

Psychiatrie

PRO PRAXI

Suppl. A
2011

www.solen.cz
ISSN 1803-5914
ROČNÍK 12.

Abstrakta

PSYCHIATRIE PRO PRAXI **VIII. konference ambulantních psychiatrů**

1.–2. prosince 2011,
Regionální centrum Olomouc

Psychiatrická klinika FN Olomouc,
Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc, Solen, s.r.o.

SOLE**N**
MEDICAL EDUCATION

POŘADATEL

Psychiatrická klinika FN Olomouc
Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc
SOLEN, s.r.o.

PREZIDENT

prof. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc.

PROGRAMOVÝ VÝBOR

prof. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc.
prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.
MUDr. Luboš Janů, Ph.D.
doc. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.
MUDr. Jiří Konrád
prof. MUDr. Alexanra Žourková, CSc.

ORGANIZÁTOR

SOLEN, s.r.o.

Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

kontaktní osoba:

Ing. Veronika Ješátková
tel.: 582 396 038
mob.: 777 557 415
e-mail: jesatkova@solen.cz

programové zajištění:

Mgr. Iva Daňková
tel.: 582 397 407
mob.: 777 557 411
e-mail: dankova@solen.cz

Olomouc 1.–2. 12. 2011

Regionální centrum Olomouc

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena
12 kredity pro lékaře, 8 kredity pro zdravotní sestry a 6 kredity pro klinické psychology.

Supplementum A Psychiatrie pro praxi

Evidence MK ČR pod číslem E 10015

Citační zkratka: Psychiatr. pro Praxi; 12 (Suppl. A). ISSN 1803-5914

Grafické zpracování a sazba: Jan Sedláček, www.sedlaczech.cz, tel.: +420 724 984 451

Časopis je excerptován do Bibliographia Medica Czechoslovaca EMcare
a je zařazen na Seznam recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR.

ČTVRTEK 1. PROSINCE

9.00 Zahájení

9.05–10.35 NEDĚLEJTE PANIKU ANEB PANICKÁ PORUCHA V PRŮBĚHU ŽIVOTA A JEJÍ LÉČBĚ / Praško J., Látalová K.

- **Proč taková hrůza aneb Etiopatogeneze panické poruchy** – Kamarádová D., Grambal A., Diveky T.
- **Panika a děti** – Jelenová D., Hunková M.
- **Jak se naučit napanikařit aneb Kognitivně behaviorální terapie panické poruchy** – Praško J., Sigmundová Z., Grambal A., Kamarádová D., Diveky T., Látalová K.
- **Jak zklidnit amygdalu aneb Farmakoterapie panické poruchy** – Látalová K., Praško J., Grambal A., Kamarádová D.

10.35–11.00 Přestávka

11.00–12.30 SEXUÁLNÍ PROBLÉMY DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH / gestor Žourková A.

- IP ►
- **Známe sexuologické diagnostiky?** – Žourková A.
 - **Sexuální problematika u osob se závislostí na psychoaktivních látkách** – Hogenbuchová Z.
 - **Poruchy osobnosti a sexualita** – Sejblová P.
 - **Sexuální problémy v dětství a adolescenci** – Theiner P.

12.30–12.50 Symposium GlaxoSmithKline: Otevřeně o depresi a sexu

- **Antidepresiva a sexualita. Jak na to?** – Žourková A.
- **Kazuistiky pacientů** – Látalová K.

12.50–14.00 Polední pauza

14.00–15.15 MOŽNOSTI PSYCHOTERAPEUTICKÉHO OVLIVNĚNÍ DUŠEVNÍCH PORUCH / gestor Hosák L.

- **Možnosti psychodynamického přístupu během akutní psychiatrické hospitalizace** – Šilhán P., Svobodová Z.
- IP ►
- **Rodinné a systemické konstelace v léčbě neurotických poruch** – Mílek P.
 - **Jak být sám sebou** – Kryl M.

15.15–15.35 Symposium Servier

- **Valdoxan: deprese, úzkost, emoce** – Přikryl R.

15.35–16.00 Přestávka

16.00–17.00 GERONTOPSYCHIATRIE / gestor Konrád J.

- **Nové trendy v dg. Alzheimerovy nemoci** – Rektorová I.
 - **Delirium ve vyšším věku** – Rössner P.
- IP ►
- **Deprese a demence, dif. dg. a léčba deprese ve stáří** – Konrád J.

PÁTEK 2. PROSINCE

9.00–10.30 **A NA TO SE NAPIJEM!** / gestor Janů L., Praško J.

- IP ►** • **Já nechápu z čeho to má! Vznik a vývoj nejen alkoholových závislostí** – Janů L.
- **Lež o abstinenci nebo pravda o umírněném pití? Dlouhodobá léčba závislostí** – Racková S., Janů L.
- **Dokud frčím, žiju! Závislosti ve stáří** – Praško J., Mainerová B., Látalová K.

10.30–10.55 Přestávka

10.55–12.25 **ATHÉNA LEPŠÍ ŠEDÉ MYŠKY ANEB HRANIČNÍ PORUCHA V PRŮBĚHU ŽIVOTA A JEJÍ LÉČBA** / gestor Praško J., Janů L.

- IP ►** • **Pojď ode mne dál! Etiopatogeneze hraniční poruchy osobnosti a formulace případu** – Praško J., Grambal A., Látalová K., Diveky T.
- **Kdo k nám vlastně přichází? Komorbidita hraniční poruchy v průběhu života a význam pro léčbu** – Racková S., Janů L.
- **Dát či nedát? Farmakoterapie u hraniční poruchy osobnosti** – Látalová K., Praško J., Grambal A., Kamaradová D.
- **Horská dráha až po přistání! Psychoterapie hraniční poruchy osobnosti** – Grambal A., Praško J., Látalová K., Sigmundová Z.

12.25–13.30 Polední pauza

13.30–14.30 **DUŠEVNÍ PORUCHY V POPORODNÍM OBDOBÍ** / gestor Kašpárek T.

- **Duševní poruchy v poporodním období – přehled** – Kašpárek T.
- **Výskyt depresivních příznaků u psychiatricky neléčených žen v poporodním období** – Izáková L., Baloghová B., Borovská M., Křišťůfková A.
- **Psychotická porucha se vznikem v období první menstruace po laktaci** – Halmo M., Nosálová P.

14.30 Anketa – losování, závěr konference

Pořadatel si vyhrazuje právo na změnu programu.

NEDĚLEJTE PANIKU ANEB PANICKÁ PORUCHA V PRŮBĚHU ŽIVOTA A JEJÍ LÉČBĚ

Gestor: Praško J., Látalová K. – čtvrtek / 1. 12. 2011 / 9.05–10.35

Proč taková hrůza aneb Etiopatogeneze panické poruchy

**MUDr. Dana Kamarádová,
MUDr. et Bc. Aleš Grambal,
Mgr. Tomáš Diveký
Klinika psychiatrie
Fakultní nemocnice Olomouc,
Lékařská fakulta UP Olomouc**

Panická porucha je časté psychické onemocnění, postihující širokou část populace. Jejím charakteristickým projevem jsou záchvaty úzkosti a strachu, které jsou doprovázené četnými tělesnými příznaky. Vzhledem ke komplexnosti příznaků je zřejmé, že na řízení záchvatu se podílí mnoho struktur organismu. Také etiopatogeneze panické poruchy není jednoduchý proces. Jednoznačně se na jejím rozvoji podílejí genetické faktory (pravděpodobnost rozvoje panické poruchy je u příbuzných prvního stupně 3x až 21x vyšší). Z neurobiologického hlediska hraje ústřední roli v rozvoji panické poruchy chybná aktivita amygdaly (u úzkostných poruch je opakovaně popisována její hyperaktivita), také jsou prokázány změny aktivity serotoninergního, noradrenergního a dopaminergního systému. Další možností, kde hledat příčiny rozvoje panické poruchy, je psychologický pohled. Asi nejstarším pohledem na panickou poruchu je Pavlovo interoceptivní podmiňování. Vychází z předpokladu, že lidé, kteří jedenkrát zažili panickou ataku, jsou

již zvýšeně citliví k dalším tělesným projevům úzkosti. Ač tato teorie dostatečně nevysvětlila etiopatogenezi panické poruchy, inspirovala vědce k tvorbě léčebných postupů. Nyní se většina studií věnuje studování tzv. „strachu ze strachu“ a vadnému kognitivnímu zpracování zažívaných událostí. Jednoznačné je, že somatická deregulace sama o sobě nestačí k rozvoji panické poruchy a tedy, že psychologické aspekty hrají v jejím rozvoji významnou roli.

Panika a děti

**MUDr. Daniela Jelenová,
MUDr. Martina Hunková,
prof. MUDr. Ján Praško, CSc.
Pedopsychiatrická ambulance,
Klinika psychiatrie,
Fakultní nemocnice Olomouc**

Panická porucha patří mezi nejčastější úzkostné poruchy s celoživotní prevalencí 1,4–3,5 %, přičemž obvykle se objevuje v mladé dospělosti. Zpětně pak lze dopátrat počátek symptomů již v časnějším věku, až 18 % dospělých pacientů uvádí první panické záchvaty již před 10. rokem věku.

