

25. celostátní sympozium

DUŠEVNÍ ZDRAVÍ MLÁDEŽE



SBORNÍK ABSTRAKT

9.–10. listopadu 2012
Hotel Continental, Brno

Psychiatrická klinika FN Brno a MU

ISBN 978-80-7471-010-0

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

POŘADATELÉ

- Psychiatrická klinika
FN Brno a MU

SOLEN
MEDICAL EDUCATION**25. celostátní symposium
DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
MLÁDEŽE****9.–10. listopadu 2012, Brno****Pořadatel***Psychiatrická klinika FN Brno a MU***Prezidentka sympozia***prof. MUDr. Ivana Drtílková, CSc.***Programový výbor***MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.**PhDr. Alena Fiřová, Ph.D.**MUDr. Jana Najmanová**MUDr. Václav Krmíček***Čestné předsednictvo***prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.**doc. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.**doc. PhDr. Jana Kocourková**doc. MUDr. Eva Malá, CSc.**doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.**doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.**doc. MUDr. Igor Škodáček, CSc.**MUDr. Ján Šuba***Organizátor***SOLEN, s. r. o.***Kontaktní osoba:***Mgr. Hana Danyi**582 396 038, 724 048 902, danyi@solen.cz*

Pátek 9. listopadu 2012

Od 8.00 Registrace účastníků

9.00–9.45 Slavnostní zahájení

9.45–11.00

I. blok

předsedající: prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc., doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

- Nové poznatky o biologických základech poruch chování u dětí a adolescentů – Paclt I., Trefilová A., Cermáková N.
- Existuje u ADHD geneticky podmíněná dispozice k úzkosti? – Drtílková I., Neumannová M., Theiner P., Fiřová A., Lochman J., Častulík L., Šerý O.
- Vývojové trauma v návrhu pro DSM-V: reflexe klinických diagnostických a terapeutických zkušeností – Štěpánek P., Schmidtová J., Čermák I.
- Emoční vývoj v dětství – Malá E.

11.00–11.30

PŘESTÁVKA S OBČERSTVENÍM

11.30–12.45

II. blok

předsedající: prof. MUDr. Ivana Drtílková, CSc., doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.

- ADOS jako zlatý standard diagnostiky autismu – úvod do problematiky – Hrdlička M., Dudová I.
- ADOS jako zlatý standard diagnostiky autismu – praktické zkušenosti – Dudová I., Hrdlička M.
- ADHD symptomy u poruch autistického spektra – jak diagnostikovat a léčit? – Stárková L.
- Sourozenci onkologicky nemocných dětí: subjektivně vnímané změny v životě 3–9 měsíců po stanovení diagnózy nemocnému sourozenci – Kárová Š., Blatný M., Jelínek M., Kepák T., Tothová K.

12.45–13.45

POLEDNÍ PAUZA

13.45–14.45

III. blok

předsedající: doc. MUDr. Eva Malá, CSc., MUDr. Ján Šuba

- Činnost srdce ve vztahu ku závažnosti depresie – Tonhajzerová I., Ondřejková I., Farský I., Višňovcová Z., Chládeková L., Čalkovská A., Javorka M.
- Elektrodermální aktivita a její využití v psychiatrii – Višňovcová Z., Ondřejka I., Tonhajzerová I.
- Efektivita neurofeedbacku u ADHD – Šlepecký M., Novotný M.

14.45–14.50

PŘESTÁVKA

14.50–15.35

IV. blok**předsedající: doc. MUDr. Ingrid Tonhajzerová, Ph.D., MUDr. Kamil Janhuba**

- Arteterapie u pedopsychiatrických pacientů se zrakovým postižením – Stejskalová M.
- Koncept smrti u suicidálních adolescentů – Kocourková J., Koutek J.

15.35–16.05

PŘESTÁVKA S OBČERSTVENÍM

16.05–17.05

V. blok**předsedající: MUDr. Iva Dudová, Ph.D., MUDr. František Čihák**

- ADHD a poruchy spánku u dětí – co víme? – Příhodová I.
- 24 hodin denne s ADHD – Šnircová E., Ondrejka I.
- 5 roků nestimulační léčby ADHD na KDP v Bratislavě – Šuba J., Bohmer F.

17.05–17.10

PŘESTÁVKA

17.10–18.00

Workshop I**koordinátor: MUDr. Kamil Janhuba**

- Neuropsychiatrické komplikace v léčbě somaticky nemocných dětí – možnosti a limity liaison pedopsychiatrie – Janhuba K.

20.00

SPOLEČENSKÝ VEČER**Sobota 10. listopadu 2012**

8.30–9.20

Workshop I / salonek**koordinátor: MUDr. Miroslav Novotný**

- Cogmed – počítačový trénink pracovní paměti a možné využití k ovlivnění symptomů ADHD – Novotný M., Škobrtal P.
- Vliv tréninku pracovní paměti na kognitivní funkce a symptomy u psychických poruch – Škobrtal P.
- Počítačová diagnostika ADHD – Žilínčík T., Novotný M.

8.30–9.20

Workshop II / přednáškový sál**koordinátor: PhDr. Antónia Kotiánová**

- Využití neurofeedbacku v klinické praxi – Kotiánová A., Šlepecký M., Novotný M.

9.20–9.30

PŘESTÁVKA

9.30–11.00

I. blok**předsedající: Mgr. Jana Pejčochová, MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.**

- Skupinová psychoterapie dívek s mentální anorexií – Najmanová J.
- Zachycení změny v denících a obrazech v procesu psychoterapie u mnohočetně traumatizované dívky – Schmidtová J., Štěpánek P., Čermák I.

- Práce sestry na pedopsychiatrickém oddělení – Dohnalová J.
- Jóga pro děti (oční, dechová), jako forma terapie v dětských psychiatrických léčebnách – Hnízdilová O.

11.00–11.30

PŘESTÁVKA S OBČERSTVENÍM

11.30–13.15

II. blok

předsedající: MUDr. Jana Najmanová, MUDr. Jana Schmidtová

- Děti s ADHD – Rosenbergerová T.
- Terapeutické intervence u dětí s kórtavostí – Pejčochová J.
- Emoce hnusu u OCD – Theiner P.
- Role psychologického vyšetření v diagnostice psychóz dospívajících – Fiřová A.

13.15

SLAVNOSTNÍ ZAKONČENÍ SYMPOZIA

I. blok

Předsedající: prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc., doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

pátek / 9. 11. 2012 / 9.45–11.00

Nové poznatky o biologických základech poruch chování u dětí a adolescentů

Paclt I., Trefilová A., Cermáková N.

Psychiatrická klinika VFN Praha

Genetické faktory jsou prominentní u pacientů s dlouhodobým průběhem poruchy, kdy porucha chování je patrná již od časného dětství, spojitost s agresivitou je zřejmá zejména u polymorfismu MAOA, v tomto případě potencuje gen vlivy prostředí několikanásobně. U těchto pacientů je nízký serotonin, nízký noradrenalin, vysoký testosteron. Je u nich nízký arousal a další projevy převahy parasympatiku, např. pomalá tepová frekvence. Nízký arousal koreluje s nízkým kortisolem. Zvýšení kortisolu predikuje klinické zlepšení a méně agresivity. Stimulancia zvyšují arousal a kortisol a redukuje agresivitu. Autoři prezentují některé vlastní výsledky výzkumu hyperaktivity, poruch chování a impulzivitu vycházející z uvedených paradigmat.

Existuje u ADHD geneticky podmíněná dispozice k úzkosti?

