

Psychiatrie

PRO PRAXI

Suppl. B
2010

www.solen.cz

ISSN 1803-5914

ROČNÍK 11.

Abstrakta

PSYCHIATRIE PRO PRAXI

VII. konference ambulantních psychiatrů

14.–15. října 2010,

Regionální centrum Olomouc

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

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

PRO VYŠŠÍ KVALITU ŽIVOTA PACIENTŮ S DEPRESÍ



TRITTICO[®] AC 150

trazodoni hydrochloridum

SARI
SEROTONIN ANTAGONIST
REUPTAKE INHIBITOR

Kdy volit trazodon?

**U depresivní poruchy provázené insomnií, anxiétou
nebo sexuální dysfunkcí**

TRITTICO[®] AC 75, AC 150 Zkrácená informace o přípravku: _____

S: Trazodoni hydrochloridum 75 mg, 150 mg v 1 tabletě s řízeným uvolňováním. **I:** Deprese různé etiologie, včetně typů provázených anxiétou, poruchami spánku nebo sexuální dysfunkcí neorganického původu. **KI:** Přecitlivělost na účinnou látku nebo pomocné látky. **ZU:** Pacienti se sebevražednými myšlenkami a sebepoškozováním musí být pečlivě sledováni. Přípravek by neměl být podáván dětem a mladistvým do 18 let věku. Obsahuje sacharosu. **NŮ:** Ospalost, závratě, nervozita, únava, cefalgie a nespavost, nauzea, zácpa, xerostomie, serotoninový syndrom, ortostatická hypotenze. Vzácně priapismus. Výskyt nežádoucích účinků lze redukovat užíváním postupně se zvyšujících denních dávek až do maximální dávky doporučené lékařem. **IT:** Je-li trazodon podáván se silným inhibítorem CYP3A4, měla by být zvážena nižší dávka trazodonu. Při podávání s přípravky obsahujícími extrakt z třezalky je možný vyšší výskyt nežádoucích účinků. **TL:** Přípravek by neměl být podáván v prvním trimestru gravidity; ve druhém, třetím a během kojení by mělo být podávání omezeno na vybrané případy. **D:** Dospělí: obvykle 75-150 mg/den v jedné dávce večer před spaním, lze zvýšit na 300 mg/den ve dvou dílčích dávkách. U hospitalizovaných pacientů lze zvýšit na 600 mg/den, v rozdělených dávkách. Starší pacienti: počáteční dávka je 100 mg/den večer, lze zvyšovat dle odezvy do 300 mg/den. Při léčbě sexuálních dysfunkcí se podává 150-200 mg denně **B:** Tablety 20 x 150 mg, 60 x 150 mg, 30 x 75 mg. **Držitel registračního rozhodnutí:** Medicom International s.r.o., ČR. **Datum poslední revize textu SPC:** 5.8.2009. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).


Medicom


ANGELINI

Medicom International s.r.o. _____
Páteřní 7, 635 00 Brno, tel. 546 123 111, fax 546 123112, www.medicomint.cz

POŘADATEL

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

PREZIDENT

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.

PROGRAMOVÝ VÝBOR

doc. MUDr. Jiří Hovorka, CSc.
MUDr. Klára Látalová, Ph.D.
doc. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.
doc. MUDr. Ján Praško, CSc.
MUDr. Juraj Rektor
MUDr. Anežka Ticháčková
prof. MUDr. Alexandra Žourková, CSc.

ORGANIZÁTOR

SOLEN, s.r.o.

Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

kontaktní osoba:

Ing. Karla Břečková
tel.: 582 397 457
mob.: 777 714 677
e-mail: breckova@solen.cz

programové zajištění:

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

Olomouc 14.–15. 10. 2010
Regionální centrum Olomouc

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

Supplementum B Psychiatrie pro praxi

Evidence MK ČR pod číslem E 10015

Citační zkratka: Psychiatr. pro Praxi; 11 (Suppl. B).

ISSN 1803-5914

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

Časopis je excerpován do Bibliographia Medica Českoslovacca
a je zařazen na Seznam recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR.

ČTVRTEK 14. ŘÍJNA

9.00 Zahájení

9.00–10.30 **TRAUMA A PSYCHICKÉ PORUCHY – gestor K. Látalová, J. Praško**

- Trauma a psychické poruchy – K. Látalová
- Trauma a hraniční porucha osobnosti – A. Grambal
- Trauma a psychóza – B. Mainerová
- Trauma a posttraumatická stresová porucha – J. Praško

10.30–11.00 Přestávka

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

- ▶ Ptát se, či neptat na sexuální problémy pacientů? – A. Žourková
- Sexualita u organických psychických poruch – P. Sejbalová
- Sexualita u schizofrenních poruch – K. Látalová
- Sexualita u afektivních a neurotických poruch – A. Žourková
- Sexualita u poruch příjmu potravy – P. Theiner

12.30–14.00 Oběd

14.00–15.30 **DELIRANTNÍ STAVY V PSYCHIATRII A V NEUROLOGII – gestor J. Hovorka**

- Delirium v neurologii – J. Hovorka
- Delirium z pohledu kognitivní neurologie – R. Rusina
- Psychiatrické konzilium u delirantního pacienta na somatickém oddělení – P. Doubek

15.30–16.00 Přestávka

▶ 16.00–18.00 **INTEGRACE BIOLOGICKÝCH, FARMAKOLOGICKÝCH A PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POHLEDŮ PŘI FORMULACI PŘÍPADU – INTERAKTIVNÍ SEKCE S VIDEOUKÁZKAMI – gestor J. Praško**

- Od příběhu k diagnóze a zase zpět – J. Praško, K. Látalová, A. Ticháčková
- Genetické a epigenetické vlivy v etiopatogenezi deprese, možné implikace pro léčbu – A. Kovacsová, D. Jelenová, J. Praško
- Bio-psycho-sociální model schizofrenie a formulace případu – K. Vrbová, B. Mainerová, A. Trčová
- Bio-psycho-sociální pohled na diagnózu a léčbu psychosomatických a somatických onemocnění – M. Procházková, B. Buliková, Z. Sigmundová
- Bio-psycho-sociální pohled na léčbu úzkostných poruch a formulace případu – D. Kamarádová, A. Grambal, T. Diveky
- Bio-psycho-sociální pohled na léčbu bipolární poruchy a formulace případu – K. Látalová, D. Jelenová, B. Mainerová

18.00–18.20 **Duševně nemocní v sociální péči – J. Závíšek**

PÁTEK 15. ŘÍJNA

9.00–10.30 PROTIPŘENOS V PSYCHIATRICKÉ PÉČI – gestor J. Rektor

- Přenos a protipřenos – historie a obsah pojmu – J. Rektor
- Protipřenos v praxi ambulantního psychiatra – J. Berka
- Protipřenos a farmakoterapie – P. Bobovnik
- Protipřenos v KBT – J. Praško

10.30–11.00 Přestávka

11.00–12.30 AKUTNÍ PSYCHIATRIE – gestor J. Mohr

- Akutní neklid, agitovanost a agresivita – P. Doubek
- Suicidální jednání – M. Maršálek
- ▶ **Závislosti, intoxikace a odvykací stavy** – L. Janů
- Akutní polékové stavy a lékové interakce – P. Mohr

12.30–13.30 Oběd

13.30–15.30 KONZILIÁRNÍ PSYCHIATRIE – gestor J. Ticháčková, J. Praško

- Psychoterapie a farmakoterapie v konziliární psychiatrii, specifika a zásady – J. Praško, A. Ticháčková, K. Látalová
- Možnosti psychoterapie a farmakoterapie při konziliích v interních oborech – B. Buliková, Z. Sigmundová, R. Kubínek
- Možnosti psychoterapie a farmakoterapie při konziliích v pediatrii – D. Jelenová, M. Hunková
- Možnosti psychoterapie a farmakoterapie při konziliích na neurologii – R. Kubínek, A. Grambal, D. Kamarádová, J. Praško
- Možnosti psychoterapie a psychofarmakologie v rámci psychiatrických konzilií na onkologii a hematologii – A. Ticháčková, K. Látalová, J. Praško
- Umírající pacient a psychoterapie – J. Praško, A. Ticháčková, A. Kováčová

15.30 Losování kongresové ankety a závěr akce

TRAUMA A PSYCHICKÉ PORUCHY

Gestor: K. Látalová, J. Praško – čtvrtek / 14. 10. 2010 / 9.00–10.30

Trauma a psychické poruchy

MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

Klinika psychiatrie LF UP v Olomouci

Fakultní nemocnice Olomouc

Jestliže uvažujeme o příčinách vzniku psychických poruch, předpokládáme vzájemné působení mezi biologickými a psychosociálními vlivy, jejichž interakce ve svém důsledku vede k projevům nemoci. Kombinace specifické (zpravidla vrozené) zvýšené zranitelnosti a negativních životních událostí může vést ke snížení adaptace na stres a postupnému rozvoji biochemických změn v mozku, které vyústí do deprese (unipolární nebo bipolární) či mánie. Na rozvoji poruch nálady se rovněž podílí stres. Neznamena to však, že stres je jedinou příčinou této poruchy, ale bývá jejím spouštěčem. V historii psychiatrie vcelku nebyly pochybnosti o tom, že se v etiopatogenezi psychických poruch uplatňují geny. Psychická traumatizace a tělesná onemocnění mohou usnadnit expresi genů zodpovědných za propuknutí onemocnění. Přes pokroky genetiky se však nepodařilo přesněji identifikovat geny, které jsou za tuto hereditární dispozici odpovědné. Tato neshoda souvisí s tím, že duševní poruchy nejsou způsobeny jedním genem specifickým pro tu či onu poruchu, ale jde zpravidla o řadu genů, z nichž každý přispívá svým vkladem k riziku onemocnění, a že výsledné riziko je dáno jakýmsi součtem nebo spíš interakcí mezi kombinacemi genů. I toto výsledné riziko není stoprocentní. Vždy je třeba ještě určitý faktor prostředí, který exprimuje genetickou vlohu, aby onemocnění exacerbovalo.

Tím však složitost působení genetické dispozice nekončí. Často se abnormita určitých genů prosadí teprve tím, že tyto geny působí na jiné geny, které pak syntetizují „nemocné“ proteiny vedoucí k onemocnění. Tyto „nemocné“ proteiny vedou k onemocnění působením na syntézu, uvolňování a degradaci neurotransmiterů, na senzitivitu receptorů atd. Geny mohou ovlivnit také regulace endokrinní, např. tyreoidální a především ty, které regulují reakci na stres.

Skutečné pochopení patofyziologie psychických poruch vede cestou neurobiologie na různých fyziologických úrovních: molekulární, buněčné a behaviorální. Abnormality v genové expresi jsou nepochybně zásadní v neurobiologii těchto onemocnění. V následujících letech se ozřejmí geny kódující náchylnost k psychickým

poruchám nebo naopak geny s protektivním účinkem vůči nemoci. Také nevíme, zda při negativním ovlivnění buněčného cíle musí bezpodmínečně dojít k expresi genů zprostředkávajících náchylnost k nemoci, nebo ne. Jinými slovy, exprese k náchylnosti může být determinována.

Trauma a hraniční porucha osobnosti

MUDr. Bc. Aleš Grambal,

MUDr. Klára Látalová, Ph.D.,

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.