Panická porucha v dětství disponuje ke komorbiditám jiných úzkostných poruch. Obdobně jako v dospělosti mívá mnohaletý chronifikovaný průběh.

Základem komplexní léčby panické poruchy u dětí a adolescentů je psychoedukace, psy-

choterapie, farmakoterapie a režimová opatření. Z farmakoterapeutických možností v posledních letech převládá používání antidepresiv SSRI, ev. přechodné překrytí benzodiazepiny do nástupu účinku antidepresivní medikace.

Přednáška bude doplněna aktuálními daty z naší ambulance.

Jak se naučit nepanikařit aneb Kognitivně behaviorální terapie panické poruchy

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.,

MUDr. Zuzana Sigmundová,

MUDr. et Bc. Aleš Grambal,

MUDr. Dana Kamarádová,

Mgr. Tomáš Diveky,

doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

Klinika psychiatrie FN Olomouc

Metodou volby při léčbě panické poruchy je *kognitivně behaviorální terapie*. Začíná edukací pacienta o panické poruše a stresové reakci, pak vysvětlením, jak lze do bludného kruhu panických záchvatů zasáhnout. Po shrnutí toho, co pacient sdělil, ho informujeme, co je to panická porucha, a na jeho příznacích mu vysvětlíme souvislost mezi

příznaky. Po vysvětlení příznaků potřebuje pacient dostat informace, že tato porucha je léčitelná a že je možné ji léčit jak specifickou psychoterapií, tak léky. I když léčba nepůsobí ze dne na den, ale potřebuje řádově několik týdnů, je u většiny lidí velmi úspěšná. Psychoterapie spočívá zejména v náviku dovednosti, jak takový záchvat zastavit a odstranit a jak potom objevit a řešit ty problémy v životě, které vyvolávají stres a mohou se záchvaty souviset. Vzhledem k tomu, že pacienti často nevědí o souvislosti strachu, napětí a tělesných příznaků, je velmi dobré vysvětlit, jak vypadá stresová reakce. Na modelu reakce „boj nebo útěk“ jde zpravidla názorně vysvětlit všechny příznaky, které prožívají. Záchvat paniky lze zastavit pomocí nacvičené kontroly dechu. Pacienta potřebujeme naučit, aby při záchvatu místo hyperventilace naopak dýchal velmi pomalu a s přestávkami. Takové dýchání s ním ale musíme nejdříve opakovaně nacvičovat, než se ho naučí používat sám. Pak jsou tělesné příznaky záchvatu uměle vyvolávány – mluvíme o interoceptivní expozici – a pomocí regulovaného dechu zase odstraňovány. Snad nejpoužívanějším způsobem navození příznaků je hyperventilace. Je výhodná proto, že nejméně polovina pacientů s panickou poruchou běžně v záchvatu hyperven-

Tabulka: Manévry pro interoceptivní expozici.

CVIČENÍ	ČAS	INSTRUKCE
Hyperventilace	2–5 minut	Dýchejte otevřenými ústy hluboce v rychlém tempu, bez přestávky po nádechu a výdechu. Dělejte to hlasitě.
Rotace	1–2 minuty	V rychlém tempu se točte na místě, nejlépe blízko zdi, abyste se mohli opírat v případě ztráty rovnováhy (je možné i na otočné židli).
Dřepy	2–3 minuty	V rychlém tempu dělejte dřepy.
Změna polohy	2–3 minuty	V sedu v křesle nebo na židli si dejte hlavu mezi nohy tak, aby byla pod úroveň srdce. Po uplynutí času se prudce zvedněte a dejte před sebe.

Tabulka: Příklad domácího cvičení na dekatastrofizaci.

ČAS	SITUACE	MYŠLENKY	EMOCE	ROZUMNÁ ODPOVĚĎ
5.6. 17:15	Čekám na Martina, zpozdl se z práce. Buší mi srdce a lapám po dechu.	Mám něco se srdcem! Infarkt! Uduším se!	Úzkost Panika	Srdce mi buší z rozrušení, z čekání na muže, který nepřišel včas. Lapám po dechu, protože jsem zrychleně dýchala.

tiluje a prožívá příznaky, které lze hyperventilací vyvolat. S touto expozicí začínáme ihned poté, co pacient zvládl nácvik kontroly dechu, a pokračujeme v každém sezení až do konce terapie.

Dalšími kroky KBT jsou nácvik relaxace k odstranění anticipační úzkosti. Velmi důležitou součástí je nácvik kognitivní rekonstrukce – pacient se učí najít racionální odpověď na svoje panické úzkostné myšlenky a tím se uklidnit.

Po odstranění panických záchvatů zpravidla pokračuje KBT dalšími kroky, které jsou zaměřeny na *systematickou práci s problémy* v životě, jež panickou poruchu doprovázejí (nejčastěji manželské problémy, vztahové problémy v zaměstnání, závislost na partnerovi či rodičích). Tyto problémy, ale také nové problémy, které rozvoj panické poruchy přinesl (např. závislost na partnerovi, ztráta zaměstnání aj.) mohou souviset s udržováním panických záchvatů. Lékař by měl proto mluvit s pacientem o jeho životní situaci a zjistit všechny důležité momenty, které ke stresu vedou. Lékař zjišťuje způsoby, jak pacient problémy řeší (nebo spíše neřeší). Pak pomáhá pacientovi hledat adaptivní strategie, které by situaci mohly změnit.

Podpořeno grantem IGA MZ ČR NS 10301-3/2009.

Jak zklidnit amygdalu aneb Farmakoterapie panické poruchy

doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.,

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.,

MUDr. et Bc. Aleš Grambal,

MUDr. Dana Kamarádová

Klinika psychiatrie FN a LF UP v Olomouci

V 60. letech byla poprvé zkoušena léčba panické poruchy pomocí tricyklického antidepresiva

– imipraminu a vzápětí inhibitorem monoaminoxydázy – fenelzinem. Obě farmaka byla účinná. Později po velké multicentrické studii byl navržen jako referenční lék klomipramin (Kahn, et al. 1987). První práce ukazovaly na účinnost tricyklických antidepresiv (imipraminu, desipraminu, klomipraminu) a efektivitu inhibitorů monoaminoxidázy (fenelzin, tranlylcypromin, moklobemid). Později u selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI: fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin, sertralin, citalopram, escitalopram) byla prokázána jejich stejná účinnost, ale lepší tolerance než u tricyklických antidepresiv. Proto jsou dnes u panické poruchy považovány za léky 1. volby, podobně jako venlafaxin. Dle metanalýzy 43 studií (Bakker, et al. 2005) nebyl nalezen rozdíl v účinnosti mezi TCA a SSRI, pacienti léčení pomocí TCA však častěji ze studie vypadávali. Z benzodiazepinů byla studována efektivita u alprazolamu, klonazepamu, diazepam a lorazepam. Efekt je u nich krátkodobý, snižují frekvenci panických záchvatů, celkovou úzkostnost i míru vyhubavého chování (Oriente, et al. 1995). Jsou méně účinné na depresivní symptomatologii než antidepresiva, zato mají rychlejší účinek na tělesné příznaky (Cox, et al. 1992). Někteří kognitivně behaviorální terapeuti popsali negativní vliv benzodiazepinů při psychoterapeutickém vedení pacienta (Gray, 1987). Dále u panické poruchy byla zkoušená některá další antidepresiva (mirtazapin, nefazodon, venlafaxin, reboxetin), která mají podobnou účinnost jako SSRI. V malých studiích byly zkoumány i stabilizátory nálady gabapentin a valproát (Pande, et al. 2000; Lum, et al. 1991), jejich efekt však nepředčil účinnost SSRI. Z dalších léků byl zkoumán také buspiron, u kterého nebyl prokázán efekt, a proto se k léčbě panické poruchy nedoporučuje (Sheehan, et al. 1993).

SEXUÁLNÍ PROBLÉMY DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH

Gestor: Žourková A. – čtvrtek / 1. 12. 2011 / 11.00–12.30

Známe sexuologické diagnózy?

prof. MUDr. Alexandra Žourková, CSc.

Psychiatrická klinika FN Brno

Interaktivní přednáška humornou formou prezentuje některé sexuální aktivity či odchylky a dává posluchačům hlasovat o správné odpovědi.

Veršované popisy pocházejí z pera prof. MUDr. Milana Bouchala, CSc., známého psycho-terapeuta, psychiatra a renesančního člověka, který dlouhá léta vedl oddělení klinické psychologie Psychiatrické kliniky LF MU. Touto formou chceme jeho zásluhy připomenout.

Bohužel jde jen o torzo, zbylé se „ztratily“ mezi kolegy sexuology. Pokud někdo zná další, budeme vděční, když nám je postoupí.

