u něhož se nabízela úvaha, dosud ne zcela vyřešená, o etiologii poruchy. Pacient se závažným kožním onemocněním typu erythrodermie, které ho prakticky invalidizovalo a bylo v časové koincidenci s rozvojem duševního onemocnění.

Deprese dosahovala až psychotické hloubky a psychologické vyšetření našlo v akutní fázi organické rysy a výrazný pokles kognitivních funkcí. Přitom v psychoterapii nacházel jisté dynamické mechanismy a širší situační i osobnostní kontext; depresivní příznaky jsme nacházeli již v minulých letech, navíc s komplikací v podobě závislosti na alkoholu.

Autoři vedou diskusi o etiologii depresivní poruchy v kontextu komplikovaného dermatologického onemocnění a možného organického postižení CNS u susp. vaskulitidy.

KOMPLIKACE PŘI ECT

Kamil Krömer, Erika Knežová

Psychiatrické oddělení, Nemocnice s poliklinikou Havířov, Česká republika

Kasuistické sdělení zachycuje komplikace v léčbě katatonní schizofrenie u 40-ti leté ženy. Jako metoda volby byla zahájena série ECT, ale došlo k trombembolizačním komplikacím s nutností resuscitace, následná trombolýza byla rovněž s akutními i pozdními komplikacemi. Další potíže nastaly zjištěním clostridiové infekce s nutností překlady na infekčním oddělení. Pacientka po několika týdnech katatonního stavu nakonec somaticky stabilizována a podrobena nové sérii ECT (již z vitální indikace) s pozitivním léčebným efektem. Zajímavé na tomto případě je také to, že k úplnému vyléčení musela pacientka vystřídat několik zdravotnických zařízení v Moravskoslezském kraji.

Klíčová slova: schizofrenie, ECT, trombóza, clostridie

PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ PACIENTKY S FRONTOTEMPORÁLNÍM DEMENCÍ

Zuzana Svobodová, Jiří Michalec

Psychiatrické oddělení, Fakultní nemocnice Ostrava, Ostrava, Česká republika

Kazuistika prezentuje zkušenosti s diagnostikou 54-leté pacientky, u které jsme měli možnost provést komplexní klinicko-psychologické posouzení a konstatovali frontotemporální typ demence. V příspěvku se dělíme o výsledky klinického i testového vyšetření, a to jak na základě projektivních testů osobnosti, tak i podrobného neuropsychologického šetření. Popisujeme domény alterovaných psychických funkcí, dle kterých docházíme k zařazení v rámci hlavních 3 forem tohoto typu demence.

PRAKTICKÉ ZKUŠENOSTI POUŽITÍ KLINICKO-PSYCHOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ K DIAGNOSTICE DISOCIATIVNÍ PORUCHY

Dora Tejklová

Psychiatrické oddělení Fakultní nemocnice Ostrava, Česká republika

Kazuistika: Vyšetření pacientky ve věku 38 let bylo iniciováno neurologem. Pacientka připouštěla vertigo potíže, kvadruparestézie, zapomínání, uváděla subjektivní úbytek schopností. Kazuistika nabízí možnost nahlédnout do strategie klinicko-psychologického vyšetření k vyloučení organicity a odhalení způsobu jejího fungování. Na základě úvodního psychodynamického rozhovoru, observace pacientky, po zhodnocení výsledků neuropsychologických testů a Rorschachovy metody, byla pacientce diagnostikována disociativní porucha.

SYMPÓZIA

VODÍTKA LÉČEBNÉ PÉČE – ADHD

garant **Ivana Drtílková**

DOPORUČENÝ POSTUP LÉČBY ADHD U DĚTÍ

Ivana Drtílková¹, Michal Hrdlička², Ivo Paclt³

¹Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Brno, Česká republika

²Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha, Česká republika

³Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha, Česká republika

Vodítka léčby hyperkinetické poruchy (HKP) vycházejí jak ze současné odborné literatury, tak i z publikovaných mezinárodních vodítek (jejich přehled viz Seixas et al., J. Psychopharmacol. 2012;26:753–765), což umožňuje zvažovat jednotlivé vědecké poznatky v kontextu míry jejich akceptace národními i mezinárodními odbornými společnostmi a pracovními skupinami.

Předkládaná česká vodítka jsou rozdělena do dvou oddělených schémat. Schéma 1 se týká Poruchy aktivity a pozornosti, a zahrnuje dva odlišné postupy: první u nekomplikované formy poruchy, druhý u poruchy s komorbiditami a specifickými problémy. U nekomplikované formy HKP doporučujeme v souladu s renomovanými zahraničními vodítky (AACAP 2007, NICE 2008) jako léčbu první volby stimulancia – konkrétně metylfenidát jako jediné stimulantium dostupné v České republice. U HKP s komorbiditami (anxieta, závislost na návykových látkách a tiková porucha) a specifickými problémy (problémy se spánkem a příjmem potravy a při nesouhlasu rodiny s léčbou stimulantii) doporučujeme jako léčbu první volby atomoxetin. Pořadí dalších intervencí přiblížíme podrobněji v prezentaci.

Schéma 2 pojednává léčbu Hyperkinetické poruchy chování a představuje jediný postup. Při neúspěchu metylfenidátu v monoterapii doporučujeme v druhém kroku jeho augmentaci risperidonem nebo jiným atypickým neuroleptikem. Při neúspěchu této strategie pak risperidon nebo jiné atypické antipsychotikum v monoterapii nebo atomoxetin.

DOPORUČENÝ POSTUP LÉČBY ADHD U DOSPĚLÝCH

Pavel Theiner¹, Ivo Paclt², Ivana Drtílková¹

¹Psychiatrická klinika FN a MU Brno, Česká republika

²Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha, Česká republika

ADHD je neurovývojová porucha často perzistující do dospělosti. U dospělých lidí je velmi často přítomna s dalšími psychiatrickými komorbiditami. V léčbě ADHD u dospělých se uplatňují podobné léky jako u dětí. U forem

bez komorbidit je první volbou methylfenidát nebo atomoxetin, ve druhém kroku jejich záměna či kombinace. Oba preparáty mají pro léčbu dospělých dostatek solidních důkazů. V dalších krocích se pak uplatňují jiné adrenergní a dopaminergní látky. U forem s komorbiditou je volba léku obtížnější, je třeba pečlivě zvažovat přínosy a rizika a také časový plán léčby ADHD a komorbidit. Zvláště komplikovanou skupinou jsou pacienti s komorbidní závislostí nebo vážnými psychiatrickými poruchami – schizofrenií a bipolární poruchou. Výhodný je atomoxetin a za určitých podmínek i methylfenidát. Je nutné pravidelně monitorovat efekt léčby a nežádoucí účinky, hlavně na krevní tlak a srdeční frekvenci. Ideální je kombinace s psychotherapeutickými programy, které bývají založeny na KBT. Jejich dostupnost je však u nás omezená.

PSYCHOTERAPIE RODINNÁ

garant Ludmila Trapková

RODINNÁ TERAPIE V PSYCHIATRII; HISTORIE A SOUČASNOST

David Skorunka

Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Hradec Králové, Česká republika; Psychiatrická ambulance, Svatohavelská 266, Rychnov nad Kněžnou, Česká republika

Príspevek je venovaný systemické perspektivě a rodinné terapii v oblasti duševního zdraví a psychiatrické péči. V krátkém historickém exkurzu budou uvedeny počátky vzniku rodinné terapie, základní systemické předpoklady, přehled diferenciacie jednotlivých škol a způsobů práce s rodinou. Poté bude věnována pozornost současnému vývoji v rodinné terapii a systemické praxi, zejména integrativním tendencím, výzkumu a začlenění rodinné terapie do psychiatrického kontextu. V této souvislosti budou zmíněny i některé rozdíly v situaci rodinné terapie u nás a v jiných evropských zemích.