Klinika psychiatrie, LF UP v Olomouci

Fakultní nemocnice Olomouc

Základní charakteristikou pacientů trpících hraniční poruchou osobnosti je nestabilita projevující se v interpersonálních vztazích, intenzivních afektech, vnímání a hodnocení sebe sama. Projevy začínají zpravidla v časně dospělosti, typické jsou pocity prázdnoty, výrazné změny v sebehodnocení v návaznosti na nepatrné podněty, obavy z opuštění a samoty, které mohou vést k sebevražedným výhrůžkám nebo sebepoškozování. Nestálý obraz o sobě i druhých se dynamicky mění dle toho, zda se pacienti cítí přijímání, odmítání nebo opouštění. Nestabilita narušuje rodinné, přátelské, partnerské i terapeutické vztahy. Častý je protipřenos ze strany zdravotníků, pacienti na oddělení nebyvají oblíbeni, mají tendenci „testovat svou realitu“ (přesvědčení o sobě), častěji se ocitají v konfliktních situacích. Odmítnutí a kritika jim potvrdí původní přesvědčení o vlastní insuficienci, ale vůči ocenění bývají skeptičtí a podezíraví. Obě reakce okolí nakonec vedou k hledání dalších „důkazů“ o vlastní neschopnosti a rozvoji bludného kruhu příznaků. Příčina poruchy není známa, ale podobně jako u jiných psychických poruch předpokládáme multifaktoriální podmíněnost s rozdílným podílem jednotlivých negativních vlivů u konkrétního jedince. Existují důkazy pro dědičné faktory, dále negativní formativní vlivy v dětství. Z environmentálních vlivů se ve srovnání se zdravými kontrolami nebo jinými psychickými poruchami výrazně častěji objevuje abúzus ve formě sexuálního zneužívání, fyzického týrání, odmítání, devalvace emočních stavů, nadměrné kritiky nebo hyperprotektivity. V rodinách bývají preferovány závislé vztahy před autonomními. Dětství bývá chaotické, rodiče střídavě zanedbávající a zneužívající, počátek sexuálního života bývá předčasný nebo spojen se sexuálním zneužíváním. K dekompenzaci

osobnostních rysů často dochází při zátěži, jakou je puberta, změna životní role, zvýšené životní nároky a podobně. Významný podíl na vzniku a rozvoji poruchy mají traumatické zkušenosti. Opakované traumatické události vedou k rozvoji obranných mechanismů, z nichž velice častým a účinným je v návaznosti na traumata (nebo jejich očekávání) disociace. Míra disociace je u pacientů s hraniční poruchou osobnosti výrazně vyšší než u zdravých kontrol a je výraznější než u disociativních poruch samotných. Traumata také mění mozek. Změny jsou na úrovni funkční, ale také morfoloické (nálezy PET, fMRI, MRI), výsledkem jsou lokální změny velikosti a aktivity mozku. Z morfoloických nálezů byly popsány menší objemy frontálních laloků, cingula, limbických, parietálních a temporálních oblastí, objem amygdaly, dále redukce interhemisféralní konektivity mezi oblastmi předního cingulárního kortexu, narušení konektivity (amygdalo-prefrontální diskonekce). Z funkčních nálezů je známa zvýšená aktivita amygdaly v klidu a při expozici negativním stimulům, pokles dorzolaterální prefrontální a temporální aktivity, opožděná maturace prefrontálního kortexu. Změny mozkové aktivity jsou dávány do souvislosti se symptomy hraniční poruchy osobnosti. Léčba pacientů bývá dlouhodobá a obtížná. Farmakoterapie bývá užívána ke zmírnění příznaků, ale jednoznačné důkazy o dlouhodobém efektu chybí. Nejčastěji jsou používána antidepresiva SSRI, dále antipsychotika 2. generace a stabilizátory nálady, případně jejich kombinace. V doporučeních pro léčbu hraniční poruchy osobnosti je léčbou volby intenzivní, dlouhodobá psychoterapie (1x týdně individuální nebo 2x skupinová) v délce několika let (1–3), přičemž důkazy svědčí pro efekt kognitivně behaviorální, dialekticko-behaviorální a na schéma orientované psychoterapie.

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

Trauma a psychóza

MUDr. Barbora Mainerová

Klinika psychiatrie, LF UP v Olomouci

Fakultní nemocnice Olomouc

Mnoho retrospektivních studií poukazuje na možnou souvislost v minulosti prožitého traumatu a následným vznikem psychotického onemocnění, např. vznikem trvalých změn aktivity hypotalamo-pituitární-adrenální osy. Rovněž také subjektivní prožitky při atace psychotického onemocnění mohou dle některých autorů být natolik pro daného

jedince traumatizující, že může dojít ke vzniku posttraumatické stresové poruchy. U obou těchto onemocnění existují podobnosti v symptomatologii – pozitivní a negativní příznaky, z čehož vychází teorie psychózy a PTSD jako různých spřízněných typů reakce na traumatické události, např. teorie vzniku dysfunkčních kognitivně-behaviorálních procesů podobných u PTSD a psychózy. U psychotických pacientů se závažným traumatem v předchozí anamnéze bývá často vlastní obsah pozitivních příznaků (bludy, halucinace) nějakým způsobem v souvislosti s prožitým traumatem. Nejtěsnější spojitost se zdá být mezi vznikem psychózy a předcházejícím traumatem sexuálního charakteru, a to hlavně v dětství (spolu s fyzickým týráním), ale i v dospělosti. Studie ukazují, že existuje významná spojitost s opakovaním, závažností a délkou trvání traumatických událostí a rizikem vzniku psychózy. Porozumění těmto skutečnostem může pomoci nalézt individuální léčebné plány pro jednotlivé pacienty a zmírnit jejich možné obavy a pocity studu či viny při diagnóze psychického onemocnění.

Trauma a posttraumatická stresová porucha

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.,

MUDr. Klára Látalová, Ph.D.,

MUDr. Bc. Aleš Grambal,

MUDr. Daniela Jelenová,

MUDr. Dana Kamarádová,

Mgr. Tomáš Diveky

Klinika psychiatrie, LF UP v Olomouci

Fakultní nemocnice Olomouc

Léčba jedinců postižených traumatickou událostí se dá zjednodušeně rozdělit do dvou částí. Na léčbu člověka po traumatické události, kterou ještě nerozvinula psychická porucha (adaptační porucha, PTSD, disociativní poruchy,

depresivní porucha, úzkostná porucha nebo jiná psychická porucha, pro kterou měl jedinec dispozici), a na léčbu pacienta s již rozvinutou psychickou poruchou.

Když se klinik setká s člověkem, který byl nedávno vystaven traumatické události, nejdůležitějším přístupem je zklidnění, ujasnění, že nyní je již po traumatické události, emoční podpora. V zásadě je důležité vyjít z potřeb postiženého, pokud se mu o události mluvit moc nechce, nenutíme jej do toho, pokud mluvit chce, doprovázíme ho empaticky při líčení události a vlastních prožitků, ptáme se na emoce i na emoce, které prožívá nyní, kdy je již v bezpečí. Dalším krokem je edukace postiženého o různých možnostech, jak se sebou zacházet (např. relaxovat, mluvit o traumatu s důvěryhodnými lidmi), vycházíme však z toho, že by to mělo vycházet z jeho potřeb. Jednoduchý přístup s podporou a pochopením většiny postižených pomůže dostatečně. Pokud pacient již rozvinul psychickou poruchu, jako je například PTSD, je léčba složitější. Důležitá je pak edukace o tom, co se s ním děje a jak je možno tuto poruchu léčit. Potřebná bývá emoční abreakce v bezpečné atmosféře, emoční propracování traumatické události a často řešení problémů v životě, které v souvislosti s traumatem nebo kvůli psychické poruše vznikly. Většinou je na místě intenzivní psychoterapie a v případech depresivní poruchy či exacerbace jiné vážné přemorbidní poruchy (například schizofrenie) také psychotropní medikace.

Podpůrná psychoterapie dosahuje účinku především prostřednictvím terapeutova chování. Záleží na schopnosti empatie, autenticitě, lidsky vřelém projevu a schopnosti vyjádřit porozumění. Na počátku je potřebné navázat kontakt a vytvořit terapeutický vztah. Cílem je dosáhnout zklidnění a vnitřní stabilizace postiženého pomocí uvolnění emočního napětí. Pomáhá klid a vyrovnanost te-

rapeuta, zdůraznění, že postižený udělal dobře, že vyhledal pomoc, osobní zájem o jeho problémy, empatické naslouchání, uznání starostí a obav, umožnění odreagovat negativní emoce, vyjádření pochopení pro reakce postiženého i pokusy o řešení a nabídka společného hledání řešení. Terapeut pomáhá postiženému pochopit, jak příznaky souvisí s traumatickou událostí a aktuálními problémy v životě. Zdůrazňuje potřebu postupné emoční rekonstrukce traumatické události. Postupně pak povzbuzuje v popisu traumatické události. To se děje v průběhu několika sezení. Pacient postupně doplňuje informace a rozpomíná na detaily, které vytěsnil. Rozpomínání je spojeno se silným emocionálním doprovodem a vegetativní reakcí. K abreakci je možné také použít imaginaci traumatické události. S dostatečně vyjádřenými emocemi přichází katarze. Pacient často chápe traumatickou událost jako „trest“, hledá v ní svoje nebo cizí zavinění, selhání, cítí se jí být označen, vyloučen z lidské společnosti apod. Terapeut diskutuje s pacientem tyto významy a snaží se mu pomoci najít adaptivnější pohledy. S rozvojem psychické poruchy často souvisí celá řada problémů v životě. Mohou to být problémy v rodinných vztazích, v práci, sociální izolace apod. Terapeut pomáhá vyhledat ústřední problém a možnosti a zdroje pomoci.

Úkolem terapeuta v léčbě PTSP je pomoci oběti znovu si projít vzpomínky na traumatickou událost a zároveň vyjádřit příslušný afektivní prožitek. Dále je třeba pacienta desenzibilizovat vůči traumatickým vzpomínkám a umožnit mu znovu získat pocit kontroly nad svými prožitky. Pacient se učí nejdříve zvládat své příznaky, diskutovat se svými negativními myšlenkami, které ho obviňují nebo značkují a souvisí s nedůvěrou ke světu, exponovat se jak vzpomínkám na trauma, tak situacím, kterým se vyhýbá, relaxovat.

Podpořeno projektem IGA

MZ ČR NS 10301-3/2009

SEXUÁLNÍ PROBLÉMY DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH

Gestor: A. Žourková – čtvrtek / 14. 10. 2010 / 11.00–12.30

Ptát se, či neptat na sexuální problémy pacientů?

prof. MUDr. Alexandra Žourková, CSc.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Problémy duševně nemocných s vlastní sexualitou jsou relativně časté. **Sexualita u psychických poruch** může být narušena jak po

stránce **kvantitativní (sexuální dysfunkce)**, kdy se na etiologii podílí onemocnění samotné i jeho léčba a z ní vyplývající nežádoucí účinky, které často zasahují i sexuální oblast, tak **kvalitativní (poruchy sexuální identifikace a preference)**, kdy může být sexualita zahrnuta do základní psychopatologie klinického obrazu.

Někdy je pro psychiatra těžké odlišit sexuální problémy svých pacientů od základní psychopatologie onemocnění, sexualita může být předmětem bludů, halucinací, autoakuzací, anxiety, deprese či mánie.

Psychiatrie jako obor se začala znovu více zajímat o sexuální život svých pacientů s nástupem nových psychofarmak, kdy začala hledat

způsoby, jak jej zkvalitnit a předejít eventuálním nežádoucím účinkům léčby na sexualitu, na zjišťování výskytu sexuálních dysfunkcí a na zkoumání mechanismu jejich vzniku.

Je známo, že část psychiatrů nemá otázky sexuality svých pacientů v oblibě a vyhýbají se diskuzi o sexuálních problémech svých pacientů. Na druhé straně je nutno konstatovat, že je někdy vhodnější se na sexualitu neptat, zvláště pokud si pacient nepřeje o ní hovořit. Není také považováno za etické ptát se při prvním kontaktu na sexuální problémy pacientů, jejichž základním onemocněním není sexuální dysfunkce či poruchy sexuální identifikace nebo preference. S největší pravděpodobností by to pacientem nebylo akceptováno a byl by udiven, proč se lékař nevěnuje potížím, se kterými za ním přišel.

V interaktivní části sympozia budou kladeny otázky na témata, zda se psychiatři na sexualitu svých pacientů ptají, a pokud ne, jaké k tomu mají důvody. Část bude věnována i otázkám, proč o ní nechtějí hovořit sami pacienti.

- **Kvantitativní i kvalitativní sexuální poruchy jsou často součástí psychických poruch.**
- **Psychiatři by neměli mít zbytečný ostych před diskuzí o sexualitě pacientů.**
- **Na druhé straně není vhodné začínat psychiatrické vyšetření otázkami o sexualitě pacienta.**

Práce je podpořena

Výzkumným záměrem MŠMT 0021622404.