Sexuální problematika

u osob se závislostí na psychotropních látkách

MUDr. Zuzana Hogenbuchová

Psychiatrická klinika FN Brno

Mezi sporadickými a pravidelnými uživateli psychotropních látek, ale i v řadách odborné veřejnosti koluje množství mýtů a omylů spojených s pozitivními účinky těchto látek na některou z fází sexuální aktivity. Někteří uživatelé mají užití uvedených substancí přímo spojené s různými sexuálními rituály, nebo je užívají hlavně kvůli svému přesvědčení o jejich blahodárném vlivu na apetenci, potenci, subjektivní prožitky, resp.

celkový sexuální výkon. Jak je to ale ve skutečnosti? Ovlivnění drogami stojí i za značnou částí sexuálních trestních deliktů. Nelze však zjednodušovat a zobecňovat – individuální citlivost, množství a typ užívané drogy, kombinace s jinými okolnostmi (patologie osobnosti, únava, stres atd.) jsou rovněž významnými faktory. Ve svém sdělení přináším přehled, jak mohou známé ilegální látky ovlivňovat sex z hlediska fyziologie lidského těla, jehož správná funkčnost je nezbytným předpokladem uskutečnění sexuálního aktu, a z hlediska emočního prožívání, které je rovněž podmínkou prožití dobrého sexu.

Poruchy osobnosti a sexualita

MUDr. Petra Sejblová

Sexuologické oddělení

Psychiatrická klinika Brno

Přednáška se zabývá nejčastějšími sexuálními poruchami, které se vyskytují u jednotlivých poruch osobnosti. Jedná se nejenom o sexuální dysfunkce, ale i o sexuálně delikventní jednání. Některé poruchy osobnosti, např. poruchy pohlavní identifikace, mohou mít i klinický obraz.

Sexuální problémy v dětství a adolescenci

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.

Psychiatrická klinika FN Brno

Oblast dětské sexuality je v poslední době prezentována převážně z nemedicínské per-

spektivy. Přitom problémy dětí a dospívajících v oblasti sexuality jsou častým tématem, které psychiatr řeší. Koncept „nevinného“ dítěte byl zbořen již v pracích Freuda. Pro jeho teorii vývoje libida (orální, anální a falická fáze) nacházíme některé koreláty v neurofyzilogii a chování dětí. Falická fáze, období 3.–5. roku, je dobou bouřlivého objevování infantilní sexuality a obdobím, kdy rodiče často potřebují radu, zda je chování jejich dítěte „normální“. V tomto období se sexuologie zabývá tématy dětská masturbace, sourozenec-ké a vrstevnické hrátky, nejasnosti v pohlavní

identitě, ale bohužel i tématem zneužívání dětí dospělými. Později, s nadcházející pubertou, se téma sexuality stává ve vývoji ústředním. Zde se setkáváme již s plnou sexuologickou problematikou jako v dospělém věku, ale vše je zatím na počátku, nevyhraněné, nejasné. V období puberty řeší sexuolog nejasnosti v sexuální identitě a orientaci i některé příznaky parafilního chování, později přicházejí i sexuální dysfunkce. Sexuologická péče pro děti u nás není z kapacitních důvodů dostatečná, a proto nejčastěji řeší tyto otázky dětský lékař nebo psychiatr.

Symposium GlaxoSmithKline: Otevřeně o depresi a sexu

Čtvrtek / 1. 12. 2011 / 12.30–12.50

Antidepresiva a sexualita.

Jak na to?

prof. MUDr. Alexandra Žourková, CSc.

Psychiatrická klinika Brno

Zkušenosti z posledních 20 let, kdy byla intenzivněji probírána problematika sexuálních dysfunkcí jako vedlejšího účinku léčby antidepresivy, ukazují, že nejméně polovina psychiatrů o sexualitě svých pacientů nehovoří. Jedním z důvodů je i skutečnost, že komunikace o sexualitě je náročná, a to může bránit v její realizaci.

Sdělení se zabývá typologií pacientů a psychiatrů a konkrétními návody, jak postupovat ve zjišťování změny v sexuálních funkcích u léčených antidepresivy. Nechybí ani základní přehled antidepresiv s neutrálním či kladným vlivem na sexuální funkci.

Kazuistiky pacientů

doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

Klinika psychiatrie FN Olomouc

MOŽNOSTI PSYCHOTERAPEUTICKÉHO OVLIVNĚNÍ DUŠEVNÍCH PORUCH

Gestor: Hosák L. – čtvrtek / 1. 12. 2011 / 14.00–15.15

Možnosti psychodynamického přístupu během akutní psychiatrické hospitalizace

MUDr. Petr Šilhán,

Mgr. Zuzana Svobodová

Oddělení psychiatrické

Fakultní nemocnice Ostrava

Mezi základní východiska psychodynamické psychoterapie patří podle Gabbarda důraz na nevědomé aspekty psychického života, zohlednění dětských zkušeností při formování dospělé reaktivity, uvědomění polyfunkčnosti symptomů, práce s přenosem a odporem pacienta stejně jako využití protipřenosových pocitů terapeuta a rovněž podpora pacientovy autenticity a jedinečnosti. Podobně jako psychodynamická psychoterapie ve svém organizačním rámci rezignuje na některé nosné aspekty psychoanalýzy, z níž je odvozena, je nutné také během akutní hospitalizace opustit některé psychodynamické přístupy běžně uplatňované při dlouhodobé terapii a jiné podmínkám hospitalizace přizpůsobit. Režim akutního psychiatrického oddělení, jak jej reprezentuje psychiatrické oddělení FN Ostrava, staví na principu léčebného společenství. Využívá ve svém přístupu komunitních setkání, psychoterapeutických skupin, individuálních lékařských vizit, individuálních psychoterapií, večerních klubových setkání, nácviku relaxací a dalších aktivit. Hlavními limity ja-

kéhokoliv psychoterapeutického přístupu, nejen psychodynamického, jsou časové omezení práce s pacientem, rozmanitost potíží, s nimiž pacienti nastupují k hospitalizaci, a také proměnlivost terapeutického týmu. Sdělení se zaměřuje na možnosti i limity psychodynamického přístupu (např. reflexe ustálených vzorců chování, obranných mechanismů, vztahu k autoritám apod.), které jsou podkladem pro prvotní konceptualizaci potíží pacienta. Ta bez nároku na úplnost a stálost má za cíl umožnit pacientovi nahlédnout pod povrch intrapsychických i interpersonálních souvislostí jeho potíží, zprostředkovat mu zkušenost terapeutické práce a motivovat jej k dalšímu ambulantnímu propracovávání psychogenních souvislostí.

Rodinné a systemické konstelace v léčbě neurotických poruch

MUDr. Petr Mílek

Psychiatrická klinika

Fakultní nemocnice Hradec Králové

V rámci komplexního programu pro léčbu neurotických poruch pracujeme na oddělení ve skupinové terapii mimo jiné s metodou systemických a rodinných konstelací. Metoda, kterou v 70. letech vyvinul německý terapeut Bert Hellinger, se v 90. letech rozšířila a stala všeobecně uznávanou, a to převážně v oblasti poradenství a podpory vývoje osobního růstu.

Existuje mnoho dokumentovaných prací s pacienty s různým onemocněním, např. rakovina, schizofrenie, závislosti, různá traumata. Ve své práci jsem začal používat techniku rodinných a systemických konstelací na klinice již od r. 2000 v Německu, zpočátku v individuální práci, následně i ve skupinové práci na klinice v Hradci Králové. Práce s jednotlivcem před skupinou, známá z Gestaltterapie, a stavění konstelací pomocí zástupců z řad pacientů se v klinických podmínkách osvědčilo. Otevřená skupina se stále se střídajícími pacienty a poměrně krátká doba pobytu na lůžku nebo v denním stacionáři (průměrně 10 skupinových sezení) se nabízí pro ultrakrátkou terapii rodinných konstelací. Práce s konstelacemi umožní poměrně rychlé prohloubení a objasnění individuální problematiky na úrovni, často mimoverbální, která dává možnost všem účastníkům skupiny individuálně profitovat, obzvláště pokud je zajištěna možnost následně hovořit o zážitku ze skupiny v individuálním sezení. Metoda je pacienty dobře přijímaná a do značné míry se podílí na utváření pozitivně vlídné terapeutické atmosféry našeho oddělení. Metoda bude na semináři krátce představena a interaktivní formou předvedena. V následné diskuzi je prostor ke kladení otázek a ujasnění výhod a limitů této práce.

Jak být sám sebou

MUDr. Michal Kryl

Mgr. Eva Kochtová

Psychiatrická léčebna Šternberk

V červnu 2009 bylo v Psychiatrické léčebně ve Šternberku nově otevřeno komunitně uspořádané pracoviště zaměřené na celostní léčbu poruch z neurotického a psychosomatického spektra. Oddělení disponuje 12 lůžky rozmístěnými na dvouložkových pokojích, v celkově příjemném interiéru podněcujícím komunitní soužití. Příjem i propouštění pacientů se děje kontinuálně v 8týdenním léčebném cyklu. Hlavní léčebnou metodou je **skupinová psychoterapie**, sestávající z dynamicky (tedy nestrukturovaně) vedených skupin, tematických skupin a životopisných skupin. Program dotváří nácvik autogenního tréninku, pohybová terapie, taneční terapie, rehabilitační aktivity (bazén), jóga, arteterapie, keramika, práce v zahradnictví.