Drtílková I., Neumannová M., Theiner P., Fiřová A., Lochman J., Častulík L., Šerý O.

Psychiatrická klinika FN Brno

a LF Masarykovy univerzity v Brně

Úvod: V odborné literatuře existuje shoda v údajích o vysoké prevalenci komorbidních úzkostných poruch u ADHD. V dětském věku je

komorbidní úzkost přítomna cca u 35 % případů ADHD, u dospělých s přetrvávajícími symptomy ADHD se její výskyt zvyšuje až na 50 %, poněkud více u žen než u mužů. Významnou roli může hrát genetická dispozice, v mnoha případech se různé typy úzkostných poruch vyskytují u rodičů dětí s ADHD i v širší rodině. Typická symptomatologie ADHD (hyperaktivity, porucha pozornosti a impulzivita) je spojována především s polymorfismy dopaminergních genů a s geny ovlivňujícími neurovývojový proces mozku. Novější molekulárně-genetické studie zaměřují pozornost také na varianty DNA genů serotoninového systému, které by mohly hypoteticky ovlivňovat vývoj emoční a behaviorální regulace u ADHD.

Serotoninový přenašeč (SLC6A4) se nalézá na chromozomu 17q12 a jeho funkcí je aktivní vychytávání serotoninu ze synaptické štěrbin. Řada studií uvádí jeho vztah k regulaci afektivity a impulzivitu. Délkový polymorfismus (5-HTTLRP polymorfismus) genu se nalézá v promotorové oblasti a má dvě základní formy: krátkou variantu „S“ – short (14 repetice) a dlouhou variantu „L“ – long (16 repetice). Většina dosavadních studií uvádí vztah krátké varianty (zejména homozygotů S/S) k vyšší senzitivě na traumata, k anxietě, depresi a strachu, naopak varianta L/L je spojována s nižším výskytem anxiózních a depresivních stavů, vyšším výskytem agresivity a lepší reakcí na SSRI. Neurofyziologické a zobrazovací studie uvádějí také vztah mezi 5-HTTLRP polymorfismem a aktivitou amygdaly.

Studie: Na dětském a adolescentním oddělení Psychiatrické kliniky FN Brno, ve spolupráci s Přírodovědeckou fakultou MU v Brně, se řadu let zabýváme molekulárně-genetickými nálezy u ADHD. V této práci navazujeme na výsledky naší recentní studie publikované v *Activitas nervosa rediviva* (Drtílková et al., 2010) a nově se zabýváme možným vztahem variant DNA genů serotoninového systému ke komorbidní anxiétě u ADHD.

Soubor: Do souboru bylo zařazeno 90 dětí (chlapců) s hyperkinetickou poruchou, kontrolní skupinu tvořilo 82 žáků (chlapců) odpovídajícího věku ze základních škol. Průměrný věk sledovaného souboru byl 9,97 let.

Metoda: Diagnóza byla stanovena klinickým vyšetřením a s použitím standardizovaných škál: Dotazník pro rodiče CPQ Children Parent Questionnaire (Connors et al., 1998) a Dotazník pro učitele CTQ – Connors Teacher Rating Scale (Connors et al., 1998). K hodnocení pozornosti byl použit Test diskriminace tvarů (Švancara, 1976) a pro impulzivitu test TENAZO (vydaly Psychodiagnostické a didaktické testy, 1984) a počítačová sestava Neurobehavioral evaluation system (NES 2) (Letz, 1998). Genetické vyšetření délkového polymorfizmu VNTR genu pro 5-HTT bylo provedeno pomocí fragmentační analýzy na přístroji Genetic Analyzer 3130.

Výsledky: V rámci asociační studie byl nalezen statisticky významný vztah mezi VNTR polymorfizmem genu pro serotoninový přenašeč a hyperkinetickou poruchou. Kratší alela S a genotyp SS se signifikantně častěji ($p < 0,01$) vyskytovala u chlapců s hyperkinetickou poruchou ve srovnání s kontrolní skupinou (Risk Ratio = 1,2673, 95 % CI of RR = 1.0684 to 1.5032, Odds Ratio = 1.843; 95% CI of OR = 1.1863 to 2.8631).

Závěr: Z přehledu recentní literatury vyplývá, že přítomnost S alely může znamenat zvýšenou vulnerabilitu a senzitivitu k různým environmentálním vlivům a pravděpodobně také představuje rizikový terén pro výskyt poruch v afektivní oblasti. Relativně konzistentně je uváděn vztah k výskytu anxiety a impulzivity. Hypoteticky lze soudit, že kratší alela S a genotyp SS u dětí s hyperkinetickou poruchou může souviset s emoční dysregulací, nedostatečně účinnými coping mechanismy při zvládání stresu a vysvětlovat vysokou prevalenci komorbidních úzkostných poruch v této populaci.

Vývojové trauma v návrhu pro DSM-V: reflexe klinických diagnostických a terapeutických zkušeností

Štěpánek P.^{1,2}, Schmidtová J.², Čermák I.¹

¹PsÚ AV ČR, v. v. i.

²DPL Opařany

V příspěvku sumarizujeme dosavadní zahraniční výzkumy týkající se konceptualizace diagnostické kategorie vývojového traumatu (např. Van der Kolk, 2005; Pynoos, 2009; D'Andrea, 2012). Dokládáme, že současná psychiatrická klasifikace je nepřesná a ztěžuje identifikaci vývojového traumatu, což má též negativní důsledky pro terapii. U dětí vystavených interpersonální traumatizaci v raném dětství jsou kromě posttraumatických symptomů komorbidně přítomny další vzájemně provázané projevy: afektivní, fyziologická, behaviorální dysregulace, disociace, interpersonální obtíže atd. Pro vývojové trauma je charakteristická symptomová komplexita psychiatrických obtíží.

Koncept vývojového traumatu porovnáváme se souhrnnými údaji našeho výzkumného souboru

čítajícího více než 100 mnohočetně traumatizovaných dívek, jež byly v průběhu 3 let zahrnuty do terapeutického programu v rámci hospitalizace v DPL. Dívky s různými druhy traumatických zkušeností vykazují širokou škálu závažných symptomů (suicidální pokusy, sebepoškozování, agresivita, poruchy příjmu potravy, disociativní, úzkostné a depresivní prožívání, abúzus drog, psychotické dekompenzace atd.), což je v souladu s navrhovanou diagnostickou kategorií vývojového traumatu.

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

Emoční vývoj v dětství

Malá E.

Denní psychoterapeutické sanatorium

Ondřejov, Praha

Vývoj dítěte je dán vzájemnou interakcí mezi vrozenými faktory a vlivem prostředí „nature and nurture“. Emoční vývoj dítěte nelze oddělit od vývoje motorického, percepčního, vývoje řeči, kognice, vývoje sociálního a morálního.

II. blok

Předsedající: prof. MUDr. Ivana Drtílková, CSc., doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.

pátek / 9. 11. 2012 / 11.30–12.45

ADOS jako zlatý standard diagnostiky autizmu – úvod do problematiky

Hrdlička M., Dudová I.

Dětská psychiatrická klinika UK

2. LF a FN Motol, Praha

Současná diagnostika poruch autistického spektra je považována některými autory za vůbec

Emočně sociální vývoj kojenců je obdobím, kdy emoce mají dominantní postavení. Ve dvou a půl letech se objeví období fyziologického negativizmu. Rozvíjí se autonomie. Dítě se identifikuje se svou sexuální rolí. Ve 3. až 6. roce dochází k vývoji sociálních emocí a rozvoji fantazie. Kolem 5. roku budí zvědavost dětí těhotenství a sexuální styk.