RODINNÁ TERAPIE V TÝMU PSYCHOLOGICKÉ AMBULANCE V RYCHNOVĚ NAD KNĚŽNOU

Lucie Hornová

Psychologická ordinace, Jiráskova 506, Rychnov nad Kněžnou, Česká republika

V příspěvku bude prezentováno praktické využití rodinné terapie v ambulanci klinické psychologie, která sídlí na půdě nemocnice v Rychnově nad Kněžnou. Využíváme teoretického rámce systemické terapie jako společného jazy-

ka pro práci v týmu, ve kterém integrujeme gestalt psychoterapii, skupinovou terapii, arteterapii, rogersovskou terapii a práci s tělem. Zmíníme možnosti a úskalí spolupráce s odděleními nemocnice a s dalšími ambulantními lékaři. Zamysleme se nad prací s diagnózou ve světle systemické rodinné terapie. Výklad budeme ilustrovat na kazuistikách.

VÝCVIK V RODINNÉ TERAPII PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH V LIBERCI

Ludmila Trapková¹, Vladislav Chvála²

¹*Ordinace klinické psychologie, Oveňecká 34, Praha 7 – Letná, Česká republika*

²*Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, Česká republika*

Podáme zprávu o čtyřletém komplexním vzdělávacím programu v rodinné terapii psychosomatických poruch akreditovaném pro zdravotnictví. Ukončili jsme čtvrtý cyklus a v září 2013 otevíráme pátý, kořeny projektu sahají před rok 1989. Integrovali jsme v něm zkušenosti z výcviků ve skupinové psychoterapii a výuku rodinné terapie. Hlavním záměrem je propojovat dominantní proud biologické medicíny ve zdravotnictví s málo uplatňovanými poznatky o významném vlivu psychosociálního kontextu na stonání. Komunita 40 frekventantů je složená z lékařů na straně jedné a humanitně vzdělaných odborníků, především klinických psychologů na straně druhé. Absolventi takto uspořádaného komplexního vzdělání, které obsahuje teorii, nácvik dovedností, práci na osobnostním rozvoji v malých sebezkušenostních skupinách i supervizi, jsou připraveni pracovat v týmech na psychosomatických a dalších pracovištích ve zdravotnictví, případně v ostatních pomáhajících profesích. Významné procento absolventů tvoří psychiatři.

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PSYCHIATRII VČERA A DNES garant Jiřina Hosáková

OŠETŘOVATELSTVÍ JAKO SAMOSTATNÝ VĚDNÍ OBOR

Jiřina Hosáková, Jana Kačorová

Ústav ošetřovatelství, Fakulta veřejných politik, Slezská univerzita v Opavě, Opava, Česká republika

Laické ošetřování nemocných vychází z přirozené potřeby pomáhat druhému a jeho prvky lze dohledat už u předkřesťanských kultur. (Kutnohorská, 2010) Principy moderního ošetřovatelství jako samostatného oboru byly formulo-

vány ale až ve druhé polovině minulého století. Dle Světové zdravotnické organizace představuje tento obor systém charakteristických činností, které jsou zaměřeny na udržení, navrácení a podporu zdraví jednotlivce, rodiny i společnosti, v němž žijí. Tento obor má, stejně jako jiné vědní obory, svou filozofii, metaparadigma, paradigma, metodologii, výzkum, systém pre- a postgraduálního vzdělávání a národní profesní organizaci. Zároveň má svou terminologii a ošetrovatelskou diagnostiku. Vlastní teoretické poznatky oboru jsou v praxi uplatňovány formou ošetrovatelského procesu jako metody vedoucí k identifikování neuspokojených potřeb a vedoucí ke splnění definovaného cíle systematickými ošetrovatelskými činnostmi. Tyto intervence jsou individualizovány pro konkrétní jedince, což vede ke zkvalitnění péče a ke snížení rizika jeho poškození. Z pomocnic lékaře se sestry postupně vyvinuly ve vzdělané, vysoce kvalifikované spolupracovnice, schopné kritického myšlení, bez kterých si moderní zdravotnictví nelze představit.

PSYCHOANALÝZA A PSYCHODYNAMICKÁ PSYCHOTERAPIE

garant Jan Poněšický

PROCES ZMĚNY V PSYCHOANALÝZE

Jiří Kocourek

Institut aplikované psychoanalýzy, Praha, Česká republika

- 1. Co vlastně je psychoanalýza**
- 2. Co se děje v psychoanalytickém procesu**
- 3. O jaké změny vlastně jde**
- 4. Do jaké pozice se dostává analytik a analýza v rámci terapie**
- 5. Jaký efekt se objevuje a jaké zisky má pacient**
- 6. Má psychoanalýza smysl v současné společnosti a medicíně**

PSYCHOANALYTICKÁ INTERAKČNÍ PSYCHOTERAPIE

Jan Poněšický

Pražská vysoká škola psychosociálních studií (PVŠPS), Praha, Česká republika; Psychosomatická klinika MEDIAN, Berggießhübel, Německo

Psychoanalýza je především charakterizována určitým pojetím člověka: Na pozadí našeho biologického citově-motivačního vybavení (ono) a přejímání kulturně-společenských norem (nadjá) má naše já za úkol tvorbu vlastních zkušeností s oběma tendencemi za pomoci jáských funkcí, též vrozených

schopností které se však konstituují, naplňují v závislosti na výchovných vlivech. Interakční interpersonální psychoterapie si klade za úkol jak dovyvojit těchto jáských funkcí jako např. introspekce, vztahovosti a schopnosti empatie, tak i tvorbu důležitých mezilidských zkušeností, jako např. odhad účinku vlastního chování na druhé, tak aby nedocházelo jako doposud, k neustálým nedorozuměním či konfliktům. To je důležité zvláště u strukturálních poruch osobnosti s jáskými deficity např. ohledně koherence osobnosti a černobílého prožívání světa u hraničních poruch či u patologického narcismu. Interakční psychoterapie pracuje na úrovni manifestního chování, což znamená, že jsou kontraindikovány interpretace nevědomých pohnutek což by již tak svou jinakostí nejistého pacienta nejen příliš znejišťovalo ale dokonce i zahanbovalo. Technicky jde o kombinaci mateřského principu: verbalizace včítění – vedoucí k mentalisaci – (pomocné já terapeuta) s možností identifikatorního učení a spíše otcovského principu přímé emoční i kognitivní interakce, kde jde převážně o instrumentální učení zpětnými vazbami. Místo principu interpretace se tudíž jedná o princip selektivně-autentické odpovědi.

PSYCHODYNAMIKA, PSYCHOBIOLOGIE A TERAPIE DEPRESE

garant Jan Poněšický

PSYCHODYNAMIKA, PSYCHOBIOLOGIE A TERAPIE DEPRESE – INTEGRATIVNÍ POHLED

Jan Poněšický

Pražská vysoká škola psychosociálních studií (PVŠPS), Praha, Česká republika; Psychosomatická klinika MEDIAN, Berggießhübel, Německo

Psychogenní (neurotická a reaktivní) deprese je patologickou reakcí na ztrátu. V čem je to patologické? Depresivní pacient nechce ztrátu připustit, nechce se s ní smířit, rozloučit se, čímž nedojde k opravdovému truchlení, které provází jak afekt zlosti, tak i osmutnění.

Často se jedná o hrozbu ztráty, např. opuštění, hrozbu ztráty lásky, harmonie, přízně okolí. Ta je tím větší, čím intenzivnější je přání po harmonických vztazích, či dokonce závislost na nich a čím větší je strach z odmítnutí, dokonce i vyjadřování vlastních názorů. Výsledkem je snaha se zalíbit, se přizpůsobit, podřídit se až k obětování. Toho však okolí využívá a dotyčného si spíše přestane vážit, což vede k neustálým zklamáním a nakonec k sebezatracení, k těžké depresi.

V posledních letech se setkáváme s jinou dynamikou deprese u pacientů orientovaných na výkon v situaci selhání.

Autor navrhuje integrativní model psychodynamického a psychobiologického pohledu na deprese včetně diferencíální aplikace psychoterapie a farmakoterapie.

TERAPEUTICKÝ POTENCIÁL VZÁJEMNÉ EMPATIE

Jan Poněšický

Pražská vysoká škola psychosociálních studií (PVŠPS), Praha, Česká republika; Psychosomatická klinika MEDIAN, Berggießhübel, Německo

Empatie, vzájemnost předchází vzniku vlastní osobnosti, kterou lze charakterizovat jako výslednou organizaci dosavadních interpersonálních zkušeností. Tento interakční proces pokračuje s dalšími lidmi, což modifikuje původní (předchozí) zkušenost, (pakliže je zachována dostatečná míra podobnosti), zvl. pak během psychoterapie (zde musí pacient zažít – opět z neurobiochemického hlediska – pozitivně překvapivý rozdíl v sebeuspokojení coby následek vyřešení inkongruence (Grawe, Hüter)). Tak může přejmout pacient tolerantnější, kritičtější či sebeexplorativní způsob zacházení se sebou. Zde je nutno podotknout, že přejímá naše skutečné postoje a reaguje na ně, vcituje se do toho co je pro něj důležité, „vidí do nás“, takže na něj působí a jej ovlivňuje jen to, co je kongruentní s naším vnitřním přesvědčením a postojem k němu.

Z hlediska psychoterapeuta je třeba se empaticky otevřít jak pro manifestní (obránnou či kompensatorní) interakční „nabídku“ pacienta, tak i pro skrytou, resp. vytěsňovanou vztahovou tendenci. Změna (ve vnímání pacienta) se musí tudíž udát napřed u terapeuta. Další léčebný efekt empatického spojení je zkušenost – tudíž i nová možnost – spolubytí, zvláště důležitá u resignujících depresivních pacientů. Autor se dále zamýšlí nad tím, jak vzájemná empatie vytváří prostor pro společnou konstrukci resp. významovost reality a je zároveň výzvou ke změně na obou stranách. S tím souvisí i koncept testování a koncept vyjednávání během psychoterapeutického rozhovoru.

PSYCHOTERAPIE EXISTENCIÁLNÍ A LOGOTERAPIE

garant Irena Zvánovcová

EXISTENCIÁLNĚ – ANALYTICKÝ PŘÍSTUP V PSYCHOTERAPII

Dana Krausová

Společnost pro logoterapii e existenciální analýzu, Praha 6, Badeniho 1, Česká republika

Každá psychoterapie se odvíjí od obecného pohledu na člověka. V. E. Frankl vstoupil do psychoterapie s pojetím člověka ve třech dimenzích – fyzické, psychické a noetické. Vůči psychofyzické propojenosti staví nezávisle dimenzi noetickou. Vůči kategorii příjemného staví nezávisle kategorii smysluplného (dobrého). Noetická dimenze umožňuje člověku zacházení s realitou světa, zacházení se sebou samým, vést dialog s vnějším i vnitřním světem, umožňuje zaujímat postoj a volit. Díky noetické síle může člověk zacházet i se svým onemocněním, zaujímat dialogický postoj vůči životu navzdory onemocnění. Existenciálně analytická terapie v tomto pohledu pak představuje práci na uvolnění potenciálu noetické síly u pacienta.

VÝCHODISKA EXISTENCIÁLNĚ ANALYTICKÉ DIAGNOSTIKY A TERAPIE

Martin Wagenknecht

Společnost pro logoterapii e existenciální analýzu, Praha 6, Badeniho 1, Česká republika

Existenciálně analytická diagnostika se snaží fenomenologicky uchopit celostní obraz reality existence pacienta pro následný terapeutický postup. Díváme se, co pacient potřebuje, aby měl emocionální volnost ke svobodnému a souhlasnému utváření svého života. Diagnostický proces přihlíží především ke třem oblastem. Všímá si:

- ve kterých rovinách – somatická, psychická, noetická – a jak se utrpení projevuje (koncept dimenzionální ontologie)
- zdrojů a nedostatků v podmínkách nutných pro naplněnou existenci (koncept čtyř základních osobních motivací)
- dynamiky dialogu a sílu osoby zacházet se svým vnitřním a vnějším světem (koncept osobní existenciální analýzy)

STRACH BÝT SAMA SEBOU

Jakub Hučín

Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu, Praha 6, Badeniho 1, Česká republika

Příběh pacientky, která přichází se stavy ranní úzkosti a agorafobickými symptomy. Postupně se ukazuje její nezakotvenost ve vlastním životě – dělá práci, která jí poskytuje jistotu a bezpečí, ale nenaplňuje ji, žije i jako dospělá ve vztahu závislosti na rodičích, ve svém vlastním životě pociťuje prázdnotu. Terapeutická existenciálně analytická práce ji přivedla ke schopnosti vnímat své vlastní potřeby, posílila prožitek sebe a pomohla jí zbavit se úzkostného prožívání a závislosti na rodičích. Naučila ji být v kontaktu s vlastními emocemi a projevovat je. Postupně vedla i k nalezení vlastní životní naplně a prožitku životní spokojenosti.

CIZINCEM I VE SVÉ ZÁVISLOSTI (ANEB CESTA K „NE-ZÁVISLOSTI“)

Irena Zvánovcová

Společnost pro logoterapii e existenciální analýzu, Praha 6, Badeniho 1, Česká republika

Obsahem příspěvku je kasuistika muže, závislého na alkoholu, který dlouhodobě zažíval pocit, že „nikam nepatří“, všude se cítil jako cizinec a cizincem byl také sám pro sebe. Propadal úzkostem, prázdnotě, depresím a útočiště nacházel v alkoholu.

Existenciálně analytický přístup od začátku terapie podporoval pacienta v motivaci k abstinenci, v přijetí závislosti jako danosti a v podpoře změn v jeho životě.

Během existenciálně analytické terapie rozvíjel pacient pozitivní vztah k sobě, ke svému tělu a ke svým potřebám. Cítil větší sílu a odvahu být sám sebou, přijal svoji jinakost. Osvobodil se od své závislosti na vztazích a vydal se na cestu k „ne-závislosti“. V jeho životě se objevila větší životní naplněnost, radost a nové smysluplné životní směřování.

TRAUMATERAPIE – CESTA Z OHROŽENÍ DO BEZPEČÍ

Andrea Sakalová

Společnost pro logoterapii e existenciální analýzu, Praha 6, Badeniho 1, Česká republika

Existenciálně analytická práce s pacientkou s projevy OCD na pozadí psychické traumatizace domácím násilím. Kasuistika bude zaměřena na počá-

teční fázi terapie, tedy stabilizační práci s 1. základní osobní motivací (téma prostoru a bezpečí) a 2. základní osobní motivací (otevírání se nové emocionální zkušenosti).

SMYSL A ÚSKALÍ NEDOBROVOLNÉ PSYCHOTERAPIE

David Svoboda

Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu, Praha 6, Badeniho 1, Česká republika

V rámci soudem nařízeného ochranného léčení, ale i obecně psychiatrické lůžkové péče je psycholog postaven do situace, kdy má pracovat s člověkem, který terapii odmítá. Ve svém příspěvku vycházím ze zkušenosti se soudně nařízenou léčbou závislosti či psychózy, detenční léčbou bipolární poruchy apod. Jaké jsou možnosti a hranice takové léčby? Má vůbec smysl? Co nabízí existenciální analýza?

VODÍTKA LÉČEBNÉ PÉČE – DUŠEVNÍ PORUCHY V DĚTSTVÍ

garant Ivana Drtílková

DOPORUČENÝ POSTUP LÉČBY DEPRESE U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ

Ivana Drtílková, Iva Dudová

*Psychiatrická klinika FN Brno a LF MU v Brně, Brno, Česká republika
Dětská Psychiatrická klinika 2. LF UL a FNM v Praze – Motole, Česká republika*

Základní léčebný přístup je ve všech publikovaných zahraničních vodítkách shodný: v léčbě mírné depreseu dětí a adolescentů není farmakoterapie doporučována jako iniciální léčba. Doporučuje se podpůrná psychoterapie v délce 4–8 sezení až do remise. Rovněž u dětí a adolescentů s mírnou až středně těžkou depresí může být účinná samotná podpůrná psychoterapie nebo KBT.

Pokud léčba není úspěšná do 2–3 měsíců, měl by být použit postup platný pro léčbu středně těžké až těžké deprese, pro kterou je doporučována krátká psychologická terapie a současně nebo následně je možné připojit léčbu fluoxetinem.

Fluoxetin, který byl schválen FDA pro léčbu deprese a mladistvých od 8 let, má být lékem první linie se současně prováděnou psychoterapií. V druhé linii lze individuálně volit escitalopram, který je schválen pro léčbu deprese

u adolescentů od 12 let nebo použít sertralin a citalopram, jejichž účinnost podporují limitované důkazy tří kontrolovaných studií a názory expertů. Venlafaxin, mirtazapin a bupropion jsou doporučovány jako léky třetí linie. Augmentace léčby SSRI atypickým antipsychotikem (risperidon, quetiapin) je vhodná u závažných nebo farmakorezistentních případů. Po remisi (bez přítomnosti symptomů deprese 8 týdnů), pokračujeme v medikaci po dobu 6–12 měsíců. Postupné vysazení medikace probíhá během 6–12 týdnů.

DOPORUČENÝ POSTUP LÉČBY DĚTSKÉHO AUTISMU

Michal Hrdlička, Iva Dudová

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha, Česká republika

Pro základní příznaky poruch autistického spektra (sociální a komunikační deficit) dosud neexistuje účinná a všeobecně akceptovaná farmakoterapie. Současná odborná literatura rozeznává několik příznakových okruhů autismu vhodných pro farmakologickou intervenci: 1/ agresivita, zvýšená dráždivost, sebepoškozování; 2/ stereotypní a repetitivní chování, obsedantní syndrom, rituály; 3/ poruchy spánku; 4/ hyperkinetický syndrom a impulzivita (Rapin, N. Engl. J. Med. 1997;337:97–104; McDougle et al., Clin. Neurosci. Res. 2006;6:179–188).

Na rozdíl od většiny jiných diagnóz nebylo možné při přípravě tohoto postupu systematicky využít zahraničních vodítek. Vodítka AACAP z roku 1999 jsou zastaralá. K dispozici jsou pouze vodítka lékařské akademie v Singapuru (2010) a parciální vodítka renomované organizace Autism Speaks (2012).

Pro farmakoterapii agresivity, zvýšené dráždivosti a sebepoškozování doporučujeme v prvním kroku použít risperidon, v druhém kroku aripiprazol a v třetím kroku olanzapin, ziprasidon nebo valproát. Pro terapii stereotypního a repetitivního chování, obsedantního syndromu a rituálů navrhujeme v prvním kroku antidepresivum SSRI, v druhém kroku záměnu za jiné antidepresivum SSRI a v třetím kroku zvážit terapii clomipraminem. Pro léčbu poruch spánku stanovujeme jako první volbu melatonin, pro určení dalších kroků není dostatek důkazů. Pro farmakoterapii hyperkinetického syndromu a impulzivity doporučujeme v první volbě metylfenidát, v druhé volbě atomoxetin a v třetí volbě risperidon nebo aripiprazol.

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE U PSYCHICKÝCH PORUCH

garant Ján Praško a Petr Možný

INTERNETOVÁ PSYCHOEDUKACE U PACIENTŮ S BIPOLÁRNÍ PORUCHOU (E-PROBAD)

Ján Praško¹, Klára Látalová¹, Dana Kamarádová¹, Daniela Jelenová¹, Barbora Mainierová¹, Marie Ocisková², Aneta Sandoval¹

¹*Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika*

²*Katedra psychologie, Filosofická fakulta University Palackého v Olomouci, Česká republika*

Úvod: Objevuje se stále více důkazů, že pacienti s bipolární afektivní poruchou (BAD), kteří užívají medikaci, mohou mít velký prospěch z dalších psychoterapeutických intervencí. Jedním z možných přístupů je psychoedukace zprostředkovaná přes internet.

Metoda: K prozkoumání současných psychologických a psychoterapeutických přístupů u bipolární poruchy byla zpracována rešerž, která zhodnotila jak jednotlivé psychoterapeutické přístupy a jejich strategie, tak jejich účinnost v kontrolovaných studiích, tak zmapovala základní problémy, které se těchto pacientů dotýkají a mohou být řešeny pomocí psychosociálních přístupů, jako je nespolupráce při užívání léků, vysoká emoční expresivita v rodině, narušení pravidelného rytmu spánku bdění a cirkadiánních rytmtů nepravidelným životním stylem a nedostatkem pravidelných synchronizujících podnětů.

Výsledky: Na základě zjištěných poznatků byl vytvořen psychoedukační program o 12 modulech, který byl administrován 12 pacientům hospitalizovaným na oddělení psychiatrické kliniky nebo docházejícím do denního stacionáře. S pacienty byla diskutována srozumitelnost, přehlednost a užitečnost jednotlivých modulů. Poté byl vytvořen definitivní psychoedukační program pro použití internetovou formou. Výsledný program obsahuje moduly vzestupné obtížnosti, které na sebe logicky navazují. V modulech jsou informace o bipolární poruše, léčbě, medikaci, varovných příznacích, cirkadiánních rytmech, myšlenkových a postojových vzorcích a problémech v komunikaci. Každý modul podává informace, popisuje problémové oblasti, uvádí příběhy pacientů s podobnými problémy a obsahuje cvičení, které ukazují cestu, jak se k problémové oblasti postavit a jak ji řešit. Na škály hodnotící míru psychopatologie a na jednotlivá cvičení dává e-terapeut pacientům zpětnou vazbu. Nabídka absolvovat program byla náhodně rozeslána 40 pacientům z databáze 86 pacientů. Na nabídku reagovalo zájmem 28 pacientů. 2 pacientky program odmítly, protože jim připadal příliš náročný. Pacien-

ti jsou s programem spokojeni a vyplňují jej se zájmem. Nejčastějším tvrzením je, že se dosud nikdy nesetkali s tak systematickým přístupem v psychoedukaci a přesto, že trpí většinou bipolární poruchou už léta, většinou informací, které získávají, dosud netušili. V průběhu programu došlo ke 2 relapsům deprese u pacientů, kteří na počátku programu byli subdepressivní, obě zhoršení však nevyžadovaly hospitalizaci a nálada se v průběhu programu normalizovala. Dalších 6 pacientů, kteří se na počátku cítili mírně depresivně se během programu zlepšilo. Jeden pacient prožil krátkou 4 denní epizodu hypomanie, která rychle odezněla. Celkové zhodnocení programu bude probíhat za půl roku, rok a dva roky. Hlavním kritériem bude počet relapsů a počet rehospitalizací ve sledovaném období ve srovnání s kontrolní skupinou.

Závěry: Internetový psychoedukační program E-PROBAD je určený pro edukaci pacientů s bipolární poruchou. Je vytvořen tak, aby podporoval nádeji pacienta na lepší kontrolu epizod, zlepšoval spolupráci při užívání léků, naučil kontrolovat varovné příznaky, podpořil pravidelný rytmus v každodenních aktivitách, naučil jednoduchým pravidlům komunikace v rodině a práci a upravil maladaptivní a stigmatizující pohled na sebe. První zkušenosti ukazují, že program je pro většinu pacientů přijatelný a funkční. Jeho dlouhodobá účinnost je předmětem probíhajícího výzkumu.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NT 11047-2010/4

META-KOGNITIVNÍ PROGRAM PRO PACIENTY TRPÍCÍ SCHIZOFRENIÍ

Petr Možný

Psychiatrická léčebna v Kroměříži, Česká republika

Metakognitivní trénink pro schizofrenie (MKT) je program skupinové terapie pro psychotické pacienty, který jim má pomoci, aby si dokázali uvědomit chyby v myšlení, kterých se dopouštějí, a aby tyto chyby zmírnili.

Vychází z vědeckých studií, které prokazují, že pro schizofrenii jsou typické určité typy chyb v myšlení, že si pacienti tyto chyby ve svém myšlení neuvědomují a že to ovlivňuje na jejich emoce a jejich chování. Jedná se o ukvapené závěry na základě nedostatečných faktů, sklon přehlížet protirečící fakta, paranoidní atribuční styl, narušenou schopnost empatie a rozpoznávání emocí druhých, zhoršenou schopnost rozpoznat, co si myslí druzí lidé a zhoršenou schopnost rozlišit skutečné a falešné vzpomínky.

MKT se skládá z 8 modulů, sedm je zaměřených vždy na určitý typ zkresleného myšlení, osmý modul se věnuje depresi a metodám jejího zvládnutí.

Každý modul má dvě verze, aby každý pacient mohl absolvovat 16 sezení, aniž by se náplň modulu opakovala. Každý modul má část edukační, část nácvikovou a závěrečné shrnutí a doporučení. Součástí programu je manuál pro terapeuta, listy pro pacienty, kteří mohou mezi sezeními plnit zadané úkoly, a dvě kartičky prvních pomoci.

Studii o účinnosti programu MKT zatím není mnoho, ale ukazují, že je tento program pacienty velmi dobře přijímán a že vede ke zmírnění chyb v myšlení, souvisejících s psychózou.

DLOUHODOBÁ SKUPINOVÁ SCHÉMA TERAPIE U HRANIČNÍCH PACIENTŮ

Aleš Grambal, Ján Praško

Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Osobnostní rysy jedince jsou souhrnem temperamentu a charakteru. Zatímco temperament je z větší části utvářen před narozením, charakter osobnosti se formuje v raném dětství a je reprezentován kognitivními schémata, tj. zjednodušeným a rigidním hodnocením sebe a okolí. Schémata se zpěvňují, udržují a následně potvrzují prostřednictvím opakovaných interakcí jedince s vnějším světem. Naše skupinová psychoterapie byla zaměřena na schémata, programu absolvovalo 7 pacientek s hraniční poruchou osobnosti. Program byl 15-ti měsíční, setkání 1 x týdně v délce 3 hodin, skupina byla uzavřená. Při práci s pacientkami byly využívány techniky kombinující práci s myšlenkami, emocemi a chováním se zaměřením na maladaptivní aspekty schémat s cílem jejich porozumění a modifikace. Při práci ve skupině byla využívána edukace, práce s traumatickými vzpomínkami, práce s terapeutickými dopisy, kognitivní restrukturalizace, práce s dialogem, práce s bludnými kruhy specifických režimů schémat (opuštěné a rozzlobené dítě, odtažitý obránc, trestající rodič a zdravý dospělý), asertivita a řešení problémů. Za důležitou podmínku pro práci s pacienty považujeme princip omezeného rodičovství. Terapeutický vztah je pro práci s pacienty významnější než u jiných poruch a je na něm potřeba trvale pracovat. Terapeuti pro pacienta představují někoho kdo je chápe, komu mohou věřit a pro koho se často snaží něčeho dosáhnout, koho si idealizují. Vzbuzují často také extrémně negativní reakce, zejména když pacient terapeutovo chování interpretuje jako nezájem nebo kritiku. Pro pacienta je důležité, aby terapeut pacienta přijímal i s jeho silnými emočními a verbálními projevy, pomohl mu jim porozumět a hledat podobnosti v jiných vztazích a jejich důsledky. Pro fungování skupiny je významná důvěra a pocit sounáležitosti mezi jejími členy, které jsou vzhledem ke křehkosti pacientů a jejich vzájemných vztahů často narušovány. Úlohou

terapeutů je laskavým způsobem tlumit konfliktní situace a vyvažovat podporu pro jednotlivé členy skupiny, pomoci pochopit podtext konfliktu jako aktivaci negativních schémat. Pacienti s hraniční poruchou jsou temperamentní, rádi prožívají nová dobrodružství, méně dokážou systematicky pracovat, což se v terapii projevilo větším zájmem a plněním úkolů zaměřených na emoce v kontrastu k úkolů kognitivně orientovaným. Terapeuti se musí smířit s potřebou větší energie nutné k motivaci pacientů při práci na sobě, zároveň by měli redukovat svá očekávání ohledně plnění úkolů a systematické práce. Pacienti jsou extrémně citliví a nároční na autentičnost a pravdivost terapeutů, proto při odhalení nepozornosti, nebo chyby terapeuta pacientem se nám pro udržení terapeutického vztahu a důvěry opakovaně osvědčila upřímnost. Práce se skupinou pacientů s hraniční poruchou osobnosti nabízí množství interakcí, které aktivují vlastní schémata terapeutů, proto lze doporučit pravidelnou supervizi.

SEBESTIGMATIZACE U PACIENTŮ S ÚZKOSTNÝMI PORUCHAMI A JEJÍ VLIV NA VÝSLEDKY PSYCHOTERAPIE

Marie Ocisková^{1,2}, Zuzana Sigmundová¹, Aleš Grambal¹, Dana Kamarádová¹, Zuzana Sedláčková², Ján Praško¹

¹Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

²Katedra psychologie, Filosofická fakulta University Palackého v Olomouci, Česká republika

Úvod: Vztah sebestigmatizace a účinnosti léčby je u pacientů s poruchami neurotického spektra málo prozkoumán. Cílem práce bylo zjistit u těchto pacientů míru internalizovaného stigmatu a vztah internalizovaného stigmatu k míře naděje, strategiím zvládnání stresu, osobnostním charakteristikám a míře disociace.

Metoda: Do studie bylo zařazeno 76 pacientů obou pohlaví přijatých na psychoterapeutické oddělení Kliniky psychiatrie FNOL k šestitýdennímu psychoterapeutickému pobytu. Šlo o pacienty, kteří byli k psychoterapii odesláni pro rezistenci na psychofarmakologickou léčbu na ambulanci. Na začátku léčby byly pacientům administrovány sebesposuzovací dotazníky: TCI-R (Dotazník temperamentu a charakteru), ADHS (Dispoziční škála naděje), Cope Inventory, DES (Stupnice disociativní zkušenosti), a ISMI (Internalizované stigma psychické poruchy). Pro hodnocení závažnosti úzkostných příznaků byly na počátku a konci léčby použity posuzovací stupnice: CGI (Celkový klinický dojem), BAI (Beckův úzkostný inventář), BDI (Beckův depresivní inventář), a sebesposuzovací subjCGI (Subjektivní celkový klinický dojem). Pacienti byli léčeni intenzivní každodenní skupinovou psychoterapií (30 skupin) a medikamenty v běžných terapeutických dávkách.

Výsledky: V průběhu psychotherapeutického pobytu se u pacientů signifikantně snížila průměrná míra depresivních příznaků a zlepšil se jejich celkový duševní stav. Celková míra sebestigmatizace přímo úměrně korelovala se skóry vyhýbavých strategií a sklonem k rezignaci při setkání se stresem. Celková míra sebestigmatizace negativně korelovala s cílesměrností a schopností plánovat řešení stresogenní situace. Internalizované stigma statisticky signifikantně pozitivně souviselo s mírou disociativních symptomů, negativně s poklesy hodnocení úzkosti a deprese a celkovým zlepšením posuzovaným subjektivně i objektivně lékařem.

Závěr: Internalizované stigma významně negativně ovlivňuje efektivitu kombinované psychotherapeutické a farmakoterapeutické léčby u pacientů s úzkostnými poruchami, z nichž některým byla zároveň diagnostikována komorbidní depresivní porucha. Identifikovali jsme faktory na straně osobnostních rysů a strategií zvládnání stresu, které přispívají k rozvoji sebestigmatizace.

PREDIKTORY TERAPEUTICKÉ ODPOVĚDI PACIENTŮ S PANICKOU PORUCHOU, SOCIÁLNÍ FOBÍÍ A OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHOU

Dana Kamarádová, Klára Látalová, Ján Praško, Aleš Grambal, Monika Černá

Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Úvod: Navzdory tomu, že se úzkostné poruchy řadí mezi nejčastější duševní nemoci vůbec a jejímu zkoumání je v posledních desetiletích věnována značná pozornost, se doposud nepodařilo jednoznačně odhalit konkrétní prediktory spojené s kvalitní odpovědí na léčbě.

Metodika: V naší léčbě jsme se zaměřili na zkoumání klinických a demografických prediktorů odpovědi na kombinovanou (kognitivně-behaviorální terapii a farmakoterapii) u pacientů s panickou poruchou ($n=62$), sociální fobii ($n=50$) a obsedantně kompulzivní poruchou ($n=32$). Jednalo se o pacienty, kteří byli jako na léčbu rezistentní léčeni na psychotherapeutickém oddělení Kliniky psychiatrie v Olomouci. Zkoumány byly základní klinické (míra závažnosti v základních škálách) a demografické (věk, věk nástupu nemoci, stav, komorbidita, vzdělání) faktory.

Výsledky: V případě panické poruchy byl za léčebný úspěch považován pokles v Beckově inventáři úzkosti (BAI) o 25%. Pomocí krokové regrese byly identifikovány tři statisticky významné prediktory response, a to rodinný stav, přítomnost jiné úzkostné poruchy a rozdíl ve škále BAI mezi prvním a druhým týdnem. V případě sociální fobie byl léčebný úspěch definován jako pokles v Liebowitzova stupnice sociální úzkosti (LSAS) o 25% mezi prvním a

konečným měřením. Změna ve stupnici LSAS pozitivně korelovala pouze s věkem nástupu nemoci. U pacientů s OCD byl za léčebný úspěch považován pokles ve stupnici Y-BOCS alespoň o 35%. U této poruchy koreloval pokles v Y-BOCS s mírou náhledu a absencí komorbidní poruchy osobnosti.

Závěr: V naší práci se podařilo odhalit několik statisticky významných faktorů spojených s odpovědí na kombinovanou KBT a farmakoterapii. Pro stanovení jednoznačnějších závěrů se však jedná jen o malé vzorky pacientů. Tato otázka si zaslouhuje další zkoumání.

VODÍTKA LÉČEBNÉ PÉČE – PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

garant Hana Papežová

KOMPLEXNÍ PÉČE O PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY – OD RANÉ PREVENCE A INTERVENCE K HOSPITALIZACI.

Hana Papežová

Centrum pro poruchy příjmu potravy, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha, Česká republika

Nová revize terapeutických vodítek zohledňuje potřebu postupů, které je dovolují dostatečnou individualizaci terapeutických intervencí od raných stádií onemocnění až po intervence u chronicky probíhajících forem onemocnění. Flexibilita odborníků a mezioborová spolupráce na různém stupni psychofarmakologických a psychoterapeutických intervencí je pro průběh onemocnění zásadní.

Podpořeno PRVOUK 26/LF1/4 a 03/LF1/9

PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Jana Kocourková

Dětská psychiatrická klinika FN Motol, Praha, Česká republika

Cílem sdělení je popsat psychoterapeutické postupy v léčbě poruch příjmu potravy. Základním přístupem, předcházejícím systematické psychoterapii, je psychoedukace pacientů a jejich rodin. Důležitou formou psychoterapeutického ovlivnění je motivační terapie, napomáhající vytvoření potřebné motivace pacienta pro psychoterapii.

Ze systematických psychoterapeutických přístupů se nejčastěji používá kognitivně behaviorální terapie, která je zaměřena zejména na změnu jídelního

chování a změnu patologických kognitivních strategií. Dalším přístupem je interpersonální psychoterapie, která je zaměřena na vztahové problémy pacienta. U mladších pacientů je doporučovaná rodinná terapie, novým přístupem v tomto směru je vícerodinná terapie. U pacientů, u kterých selhávají krátkodobější psychotherapeutické intervence je indikovaná psychodynamická a psychoanalytická psychoterapie.

Současnými psychotherapeutickými modifikacemi v oblasti PPP jsou mentalizační postupy a kognitivní remediace.

Přístup založený na mentalizaci vychází z přesvědčení, že oslabení mentalizační funkce u pacientů s poruchou příjmu potravy vede ke ztrátě schopnosti regulovat kognitivně emoční odpovědi a chápat duševní stavy sebe i druhých. V psychotherapii by mělo dojít k zlepšení těchto funkcí, důležitou úlohu hraje vztah s terapeutem. Kognitivní remediace je založena na postupech, které se snaží zlepšit neuropsychologické deficity, má charakter kognitivního tréninku a jejím cílem je změnit u pacientů myšlení a chování.

Tato práce vznikla v rámci programu rozvoje vědních oblastí na Univerzitě Karlově č. P07 Psychosociální aspekty kvality lidského života, dotace MZD ČR a projektu koncepčního rozvoje organizace 00064203 FN Motol.

SPECIFIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V DĚTSKÉM VĚKU

Jiří Koutek

Dětská psychiatrická klinika, FN Motol, Praha, Česká republika

Poruchy příjmu potravy se vyskytují zejména u dívek a mladých žen, k rozvoji symptomatiky dochází již v období dětství a dospívání. Diagnostická kritéria uvedená v MKN platí i pro dětský i dospívající věk. Tato kritéria lze uplatnit s určitými modifikacemi a s ohledem na vývojové hledisko. Pro dětský věk se doporučují zjednodušená kritéria: úmyslný úbytek tělesné hmotnosti, nepřiměřené vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy, chorobné zabývání se hmotností a postavou. V dětství se můžeme setkat s nedosažením očekávaného vzestupu váhy během růstu. Diagnostické kritérium BMI pod 17,5 je nutné pro dětský a dorostový věk upravit. Váhový plán je nutné přizpůsobit biologické zralosti. V dětském věku je důležitější role rodiny, rodinné vztahy se uplatňují jak při rozvoji symptomatiky, tak při jejím udržování. Důležitým rozdílem oproti dospělým je jiná právní situace pacientky, za kterou o léčbě a hospitalizaci rozhodují rodiče. V MKN je uvedena Porucha příjmu potravy v útlém a dětském věku, s odmítáním jídla a mimořádnou vybíravostí. Dalšími poruchami jsou emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu a syndrom vybíravosti v jídlu.

Podpořeno dotací MZ ČR, projektem MZ ČR koncepčního rozvoje organizace 00064203 (FN Motol) a Programem rozvoje vědních oblastí na Univerzitě Karlově č Po7 Psychosociální aspekty kvality lidského života.

PSYCHOSOMATIKA

garant Vladislav Chvála

JE PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA VĚCÍ PSYCHIATRIE?

Vladislav Chvála¹, Ludmila Trapková²

¹Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, Česká republika

²Ordinace klinické psychologie, Ověnecká 34, Praha 7 – Letná, Česká republika

Psychosomatická medicína neboli respekt k Engelovu bio-psycho-sociálnímu modelu nemoci při diagnostice a léčbě, má zvláštní osud. Formálně takový přístup ke každé nemoci deklarován (WHO), ale jak v praktické tak v akademické obci je vysmíván. Pacient, jehož potíže nejsou verifikovatelné v rámci biologicky pojaté medicíny, si brzy vyslouží nálepku „psychouše“. Odborně znějící nálepka Medically Unexplained Symptoms (MUS) může brzy znamenat totéž. Přes všechny snahy vyloučit psychosomatickou medicínu z okruhu slušné medicíny máme takových pacientů v ordinacích až 40%. Pokud si nevíme s jejich léčbou rady, stane se nálepka nadávkou. Bohužel nejde jen o pacienty, kteří somatizují své životní trable bez somatického nálezu. Nejspíš se jedná o celou paletu „poctivě“ stonajících chronických pacientů, kteří se pohybují všemi ordinacemi a plně si zasluhují starobylý název crux medicorum. Jejich léčba vyžaduje znalostí jak z biologické tak psychosociální oblasti, které se tak diametrálně liší ve svých paradigmatech, že je obtížné je sloučit v jedné hlavě, natož v jedné klinické studii. Naděje je spíše v týmové spolupráci. Chceme diskutovat, zda se o psychosomatické pacienty může postarat psychiatrie. V sympoziu ukážeme různé varianty fungujících psychosomatických pracovišť, která existují a fungují v rámci našeho zdravotnictví navzdory nepříznivým podmínkám.

SPOLEČNÁ LÉČBA KLIENTŮ SE SOMATICKÝMI A PSYCHICKÝMI PŘÍZNAKY V DENNÍM STACIONÁŘI S OTEVŘENÝM PROGRAMEM A JEJÍ SPECIFIKA

Iva Švarcová

ISIDA centrum s.r.o., ČSA 1566, 470 01 Česká Lípa, Česká republika

V příspěvku představím vlastní praktické zkušenosti s psychosomatickou léčbou dospělých klientů s psychickými i tělesnými potížemi v rámci denního stacionáře ISIDA v Lékařském domě v České Lípě. Společná přítomnost pacientů vede nejen k vzájemnému obohacení obou skupin v sebeúzdavném procesu, ale i ke snížení pocitu ohrožení z psychiatrické stigmatizace. Vytváří se tím nová možnost, jak skloubit biologickou a psychoterapeutickou léčbu tak, aby pozornost byla věnována biologickému i psychosociálnímu kontextu stonání. Nutným předpokladem úspěšnosti takto koncipované léčby je týmová práce a spolupráce s lékaři z nejrůznějších oborů, založené na vzájemné úctě a respektu. Základ léčebného programu tvoří ambulantní skupiny a program denního stacionáře, které doplňují individuální psychiatrické, psychologické, psychoterapeutické konzultace, rodinná terapie a seberozvojové aktivity. Jedná se o otevřený systém práce, který umožňuje, aby klient mohl v individuálně vhodném čase vstoupit do zmíněných aktivit, propojovat je a také ukončovat terapii. Pro zajímavost uvedu několik krátkých kazuistik. Léčbu v Isidě vnímám jako ozdravně – preventivní program s vlivem na pacienta i jeho okolí.

PSYCHOSOMATICKÁ KLINIKA V PRAZE: SEN NEBO REALITA?

Jaromír Kabát

Psychosomatická klinika Praha, Česká republika

V příspěvku přiblížíme současnou realitu Psychosomatické kliniky v Praze, spektrum její činnosti stručně i desetiletou cestu jejího vývoje, další cíle a plány. Zamysleme se nad možnostmi a současnými limity interdisciplinární spolupráce v ambulantním sektoru – založené na bio-psycho-sociálním modelu nemoci – a přineseme některé naše zkušenosti z této oblasti. Vybudování vnitřního multioborového týmu, jeho sladění a funkční spolupráce, je nezbytnou podmínkou péče o psychosomatické pacienty, je to ale úkol nesnadný, jak jsme se sami přesvědčili.

Pozornost bude dále věnována organizaci péče, plánování a sledování průběhu multimodální terapie. Pacienti vyhledávají ošetření na Psychosomatické klinice nečastěji sami, méně často na doporučení somatických lékařů, v takovém případě pak obvykle pro biomedicínsky nevysvětlitelné potíže nebo tělesná onemocnění vznikající či probíhající v souvislosti s nápadnými psychosociálními faktory. Zájem o terapii tak dlouhodobě překračuje kapacitu

pracoviště. V příspěvku podrobněji seznámíme s některými statistickými údaji a jejich vývojem v posledních letech.

Klinika je zapojena do pregraduálního a postgraduálního vzdělávání a v této oblasti má ambici se dále rozvíjet, protože i zájem o psychosomatické vzdělávání roste.

POSTERY

NEFARMAKOLOGICKÁ LIEČBA DEMENCIÍ

Terézia Fertal'ová, Iveta Ondriová, Eleonóra Klímová

Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove, Slovenská republika

Účelom nefarmakologickej liečby demencií je ovplyvniť najmä psychiatrické a behaviorálne príznaky, ktoré sa skôr alebo neskôr vyvinú u každého pacienta s demenciou. Príznaky ako agresivita, apatia a nezáujem, agitovanosť a blúdenie sú najväčšou záťažou pre rodinu či opatrovateľov. *Neliekové intervencie aplikované blízkou osobou môžu byť rovnako účinné v ovplyvnení týchto symptómov ako lieková terapia.* Najdôležitejšia je sústavná aktivizácia a stimulácia pacienta a zároveň konfrontácia pacienta s okolitou realitou. Rehabilitačné programy pre týchto pacientov sú zamerané na kognitívne a fatické funkcie s dôrazom kladeným na pamäť a reedukáciu základných aktivít bežného života. Psychoterapia má význam vo včasných štádiách, kedy je možné spomaliť progresiu pamäťovej poruchy rôznymi technikami na precvičovanie pamäti, vrátane špecializovaných počítačových programov. Nefarmakologický manažment zahŕňa tiež individualizované aktivity, skupinové terapie, reflektívnu podporu, orientáciu realitou, kognitívny tréning, úpravu prostredia, v ktorom jedinec žije, úpravu životosprávy, kinezioterapiu a tanečnú terapiu, arteterapiu a podobne. Jednotlivé nefarmakologické prístupy môžu riešiť jeden či viac problémových oblastí, týkajúcich sa rozvinutého ochorenia. Neliekové intervencie aplikované blízkou osobou môžu byť rovnako účinné v ovplyvňovaní symptómov, ktoré postihujú pacienta s demenciou, ako lieková terapia.

CIRKUS PACIENTO V PSYCHIATRICKÝCH LÉČEBNÁCH

Martin Fojtíček¹, Lukáš Houdek², Petr Moravec¹

¹Ledovec, o. s. (www.ledovec.cz), Plzeň, Česká republika

²Zdravotní klaun, o. s. (www.zdravotniklaun.cz), Praha, Česká republika

Cirkus Paciento v psychiatrických léčebnách (www.cirkuspaciento.cz) je spoločný projekt Zdravotního klauna a Ledovce, ktorý od roku 2009 nabízí psychiatrickým léčebnám niekoľkadenný aktivizačný a motivačný program, v jehož rámci vznikne spoločné cirkusové predstavenie pacientů a personálu. Projekt za päť let své existence navštívil většinu českých léčeben a zapojil stovky pacientů (a desítky pracovníků).

Posterová prezentace seznamuje s hlavními principy práce patientského cirkusu a přináší některé kazuistiky, reflexe a zpětné vazby z jednotlivých

cirkusových štací. Příspěvek chce ukázat, že cirkusový projekt je nejen aktivitou volnočasovou, ale také (a primárně) aktivitou terapeutickou. Součástí prezentace bude i obrazová dokumentace.

INTERPERSONÁLNÍ DECENTRACE U PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ

Kristýna Hosáková, Martin Lečbych

Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého, Olomouc, Česká republika

Cíle Schizofrenie s sebou nese problémy v oblasti sociální kognice. Touto problematikou se zabývá teorie interpersonální decentrace (ID). ID je definována jako schopnost koordinovat doplňující se role v sociálních situacích, rozlišovat jednotlivé charaktery a vztahy mezi nimi, je úzce spojena se schopností podívat se na sociální vztahy z více různých hledisek. Může být měřena Tematickým apercepčním testem (TAT). Cílem výzkumu bylo zjištění míry ID u pacientů se schizofrenií, ověření vztahu míry ID a vybraných proměnných, popis specifik příběhů k tabulím TAT, a srovnání výsledků měření ID u osob se schizofrenií oproti známým zjištěním.

Metodika ID byla měřena TAT u 50 pacientů se schizofrenií (36 mužů) ve věku mezi 19 a 70 lety (modus i medián 33 let).

Výsledky Nebyla zjištěna statisticky signifikantní souvislosti mezi mírou ID a pohlavím, přítomností partnerského vztahu, vzděláním ani závažností onemocnění. Příběhy k tabulím TAT byly velmi krátké a převážně popisné, bez převládajícího pozitivního či negativního emočního ladění. Celkově byla míra ID velmi nízká, což koresponduje s obecnými problémy této populace v oblasti sociální kognice a odpovídá výsledkům dosavadního poznání.

Závěry ID je u pacientů se schizofrenií ve srovnání se známými výsledky velmi nízká. Zdá se, že jde o trvalý osobnostní rys či prodrom onemocnění.

POSUDZOVANIE A TRÉNING KOGNITÍVNYCH FUNKCIÍ U SENIOROV

Dagmar Magurová, Iveta Ondriová, Terézia Fertal'ová, Andrea Lengyelová

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovatel'stva, Prešov, Slovenská republika

Starnutie je proces prebiehajúci v oblasti bio- psycho- sociálnej. Vekom podmienený pokles kognitívnych funkcií (Age-Associated Cognitive Decline – AACD), nie je psychickou poruchou. Zmeny kognitívnych funkcií môžu siahať od zmien súvisiacich s fyziologickým starnutím k miernemu kognitívne-

mu deficitu až po demenciu. Súčasťou komplexného posúdenia seniora sestrou je aj posúdenie kognitívnych funkcií s využitím štandardizovaných, medzinárodných validných meracích nástrojov. Najčastejšie sestry používajú nasledujúce testy: Mini-mental state examination, Folsteinov test, test kreslených hodín (Clock drawing test), Short Portable Mental Status Questionnaire, ADAS – cog (Alzheimer´s disease assesment scale- cognitive. Môžu sa využívať aj ďalšie meracie nástroje napr. Mental status Examination, Mental Staus Questionnaire, Cognitive Capacity Screening Examination, Brief Cognitive Rating Scale, Neurobehavioral Cognitive Status Examination, Global Deterioration Scale, Clock Drawing Test, Mini-cog. Pomôckou pre tréning kognitívnych funkcií je aj využitie pamäťových technik– tzv. mnemotechniky, ktoré umožňujú presun informácií z krátkodobej do dlhodobej pamäti, zlepšujú koncentráciu pozorností, slovnú zásobu, predstavivosť, logické myslenie ako aj myslenie v súvislostiach. Meracie nástroje sú použiteľné pre plánovanie a hodnotenie ošetrovateľskej starostlivosti. Pomáhajú sestram na základe výsledného skóre stanoviť ciele a ošetrovateľské intervencie zamerané na tréning kognitívnych funkcií a sebaobslužných činností, nakoľko funkčná kapacita v oblasti kognitívnych funkcií ovplyvňuje realizáciu aktivít denného života, ako aj schopnosť sebaopateru.

POZITIVNÍ OVlivNĚNÍ ADHERENCE K MEDIKACI U PACIENTKY PO 1. PSYCHOTICKÉ ATACE ÚČASTÍ NA PSYCHOEDUKAČNÍM PROGRAMU V DENNÍM STACIONÁŘI

Kristýna Vrbová

Psychiatrická klinika FN Olomouc, Lékařská fakulta Univerzity Palackého, Olomouc, Česká republika

Autorka uvádí kazuistiku 26-leté ženy, studentky VŠ, která prodělala akutní psychotickou epizodu, jež propukla v souvislosti se zvýšenou zátěží při přípravě na státní zkoušku. Přijata na akutní oddělení Psychiatrické kliniky, vstupně detinována, hospitalizace trvala 5 týdnů. Pacientka se od počátku stavěla odmítavě k antipsychotické medikaci, což souviselo s faktem nepřijetí nemoci. AP medikace v průběhu hospitalizace měněna pro nedostatečnou účinnost a dále výskyt závažných nežádoucích účinků, což opět spíše podpořilo neochotu nemocné k léčbě. Po propuštění docházela 8 týdnů do denního stacionáře pro pacienty se schizofrenním onemocněním, kde bylo více prostoru pro edukaci o nemoci a jejích příznacích, o nutnosti dlouhodobé léčby a možných závažných důsledcích jejího přerušení (riziko relapsu vysoké – pozitivní RA pro psychot. onemoc., plánovaný návrat k VŠ studiu). Nyní 6 měsíců (dosud) pokračuje v ambulantní péči. I přes výhrady léky dosud užívá (urč. NÚ přetrvávají), nicméně psychický stav je stabilní, bez výkyvů. Pokračuje ve VŠ studiu, obhájila diplomovou práci, úspěšně složila 1 státnici, při-

pravuje se ke druhé (poslední) státnici. Našla si přítele. Kvalitní remise trvá. Přistoupila na doporučení užívat antipsychotika po dobu 2 let. Teprve poté, v případě plné remise, budou léky postupně vysazeny.

VZTAH MEZI OČEKÁVÁNÍM OD SUPERVIZE A KOMPETENCEMI U FREKVENTANTŮ VÝCVIKU V KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPII

Jana Vyskočilová¹, Ján Praško²

¹Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova v Praze, Česká republika

²Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Úvod: KBT v posledních 20. letech klade významný důraz při výchově nového terapeuta na supervizi. V poslední době je rovněž kladen stále větší důraz na hodnocení psychoterapeutických kompetencí.

Metoda: Cílem studie bylo zjistit, zda očekávání účastníků KBT výcviku od supervize může souviset s úrovní jejich kompetenci, které byly hodnoceny jejich výcvikovými trenéry. Ke zjištění údajů o postojích a očekávání od supervize byl použit 25 položkový dotazník očekávání od supervize (ABSS), hodnotící očekávání u 5 dimenzí (terapeutický vztah, dovednosti, sebereflexe, terapeutická struktura a proces). Ke zjištění kompetencí frekventantů byli požádáni vedoucí výcviků, aby vyplnili Dotazník kompetencí terapeuta (CTQ).

Výsledky: Do studie bylo zařazeno celkem 50 frekventantů KBT výcviků. Průměrný věk v celém souboru byl $34,76 \pm 7,29$ let. Průměrná délka klinické praxe byla $92,88 \pm 81,28$ měsíců, průměrná délka ve výcviku $3,42 \pm 1,01$ roku. Porovnání subskórů v jednotlivých subškálách dotazníku ABSS přineslo překvapivý nález, že očekávání od supervize u frekventantů KBT výcviku jsou významně vyšší u položek týkajících se vztahu a sebereflexe, než u tradičních KBT položek, týkajících se dovedností, struktury a procesu. Ze subskórů ABSS však většina dimenzí s terapeutickými kompetencemi nekorelovala, pouze dimenze „supervize terapeutických dovedností“ statisticky významně pozitivně korelovala s některými specifickými kompetencemi, jako je dovednost posilovat pacienta, dovednosti sebereflexe a dovednosti vést nácvik sociálních dovedností.

Závěr: Frekventanti výcviku v kognitivně behaviorální terapii očekávají od supervize, že se bude věnovat terapeutickému vztahu a povede ke zvýšení sebereflexe, a to dokonce ve větší míře, než dovednostem a strukturou. Nicméně míra očekávání supervize terapeutických dovedností jako jediná dimenze dotazníků očekávání od supervize souvisí s objektivně hodnocenými kompetencemi frekventantů.