Metodika psychoterapeutické práce vychází z aprobační práce terapeutů (psycholožka, psychiatr) a je ovlivněna především vlivy **humanistických a existenciálně orientovaných škol**. V tematicky orientovaných skupinách však kombinujeme přístupy kognitivně-behaviorálních přístupů, práce s tělem, psychogymnastiky i jiných. V rámci poskytování individuální terapie se nejčastěji jedná o prvky krizové intervence, nácvikové terapie (systematická desenzibilizace) nebo o problém orientované práce na principu KBT.

V ústním sdělení zazní krátká kazuistika mladého pacienta snažící se zachytit souvislosti mezi psychosociálními proměnnými (vztahy s lidmi, typ zaměstnání), silným vnitřním konfliktem s etickým rozměrem a psychosomatickými fenomény, pro něž byl pacient po neúspěšné ambulantní léčbě přijat k hospitalizaci na naše oddělení.

Symposium Servier

Čtvrtek / 1. 12. 2011 / 15.15–15.35

Valdoxan: deprese, úzkost, emoce

doc. MUDr. Radovan Příkryl, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Přetrvávající reziduální příznaky při léčbě depresivní epizody jsou spojeny s rizikem rozvoje chronické depresivní poruchy, která má negativní dopad na sociální roli včetně kvality života pacientů. Z tohoto důvodu je v současnosti preferován trend dosažení plné remise v léčbě depresivní poruchy. Jelikož při léčbě monoaminergními antidepresivy u řady pacientů dosažení remise zůstává nesplněným cílem zejména pro přetrvávající reziduální příznaky, ukazuje se jako nezbytné zavést do klinické praxe nová antidepresiva s inovativním mechanismem účinku. Takovým antidepresivem je bezesporu Valdoxan, první melatonergní antidepresivum, které léčí depresi jiným me-

chanizmem nežli stávající monoaminergní antidepresiva. Hlavním antidepresivním mechanismem účinku Valdoxanu je totiž synchronizace cirkadiánních rytmtů. Valdoxan se ukázal být účinným nejen v krátkodobých, ale i dlouhodobých studiích v léčbě deprese při srovnání s placebem i antidepresivy. Valdoxan rovněž pozitivně ovlivňuje všechny hlavní příznaky depresivního syndromu, což je důležité z pohledu přetrvávajících reziduálních příznaků. Kromě účinnosti k dalším přednostem Valdoxanu patří zejména výborná snášenlivost, nenarušuje sexuální funkce či nezvyšuje tělesnou hmotnost. Mezi další pozitivní rysy Valdoxanu patří i absence emočního oploštění, které se často vyskytuje při léčbě stávajícími antidepresivy. Valdoxan je novým antidepresivem s dosud zcela unikátním mechanismem účinku, s prokázanou účinností a výbornou snášenlivostí.

GERONTOPSYCHIATRIE

Gestor: Konrád J. – čtvrtek / 1. 12. 2011 / 16.00–17.00

Nové trendy v diagnostice

Alzheimerovy nemoci

doc. MUDr. Irena Rektorová, Ph.D.

Centrum pro kognitivní poruchy,

1. neurologická klinika LF MU

ve FN u sv. Anny v Brně

a výzkumná skupina Aplikované neurovědy,

Středoevropský technologický institut MU,

Brno

Alzheimerova nemoc (AN) je nejčastější příčinou demence v geriatrické populaci. Její incidence stoupá s věkem a mezi rizikové faktory pro rozvoj AN řadíme mimo vyššího věku také ženské pohlaví, pozitivní rodinnou anamnézu a genetické faktory, nižší úroveň vzdělání a špatné socioekonomické zázemí, opakovaná traumata mozku, cévní mozkovou příhodu a cévní rizikové faktory obecně. V roce 2010 se celosvětově odhadoval počet lidí s demencí na 35 milionů, pro rok 2030 se tento počet zhruba zdvojnásobí a v roce 2050 lze očekávat nárůst počtu lidí s demencí na 113 milionů. Pro diagnostiku AN jsou k dispozici jednak evropská kritéria (EFNS guidelines pro diagnostiku a terapii Alzheimerovy nemoci), která byla publikovaná naposledy v roce 2010 a přeložena a publikována v národních odborných neurologických časopisech Sekcí kognitivní neurologie ČNS. V květnu 2011 byla po 27 letech publikována nová diagnostická kritéria nejen pro AN (McKhan, et al.), ale i pro mírnou kognitivní poruchu při AN (Albert, et al.), a dokonce pro předklinické stadium AN (Sperling, et al.). Tato

kritéria vycházejí mimo anamnézy, průběhu a klinického obrazu (který je nutné objektivizovat screeningovým nebo detailním neuropsychologickým vyšetřením) také z výsledků vyšetření specifických zobrazovacích a biochemických biomarkerů. Přesto nadále platí, že pro rutinní klinickou diagnostiku pravděpodobné AN nejsou tato vyšetření nutná, jejich využití se nadále doporučuje ve specializovaných centrech, a zejména pro výzkumné účely.

Delirium ve vyšším věku

MUDr. Pavel Ressler

Neurologická klinika FN Ostrava

Abstrakt nedodán.

Deprese a demence, dif. dg. a léčba deprese ve stáří

MUDr. Jiří Konrád

Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod

Deprese a demence patří mezi nejčastější psychické poruchy ve stáří. Deprese se často vyskytuje i při organickém postižení mozku, často jako součást onemocnění demencí. Deprese ve stáří bývá často považovaná za projev demence, jde o syndrom „depressivní pseudodemence“. Takové přehlédnutí deprese vede k zanedbání léčby a k terapeutickému nihilismu. I samotná deprese ve stáří a deprese jako součást syndromu demence často nebývá rozpoznána. Klinické příznaky deprese ve stáří se většinou liší od deprese

sivních stavů v mladším věku. Depresivní senioři si méně stěžují na smutnou náladu a naopak častá je somatizace. Stěžují si na různé tělesné potíže od bolestí hlavy, zad a kloubů po zažívací potíže, někdy s bizarní interpretací (hromadí se v nich jídlo a tekutiny). To vede k opakovaným tělesným vyšetřením bez nalezení příčiny zdravotních obtíží.

Léčba depresivního syndromu u seniorů může být překvapivě úspěšná, a to i v přítomnosti demence. Základem léčby je laskavý přístup, akceptování i bizarních obtíží lékařem a získání nemocného ke spolupráci při farmakoterapii. Dobře tolerovanými léky první volby jsou antidepresiva ze skupiny SSRI. Anxieta a poruchy spánku také dobře ovlivňují mirtazapin, trazodon a tianepin. Dobře tolerovaný je

i venlafaxin u těžších depresivních syndromů. Tricyklickým antidepresivům se u starších osob pro jejich nežádoucí účinky, především anticholinergní, vyhýbáme. Antipsychotika komedikujeme u melancholie s psychotickými příznaky. U rezistentní deprese používáme augmentaci antiepileptiky, nejlépe lamotriginem, antipsychotiky 2. generace olanzapinem či quetiapi-nem. Velmi efektivní léčbou deprese u starších farmakorezistentních pacientů a při ohrožení života u těžké deprese je elektrokonvulzivní léčba. Při thymoprofylaxi podáváme dlouhodobě až trvale antidepresiva. Při rekurenci deprese posilujeme thymoprofylaxi lithiem, antipsychotiky 2. generace nebo antiepileptiky podobně jako při augmentaci léčby, ovšem léky dávkuje-me opatrněji než u mladších nemocných.

A NA TO SE NAPIJEM!

Gestor: Janů L., Praško J. – pátek / 2. 12. 2011 / 9.00–10.30

Já nechápu, z čeho to má!

Vznik a vývoj nejen alkoholových závislostí

MUDr. Luboš Janů, Ph.D.^{1,2},

MUDr. Sylva Racková³

¹ Medavante Inc.,

² A-Shine, s.r.o.,

³ Psychiatrická klinika FN a LF UK v Plzni

Závislosti jsou skupinou nemocí, jejichž popis se poměrně nedávno změnil z nešvarů a společensky zavrhaných zločinů (opilství, karban) na choroby. Závislost se týká cca ¼ populace, ale mechanismy vzniku a vývoje jsou stále obestřeny rouškou neznáma nebo ovlivněné nejznámějšími autory.