V pedopsychiatrii jsou diagnostikovány dvě základní poruchy – emoční deprivace a emoční behaviorální inhibice. V DSM V je navržen nový název desinhibited attachment disorder (DAD), kde vztahování se k dospělým překračuje kulturní nebo sociální hranice a bývají přítomny poruchy chování.

V období 6–11 let je skončena maturace a začíná akulturace. Důležitým místem dítěte je skupina vrstevníků. Kolem 8–9 roku se objevuje existencionální krize a uvědomění si finality smrti. V adolescenci dochází k prudkému kolísání nálad, postojů a vztahů. Vznikají silné přátelské vztahy a erotické city. Vytváří se morální hodnoty a ideály, které jsou důležité v době krize. Je to etapa hledání vlastní cesty, která se dotýká zaměstnání, rodiny a sociálních rolí, období vytvoření vlastní identity.

nejpropracovanější diagnostický systém v dnešní psychiatrii. Ústřední místo v něm tvoří dva nástroje označované za „zlatý standard“: ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) a ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule).

ADI-R je velmi podrobné strukturované interview s rodiči (nebo pečovateli o dítě). Závislost této metody na osobě rodiče či pečovatele o dítě je zároveň jejím hlavním ome-

zením tam, kde je spolupráce rodiče či pečovatele jakkoli nespolehlivá, omezená či dokonce nemožná. Tento problém zcela zaniká u druhého nástroje „zlatého standardu“, jímž je test ADOS. Jedná se o strukturovanou observační škálu prováděnou přímo s dítětem; role rodiče je zde marginální a v indikovaných případech se na vyšetření vůbec nemusí podílet. ADOS je složen ze čtyř modulů, jejichž volbu provádí vyšetřující odborník na základě věku pacienta a jeho řečových schopností. Modul 1 je vhodný pro vyšetření dětí s preverbální úrovní řeči (slovní zásoba méně než 5 slov). Modul 2 se užívá u dětí s verbální schopností na úrovni užívání jednoduchých vět, ale s chyběním spontaneity a plynulosti řeči. Modul 3 je vhodný pro děti a adolescenty s plynulou a spontánní řečí a Modul 4 pro diagnostiku vysoce funkčních adolescentů a dospělých. Pacient během vyšetření testem ADOS plní řadu zadání přiměřených jeho věku a předpokládaným schopnostem (předpokládána úroveň schopností vychází z široké vývojové normy). Úkoly byly autory testu definovány tak, aby byly relativně snadno zvládnutelné pro typicky se vyvíjejícího jedince; v případě přítomnosti autistické psychopatologie však nesnáze s úkoly přesně zobrazují specifický sociální a komunikační deficit.

Autoři se ve svém sdělení zaměří na úvodní seznámení s metodou ADOS. Budou se rovněž zabývat otázkou její diagnostické spolehlivosti a porovnáním s testem ADI-R v rámci komplexního pohledu na diagnostiku poruch autistického spektra.

Podpořeno grantem COST LD11028 a projektem (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (FN Motol).

ADOS jako zlatý standard diagnostiky autizmu – praktické zkušenosti

Dudová I., Hrdlička M.

Dětská psychiatrická klinika UK

2. LF a FN Motol, Praha

Náplní sdělení je praktická aplikace diagnostiky poruch autistického spektra pomocí ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) a ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) na Dětské psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Motole (DPK FNM). Týdenní diagnostický pobyt na DPK FNM zahrnuje při podezření na poruchu autistického spektra komplexní psychiatrické a psychologické vyšetření, škálování CARS (Childhood Autism, Rating Scale) a ADI-R, laboratorní vyšetření, pediatrické vyšetření, neurologické vyšetření, EEG, genetické vyšetření a vyšetření CNS magnetickou rezonancí mozku. Od konce roku 2011 jsme k tomuto panelu vyšetření přidali observační škálu ADOS. Klinickou diagnózu pak stanovujeme na základě výsledků všech vyšetření a zhodnocením observace dítěte při hospitalizaci. Na příkladu dvou kazuistických ilustrací ukážeme výhodu kombinace ADI-R a ADOS v diagnostickém procesu.

Kazuistika 1: Chlapec ve věku 4 roky a 2 měsíce byl přijat na žádost matky k diagnostickému pobytu, psychopatologicky u něj dominuje opožděný vývoj řeči s narušením expresivní i receptivní složky, stereotypní hra a ritualizované chování. Chlapec jevil zájem o komunikaci a sociální interakce. Matka byla znepokojena některými zvláštnostmi ve vývoji syna, v ADI-R nedosáhl skóre hranic poziti-

vity ani v oblasti komunikace, ani v narušení vzájemné sociální interakce. V ADOS – Modul 1 dosáhl chlapec v komunikaci skóre pro poruchu autistického spektra, ve vzájemné sociální interakci přesáhlo skóre hranici positivity pro dětský autizmus. Po zhodnocení výsledků všech vyšetření jsme stanovili diagnózu chlapce F 84.1 Atypický autizmus, kterou matka přijímá bez výhrad, zajímá se aktivně o doporučení další péče.

Kazuistika 2: Chlapec ve věku 8 roků a 10 měsíců, jeho diagnostický pobyt na DPK FNM byl iniciován kmenovou školou a následně dětským psychiatrem. Rodiče připouštěli abnormality ve vývoji řeči chlapce, v oblasti jadrových příznaků poruch autistického spektra (narušená sociální interakce, narušená komunikace, stereotypní vzorce chování a omezené zájmy) udávali odlišnosti jen minimální, nenaplnující diagnostická kritéria. Matčino hodnocení stavu chlapce se projevilo při administraci ADI-R, zatímco v ADOS – Modul 2 se autistická porucha projevila ve všech sledovaných parametrech a byla v souladu s observací chlapcova chování a projevů během hospitalizace. Chlapci byla stanovena diagnóza F 84.0 Dětský autizmus, kterou matka obtížně akceptuje.

Zavedením nové metody pro diagnostiku poruch autistického spektra – observační škály ADOS – se zpřesnil a zkvalitnil diagnostický proces na DPK FNM. Při rozporu ve výsledcích ADI-R a ADOS se podle expertů upřednostňuje stanovení diagnózy podle ADOS, což potvrzují naše dosavadní zkušenosti.

Podpořeno grantem COST LD11028 a projektem (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (FN Motol).

ADHD symptomy u poruch autistického spektra – jak diagnostikovat a léčit?

Stárková L.

PSYCHOMED s.r.o., Olomouc

Děti s poruchou autistického spektra (PAS) mívají projevy nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Některé práce uvádějí, že se ADHD objevuje u 13–50 % dětí s PAS v populaci, v klinických vzorcích je to až u 85 % dětí. Vzhledem k tomu, že DSM IV neumožňuje komorbiditu ADHD a PAS, bývají symptomy ADHD akceptovány jako možný projev vlastní autistické poruchy, ačkoli příznaky naplňují kritéria ADHD. V běžné praxi je navíc velmi složité určit primární diagnózu, zvláště u dětí nízkého věku. Hyperaktivita nebo opožděný vývoj řeči v klinickém obrazu často převažují, odlišení vývojové dysfázie od poruchy komunikace v rámci autizmu, když je navíc přítomná výrazná symptomatologie ADHD, je velmi obtížné. Škála CARS je pomocným nástrojem, který může v diferenciální diagnostice pomoci, někdy ale nestačí. Použití dalších škál (ADI-R, ADOS), je v běžné praxi nedostupné.