Sexualita u lidí s organickými duševními poruchami

MUDr. Petra Sejalová
Sexuologické oddělení, FN Brno

Přednáška se zabývá přehledem sexuálních poruch, které se mohou vyskytovat u osob trpících organickými poruchami. Vyjma obvyklých funkčních sexuálních poruch, jako je snížená sexuální touha, selhání genitální odpovědi u mužů a žen, retardovaná ejakulace, se zabýváme méně častými, ale o to problematictějšími poruchami, jako je sekundární hypersexualita a změny sexuální preference s obrazem deviantního chování u stárnoucích mužů. Přednáška je doplněna kazuistickými příklady.

Sexualita u schizofrenních poruch

MUDr. Klára Látalová, Ph.D.
Klinika psychiatrie LF UP v Olomouci
Fakultní nemocnice Olomouc

Závažnost jednotlivých symptomů schizofrenie, její socioekonomické důsledky, včetně pracovního uplatnění, dopadů na rodinné vztahy

apod. byly studovány již mnohokrát. Víceméně poněkud stranou stále zůstává problematika sexuálního chování, eventuálně sexuálních dysfunkcí, i když víme, že spokojenost v této oblasti významně zvyšuje celkovou kvalitu života. Důvody k tomuto opomíjení mohou být jednak v zaměření pozornosti psychiatrů pouze na zvládnutí psychotické symptomatologie, a/nebo neochota se otázkami spojenými se sexualitou zabývat.

Z přehledů dosavadních studií vyplývá, že je stále obtížné rozlišit, co mění sexualitu pacientů prvotně, zda onemocnění samotné či následná antipsychotická medikace, nebo zda se tyto faktory doplňují. Dalším problémem je, že většina studií byla prováděna u hospitalizovaných pacientů, jen několika málo studií se zúčastnili pacienti, kteří byli v komunitní péči. Nemáme tedy systematické přehledy o rozdílech mezi pacienty ambulantními a institucionalizovanými. Dále chybí přehledy o dopadech vyplývajících například ze socioekonomických a jiných podmínek. Určit, jaký je vliv schizofrenie na sexualitu, je obtížné z důvodu, že většina sledovaných pacientů užívá antipsychotika, která více či méně sexualitu ovlivňují. Mohou měnit sexuální chování (ovlivnění kognitivních funkcí, emotivity) nebo sexuální aktivitu (vznik sexuální dysfunkce, sedace aj.) Schizofrenii trpí přibližně 1% populace. Častěji bývají postiženi muži, navíc trpí závažnějšími projevy. První pozitivní symptomy onemocnění se u mužů projevují mezi 16. a 23. rokem, u žen mezi 22. a 26. rokem života. Adolescence a časná dospělost jsou pro získávání sociosexuálních schopností (navázání kontaktu, dvoření, udržení konverzace, učení sexuálním technikám) velmi důležitá období. Proto nižší úroveň sociálního a sexuálního (psychosociálního) chování u mužů může být částečně vysvětlena nižším věkem při nástupu onemocnění. Nízká úroveň psychosociálního chování je patrně jeden z důležitých faktorů ovlivňujících negativním způsobem sexualitu pacientů trpících schizofrenií, zejména mužů.

Sexualita u afektivních a neurotických poruch

prof. MUDr. Alexandra Žourková, CSc.
Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Depresivní porucha se projevuje jako stav spojený s nadměrným smutkem, pokleslou náladou, ztrátou zájmu o koníčky i společenský život, únavou, nerozhodností, nízkou sebedůvěrou, poruchami spánku a nezájmem o sexuální život. V rámci autoakuzací (pocitů viny) mohou pacienti sdělovat i často nevýznamné sexuální prohřešky ze svého života (masturbace, nevěra) s tím, že si za to zaslouží trpět.

U nemocných v hypománii nebo mánii je často popisována zvýšená aktivita a zvýšená sexuální apotence, rovněž i lehkomyšlnost v navazování intimních vztahů. Platí to zejména pro hypománii, protože v plně rozvinuté manické epizodě je pro nemocného charakteristické, že není schopen dokončit žádnou aktivitu pro přemíru nápadů a impulzů.

V depresivních fázích je v popředí především útlum sexuality, v hypomanických fázích pacient „rozkvétá“, jeví zvýšený zájem o sexuální život i o další příjemné aktivity.

Pacienti s úzkostnými poruchami projevují menší zájem o sexuální život, u žen byl popsán častější výskyt neuspokojivých partnerských vztahů. K etiologii akutní reakce na stres a k rozvoji posttraumatické stresové poruchy patří i sexuální viktimizace, jakou je znásilnění či pohlavní zneužívání. V pozadí disociačních poruch může stát dlouhodobé sexuální zneužívání, a to i v dětství, incestní a pseudincestní vztahy. Somatoformní poruchy přinášejí často i potíže v sexuální oblasti.

Léčba antidepressiv SSRI může způsobit sexuální dysfunkce, zvláště pokud je inhibován CYP2D6. Antidepressiva SARI, DNRI a RIMA jsou spíše „prosexuální“, lze je s výhodou podávat pacientům se sexuální dysfunkcí. Dlouhodobé podávání benzodiazepinů vede k poruchám orgazmu, antiepileptika podávaná v thymoprofylaxi rovněž někdy snižují sexuální aktivitu.

- **Snížený zájem o sexuální aktivitu je součástí depresivního syndromu.**
- **Obsahem autoakuzací mohou být i sexuální témata.**
- **U manického syndromu je časté rizikové sexuální chování.**
- **Obecně neurotické poruchy snižují kvalitu sexuálního prožitku.**
- **Intimní blízkost může přechodně redukovat anxieta.**
- **V etiologii posttraumatické stresové poruchy i disociačních poruch může hrát roli sexuální zneužívání v dětství či znásilnění v anamnéze.**

Práce byla podpořena grantem

MZ ČR NS 9676-4.

Sexualita u poruch příjmu potravy

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.
Psychiatrická klinika FN Brno

Poruchy příjmu potravy můžeme prakticky rozdělit na mentální bulimii (MB) a mentální anorexii (MA) a dále neúplně vyjádřené syndromy obou poruch a stavy příbuzné. Z hlediska sexuality je vhodné odděleně posuzovat tyto poruchy u žen a u mužů.

U žen jsou MA i MB spojeny s vyšším výskytem pohlavního zneužívání v dětství a dospívání, než je výskyt ve zdravé populaci. Do sexuality se tedy nepromítají jen psychické a somatické deficity způsobené poruchou příjmu potravy, ale i společné etiopatogenetické mechanismy. Ženy s MB a MA mají signifikantně více problémů v oblasti sexuality než ženy zdravé. U MA i MB je narušen *body image*, ženy se za své tělo stydí, považují je za „tlusté“, neforemné, nehezské a v důsledku toho se obávají intimity, vyhýbají se sexuálnímu životu. U kachektických pacientek s MA může být problémem najít sexuálního partnera, i když praxe ukazuje, že mnoho mužů je schopno sexuálně

žít s takovými partnery. U pacientek s MA nacházíme sníženou sexuální apetenci, nedostačnou fyziologickou odpověď na vzrušení, dyspareunii i problémy s dosažením orgasmu. Na těchto problémech se podílejí somatické i psychické faktory. U žen s MB bývají problémy podobné, podíl psychiky je významnější. Problémové sexuální chování nacházíme častěji u pacientek s MB.

Samostatnou otázkou je fertilita žen s poruchami příjmu potravy a vhodnost podstupování zákroků umělého oplodnění. Tato otázka daleko přesahuje rámec psychiatrie.

U mužů s poruchami příjmu potravy je problematika sexuality mnohem méně pro-

zkoumána. Zdá se, že je mezi nimi více homosexuálně orientovaných než v obecné populaci. Podobně jako u žen nacházíme sexuální dysfunkce – snížené libido, poruchy erekce a poruchy ejakulace. Fertilita bývá rovněž nepříznivě ovlivněna.

V terapii pacientů s poruchami příjmu potravy je vhodné otázku sexuality otevřít již v diagnostickém procesu. Ošetření případných sexuálních traumat je nezbytnou součástí psychoterapeutické péče. Poradenství a případnou léčbu sexuálních dysfunkcí je třeba v průběhu terapie správně načasovat, úspěšná léčba by ale toto téma měla obsáhnout.

DELIRANTNÍ STAVY V PSYCHIATRII A V NEUROLOGII

Gestor: J. Hovorka – čtvrtek / 14. 10. 2010 / 14.00–15.30

Delirium v neurologii

doc. MUDr. Jiří Hovorka, CSc.

Neurologické oddělení, neuropsychiatrické a epileptologické centrum,
Nemocnice Na Františku, Praha

Delirium je definováno jako akutní organický mozkový syndrom, etiologicky nespecifický, vzniklý na podkladě globální dysfunkce mozku.

Klinická symptomatologie deliria je tak široká a pestrá, že ve svém výčtu může neurologům sloužit jako repetitorium obecné psychopatologie.

Bezkonkurenční je i škála extrakraniálních i nitrolebních příčin deliria. Za „psychiatrickými“ příznaky se může skrývat „neurologické“ onemocnění, které vyžaduje nejen symptomatickou léčbu, ale především urgentní léčbu kauzální (CMP, KC traumata, neuroinfekce, nitrolební hypertenze, epilepsie-NCSE, nekonvulzivní status epilepticus).

Z uvedeného vyplývá diagnostická, diferenciálně diagnostická a terapeutická náročnost a závažnost této poruchy.

Delirium je jednou z nejčastějších psychiatrických poruch na somatických i psychiatrických odděleních. Výskyt na běžných somatických lůžkových odděleních se uvádí 10–15 %. Přesto, že jde o častý, život ohrožující stav s vysokým rizikem četných komplikací, zůstává delirium mnohdy nepoznané a adekvátně neléčené.

V naší práci podáváme stručnou klinickou charakteristiku deliria a prezentujeme diagnostické a léčebné zkušenosti v našem souboru 361 pacientů.

Upozorňujeme mimo jiné i na problematiku NCSE, který je zřejmě mimo neurologická pracoviště méně diagnostikován, a přitom vyžaduje zcela odlišnou léčbu, než je v léčbě deliria doporučována.

*Práce je podpořena výzkumným záměrem:
Patofyziologie neuropsychických onemocnění
a její klinické aplikace VZ 0021620816.*

Delirium z pohledu kognitivní neurologie

MUDr. Robert Rusina, Ph.D.

Neurologická klinika IPVZ
a Fakultní Thomayerova nemocnice Praha

Delirantní stavy jsou častým doprovodným příznakem neurologických onemocnění. Mezi hlavní příznaky patří časoprostorová dezorientace, neklid, agresivita, špatné soustředění i pozornost, někdy halucinace. Typické je kolísání stavu a akutní začátek.

Mohou se vyskytovat v kombinaci s dalšími behaviorálními projevy, často s neklidem. Projevy agresivity mohou plynout i z úzkosti a deprese, nebo mohou být důsledkem náhlé dekompenzace demence nebo neurodegenerativního onemocnění. Vyvolávající příčiny mohou být různé – komplikace přidružených onemocnění (diabetes, ischemická choroba srdeční aj.), interkurentní infekce či prostá (ale velmi častá a podceňovaná) dehydratace. Delirantní stav ve febrilním kontextu je vždy podezřelý z infekční etiologie (encefalitidy), častá jsou i deliria v rámci encefalo-

patií (renální, hepatická, metabolická, karenční aj). Vzácněji se může jednat o projevy epileptického syndromu nebo nitrolební expanze.

V rámci sdělení budou diskutovány nejčastější příčiny deliria a vhodné vyšetřovací postupy. Spíše než tlumení psychiatrických projevů je na místě pátrání po příčině následně kauzální terapie tam, kde je to možné (kompenzace metabolického rozvratu, antibiotická léčba, parenterální rehydratace, léčba bolesti apod).