V České republice přetrvávají snahy po preferenci sociální a behaviorální léčby a nalézání vnějších příčin závislosti. Pro onemocnění je významná také celoživotní genetická predispozice. V projevech se objevuje impulzivita, riskování, změna stresové reaktivity. Mezi časté komorbidity náleží úzkostné a depresivní rozlady a další závislosti. Pro rozvoj závislosti je třeba součinnosti 3 hlavních faktorů: prostředí, genetické predispozice a látkou vyvolaného efektu. Příjemný prožitek po psychoaktivní látce je nezbytný pro opakování aplikace a pro tzv. motivované chování. Subjektivní prožitek potěšení je výsledkem aktivace systému odměn, je vyvoláván jídlem, pitím, psychoaktivními látkami a dalšími podněty. Anhedonie a dysforie jsou typické pro depresi, dystymii nebo dlouhodobě pro odvykávací sta-

vy. Výchova hraje důležitou roli v preferencích a schopnosti upřednostnění odložené odměny.

Vlivem psychoaktivní látky dochází ke změnám na synaptické úrovni a zároveň ke změnám vzorců chování. Pro uspokojení je třeba masivnějšího podnětu. Ke změnách dochází rychleji a více v mladším věku. Tyto změny (míra stimulované aktivace ve frontálním kortexu, striatu apod.) mizí teprve po letech. Účinkem vnějších vlivů se může stav ještě prohloubit. Pacienti s vyšší mírou těchto prožitků (anhedoničtí, dysforičtí) a vyšším cravingem častěji relabují. Motivace (motivované chování) a práce s ním je důležitá nejen v léčbě závislosti. Preference nezávislého chování znamená účinnou zábranu relapsu. Podle projevů pacienta můžeme usuzovat na míru a typ závislosti, můžeme tak individualizovat léčbu. Uvědomění si svého stavu a preferencí může změnit celý pohled na léčbu závislostí.

Pokoušíme se přístupnou formou interaktivní kazuistiky přinést důležité informace o vzniku a vývoji závislosti a souvisejících potížích. Srozumitelným jazykem popisujeme neurobiologické nálezy a jejich význam pro klinickou praxi, pochopení stavu pacientů. V závěru zvažujeme faktory, které mohou ovlivnit závislost, a jejich využití v léčbě našich pacientů. Současné léčebné možnosti zahrnují více modalit a znamenají zhruba podobný efekt jako léčba jiných chronických a částečně geneticky podmíněných chorob.

Podpořeno MZ IGA NS 10253-3.

Lež o abstinenci nebo pravda o umírněném pití? Dlouhodobá léčba závislosti

MUDr. Sylva Racková

Psychiatrická klinika FN v Plzni

MUDr. Luboš Janů, Ph.D.

MedAvante Inc.

Závislost na alkoholu patří mezi častá onemocnění, je provázena řadou dalších jak fyzických, tak i psychických potíží (deprese, úzkosti), pro které pacienti vyhledávají psychiatrickou péči. Lidé s touto problematikou tvoří nemalou část pacientů, jak v psychiatrických ambulancích, tak i v lůžkových zařízeních. Jejich léčba je komplikovaná a dlouhodobá, leckdy celoživotní. V České republice je k dispozici léčba závislosti na alkoholu ambulantní nebo ústavní. Cílem léčby je plná a trvalá (celoživotní) abstinence, což je pro řadu pacientů obtížné představitelný, natož dosažitelný cíl. Část pacientů není k plné abstinenci motivována, což je jeden z důvodů, proč specializované pracoviště vůbec nenavštíví a jejich léčba je oddalována.

Od 60. let 20. století se objevují v zahraničí studie, které popisují léčebné postupy závislosti na alkoholu, jejichž cílem není plná abstinence, ale tzv. kontrolované pití. Tyto léčebné postupy byly co do účinnosti srovnávány mezi sebou, dále s postupy, jejichž cílem je abstinence, a s farmakologickou léčbou anticravingovými preparáty (naltrexonem). Kontrolované pití je jako možná léčebná intervence u závislých pacientů akceptováno od 90. let v řadě zemí – Austrálie, Velká Británie, Norsko a Švýcarsko.

Cílem našeho sdělení je uvést přehled poznatků a léčebných strategií, které jsou využívány

v dlouhodobé léčbě závislých pacientů. Můžeme si položit několik otázek: Je plná abstinence jediný možný léčebný cíl? Je vůbec u pacienta s diagnostikovanou závislostí možné kontrolované pití? Má smysl se o něj vůbec pokoušet? Jsou nějaké typy pacientů, u kterých lze dosáhnout kontrolovaného pití? Anebo je třeba důsledně požadovat plnou a trvalou abstinenci jako jedinou možnou léčbu závislosti na alkoholu?

Podpořeno projektem IGA MZ ČR NS 10253-3.

Dokud frčím, žiju! Závislosti ve stáří

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.,

MUDr. Barbora Mainerová,

doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

Klinika psychiatrie FN Olomouc

V západních zemích proporce starších osob, které přicházejí do léčby závislosti poprvé v životě, narůstá ve srovnání s mladšími dospělými. Dominuje závislost na alkoholu, kdy škodlivé užívání a závislost na alkoholu postihuje asi 10 % seniorů a je v této populaci spojeno s vysokou morbiditou a mortalitou. Problémy s užíváním alkoholu u starších dospělých byly nazývány „neviditelnou epidemií“. I když mírné množství alkoholu může obecně zdraví podporovat, až polovina mužů a více než třetina žen v USA hranici mírného konzumu frekventovaně překračuje. Navíc díky somatické morbiditě může mít negativní zdravotní následky i mírné požívání alkoholu (např. 1–2 nápoje většinu dní). Nadměrné užívání alkoholu se často objevuje v kombinaci se souběžným tělesným onemocněním nebo s užíváním léků. Alkohol může zhoršit nebo zmírnit léčebné účinky ně-

kterých léků (např. warfarin) a rušit účinnost jiných. Zhoršuje průběh řady onemocnění, jako je zánět žaludku a další gastrointestinální onemocnění, deprese, dna, insomnie, hypertenze, některá nádorová onemocnění. Vzorec užívání návykových látek se mění. U starších významně narůstá procento užívajících nelegální drogy, jako je kokain a heroin. U závislých seniorů je ve srovnání s kontrolami i ve srovnání s mladšími pacienty závislími na drogách trpících závislostí zjišťována vyšší míra nemoci, horší celkový zdravotní stav a horší tělesné i sociální fungování. Navíc podle odhadu NHSDA v USA přijde v příštích 10 letech v této oblasti

až 5násobný nárůst. Jak se populace seniorů stále rozrůstá, narůstá také tento problém, který dříve nebyl pokládán za závažný, protože počet závislých byl relativně nízký. Chybí systém péče, který by pomáhal situaci řešit. Už samotná identifikace závislosti v tomto věku je nedostačující. Praktičtí lékaři ani psychiatři v první linii na tento problém u seniorů zpravidla nemyslí. Chybí skriningové diagnostické metody nebo dotazníky, které by identifikaci pomohly. Krátké intervence, rodinné intervence, motivační poradenství nebo formy psychoterapie, které by se specializovaly na populaci starších závislých, chybí rovněž.

ATHÉNA LEPŠÍ ŠEDÉ MYŠKY ANEB HRANIČNÍ PORUCHA V PRŮBĚHU ŽIVOTA A JEJÍ LÉČBA

Gestor: Praško J., Janů L. – pátek / 2. 12. 2011 / 10.55–12.25

Pojď'ode mne dál!

Etiopatogeneze hraniční poruchy osobnosti a formulace případu

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.,

MUDr. et Bc. Aleš Grambal,

doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.,

Mgr. Tomáš Diveky

Klinika psychiatrie FN Olomouc

U hraniční poruchy osobnosti jde patrně o multifaktoriální podmíněnost s různým podílem jednotlivých složek u konkrétního jedince.

Vrozené faktory (genetika, nitroděložní vlivy): Velmi pravděpodobně jsou temperamentové rysy osob s hraniční poruchou osobnosti geneticky přenášeny. V rodinách bývá tendence

k horší regulaci nálad a impulzů. Hraniční porucha osobnosti se 5x častěji objevuje u příbuzných prvního stupně než v běžné populaci. V rodině je také vyšší riziko závislosti na návykových látkách, disociální poruchy osobnosti a poruch nálady. U některých pacientů bývá zvažován podíl organicity (perinatální poranění mozku, encefalitida, poranění hlavy aj.). Podle Linehanové (1993) je jádrem hraniční poruchy osobnosti porucha regulace emocí, která je do určité míry vrozená, ale která je rozhodujícím způsobem upevněna, pokud je takto postižené dítě vystaveno působení systematicky diskvalifikujícího rodinného prostředí.