Pokud bychom plně akceptovali fakt, že nelze použít obě diagnózy a že k symptomům ADHD budeme přistupovat jen jako k behaviorálnímu projevu autizmu, podáme pro zklidnění nejspíše risperidon. Mohli bychom tak ale podcenit adekvátní léčbu ADHD. Léčbou „ADHD-like symptoms“ u dětí s PAS se zabývají také kolegové v zahraničí. Publikované práce konstatují, že dítě s klinickým obrazem komorbiditou obou diagnóz může z léčby psychostimulancii profitovat. Cílem práce je poukázat na obtížnost diagnostiky PAS v koincidenci s ADHD v praxi a přinést informace o použití stimulantů u těchto komplikovaných případů.

Sourozenci onkologicky nemocných dětí: subjektivně vnímané změny v životě 3–9 měsíců po stanovení diagnózy nemocnému sourozenci

**Kárová Š.¹, Blatný M.², Jelínek M.²,
Kepák T.³, Tothová K.³**

¹Ústav lékařské psychologie

a psychosomatiky LF MU Brno

²Psychologický ústav AV ČR, Brno

³Klinika dětské onkologie FN Brno

Onkologické onemocnění dítěte ovlivní život všech členů rodiny. Zcela pochopitelně je převážná většina pomoci a péče rodičů, zdravotnických pracovníků, rodinných příslušníků a přátel zaměřena na nemocné dítě. Psychosociální potřeby zdravých sourozenců nemocných dětí bývají často přehlíženy. Tato skupina dětí však uvádí specifické problémy. Dochází k omezení jejich aktivit, životní režim rodiny se přizpůsobuje onemocnění dítěte. Zdravé

děti popisují zaplavení silnými pocity, např. strach, smutek, vztek, žárlivost, bezmoc. Studie se zabývá informovaností o nemoci a percipovanými změnami v životě u sourozenců onkologicky nemocných dětí a adolescentů. Výzkum byl proveden s 48 sourozenci ve věku 7 až 16 let, v době od 3 do 9 měsíců od stanovení diagnózy sourozenci. Pro zjištění informovanosti a percipovaných změn v životě byl použit Sibling Perception Questionnaire. Z výsledků vyplývá, že sourozenci jsou poměrně dobře informováni o nemoci a léčbě nemocného sourozence. V rámci obsahové analýzy volných výpovědí jsme identifikovali hlavní kategorie v prožívání silných emocí. Děti si přejí, aby s nimi rodiče trávili více času, bolestně pociťují nepřítomnost svého sourozence při dlouhodobých hospitalizacích, udávají smutek z vnímaného utrpení sourozence, strach o jeho život i ze svého možného budoucího onemocnění. Zaznamenali jsme i přítomnost mýtických přesvědčení o nemoci.

III. blok

Předsedající: doc. MUDr. Eva Malá, CSc., MUDr. Ján Šuba

pátek / 9. 11. 2012 / 13.45–14.45

Činnost srdca vo vzťahu ku závažnosti depresie

Tonhajzerová I., Ondrejka I., Farský I.,

Višňovcová Z., Chládeková L.,

Čalkovská A., Javorka M.

Ústav fyziológie a Psychiatrická klinika,

Jesseniova lekárska fakulta UK v Martine,

Univerzitná nemocnica Martin

Je známe, že psychické poruchy sú spojené so zvýšeným rizikom kardiovaskulárnych och-

rení a práve narušenie kardiálnej autonómnej regulácie môže byť jedným z možných patomechanizmov. V súčasnosti sa čoraz väčšia pozornosť sústreďuje na detský a adolescentný vek z hľadiska zachytenia klinicky latentných štádií možnej kardiálnej dysregulácie použitím nových metód analýzy variability frekvencie srdca (VFS).

Metodika: Vyšetřili sme 20 dievčat so stredne ťažkou a ťažkou depresívnou poruchou (vek: $16,6 \pm 0,2$ r.) a 20 zdravých probandov (vek: $16,5 \pm 0,2$ r.). EKG signál bol snímaný počas ortoklinosta-

tického manévru: ľah-stoj-ľah. Hodnotené parametre analýzy VFS – lineárna analýza: RR interval, spektrálny výkon v oblasti vysokej frekvencie (HF: 0,15–0,4 Hz), nelineárna analýza: symbolická dynamika – 0V%, 2LV%. Závažnosť depresie bola hodnotená použitím Montgomery-Asberg Depressive Rating Scale (MADRS) a Children Depression Inventory (CDI).

Výsledky: Parametre lineárnej analýzy boli signifikantne nižšie v skupine depresívnych pacientov oproti kontrole ($p < 0,05$). Nelineárna metóda analýzy VFS odhalila signifikantne rozdiely medzi depresívnymi dievčatami a kontrolou. Signifikančná korelácia bola medzi parametrami symbolickej dynamiky (0V%, 2LV%) a závažnosťou depresie (MADRS, CDI).

Záver: Analýza variability frekvencie srdca odhalila zníženu veľkosť i komplexitu variability frekvencie srdca, čo poukazuje na narušenie kardiálnu autonómnou reguláciu už pri adolescentnej depresii. Aplikácia symbolickej dynamiky odhalila zhoršovanie neurokardiálnej dysregulácie v závislosti od závažnosti depresívnej symptomatiky. Tieto poznatky majú klinický význam z hľadiska sledovania kardiálneho rizika pri terapii.

Práca bola podporená projektom Dobudovanie Centra excelentnosti pre perinatologický výskum (CEPV II, ITMS: 26220120036) a VEGA 1/0033/11.

Elektrodermálna aktivita a jej využitie v psychiatrii

Višňovcová Z., Ondrejka I., Tonhajzerová I.
Ústav fyziológie a Psychiatrická klinika,
Jesseniova lekárska fakulta UK v Martine,
Univerzitná nemocnica Martin

Autonómny nervový systém (ANS) patrí medzi základné regulačné mechanizmy dôležité pre

adaptáciu a flexibilitu organizmu. V súčasnosti sa upriamuje pozornosť na možnosť neinvazívneho hodnotenia sympatikového subsystému ANS, ktoré spoločne s metódami umožňujúcimi stanovenie parasympatikovej časti ANS (napr. variabilita frekvencie srdca) môže poskytnúť komplexnú informáciu o celkovej aktivite autonómneho nervového systému. Je známe, že potné žľazy sú inervované práve sympatikovým cholinérgnym systémom, z čoho vychádza predpoklad elektrodermálnej aktivity (EDA) ako senzitívneho markera odrážajúceho sympatikovú aktivitu v pokoji a počas záťaže (tzv. sympatikový arousal). Cieľom tejto práce je predstaviť metodiku hodnotenia elektrodermálnej odpovede a jej klinického využitia v psychiatrii.

Metodika: Základ merania EDA vychádza zo snímania elektrickej vodivosti/odporu kože na základe variabilného množstva potu produkovaného potnými žľazami: potením sa uvoľňuje zvýšené množstvo elektrolytov, potné kanáliky a póry na koži sa plnia väčším objemom potu, čím sa zvýši vodivosť, resp. zníži odpor kože. Zmeny kožnej vodivosti je možné hodnotiť použitím viacerých parametrov (napr. amplitúda) a analýzou novými nelineárnymi metódami.