Doporučení

- 1) Rozpoznat delirantní stav u pacienta bez psychiatrické anamnézy.
- 2) Pátrat po příčině stavu (klinické vyšetření, dle kontextu CT, EEG, interní vyšetření, vzácněji i odběr likvoru).
- 3) Pomyslet na možnost dekompenzace dosud skryté probíhající demence.
- 4) Léčit vyvolávající příčinu nebo spouštěcí faktor.
- 5) Symptomatická sedativní a/nebo neuroleptická medikace není metodou první volby, ale měla by být užívána s rozmyslem až jako přidatné opatření.

Psychiatrické konzilium u delirantního pacienta na somatickém oddělení

MUDr. Pavel Doubek

Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK Praha

Delirium je jednou z nejčastějších psychiatrických poruch na somatických odděle-

ních nemocnic. Delirium je akutní organický mozkový syndrom, etiologicky nespecifický, vzniklý na podkladě globální mozkové dysfunkce a projevuje se řadou psychických a behaviorálních příznaků. Pro pacienty trpící deliriem je charakteristická akutní zmatenost, se současným výskytem poruch vědomí, pozornosti, vnímání, myšlení, paměti, psychomotorického chování, emotivity a cyklu spánku-bdění. Výskyt na běžných somatických lůžkových odděleních se uvádí 10–15%. Delirium je přechodný stav a jeho intenzita v čase je měnlivá. V běžné klinické praxi jde o častý, život ohrožující stav s vysokým rizikem četných somatických komplikací. Přes všechna

tato fakta zůstává delirium často nepoznané a neléčené. Psychiatrické konzilium u pacienta na somatickém oddělení se prakticky vždy zabývá otázkou diferenciálně diagnostické identifikace příznaků deliria a v případě jejich přítomnosti i jeho léčbou.

Nejvýznamnějšími rizikovými faktory jsou vyšší věk, somatická onemocnění, zvl. závažné a terminální stavy, demence, pobyt v nemocnici, na jednotkách intenzivní péče, velké chirurgické operace (např. nitrohruční atd.) U pacientů ve věkové kategorii nad 65 let se výskyt deliria uvádí v 15–30% při přijetí do nemocnice a při pečlivém sledování nemocných až v 30–60% během hospitalizace na geriat-

rických odděleních, po velkých chirurgických operacích a na jednotkách intenzivní péče ve 40–60%, v pokročilých stadiích demence ve 20–40%, u terminálně nemocných pacientů v 80%, oproti tomu u malých chirurgických operací (katarakta) pod 5% a u seniorů v domácí péči okolo 3%. Delirium, zvláště pak nepoznané a neléčené, ovlivňuje negativně prognózu nemocných: oddaluje úzdravu, prodlužuje hospitalizaci, zvyšuje mortalitu a morbiditu, snižuje soběstačnost a funkční stav nemocných.

Včasná diagnostika a adekvátní léčba jsou pro pacienty trpící deliriem významnými pozitivními prognostickými faktory.

INTEGRACE BIOLOGICKÝCH, FARMAKOLOGICKÝCH A PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POHLEDŮ PŘI FORMULACI PŘÍPADU

INTERAKTIVNÍ SEKCE S VIDEOUKÁZKAMI

Gestor: J. Praško – čtvrtek / 14. 10. 2010 / 16.00–18.00

Od příběhu k diagnóze a zase zpět

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.,

MUDr. Klára Látalová, Ph.D.,

MUDr. Anežka Ticháčková,

MUDr. Daniela Jelenová,

MUDr. Andrea Kováčsová,

MUDr. Kristýna Vrbová

Klinika psychiatrie, LF UP v Olomouci

Diagnóza sama o sobě určuje terapeutický postup jen velmi orientačně. Je potřeba ji doplnit podrobnějšími informacemi. Formulace případu přesahuje diagnózu, protože zachycuje širší okolnosti. Formulace případu v psychiatrii zahrnuje diagnostický proces včetně kritického zhodnocení anamnestických dat a využití diagnostických testů, zhodnocení etiologických a patoplastických faktorů, stanovení diagnostického plánu a stanovení plánu terapeutického. Do formulace případu patří nejen problémy, příznaky a negativní a maladaptivní stránky pacientova prožívání a chování, ale také jeho „pozitivní diagnóza“, vše co umí, s čím je schopen se vyrovnat, porozumění tomu, kde je jeho síla a jaké jsou zdroje potenciální změny k lepšímu. Rozvoj psychické poruchy je pochopitelný z interakce mnohočetných rizikových faktorů. Významné

faktory mají povahu: (a) biologickou (genetické, vrozené, získané úrazy, nemocemi apod.); (b) environmentální (z okolního prostředí; výchova, vzory, životní události apod.); (c) psychologickou (charakterové rysy); (d) sociální (vliv kultury, školní třídy, kolektivu v práci, rodiny, přátel apod.).

Do formulace případu patří také širší kontext, jako je sociální síť, zdroje problémů i pomoci v okolí, reakce rodiny na pacientovy potíže a jeho reakce na jejich reakci, reakce na léčbu v minulosti apod. Patří do ní však i vývojové antecedenty pacientova stavu, biologické změny, tělesná nemoc i reakce zaměstnavatele. Formulace případu v ideálním případě znamená, že si psychiatr jasně formuluje, jakým způsobem a proč pacient funguje, jak to souvisí s tělesnými a psychickými problémy, s jeho současnou životní situací a jak to souvisí s jeho vývojem a osobností. To vše vztahuje k informacím o neurobiologii mozku a případně může svoji formulaci ověřit pomocí zobrazovacích nebo laboratorních metod. Formulace zahrnuje jak popis současného stavu problému, tak faktory, které problém spouštějí (antecedenty) a které problém udržují (následky), včetně toho, jak se tyto faktory navzájem ovlivňují. Dále musí formulace obsahovat hypotézy o tom, jak problém vznikl a jak se vyvinul, včetně predisponujících faktorů.

Tato formulace by měla sloužit jako mapa pro terapeutickou intervenci. Vzhledem k tomu, že neznáme přesně váhu jednotlivých faktorů a nemůžeme ani znát všechny podílející se faktory, je nutno formulaci případu brát vždy jako hypotézu. Způsob propojení mezi jednotlivými faktory by měl vycházet ze současných znalostí.

Podpořeno projektem IGA
MZ ČR NS 9752–3/2008.

Genetické a epigenetické vlivy v etiopatogeneze depresie, možné implikácie pre liečbu

MUDr. Andrea Kováčsová,

MUDr. Daniela Jelenová,

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.

Klinika psychiatrie, LF UP v Olomouci

Fakultní nemocnice Olomouc

Je všeobecně známo, že určité kombinácie genetickej predispozície a vplyvov prostredia môžu zvýšiť riziko pre vznik afektívnych porúch. Výskumy v oblasti biologickej psychiatrie sa v poslednom období zameriavajú na porozumenie danej kombinácie na molekulárnej úrovni. Prepojenie medzi relatívne fixným genómom a rôznorodými vplyvmi prostredia zahŕňa pôsobenie epigenetických

faktorov. Epigenetické zmeny sú dlho-pôsobiacie modifikácie vo funkcii génov nezahŕňajúce zmenu v génových sekvenciách. Závety doteraz publikovaných štúdií u animálnych modelov stresu, depresie a antidepresívnej liečby poukazujú, že epigenetická modifikácia zahŕňa najmä histónovú acetyláciu, histónovú metyláciu a DNA metyláciu, pričom skúmanými oblasťami boli gény pre BDNF (brain-derived neurotrophic factor) a GR (glukokortikoidový receptor) v hipokampe. Jedna zo štúdií u potkanov poukazuje, ako variácie v maternálnej starostlivosti o novonarodené mláďatá potkanov regulujú expresiu glukokortikoidového receptora v hipokampe potomkov, pričom efekt pretrváva do dospelosti. Výsledky farmakologických štúdií sa pokúšajú poukázať, ako by farmakologická manipulácia cestou DNA- metylácie mohla alterovať stav nálady. Úlohou budúcnosti bude bližšie objasnenie ďalších génov sprostredkujúcich účinkov dlhodobého stresu a antidepresívnej medicíny na génovú transkripciu.

Bio-psycho-sociálny model schizofrenie a formulace prípadu

MUDr. Kristýna Vrbová,

MUDr. Barbora Mainerová,

MUDr. Aneta Trčová

Klinika psychiatrie, LF UP v Olomouci

Fakultní nemocnice Olomouc

Bio-psycho-sociálny model v klinické medicíne popsaný Engelem (1977) sděluje, že samotná biochemická a biofyzikálna poškodenia nemohou dostatočne vysvetliť celú podstatu vzniku nemoci. Rozvoj ochorenia alebo poruchy je podmienený interakciou mnohých rizikových faktorov: biologických (genetická predispozícia, perinatálna poškodenia, ochorenia mozku), psychologických (charakterové vlastnosti), užších sociálnych (rodina) a širších sociálnych (školské kolektív, priatelia, vzťahy na pracovisku). Kombináciou rizikových vlivov vzniká **zraniteľnosť** a na jejím podklade v období **zátěže** pak nemoc. Mluvíme o **modelu vulnerabilita – stres**. U jedinca, ktorý je zvýšene vulnerabilný k psychotickému ochoreniu, dochádza k manifestácii psychózy teprve vlivom exogénnej záťaž. Záťažové prvky hrajú rolu **spouštěče** a jsou opět komplexní, bio-psycho-sociální. Spouštěčem mohou být traumatické životní události, užívání alkoholu a drog, stresující životní podmínky (nízký socioekonomický status, konflikty v rodině, přílišná angažovanost pečujících osob). Dále je třeba zmínit faktory, které problém **udržují**, nebo dokonce průběh ochorenia zhoršují (abúzus psychoaktívnych látok, lieková noncompliance, rodiny s vysokou mierou vyjadrovania emocií, soci-

ální izolace). Z výše uvedeného vyplývá potreba **komplexního pojetí léčby** – medicíny, nácviku technik zvládání stresu, sociální intervence.

Formulace případu v psychiatrii tedy zohľadňuje: predisponujúce faktory (bio-psycho-sociální), precipitujúce faktory/spouštěče (bio-psycho-sociální), faktory modifikujúce průběh ochorenia, komplexní přístup v terapii.

Bio-psycho-sociální pohled na diagnózu a léčbu psychosomatických a somatických onemocnění

MUDr. Marie Procházková,

MUDr. Barbora Buliková,

MUDr. Zuzana Sigmundová

Klinika psychiatrie, LF UP v Olomouci

Fakultní nemocnice Olomouc

Engelův bio-psycho-sociální koncept nemoci je dnes již ve zdravotnických systémech obecně přijímaným modelem. Z něho lze v širším pojetí pohlížet na každou nemoc jako na psychosomatickou, resp. s psychosomatickým rozměrem. Skupina ochorenia, u nichž byly psychosociální vlivy prokázány, sahá od streptokokovej infekcie přes náchylnosť k úrazum, ochorenia kardiovaskulárneho systému, metabolické revmatické choroby až po malignity.

Dodnes presto zůstává problematika psychosomatickej pro väčšinu verejnosti a často i odborné zdravotnícké komunity spíše abstraktným pojmom, obtížně konkrétněji uchopitelným v praxi. Formálně zahrnuje tzv. komplexní přístup k nemocnému s ohľadom na individuální pestrý klinický obraz na terénu jedinca genetického, osobnostního, historického, sociálního, rodinného a spirituálneho kontextu nemocného a v interakcii s ostatným makrosvetom. V rámci komplexní bio-psycho-sociální diagnózy objasňuje **neredukovaný komplexní klinický obraz nemoci** – somatické, psychické a psychosociální aspekty nemoci a etiologickú propojení medzi nimi, pričom pripojuje ke klasické orgánové-medicínskej diagnóze „**diagnózu vzťahů**“.

V súčasnosti však psychosomatická medicína v praxi, nemajíc v ČR statut samostatného lekárskeho oboru, naráža na doposud vážnou mezioborovou spoluprácu odborníkov, často jistý ostych, obavu či nechuť k intruzii do kompetenci kolegov z jiných lékařských specializací, diverzitu nomenklatur, navíc doposud v terénu nepřátelsky laděného systému zdravotní péče a insuficientního vzdělávacího systému, jenž by vedl ke zvýšení celostní kompetence somatických lékařů. Psychosomatické ambulance zůstávají zatím spíše procentuálně

nízce zastoupenou „deviací“ od „normy“. Celostní medicína jakožto integrativní obor vyššího řádu („second order discipline“) prochází napříč mnoha obory a ve smyslu dnešního psychosomatického diskurzu integruje často nejrůznější pojetí sebe sama, pričemž spoločným prvkom zůstává otázka vzťahu somatických a psychických souvislostí.