Formativní vlivy v dětství: Vrozené faktory (např. temperamentová agrese a hyperaktivita)

se dostávají do interakce s faktory rodičů (zanedbávání, zneužívání, devalvace emočních stavů) a mohou vést k hromadění negativních zkušeností dítěte. Z environmentálních vlivů se častěji objevuje sexuální zneužívání v dětství, týrání dítěte, odmítání, nadměrný kriticismus nebo hyperprotektivita. Rodina dává přednost závislým vztahům před autonomními. Dětství je často chaotické, rodiče střídavě zanedbávající a zneužívající, počátek sexuálního života bývá předčasný nebo spojen se sexuálním zneužíváním. Rodinné vztahy mohou připomínat špatné televizní seriály. Patří sem různé potyčky, problémy se zákonem, alkoholismus rodičů, užívání drog, aféry jednoho nebo obou rodičů; traumatické opuštění spojené s extrémními zážitky, odsouzení k samotě za to, že „jsem špatný“, útky z domu apod. To vede k vytvoření negativních „introjektů“ sebe i druhých osob. Dítě získává přesvědčení, že je špatné, ale i druzí jsou zlí a celý svět je zlý. Podle analytického konceptu byl vývoj dítěte narušený v době subfáze separace a individualizace ve stadiu znovu přibližování. Od 16 do 30 měsíců začínají děti zkoumat svět kolem sebe a opatrně se pouštět dále od rodičů, ale vracejí se zpět pro uklidnění a bezpečí. Matka, která si vykládá návraty dítěte jako nesamostatnost a odmítá je zpět přijmout nebo ho za návrat kritizuje, může ohrozit jeho budoucí pokusy o zkoumání světa. Podobně rodiče, kteří mají nadměrnou touhu být sami milovaní a potřební, mohou u svých dětí vytvořit nadměrný strach ze separace. Tyto děti si pak nemusí vytvořit pocit stálosti objektu a bojí se, že pokus o separaci povede ke zmizení rodičů a oni zůstanou opuštěni. Narušená jistota ve vztahu k rodičům vede k obtížím se zvládáním zlosti. Dítě má za to, že vyjádření zlosti má

destruktivní potenciál a snaží se ji odštěpit nebo disociovat. Podobným způsobem je zpracováno dětské trauma.

Podle kognitivního modelu jsou maladaptivní strategie v chování výsledkem snahy vyhnout se nebo superkompenzovat jádrová přesvědčení o sobě (Jsem špatný!), o druhých lidech (Jsou zlí!) a o světě (Osud trestá!) (Beck, et al. 1990). Podle Linehanové (1993) je v rodinném prostředí zanedbáváno přiměřené vnímání a emocionální prožívání dítěte, jeho emoční potřeby jsou devalvovány, nepřiměřeně trestány nebo odmítány. Netolerance vůči afektivním projevům dítěte a vlastní nekontrolované afektivní chování rodinných příslušníků, podobně jako chování, které těžké afekty provokuje, jako je fyzické nebo sexuální zneužívání, tento proces dále posiluje. Typické jsou ambivalentní vzorce vztahů. Blízké osoby jsou zároveň násilníky a ochránci. Pro „přežití“ dítěte je potlačování vlastních emocí nutné. Tímto chováním blízkých se dítě nenaučí přiměřené afektivní regulaci a adaptivnímu chování v kritických situacích. Zpevněné maladaptivní způsoby chování a emočních reakcí se stanou problémem v době, kdy přirozeně vyvstanou požadavky na sociální kompetenci. Deficit se tedy výrazně projeví v době časně dospělosti, kdy potřeby socializace vyžadují dobrou afektivní kontrolu.

Osobnost: Hraniční pacienti od dětství do dospělosti pokračují v hledání náklonnosti a na každého, kdo poskytuje zdání přijetí, se dívají s idealizací, která vede k nadměrným očekáváním. Nerealistické požadavky vedou ke zklamání, po kterém následuje devalvace idealizované osoby. Afektivní dysregulace se projevuje sníženou frustrační tolerancí – hypersenzitivitou, vysokou

intenzitou afektů a jejich prodlouženým odezníváním. Na základě prudkých protrahovaných afektů dochází ke zkratovému jednání, které vybijí afektivní tenzi. Dysfunkční chování sice slouží afektivní regulaci, ale z dlouhodobého hlediska přes devalvací sebe nebo druhých přispívá k udržování negativních afektů i samotného impulzivního chování.

Dalším povahovým rysem je snížená schopnost odložit akci, problém sublimovat svoje touhy a modulovat svoje pocity. Často dochází k tzv. acting outu, při kterém dochází k vybití pudového napětí pomocí nepřiměřeného impulzivního činu (opití se, promiskuita, výbuch vzteku, sebepoškozování apod.). Acting out může být také pokusem získat pozornost, péči nebo jiné zisky.

Young (1994) předpokládá, že u hraniční poruchy osobnosti se během frustrace v dětství vytvořila „raná maladaptivní schémata“ – extrémně stabilní vzorce myšlení, které jsou zdrojem maladaptivního myšlení a chování. Ty jsou pak potvrzovány během života selektivním vnímáním skutečnosti a reakcí druhých na maladaptivní vzorce chování. Velký počet maladaptivních schémat u hraničního jedince může pak souviset

s množstvím příznaků, které se u postiženého objeví v době krize. Podle Younga se vždy několik raných maladaptivních schémat účastní tzv. modu. Mody jsou ohraničené komplexní vzorce emočního prožívání, myšlení a chování, které fungují v typických situacích. V každém „modu“ člověk reaguje charakteristicky.

Okolnosti (rizikové faktory): K dekompenzaci osobnostních rysů často dochází v době, kdy je pacient pod větší dlouhodobou zátěží; je nutné měnit životní role, jako je puberta, odchod od rodiny, ze školy do práce, adaptace v pracovním kolektivu, nebo naopak nuda při monotónní práci apod. Rovněž stresující zevní podmínky, jako jsou nadměrné nároky ve škole nebo v práci, mohou vytvořit pozadí k dekompenzaci osobnosti. Další zatěžující okolností je život v emočně přepjatém prostředí, kde se rychle mění nálady, vztahy i požadavky od druhých, objevuje se častá kritika, nedostatek ocenění, jsou časté manipulace a degradace. Lidé s hraniční strukturou osobnosti takové prostředí sami vyhledávají, protože jim připomíná podmínky v původní rodině, na druhé straně nadměrné emoční nároky je snadno tlačí k emoční dekompenzaci.

Tabulka: Nejčastější mody schémat u člověka s hraniční poruchou osobnosti.

MODUS	FUNKCE A PROJEVY A PŘÍZNAKY JEDNOTLIVÝCH MODŮ
Zraněné dítě	Bezmocné při naplňování svých potřeb nebo hledání ochrany <u>Projevy a příznaky:</u> deprese, beznaděj, závislost, ustrašenost, obět, pocity bezcennosti, neschopnosti vzbudit v druhých lásku, ztráta, zoufalé úsilí vyhnout se opuštění, idealizace pečovateli
Rozzlobené a impulzivní dítě	<u>Funkce:</u> chová se impulzivně, aby dosáhlo svých potřeb, ventiluje své pocity nevhodným způsobem <u>Projevy a příznaky:</u> intenzivní vztek, impulzivita, požadovačnost, znehodnocování, „manipulativnost“, kontrolování, zneužívání, vyhrožování sebevraždou, promiskuita
Trestající rodič	Jde o internalizaci kritických rodičů <u>Funkce:</u> trestá dítě za potřeby a pocity nebo děláni chyb <u>Projevy a příznaky:</u> sebenenávisť, sebekritičnost, sebepopření, sebepoškozování, vztek na sebe za své potřeby
Odtahitý obránce	<u>Funkce:</u> potlačuje potřeby a pocity, vzdaluje se od lidí, chová se obezřetně, aby se vyhnul potrestání <u>Projevy a příznaky:</u> depersonalizace, pocity prázdnoty, nuda, zneužívání návykových látek, přejídání se, sebepoškozování, psychosomatické stesky, spolupracuje
Superkompenzátor	<u>Funkce:</u> vyhovět potřebám kritických rodičů <u>Projevy a příznaky:</u> nadměrně se snaží, přepracovává, je perfekcionista, obětavý

Precipitující faktory a spouštěče: Většina precipitujících faktorů dekompenzace a spouštěčů zhoršení stavu se dotýká vztahů pacienta a jeho strachu z opuštění nebo trestání okolím. Mezi typické precipitující faktory dekompenzace patří ztráta, konflikty, odmítnutí, kritika, zvýšení nároku na výkon, nedostatek pochvaly a přijetí. Spouštěči mohou být každodenní události, někdy tak nenápadné, že je okolí ani nepostřehne, jako je například situace, kdy nadřizený pochválí někoho jiného.

Udržovací faktory

Biologické

Psychologické

Sociální

Podpořeno grantem

IGM MZ ČR NS 10301-3/2009a.

Kdo k nám vlastně přichází? Komorbidita hraniční poruchy v průběhu života a význam pro léčbu

MUDr. Luboš Janů, Ph.D.^{1,2},

MUDr. Sylva Racková³

¹ Medavante Inc.,

² A-Shine, s.r.o.,

³ Psychiatrická klinika FN a LF UK v Plzni

Hraniční porucha (tak jako jiné poruchy osobnosti) se ve své podstatě projevuje jako typický, vyhraněný a rigidní způsob reakce na vnější (někdy i vnitřní) podněty. Typické nálezy (pokles metabolismu prefrontálně, hyperaktivita amygdaly apod.) odpovídají projevům našich pacientů. Tyto projevy jsou však společné s řadou dalších potíží, přinášejí zkušenost se stavy

a situacemi, kterým se většina populace vyhýbá (abúzus, impulzivita, konfliktní vztahy, devalvace).