Využitie v psychiatrii: Súčasné práce poukazujú, že elektrodermálna odpoveď je nielen neinvazívnym markerom sympatikovej časti ANS, ale z hľadiska psychofyziologického odráža aktivitu behaviorálneho inhibičného systému, ktorý v interakcii s ďalšími systémami centrálného nervového systému (behaviorálny aktivačný systém, neurotransmiterové systémy a pod.) môže byť zmenený práve pri psychických poruchách (ADHD, depresívna porucha). EDA patrí medzi možné neinvazívne markery reflektujúce dané centrálnu-periférnu vzťahy. Domnievame sa, že práve hodnotenie bazálnej

elektrodermální aktivity a jej reaktivity najnovšími analýzami může poskytnout důležitou informaci o sympatické aktivitě při psychických poruchách, což představuje cenný přínos v klinické praxi.

Práce byla podpořena projektem

Dobudování Centra excelentnosti pro perinatologický výzkum (CEPV II, ITMS: 26220120036),

VEGA č. 1/0033/11.

Efektivita neurofeedbacku u ADHD

Šlepecký M., Novotný M.

Psychagogia s.r.o., Liptovský Mikuláš

IV. blok

Předsedající: doc. MUDr. Ingrid Tonhajzerová, Ph.D., MUDr. Kamil Janhuba

pátek / 9. 11. 2012 / 14.50–15.35

Arteterapie u pedopsychiatrických pacientů se zrakovým postižením

Stejskalová M.

Praha

Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Arteterapie, ve formě skupinové a individuální terapie, zasahuje do oblasti klinické diagnostiky. Kresba je dokumentem, ze kterého lze číst symbolickou řeč nemoci a sledovat proces terapeutické léčby. Může se zdát, že při léčbě arteterapií musí pacient aktivně využívat zrakový vjem. Má klinická praxe však ukázala, že arteterapie může být účinnou formou terapie u pedopsychiatrických pacientů se zrakovým postižením. Ve svém příspěvku se s účastníky konference podělím o zajímavé a pro obor přínosné kazuistiky.

Porucha pozornosti u dětí (ADHD/ADD) je nejčastější a nejlepše validizovanou indikací EEG biofeedbacku. Tu je efektivita metody už prokázána na nejvyšším stupni 5 (účinná a specifická). Farmakologická léčba ADHD/ADD sa historicky stala jedinou efektivnou intervenciou pre zmiernenie hlavných symptómov tohto stavu. Existuje však asi 25 % nonrespondérov na liečbu psychofarmakami. Týmto deťom je potrebné preto ponúknuť iné alternatívy, pretože iba pedagogicko-psychologickými postupmi nie je porucha zvládnuteľná.

Koncept smrti u suicidálních adolescentů

Kocourková J., Koutek J.

**Dětská psychiatrická klinika
FN v Motole a UK 2. LF, Praha**

Koncept smrti představuje významnou vývojovou okolnost dětského věku. Kromě věku ovlivňuje vývoj konceptu smrti například zkušenost se smrtí mezi blízkými nebo religiózní zaměření rodiny. Pro porozumění představ o smrti a po-smrtném životě u suicidálních dětí a adolescentů je zajímavý koncept, který prezentuje Cicirelli (2001), když rozlišuje objektivní a subjektivní složku konceptu smrti. Za objektivní koncept smrti považuje to, co se objevuje ve vývojových teoriích a je spojeno s kognitivní vyspělostí dítěte, to znamená objektivní pochopení, že smrt je nevratné ukončení života, univerzální pro všechno živé. Subjektivní

koncept smrti vyjadřuje osobní jedinečnou kvalitu představy smrti, respektive představ, co bude po smrti. Objektivní koncept smrti se vytváří přibližně ve věku 8–10 roků, zatímco subjektivní koncept smrti se může vyvíjet nebo měnit v průběhu života. Je ovlivněn představami, které mají emoční význam a tato subjektivita se může prosadit i tam, kde z hlediska kognitivních funkcí bylo objektivního konceptu smrti dosaženo. U suicidálních dětí a adolescentů nacházíme různé podoby subjektivního konceptu smrti, od vyjá-

dření jednoznačné nevíry v posmrtný život, přes představu, že posmrtný život v „nějaké“ podobě existuje, až po propracované iracionální fantazie, například reinkarnačního charakteru. Specifickou, i když nepočetnou skupinou jsou suicidální pacienti, kteří jsou věřící a pro něž je představa suicidia spojena s těžkým proviněním.

Autoři prezentují tuto problematiku na vybraných kazuistických příkladech.

Podpořeno dotací MZd ČR a projektem koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203.

V. blok

Předsedající: MUDr. Iva Dudová, Ph.D., MUDr. František Čihák

pátek / 9. 11. 2012 / 16.05–17.05

ADHD a poruchy spánku – co víme?

Příhodová I.

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Poruchy spánku jsou u dětí s ADHD častým komorbidním onemocněním a mohou zhoršovat základní symptomy. Nespavost může být podmíněna behaviorálními faktory nebo přidruženými poruchami chování a nálady. Část dětí s ADHD trpí chronickou insomnií na podkladě syndromu zpožděné fáze spánku. Nespavosti a nočním neklidem se projevují také abnormní pohyby vázané na spánek – především syndrom neklidných nohou a periodické pohyby končetinami. Výskyt obou těchto poruch spánku je u dětí s ADHD vyšší než v ostatní dětské populaci. V některých případech může nespavost souviset s farmakologickou léčbou. U dětí s ADHD se také častěji objevují různé parasomnie. Včasná diagnostika a léčba při-

družené spánkové poruchy zmírňuje projevy hyperaktivity a nesoustředěnosti.

24 hodin denne s ADHD

Šnircová E., Ondrejka I.

Jesseniova lékařská fakulta UK Martin

ADHD zostáva najčastejšie diagnostikovanou psychickou poruchou detského veku. ADHD nie sú len jadrové symptómy s manifestáciou najmä v škole. V pedopsychiatrickej ambulantnej praxi treba myslieť aj na rozlične vyjadrené komorbidity, celkové fungovanie a kvalitu života detí, adolescentov a ich rodín. Príspevok približuje ADHD nie len ako kognitívnu a behaviorálnu dysfunkciu viazanú na školu, ale ako celodenné, celoročné ochorenie s nemenej významnými dysfunkciami ráno, odpoľudnia, večer, v noci či počas prázdnin. Výber adekvátnej terapie by preto mal viesť nielen k redukcii najrušivejších príznakov, ale k optimál-

nemu ovplyvneniu života detí a adolescentov ako protektívum pred celkovým negatívnym dopadom ADHD na vývin jednotlivca zohľadňujúcim psychiatrické komorbidity, ohrozenie zdravia detí ako i sociálne dôsledky v dennom fungovaní.

5 rokov nestimulančnej liečby ADHD na KDP v Bratislave

Šuba J., Bohmer F.

Klinika detskej psychiatrie LFUK a DFNSP, Bratislava

Príspevok analyzuje skupinu pacientov liečených pre ADHD nestimulačnou terapiou za posledných 5 rokov. Uvádza sociodemografické a klinické údaje.

Hyperkinetická porucha (ADHD) je najčastejšou poruchou psychického vývinu v detskom veku s výskytom v 5–7%. Porucha má chronický priebeh, často pretrváva od detstva do adolescence. Neliečená prechádza do dospelosti vo viac ako 50%.

ADHD sa často bežne vyskytuje v spojení s inými psychiatrickými poruchami, najmä s poruchou opozičného vzdoru a sekundárnymi poruchami správania. Deti s ADHD častejšie trpia úzkostnou poruchou. Špecifické poruchy učenia sa vyskytujú takmer u štvrtiny detí. Terapeutické postupy celosvetovo uprednostňujú liečbu stimulanciom metylfenidátom a atomoxetínom. Popri farmakoterapii je potrebná psychosociálna rehabilitácia a špeciálno-pedagogické intervencie. Adekvátna komplexná liečba pomáha predísť súvisiacej psychiatrickej morbidite a mnohým sociálne patologickým javom.

Autori prezentujú súbor pacientov liečených na oddeleniach a ambulancii Kliniky detskej psychiatrie jednotlivými formami za posledných 5 rokov. Analyzujú súbor pacientov z pohľadu socio-demografických údajov a z pohľadu komorbidity, ktorá do značnej miery predurčuje výber konkrétneho typu farmakoterapie. V sledovanom súbore analyzujú potenciálne, ale aj konkrétne sa vyskytujúce nežiadúce účinky liečby ADHD.

Workshop I

Koordinátor: MUDr. Kamil Janhuba

pátek / 9. 11. 2012 / 17.10–18.00

Neuropsychiatrické komplikace v léčbě somaticky nemocných dětí – možnosti a limity liaison pedopsychiatrie

Janhuba K.

Oddělení dětské psychiatrie a klinické psychologie, LF MU a FN v Brně

V rámci workshopu na výše uvedené téma bych rád kolegům nabídl možnost alespoň

rámcově se zorientovat v problematice současných možností a limitů konziliární a liaison dětské psychiatrie na poli mezioborové spolupráce s dalšími klinickými obory.

Mezi jiným bych se rád věnoval základním kompetencím psychiatra v této roli, pokusil se je definovat a uvést je do souladu s často zmiňovaným bio-psycho-sociálním pojetím.

Rád bych se s kolegy zamyslel i nad etickým rozměrem tohoto způsobu práce.

V průběhu celého workshopu, abychom se nevzdálili příliš klinické realitě a pacientům, bych rád nabídl několik ilustrativních kazuistik

z vlastní praxe. Pokud tomu bude skupina nakloněna, můžeme problémům, která se objeví během práce s kazuistikami, věnovat více prostoru.

Workshop I – Počítačové možnosti diagnostiky ADHD a kognitivní remediace ADHD

Koordinátor: MUDr. Miroslav Novotný

sobota / 10. 11. 2012 / 8.30–9.20

Cogmed – počítačový trénink pracovní paměti a možné využití k ovlivnění symptomů ADHD

Novotný M., Škobrtal P.

Centrum duševního zdraví, EEG laboratoř, Psychologická laboratoř, Jeseník

Cogmed je trénink pracovní paměti založený na počítačovém programu podobnému hře. Díky trénování a zvyšování kapacity pracovní paměti pomáhá dětem i dospělým s poruchami pozornosti. Výzkumy během posledních let prokázaly, že deficit pracovní paměti je klíčovým deficitem u ADHD. Tento deficit je neurobiologicky reprezentován chybnou funkcí struktur prefrontálně-striato-thalamo-kortikálního okruhu (CSTC) a neurotransmiterovou abnormalitou především dopaminového systému mozku. Výzkumné studie prokázaly, že pracovní paměť může být zlepšena tréninkem, a tímto snižovat symptomy nepozornosti náhradou za stimulanty. Zlepšení symptomů byla měřena standardizovanými testy, zobrazovacími metodami ale i hodnocením rodičů a učitelů (1, 2, 3). Existují úvahy o tom, že kromě psychostimulancií může symptomy ADHD ovlivňovat i neinvazivní neu-

rofeedback (4) a zdá se, že tyto názory jsou postupně potvrzovány dalšími studii a novými myšlenkovými přístupy k chápání tak složitého problému, jakým je ADHD. Nejnovější výzkum prokázal zvýšení korových dopaminových D1 receptorů po pětitédenním tréninku pracovní paměti a doložil tak, že mentální aktivita může ovlivnit neurotransmisí in vivo (5). Samotný Cogmed trénink provádí dítě doma ve spolupráci s rodiči. Kompletní program zahrnuje úvodní interview, první sezení, 5 týdnů tréninku s týdenními telefonáty s osobním trenérem, závěrečné sezení a kontrolní telefonní interview po šesti měsících. Terapeut, respektive trenér, má o pokrocích uživatele přehled díky výstupům přenášeným po internetu do jeho počítače. V přednášce představujeme stručně program samotný, koncept jeho ovládání, přehled výzkumů a své vlastní zkušenosti.

Literatura

1. Klingberg T, Forssberg H, & Westerberg H. Training of Working Memory in Children With ADHD. *Journal of Clinical & Experimental Neuropsychology*, 2002; 24(6): 781–791.
2. Olesen P, Westerberg H, & Klingberg T. Increased prefrontal and parietal activity after training of working memory. *Nature Neuroscience*, 2004; 7(1): 75–79.

3. Klingberg T, Fernell E, Olesen PJ, Johnson M, Gustafsson P, Dahlstrom K, Gillberg CG, Forssberg H, & Westerberg H. Computerized Training of Working Memory in Children With ADHD-A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005; 44(2): 177–186.

4. Lévesque J, Beauregard M, Mensour B. Effect of neurofeedback training on the neural substrates of selective attention in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A functional magnetic resonance imaging study, *Neuroscience Letters*, 2006; 394(3): 216–221.

5. McNab F, Varrone A, Farde L, Jucaite A, Bystritsky P, Forssberg H, Klingberg T. Changes in cortical dopamine D1 receptor binding associated with cognitive training. *Science*, 2009; 323(5915): 800–802.

Vliv tréninku pracovní paměti na kognitivní funkce a symptomy u psychických poruch

Škobrtal P.

Centrum duševního zdraví, EEG laboratoř, Psychologická laboratoř, Jeseník

Pracovní paměť je teoretickým konstruktem vycházejícím z původního konceptu krátkodobé paměti, sloužící pro dočasné uložení a manipulaci s informacemi, které jsou nezbytné pro složitou kognitivní činnost, jako je myšlení, učení apod. Deficity v oblasti pracovní paměti se projevují jako poruchy paměti nebo poruchy pozornosti u četných duševních poruch, jako např. encefalitida, diabetická demence, hypertonická demence aj. Výzkumy z poslední doby přinesly důkazy o tom, že pracovní paměť může být trénována. Trénink pracovní paměti začal rozpracovávat a vědecky zkoumat T. Klingberg, který se zabýval trénováním pracovní paměti u dětí s ADHD. Z výzkumů vyplývá, že trénink pracovní paměti má na kognitivní funkce a symptomy lidí trpících duševní poruchou pozitivní dopad.

Počítačová diagnostika ADHD

Žilínčik T., Novotný M.

Centrum duševního zdraví, EEG laboratoř, Psychologická laboratoř, Jeseník

Cílem tohoto příspěvku je podat stručný přehled počítačových metod, které používáme při diagnostice ADHD (IVA PLUS, Conners CPT II, PASAT) a srovnat výhody a nevýhody jednotlivých programů. V diagnostice platí pravidlo, že nikdy neděláme závěry jen na základě jediného testu, platí to i pro problematiku ADHD. Každá metoda mapuje problematiku z jiné perspektivy, což umožňuje získat komplexní náhled do problému konkrétního pacienta. IVA-PLUS je test pozornosti, který měří současně vizuální i sluchovou pozornost. Výstupem testu jsou 2 hlavní škály – škála kontroly impulzů a škála pozornosti, které lze velice snadno interpretovat. Test je speciálně určen na odhalení deficitů v oblasti pozornosti a impulzivity, velmi málo rozlišuje průměrné a nadprůměrné výkony v uvedených oblastech. Conners CPT II měří schopnost vizuální pozornosti, impulzivity a vigilance. Používá se zejména na diagnostiku ADHD a při hodnocení pokroku při léčbě této poruchy. Uplatnil se také ve výzkumu a především jako screeningový nástroj. Ve srovnání s jinými programy je novinkou funkce „Minimalizování falešně pozitivních diagnóz“ a funkce „Minimalizování falešně negativních diagnóz“. PASAT je test vytrvalé pozornosti (sustained attention). V klinické praxi se program osvědčil při evaluaci pacientů s roztroušenou sklerózou. Test má výborné psychometrické vlastnosti, nicméně je probandy subjektivně často prožívan jako nepříjemný. Z toho důvodu se někdy stává, že odmítají re-test po určité době.

Workshop II

Koordinátor: PhDr. Antónia Kotianová

sobota / 10. 11. 2012 / 8.30–9.20

Využití neurofeedbacku v klinické praxi

**Kotianová A., Šlepecký M., Novotný M.
Psychagogia s.r.o., Liptovský Mikuláš**

Workshop je orientovaný na praktické ukázky způsobů využití neurofeedbacku

u dětí s různými typy problémů (ADHD, specifické poruchy učení, úzkostné poruchy v dětském věku a pod.), s důrazem na praktické postupy a praktické řešení problémů, které se v souvislosti s použitím této metody mohou vyskytnout.

I. blok

Předsedající: Mgr. Jana Pejčochová, MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.

sobota / 10. 11. 2012 / 9.30–11.00

Skupinová psychoterapie dívek s mentální anorexií

**Najmanová J.
Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno**

Skupinová psychoterapie je součástí komplexního programu léčby hospitalizovaných adolescentních dívek s poruchou příjmu potravy. Referát shrnuje několikaleté zkušenosti práce se skupinou, její specifika, přínos i rizika. Skupinová psychoterapie je cílená na několik tematických oblastí – psychopatologii nemoci, zlepšení náhledu a motivaci k uzdravě, dále na podpoření osobnostního růstu a nácvik sociálních dovedností. Referát blíže popisuje používané techniky – edukaci, řízenou asociaci a imaginaci, projektivní arteterapii, pantomimu, přehrávání scének, společenské hry s psychoterapeutickým potenciálem. Neúčinnějšími faktory skupinové psychoterapie jsou emoční pod-

pora, korektivní emoční zkušenost a získání nových sociálních dovedností. Referát poukazuje i na problematiku vytváření podskupin, práci s odporem, s depresivními dívkami.

Zachycení změny v denících a obrazech v procesu psychoterapie u mnohočetně traumatizované dívky

Schmidtová J.¹, Štěpánek P.^{1,2}, Čermák I.²

¹DPL Opařany

²PSÚ AV ČR, v.v.i.

Kumulativní, prolongovaná, chronická interpersonální traumatizace a viktimizace dítěte v raném vývojovém období vede k závažným psychiatrickým obtížím a jejich symptomové komplexitě a zároveň má pervasivní důsledky pro vyprávění. Životní zkušenost mnohočetně traumatizovaných dětí je disociovaná, inkoherentní, fragmentovaná,

diskontinuitní. Lze u nich pozorovat narušení narativního zpracování životní zkušenosti na dvou úrovních: a) vyprávění o traumatické události, b) narušení vyprávění celého životního příběhu.

Smyslem psychoterapie takto traumatizovaného dítěte je poskytnout mu prostor pro externalizaci nepředstavitelných, nevyslovitelných, nesdílitelných, nebezpečně ohrožujících zážitků a vzpomínek. Pokud je traumatickou zkušeností trpící dítě dokáže verbalizovat, reflektovat a včlenit zpět do životního příběhu, tj. vytvořit smysluplnou, detailní a konzistentní narativitu, pak je naděje na zmírnění důsledků traumatu.

V příspěvku se budeme zabývat změnou, k níž došlo u mnohočetně traumatizované dívky v procesu psychoterapie. Změnu budeme ilustrovat na obrazech a deníkových záznamech vzniklých v průběhu terapie. Dívka se pozvolna pokoušela vytvořit vlastní smysluplnou narativitu – integrovat těžkou životní zkušenost. Dívčiny vybrané spontánní produkty budou podrobeny detailnější analýze pomocí NOI – Narrative Oriented Inquiry.

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

Práce sestry na pedopsychiatrickém oddělení

Dohnalová J.

Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod

Dětské oddělení Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě má 34 lůžek pro děti ve věku od 4 do 17 let. Na oddělení jsou přijímáni pacienti se všemi psychiatrickými diagnózami dětského věku. Pod vedením primáře MUDr. Čiháka pracují na oddělení 2 lékaři, 2 psychologky, 1 sociální pracovnice, o děti se stará kolektiv

18 SZP a PZP a 2 terapeutky v pracovní terapii. Součástí oddělení je i základní, speciální a praktická škola, ve které pracují 2 učitelky mateřské školy a 7 pedagogů. Výuka probíhá od 9 do 12,15 hodin, v úterý je ještě odpolední vyučování.

Oddělení je koedukované, děti jsou rozděleny do 4 skupin, s každou skupinou pracuje 1 sestra po celou dobu své služby. U skupin se sestry střídají. Každá skupina má na oddělení svou hernu, programy probíhají většinou odděleně, večerku mají odstupňovanou podle věku.

Komunitní režim na oddělení je léčebně výchovný, podílejí se na něm všichni členové terapeutického týmu.

Při přijetí dítěte na oddělení sestra odebrá ošetřovatelskou anamnézu pro stanovení ošetřovatelských diagnóz a plánu ošetřovatelské péče jak od dítěte, tak od rodičů. Zároveň je dítě přiděleno jedné sestře do tzv. individuální péče, po celou dobu pobytu tato sestra v týdenním souhrnu zaznamenává do dekursu informace o dítěti, chování, kontaktech apod. Před propuštěním vypracovává sesterskou propouštěcí zprávu svého pacienta. Každá sestra má v individuální péči 2–3 pacienty.

Sestry zajišťují také organizaci trávení volného času dětí na oddělení i venku. Oddělení je přestěhováno do pavilonu č. 12, upraveného pro potřeby našich pacientů. Herny jsou v dostatečném počtu, nechybí prostorná tělocvična. Děti mohou využívat krytý bazének na rehabilitačním oddělení a v létě mají na zahradě bazén nadzemní. Ten je součástí nově vybudovaného hřiště u oddělení spolu s pískovištěm, prolézačkami a houpačkami.

Někdy v týdnu docházejí proškolené sestry s dětmi na hipoterapii v léčebně, terapeuti na canisterapii na oddělení dojíždějí.

Na oddělení je poměrně dobré vybavení pomůckami pro kulturní a sportovní vyžití, program je koordinován staniční sestrou a primářem. Děti navštěvují i kulturní a sportovní akce mimo léčebnu.

Denně je k dispozici pracovní terapie na oddělení, dopoledne pro středoškoláky, po obědě do 15,00 pro školní děti. Terapeutky vedou každá jedno odpoledne v týdnu svůj kroužek – keramiku a tiffany, na oddělení probíhají pravidelné sobotní kurzy vaření.

Sestry rovněž dohlíží a pomáhají dětem při učení v době školních příprav, které jsou 4x v týdnu.

Zdravotnický personál organizuje a zajišťuje dohled na týdenním rehabilitačním pobytu dětí mimo léčebnu, připravuje programy na maškarní, Mikulášskou a Vánoční besídku a dětský den.

Na zdravotnický personál na dětské psychiatrii jsou kladeny značné požadavky jak ohledně péče, která musí probíhat v souladu s platnými standardy, tak i ohledně přístupu k pacientům i jejich rodičům a příbuzným. Osobnostní kvality

a zájem o obor jsou spolu se vztahem k dětským pacientům prvořadé.

Jóga pro děti (oční, dechová) jako forma terapie v dětských psychiatrických léčebnách

Hnízdilová O.

Dětská psychiatrická léčebna Velká Bíteš

- Historie jógy (Pataňdzali – Jógasútra)
- Jógová léčebná oční cvičení
- Jógová léčebná dechová cvičení – Pránájáma
 - kolébáme panenku
 - lodička na vlnách
 - hrajeme si na vítr, včelku, čmeláka nebo mašinku
- Role hudby při cvičení jógy
- Doplnující prvky ke cvičení jógy
- Jóga jako léčebná terapie na psychiatrii
- Lékaři uplatňující jógu jako léčebnou metodu
- Závěr, zhodnocení edukace

II. blok

Předsedající: MUDr. Jana Najmanová, MUDr. Jana Schmidtová

sobota / 10. 11. 2012 / 11.30–13.15

Dítě s ADHD

Rosenbergerová T.

Košice

Čo je dobré pre oboch rodičov, je dobré aj pre dieťa. Čo je dobré pre dieťa sú obaja rodičia.

Striedavú výchovu možno definovať ako úpravu výkonu rodičovských práv a povinností k maloletému dieťaťu na základe ktorej súd zverí maloleté dieťa do starostlivosti striedavo

obom rodičom na presne stanovené časové obdobie opakovane a zároveň upraví ďalšie rodičovské práva a povinnosti počas trvania striedavej starostlivosti (novela zákona o rodine č. 217/2010). Tento model výchovy však vyžaduje zdravých rodičov so zrelým postojom k sebe i svojim deťom. Aj tak však nie je vhodný vždy, všade a pre každého. Skupina detí s ADHD je špecifická, výchova týchto detí je náročná, vyžaduje dodržiavanie pevných pravidiel. Rodičia

by mali dodržovat pravidla a respektovat zdravotný i psychologický stav svých dětí.

Terapeutické intervence u dětí s koktavostí

Pejčochová J.

Klinika dětské neurologie LF MU a FN Brno

Balbuties (koktavost) patří mezi poruchy s počátkem v dětském věku a přesahem až do dospělosti. Kromě základních příznaků poruchy, ke kterým patří neplýnulá řeč, nadměrné úsilí při realizaci řečového aktu a psychologická tenze, jsou pro dítě s koktavostí nepříjemné také sociální důsledky.

U některých dětí s neplýnulou řečí může dojít na základě negativních zkušeností ke snaze vyhnout se zátěžovým situacím, ve kterých očekává neúspěch či posměch, případně až logofobii a sociální fobii. I přesto, že se potíže s plýnulostí řeči vyskytují v populaci v relativně vysoké četnosti, je problematika a zejména náprava věnována malá pozornost.

Ve spolupráci s logopedickou péčí můžeme psychoterapií přispět ke zlepšení stavu. V našem příspěvku se zaměříme na prostředky, které nabízí kognitivně behaviorální terapie. Intervence a léčba jsou vedeny v několika liniích. Základní je práce s dítětem a rodinou, kde se zaměřujeme na mapování problematického chování, typických spouštěčů a také na mechanismy udržování neplýnulosti řeči, obav ze sociálního neúspěchu a případně i maladaptivní přesvědčení. Kromě obvyklých parametrů při posuzování rodinné komunikace a klimatu se zaměřujeme také na čistě formální stránku (rychlost řeči, pauzy v promluvě, způsob vedení dialogu apod.). Mnohdy bývá vhodné sledovat (a vést k ra-

cionálnějším pohledu) i přesvědčení samotných rodičů týkající se dítěte s koktavostí.

Další nutnou oblastí intervence bývá prostředí ve škole a zájmových aktivitách. Na jedné straně je nutné zvolit vhodná opatření, která umožní tomuto dítěti ve škole prosperovat navzdory svému omezení, ale také se adekvátně exponovat běžnou zátěží, aby se zamezilo rozvoji sociální fobie či logofobie.

Emoce hnusu u OCD

Theiner P.

Psychiatrická klinika FN Brno a MU

Obsedantně kompulzivní porucha (OCD) je řazena mezi neurotické a úzkostné poruchy. Jejimi specifickými příznaky jsou obsese a kompulze a za hlavní emoci spojenou s touto poruchou je považována úzkost. Podle klasického modelu se objevují vtíravé myšlenky (obsese), které vedou k úzkosti, která je následně odstraňována pomocí nutkavých činů (kompulzí). Ukazuje se však, že úzkost není jedinou emocí spojenou s OCD. U velké části pacientů, především s kontaminačním podtypem OCD, je dominantní emocí pocit znechucení. Na rozdíl od úzkosti, která je spojena s aktivací sympatiku a v mozku především aktivací amygdaly, je u pocitu hnusu aktivován nejprve parasympatikus. Z mozkových struktur hraje roli především inzulární kůra. Rovněž výraz obličeje je u těchto dvou emocí rozdílný. Emoce hnusu se kromě OCD vykytuje také u poruch příjmu potravy u posttraumatické stresové poruchy a dominantně u fobie z krve a zdravotnických zákroků. Rozdíl v emočním stavu má implikace pro diagnostiku a léčbu. Při farmakoterapii zatím nedokážeme zasáhnout specificky. Kognitivně behaviorální programy se teprve utvářejí, je však zřejmé, že OCD, kde je dominantní

emoce hnusu, hůře reaguje na léčbu a vyžaduje větší počet expozic se zábranou rituálu.

Role psychologického vyšetření v diagnostice psychóz dospívajících

Filřová A.

Psychiatrická klinika LF MU a FN v Brně

Častým důvodem hospitalizace na Dětském a dorostovém oddělení psychiatrické kliniky FN Brno je diferenciální diagnostika a terapie psychotických onemocnění. Součástí

diferenciálně diagnostického procesu a doporučení pro následnou péči bývá i psychologické vyšetření. Referát představuje strategii klinického psychologického vyšetření včetně volby nejčastějších psychodiagnostických metod. Předmětem sdělení je i seznámení s nejčastějšími výsledky vyšetření. Cílem prezentace je i zvýraznění důležitosti srozumitelné komunikace mezi klinickými psychology a psychiatry v diagnostickém procesu a současně významu spolupráce s psychology z jiných než klinických pracovišť.

Zpracovala společnost Solen, s. r. o.

SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

Grafická úprava a sazba:

Lucie Šilberská, tel.: 777 714 670, e-mail: silberska@solen.cz

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 13 kredity pro lékaře, 8 kredity pro sestry a sociální pracovníky, 8 kredity pro psychology a 8 kredity pro fyzioterapeuty.

ISBN 978-80-7471-010-0

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

POŘADATELÉ

- Psychiatrická klinika
FN Brno a MU

SOLEN
MEDICAL EDUCATION



**25. celostátní symposium
DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
MLÁDEŽE**

9.–10. listopadu 2012, Brno

Hlavní partner

Lilly CNS
Váš partner v

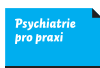
Partneři

MEDOPHARM, s.r.o.

Pfizer, spol. s.r.o.

Qpharma s.r.o.

Mediální partner



maxDorff

GRADA


portál

proLékaře
www.prolekare.cz

*Pořadatelé děkují uvedeným firmám za spoluúčast
na finančním zajištění konference*