Komplexní terapie psychosomatických poruch využívá veškerý dostupný arzenál dnešní klasické moderní medicíny od farmakoterapie po rehabilitaci, doplněný o psychoterapeutickou práci a rodinnou psychoterapii vzhľadom k sociálne vzťahovému kontextu nemocného. Jde tedy o léčbu týmovou, multidimenzionální, kombinovanou, ať už integrovanou či paralelní. Psychoterapeut bere větší ohľad na tělesné prožívání a tělesnou symptomatiku, jednak pro pacientovu fixaci na tělesný původ příznaku a většinou negativní či nedůvěřivý postoj k psychoterapii, jednak pro významové porozumění řeči pacientova tělesného já. Mentalizuje tělesně prožívané, místo orientace na konflikt hledá s pacientem aktuální a adekvátní možnosti zvládání životních situací. Klade důraz na práci s tělem s cílem zvědomování, subjektivizace vlastního těla, využívá relaxační techniky, techniky experimentujícího prožívání vlastního těla, kreativní terapie. Tělesný přístup v kombinaci s interpersonální interakční psychoterapií a rodinnou terapií představuje základní specifikum psychosomatické psychoterapie.

Bio-psycho-sociální pohled na léčbu úzkostných poruch

MUDr. Dana Kamarádová,

MUDr. Bc. Aleš Grambal,

MUDr. Mgr. Tomáš Diveký

Klinika psychiatrie,

Fakultní nemocnice Olomouc

Snížení úzkosti v situacích, kterých se pacient obává, a odstranění vyhýbavého chování můžeme považovat za hlavní cíle léčby pacientů trpících úzkostnou poruchou. Zásadou úspěšné léčby je vytvoření kvalitního psychoterapeutického vztahu, čímž zajistíme dobrou spolupráci pacienta jak pro farmakoterapii, tak pro psychoterapii. Základem farmakoterapie úzkostných poruch je využití antidepresiv a anxiolytik, dále pak možno využít neuroleptik, betablokátorů, popř. kombinaci léčiv. Vysokou účinnosť v léčbě úzkostných poruch prokazuje kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Průběh KBT je možno rozdělit do dvou fází. První fáze si dává za cíl zmírnění příznaků ochorenia. K tomu slouží např. edukace, dechový trénink a interoceptivní

expozice, nácvik sociálních dovedností, expozice a kognitivní rekonstrukce a relaxace. Jednou z možností, jak přesunout odpovědnost směrem na pacienta (což je důležitou součástí KBT) je zadávání a kontrola domácích úkolů, souvisejících s terapií. Druhá fáze je zaměřená na kognitivní restrukturuaci, která si dává za cíl změnu životních postojů souvisejících s prožíváním nadměrného stresu v životě. Ve stručném přehledu není možno opomenout i často využívanou kombinaci farmakoterapie a psychoterapeutické léčby.

Biopsychosociální pohled na léčbu bipolární afektivní poruchy. Formulace případu

**MUDr. Klára Látalová, Ph.D.,
doc. MUDr. Ján Praško, CSc.,**

**MUDr. Daniela Jelenová,
MUDr. Barbora Mainerová
Klinika psychiatrie LF UP v Olomouci
Fakultní nemocnice Olomouc**

V jednostranném biomedicínckém modelu nezbyvá dostatek místa pro další, neméně důležité, psychologické, sociální či duchovní faktory lidské existence. Nové poznatky v humanitních a sociálních vědách jsou integrovány do medicíny velmi pozvolna a s obtížemi. Biopsychosociální model, propagovaný již delší dobu s představou celostněji pojeté medicíny, je častěji citovaný v odborné literatuře než realizovaný v klinické praxi, na jejíž podobu mají ekonomické faktory stále větší restriktivní vliv. Pochopení dalších nebiologických aspektů stonání, širších souvislostí či schopnost

empatie nebývají vždy samozřejmou součástí poskytované zdravotní péče. Jestliže uvažuje o příčinách vzniku bipolární afektivní poruchy, předpokládáme vzájemné působení mezi biologickými a psychosociálními vlivy, jejichž interakce ve svém důsledku vede k projevům nemoci. Tuto dispozici tvoří hypersenzitivita a vulnerabilita. Zda člověk s touto dispozicí onemocní bipolární poruchou, pak závisí na vzájemném působení nejrůznějších příčin. Na rozvoji poruch nálady se tedy rovněž podílí stres. Neznamená to však jednoduše, že stres je příčinou této poruchy. Většinou předchází vrozené nebo získané dispozice. Na formulaci případů pacientů s bipolární afektivní poruchou bude ilustrována úloha stresu jako spouštěče akutních epizod, dále bude dokumentována měnící se reaktivita vůči stresu v průběhu života.

PROTIPŘENOS V PSYCHIATRICKÉ PÉČI

Gestor: J. Rektor – pátek / 15. 10. 2010 / 9.00–10.30

Přenos a protipřenos – historie a obsah pojmu

**MUDr. Juraj Rektor
Psychosociální centrum Přerov**

Přenos – pojem i fakt jeho existence je podstatný v psychoterapii i ve všech sférách práce s lidmi. Aniž si to většinou uvědomujeme, je přenos všudypřítomný v našem každodenním životě ve všech mezilidských vztazích.

Přenos je nevědomý proces, při němž klient na terapeuta projikuje pozitivní (žádoucí) i negativní (nežádoucí) kvality, které původně patřily jiné významné osobě v klientově minulosti. Klient se pak k terapeutovi vztahuje tak, jak se vztahoval k oné významné osobě v minulosti. Jeho přítomné prožívání je nevědomě ovlivněno ranou zkušeností.

Pojem přenos pochází od S. Freuda z počátku 20. století. Freud nejdříve považoval přenos za překážku terapeutického vztahu, teprve později začal přenos chápat jako významný faktor léčby. Postupně se přenos stal ústředním tématem analytické terapie, stal se vlastně tím, co psychoanalýzu umožňuje.

Termín „protipřenos“ naopak vyjadřuje přenosový vztah terapeuta na pacienta, promítání jeho dřívější zkušenosti do terapeutického vztahu. I tento termín pochází od S. Freuda. Poprvé jej použil v roce 1910, když napsal, že protipřenos je: „výsledek pacientova vlivu na

nevědomé prožívání terapeuta“. V protipřenosu je analytikova kvalita porozumění klientovi narušena. Klient terapeutovi připomíná dřívější vztahy v jeho životě a terapeut je projikuje na klienta.

Freud se velmi snažil, aby zachoval psychoanalýzu jako čistou vědeckou metodu, a zároveň se bál, že by mohla být zneužita. Uvědomoval si, jak velkou moc může terapeut nad klientem mít. To byly hlavní důvody, proč trval na tom, že vliv analytikovy osobnosti v terapii musí být minimální. Protipřenos tak zprvu získal negativní význam. Zatímco přenos měl být v terapii zvýrazněn, protipřenos měl být minimalizován.

Postupně však došlo ke změně nahlížení na protipřenos jako na důležitý faktor vzájemného vztahu mezi klientem a terapeutem. Je považován za důležitý diagnostický nástroj, jako informace o pacientově přenosovém působení na terapeuta, stal se nástrojem pochopení klientových nevědomých procesů. Analytik musí být emočně citlivý, aby mohl sledovat pacientovu emocionalitu a jeho nevědomé fantazie. Zároveň si musí být svého protipřenosu plně vědom, aby jím terapeutický vztah nebyl ovlivňován nevědomě.

Každý, kdo pracuje v pomáhajících profesích, včetně lékařů by si měl uvědomit zákonitou přítomnost jak přenosového, tak protipřenosového procesu ve vztahu mezi ním a klientem (pacientem) a zabývat se jím jako

významným faktorem terapeutického vztahu a léčebného procesu.

Protipřenos v praxi ambulantního psychiatra

**MUDr. Jiří Berka
Psychiatrická ambulance Brno**

Přenos a jeho komplement protipřenos (tedy soubor nevědomých psychických procesů, které pacient v lékaři reaktivuje) jsou dnes považovány za normální a ubikvitní fenomény všedního dne v mezilidských vztazích.

Protipřenos lékaře vůči pacientovi může být významnou překážkou, ale také v některých případech důležitou pomocí v terapeutickém procesu.

Ve svém sdělení se nejprve zabývám jevem dosud spíše opomíjeným, a to nevědomými postoji lékaře vůči své práci jako takové. Tyto obecné postoje mohou na nevědomé úrovni výrazně ovlivňovat apriorní přístup lékaře k pacientům. Do této oblasti spadá i problematika aktuálního psychického stavu lékaře.

Dále se zabývám již konkrétními projevy protipřenosu, které jsou založeny jednak na tom, jak se pacient k lékaři vztahuje, a také na tom, jaká nevědomá očekávání lékař do pacientova případu projikuje.

Zmiňuji se také o roli zdravotní sestry, případně dalších osob, které do terapie vstupují.

V závěru uvádím možnosti zpracování a kontroly protipřenosu včetně aplikace získaných informací v terapeutickém procesu u konkrétního pacienta.

Protipřenos a farmakoterapie

MUDr. Peter Bobovnik

Psychosociální centrum Přerov

Jedným z princípov dynamickej psychiatrie je predpoklad kontinua od normality po patológiu – fakt, že my, lekári, máme s pacientami, ktorých liečime, veľa spoločného. Psychologické mechanizmy, ktoré môžeme pozorovať pri patologických stavoch, sú len rozvinutejšími princípmi normálneho vývinového fungovania. Ďalším predpokladom je možnosť mnohonásobnej determinovanosti terapeutickej intervencie – na výslednom rozhodnutí sa okrem klinickej skúsenosti a dodržiavania doporučených postupov môžu podieľať i nevedomé faktory. Predpis liekov môže byť takisto ako ktorýkoľvek iný liečebný zásah „kontaminovaný“ protipřenosem (PP). O PP v užšom zmysle hovoríme vtedy, keď sa objavujú nevyriešené konflikty z terapeutovho nevedomia – lekár zažíva pacienta ako osobu zo svojej minulosti. PP v širšom zmysle je definovaný ako situácia, v ktorej terapeut prežíva silné emócie vyvolané takým správaním pacienta, ktoré spúšťa podobné emócie u väčšiny ľudí v okolí. Podľa konceptu projektívnej identifikácie, či rolovej reaktivity je cez špecifické pacientove správanie na terapeuta vykonávaný interpersonálny tlak – prostredníctvom správania pacienta je aktivovaný jeden z vnútorných aspektov terapeuta. Je dôležité postupne definovať dominantný objektívny vzťah, ktorý pacient vykazuje a prežíva

v interakci tu a teraz. V konkordantnom PP terapeut identifikuje svoje ego s pacientovým egom (napr. rola „zlého, nechceného, rozrušeného, nedokonalého dieťaťa“). Alebo sa ego terapeuta identifikuje s pacientovými vnútornými objektami (napr. rola „trestajúceho, ovládajúceho, zvädzajúceho, perfektného rodiča“) a ide o komplementárny PP. Terapeuti si začínajú uvedomovať, že sa tieto fenomény objavujú pri pocite „nie som to ja“ – keď prežívajú akoby nekonali sami. Sú nadmieru nahnevaní, masívne úzkostní, neobvyčajne zhovievaví, atypicky znudení či excesívne voayerskí. Miesto „kontajnerovania“ a „metabolizovania“ týchto pocitov – podržania v sebe a porozumeniu, ich protipřenosem odohrávajú obrannými stratégiami – medikovaním ustanovia pocit kontroly a omnipotentnosti, uspokojenia, potrestania, vymedzenia a kastrácie, spasiteľstva a podobne. Je potrebné, aby PP nebol vnímaný iba ako prekážka, ale i ako užitočný nástroj pre porozumenie – a prostredie, v ktorom sa odohráva reálna zmena pacienta. Psychodynamický prístup takto môže obohatiť psychiatrickú prax nielen v zmysle „vykalibrovania“ a vyčistenia objektívneho terapeutického prístroja – tj. seba, ale i v zmysle udržania si schopnosti prežívať a premýšľať o pacientovi v časovo hektickom ambulantnom priestore.

Protipřenos v kognitívne behaviorální terapii

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.,

MUDr. Zuzana Sigmundová,

MUDr. Bc. Aleš Grambal,

MUDr. Kristýna Vrbová

Klinika psychiatrie, LF UP v Olomouci

Fakultní nemocnice Olomouc

K přenosu dochází v situaci, kdy terapeut reaguje komplementárním způsobem na pacientův přenos. Jediným způsobem rozpoznání protipřenosu je důsledné uvědomování si vlastních myšlenek a postojů, které ovlivňují to, jak reagujeme na pacientovo chování. Více než na kontrolování vlastních emocí je KBT terapeut trénován k tomu, aby si jich u sebe všímal a zvažoval, zda se v terapii u něj objevují a s jakými vlastními myšlenkami a postoji jsou svázány. Jakékoliv nečekané změny ve vlastním chování terapeuta na pacienta mohou být signálem nereflektované emocionální reakce. Protipřenos terapeuta může dávat informaci o celém procesu terapie. Typické problémy v protipřenosem jsou:

- Ambivalence o používání technik kvůli obavám ochlazení vztahů pacienta
- Pocit viny, hněv nebo strach z pacienta
- Pocit méněcennosti při práci s narcistickými pacienty
- Napětí v případech, že pacient je sexuálně přitažlivý
- Neschopnost stanovit hranice při pacientově sexuálně provokativním nebo nepřátelském chování
- Prodlužování jednotlivých sezení i celé terapie
- Svázanost, když pacient mluví o intimních věcech
- Hněv u pacientů, kteří telefonují mezi sezeními
- Pomlouvání pacienta před personálem apod.

*Podpořeno projektem IGA
MZ ČR NS 10301-3/2009.*

AKUTNÍ PSYCHIATRIE

Gestor: J. Mohr – pátek / 15. 10. 2010 / 11.00–12.30

Akutní neklid, agitovanost a agresivita

MUDr. Pavel Doubek

Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK Praha

Akutní neklid, agitovanost a agrese jsou průvodními behaviorálními projevy mnoha psychických poruch (schizofrenie, mánie, delirium, deprese, úzkostné poruchy, demence, intoxikace, odvykací stavy od psychotropních látek, epilepsie temporálního laloku, úrazy

hlavy apod.). Primárním úkolem je vždy zajistit bezpečnost pacienta a ostatních přítomných osob.

Akutní neklid je stav, při kterém dominuje zvýšená a neúčelná psychomotorická aktivita. Je přítomna vysoká iritabilita, přecitlivělost ke stimulům, která může vyústit až v agresivní chování. Příznaky jsou v čase proměnlivé.

Agrese je jednorázové a krátkodobé vybití vnitřního napětí násilným chováním. Rozlišujeme agrese slovní (výčitky, nadávky), agrese vůči vě-

cem (rozbíjení, demolování) a agrese proti lidem (brachiální útok).

Agresivita je navyklý způsob chování s tendencí reagovat dlouhodobě útočným, hostilním zaměřením, s vysokou pohotovostí k agresi.

Nějakou formu agitovanosti v průběhu duševní poruchy obecně můžeme pozorovat u 10–12% pacientů. U pacientů se závislostí na psychoaktivní látce ale až u 20% pacientů a u pacientů trpících afektivní poruchou ne-

bo schizofrenií dokonce až ve 30%. Prevalence vzorců násilného chování je u obou pohlaví stejná. Muži častěji při agitovanosti užívají nástroje (zbraně), a proto je jejich agitovanost a agresivita obecně považována za závažnější.

Zvládání akutního neklidu, agitovanosti a agresivity vyžaduje komplexní přístup, kdy kombinujeme nefarmakologickou intervenci, omezení pacienta a intervenci farmakologickou. Klinický průběh si často žádá jejich vzájemnou kombinaci. Základem klinické rozvahy však musí být vědomost o tom, že méně restriktivní přístupy selhávají a tím se zvyšuje riziko pro pacienta i pro jeho okolí. V klinické praxi je důležité co nejrychleji diferencovat etiologii neklidu a agitovanosti a podle toho zvolit odpovídající algoritmus léčby a tu pak dále opakovaně přizpůsobovat aktuálnímu klinickému stavu.

Suicidální jednání

MUDr. Michal Maršálek, CSc.

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Sebevražda je jednou z 10 nejčastějších příčin smrti. Nejvyšší riziko sebevražedného pokusu (TS) je mezi 15–24 lety, riziko dokonané sebevraždy nad 75 let. U 90% TS je přítomna psychická nemoc. Pohotovost k TS je ale syndrom na psychiatrických diagnózách nezávislý, společná je naopak snížená centrální aktivita serotoninu a dopaminu, dysbalance noradrenalinu, pokles cholesterolu, genetické změny (TPH LL genotyp), změny hematoencefalické bariéry (zvýšení sérových hladin S100B). Lze identifikovat společný presuicidální syndrom (beznaděj, ruminace myšlenek, sociální stažení a snížená aktivita). Za hlavní rizikové faktory sebevražednosti se považuje mužské pohlaví, sebevražedný pokus v anamnéze a přítomnost deprese. Lákavost sebevraždy spočívá v nenáročném naplánování, snadném provedení, a pokud se podaří, ve vyhnutí se odpovědnosti za čin. U osob páchajících sebevraždy bývá časté narušení exekutivních funkcí, tedy plánování, a sebevražda nabízí jednoduché dostupné řešení. Sebevražedné jednání si lze představit jako výsledek interakce biologické predispozice a projevů osobnosti (hlavně hraniční a disociální) s řadou stresových vlivů (zneužívání v dětství, ztráty majetku a blízkých osob, vážné tělesné onemocnění, psychické onemocnění, 2. generace emigrantů apod.). Jako stresor se však událost projevuje, jen pokud tak je vnímána na základě individuální dispozice. Vlastní sebevražedný akt má svou 1)

motivaci (deprese a bezvýchodnost s pocitem „nechtít být“), 2) pohotovost sebevraždy realizovat (impulzivita, agresivita) a 3) cíl (žádoucí smrt, „chtít nebýt“). Podíl jednotlivých složek je různý v různých konstelacích a mění se i v čase. Prakticky vůbec se nezkoumá sebevražda jako „poslední pokus o seberealizaci“, která je přitom nebezpečným motivem módních vln masových sebevražd. Různé psychické nemoci různým způsobem zvyšují depresivní motivaci, impulzivní realizaci, nebo obojí. Nejčastěji k tomu dochází u bipolární a smíšené deprese, schizofrenie, abúzu návykových látek, u poruch osobnosti a úzkostných stavů. Při rozhodování o dalším postupu je výhodné využít stupnice SAD PERSONS (písmena odkazují na 10 rizikových faktorů). Účinné vyšetření bez ztráty spolupráce je založeno na empatii. Kromě vyhodnocení životní situace a psychiatrické diagnózy se musí stanovit riziko realizace TS (od vágních nápadů po promyšlený plán). Vhodná léčba kombinuje farmakoterapii s variantami kognitivně behaviorální nebo dynamické psychoterapie. Ústup deprese nemá přímou souvislost s redukcí suicidality. Z biologických prostředků snižuje sebevražednost prokazatelně jen lithium a elektrokonvulzivní léčba u bipolární deprese a clozapin u schizofrenie.

Závislosti, intoxikace a odvykací stavy

MUDr. Luboš Janů, Ph.D.

Psychiatrická klinika FN Plzeň

Problematika závislostí ovlivňuje pacienty v širokém spektru medicínských oborů. Důvodem jsou nejen organické změny vlivem psychoaktivních látek (typické zejména pro alkohol), ale i význam dopadu na psychiku, tedy i chování pacienta. V psychiatrii se setkáváme s oběma vlivy. V akutní péči nás ale zajímají psychické změny a potřebná opatření, která z toho vyplývají.

Závislost je dána potřebou zvyšovat účinek látky a upřednostněním její opakované aplikace, touha po ní. Změny jsou odlišné podle jednotlivých typů látek. Zhruba je můžeme dělit podle skupin. Odvykací stavy pak představují opak intoxikací. Je velmi důležité tyto stavy odlišit. Postup léčby při alkoholovém odvykacím stavu a intoxikaci halucinogenem je velmi odlišný, přitom klinický obraz může být na první pohled podobný. Některé kombinace návykové látky a podaného léku (např. benzodiazepin u neklidného opilce) znamenají přímé ohrožení života.

Z klinického pohledu jsou přesné terapeutické zásahy velmi spolehlivé, leckdy život zachraňující. V prezentaci bude probrán klinický obraz jednotlivých stavů a praktická doporučení pro akutní léčbu. Interaktivní formou budou sjednoceny praktické terapeutické postupy. Cílem přednášky je ujištění v této oblasti a předání jednoduše použitelných postupů pro akutní zásah. Okrajově budou zmíněny motivační postupy pro další léčbu.

Akutní polékové stavy a lékové interakce

doc. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

Psychiatrické centrum Praha

3. LF UK v Praze

Centrum neuropsychiatrických studií

Mezi nejčastější akutní stavy v psychiatrii patří iatrogeně navozené situace v souvislosti s farmakoterapií. Předepisující lékař musí vzít do úvahy celou řadu faktorů: individuální dispozici pacienta (věk, pohlaví, tělesné charakteristiky včetně variabilního genotypu), jeho aktuální somatický stav, farmakokinetiku a farmakodynamiku léčiva, profil nežádoucích účinků, farmakologickou anamnézu, konkomitantní medikaci, faktory prostředí aj. Míra závažnosti akutních stavů vyvolaných farmakou může být v rozmezí od mírných a přechodných příznaků až po život ohrožující stavy. Vedle dobré znalosti kompletního spektra nežádoucích účinků psychofarmak a algoritmů změny léků musí lékař spolehlivě ovládat diferenciální diagnostiku takových akutních stavů, jako je intoxikace, abstinční stavy, delirium, potenciální lékové interakce (nejen s psychofarmakem) či idiosynkratické reakce (např. neuroleptický maligní syndrom). S nástupem nových psychofarmak se stávají méně častými dříve typické akutní stavy (např. neurologické symptomy po neuroleptikách či anticholinergní účinky antidepresiv), jejich spektrum se mění anebo se na některé pozapomíná (serotoninový syndrom, syndrom z vysazení u antidepresiv), s narůstající polyfarmacií u psychiatrických pacientů narůstá také riziko nežádoucích lékových interakcí.

Doporučení pro praxi

- Individualizace volby farmaka
- Znalost profilu nežádoucích účinků
- Znalost farmakokinetiky a farmakodynamiky
- Vyvarovat se nežádoucích lékových interakcí

*Podpořeno výzkumnými projekty
CNS 1M0517 a MZOPCP2005.*

KONZILIÁRNÍ PSYCHIATRIE

Gestor: J. Ticháčková, J. Praško – pátek / 15. 10. 2010 / 13.30–15.30

Psychoterapie a farmakoterapie v konziliární psychiatrii – specifika a zásady

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.,

MUDr. Anežka Ticháčková,

MUDr. Klára Látalová, Ph.D.,

MUDr. Bc. Aleš Grambal,

MUDr. Barbora Mainerová

Klinika psychiatrie, LF UP v Olomouci

Fakultní nemocnice Olomouc

Psychoterapie: V prostředí somatické medicíny bývají v psychoterapii užitečné časově limitované přístupy. Psychoterapeutický přístup v konziliární psychoterapii je většinou eklektický a opírá se o různé terapeutické směry a přístupy. Je důležité, aby kroky psychoterapie byly praktické, jednoduché, orientované na každodenní problémy, které se vyskytují zde a nyní. Nejdůležitější je zaměřit se na problém, který je možné v dohledné době vyřešit. Práce na hlubších změnách osobnosti se pro tyto podmínky nehodí. Někdy je však potřebné se rozhodnout pro další pokračování psychoterapie s hlubší prací na osobnostních rysech nebo dovednostech pacienta v době, kdy je léčba tělesné nemoci ukončena nebo přenesena z hospitalizace do domácích podmínek. Obranné mechanismy, jakkoliv mohou být oslabené v době tělesné nemoci, je potřeba respektovat a podpořit, protože jsou vesměs užitečné pro zvládnutí aktuální krize. Krátkodobé přístupy, ať jsou psychodynamicky nebo kognitivně behaviorálně orientované, většinou reprezentují pečlivě propracovaný souhrn intervenčních technik, které se snadno adaptují pro konziliární podmínky. Cílem podpůrné terapie je dosažení symptomatického zlepšení stavu a změny pacientova jednání. Je vhodnou součástí léčby např. u chronických somatických chorob, jejichž úplné vyléčení není reálné, ale nemocnému je přesto třeba pomoci, aby snášel lépe své utrpení. Stejně tak u mnohých pacientů s duševní poruchou je vhodně zvolená dlouhodobá podpůrná psychoterapie přínosem. V podpůrné psychoterapii se používá konverzační styl práce. Pacient i terapeut střídavě mluví, ale otázky ze strany terapeuta nepřevažují. Techniky podpůrné psychoterapie zahrnují uklidnění, vysvětlení, zpětnou vazbu, edukaci, sugesci, nácvikové techniky, řešení problémů.