Bez ohledu na podobný neurofyzilogický podklad pacienti s hraniční poruchou osobnosti (porucha osobnosti: 9–15 % v populaci, ale více než ¼ u pacientů se závislostí nebo sebepoškočováním) se vzhledem ke svým specifickým obranám projevují jako závislí nebo naopak hostilní. Strídání nálad může být také (a ne vždy mylně) interpretováno jako bipolární nebo jiná afektivní porucha, a to včetně sebepoškozujících a suicidálních aktivit. Depersonalizace a derealizace pak zase přesahují okruhy psychóz.

Stejně jako ostatní potíže, i hraniční porucha se v průběhu věku jedince v projevech mění. Rozhodující je nejen nemoc, ale také zážitky a dovednosti, které si osoba osvojí. Maladaptivní schémata pak podmiňují další průběh života jedince s hraniční poruchou.

Již od počátku dospívání je jedinec odlišný v oblasti závislosti na druhých a vyhýbavém chování. I to může být jeden z precipitujících faktorů častých a brzkých závislostí (18 % ze závislých) u hraničních osob. Úspěšná léčba závislosti může odkrýt hraniční poruchu osobnosti, které by se další průběh léčby měl přizpůsobit. Bohužel závislost dále může modifikovat vývoj tak, že se rysy prohloubí a změna se stane velmi obtížnou. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti sice relabují častěji a dříve, ale celkové množství úspěšně léčených je zhruba stejné a časté osobnostní charakteristiky nejsou prediktorem léčebné odpovědi.

V průběhu léčby jsou symptomaticky využívány prostředky farmakoterapie, celkově je kvalitních údajů o léčbě málo. Na druhou stranu nejen z důvodů terapeutické nouze není důvo-

du v případě jasného potenciálu profitu farmakoterapii odmítat. Psychoterapie je v podobné situaci = bez jasně prokázané účinnosti. Léčbu bychom tedy měli vybírat ne s ohledem na hlavní diagnózu (hraniční poruchu), ale s ohledem na klinické projevy.

Podpořeno MZ IGA NS 10253-3.

Dát či nedát? Farmakoterapie u hraniční poruchy osobnosti

doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.,

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.,

MUDr. Aleš Grambal,

MUDr. Dana Kamarádová

Klinika psychiatrie FN a LF UP v Olomouci

Evidence pro účinnost jakékoli farmakoterapie je u hraničních poruch osobnosti slabá. Většinou se spoléháme na klinickou zkušenost. V praxi se užívají menší dávky antipsychotik, antidepresiva a stabilizátory nálady. Ani kombinace těchto skupin nezaručuje alespoň střednědobou stabilizaci stavu. Očekávat kompletní potlačení symptomů poruchy či podstatné zlepšení stavu je spíše přáním psychiatra než dosaženou skutečností. Ačkoli pacienti nejčastěji prezentují potíže podobné depresivním (anhedonie, úzkost, pocity viny), v praxi bývá nejčastějším problémem chronické suicidální chování a impulzivita.

Medikace může modulovat intenzitu afektů, kognitivní a impulzivní příznaky. Nemůžeme však od ní očekávat, že odstraní pocity hněvu, smutku nebo bolesti, které vznikly jako reakce na separaci, odmítnutí nebo jiné životní stresory. Četné změny medikace při hledání, jak ovlivnit reaktivní stavy, jsou zbytečné a neúčinné.

Navíc pacient dostává implicitně chybnou informaci, že emoční reakce na životní události jsou hlavně biologickými příznaky, které se regulují medikací. Pak místo učení se, jak situace zvládnout, polyká enormní množství předepsaných i nepředepsaných léků (Bender, et al. 2001). Nezřídka je to znakem bezradnosti psychiatra. Kolem 90 % ambulantních psychiatrů v USA předepisuje hraničním pacientům medikaci a 87 % z toho si stěžuje, že pacienti jejich medikaci zneužívají (Waldinger a Frank, 1989). Zatím se neprokázalo, že by vysoké dávky léků nebo mnohočetné kombinace vedly k „dostatečným nebo předpověditelným efektům“ (Gunderson a Phillips, 1995).

Horská dráha až po přistání! Psychoterapie hraniční poruchy osobnosti

MUDr. Bc. Aleš Grambal,

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.,

doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.,

MUDr. Zuzana Sigmundová

Klinika psychiatrie,

Fakultní nemocnice Olomouc

a Univerzita Palackého Olomouc

Hraniční porucha osobnosti (HPO) je tradičně považována za jednu z psychotherapeuticky nejobtížnější ovlivnitelných psychiatrických poruch. Zatímco názory na etiopatogenezi HPO jsou v současnosti ustálené, poslední desetiletí přinesla vývoj a testování nových, specifických terapeutických přístupů vedoucích ke snížení intenzity a četnosti příznaků, většiny efektivitě léčby, nižšímu předčasnému ukončování terapie a snížení nákladů na léčbu. V terapii

HPO prokázalo efekt v různých sledovaných aspektech více terapeutických přístupů, nejvíce informací je dnes k dispozici především o efektu kognitivně behaviorální terapie, dialekticko behaviorální terapie, na přenos zaměřené terapie, na mentalizaci zaměřené terapie a především na schémata zaměřené terapie. Zkoumány jsou společné mechanismy působení rozdílných terapeutických přístupů, vznikají více specializované terapeutické techniky vycházející z širšího rámce, ale specializující se na HPO. Aktuálně je za slibnou metodu považována schematerapie pro hraniční poruchu osobnosti (STBPD), která vychází z obecných principů schematerapie, ale je více zaměřena na efektivní pomoc pacientům s HPO. STBPD vychází z kognitivně-behaviorální psychoterapie, integruje psychodynamické a na emoce zaměřené přístupy a konceptualizuje pacienty s hraniční poruchou osobnosti. Fungování pacientů s HPO se dle STBPD často omezuje na 5 základních režimů nebo aspektů

sebe sama. Cílem terapie je reorganizovat tyto vnitřní maladaptivní struktury. Schematerapie považuje 4 mechanismy změny za základní. Je to omezené rodičovství, prožitková imaginace a dialog, kognitivní restrukturalizace a edukace, změna vzorců chování. Tyto techniky jsou používány v průběhu 3 fází léčby, kterými jsou propojení a emoční regulace, změna vnitřních schémat a rozvoj autonomie. Jedná se o dlouhodobější formu terapie a jedním ze základních mechanismů změny je vztah pacienta a terapeuta. Proto je pro práci důležité porozumět nejen příběhu pacienta, jeho schématům a přenosu, ale také schématům terapeuta, které pacienti s HPO často aktivují, a protipřenosu. Důležitou součástí terapie by měla být supervize. Přes větší porozumění HPO a řadu nových efektivních přístupů je výsledek terapie u konkrétního člověka trpícího HPO nejistý pro řadu modifikujících faktorů a nestabilní podstatu HPO.

DUŠEVNÍ PORUCHY V POPORODNÍM OBDOBÍ

Gestor: Kašpárek T. – pátek / 2. 12. 2011 / 13.30–14.30

Duševní poruchy

v poporodním období – přehled

doc. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Mezi nejčastější duševní poruchy v poporodním období se kromě relapsů již existujícího duševního onemocnění uvádějí přechodné depresivní příznaky (tzv. poporodní blues), depresivní porucha, psychotická porucha („laktální psychóza“) a úzkostná porucha – tj. poporodní duševní poruchy jsou takové, u kterých se psychické potíže projevují poprvé v životě pacientky. Jejich vztah k endogenním afektivním či psychotickým poruchám není příliš jasný, část případů poporodních duševních poruch může zahrnovat první manifestaci chronického psychického onemocnění. Uvádí se, že v 25 % případů přechází běžné kolísání emotivity, které je přítomné v prvních dnech šestinedělí u 50–80 % rodiček, v plně vyjádřenou depresivní fázi. Rizikovými faktory jsou zejména rodinná anamnéza depresivní poruchy, premenstruační dysforická porucha, v neposlední řadě pak nepříznivé psychosociální okolnosti. V klinickém obraze bývá často iniciální zmatenost, agitovanost, paranoidita, ve vyšší míře než u unipolární depresivní poruchy je přítomna komorbidní anxieta, jsou přítomny obavy z budoucna, pocity beznaděje, bezmoci, neschopnosti pečovat o dítě. Poporodní psychóza se vyskytuje v 0,1–0,2 % případů, klinicky jsou typické halucinace, paranoidní a megalomaniacké bludy, deliriózní prvky a zmatenost, impulzivita, průběh je často kolísavý, dochází

k rychlým změnám v průběhu dne. Začíná nejčastěji v prvních dvou týdnech po porodu, prognóza bývá příznivá. Terapie těchto stavů velmi často vyžaduje hospitalizaci, farmakologickou léčbu, důležitá je spolupráce s dalšími členy rodiny.