Farmakoterapie: Dosud neexistují přesné formulace specifických farmakologických postupů léčby psychických poruch při závažných tělesných onemocněních. Proto se v klinické praxi řídíme obecnými terapeutickými přístupy k léčbě depresivních, úzkostných a psychotických poruch, s přihlédnutím k možným indikacím a kontraindikacím jednotlivých léčebných postupů. Některá psychofarmaka mohou být u somaticky nemocných problematická, zejména pokud zpomalují síňo-komorové vedení, snižují epileptický práh, jsou podávána při postižení ledvin či jater, mají interakce s podávanou medikací nebo zesilují svými nežádoucími účinky příznaky nemoci samotné či nežádoucí účinky somatické medikace.

Podpořeno projektem IGA

MZ ČR NS 9752–3/2008.

Možnosti psychoterapie a farmakoterapie při konziliích v interních oborech

MUDr. Barbora Buliková,

MUDr. Zuzana Sigmundová,

MUDr. Radim Kubínek

Klinika psychiatrie, LF UP v Olomouci

Fakultní nemocnice Olomouc

Psychiatri se často v rámci své praxe setkává se žádostí o konziliární vyšetření. Stává se tak partnerem pro lékaře specializovaných oborů, s nimiž pak spolupracuje na řešení interakcí psychických a tělesných příznaků pacienta. Udává se, že psychiatrické konziliární vyšetření je odborníky ze somatických oborů požadováno u 3–5 % pacientů léčených ve všeobecné nemocnici.

Na půdě interní medicíny patří k nejčastěji zkoumaným kardiovaskulární choroby. Tato onemocnění jsou významným problémem současné zdravotní péče a mají značný hospodářský dopad. Mezi psychickými faktory a kardiovaskulárními chorobami existuje vzájemný, obousměrně komplexní vztah. Při bližším pohledu na vztah kardiovaskulárních onemocnění a depresivních poruch se zdá, že deprese může být jak příčinou, tak následkem tělesného onemocnění. Depresivní potíže lze u kardiologických pacientů léčit účinně a bezpečně. K tomuto zejména slouží antidepressiva ze skupiny SSRI (největší publikovanou studií v populaci nemocných po infarktu

myokardu byla studie SADHART – Sertraline Antidepressant Heart Attack Randomized Trial). Tricyklická antidepressiva nejsou vhodnou volbou pro užití, a někteří je dokonce považují za kontraindikovaná. Prokazatelně totiž zvyšují mortalitu nemocných, kteří trpí kardiovaskulárním onemocněním. Benzodiazepiny nemají specifický kardiální účinek. Existují i studie, kde byla využita psychoterapie. Překvapivě výsledky měla zejména studie ENRICHED (Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease).

Nicméně pokud je léčba zahájena, musíme věnovat pozornost nežádoucím účinkům (kardiovaskulárním u psychofarmak a naopak psychickým u kardiologické léčby) a interakcím použitých farmak.

Mezi činnostmi gastrointestinálního traktu a psychickými procesy existuje také úzká vazba. Symptomy anxiety a deprese sehrávají významnou úlohu u funkčních gastrointestinálních potíží a mají také dopad na prognózu, léčbu a kvalitu života u pacientů trpících organickými poruchami gastrointestinálního traktu.

Možnosti psychoterapie a farmakoterapie při konziliích v pediatrii

MUDr. Daniela Jelenová,

MUDr. Martina Hunková,

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.

Klinika psychiatrie, LF UP v Olomouci

Fakultní nemocnice Olomouc

Pedopsychiatrická konzilia na pediatrii jsou žádána především u adolescentních pacientů, kdy důvodem bývá úzkost pacienta, plačtivost, smutek, nespokojenost při léčbě, diagnosticky nejasné projevy (záchvaty, poruchy hybnosti) a nápadnosti v chování. Nejčastějšími somatickými diagnózami u psychiatricky vyšetřovaných pacientů jsou chronická somatická onemocnění, bolesti břicha či hubnutí, intoxikace léky, kolapsové stavy a onkologické diagnózy. Častým psychiatrickým závěrem jsou poruchy přizpůsobení (reaktivní úzkostně-depresivní nebo depresivní porucha nezřídka v souvislosti s chronickým somatickým onemocněním), poruchy chování, úzkostné poruchy a poruchy příjmu potravy.

Zahraniční výzkumy popisují až u poloviny klientů ambulantní psychoterapie zlepšení psy-

chického stavu již před prvním sezením; až 40 % klientů se rozhodne psychoterapii ukončit již při prvním nebo druhém sezení. Jednorázový kontakt s dětským pacientem tedy nabízí smysluplný prostor pro psychoterapii. Psychoterapeutický přístup k dítěti v krizové situaci musí být aktivní, strukturovaný, poskytující přímou pomoc dítěti a rodičům. Podpůrná psychoterapie si klade za cíl pomoci pacientovi zvládnout krizovou situaci cestou citového „odbřemnění“, porozumění, rady a činu. Výsledkem podpory v krizi je překonání krize, podstatné odeznění příznaků a zkušenost klienta, kam se může obrátit o pomoc v případě nového objevení těžkostí. Mezi hlavní techniky podpůrné psychoterapie u dětí patří přiměřený způsob navázání vztahu (cestou hry, neverbálních technik, arteterapie, imaginace), aktivní naslouchání, povzbuzení a pochvala (posílnění adaptivnějšího chování, spolupráce v léčbě, podpora vztahu), validizace úzkosti (ubezpečení, že úzkost je normální a pochopitelná adaptační reakce na stres), konfrontace (upozornění na neuvědomované vzorce chování, myšlenky nebo emoční reakce), vysvětlení a interpretace (edukace, objasnění souvislostí, např. mezi chováním pacienta a reakcemi ostatních), učení, nácvik (nácvik komunikace, vytváření nových návyků – plánování, ozřejmění adaptivnějších postupů řešení, relaxace).

Z **farmakoterapeutických** možností se v konziliární pedopsychiatrii využívá především léků ze skupiny antidepresiv (SSRI – sertralin, fluvoxamin; mianserin; TCA – imipramin), antipsychotik (risperidon, olanzapin, haloperidol) a anxiolytik (buspiron, hydroxyzin, ev. benzodiazepiny – alprazolam, clonazepam). Z ostatních skupin psychofarmak se používají také thymoprofylaktika a psychostimulancia. Hypnotika se raději nahrazují antihistaminiky (promethazin, bisulepin), ev. benzodiazepiny (diazepam).

Možnosti psychoterapie a farmakoterapie při konziliích na neurologii

MUDr. Radim Kubínek,

MUDr. Andrea Kováčsová,

MUDr. Dana Kamarádová,

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.

Klinika psychiatrie, LF UP v Olomouci

Fakultní nemocnice Olomouc

Asi 12 % pacientů hospitalizovaných na neurologii vyžaduje psychiatrickou intervenci. Mezi nejčastější neurologické poruchy doprovázené psychiatrickou komorbiditou patří epilepsie, cévní mozková příhoda, trauma mozku, roztroušená

skleróza, Parkinsonova nemoc, Huntingtonova nemoc, tumory mozku, Lymeská borelióza a demence. Z psychiatrických diagnóz doprovázejících ty neurologické se nejčastěji stanovuje deprese, úzkostné poruchy, agitace, delirantní stavy, disociativní poruchy a somatoformní poruchy. Úkolem psychiatrického konziliáře je spolupodílet se na diagnostice, rozpoznat psychiatrickou komorbiditu, zhodnotit stav, závažnost symptomů a terapeutické možnosti a ty pak synchronizovat s léčbou neurologickou. Základním předpokladem je citlivý psychoterapeutický přístup k nemocnému. V zásadě každá intervence psychiatrického konziliáře s pacientem na somatickém oddělení má psychoterapeutický potenciál. Důležitá je volba časově limitovaných přístupů, jejichž základem bude laskavost, empatie, přijetí, podání informací a vysvětlení smyslu navrhovaných opatření, umožnění vyjádřit emoce, pomoci se zorientovat v situaci. Zaměřujeme se vždy na problém, který je možné v dohledné době vyřešit, případně se v prvním kontaktu snažíme pacienta získat pro další léčbu po skončení hospitalizace na neurologii. Součástí psychoterapie je edukace ošetřujícího personálu o tom, jak rozumět a zacházet s pacientem trpícím psychickými obtížemi. Co se týče farmakoterapie, snažíme se o co nejefektivnější a nejbezpečnější využití psychofarmakologických prostředků, s ohledem na možné nežádoucí účinky; v neurologii nejčastěji prokonvulzivní a extrapyramidové účinky některých antipsychotik a kognitivní důsledky anticholinergik a benzodiazepinů. Také dbáme na odstraňování některých nešvarů, zejména na neopodstatněné užívání nootropik, nadbytečné užívání benzodiazepinů a hypnotik či poddávkování či chybná titrace antidepresiv a antipsychotik.

Možnosti psychoterapie a psychofarmakologie v rámci psychiatrických konzilií na onkologii a hematologii

MUDr. Anežka Ticháčková,

MUDr. Barbora Mainerová,

MUDr. Aneta Trčová,

MUDr. Klára Látalová, Ph.D.,

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.

Klinika psychiatrie, LF UP v Olomouci

Fakultní nemocnice Olomouc

I když mnoho lidí věří, že psychologické faktory hrají významnou roli při vzniku rakoviny a její progresi, zatím jasné vědecké důkazy o vztahu psychologických faktorů

a onkologických nebo hematologických onemocnění zůstávají kontroverzní. Ve dřívějších epidemiologických studiích bylo nalézáno vyšší zastoupení deprese před objevením se onkologických onemocnění, pozdější metaanalýzy to však neprokázaly. Zdá se však, že deprese může zhoršovat průběh nádorového onemocnění nepřímo tím, že vede k horší živototvorbě (včetně kouření a abúzu alkoholu), horší kontrole bolesti, horší spolupráci v léčbě a menšímu hledání pomoci, nedá se však říci, že by byla faktorem, který vede k jeho rozvoji. Onkologické onemocnění vede k pochopitelným obavám z utrpení, bolesti, strachů o vlastní život a o dopad na rodinu. Dále téměř vždy, i když se život nemocného podaří zachránit, nepříznivě ovlivňují kvalitu života. V průběhu diagnózy a léčby nádorového onemocnění prochází nemocný chronologicky několika obdobími: prediagnostickým, diagnostickým, počátečním léčebným, po léčbě, dobou recidivy onemocnění, progresu nemoci a terminálním nebo paliativním obdobím. Tato období mohou být doprovázena různými adaptivními nebo maladaptivními reakcemi. V prediagnostickém období, kdy se poprvé objevuje otázka, zda jde či nejde o nádorové onemocnění, pacienta napadají obavy z bolesti, znetvoření, závislosti, handicapu, izolace a smrti. Je to období nejistoty, čekání na výsledky, úzkosti, doufání, bagatelizace i popírání. V období stanovené diagnózy v ideálním případě lékař sděluje diagnózu, pracuje důstojně a beze spěchu, s realistickým potvrzením naděje a potvrzením, že bude pacientovi pomáhat a udělají spolu vše nejlepší, co je možné. Nemocný může prožívat šok, popírat skutečnosti, zlobit se a chovat hostilně, může docházet k projevům úzkosti a narušení spánku. Obávat se postižený může celé řady věcí: vyšší závislosti na okolí, změny tvaru těla, nutnosti omezit životní aktivity, ztráty sebevědomí a prestiže. Normální psychologická reakce je charakterizována třemi fázemi (Massie a Holland, 1989): (1) fáze popření; (2) akutní fáze zmatku a neklidu; (3) fáze adaptace. Často nejdříve začne nemocný pochybovat o tom, že diagnóza byla stanovena správně. Chce věřit tomu, že se lékaři spletli, stala se nějaká chyba apod. Může následovat období úzkosti a neklidu, kdy se objevují myšlenky na smrt a nemoc, nemocný je podrážděný, nesoustředěný, mívá úzkostné a depresivní nálady, nespavost a nechutenství. Obavy z budoucnosti ho mohou zahltnat natolik, že se není schopen věnovat každodenním činnostem. Většinou toto období trvá jeden až

dva týdny. V následujícím období se většinou nemocný adaptuje na realitu závažné nemoci. Pokud depresivní příznaky trvají déle než 2 týdny nebo jsou závažné, případně se objevují sebevražedné myšlenky, je na místě psychiatrická konzultace. Pacient může prožívat hněv, chovat se hostilně a vztahovačně. Může se zlobit na sebe i na druhé, mít pocity viny, cítit se perzekuován. Nekonfrontační laskavý a přitom pevný přístup ošetřujícího lékaře pomáhá toto prožívání zvládnout. Příznaky většinou dosahují závažnosti poruch přizpůsobení, obvykle s úzkostnou nebo depresivní reakcí. Krizová psychotherapeutická intervence s anxiolytiky anebo SSRI většinou vede k ústupu příznaků a zkracuje období projevující se úzkostí, smutkem, agresí, zmatkem, neklidem nebo podrážděností. Když je dokončená počáteční léčba, je pacient vystaven obavám z návratu nemoci. Dokonce i v situacích, že léčba dopadla velmi dobře a riziko recidivy je minimální, může mít pacient strach, že tomu tak není. Řada pacientů má strach, zda jsou kontrolováni dostatečně, zda lékař nepřehlédl známky recidivy. Někdy se stávají monitory každého příznaku či bolesti.

Léčba psychotherapií a/nebo psychofarmakoterapií může pacientovi pomoci v akceptaci onkologické diagnózy, pomoci mu adaptovat se na léčbu, podpořit jej v rozhodování o alternativách léčby, překonat obavy a strach, zmírnit depresivní prožívání nebo popření a posílit jeho schopnost zvládat onkologickou léčbu. V systematických studiích individuální psychotherapie, behaviorální terapie a skupinová psychotherapie vedly ke snížení stresu u pacientů s nádorovým onemocněním. Behaviorální programy a hypnóza vedly ke snížení úzkosti, bolesti, nauzey a zvracení. Některé práce účinek na delší přežití potvrzují, většina prací však tento efekt nenalézá. Souhrnně se dá říci, že

prospěch psychosociálních intervencí pro snížení stresu a zlepšení kvality života je zřetelný a jasný, ovšem význam těchto intervencí pro zvýšení imunity a dosažení delší doby přežití je zatím nejasný.

*Podpořeno projektem IGA
MZ ČR NS 10301-3/2009.*

Umírající pacient a psychotherapie

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.,

MUDr. Anežka Ticháčková,

MUDr. Andrea Kováčová,

MUDr. Dana Kamarádová,

MUDr. Daniela Jelenová,

MUDr. Barbora Mainerová,

MUDr. Zuzana Sigmundová

Klinika psychiatrie, LF UP v Olomouci

Fakultní nemocnice Olomouc

V péči o umírající pacienty je potřebné rozšířit tradiční roli lékaře v řadě oblastí. V poslední době má stále aktivnější roli v učení pacienta, rodiny i zdravotního personálu, jak zacházet s depresí, úzkostí, deliriem, bolestí a psychologickým stresem. Důležitou roli hraje také při práci se smutkem, zvládnutí sociálních, psychologických, etických a spirituálních problémů, které mohou komplikovat proces umírání. Pomáhá pacientovi unést prognózu, probrat léčebné možnosti včetně paliativních zákroků. Speciální úlohu v léčbě umírajících má lékař v diagnostikování a terapii komorbidních psychických poruch, které mohou komplikovat průběh terminálního onemocnění. Další role lékaře je učení zdravotního personálu o psychologických a psychiatrických aspektech procesu umírání. Často i přes léta práce s umírajícími má zdravotní personál jen minimální zkušenosti s tím, jak mluvit s umírajícím. Nedostatek zkušeností vede typicky k vyhýbání se diskuzím. Pacient zůstává se svojí existenciální krizí osamoceny. Někteří pacienti s terminálním onemocně-

ním si udržují silné popření a nepřejí si diskutovat svoje pocity, jiní naopak chtějí hodně o své situaci mluvit. Jedním z úkolů psychiatra je najít nejlepší strategii pro konkrétního pacienta. Primárním psychologickým problémem při anticipačním smutku je prožívání ztrát vzniklých jak samotnou nemocí, tak ztrát, které souvisejí s odchodem ze života. Pocity ztráty kontroly je zažíván se zhoršováním příznaků nemoci. Projevy blízkosti a lásky od druhých pocity ztráty snižují.

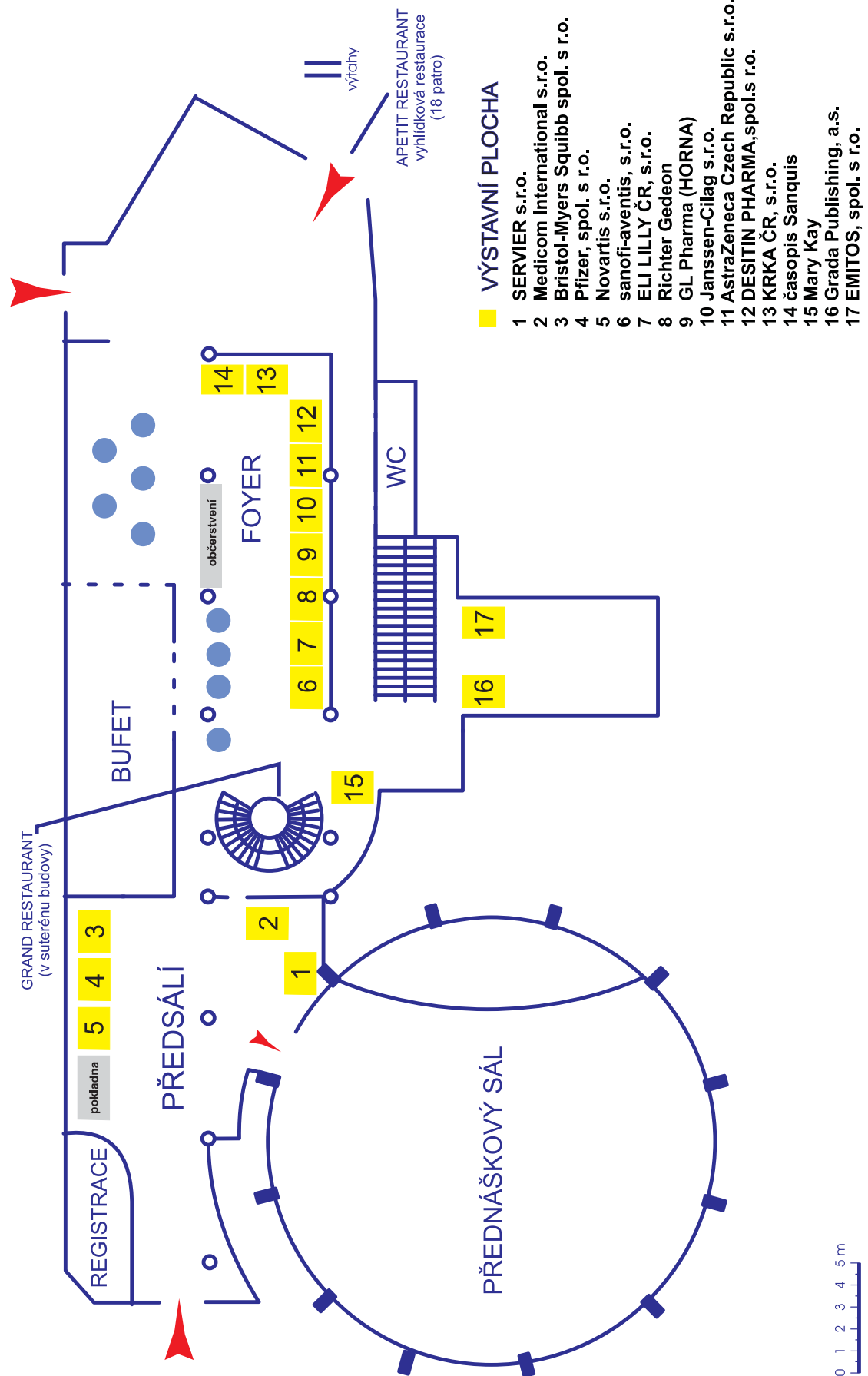
Adaptační poruchy s úzkostnou náladou souvisí s přizpůsobením k existenciální krizi a nejistotou prognózy a budoucnosti. Úzkost související se samotnou nemocí je často důsledkem nedostatečně kontrolované bolesti. Jakmile se podaří bolest snížit, sekundární úzkost nejčastěji odeznívá. Poruchy metabolismu, jako je hypoxie, sepse u horečky a delirium, mohou vést také k úzkosti a neklidu. Někdy jsou příčinou úzkosti podávané kortikoidy. Ve farmakoterapii se primárně používají benzodiazepiny, antipsychotika, antidepresiva a opioidní analgetika. Pro poskytování psychologické podpory je vhodná suportivní, na krizi orientovaná psychotherapie. Psychiatr musí být schopen diskutovat význam informací o zdravotních problémech a léčebném plánu, naslouchat pacientovým strachům, obavám a stížnostem a podpořit adaptivní cesty k zvládnutí.

Prevalence depresivní poruchy u nemocných s rakovinou byla v různých studiích od 4,5 % do 58 %. Zhodnocení organických faktorů by mělo předcházet léčbě. Depresivní nálada a smutek mohou být také psychologickou reakcí na terminální onemocnění a očekávání smrti. Pro zvládnutí deprese u terminálně nemocných pacientů je optimální použití kombinace suportivní psychotherapie, kognitivně behaviorálních technik a antidepresivní medikace.

*Podpořeno projektem IGA
MZ ČR NS 10301-3/2009.*

Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci PSYCHIATRIE PRO PRAXI – VII. konference ambulantních psychiatrů

14.–15. 10. 2010, REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC



POŘADATELÉ

- Psychiatrická klinika FN Olomouc
- Sdružení ambulantních psychiatrů
- Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

PSYCHIATRIE PRO PRAXI

VII. konference ambulantních psychiatrů

14.– 15. října 2010, Olomouc

PARTNEŘI

AstraZeneca Czech Republic s.r.o.

Bristol-Myers Squibb spol. s r.o.

DESITIN PHARMA, spol.s r.o.

GL Pharma (HORNA)

ELI LILLY ČR, s.r.o.

Janssen-Cilag s.r.o.

KRKA ČR, s.r.o.

Medicom International s.r.o.

Novartis s.r.o.

Pfizer, spol. s r.o.

Richter Gedeon Vegyészeti Gyár Nyilvánosan Működő Rt.

SERVIER s.r.o.

sanofi-aventis, s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

Psychiatrie
pro praxi

GRADA

MEDICAL
TRIBUNE

GALEN

portál

maxdorf

NAKLADATELSTVÍ TOMÁŠE JANEČKA
E M I T O S

FLORENCE
ČASOPIS MODERNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ

SANQUIS®