Výskyt depresivních příznaků v poporodním období u psychiatricky neléčených žen

MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.¹

MUDr. Beata Baloghová¹

MUDr. Marína Borovská¹

MUDr. Alexandra Krištúfková²

¹ Psychiatrická klinika LF UK a UNB, Bratislava

² I. Gynekologicko–pôrodnická klinika LF UK a UNB,

Nemocnica Sv. Cyrila a Metoda, Bratislava

Úvod: Všeobecne je známe, že v poporodnom období je u žien zvýšené riziko manifestácie porúch nálady. Klinicky sa rozlišujú tri kategórie: poporodná skleslosť (poporodné blues), postnatálna depresia a puerperálne psychózy. Napriek tomu, že väčšina z týchto symptómov je len mierna a prechodná, u 10–15 % žien sa rozvinú klinicky významné príznaky depresie a úzkosti. V ostatnom období sa aj v masmédiách venuje pozornosť najmä poporodnému blues. Tehotné ženy sú upozorňované na možnosť manifestácie skleslosti a depresívnych príznakov v poporodnom období. Uvádza sa, že poporodné blues sa vyskytuje v prvých dňoch až týždňoch po pôrode až u 50–85 % žien. Problém nepredstavuje

len samotná diagnostika porúch nálady, ale aj ich terapeutické ovplyvnenie v období laktácie.

Metóda: V prezentovanej práci sme realizovali sledovanie výskytu depresívnych príznakov u žien v šestonedelí. Do sledovania sme zaradili 200 žien, ktoré boli požiadané o vyplnenie dotazníka pri poslednej gynekologickej prehliadke pred pôrodom, na 4. deň po pôrode a po šestonedelí. Gynekológ-pôrodník poskytol údaje o priebehu pôrodu a zdravotnom stave novorodenca. Dotazník zahŕňal demografické údaje, Zungovu sebaopisovú škálu depresie a vizuálnu analógovú škálu hodnotiacu aktuálnu náladu a zmenu nálady oproti obdobiu pred pôrodom. Do analýzy boli zaradené iba kompletne vyplnené dotazníky.

Výsledky: Vstupné kritérium pre zaradenie do súboru splnilo 50 pacientiek (25,0%). Priemerný vek v súbore bol 30,3 roka ($SD=3,7$). Najčastejšie išlo o vysokoškolsky vzdelané (68,0%) vydaté ženy (64,0%), aktuálne žijúce v spoločnej domácnosti s partnerom (96,0%). U 50,0% pacientiek bol priebeh pôrodu fyziologický, všetci novorodenci boli hodnotení ako zdraví. Priemerné skóre v Zungovej sebaopisovacej škále nedosiahlo hodnoty svedčiace pre depresívnu poruchu. Pri vzájomnom porovnaní získaných skóre v jednotlivých hodnoteniach sa nezaznamenali rozdiely. Rovnako sa nezistili rozdiely ani pri porovnaní hodnôt získaných na vizuálnej analógovej škále. V práci sa ďalej analyzovali jednotlivé interindividuálne rozdiely.

Záver: Napriek tomu, že sa depresívne príznaky v popôrodnom období aj u psychiatric-

ky neliečených žien vyskytujú pomerne často, predkladaná práca dokumentuje, že ide skôr o izolované príznaky, ktoré nedosahujú hĺbku duševnej poruchy, a teda nevyžadujú ani psychofarmakoterapeutickú intervenciu, skôr vnímavý podporný prístup.

Psychotická porucha so vznikom v období prvej menštruácie pri laktácii

MUDr. Martin Halmo,

MUDr. Petra Nosáľová

Psychiatrické oddelenie,

Univerzitná nemocnica Bratislava,

Nemocnica sv. Cyrila a Metoda

Prezentujeme kazuistiku 35 ročnej ženy, prvýkrát psychiatricky liečenej, vysokoškolsky vzdelanej, žijúcej v harmonickom manželstve, s dvomi dcérami (2 ročná a 9 mesačná), bez udávanej neuropsychiatrickej záťaže, bez závažných ochorení v osobnej anamnéze.

Pacientka bola hospitalizovaná na Psychiatrickom oddelení UNB Petržalka od 6. 1. do 19. 1. 2011 s diagnózou F.23.2 Akútna schizoforná psychotická porucha. 9. mesiac po pôrode sa pri zachovanej laktácii pacientke znova obnovil menštruačný cyklus, tretí deň menštruácie bola potrebná hospitalizácia na psychiatrickom oddelení pre masívne poruchy správania.

Psychotická symptomatika prítomná v úvode hospitalizácie pri podávanej farmakoterapii (quetiapín) pomerne rýchlo odoznela. Pacientka bola 14. deň hospitalizácie prepustená do ambulantnej starostlivosti, kde v liečbe pokračuje dodnes.

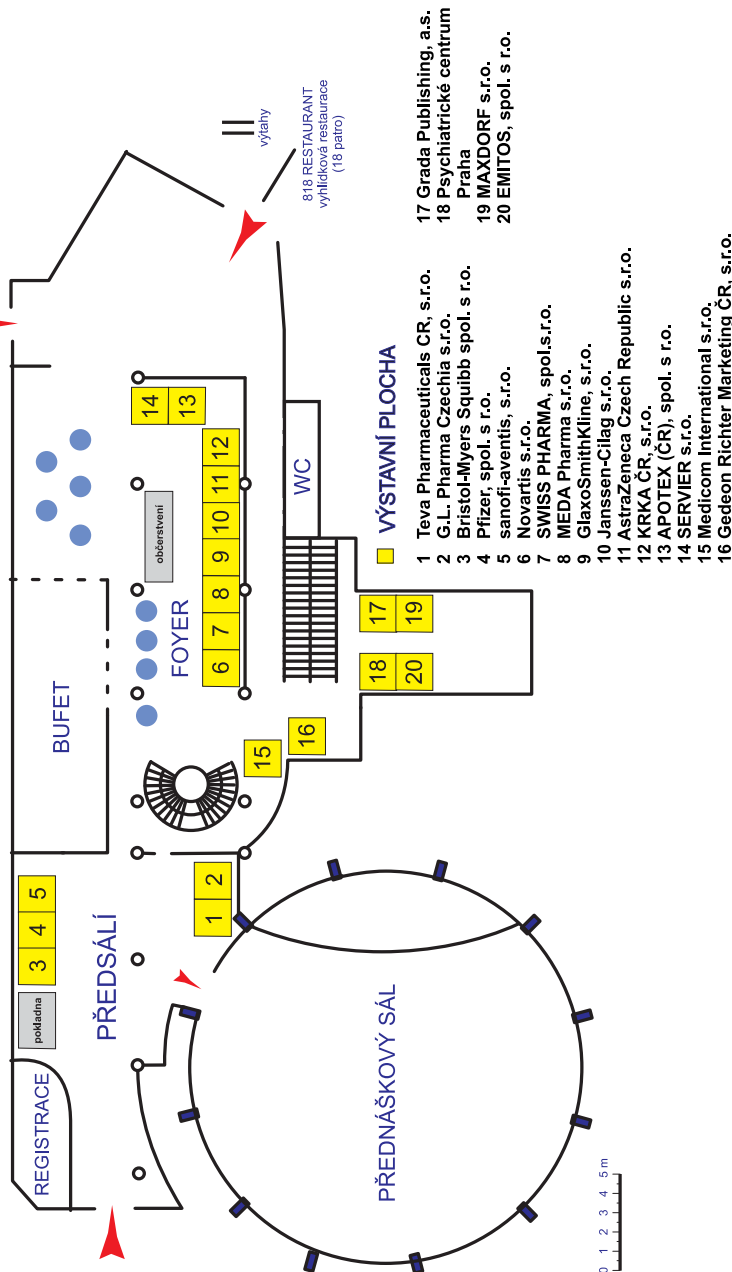
[illegible]

[illegible]

Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci

PSYCHIATRIE PRO PRAXI – VIII. konference ambulantních psychiatrů

1.–2. 12. 2011, REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUČ



POŘADATELÉ

- Psychiatrická klinika FN Olomouc
- Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

PSYCHIATRIE PRO PRAXI

VIII. konference ambulantních psychiatrů

1.– 2. prosince 2011, Olomouc

PARTNEŘI

APOTEX (ČR), spol. s r.o.

MEDA Pharma s.r.o.

AstraZeneca Czech Republic s.r.o.

Medicom International s.r.o.

Bristol-Myers Squibb spol. s r.o.

Novartis s.r.o.

Gedeon Richter Marketing ČR, s.r.o.

Pfizer, spol. s r.o.

G.L. Pharma Czechia s.r.o.

Psychiatrické centrum Praha

GlaxoSmithKline, s.r.o.

sanofi-aventis, s.r.o.

Charita Olomouc

SERVIER s.r.o.

Janssen-Cilag s.r.o.

SWISS PHARMA, spol.s.r.o.

KRKA ČR, s.r.o.

Teva Pharmaceuticals CR, s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

 **GRADA**


portál

 **maxdorf**

proLékaře
www.prolekare.cz

**POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM
ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONFERENCE**