

SBORNÍK ABSTRAKT



PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST
ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST I. E. PURKYNĚ

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST
ČESKÁ

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

World Health Organization
Kancelář WHO v České republice
Country Office in the Czech Republic

REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče

„Co je po jméně? Léčba duševních poruch v době MKN-11“

Léčba v psychiatrii IV.
Klasifikace MKN-11

3. - 6. listopadu 2021
Congress Center Parkhotel Plzeň

akce.psychiatrie.cz

LÉČBA V PSYCHIATRII IV.

3. - 6. listopadu 2021

Congress Center Parkhotel Plzeň

Záštitá:

Ministr zdravotnictví - Mgr. Adam Vojtěch
Hejtmanka Plzeňského kraje - doc. PaedDr. Ilona
Mauritzová, Ph.D.
Starosta MO Plzeň 3 - Mgr. David Procházka

Pořadatel:



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

Prezident kongresu



prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

Viceprezident kongresu



MUDr. Simona Papežová

Předseda organizačního výboru:



doc. MUDr. Martin Bareš, Ph.D.

Předseda vědeckého výboru:



MUDr. Miloslav Kopeček, Ph.D.

Programový výbor:

doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.
MUDr. Rachel Sajdlová
MUDr. Tomáš Skorkovský

Organizační výbor:

MUDr. Martin Hollý, MBA
doc. MUDr. Jan Vevera, Ph.D.

Organizátor:

MH Consulting s.r.o.
Narcisová 2850
10600 Praha 10
www.mhconsulting.cz



Sekretariát společnosti:

Lenka Knesplová

WORKSHOP - JAK PŘEDCHÁZET KONFLIKTŮM NA PSYCHIATRICKÝCH ODDĚLENÍCH (METODIKA SAFEWARDS)

Vedoucí: Petr T., Procházka M.

JAK PŘEDCHÁZET KONFLIKTŮM NA PSYCHIATRICKÝCH ODDĚLENÍCH - METODIKA SAFEWARDS

Tomáš Petr¹, Marek Procházka²,

¹ Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha

² Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice

Safewards je model popisující základní zdroje konfliktů na psychiatrických odděleních a navrhuje určité kroky/intervence, jejichž cílem je minimalizace výskytu konfliktů, nežádoucích událostí a používání omezovacích opatření. Model Safewards je v současné době využíván na mnoha pracovištích v celé řadě evropských zemí, např. v Německu, Velké Británii, Dánsku, Švýcarsku, Holandsku, Polsku i jiných. Dosavadní zkušenosti s jeho implementací jsou velmi pozitivní a byly publikovány v mnoha odborných časopisech. Struktura: 1) Vznik modelu safewards, jeho přínosy, uplatnění v rámci psychiatrických pracovišť v Evropě 2) Vysvětlení modelu safewards – zdroje konfliktů, spouštěče, strategie řešení konfliktů 3) Proč zavádět safewards, výsledky studií a výzkumů 4) Stručný přehled intervencí z metodiky safewards a jejich zdůvodnění 5) Představení 10 intervencí safewards – popis, východiska, zavádění do praxe, možné problémy, ukázky z praxe Účastníci workshopu se seznámí s hlavními myšlenkami modelu Safewards. Lektoři také vysvětlí jednotlivé intervence, jejich smysl a způsoby zavádění na oddělení. Součástí workshopu bude také diskuse nad možnými překážkami při implementaci intervencí do praxe. Workshop bude interaktivní a očekává se aktivní zapojení účastníků.

ZAHÁJENÍ KONFERENCE

OCHRANNÉ LÉČENÍ - PROCESNÍ STANDARDY

TRANSFORMACE SLUŽEB PRO NEMOCNÉ S NAŘÍZENÝM OCHRANNÝM LÉČENÍM, ZPRÁVA O PROCESU

Marek Páv¹, Simona Papežová¹, Martina Vňuková³,

¹ MUDr., Ph.D., MBA

² MUDr.

³ Mgr., Ph.D.

Úvod: V příspěvku budou představeny výstupy dvou studií, mapujících současnou populaci nemocných s nařízeným ochranným léčením v psychiatrické nemocnici Bohnice. Pozornost bude zaměřena zejména na prediktory délky léčení a dynamické faktory podkládající přeměnu ústavního léčení na léčení ambulantní. Prezentován bude popis populace nemocných, jejich data sociodemografická, indexového jednání se týkající a údaje popisující průběh ústavního léčení. Další prezentovaná data byla získána pomocí nástrojů Strukturovaného odborného posouzení a dalších škál. Tyto nálezy budou doplněny daty celostátními získanými z mapování populace dlouhodobě hospitalizovaných nemocných. Metodika: retrospektivní studie, průřezový sběr dat extrakcí z dokumentace, použití nástrojů HoNOS-secure, SAPROF, GAF, HCR-20, využití dat z Cenzů projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné. Výsledky: Celostátní průměrná ošetrovací doba ústavních OL je 2,6 roku. Následující proměnné jsme identifikovali jako významně asociované s delší dobou ústavního léčení: vyšší věk, délka předchozí psychiatrické hospitalizace, olanzapinový ekvivalent, léčba klopazinem, psychóza nebo parafilie, spáchání sexuálního přestupku. Kratší doba léčení je asociována se zapojením do vztahu, zaměstnáním před hospitalizací, osobní podpora během hospitalizace a spáchání jednání pod vlivem návykových látek. Celkové skóre HoNOS a subškála symptomů HoNOS, předpovídala delší dobu léčení, HoNOS-secure škála kratší pobyt. Identifikovali jsme náhled jako silný prediktor propuštění, který je také spojen s obecným dodržováním pacientova režimu léčby, účastí na terapeutických aktivitách a účastí na ergoterapii. Podle GAF většina našeho vzorku vykazuje středně těžkou či těžkou dysfunkci. Použité nástroje strukturovaného klinického hodnocení mohou zachytit dynamické faktory související s propuštěním nebo pokračující hospitalizací, konkrétně celkové skóre SAPROF, HoNOS-secure podškála a významné položky z klinických a rizikových subškál HCR-20. Diskuze: Na základě těchto dat budou popsána východiska současného přístupu k léčbě nemocných s nařízeným ochranným léčením, která budou dále diskutována v kontextu evropských přístupů a teoretických východisek v léčbě této populace. Z výše uvedeného plynou kroky, které jsou zadány Národním akčním plánem pro duševní zdraví a kroky, které jsou realizovány projektem Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné a Projektem Nových služeb. Informace budou doplněny aktualitami z práce Pracovní skupiny k problematice péče o pacienty s nařízeným ochranným léčením MZ a dalšími aktuálními informacemi. Bude nastíněn harmonogram tvorby standardů péče, které se týkají populace nemocných s nařízeným ochranným léčením. Závěry: je nutné vypracování standardů léčení, které budou definovat postupy, určující průběh ambulantní i ústavní ochranné léčby. Tyto standardy by měly určovat, jak se hodnotí rizikovitost nemocných, jak se monitoruje průběh jejich ústavního léčení a stanovuje vhodnost přeměny na léčbu ambulantní. Bez jejich použití není zaručeno, že výkon OL je zacílen na zásadní oblasti rizika u daného nemocného tedy to, co jej činí „společensky nebezpečným“. Toto může vést k prodloužení léčby u některých nemocných, zatímco jiní nemocní mohou být propouštěni do ambulantního léčení bez dostatečného zajištění přítomných rizik. Na systémové úrovni je také nutné zajištění toho, aby byl definovaný standard terapeutického prostředí jak v ústavním léčení, tak i pro služby komunitní pro tuto cílovou skupinu (FMT). Je nutné posílit systém vzdělávání v oblasti hodnocení rizika násilí a plánování léčby založené na identifikovaných rizicích, stejně tak i vzdělávání v oblasti použití nástrojů protektivních, které naopak riziko násilného jednání snižují.

FORENZNÍ MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM-ZKUŠENOST Z PILOTNÍHO PROVOZU

Petr Mach ¹, Radka Ochranova ¹,

¹ Mgr.

Pracoviště: PNB ve spolupráci s Green Doors z.ú. Metodika: Z charakteru pilotního projektu vyplývá nutnost řídit se metodikou: „Metodika Programu podpory nových služeb v oblasti péče poskytované forezním multidisciplinárním týmem duševního zdraví pro pacienty s nařízeným ochranným léčením“; Program je součástí projektu „Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné“, reg. č. projektu: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0008217 Cílová skupina: □ Dospělí nemocní s nařízeným ochranným léčením (OL) všech typů: psychiatrické, sexuologické, protialkoholní, protitoxikomanické a jejich kombinace OL může být i z důvodu patologického hráčství • Charakter FMT □ multidisciplinární povaha týmu □ spolupráce zdravotních a sociálních služeb □ práce v terénu a sociálním prostředí pacienta □ aplikování principů Case Managementu □ přijetí pacienta do péče – spolupráce se soudy, ambulantními a lůžkovými zdravotnickými zařízeními □ hodnocení rizika násilí a přehled používaných nástrojů a jejich využití v individuálním plánování péče a predikci recidivy • Poskytovaná péče a personální standard □ personální zajištění týmu: psychiatr, sexuolog, adiktolog, klinický psycholog, zdravotní sestry, sociální pracovníci • Cíle / výstupy pilotního projektu □ přesun těžiště péče o osoby s vážným duševním onemocněním do jejich přirozeného prostředí pomocí efektivního propojení ambulantní a terénní péče. FMT pracuje nejen s pacienty, ale i s okolím tj. rodinnými příslušníky, úřady, zaměstnavateli, atd. □ pomocí zhodnocení rizikových a protektivních faktorů přispívá péče FMT k prevenci recidivy a opakovaných hospitalizací nebo ke zkrácení doby hospitalizace a urychluje reintegraci pacienta do jeho sociálního prostředí □ naplnění závazných indikátorů projektu Výsledky /závěry /souhrn: Vzhledem ke skutečnosti, že v současné době probíhá pilotní provoz FMT (pilotní provoz bude ukončen k 30.09.2022), není možné prezentovat relevantní výsledky a závěry. V této části prezentace zhodnotíme dosavadní zkušenosti s prací v rámci multidisciplinárního týmu, uvedeme praktické příklady převzetí do péče (spolupráce s odděleními lůžkové péče, přebírání pacientů s OLÚ do OLA, převzetí stávajících ambulantních pacientů s OL, ..) a především se zaměříme na představení používání nástrojů risk assessmentu (RA) v naší praxi. Jedním z hlavních výstupů pilotního projektu by mělo být poskytnutí dat sloužících k validaci nástrojů RA v českém prostředí. Pro názornou ilustraci zahrneme do prezentace kazuistiky dvou pacientů.

KŘEST KNIHY PSYCHOFARMAKA V KAZUISTIKÁCH - IVANA TAŠKOVÁ A KOL.

PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKA - MEZINÁRODNÍ VÝVOJ MKN 11 A PŘEDSTAVY NASAZENÍ V ČR

MEZINÁRODNÍ VÝVOJ MKN-11 A PŘEDSTAVY NASAZENÍ V ČR

Miroslav Zvolský¹,

¹ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) připravuje Světová zdravotnická organizace (WHO) již od zavedení revize předchozí na začátku devadesátých let. Světové zdravotní shromáždění schválilo MKN-11 v květnu 2019 se vstupem v platnost od 1. ledna 2022 s pětiletým přechodným obdobím. Zcela zásadní změnou je jednak akcent na klinickou terminologii a detailní popis zdravotního stavu, ale také směřování k elektronizaci publikace a následného používání MKN-11. Sledujeme postupný odklon primárního účelu použití od statistických souhrnů ke strukturaci průběžných dat v systémech elektronického zdravotnictví. Tvorba MKN-11 a její plánovaná dlouhodobá aktualizace jsou nově postaveny na možnosti širokého zapojení odborných expertů, kteří mohou prostřednictvím webového portálu vkládat průběžné návrhy na změny a doplnění obsahu. Návrhy jsou v definovaném několikakolovém procesu schvalovány odbornými skupinami WHO a počítá se s pravidelnými aktualizacemi mezinárodní verze. Protože MKN-11 obsahuje přes 130 tisíc položek, pro praktické použití byla zatím vytvořena verze nazvaná Mortality and Morbidity Statistics (MMS) s tím, že se předpokládá vytvoření dalších například oborově specifických uspořádání MKN-11 nebo zkrácených seznamů. Aktuálně platná verze je publikována on-line na adrese <https://icd.who.int> buď ve formě hierarchického browseru MMS nebo vyhledávacího nástroje, tzv. Coding Tool, který je možné integrovat přímo do klinických informačních systémů. Další formou elektronické publikace je elektronické rozhraní (Application Programming Interface, API), prostřednictvím kterého může libovolný informační systém automaticky zobrazovat obsah MKN-11 v aktuální podobě. V České republice v rámci projektu Národního centra pro medicínské nomenklatury a klasifikace vzniká česká verze MKN-11. Jedná se o několikafázový proces zahrnující vyhledání vhodných českých ekvivalentů k anglické terminologii, jazykovou korekturu a validaci použité české klinické terminologie. Česká klinická terminologie může zahrnovat termíny latinské, počeštěné nebo české, i proto, že uživatelem MKN-11 může být jak lékař-specialista, lékař nebo jiný zdravotník s obecnějším zaměřením, ale třeba i pacient nebo konzument statistických výstupů bez zdravotnického vzdělání. Elektronizace MKN-11 umožnila zahrnout všechny používané varianty s tím, že preferovaným termínem v české verzi zůstává odborný název onemocnění nebo stavu. Do validace klinické terminologie jsou zapojováni experti nominovaní odbornými lékařskými společnostmi. K začátku září 2021 bylo do české podoby převedeno 72 % obsahu mezinárodní verze MKN-11 a předpokládáme, že kompletní český obsah bude v základu hotov v polovině roku 2022. V září 2021 byla jmenována Meziresortní pracovní komise pro přípravu a koordinaci zavedení MKN-11 v ČR se zastoupením institucí a odborných profesních sdružení, jejímž cílem je připravit plán nasazení MKN-11. Je třeba rozhodnout některé technické otázky formy použití MKN-11, která souvisí s další koncepcí elektronického zdravotnictví v ČR a možnostmi jak centrálních systémů sběru dat (jako Národní zdravotnický informační systém), tak standardy klinických informačních systémů poskytovatelů zdravotních služeb. Komise připravuje varianty zavedení včetně možných harmonogramů a distribuuje informace o MKN-11 například formou pořádání odborných akcí a odborných publikací. Přechod na MKN-11 bude nejen v České republice, ale i v globálním rozměru výzvou především kvůli změně filozofie a technologie (ne kniha, ale elektronická databáze; nejen klasifikace, ale i terminologie; ne publikace, ale technologický standard). Tak jako MKN-10 nyní představuje jednoznačný standardní jazyk pro komunikaci mezi poskytovateli, zdravotními pojišťovnami a národními registry a standard umožňující mezinárodní srovnání a interoperabilitu, tak tuto roli v nadcházejících letech převeze MKN-11. Národní centrum pro medicínské nomenklatury a klasifikace a zmíněná Meziresortní pracovní komise mají pomoci zajistit, že v České republice využijeme plně možnosti, které pro elektronizaci zdravotnictví a vůbec usnadnění informační výměny ve zdravotnictví MKN-11 přináší.

MKN-11: ROZŠÍŘENÍ DIAGNÓZ SOUVISEJÍCÍCH S UŽÍVÁNÍM TABÁKU

Eva Králíková¹, Miroslav Zvolský²,

¹ Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN a Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky – kliniky endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN

² Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Úvod: Kouření, respektive užívání tabáku, není zlovyk, ale nemoc a to již od roku 1992 podle MKN-10. Nová verze MKN-11 výčet diagnóz a dalších stavů souvisejících s užíváním tabáku ještě podstatně rozšiřuje. Metodika: Vyhledání diagnóz podle klíčového slova „tobacco“ v anglické verzi kódovacího nástroje pro vyhledávání termínů a kódů MKN-11 https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release. Kódovací nástroj zobrazuje výsledky klasifikační vrstvy určené pro zařazování a kódování stavů pro potřeby statistik úmrtnosti a nemocnosti (Mortality and Morbidity Statistics linearization, MMS). Český oficiální překlad MKN-11 zatím není dokončen, níže je u výsledků vyhledávání uveden překlad neoficiální – pro představu o spektru diagnóz však doufejme poslouží.

Výsledky: Hlavní kapitolou obsahující kódy související s užíváním tabáku je „06 - Mentální, behaviorální a neurovývojové poruchy“. Zahrnuje 14 poruch na základě užívání látek, mezi nimi 6C4A - Poruchy způsobené užíváním nikotinu:

6C4A.0 Epizoda škodlivého užívání nikotinu,

6C4A.1 Škodlivý vzorec užívání nikotinu,

6C4A.10 Škodlivý způsob užívání nikotinu, epizodický,

6C4A.11 Škodlivý vzorec užívání nikotinu, nepřetržitý,

6C4A.1Z Škodlivý vzorec užívání nikotinu, nespecifikovaný,

6C4A.20 Závislost na nikotinu, současné užívání,

6C4A.21 Závislost na nikotinu, časná úplná remise (abstinence 1-12 měsíců),

6C4A.22 Závislost na nikotinu, trvalá částečná remise (po diagnóze závislosti na nikotinu následuje podstatná redukce po dobu delší než 12 měsíců a již nejsou splněna kritéria závislosti),

6C4A.23 Závislost na nikotinu, trvalá plná remise (po diagnóze závislosti na nikotinu následuje abstinence po dobu delší než 12 měsíců),

6C4A.2Z Závislost na nikotinu, nespecifikovaná,

6C4A.3 Intoxikace nikotinem (může zahrnovat neschopnost odpočívat, psychomotorickou agitaci, úzkost, studený pot, bolesti hlavy, nespavost, palpitace, parestezie, nauzeu nebo vomitus, křeče v břiše, zmatenost, neobvyklé sny, pálení v ústech, slinění, raritně i paranoidní myšlenky, poruchy vnímání, konvulze až koma)

6C4A.4 Vysazení nikotinu - nikotinový abstinenci syndrom (může zahrnovat dysforickou nebo depresivní náladu, nespavost, iritabilitu, zlost, úzkost, obtížné soustředění, neschopnost odpočívat, bradykardii, zvýšenou chuť k jídlu, bažení po tabáku nebo jiných výrobcích obsahujících nikotin, kašel nebo afty),

6C4A.Y Jiné určené poruchy v důsledku užívání nikotinu

6C4A.Z Neurčené poruchy v důsledku užívání nikotinu

Z dalších diagnostických skupin se tabáku týkají následující položky MKN-11 nebo jejich kombinace:

QB95.8 Rehabilitace pro užívání tabáku

QE13 Užívání tabáku

DA01.0Y Jiné určené poruchy sliznice dutiny ústní (zahrnutý termín Keratóza v důsledku užívání bezdýmného tabáku)

QA13 Kontakt s intervencí ohledně užívání tabáku ve zdravotnictví

QC46 Osobní anamnéza mentální nebo behaviorální poruchy (zahrnutý termín Zneužívání tabáku v anamnéze)

DA08.4 Depozita na zubech (zahrnutý termín Depozita tabáku na zubech)

QC4Y Osobní anamnéza jiných určených zdravotních problémů (zahrnutý termín Užívání tabáku v osobní anamnéze)

QC65 Rodinná anamnéza mentální nebo behaviorální poruchy (zahrnutý termín Užívání tabáku v rodinné anamnéze)

QD84.Y Jiné určené vystavení rizikovým faktorům v pracovním prostředí (zahrnutý termín Pracovní expozice tabákovému kouři)

QD70.5 Problémy spojené s expozicí tabákovému kouři (pasivní kouření)

KA06.1 Plod nebo novorozenec vystavený matčinu užívání tabáku

PB36&XM88J8 Neúmyslná expozice nebo škodlivé účinky tabáku

PE95&XM88J8 Ohrožení expozicí nebo škodlivými účinky tabáku

KD37 Expozice tabákovému kouři v perinatálním období

PD05&XM88J8 Cílené sebepoškození expozicí nebo škodlivým účinkem tabáku

PH56&XM88J8 Expozice nebo škodlivé účinky tabáku s neurčeným úmyslem

NE61 Jinde nezařazené škodlivé účinky látek nemedicinného zdroje (zahrnutý termín Škodlivé účinky expozice tabáku)

Závěr: Bohatý výčet diagnóz a stavů týkajících se užívání tabáku a nikotinu odráží zvyšující se pozornost věnovanou léčbě této nemoci nejen v běžné klinické praxi, ale cíleně i ve stomatologii, pracovním lékařství nebo porodnictví či zohlednění suicidálních úmyslů. Je zjevné, že uvedení některé z těchto diagnóz musel předcházet podrobnější rozhovor s pacientem než lakonický dotaz „Kouříte?“. Podpořeno projektem UK PROGRES Q25/LF1

DĚTSKÁ A DOROSTOVÁ PSYCHIATRIE V ICD-11 – PORUCHY VÝVOJE INTELEKTU

Petra Uhlíková¹,

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

Nová klasifikace MKN-11 byla přijata WHO v roce 2019 a měla by platit od r. 2022, aktuálně v ÚZIS probíhá spolu s experty za odborné společnosti validace české terminologie. Tento příspěvek vychází z originálních sdělení a je možné, že definitivní znění diagnóz bude v české terminologii poněkud odlišné. K zásadním změnám v oblasti dětské a dorostové psychiatrie patří úplné zrušení kapitol s diagnózami specifickými pro dětství a jejich zařazení převážně do kapitoly Neurovývojové poruchy (Neurodevelopmental disorders). Do této skupiny 6A0 byla přesunuta většina diagnóz ze skupin mentální retardace F7, Poruchy psychického vývoje F8 a Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci F9. Neorganické a psychogenní formy enurézy a enkoprézy jsou nově zařazeny do subkapitoly 6C0 Poruchy vylučování. Tikové poruchy byly přesunuty do kapitoly 08 Onemocnění nervového systému. Novou diagnostickou kategorií, která se zcela jistě zásadně projeví v diagnostice duševních poruch dětí a dospívajících, je Komplexní posttraumatická stresová porucha (Complex PTSD). Do této poruchy patří mimo jiné trauma způsobené v dětství opakovaným zneužíváním, především jde o zneužívání sexuální a fyzické. Diagnózy Mentální retardace podle MKN-10 mají prevalenci 1-2%, mají zásadní vliv na fungování jedince a možný vznik celoživotní invalidity, pojí se s vysokou mírou komorbidit a v systému zdravotní péče patří k nákladným poruchám. Mentální retardace jsou vnímány i jako součást postižení a jsou zařazeny do Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO (ICF) do kapitoly Mentální funkce, Intelektuální funkce b117. Komplikovanost chápání mentální retardace dokládají dlouholeté odborné diskuse o nové koncepci vývojových poruch intelektu. AAIDD (Association on Intellectual and Developmental Disabilities) tyto poruchy charakterizovala jako signifikantní omezení jak intelektu, tak adaptivního chování, sociálních a praktických schopností, které vzniklo před 18. rokem věku, WPA jako syndrom s kognitivním deficitem, který vznikl před získáváním dovedností prostřednictvím učení, a který významně omezuje běžné fungování jedince. Terminologické diskuse se zabývaly také rozdílem mezi pojmy „intelektový“ a „kognitivní“. K extrémním návrhům patřilo vyřazení mentální retardace z klasifikace nemocí a zařazení pouze do klasifikace postižení (ICF). V klasifikaci MKN-11 byl termín „mentální retardace“ mimo jiné pro svůj stigmatizační potenciál nahrazen termínem „porucha vývoje intelektu“ (Intellectual Development Disorders), kterému v DSM-5 odpovídá termín Intellectual Disabilities. Poruchy vývoje intelektu jsou kódované 6A00-6A0Z a jsou odstupňované jako poruchy mírné, střední, těžké a hluboké (mild, moderate, severe, deep). Dočasné mentální postižení se klasifikuje při jasné přítomnosti poruchy intelektu u dětí do 4 let nebo když není možné například pro smyslové nebo motorické postižení nebo přítomnost těžkých poruch chování nebo jiných poruch provést validní testování. Diagnostikovat lze také jiné a nespecifické (other specific a nonspecific) poruchy vývoje intelektu.

ZMĚNY V KLASIFIKACI PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Iva Dudová ¹,

¹ Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cesta ke správné diagnostice a zařazení poruch autistického spektra (PAS) do klasifikačních systémů byla složitá a zdoluhavá. Připomeňme například zavádějící užití termínu autismus pro nově popsanou poruchu (pojem „autismus“ poprvé použil Eugen Bleuler v roce 1911 při popisu psychopatologie schizofrenie a označoval jím schizofrenní stažení se z reálného světa a ponoření se do vlastního, nesrozumitelného světa nemoci) nebo mylné zařazení dětského autismu do skupiny schizofrenních psychóz v dětství - jak v Mezinárodní klasifikaci nemocí, tak i v amerických klasifikačních manuálech DSM-I a DSM-II. Zavádějící byla také hypotéza o psychogenní etiologii autismu, která předpokládala, že dětský autismus je důsledkem chybné, citově chladné výchovy dítěte. Dětský autismus byl popsán americkým psychiatrem rakouského původu Leo Kannerem v práci „Autistické poruchy afektivního kontaktu“ v roce 1943 a poprvé zařazen jako samostatná diagnóza v americkém diagnostickém manuálu DSM-III v roce 1980. Správného zařazení do mezinárodního klasifikačního systému se dočkal dětský autismus až o více než 10 let později v desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, která vstoupila v platnost k 1. lednu 1993. Aspergerův syndrom byl popsán rakouským pediatrem Hansem Aspergerem v roce 1944 pod názvem autistická psychopatie; do klinické praxe byla tato porucha znovu uvedena Lornou Wingovou v roce 1981. Diagnózy dětský autismus, atypický autismus a Aspergerův syndrom jako hlavní představitelé PAS pevně zakotvily v klasifikačních systémech DSM-IV a MKN-10 jako pervazivní vývojové poruchy a na více než 20 let tím ustalo dlouhé období hledání správné cesty k zařazení těchto poruch. Americký klasifikační manuál DSM-5 z roku 2013 však opět změnil koncepci. Nově zavedl kategorii Neurovývojové poruchy, kam se řadí porucha intelektu, poruchy komunikace, porucha autistického spektra, ADHD, neurovývojové poruchy motoriky a specifická porucha učení. Místo jednotlivých poruch zahrnutých do PAS vytvořil jednu diagnostickou kategorii Porucha autistického spektra. Projevy poruchy silně kolísají v závislosti na závažnosti příznaků, vývojovém stupni a věku, proto byl dle autorů klasifikace zvolen termín „spektrum“. Diagnostika je založena na přetrvávajícím narušení reciproční sociální komunikace a interakce a přítomnosti omezených, repetitivních vzorců chování, zájmů a aktivit. Původní tři oblasti psychopatologie (narušená komunikace, sociální interakce a stereotypní, repetitivní vzorce chování a zájmů) byly spojením deficitu v sociální komunikaci a sociální interakci zredukovány na dvě. V DSM-5 bylo také odstraněno opoždění řeči jako diagnostický znak. Striktní podmínka týkající se věku začátku (nástup psychopatologie před dovršením třetího roku života) byla změněna na začátek během raného vývojového období. Porucha dle kritérií omezuje nebo narušuje běžný život, není ale specifikován věk, ve kterém začne být funkční narušení zjevné. Kritéria DSM-5 připouští, že příznaky PAS nemusí být přítomny v současnosti, ale byly přítomny v minulosti. Odrážejí tak klinické i výzkumné zkušenosti, že pomocí intervencí nebo během vývoje některé děti s PAS nemusí později v životě vykazovat některé autistické příznaky. Do diagnostických kritérií byly nově přidány atypické reakce na senzorické podněty (hypo- nebo hypersenzitivita, neobvyklé smyslové zájmy). V mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-11, která by měla vstoupit v platnost 1. 1. 2022, jsou po vzoru DSM-5 dětský autismus, atypický autismus a Aspergerův syndrom také zahrnuty do jedné kategorie Porucha autistického spektra. Diagnostika je stejně jako u DSM-5 založena na přítomnosti klinicky signifikantních příznaků ve dvou jádrových doménách – narušení reciproční sociální komunikace a přítomnost omezených zájmů a repetitivního chování. Na rozdíl od DSM-5 diagnostická kritéria MKN-11 nezahrnují zvýšenou nebo sníženou citlivost na senzorické podněty nebo neobvyklé smyslové zájmy.

POKROKY VE FARMAKOTERAPII AUTISMU

Michal Hrdlička¹,

¹ Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Úvod: U poruch autistického spektra (PAS) zůstávají nadále hlavní metodou k zmírňování jádrových příznaků autismu (narušení řeči a komunikace, sociální izolace, abnormální zájmy apod.) speciálně pedagogické a behaviorální intervence. Existují však pozitivní důkazy pro použití některých psychofarmak jako doplňkové intervence pro ovlivňování problémových symptomů a syndromů. Současná odborná literatura rozeznává několik příznakových okruhů autismu vhodných pro farmakologickou intervenci: 1/ agresivita, zvýšená dráždivost, sebepoškozování; 2/ stereotypní a repetitivní chování, obsedantní syndrom, rituály; 3/ hyperkinetický syndrom a impulzivita; 4/ poruchy spánku. Metodika: Provedli jsme vyhledávání prostřednictvím rešeršní databáze PubMed, zaměřené jednak na mezinárodní guidelines vztažené k autismu, jednak na lékové studie psychofarmak relevantních pro PAS. Hledání proběhlo s retrospektivou od roku 2010 a navázalo na předchozí rešerše prováděné pro účely sestavení českých doporučených postupů. Výsledky: Literární rešerše neobjevila zásadní nové lékové studie nebo zahraniční guidelines, které by změnily naše vodítka publikovaná v roce 2018 v Doporučených postupech psychiatrické péče V. Nadále platí, že pro farmakoterapii agresivity, zvýšené dráždivosti a sebepoškozování doporučujeme v prvním kroku použít risperidon, v druhém kroku aripiprazol a v třetím kroku olanzapin, ziprasidon nebo valproát. Pro terapii stereotypního a repetitivního chování, obsedantního syndromu a rituálů je vhodné nasadit v prvním kroku fluoxetin, v druhém kroku zvážit záměnu za escitalopram nebo citalopram a v třetím kroku zvážit terapii clomipraminem. Pro farmakoterapii hyperkinetického syndromu a impulzivity se doporučuje v první volbě metylfenidát, v druhé volbě atomoxetin a v třetí volbě risperidon nebo aripiprazol. Pro léčbu poruch spánku je první volbou melatonin, pro určení dalších kroků není dostatek důkazů. Nové studie a guidelines však přinesly upřesnění poznatků zejména o léčbě atypickými antipsychotiky, antidepresivy SSRI a atomoxetinem. Jejich výstupy shrneme. Rovněž přineseme první informaci o výzkumném směru zaměřeném na hypotézu, že by ve zmírňování příznaků PAS mohly být účinné kanabinoidy. Závěry: Postupně přibývají léky s vysokou nebo střední úrovní důkazů pro léčbu některých symptomů a syndromů u PAS. Doporučení pro užití farmak uvedená v Doporučených postupech psychiatrické péče V zatím není třeba upravovat. Dedikace: Práce byla podpořena z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR č. NV18-04-00085.

PORUCHA POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU V ICD 11

Michal Goetz¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany

Neurovývojové poruchy jsou takové, které zahrnují značné potíže při rozvoji a uplatnění specifických kognitivních, motorických, jazykových nebo sociálních funkcí s nástupem během vývojového období. Porucha pozornosti s hyperaktivitou (Attention Deficity Hyperactivity Disorder, ADHD) v ICD 11 nahradila hyperkinetické poruchy z ICD 10 a byla přesunuta do skupiny neurovývojových poruch. Důvody pro tuto změnu jsou: podklad poruchy spočívá ve vývoji mozku od nejranějšího období, charakteristické jsou poruchy kognitivních, motorických a sociálních funkcí a častý souběžný výskyt s jinými neurovývojovými poruchami. Tento krok také řeší koncepční slabost nahlížení na ADHD jako na úzce související s rušivým chováním a disociálními poruchami, ačkoli jedinci s ADHD obvykle nejsou záměrně rušiví a svého chování zpětně litují. ADHD lze v ICD 11 dále upřesnit pomocí kvalifikátorů pro převážně nepozorný, převážně hyperaktivní-impulzivní nebo kombinovaný typ. Porucha je popsána jako celoživotní ale také celoživotně se vyvíjející.

DOPADY EPIDEMIE COVID19 V PSYCHIATRICKÉ AMBULANCI

Martin Anders ¹,

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

Ačkoliv společnost v době pandemie byla exponována velmi komplexnímu působení stresové zátěže a řada jedinců prodělala onemocnění SARS COV-2, nedošlo dle Národního registru hrazených zdravotních služeb k nárůstu počtu pacientů, kteří přišli do kontaktu s psychiatrickými službami. Dle dalším dat Všeobecné zdravotní pojišťovny a ÚZIS dokonce nedošlo ani k zásadnímu nárůstu předepisovaných léčivých přípravků ze skupiny psychofarmak. Péče v době pandemie byla omezena v některých psychiatrických nemocnicích a na akutních lůžcích a oslovení psychiatři v dotazníkovém šetření uvedli, že došlo v jejich praxích nárůstu počtu ošetřených nových pacientů a také, že již stávající nemocní navštěvovali/telefonovali jejich lékařské praxe daleko intenzivněji. Celkem v roce 2020 bylo ošetřeno 1.067.214 pacientů. Široké veřejnost slouží registr psychiatrických služeb <https://psychiatrie.uzis.cz/>. Podpořeno výzkumnými projekty MZ ČR – RVO VFN64165 a Q27/LF1.

ROLE AMBULANTNÍCH PSYCHIATRŮ V REFORMĚ PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Simona Papežová ¹, František Soukup ²,

¹ MUDr. Simona Papežová, s.r.o.

² Psychiatrická ambulance, Plzeň

Již při tvorbě Strategie reformy psychiatrické péče (SRPP) se Výbor Sekce ambulantních psychiatrů zamýšlel nad rolí psychiatra v systému péče. Význam ambulantní péče je prvořadý pro včasný záchyt, včasnou diagnostiku, tato péče by měla být dostupná napříč regiony. Již v roce 2012 bylo jasné, že při trendu nárůstu počtu pacientů vyhledávajících psychiatrickou péči není možné bez rozšíření sítě výše uvedené cíle splnit. Nicméně, již tehdy panovala také shoda, že prosté navýšení počtu psychiatrů není naším cílem, že směřujeme dále k možnostem pracovat v malém zdravotnickém týmu a poskytovat péči komplexněji. Při analýze zkušeností z minulosti v ČR i ze světa byl již tehdy navržen koncept rozšíření ambulance o další profese – s cílem zvýšení dostupnosti péče v návaznosti na předání některých kompetencí dalším členům týmu (psychiatrickým sestrám, adiktologům a dalším odbornostem). V roce 2016 vyšel ve Věstníku MZ č. 5/2016 „Standard ambulantní psychiatrické péče a rozšířené ambulantní péče o osoby s duševním onemocněním“. Mnohým kolegům (a také zdravotním pojišťovnám, které mají zákonnou povinnost zajistit dostupnost péče a zodpovědnost za tvorbu sítě služeb) dává tento koncept poskytování ambulantní péče smysl, postupně k němu směřují a zaměstnávají ve svých ambulancích kvalifikované sestry pro péči v psychiatrii („psychiatrická sestra“), či své zdravotní sestry k této profilaci směřují. V mnoha ambulancích má své pochopitelné místo i klinický psycholog. Zdravotní pojišťovny umožňují postupné rozšíření sítě o tyto odbornosti. Současně probíhá pilotování ambulancí s rozšířenou péčí (ARP) v rámci projektů navázaných na implementaci SRPP. Na základě výstupů z těchto pilotních projektů dojde nejspíše k úpravě výše uvedeného standardu, zdravotní pojišťovny směřují k zakotvení rozšířené ambulantní péče o osoby s duševním onemocněním do úhradových mechanismů.

LÉČBA V PSYCHIATRICKÉ AMBULANCI Z POHLEDU REGIONÁLNÍ SPOLUPRÁCE SLUŽEB SYSTÉMU PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE

Vítězslav Pálenský¹,

Regionální spolupráce služeb v oblasti psychosociální péče je velmi specifická. Vychází ze struktury služeb, regionálních zvyklostí a dopravní obslužnosti. Oproti formě ve velkých městech má mnohá úskalí a specifika. Neexistují přesné standardy. Je třeba vycházet ze stávající sítě služeb a učit se vzájemnému respektu a propojování služeb. Jde o věc novou, která vyžaduje letitou práci, trpělivost a především osobní nasazení. Kvalitně nastavená léčba v rámci individuálního přístupu k pacientovi a jeho potřebám je stěžejním bodem v této problematice.

WORKSHOP - JAK UČIT DEESKALACI

Vedoucí: Běhounek J., Trančík P., Pekara J.

JAK UČIT DEESKALACI?

Jan Běhounek¹, Pavel Trančík², Jaroslav Pekara³,

¹ Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha 8, Česká republika; Česká asociace sester, Psychiatrická sekce

² Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha 8, Česká republika; Sekce mladých psychiatrů ČLS JEP

³ Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5, Česká republika

V psychiatrických zařízeních v České republice je v nemalé míře používáno omezovacích prostředků (např. omezení ochrannými pásy, umístění v uzavřené místnosti). Je to jeden ze způsobů eliminace nepříznivých projevů duševní poruchy ve chvíli, kdy je postižený svým jednáním ohrožující vůči sobě samému nebo vůči svému okolí. Domníváme se, že snížit potřebu použití omezovacích prostředků lze vhodnou aplikací metod prevence konfliktu, deeskalací napětí a neklidu. Z praxe víme, že jedním z faktorů ovlivňujících četnost a nutnost omezení pacienta je právě nezkušenost zasahujícího personálu v praktickém použití doporučených způsobů deeskalace napětí ve vyhocených, ke konfliktu vedoucích situacích. Je na místě zdůraznit, že za těchto emočně vypjatých okolností, často vedoucích k použití omezovacího prostředku, je ohrožen na zdraví nejen samotný pacient, ale také zasahující personál. Psychiatrická nemocnice Bohnice proto v roce 2021 realizovala pilotní simulační sebezkušenostní trénink pro efektivní vedení deeskalace projevů neklidu s hroící agresí u psychicky alterovaných osob. Jde o trénink terapeutických týmů ve využití deeskalačního přístupu, jehož cílem je prevence konfliktu samotného a druhotně i použití omezovacího prostředku. Samotný kurz, jehož představení je předmětem workshopu, je postaven na principu simulační medicíny, kdy účastníci zasahují v zinscenovaných, avšak velmi realistických podmínkách. Pro navození co nejpravděpodobnější tréninkové situace je využito figurantů v roli pacientů s příběhy vycházející ze skutečných událostí. Během intervence týmu je pořízen videozáznam, kterého je následně využito k rozboru proběhlé situace.

WORKSHOP - CHRONOBIOLOGICKÁ FOTOTERAPIE V LÉČBĚ KOMORBIDIT DEMENCE

CHRONOBIOLOGICKÁ FOTOTERAPIE V LÉČBĚ KOMORBIDIT DEMENCE

Pavel Doubek¹, Antonín Fuksa²,

¹ Psychiatrická klinika VFN a 1.LF UK Praha

² Blue step spol s r.o.

Úvod Světlo je optické záření schopné vyvolat vizuální počitek přímo. Některé vlnové délky světla předávají důležité mimovizuální informace. Na viditelné světlo můžeme pohlížet buď jako na elektromagnetické záření, nebo proud fotonů. V rámci chronobiologické fototerapie (ChBFT) je světlo zdrojem informace o čase. Metoda ChBFT je léčebná metoda využívající umělé zdroje (žářivky, LED) chladného bílého plnospektrálního světla. Tyto zdroje mají většinou intenzitu světla 2500 – 10000 luxů. Potřebná intenzita ChBFT je ovlivněna věkem pacientů. Začátek i délka aplikace (od minuty až k celodenní aplikaci) se liší od typu léčebné intervence, pro kterou je ChBFT aplikována (deprese, poruchy spánku, poruchy rytmu spánků-bdění, delirium nasedající na demenci, neurodegenerativní onemocnění atd.). Nástup účinku ChBFT je v řádu dnů. Vedlejší nežádoucí účinky nejsou většinou závažné. Objevují se na počátku léčby. Nejčastěji se setkáváme s podrážděním spojivek a bolestmi hlavy. U bipolární poruchy je nezbytné pacientovi před započítím aplikace nasadit stabilizátor nálady k zabránění přesmyku do opačné epizody onemocnění. Kontraindikací zahájení aplikace ChBFT je přítomnost makulární degenerace. Vedlejší nežádoucí účinky jsou přechodné a většinou po několika dnech mizí, nebo výrazně ustupují. Můžeme je také modulovat změnou parametrů užití intenzity světla a délky jeho aplikace. Indikace ChBFT • Sezónní afektivní porucha • Nesezónní depresivní poruchy • Poruchy rytmu spánků-bdění (jet-lag, směnný provoz) • Poruchy spánku • Deliria a poruchy chování u demencí ChBFT v léčbě komorbidit demence Neurodegenerativní procesy u pacientů trpících demencí ovlivňují přímo cirkadiánní systém, který však současně ovlivňuje míru neurodegenerativních procesů. Nepřímé ovlivnění u pacientů trpících demencí vychází z přítomných poruch spánku, které zvyšují riziko rozvoje diabetu II. typu, což je současně rizikový faktor také pro rozvoj vaskulární demence nebo demence u Alzheimerovy nemoci. ChBFT ovlivňuje nekognitivní příznaky u pacientů trpících demencí. Prodlužuje dobu nočního spánku, zlepšuje kvalitu nočního spánku, snižuje míru antisociálního chování pacientů, snižuje agitovanost, redukuje noční neklid, redukuje agresivní chování a zvyšuje denní aktivitu pacientů. ChBFT aplikovaná u pacientů trpících deliriem zlepšuje v krátkém horizontu funkční stav a snižuje dobu trvání deliria. ChBFT také snižuje incidenci pooperačních delirií. Specifické protokoly aplikace ChBFT zlepšují výsledky kognitivní testů u pacientů trpících lehčími formami demencí. Závěr ChBFT je jednoduchá, nefarmakologická, účinná, dobře tolerovaná a bezpečná metoda léčby. Řada publikovaných studií prokazuje její signifikantní účinnost v léčbě řady duševních poruch a syndromů. V léčbě depresivní poruchy je prokázána v monoterapii její srovnatelná účinnost s antidepresivem.

AKUTNÍ PÉČE - PROCESNÍ STANDARDY A DRG RESTART

Přednášející: Tuček J., Kašpárek T., Šilhán P.

AKUTNÍ PSYCHIATRICKÁ PÉČE

Jan Tuček¹, Tomáš Kašpárek², Petr Šilhán³,

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

² PK FN Brno

³ FN Ostrava

Akutní psychiatrická péče prošla v posledních zásadními změnami. V rámci reformy se podařilo nastavit standardy, které odpovídají požadavkům moderní psychiatrie jak v postupech, tak i ve vybavení jednotlivých oddělení. Došlo také změnám v úhradových mechanismech v rámci DRG restart. V tomto sdělení budou představeny základní změny ve standardech, dále budou probírány základní mechanismy DRG restart, jeho výhody i nevýhody. Bude definován algoritmus základních postupů v akutní psychiatrické péči s ohledem na její organizaci a algoritmus vykazování poskytnuté péče.

MOŽNÉ ZMĚNY V ORGANIZACI LŮŽKOVÉ PÉČE O ZÁVISLÉ

Jiří Dvořáček ¹,

¹ Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

Léčba návykových nemocí jako samostatný obor psychiatrie má mnoho odlišností od práce s jinými psychiatrickými diagnózami. Reforma psychiatrie je sice primárně zaměřena na skupinu tzv. SMI diagnóz, i tak je ovšem příležitostí ke změně některých momentů v léčbě závislosti a k rozvinutí celého systému k větší komplexnosti a pružnosti. Autor ve svém příspěvku popisuje hlavní slabá místa péče o závislé v ústavní léčbě a hlavní momenty možného dalšího rozvoje. Algoritmus odvykací léčby si nadále ponechává některé fixní parametry, které jsou pacientům nabízeny nediferencovaně a při neúspěchu opakovaně. Léčebná atmosféra je programově často stenizující, odvolávající se na univerzální potřebu pacienta duševně otužovat, role pacienta je udržována záměrně jako značně pasivní. Autor popisuje základní představu, jak by organizace lůžkové péče mohla fungovat a které prvky by mohly být reformovány: diferenciací léčebných algoritmů, změna indikace k ústavní léčbě, potřeba nové typologie pacientů, změna léčebné atmosféry na pozitivní a změna role pacienta v plně kompetentní. Stejně tak je nutné věnovat novou pozornost programům pro duální diagnózy, ochranným léčbám a narůstající kombinaci závislosti a demencí u seniorů.

LIDÉ S „DUÁLNÍ DG.“ - HNACÍ MOTOR VÝVOJE ADIKTOLOGICKÝCH LÉČEBNÝCH PROGRAMŮ

Jan Smíšek ¹,

¹ Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

Pacienti s odlišnými potřebami tvořili / tvoří významnou část předčasných odchodů ze standardních léčebných programů. Přizpůsobením terapeutického přístupu a léčebného systému je možné nejen zvýšit dokončenost a provázanost léčby u pacientů s „duálními dg.“. Získané poznatky lze využít k širší změně uvažování o způsobech léčebné péče a terapeutickém prostředí.

INTEGROVANÉ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PROGRAMY PRO ZÁVISLÉ

Jiří Dvořáček ¹, Jan Smíšek ¹, Martina Richterová Těmínová ¹, Andrea Miklovičová ¹,

¹

Adiktologické služby mají ve své koncepci jasně deklarováno, že se jedná o služby zdravotně sociální. Ve své přednášce se budu zabývat právě zdravotně sociálním pomezím. Zaměřím se charakteristiky klientů, kteří především profitují ze zdravotně sociálních služeb během své cesty k uzdravě, a na praxi, přednosti a nevýhody jednotlivých druhů a typů adiktologických služeb na zdravotně sociálním pomezí jak z pohledu klinického, tak z managerského. Součástí bude krátká kazuistika klienta, která demonstruje spolupráci multidisciplinárního týmu, spolupráci v rámci systému služeb a case management v adiktologických službách.

OL U OSOB SE ZÁVISLOSTÍ - JAK TO VIDÍ ODBORNÍCI

Andrea Miklovičová ¹,

¹ Psychiatrická léčebna Šternberk

Podstatou odvykacích programů v ČR je dosažení vzhledu do problému a vytvoření si motivace pro životní změnu (a ta se netýká pouze rozhodnutí pro abstinenci). K tomu jsou jako základní léčebné postupy používány psychoterapeutické nástroje. Současná medicína nedisponuje takovou farmakoterapií, která by sama o sobě dokázala ovlivnit postoj pacienta k vlastní problematice závislosti nebo by ovlivnila jeho motivaci ke změně, případně by dokázala odstranit příznaky syndromu závislosti. Spolupráci a aktivní přístup v řešení svých problémů si v psychoterapii ovšem nelze vynutit a představa nařízení spolupráce na takovém vnitřním procesu je a priori pochybná. Jaká je pravděpodobnost, že soudním nařízením se přístup pacienta ke své závislosti změní? Jak (a jestli vůbec lze) pracovat ve vysokoprahovém zařízení (kterým PL a PN jsou) s pacientem, který není pro tento program indikován (a sám tuto službu aktivně nevyhledal), nicméně na základě nařízení nezdravotnického zařízení takovou léčbu podstoupit musí? Jak je v případě, že zdravotnická zařízení nedisponují ostrahou zajištěna ochrana veřejnosti (zdravotnického personálu a spolupacientů), kterou má vlastně ochranné léčení u pachatele trest. činnosti splnit. Jako cesta se v této komplikované situaci jeví kvalitní komunikace soudních znalců, soudů, zdravotnických zařízení a dalších odborníků, kteří se na procesu indikace OL a jeho výkonu podílejí.

30 LET S NÁMI V LÉČBĚ DEPRESE A SCHIZOFRENIE - SYMPOZIUM LUNDBECK ČR S.R.O.

Přednášející:

prof. MUDr. Jiří Horáček, Ph.D., FCMA

MUDr. Simona Papežová

MUDr. Pavel Trančík

SPRAVATO: JDE TO I JINAK - SYMPOZIUM JANSSEN-CILAG S.R.O.

Přednášející: Anders M., Masopust J.

V HLAVNÍ ROLI NEUROPLASTICITA

Martin Anders ¹,

¹

Abstrakt není k dispozici

JAK POMOCI PACIENTŮM S NEDOSTATEČNOU ODPOVĚDÍ NA LÉČBU ANTIDEPRESIVY?

Jiří Masopust ¹,

¹

Abstrakt není k dispozici

KOMPETENCE LÉKAŘŮ

KOMPETENCE LÉKAŘŮ PODLE PRÁVNÍCH PŘEDPISŮ

Zbyněk Podhrázský ¹,

¹ Ministerstvo zdravotnictví ČR

Abstrakt není k dispozici

KOMPETENCE LÉKAŘŮ PO KMENI

Tomáš Kašpárek ¹,

¹ Psychiatrická klinika Masarykovy univerzity a Lékařské fakulty, Brno

Abstrakt není k dispozici

PŘEDÁNÍ MEDAILÍ ZA ZÁSLUHY

Ocenění obdrží:

Mgr. Vojtěch Adam

Ing. Jiří Mrázek

MUDr. Alena Šteflová

PANELOVÁ DISKUZE - MEZIRESORTNÍ SPOLUPRÁCE NAPDZ

Diskutující:

Zuzana Jentschke Stöcklová (MPSV - náměstkyně)

Jan Vrbický (MPSV - vedoucí oddělení koncepce sociálních služeb)

Taťana Skalická (MSP)

Zdeněk Šmerhovský (Vězeňská služba)

Jan Mušuta (MŠMT - ředitel odboru řízení a podpory regionálního školství)

Martina Macková - Budínská (MŠMT)

Pavčina Žilová (MZ ČR - ředitelka odboru regulace cen a úhrad)

Klára Šimáčková Laurenčíková (MZ ČR)

Jan Michálek (MZ ČR - ředitel odb. přímo řízených organizací)

Ivana Svobodová (tajemnice Rady vlády pro duševní zdraví)

Jiří Mrázek (VZP - Ředitel odboru úhrad zdravotní péče)

Ivan Duškov (VZP - náměstek ředitele VZP pro služby klientům)

Jan Bodnár (VZP - náměstek ředitele VZP pro zdravotní péči)

Eva Misiačková (zástupkyně SZP)

Ilona Mauritzová (hejtmanka Plzeňského kraje)

Martin Hollý (PS ČLS JEP)

Simona Papežová (PS ČLS JEP a MZ ČR - odborná garance Strategie reformy psychiatrické péče)

V roce 2013 byl ministrem zdravotnictví schválen strategický dokument „Strategie reformy psychiatrické péče“ (SRPP). Jeho implementace se blíží k závěru a reforma se již zaměřuje šířeji k reformě péče o duševní zdraví, jejímž zastřešujícím strategickým dokumentem je „Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030“ (NAPDZ). V této panelové diskuzi se zaměříme na krátké shrnutí reformních kroků, které již probíhají a na několik prioritních oblastí z NAPDZ:

1. Duševní zdraví dětí a dorostu
2. Ochranné léčení
3. Spolupráce s MPSV a kraji
4. Udržitelnost reformy péče o duševní zdraví

NEUROKOGNITIVNÍ PORUCHY

LÉČBA PORUCH CHOVÁNÍ U DEMENCÍ

Jiri Masopust¹,

¹ Psychiatrická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Častou komplikací u pacientů s různými typy demencí jsou behaviorální a psychologické příznaky (BPSD). Patří mezi ně zejména psychóza, agitovanost a poruchy nálady, dále pak desinhibované chování, poruchy rytmu spánků/bdění, bloudění, perseverace, patologické sběratelství, vykřikování a další. Jejich výskyt je spojen s rychlejší progresí nemoci, časnější institucionalizací, použitím fyzického omezení, vyšším rizikem mortality a vede k větší finanční náročnosti péče a zátěži pečovatелů. Klinická vodítka doporučují jako první volbu v léčbě behaviorálních a psychologických příznaků nefarmakologické postupy. Farmakoterapie má být započata pouze když příznaky nejsou způsobeny somatickými příčinami, neregaují na nefarmakologické intervence a nejsou důsledkem podávané medikace. Používají se inhibitory acetylcholinesterázy, memantin, antipsychotika, antidepressiva, stabilizátory nálady a benzodiazepiny. Prezentace shrnuje současné poznatky o účinnosti a bezpečnosti léčby neuropsychiatrických příznaků u demencí psychofarmaky. Posluchači budou seznámeni se současnými trendy ve výzkumu a látkami kandidujícími na využití v léčbě BPSD.

GUIDELIES FARMAKOTERAPIE ALZHEIMEROVY DEMENCE

Roman Jiráček¹,

¹ 1. LF UK, Psychiatrická klinika, Praha a VFN Praha

Alzheimerova choroba je neurodegenerativní porucha, projevující se neurokognitivním postižením. Probíhá řadu let v preklinické podobě, zjistitelné pouze metodou PET. V tomto stadiu nemoc neumíme ovlivnit, zkoušeny jsou některé vakciny proti beta-amyloidu. Pak přechází do predemence - lehké poruchy poznávacích funkcí amnestického typu. Zde se podává především extrakt ginkgo biloba EGb761 v dávkách 120 - 240 mg/den. Zkoušeny jsou některé vakciny. Následuje stadium demence. Zde se používají především inhibitory mozkových acetyl-i butyrylcholinesteráz (donepezil, rivastigmin, galantamin), které zpomalují průběh demence, relativně prodlužují lehčí stadia na úkor těžkých stadií. Zlepšují porušenou mozkovou acetylcholinergní transmissi. U středně pokročilých forem se pak používá memantin, nekompetitivní inhibitor ionotropních glutamátergních receptorů typu NMDA, výhodně v kombinaci s inhibitory cholinesteráz. Uvedené terapeutické postupy nepůsobí kauzálně, pouze zpomalují přechod do pokročilých stadií demence. Je zkoušena řada vakcin proti beta-amyloidu i proti degenerovanému tau-proteinu, nadějný je aducanumab, který má naději na registraci a další klinické užití. Další nadějnou látkou je jeden z derivátů dříve zkoušeného tramiprosatu, který blokuje polymeraci molekul beta-peptidu.

DEMENCE S LEWYHO TĚLÍSKY A FRONTOTEMPORÁLNÍ DEMENCE

Vanda Franková¹,

¹ Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

Demence s Lewyho tělísky (LBD) je druhou nejčastější neurodegenerativní demencí, v neuropatologických souborech představuje 20 % všech demencí. Patří mezi synukleinopatie; je spojena s deficitem acetylcholinové a dopaminové transmise. Hlavními klinickými příznaky jsou: kognitivní deteriorace (na začátku zejména zrakově-prostorových a exekutivních funkcí), kolísání příznaků (pozornosti, bdělosti, kognitivního výkonu, motoriky), zrakové halucinace (často dobře zřetelné halucinace lidí či zvířat; objevují se již ve stadiu mírné kognitivní poruchy nebo mírné demence), poruchy chování vázané na REM spánek (chybí svalová relaxace v REM spánku; může předcházet kognitivní deterioraci), spontánní motorické příznaky parkinsonského syndromu (hlavně bradykineze, porucha hybnosti dolních končetin a posturální instabilita; je-li třes, pak často atypický, bilaterální či měnlivý). Podpůrnými klinickými příznaky jsou: zvýšená citlivost na antipsychotika (zhoršení parkinsonského syndromu, nadměrný útlum; u více než poloviny pacientů, někdy ireverzibilní!), opakované pády a synkopy, těžká autonomní dysfunkce (ortostatická hypotenze, porucha vylučování moči/stolice aj.), halucinace jiné než zrakové, systematizované bludy, apatie, úzkost, deprese. Základem farmakoterapie je vyhýbání se rizikovým lékům (antipsychotika a léky s anticholinergním efektem) a podávání IChE (rivastigmin, donepezil). IChE pozitivně ovlivňují nejen kognitivní funkce a výkon v běžných denních aktivitách, ale i psychiatrické příznaky (halucinace, bludy, poruchy chování vázané na REM spánek aj.). Pokud psychotické příznaky po IChE neustupují, přidáváme s velkou opatrností quetiapin (riziko hypotenze!). U obtěžujícího parkinsonského syndromu zkoušíme levodopu, která ale může zhoršit psychiatrické příznaky a vést k hypotenzi. Důležité jsou nefarmakologické postupy (korekce vizu, dostatek světla, aktivizace, adaptační postupy aj.). Behaviorální varianta frontotemporální demence (FTD) představuje asi 10-15 % všech demencí. Často začíná před 65. rokem. Neurobiologicky jde buď o tauopatie nebo non-tau formy (ubikvitin pozitivní inkluze, inkluze proteinu TDP-43 aj.); prokázán je deficit serotoninu, cholinergní deficit prokázán nebyl. V klinickém obraze bývá přítomna časná behaviorální dezinhibice (sociálně nepřiměřené chování apod.), apatie nebo netečnost, ztráta sympatie nebo empatie (lhostejnost vůči ostatním, ochladnutí vztahů), perseverativní, stereotypní nebo kompulzivní/rituální chování, hyperoralita a změna stravovacích zvyklostí (často preference sladkého), dysexekutivní neuropsychologický profil. Frontální a/nebo přední temporální atrofie (hypoperfuze, hypometabolismus) na CT či MR (SPECT, PET) mohou podpořit diagnózu. Diferenciálně diagnosticky může připomínat psychiatrické onemocnění (obsedantně-kompulzivní poruchu, afektivní či psychotické onemocnění, postprocesuální defekt), v pozdějších stadiích jinou demenci. Farmakoterapie je symptomatická, k úpravě chování mohou vést trazodon či SSRI. Při výrazných a/nebo přetrvávajících behaviorálních poruchách přidáváme antipsychotika druhé generace či valproát. IChE indikované nejsou, podáváme pouze při diagnostických rozpacích (možná podobnost s Alzheimerovou nemocí, zejména frontální variantou), u FTD často zhorší chování. Memantin (nemá úhradu pojišťovny) může zpomalit progresi nemoci. Nefarmakologické postupy jsou zaměřené hlavně na podporu pečujících a na užití behaviorálních technik ke zvládnutí poruch chování pacienta. Prezentovány jsou ilustrativní kazuistiky.

PSYCHOFARMAKA V TĚHOTENSTVÍ A LAKTACI

Pavel Mohr ²,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany

² Národní ústav duševního zdraví, Klecany

Farmakoterapie duševních poruch v těhotenství a v době kojení je v klinické praxi zdrojem obav a nejistoty. Vysazení dlouhodobé medikace zvyšuje riziko relapsu, může zhoršit průběh a výsledný stav onemocnění, péči o novorozence. Vedle potenciálně škodlivých účinků léků na plod a kojence stojí riziko negativních následků neléčené duševní poruchy na matku i dítě. Samotná duševní onemocnění způsobují celou řadu prenatálních, porodních a poporodních komplikací a negativně ovlivňují plod a novorozence. V průběhu gravidity a bezprostředně po porodu se významně mění farmakokinetika léků, proto je třeba jejich dávkování příslušně upravit. Psychofarmaka přecházejí přes placentární bariéru a do mateřského mléka, přičemž rizika farmakoterapie v těhotenství závisí zejména na období expozice, věku plodu. Teratogenní potenciál je největší v prvním trimestru, neurobehaviorální následky při expozici v posledním trimestru a abstinenční příznaky a intoxikace při podání před porodem. Poněkud opomíjený je i vliv farmakoterapie na zdraví matky. Znalost nežádoucích účinků farmak a možnosti bezpečných alternativ v každé skupině psychofarmak umožňuje bezpečnou farmakoterapii i v těhotenství a v době kojení.

FARMAKOLOGICKÁ PROFYLAXE ZÁVAŽNÝCH DUŠEVNÍCH PORUCH V PERINATÁLNÍM OBDOBÍ – ZKUŠENOSTI Z PRAXE

Jan Hanka ¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany

² 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Dlouhodobá léčba závažných duševních poruch často vyžaduje profylaktické užívání antipsychotik a/nebo stabilizátorů nálady. Ženy ve fertilním věku mohou požadovat při výběru profylaxe zohlednění bezpečnosti psychofarmak v těhotenství a při kojení. Před početím a v průběhu gravidity se mění nároky na dávku, účinnost, vedlejší účinky a bezpečnost léku, býváme tedy nuceni plánovat již dopředu úpravy dávkování, změny preparátů a přechody mezi lékovými formami při farmakoprofylaxi. Na formátu kazuistik budu demonstrovat běžně řešené klinické problémy při poradenství v perinatální psychiatrii, práci se zdroji medicínských informací, možnosti screeningu relapsu psychické poruchy, práci s blízkými osobami z rodiny a službami komunitní péče, pravidla komunikace s porodníky a neonatologem. Příklady problematických situací zahrnují: 1/ indikaci depotních antipsychotik u těhotných: komu, proč, kdy, jaký lék a jakou dávku, hlášení do registru. 2/ volbu a dávkování thymoprofylaktik u těhotných: kolísání rizika relapsu a tím i naléhavosti profylaxe, farmakokinetické změny a úprava dávkování, kojení s thymoprofylaktiky. 3/ plánování šestinedělí u žen se závažnými duševními poruchami: kde a jak родit, sdílení péče o novorozence, fragmentovaný spánek, kojení nebo zástava laktace, rodičovská práva a povinnosti. Cílem je zlepšení kompetence pro plánování a vedení farmakoprofylaxe u těhotných i ve složitějších případech horší adherence k léčbě, polyfarmacie, nutnosti mezioborové spolupráce a léčbě mimo psychiatrickou ordinaci.

INOVACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE O ŽENY V PERINATÁLNÍM OBDOBÍ V ČR.

Antonín Šebela¹,

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

Úvod: Těhotenství, porod a období prvního roku po porodu může být pro některé ženy psychicky náročné. V tomto tzv. perinatálním období je spolu s obdobím menopauzy nejvyšší prevalence depresivních příznaků v životě ženy (Howard et al., 2014). Dle aktuální meta-analýzy 96 studií je uváděna prevalence perinatální deprese 12 % (Woody et al., 2017). Mezi další časté psychické obtíže u žen v perinatálním období patří úzkostné poruchy s udávanou prevalencí 21 % (Fawcett et al., 2021). I přes to, že neléčené psychické poruchy v perinatálním období mají negativní dopady na časné rodičovské dovednosti dané ženy, budování citové vazby k dítěti i kvalitu života ženy samotné a její rodiny, tak až 76% českých žen zažívající perinatální psychickou poruchu nevyhledá odbornou péči (Šebela et al., 2021; Howard et al., 2020). Mezi časté bariéry patří nedostupnost odborníků, ale i předsudky u žen samotných či jejich partnerů a širší rodiny (Sambrook et al., 2019). V národním ústavu duševního zdraví proto aktuálně realizujeme 3 inovační projekty, které cílí na odstranění těchto bariér a zvýšení dostupnosti péče o duševní zdraví pro ženy v perinatálním období. Jedná se o 1) screening psychosociálního rizika u těhotných a žen po porodu v gynekologické ambulanci a následné napojení na systém krokové péče; 2) screening rizika rozvoje poporodní deprese u žen v porodnici po porodu a následné napojení na systém krokové péče; a 3) svépomocná aplikace Kogito s prvky KBT určená pro těhotné a ženy na mateřské či rodičovské dovolené. Metodika: Posluchači budou seznámeni o : průběhu a prvotních výsledcích projektu 1, do kterého se k 31. 7. 2021 zapojilo 409 žen; průběhu a prvotních výsledcích projektu 2, do kterého se k 31. 7. 2021 zapojilo 1757 žen; a průběhu a prvotních výsledcích projektu 3m do kterého se k 13. 8. 2021 zapojilo 550 žen. Výsledky: Na konferenci budou předneseny aktuální data k říjnu 2021. Závěr: Národní ústav duševního zdraví aktuálně realizuje 3 projekty s cílem inovovat péči o duševní zdraví žen v perinatálním období. Podpořeno: NU21J-09-00064, TL04000197, ZD-ZDOVA1-018 Literatura: Howard LM, Piot P, Stein A (2014) No health without perinatal mental health. *Lancet* 384(9956):1723–1724 Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*. 2020 Oct;19(3):313-327. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017 Sep;219:86-92. Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML, White IR, Fawcett JM. The Prevalence of Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Multivariate Bayesian Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*. 2019;80(4):18r12527. Šebela A, Byatt N, Formanek T, Winkler P. Prevalence of mental disorders and treatment gap among Czech women during paid maternity or parental leave. *Arch Womens Ment Health*. 2021 Apr;24(2):335-338. Sambrook Smith M, Lawrence V, Sadler E, Easter A. Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. *BMJ Open*. 2019 Jan 24;9(1):e024803.

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A STRAVOVACÍHO CHOVÁNÍ

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY, MKN-11, NOVÉ DIAGNÓZY, NOVÉ PŘÍSTUPY.

Hana Papežová ¹,

¹ Centrum pro poruchy příjmu potravy 1. LF UK a VFN

Úvod: Nová klasifikace poruch příjmu potravy (PPP) v ICD-11, v kapitole 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders zachycuje změny ve spektru psychopatologie u těchto onemocnění s narůstající incidencí základních diagnóz i komorbidních onemocnění. Cílem změn v nové klasifikaci PPP bylo 1. zlepšit komunikaci mezi uživateli (praktickými lékaři, pacienty, jejich rodinami a organizátory zdravotní péče), 2. podpořit konceptualizaci a pochopení problematiky, 3. upřesnit a zjednodušit popis aktuálních klinických projevů, 4. umožnit zlepšení řízení klinické péče, 5. podpořit klinické pozitivní vyústění onemocnění na individuální úrovni i v populaci. Současné klasifikaci PPP autoři studií MKN-11 vytýkají nedostatečnou konzistenci 1. s empirickými daty a současnou klinickou praxí, 2. v diagnózách (příliš často používané kategorie: atypická, jiná porucha příjmu potravy a poruchy příjmu potravy nespecifikovaná) a 3. nedostatečné zohlednění kulturních rozdílů v klinické manifestaci onemocnění. Metodika: V nové klasifikaci byly sdruženy všechny PPP do jedné skupiny onemocnění: rozšířily se skupiny anorexia a bulimia nervosa (AN a BN) s možností zahrnout atypické formy, bylo přidáno psychogenní přejídání (PP) a byla zahrnuta diagnóza ARFID (Avoidant-restrictive food intake disorder), která představuje rozšířenou a revidovanou formu diagnózy MKN-10 Feeding disorder of infancy and childhood- Porucha příjmu v útlém a dětském věku F98.2. Součástí skupiny je diagnóza Pica a Ruminačně-regurgitační porucha, vzniklá po 2. roce života, které se podstatně nezměnily od minulé klasifikace a nebyly autory zahrnuty do presentované studie dopadu a klinického přínosu nové klasifikace MKN-11. Ve studii, ve které odpovědělo 2288 odborníků, většinou psychiatrů a psychologů z celého světa na 8 otázek ohledně přínosu nové klasifikace a klasifikovalo uvedené kazuistiky, byl zkoumán přínos MKN-11 pro klinickou praxi. Tyto kazuistiky budou uvedeny ve srovnání s kazuistikami z naší klinické praxe. Z klinického hlediska je přínosná přesnější definice úzdravy, remise. Diagnóza AN má být platná do doby, dokud není dosažena plná a trvalá remise (nejméně 1rok po intenzivní léčbě) s dosažením normální tělesné hmotnosti a změnou chování cíleného na redukci tělesné hmotnosti. Dalšími zavedenými termíny, odlišnými od MKN-10 a DSM-5 jsou „subjektivní a objektivní záchvat přejedení“ („binge eating“), které jsou spojeny s jádrovým symptomem ztráty kontroly nad jídlem u BN a PP. Autoři výzkumu také podtrhují, že je třeba lépe odlišovat obézní pacienty od podskupiny obézních pacientů s psychogenním přejídáním. Souhrn: Na základě studií dopadu změn kapitoly Poruchy příjmu potravy a krmení v MKN-11 lze očekávat zpřesnění 1. diagnostiky, 2. popisů současných klinických projevů onemocnění a 3. charakteristik remise. Lepší shoda odborníků v časnější diagnostice AN i BN, do které zahrnuty i atypické formy, by měla přispět i k časnější léčbě a zlepšení prognózy onemocnění.

PSYCHOGENNÍ PŘEJÍDÁNÍ – NOVÉ POZNATKY A NOVÉ LÉČEBNÉ POSTUPY

Alena Lambertová ¹, Petra Holanová ¹, Hana Papežová ¹,

¹ Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK

² Elite Medical s.r.o.

Jedná se o nejčastější poruchu příjmu potravy, vyskytuje se častěji u žen (4%) než u mužů (2%). Přesnou příčinu vzniku této poruchy neznáme, v etiologii se uplatňují jak genetické, tak environmentální faktory (impulsivní rysy osobnosti, maladaptivní zvládání stresu, úzkosti apod.). Charakteristické jsou pro tuto diagnostickou jednotku epizody rychlého jedení velkého množství často kalorických jídel, jedení o samotě, po epizodě přejedení následují pocity znechucení ze sebe samého, výčitky, špatná nálada. Epizody se objevují minimálně 1x týdně po dobu 3 měsíců. Na rozdíl od mentální bulimie nedochází ke kompenzačnímu chování, jako je zvracení, abusus laxativ, excesivní cvičení. Jedinci s psychogenním přejídáním mají normální hmotnost, nadváhu nebo obezitu. K poměrně málo známým faktům patří kognitivní deficit u všech poruch příjmu potravy, včetně obezity způsobené záchvaty přejídání. 40-70% obézních pacientů trpí poruchou příjmu potravy. K deterioraci poznávacích funkcí dochází jak vlivem obezity samotné, tak i vlivem metabolických komplikací. Při redukci tělesné hmotnosti je kognitivní deficit reversibilní. V léčbě využíváme psychoterapii (nejčastěji KBT), farmakoterapii (antidepresiva – SSRI, selektivní inhibitor reuptake noradrenalinu – atomoxetin, opioidní antagonist – naltrexon apod.), biologickou léčbu (rTMS), event. bariatrickou chirurgii. Nezbytná je multidisciplinární spolupráce. Výzkumný projekt AZV 17-28905A

MODIFIKACE LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY S KOMORBIDNÍMI SOMATICKÝMI DIAGNÓZAMI

Petra Holanová ¹, Alena Lambertová ¹, Hana Papežová ¹,

¹ Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK Praha

V posledních letech narůstá počet pacientů s poruchou příjmu potravy a komorbidním somatickým onemocněním, neřídka se jedná i o kombinaci více somatických diagnóz. Mezi nejčastější somatické komorbidity patří onemocnění z oblasti gastrointestinálního traktu, potravinové intolerance a alergie, diabetes mellitus 1. a 2. typu, epilepsie. Diabetes mellitus 1. typu je spojen s dietním omezením, permanentní pozorností věnovanou skladbě jídelníčku, hmotnosti a představuje rizikový faktor rozvoje PPP. Inzulín může sloužit jako „nástroj“ manipulace s hmotností. Spolupráce u těchto pacientů je problematická, velmi kriticky hodnotí úpravy inzulinoterapie a naléhají na rychlou kompenzaci diabetu, ale nenahlíží na souvislost patologického jídelního chování a dekompenzace diabetu, bagatelizují možné pozdní komplikace. Současně narůstá počet pacientů s komorbidní potravinovou alergií či intolerancí. Terapeutická dieta je rizikový faktor pro rozvoj PPP a naopak u poruch příjmu potravy dochází k narušení střevní bariéry a mikrobioty a zvýšení rizika potravinové alergie. Svoji roli hraje adorační „zdravé výživy“ se záměrným a zdravotně neodůvodněným vynecháváním potravin s lepem či mléčných výrobků, veganství či raw stravy. Vlastní medikace somatických komorbidit může být riziková pro rozvoj i pro průběh poruchy příjmu potravy (např. léčba kortikoidy s rizikem rychlých hmotnostních přírůstků, záměrné vynechávání inzulinu a perorálních antidiabetik, nadužívání analgetik-tramadolu - k ovlivnění jídelního chování a prožívání negativních emocí ...) Léčba pacientů s poruchou příjmu potravy se somatickými komorbiditami vyžaduje nutnost modifikovat léčbu, individualizovat terapeutický a jídelní režim, podporovat multioborovou spolupráci- konzultovat léčbu se specialisty jiných oborů (diabetologie, gastroenterologie, chirurgie, revmatologie...). Nezbytná individualizace léčby u některých pacientů může ovlivnit dynamiku v rivalitně nastavené skupině pacientů s poruchou příjmu potravy, což klade větší zátěž a nároky na kompetentní a profesionální práci terapeutického týmu.

NOVÉ POSTUPY PŘI LÉČBĚ PPP. DOPLŇKOVÁ TERAPIE CREST (COGNITIVE REMEDIATION AND EMOTIONAL SKILLS TRAINING) SKUPINOVOU FORMOU PRO PACIENTY S PPP.

Petr Minařík ², Kristýna Wohlinová ¹, Hana Papežová ¹,

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

² Psychoterapeut - Centrum PPP Psychiatrické kliniky 1.LF UK a VFN, Praha 2

Kognitivní a emoční deficit je běžný u pacientů s mentální anorexií a mentální bulimií. Kognitivní deficit se projevuje v rigiditě, slabé centrální koherenci nebo zhoršeném rozhodování. Emoční deficit zahrnuje alexythimii, anhedonii a nízký soucit se sebou samým. Představení a využití manuálu CREST vyvinutého původně pro individuální terapii a přepracovaného v Centru PPP na 1.LF UK a VFN na skupinovou formu.. Výzkum byl realizován (n=57) na pacientech Centra PPP a 10 lekcí programu dokončilo n=32 pacientů. Pro vyhodnocení dopadu metody CREST byla využita dotazníková baterie: EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire), RSAS (Revised Social Anhedonia Scale), TAS-20 (Toronto Alexythymia Scale), BDI (Beck Depression Inventory), TEQ (Toronto Empathy Questionnaire) a SelfCompassion Questionnaire. Bylo prokázáno významné zlepšení v SelfCompassion Questionnaire (p <0,0014), Zungově škále (p <0,001) a BDI (p <0,001). Naopak hodnoty TEQ (p = 0,596) a TAS-20 (p = 0,2005) nejsou statisticky významné. Výsledky prokazují, že adaptovaný program CREST pro skupiny pacientů s PPP je další, efektivní metodou na cestě k úzdavě.

PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKA - PSYCHIATRICKÉ A PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY EPIDEMIÍ A KATASTROF

PSYCHIATRICKÉ A PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY EPIDEMII A KATASTROF

Jan Vevera ¹, Vojtěch Pišl ¹,

¹ Lékařská fakulta UK, Plzeň

Epidemie COVID 19 není tvořena jen faktory biologickými , ale i lidskou reakcí na ně. Každá katastrofa je důsledkem vnímavosti společnosti vůči danému přírodnímu jevu, a zároveň je spoluutvářena společenskými vlivy , mezi něž v případě koronavirové pandemie patří i přidružená epidemie omylů, lží a paranoidních představ. Tyto teorie výrazně komplikují prevenci a vakcinaci proti COVID-19. Nejsou ovšem nečekanou součástí pandemie, nýbrž její integrální součástí. Důvěra společnosti ve vládní opatření může nicméně ovlivňovat rozsah tohoto jevu. Tak jako se s medicínskými aspekty epidemie musíme vypořádat medicínskými prostředky, jakými jsou karanténa, očkování či protilátky, s informačními aspekty pandemie se musíme vypořádat prostředky zpravodajskými. Zvyšování zdravotní gramotnosti patří mezi klíčové funkce zdravotnictví, jak už mimo kontext epidemie upozorňovala Světová zdravotnická organizace . Vliv sociálních faktorů, jako je důvěra v opatření vlády, na ochotu řídit se konspiračními teoriemi, musí být dále studován. V našem příspěvku budeme demonstrovat vliv vybraných prediktorů víry v konspirační teorie a těžišti zdraví (přesvědčení o povaze příčin, které ovlivňují lidské zdraví) na ochotu k vakcinaci.

PORUCHY NÁLADY

LÉČBA DEPRESE VE VYŠŠÍM VĚKU – JISTOTY A OTAZNÍKY

Martin Bareš¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví

² Klinika psychiatrie a lékařské psychologie, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova

Deprese ve vyšším věku (late-life depression, LLD) je definována jako depresivní epizoda, která se objeví po 65. roce věku bez ohledu na dobu počátku onemocnění. LLD bývá dělena na depresi s pozdním počátkem (≥65 let věku, late-onset depression, LOD) a depresi s časným začátkem (<65 let věku, early-onset depression, EOD). Někdy je kladena dělicí věková hranice i na jiný věk (50, 60 let). V léčbě LLD jsou používány obdobné metody jako v léčbě mladších dospělých, tj. psychoterapie (supportivní, kognitivně behaviorální, interpersonální, rodinná aj.) včetně psychoedukace, nefarmakologické biologické léčebné metody (cvičení, léčba světlem, repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS), elektrokonvulzivní léčba (ECT)) a psychofarmakologická léčba (antidepresiva (AD) či jejich kombinace, augmentační postupy-např. lithium). Antidepresiva představují základ intervence u LLD. Léčba LLD vyžaduje vzhledem změnám spojeným se stářím a komorbidním somatickým onemocněním vyšší opatrnost. Stále platí zásada „start slow, and go slow, but go“ (začíněj pomalu, jdi pomalu, ale jdi). Principy léčby LLD: a. Určit cílové symptomy léčby a mapovat předchozí léčebné pokusy. b. Multidisciplinární přístup. c. Upřednostnit monoterapii d. Spolupracovat s klinickým farmakologem. e. Monitorovat klinický stav (hodnotící škály) včetně kognitivních funkcí a výskyt nežádoucích účinků. g. Vysazovat léky, které nejsou účinné, či jejichž benefit není dostatečný, a pokud možno, vyhnout se lékům s anticholinergním potenciálem. h. Provést psychoedukaci pacienta a rodiny. i. Kontrola laboratorních parametrů se zohledněním somatických komorbidit. j. Zvažovat i výskyt raritních nežádoucích účinků psychofarmak. V recentní metaanalýza účinnosti AD zahrnuje 44 studií a celkovým počtem 6373 nemocných starších 65 let (Gutsmiedl et al., 2020) dosáhlo odpovědi na léčbu 50,7% participantů. Většina metaanalýz prokázala účinnost antidepresiv oproti placebo a jejich obdobnou účinnost, ale některé poukázaly na nízkou účinnost či neúčinnost antidepresiv u pacientů starších 65 či 75 let a u pacientů, kde deprese začala až ve vyšším věku. V případě LLD rezistentní na léčbu jsou užívány stejné postupy jako u depresivních mladšího věku, nicméně pro některé postupy není k dispozici dostatek spolehlivých údajů o jejich účinnosti (lithium, kombinace AD, léčba trijodtyhroninem atd.). V první dekádě našeho století byly vytvořeny dva algoritmy léčby LLD, které operacionalizovaly léčbu, abstrahovaly od volby farmako na základě příznaků, uváděly doporučená antidepresiva a jejich dávkování (Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial (PROSPECT); Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment (IMPACT) (Mulsant et al., 2001; Unutzer et al., 2001)). V prospektivních studiích ověřujících účinnost obou algoritmů dosahovala léčba (1 rok) podle definovaného algoritmu významně lepší účinnost než léčba obvyklá. Recentní kanadská vodítka k léčbě uvádějí jako AD první volby s nejvyšším stupněm důkazů duloxetin, mirtazapin a nortriptylin. Přes existující důkazy o účinnosti antidepresiv v léčbě LLD, není intervence nikterak snadná a vyžaduje často mezioborovou spolupráci, jak v léčbě samotné, tak i v diagnostice. Existují oblasti, kde není k dispozici dostatek údajů (účinnost některých léčebných postupů aj.), nebo jsou problematické, jak v léčbě LLD (např. farmakologická kaskáda), tak i v léčbě deprese ve středním věku (volba léčby podle příznaku, použití algoritmů léčby aj.). Podpořeno grantem AZV MZ ČR NV18-04-00260 a projektem PROGRES Q35 Literatura: Gutsmiedl K, Krause M, Bighelli I, Schneider-Thoma J, Leucht S. How well do elderly patients with major depressive disorder respond to antidepressants: a systematic review and single-group meta-analysis. BMC Psychiatry 2020; 20: 102. Mulsant BH, Alexopoulos GS, Reynolds CF, 3rd, Katz IR, Abrams R, Oslin D, Schulberg HC, Group PS. Pharmacological treatment of depression in older primary care patients: the PROSPECT algorithm. Int J Geriatr Psychiatry 2001; 16: 585-592. Unutzer J, Katon W, Williams JW, Jr., Callahan CM, Harpole L, Hunkeler EM, Hofferding M, Areal P, Hegel MT, Schoenbaum M, Oishi SM, Langston CA. Improving primary care for depression in late life: the design of a multicenter randomized trial. Med Care 2001; 39: 785-799.

NEINVAZIVNÍ NEUROSTIMULAČNÍ METODY (RTMS A TDCS) V LÉČBĚ DEPRESIVNÍ PORUCHY

Libor Ustohal¹, Tomáš Svěrák¹,

¹ Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Neinvasivní neurostimulační metody se rychle stávají hojně využívanými terapeutickými metodami v psychiatrii, zejména právě v léčbě depresivní poruchy. Patří mezi ně repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS), která již byla schválena pro běžné klinické využití, a také transkraniální stimulace stejnosměrným proudem (tDCS), která je metodou zatím pouze experimentální. Někdy sem bývá řazena i elektrokonvulzivní terapie (o té zde však nebude pojednáváno). Údaje o terapeutickém využití rTMS (nejen) v léčbě depresivní poruchy lze čerpat z aktualizované verze evropských doporučených postupů, které byly vydány v loňském roce. Změnou oproti předchozí verzi z roku 2014 je zejména to, že vícero stimulačních protokolů je považováno za účinné. Za jednoznačně účinnou je považována vysokofrekvenční stimulace cílená na oblast levého dorzolaterálního prefrontálního kortexu, nově i tzv. hluboká TMS prováděná za použití speciálních cívek. Za pravděpodobně účinnou je považována kromě nízkofrekvenční rTMS pravého dorzolaterálního prefrontálního kortexu i bilaterální nízkofrekvenční pravostranná a vysokofrekvenční levostranná stimulace a také bilaterální pravostranná kontinuální theta burst stimulace (ctBS) a levostranná intermitentní theta burst stimulace (itBS) cílená opět na dorzolaterální prefrontální kortex. V jedné z recentních metaanalýz byla zkoumána i účinnost tzv. akcelerované TMS v terapii depresivní poruchy. Za akcelerovanou TMS bývá považována taková, které je prováděna častěji než jedenkrát denně. Dle výsledků této metaanalýzy je akcelerovaná TMS účinná, avšak je vhodné provést ještě další výzkum se zlepšenou metodikou studií, především shamových technik a zaslepení účastníků. Jinou recentní metaanalýzou byla ověřována i účinnost theta burst stimulace. Dle jejích výsledků je tato stimulace efektivnější ve smyslu vynaloženého času a energie než standardní rTMS a je asociována se signifikantním antidepresivním efektem společně s dobrou tolerancí této léčby. Transkraniální magnetická stimulace stejnosměrným proudem (tDCS) se jeví jako bezpečná terapeutická metoda, alespoň pokud je používána standardním způsobem (stimulace do 4 mA o délce maximálně 60 minut za den). Její použití v terapii depresivní poruchy shrnuje recentní metaanalýza, do níž bylo zařazeno 23 studií. Aktivní tDCS se ukázala jako efektivnější z hlediska poklesu závažnosti psychopatologie hodnocené škálami i z hlediska dosažení odpovědi na léčbu či remise. Autoři svoji metaanalýzu uzavírají s tím, že tDCS se jeví jako účinná, avšak je třeba velkých randomizovaných kontrolovaných studií, které by to ověřily. Dosavadní výsledky studií ukazují, že neinvasivní neurostimulační metody, jmenovitě rTMS a tDCS, jsou účinné v terapii depresivní poruchy a jejich význam do budoucna nejspíše poroste. Podpořeno Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) ČR v rámci programu Inter-excellence, podprogramu Inter-action (identifikační kód projektu LTAB19014).

BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA VE SVĚTLE MKN-11

Tomáš Novák¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany a 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Mezinárodní klasifikace nemocí, jedenáctá revize (MKN 11), pojímá bipolární poruchu (BP, resp. diagnostickou skupinu bipolární a příbuzné poruchy, kód 6A60-2), jako součást poruch nálady podobně jako v MKN 10, proti tomu v Diagnostickém a statistickém manuálu, 5. revizi (DSM 5) tvoří BP a depresivní porucha samostatné diagnostické skupiny. Jinak ale převážila tendence k harmonizaci obou hlavních klasifikačních systémů. Především oficiálně vedle BP typu I (BP I) je v MKN 11 zařazena i bipolární porucha typu II (BP II, 6A61), která je charakterizovaná minimálně jednou hypomanickou a jednou depresivní epizodou. Dále je do skupiny přiřazena cyklothymie (6A62) a kategorie MKN 10 trvalé poruchy nálady (F34) byla zrušena. Další změnou je zrušení diagnózy manická/hypomanická epizoda (F30) a výskyt jedné manické epizody je nyní dostatečná podmínka pro stanovení diagnózy BP I (6A60). I nadále zůstala zachovaná smíšená epizoda (včetně charakteristik z MKN 10), DSM 5 proti tomu definuje pouze epizodu manickou, hypomanickou a depresivní, přítomnost příznaků z opačného pólu v rámci epizody se určuje pouze jako specifikátor (např. depresivní epizoda se smíšenými rysy). V MKN 11 již pro hypománii není striktně určena délka trvání projevů (v MKN 10 to byly 4 dny), projevy by měly trvat „několik“ dní, proti tomu pro mánii je délka trvání určena na alespoň jeden týden. Dále dochází k určitému zpřísnění kritérií pro mánii a hypománii (v souladu s DSM 5), kde nutným příznakem je vedle přítomnosti euforické, expanzivní nálady či iritability i zvýšení aktivity nebo subjektivní pocit zvýšené energie. Naopak není určen celkový počet dalších příznaků mánie/hypománie, požadována je přítomnost „několika“ dalších z následujících: zvýšená hovornost a tlak řeči; myšlenkový trysk; zvýšené sebevědomí nebo velikášství; snížená potřeba spánku; roztržitost či snadné rozptýlení; impulzivní nezodpovědné či rizikové chování; nárůst sexuálního puzení, společenské chování nebo cílesměrných aktivit; hypománie by neměla způsobovat zřetelné narušení fungování ani být spojena s psychotickými příznaky. Obě klasifikace též umožňují stanovení diagnózy BP, pokud se rozvine manická epizoda po antidepressivní léčbě a přetrvává i po jejím ukončení. Rozdíly mezi MKN 11 a DSM 5 naopak přetrvávají u schizoafektivní poruchy, kde DSM 5 zohledňuje dlouhodobý průběh nemoci, zatímco MKN 11 klade důraz na aktuální projevy a nyní explicitně akceptuje „změnu“ diagnózy mezi BP (či depresivní poruchou) a schizoafektivní poruchou u jednotlivce v průběhu času (přednost má charakteristika aktuální epizody před dlouhodobým průběhem nemoci). V diferenciální diagnostice bude dále významné i opuštění kategorií specifických poruch osobnosti. Celkově nová klasifikace v oblasti bipolární poruchy odráží především snahu o sladění s DSM 5, významné změny v klinické praxi však spíše nepřináší.

DEPRESIVNÍ PORUCHY VE SVĚTLE MKN-11

Martin Anders¹,

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

MKN-11 týkající se depresivní poruchy je jedním z mála míst, kde došlo k drobným změnám. Současný manuál hovoří o nutné přítomnosti 5 symptomů z deseti možných. MKN-11 organizuje symptomy do tří klastrů – afektivní, kognitivní a neurovegetativní, aby se klinikům usnadnilo diagnostikování plného spektra přítomné psychopatologie. Únava je řazena mezi neurovegetativní symptomy a již nepatří tzv. vstupní kritéria, kde zůstává porucha nálady a ztráta zájmů trvající minimálně dva týdny. Pocity beznaděje jsou řazeny k přídatným kognitivním příznakům, důvodem je jejich silná prediktivní hodnota pro přítomnost depresivní poruchy. V léčbě depresivní poruchy se uplatňují jak psychofarmakologické metody, kde posledním známým přípravkem určeným pro léčbu rezistentních depresivních epizod je intranazální esketamin s jeho okamžitým antisuicidálním efektem a prokázaným vlivem na neuroplasticitu ovlivněnou NMDA receptorovým působením. Další rozvíjející se oblastí jsou stimulační metody – personalizované elektrokonvulze s možností aplikace udržovací léčby, kdy účinná stimulační léčba není ukončována abruptně (ostatně při léčbě psychofarmaky také léčbu neukončujeme jakmile nemocný dosáhne responze či remise!), repetitivní transkrinální magnetická stimulace i v kombinaci s elektrokonvulzemi (prestimulace nebo jako forma udržovací léčby, tak kde není z různých důvodů možné pokračovat udržovacími elektrokonvulzemi. Dále máme k dispozici stimulaci nervus vagus, ale její uplatnění je prakticky nulové, studována je hluboká mozková stimulace (není schválena pro léčbu depresivních poruch) a nejnovější je metoda tzv. closed-loop stimulace, která umožňuje personalizovaný zásah do aktivity mozku. Podpořeno výzkumnými projekty MZ ČR – RVO VFN64165 a Q27/LF1.

NOVÝ POHLED NA SKUPINU CENTRÁLNÍCH HYPERSOMNÍ

Soňa Nevšímalová ¹,

¹ Neurologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Obdobně jako koncepce nové klasifikace duševních nemocí je připravována i revize původní mezinárodní klasifikace poruch spánku (ICSD-3, 2014). Měla jsem možnost být v posledním roce členkou 4 -členné skupiny, jmenované Americkou akademií spánkové medicíny, která se podílela na revizi této klasifikace (kapitola Hypersomnolence). Základní rozdělení do 8 základních skupin se nemění, dochází však k určitým změnám diagnostických pravidel a popis jednotlivých klinických jednotek je upraven podle současných poznatků. Přednáška se zaměří na současný přehled a klinickou charakteristiku jednotlivých nosologických jednotek, jejich patofyziologické mechanismy i psychiatrické komorbidity. Za posledních 18 měsíců bylo v Centru pro poruchy spánku a bdění na Neurologické klinice 1. LF UK a VFN (spoluautoři studie prof. Šonka, doc. Příhodová, Mgr. Galušková) vyšetřeno ambulantně či během hospitalizace 88 pacientů (z toho 55 žen) s klinickou diagnózou narkolepsie či idiopatické hypersomie. Více než polovina z nich udala na základě dotazníkové studie a neuropsychologického vyšetření psychiatrickou komorbiditu: anxiózně-depresivní symptomatologii (45,4 % respondentů), v mladších věkových skupinách i poruchu pozornosti s hyperaktivitou či onemocnění z okruhu autistického spektra poruch (6 případů) a u 2 nemocných s narkolepsií 1. typu (narkolepsie s kataplexií) byla diagnostikována schizofrenie. Diskutovány jsou možné patofyziologické mechanismy psychiatrických komorbidit v podobě genetická predispozice, biochemických faktorů (včetně deficitu hypokretinu), efektu léčby i socioekonomických důsledků nemocí.

INSOMNIE V POJETÍ MKN-11

Martin Anders ¹,

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

Nespavost, buď jako primární onemocnění nebo doprovodný symptom tělesných či duševních poruch, patří k velmi rozšířeným zdravotním problémům moderní populace. Její dopad je patrný v oblasti tělesného i duševního zdraví, sociálním statutu a kvalitě života postižených jedinců. Jelikož nespavost patří mezi nejčastější tzv. postcovidové neuropsychiatrické následky je nutné hledat rychlé a bezpečné možnosti terapie. Oblast interakce cytokinů s metabolismem serotoninu a melatoninu může být jedním z cílů výzkumu. Léčba je vždy záležitostí komplexní, zahrnující přístupy nefarmakologické, farmakologické a jejich kombinaci. Nesilnější léčebný proud vychází zejména z alosterické modulace receptorů GABA A benzodiazepinovými a nebenzodiazepinovými látkami. Současné poznání fyziologie spánku je spojeno i s vývojem nových účinnějších a bezpečných hypnotik ovlivňujících převážně GABAA receptory, ale i jiné receptorové skupiny např. orexiny. Velmi zajímavou oblastí je možnost využití stimulačních metod, především repetitivní transkraniální magnetické stimulace nebo transkraniální stimulace stejnosměrným proudem. Nadějná je i léčba jasným světlem s novými spektry, využití restrikce modrého světla nebo podávání melatoninu, což vše má schopnost ovlivnit cirkadiánní rytmus a vést k úpravě spánku. Podpořeno výzkumnými projekty MZ ČR – RVO VFN64165 a Q27/LF1.

CHRONOBIOLOGIE NA DLOUHÝCH ČASOVÝCH ŠKÁLÁCH ANEB: JAK NÁS OVLIVŇUJE SEZONALITA?

Filip Španiel ¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany

Příspěvek přináší pohled psychiatra na sezonní výskyt psychiatrické patologie. Zaměřuje se na průlomové poznatky mapující vliv změny slunečního osvitů na výskyt afektivních poruch a sebevraždnosti a pokouší se tyto poznatky zasadit do pravděpodobného neurobiologického rámce.

SOUČASNÉ POZNATKY V OBLASTI PARASOMNÍÍ

Jitka Bušková ²,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany, NÚDZ

² Národní ústav duševního zdraví, Klecany, NÚDZ

Přednáška bude zaměřena klinicky, kromě základního přehledu dosud známých parasomnií, autorka představí nově definované klinické jednotky a stavy napodobující parasomnické projevy ve spánku. Posluchači budou seznámeni s diagnostickými postupy a současnými možnostmi farmakologické léčby a psychoterapie v této oblasti spánkové medicíny. Závěrem budou zmíněny souvislosti výskytu parasomnií s prodělaným onemocněním Covid-19.

PORUCHY OSOBNOSTI A PŘÍBUZNÉ RYSY. PORUCHY CHOVÁNÍ A DISOCIÁLNÍ PORUCHY. PORUCHY KONTROLY IMPULZŮ.

FENOMÉN IMPULZIVITY - TERAPEUTICKÉ MOŽNOSTI

Klára Látalová ¹,

¹ Klinika Psychiatrie FN Olomouc

² Lékařská fakulta LF UP v Olomouci

Impulzivita zde definována jako predispozice k rychlé, neplánované reakce na vnitřní nebo vnější podněty bez ohledu na negativní důsledky těchto reakcí na impulzivního jedince nebo na ostatní. Mělo by být zdůrazněno několik klíčových vlastností této definice. Za prvé, impulsivita je definována jako predispozice, část vzorce chování spíše než jeden akt. Toto rozlišení je klinicky důležité, protože výzkum léčby impulzivní agrese ukazuje, že jedinci se vzorem impulzivní agrese reagují na léky odlišně než ti s a model primárně promyšlené agrese. Fenomény impulzivity a agresivního chování se vyskytují u různých psychiatrických poruch a neurologických onemocnění často. V léčbě se mohou uplatnit dva přístupy. Léčba poruchy nebo onemocnění, při kterém se tyto příznaky vyskytují, nebo samotná léčba impulzivity a agresivního chování. Druhý přístup staví na předpokladu neurobiologické podobnosti bez ohledu na „primární“ diagnózu, se kterými jsou tyto fenomény spojeny. Hlavním důvodem vzniku agresivně impulzivního jednání je zřejmě dysbalance mezi regulací limbických struktur jako je amygdala a prefrontálními ovládacími mechanismy. Základem racionální psychofarmakologické léčby těchto nežádoucích fenoménů je neurochemický výzkum úlohy serotoninu, noradrenalinu a dopamin a jeho integrace s neuroanatomickým modelem.

DIALEKTICKÁ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE V LÉČBĚ HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI

Pavla Linhartová ¹,

¹ Psychiatrická klinika FN Brno a LF MU

Dialektická behaviorální terapie (DBT) je komplexní psychoterapeutický program vyvinutý a zaměřený na léčbu zejména pacientů s hraniční poruchou osobnosti, kteří se sebepoškozují, jsou chronicky suicidální a mají závažné potíže s regulací emocí. DBT je jedním z nejefektivnějších a v zahraničí jedním z nejvíce rozšířených přístupů k práci s pacienty s hraniční poruchou osobnosti. Čím se DBT liší od standardních terapeutických přístupů a jak jsme na tom s DBT v Česku? Příspěvek představuje základní východiska, praxi a terapeutické prvky DBT terapie a přehled dosavadního výzkumu efektivity DBT. Dále příspěvek popisuje DBT program Psychiatrické kliniky FN Brno, kde v roce 2019 vznikl první komplexní DBT program ve zdravotnickém zařízení v ČR, dosavadní zkušenosti s programem včetně výsledků efektivity a zkušeností pacientů, kteří program absolvovali. V závěru příspěvku se budeme věnovat diskuzi, co můžeme udělat pro rozšíření DBT terapie v Česku.

IMPULSIVNÍ A PSYCHOTICKY MOTIVOVANÉ NÁSILÍ U PACIENTŮ S PSYCHÓZOU

Jan Vevera ¹, Andrea Nichtova ³,

¹ Psychiatrická klinika LF v Plzni a Fakultní nemocnice Plzeň

² Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Ruská 2412/85, 100 00 Praha 10

³ Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Úvod Násilné chování u pacientů trpících psychotickou poruchou je často špatně diagnostikováno a následně i nevhodně léčeno. Za určitou část násilných atak je zodpovědná porucha kontroly impulsu. Metodika V Psychiatrické nemocnici Bohnice, Psychiatrické nemocnici v Dobřanech a na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN jsme pomocí semistrukturované rozhovoru zjišťovali příčiny útoků od útočníků, obětí a zdravotnického personálu. Na základě rozhovoru byly ataky následně hodnoceny jako psychotické, impulzivní nebo psychopatické/plánované. Dále byla hodnocena farmakoterapie a behaviorální intervence, které vedly ke zvládnutí těchto stavů Výsledky Celkově bylo hodnoceno 820 ataků spáchaných 289 psychotickými pacienty. 76,71% všech ataků bylo hodnocených jako psychotických, 22,3% jako impulzivních a pouze 0,98% jako psychopatických/plánovaných. Pouze v 22,2% (n=182) případech se deeskalace obešla bez nutnosti podání psychofarmak Závěr Naše výsledky ukazují, že násilné chování u akutně přijatých psychotických pacientů je primárně ovlivněno psychotickými symptomy a nedostatečnou kontrolou impulsů. Vzhledem k tomu, že každý typ násilí vyžaduje odlišné zacházení, přesné určení příčiny násilného chování je klíčové pro zvolení správného léčebného postupu

HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI, SOUČASNÝ POHLED A NOVÉ SMĚRY VÝZKUMU

Vlastimil Nesnídal¹,

¹ Klinika Psychiatrie FN Olomouc

² Lékařská fakulta LF UP v Olomouci

Hraniční porucha osobnosti je charakterizována závažnými poruchami emočního prožívání, vysokým rizikem sebevraždy a zvýšeným užíváním psychofarmak a péče. Hraniční porucha osobnosti je nejčastější poruchou osobnosti. V epidemiologických studiích se prevalence hraniční poruchy osobnosti pohybovala v obecné populaci mezi 0,5% až 6%. Příčiny vzniku nejsou dosud jasné, ale zdá se, že jde o působení jak genetických faktorů a tak nepříznivých životních událostí, které vedou ke vzniku této poruchy. Neurovizuální metody, jako nejkonzistentnější nález u pacientů s hraniční poruchou osobnosti, nalézají zvýšenou aktivaci amygdaly ve srovnání s kontrolní skupinou, při reakcích na snímky vyvolávající jak libé tak nelibé emoce. Dále byla u pacientů s hraniční poruchou osobnosti, při výskytu negativních emocí, hlášena aktivace sítí prefrontální kůry a to přední cingulární kůry, orbitofrontální kůry, dorsolaterální prefrontální kůry, hippocampu a amygdaly. Důkazy naznačují, že existuje abnormalita v serotonergní funkci, která je základem impulzivních symptomů, a že tato vada může být spojena se specifickými genetickými rizikovými faktory, ale přesná molekulární povaha této abnormality není dosud jasná. Data dále naznačují, že tato porucha byla spojena s nadměrnou produkcí kortizolu a hyperaktivitou hypotalamus-hypofýza-adrenokortikální osy. Z periferních neinvazivních faktorů byla zkoumána variabilita srdečního rytmu jako fyziologický ukazatel změn emoční lability, výsledky zatím nejsou podpořeny širší řadou studií.

WORKSHOP - NĚKDO KURTY, JINÝ KAZAJKU. UMÍME POUŽÍVAT OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY?

Vedoucí: Běhounek J., Možný P.

NĚKDO KURTY, JINÝ KAZAJKU. UMÍME POUŽÍVAT OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY?

Jan Běhounek¹, Petr Možný²,

¹ Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha 8, Česká republika; Česká asociace sester, Psychiatrická sekce

² Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, Kroměříž, Česká republika, Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost z.s.

Analýza interpretace použití omezovacích prostředků v psychiatrických zařízeních v České republice poukazuje na rozdílné vnímání této restrikce jak ve vnitřních předpisech jednotlivých poskytovatelů, tak v jejich reálném používání. Pro příklad lze konstatovat, že z 26 zapojených poskytovatelů lůžkové psychiatrické péče jich ve svých vnitřních předpisech 19 popisuje použití úchopu, 25 použití ochranných pásů, 11 použití síťového lůžka, 20 použití uzamčené místnosti, 16 použití ochranného kabátku a 21 použití parenterálně podaných (psycho)farmak. V 5 případech je ve vnitřním předpisu uvedena jiná forma omezení a v 13 případech je připuštěna výjimka vymezující se legislativně definovaným formám omezení. Nejen tato skutečnost umocňuje potřebu širší diskuze vedoucí k novelizaci příslušného metodického doporučení, kterou Ministerstvo zdravotnictví iniciovalo prostřednictvím projektu Deinstitutionalizace. Za tímto účelem byla ustanovena pracovní skupina odborníků, kteří připravili doporučený postup „Prevence, deeskalace a nezbytné použití omezovacích prostředků“, jehož cílem je nejen snaha o sjednocení výkladu pro použití omezovacích prostředků, ale také formulování vhodných preventivních aktivit a zajištění následné péče o pacienta, který byl omezen, a o personál, který omezující prostředek použil. V rámci workshopu budou představeny vybrané výsledky proběhlé analýzy interpretace použití omezovacích prostředků. Dále proběhne diskuze ke zkušenostem s preventivními aktivitami vedoucí ke snížení nutnosti použití omezovacích prostředků, s jejich samotnou aplikací a s možnostmi provedení následného rozboru incidentu omezení. Současně bude představen výše uvedený doporučený postup.

WORKSHOP -PRÁVNÍ ODPOVĚDNOST V PSYCHIATRII

Vedoucí: Palánová T., Durajová Z., Stříteský M.

WORKSHOP - PRÁVNÍ ODPOVĚDNOST V PSYCHIATRII

Tereza Palánová ¹, Vladimír Frič ¹, Denisa Kramárová ², Matěj Stříteský ²,

¹ Ministerstvo zdravotnictví ČR

² Kancelář veřejného ochránce práv

Účastníci se seznámí s problematikou právní odpovědnosti zdravotnických zaměstnanců v psychiatrii z pohledu reformy péče o duševní zdraví a z pohledu Veřejného ochránce práv. Diskutovány budou vybrané kasuistické příklady a modulová řešení problematických situací.

WORKSHOP - BEZPEČNOST PRÁCE V AMBULANTNÍ PRAXI

BEZPEČNOST PRÁCE V AMBULANTNÍ PÉČI

Vladimír Rážek ¹,

¹ TOP Green CZ, s.r.o.

Workshop zaměřený na dodržování bezpečnosti práce s ohledem na příslušná ustanovení zákoníku práce, specifika ambulantních zdravotnických zařízení. Představení modelových situací, pracovní úrazy, povinná dokumentace.

CDZ - ZKUŠENOSTI - REVIDOVANÝ STANDARD

NOVÝ STANDARD CDZ

Juraj Rektor ¹,

¹ Psychosociální centrum a CDZ Přerov

Budou prezentovány informace o novém standardu CDZ, který byl publikován ve Věstníku MZ koncem června 2021. Standard bude srovnán se standardem platným od r. 2016, budou referovány změny v cílové skupině, v paletě služeb poskytovaných CDZ i v personálním obsazení CDZ.

ASERTIVNÍ KONTAKTOVÁNÍ V RÁMCI KLINIKY ESET

Helena Talandová ¹,

¹ CDZ Eset

Asertivní tým usiluje o navázání kontaktu s lidmi se závažným duševním onemocněním (psychotická onemocnění, afektivní poruchy), kteří obtížně kontaktují lékařská a sociální zařízení a dlouhodobě vypadávají z odborné ambulantní péče. Hlavním cílem je zvýšit klientovu samostatnost, nezávislost, posílit jeho zdroje podpory v okolí a podpořit jeho setrvání v přirozeném prostředí. Členové týmu pomáhají klientovi zprostředkovat potřebné zdravotnické a sociální služby včetně spolupráce s multiprofesním týmem CDZ ESET. Cílem prezentace bude zpřehlednit vývoj asertivního kontaktování v rámci Kliniky ESET, jeho principy a poslání.

CDZ A PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE

Ondřej Pěč ¹, Ondřej Staroba ³, Eva Šuhajdová ³,

¹ ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika

² Psychiatrická klinika a ÚHSL, 1. lékařská fakulta UK

³ Psychiatrická nemocnice Bohnice

Příspěvek přiblíží způsoby spolupráce mezi komunitními týmy duševního zdraví a lůžkovou psychiatrickou péčí ze zahraničí. Jedná se zejména o tzv. sektorizaci (regionalizaci) uvnitř lůžkových zařízení, propojování týmu nemocničních a komunitních. Dále se bude zabývat příklady spolupráce mezi PN Bohnice a pražskými CDZ: pravidelné setkávání case managerů a klíčových pracovníků nemocnice, předávání pacientů, reference o pacientech hospitalizovaných nebo propuštěných z nemocnice, možnosti společného individuálního plánování

CDZ A PSYCHIATRICKÉ AMBULANCE

Simona Papežová ¹, Juraj Rektor ²,

¹ Psychiatrická ambulance Praha 9

² Psychosociální centrum a CDZ Přerov

Příspěvek bude pojednávat o významu spolupráce CDZ a psychiatrických ambulancí. Budou zmíněny pozitivní i negativní zkušenosti deklarované jak ze strany CDZ, tak ze strany ambulancí.

DISKUZE U POSTERŮ

PSYCHIATRICKÁ PÉČE PRO (COVID-19) PRVNÍ LINII

Martin Černý¹,

¹ psychiatrická ambulance, Haštalská 27, Praha1

V říjnu 2020 byly vládou, Českou lékařskou komorou a mediálně zveřejňovány výzvy zdravotníkům, aby pomohli nemocnicím v krizové situaci v péči o COVID pozitivní pacienty. Na tuto výzvu jsem nabídl svou pomoc psychiatra, psychoterapeuta, krizového intervenanta a supervizora a emailově jsem oslovil FN Královské Vinohrady přes její psychiatrické oddělení. V listopadu jsem byl zpětně osloven primářem interní kliniky a po úvodním pohovoru jsem se stal oficiálním supervizorem (pod patronací psychiatrického oddělení) všech nemocničních jednotek zřízených pro péči o COVID pozitivní pacienty. V období prosinec 2020 až červen 2021 jsem dobrovolně docházel na tyto jednotky 1 den v týdnu (na 8 hodin) a poskytoval jsem supervizní podporu všem pracovníkům. Dosud zde nebyla zkušenost s tímto typem péče, nicméně byla pozitivně kvitována. Osobně se mohu pochlubit mnoha intervencemi (individuální či skupinovou formou) a podílem na příznivém chodu těchto jednotek (např. stažení výpovědí celé jednotky), ať už ve smyslu podpory, či krizové intervence, pomoci při řešení konfliktů. Svůj „příspěvek“ ke krizové situaci považuji za účelný, smysluplný a nápomocný. Ve svém sdělení budu rád sdílet své zkušenosti a poznatky (ústní sdělení, poster).

DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ DETOXIFIKAČNÍ ODDĚLENÍ - MEZE A MOŽNOSTI

Miroslava Mašlánirová⁴, Michal Miovský⁵, Jaroslav Šejvl³,

³ Projekt je realizován za finanční podpory Hlavního města Prahy.

⁴ Projekt je realizován za finanční podpory Úřad vlády České republiky a Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

⁵ Projekt je podpořen Institucionálním programem podpory Progres č. Q06/LF1.

Od počátku roku 2021 převzala Všeobecná fakultní nemocnice v Praze provoz Dětského a dorostového detoxifikačního oddělení. Jedná se o vysoce specializované pracoviště, které poskytuje své služby pacientům a klientům z celé ČR v různém stupni ohrožení návykovými látkami. Je určeno pro děti ve věku 14 až 18 let, ev. po individuální dohodě. Poskytuje komplexní diagnostiku, posouzení stupně závažnosti adiktologického problému, bezpečné zvládnutí doby působení psychoaktivní látky a dále podporu při zvládnutí příznaků odvykacího stavu. Kromě managementu odvykacích stavů a případných dalších somatických i psychických komorbidit, je zásadní součástí léčby motivační a tréninková komponenta, psychoterapie, psychosociální podpora a pomoc při řešení nepříznivých sociálních situací s přípravou pacientů na další léčebné a terapeutické programy. Cílem programu je umožnit našim pacientům bližší vhled do problematiky užívání návykových látek a dopadům, připravit je pro nástup do strukturovaných programů a podpořit jejich motivaci a připravenost pro zahájení následné léčby.

SCHIZOFRENIE A JINÉ PRIMÁRNÍ PSYCHOTICKÉ PORUCHY. KATATONIE.

CO NENÍ SCHIZOFRENIE?

Tomáš Kašpárek ¹,

¹ Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Má dnes smysl rozlišovat, co je schizofrenie a co ne? Máme k dispozici léky, které dokáží ovlivňovat jak psychotické, tak afektivní příznaky, zvládání důsledků negativních a kognitivních příznaků jsou doménou škály psychosociálních intervencí. Nové klasifikační systémy vedly spíše k relaxaci dosavadních úžeji vymezených symptomů (např. zrušení omezení “bizarnosti” bludů, snížení významu schneiderovských jádrových příznaků) a koncept schizofrenie tak zahrne širší okruh poruch. Psychotické příznaky však nadále zůstávají součástí konceptu schizoafektivní poruchy, akutních psychotických poruch, afektivních poruch i poruch způsobených psychoaktivními látkami. Jejich rozlišení nemusí mít dnes tak velký význam pro diferenciaci akutní péče (v užším psychofarmakologickém smyslu), na druhou stranu je stále klíčové pro plánování navazující a dlouhodobé péče, pro odhad prognózy, má důsledky pro sociální péči i právní důsledky. V neposlední řadě je pravděpodobné, že biologické mechanismy, které vedou k manifestaci psychotických příznaků, jsou u jednotlivých nemocí odlišné a rozlišování má tedy význam pro hledání nových, cílenějších způsobů léčby.

VÝVOJ KLASIFIKACE SCHIZOFRENIE

Libor Ustohal¹, Zuzana Timková¹,

¹ Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Klasifikace schizofrenie se postupně vyvíjela od dob Emila Kraepelina a jeho konceptu dementia praecox až po dnešní pojetí v současných klasifikacích – V. revizi Diagnosticko-statistického manuálu (DSM-V) a 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). Kraepelin se zaměřoval především na průběh a výsledný stav této závažné poruchy, přičemž kladl důraz na tíži a chronicitu příznaků. Další významnou osobností byl Eugen Bleuler, který zavedl název, pod nímž je tato duševní porucha známa do současnosti. Bleuler zdůrazňoval, že se jedná o heterogenní onemocnění vyvolané různými faktory a že bychom měli o schizofrenii hovořit v množném čísle. Snažil se identifikovat korové příznaky, za nejdůležitější považoval fragmentaci řeči vyjadřující narušení myšlení, které označil za rozvolněné asociace. Další korové příznaky tvoří známé 4A. Oproti tomu Kurt Schneider se zaměřil na příznaky, které jsou jasně patologické, tvoří kontinuum s normalitou a které označil za příznaky prvního řádu. Právě tyto příznaky se staly základem několika klasifikací včetně té, kterou používáme až doposud, tedy MKN-10. Opustila je až DSM-V. Ta stanovuje, že se za A. musí vyskytovat dvě (nebo více) z následujících kritérií, každé přítomno podstatnou část období 1 měsíce (či méně, je-li léčba úspěšná). Minimálně jedno kritérium musí být (1), (2) nebo (3): 1) bludy; 2) halucinace; 3) dezorganizovaná řeč (např. časté vykojení nebo inkoherece); 4) hrubě dezorganizované nebo katatonní chování a 5) negativní příznaky (tj. snížená exprese emocí nebo snížení vůle nebo motivace). Dále platí, že za B. po významnou část doby od nástupu poruchy je úroveň jedné nebo více běžných funkcí, jako je pracovní výkon, interpersonální vztahy nebo péče o sebe, zřetelně pod úrovní, kterou dosahovaly před jejím nástupem (začnou-li se projevovat potíže v dětství nebo adolescenci, nedosahuje jedinec očekávané úrovně interpersonálních, studijních nebo pracovních dovedností) a že za C. příznaky poruchy trvají minimálně po dobu 6 měsíců. Toto šestiměsíční období musí zahrnovat minimálně 1 měsíc trvání příznaků (nebo kratší dobu, je-li léčba úspěšná) podle kritéria A (tj. příznaky aktivní fáze) a může zahrnovat období prodromálních nebo reziduálních příznaků. V průběhu těchto prodromálních nebo reziduálních období mohou být projevy poruchy vyjádřeny pouze jako negativní příznaky nebo dva či více příznaků z kritéria A ve slabší formě (např. podivná přesvědčení, neobvyklé percepční prožitky). Zbývající tři kritéria jsou vylučovací – za D. schizoafektivní porucha a poruchy nálady jsou vyloučeny, jestliže se (1) současně s příznaky aktivní fáze nevyskytuje velká depresivní nebo manická epizoda, nebo (2) epizody poruchy nálady se vyskytují současně s příznaky aktivní fáze a jejich celkové trvání je relativně kratší oproti aktivnímu a prodromálnímu období; za E. porucha není přímým fyziologickým důsledkem užívání látky (např. abúzu drogy, léků) nebo somatického onemocnění a konečně za F. jestliže je v anamnéze přítomná porucha autistického spektra nebo porucha komunikace začínající v dětství, stanovuje se přídatná dg. schizofrenie jen v případě, že jsou přítomny také zřetelné bludy nebo halucinace po dobu nejméně 1 měsíce (nebo kratší, je-li léčba úspěšná). Nová klasifikace, která by měla brzy vstoupit v platnost, se pojetí DSM-V přibližuje, i když není tak radikální. Stejně jako DSM-V opouští jednotlivé podtypy schizofrenie (paranoidní, hebefrenní, katatonní a další) a nahrazuje je systémem příznakových a průběhových kvalifikátorů (qualifiers). Pro diagnózu schizofrenie bude třeba přítomnost alespoň dvou ze sedmi kategorií symptomů včetně alespoň jednoho korového příznaku. Korové příznaky obsahují a) perzistující bludy jakéhokoli druhu, b) perzistující halucinace jakékoli modalit, c) poruchy myšlení (dezorganizace, event. tangencialita, rozvolnění asociací); d) distorzi sebezkušenosti čili prožitky ovlivňování, pasivity nebo kontroly. Další příznaky zahrnují e) negativní příznaky jako je apatie a anhedonie, ochuzení řeči a oploštění emočního výrazu (ne z důvodu deprese či medikace), f) dezorganizované chování (včetně neobvyklé, excentrické, bezdůvodné a agitované aktivity) a g) poruchy psychomotoriky (jako vzrušení, nárstavy, voskovou ohebnost, negativismus, mutismus, stupor). Příznaky by měly být jasně patrné po většinu času v průběhu periody o délce nejméně jednoho měsíce čili obdobně jako v MKN-10. Pokud jsou kritéria schizofrenie splněna, ale trvání příznaků je kratší, měla by se stanovit diagnóza Jiná specifikovaná primární psychotická porucha. Kvalifikátory průběhu umožňují rozlišení mezi první a mnohočetnou epizodou a mezi akutní epizodou se symptomy, plnou nebo částečnou remisí a chronickým průběhem. Kvalifikátory symptomů umožňují popsat přítomnost pozitivních, negativních, depresivních, manických a psychomotorických příznaků a kognitivního deficitu; jejich tíže může být hodnocena jako mírná, středně těžká a těžká. Podpořeno Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) ČR v rámci programu Inter-excellence, podprogramu Inter-action (identifikační kód projektu LTAB19014).

KATATONIE: SLEPÁ SKVRNA PSYCHIATRIE?

Pavel Mohr¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany

² 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Katatonie je porucha psychomotoriky s typickými změnami svalového tonu, charakterizovanými buď imobilitou, nebo nadměrnými pohybovými abnormalitami. Katatonie není samostatnou nozologickou jednotkou, ale neuropsychiatrickým syndromem, který se vyskytuje u řady psychických i somatických onemocnění. Doposud je (s výjimkou stuporu) v klinické praxi opomíjena, ale v MKN-11 má nyní podobně jako v DSM-5 vyčleněnou samostatnou kapitolu a oddělila se tak od schizofrenie, se kterou bývala tradičně spojována. Katatonie je však nejčastěji způsobena afektivními poruchami nebo neurologickými a tělesnými onemocněními, přičemž je nedostatečně diagnostikovaná a údaje o její prevalenci se velmi liší. Výskyt mezi psychiatrickými pacienty se odhaduje 7–31 %, nejčastěji u poruch nálady. Přibližně 28–31 % katatonních pacientů má diagnózu mánie nebo smíšené mánie a jen 10–15 % pacientů má schizofrenii, prevalence na somatických odděleních není známa. Katatonie má akutní začátek a fluktuující průběh. Jedná se o potenciálně život ohrožující stav, nicméně při včasné léčbě s dobrou prognózou. V klinickém obraze dominují behaviorální, motorické, kognitivní, afektivní a někdy autonomní poruchy. Klinicky se rozlišují dvě základní manifestace katatonie: neproduktivní s typickým stuporem, negativismem a flexibilitas cerea a produktivní, charakterizovaná bezúčelnou hyperaktivitou a agitovaností. U pacientů mohou být současně přítomny příznaky z obou okruhů, které se vzájemně kombinují a alterují. Střídání obou forem bývá někdy náhlé a nečekané, přechází ze stuporu do agitovanosti a raptu a zpět. Dalšími subtypy je maligní (letální) katatonie s horečkou a autonomní nestabilitou a vzácná periodická (heritabilní) katatonie s chronickým degenerativním průběhem. Vedle identifikace a léčby vyvolávající příčiny je nutná symptomatická a podpůrná terapie. Léčbou první volby jsou benzodiazepiny a ECT. V diferenciální diagnostice akutních stavů je třeba zvažovat vždy možnost, že se jedná o katatonii a dle toho upravit terapeutický postup. K lepšímu rozpoznání může napomoci emancipace diagnózy v MKN-11.

NOVINKY V LÉČBĚ SCHIZOFRENIE

Jiří Masopust¹,

¹ Psychiatrická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Schizofrenie je heterogenní skupina onemocnění projevující se pozitivními a negativními příznaky, emoční dysregulací a kognitivními změnami. Cíle léčby schizofrenie se v průběhu času mění. Se zvyšováním nároků na výsledky léčby duševních nemocí se také stávají viditelnějšími nedostatky, problémy a chybějící služby v systému péče o duševně nemocné i limity dostupných intervencí. Rozdíl mezi očekáváním a realitou lze nazvat nenaplněnými potřebami („unmet needs“). V rámci farmakologické léčby se jedná především o problematickou adherenci, nežádoucí účinky (snášenlivost), nízkou účinnost antipsychotik na konkrétní symptomy, zejména negativní, kognitivní a depresivní příznaky. Ukazuje se, že pro posun v těchto oblastech již nevystačíme pouze s antipsychotiky blokujícími dopaminové receptory. V současné době máme k dispozici již tři parciální agonisty dopaminových receptorů, jejichž účinek se odvíjí od endogenní aktivity dopaminu a jež se liší mezi sebou v řadě parametrů. Ve výzkumu léčby schizofrenie je kromě dopaminového systému cíleno také na glutamatergní, serotoninový, acetylcholinergní a GABA systém, podobně jako na ovlivnění zánětu v časných stádiích onemocnění. Z léků ovlivňujících dopamin máme v ČR poměrně krátce k dispozici lurasidon, antipsychotikum ze skupiny dopaminových a serotoninových antagonistů (SDA). Lék je výjimečný příznivým profilem nežádoucích účinků včetně kardiometabolických. V USA byl uveden na trh lumateperon. Jiné postupy se zaměřují na snížení nežádoucích účinků současných léků, jedná se např. o kombinovaný preparát olanzapin + samidorphan (ovlivňující opiatové receptory) snižující riziko nárůstu hmotnosti a kardiometabolických komplikací. V léčbě predominantních negativních příznaků se jeví nadějně adjuvantní podávání antagonisty 5-HT_{2A} receptorů pimavanserinu. Pokračuje posun v dostupnosti různých lékových forem současných antipsychotik (dlouhodobě působící injekce, náplastové formy atd.). V nespolední řadě je nutné dostatečně využít již dostupné léky. Týká se to jejich dávkování (měření plazmatických koncentrací) nebo využití klopazinu či dlouhodobě působících injekčních forem antipsychotik v časnější fázi onemocnění v souladu s doporučenými postupy léčby.

SLEDOVÁNÍ KARDIOMETABOLICKÉHO RIZIKA NEMOCNÝCH SCHIZOFRENIÍ V PRAXI

Jiří Masopust ¹,

¹ Psychiatrická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Preventivní opatření jsou účinná, pokud jsou zaměřena na pacienty s nejvyšším kardiovaskulárním a metabolickým rizikem. Přínosná je spolupráce s praktickými lékaři a v případě potřeby specialisty (internisty, kardiology, endokrinology, obezitology). Volbu antipsychotika je třeba individualizovat se zohledněním somatické anamnézy nemocného a možného rizika. Při samotné léčbě je prospěšné užít nejnižší účinnou dávku antipsychotika, a pokud je to možné, vyhýbat se polypragmázii. Psychosociální intervence zahrnují edukaci o zdravém životním stylu, stejně jako spolupráce s rodinou, jsou součástí komplexní léčby psychóz. Doporučení pro sledování tělesného zdraví včetně kardiometabolických rizikových faktorů je podrobně popsáno v Doporučených postupech psychiatrické péče PS ČLS JEP. Vyšetření nemusí provádět sám psychiatr, ale měl by znát níže uvedené parametry v určených intervalech alespoň z komunikace s praktickým lékařem, internistou či jinými specialisty. Vyšetření nemusí provádět sám psychiatr, ale měl by znát sledované parametry v určených intervalech alespoň z komunikace s praktickým lékařem, internistou či jinými specialisty a podílet se na koordinaci monitorování. Ke zlepšení tělesného zdraví může přispět i vhodná léčba základního onemocnění – např. negativních a kognitivních příznaků a zvýšení úrovně funkčních schopností.

KARIPRAZIN V AMBULANTNÍ PRAXI - VHODNÍ PACIENTI A ZAHÁJENÍ LÉČBY

Jan Čermák ¹,

¹ Psychiatrická ambulance Říčany

Preventivní opatření jsou účinná, pokud jsou zaměřena na pacienty s nejvyšším kardiovaskulárním a metabolickým rizikem. Přínosná je spolupráce s praktickými lékaři a v případě potřeby specialisty (internisty, kardiology, endokrinology, obezitology). Volbu antipsychotika je třeba individualizovat se zohledněním somatické anamnézy nemocného a možného rizika. Při samotné léčbě je prospěšné užít nejnižší účinnou dávku antipsychotika, a pokud je to možné, vyhýbat se polypragmázii. Psychosociální intervence zahrnují edukaci o zdravém životním stylu, stejně jako spolupráce s rodinou, jsou součástí komplexní léčby psychóz. Doporučení pro sledování tělesného zdraví včetně kardiometabolických rizikových faktorů je podrobně popsáno v Doporučených postupech psychiatrické péče PS ČLS JEP. Vyšetření nemusí provádět sám psychiatr, ale měl by znát níže uvedené parametry v určených intervalech alespoň z komunikace s praktickým lékařem, internistou či jinými specialisty. Vyšetření nemusí provádět sám psychiatr, ale měl by znát sledované parametry v určených intervalech alespoň z komunikace s praktickým lékařem, internistou či jinými specialisty a podílet se na koordinaci monitorování. Ke zlepšení tělesného zdraví může přispět i vhodná léčba základního onemocnění – např. negativních a kognitivních příznaků a zvýšení úrovně funkčních schopností.

ZÁKLADNÍ PILÍŘE ÚSPĚŠNÉ LÉČBY SCHIZOFRENIE - SYMPOZIUM ANGELINI PHARMA ČESKÁ REPUBLIKA S.R.O.

VÝZNAM OVLIVNĚNÍ KARDIOVASKULÁRNÍHO RIZIKA V PRVNÍM ROCE LÉČBY SCHIZOFRENIE

Jiří Masopust ¹,

¹

Abstrakt není k dispozici

KOGNITIVNÍ FUNKCE A SOCIÁLNÍ FUNGOVÁNÍ U PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ

Miloslav Kopeček ¹,
¹

Abstrakt není k dispozici

VALNÁ HROMADA

Dění ve společnosti:

zpráva o činnosti PS ČLS JEP (Pavel Mohr)

zpráva o činnosti sekci (Erik Herman)

zpráva hospodářská (Martin Hollý)

zpráva revizní komise (Jan Tuček)

Předání Kuffnerovy ceny

DISKUZNÍ PANEL - PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE - NÁSLEDNÁ PÉČE A PROCESNÍ STANDARDY

Diskutující:

Běhounek J.

Hollý M. MBA

Fialová A.

Staroba O.

NÁSLEDNÁ PSYCHIATRICKÁ LŮŽKOVÁ PÉČE

Jan Běhounek ¹, Martin Hollý ¹, Alena Fialová ¹, Ondřej Staroba ¹,

¹ PN Bohnice

Symposium bude formou panelové diskuse. Bude se věnovat popisu vývoje kapacit následné psychiatrické lůžkové péče v posledních letech v souvislosti s transformací systému péče o duševně nemocné. Diskutovány budou také inovativní způsoby práce v lůžkových zařízeních zejména implementace individuálního plánování a paradigmatu multidisciplinární spolupráce. Panelisté: Mgr. Jan Běhounek MUDr. Martin Hollý, MBA Mgr. Alena Fialová Bc. Ondřej Staroba

PARAFILIE. STAVY TÝKAJÍCÍ SE SEXUÁLNÍHO ZDRAVÍ

PARAFILIE A PARAFILNÍ PORUCHY V MKN-10 A MKN-11

Petr Weiss ¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany

Prezentace je zaměřená na popis jednotlivých diagnostických kategorií v nové klasifikaci duševních poruch v oblasti parafilii a částečně i poruch genderové identity, s důrazem na zjištění rozdílů mezi MKN 10 a MKN 11. Na tuto prezentaci pak navazují další prezentace upřesňující novou koncepci parafilii a její důsledky pro terapii těchto poruch pro ČR.

STAV PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ PARAFILNÍCH OSOB V ČESKÉ REPUBLICCE

Lucie Krejčová ¹, Kateřina Klapilová ¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany

Úvod: Cílem přednášky bude popsat situaci lidí s parafilní preferencí a popsat nastavení českého systému v oblasti poskytování specializovaných služeb pro jedince s parafilní preferencí v rámci České republiky. Metody: Prezentované údaje byly čerpány z dostupné literatury, online vyhledávání, volně dostupných statistik daných rezortů a skrze přímé dotazy na jednotlivé poskytovatele péče či vlastníky dat. V případě chybějících údajů byly provedeny vlastní kvalitativní a kvantitativní řešení (např. prevalence parafilních preferencí v ČR, průzkum v Československé komunitě ČEPEK, apod.). Výsledky: Na základě celorepublikového šetření bylo zjištěno, že lidé s parafilní preferencí jsou v naší populaci poměrně hojně zastoupenou skupinou (Bártová a kol., 2021). K preferenci alespoň jedné parafilie se přihlásilo 31,3% mužů (n = 1571) a 13,6% žen (n= 683). Údaje z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR o reálném počtu pacientů s diagnózou F65 neodráží vysoké prevalence hodnoty parafilních preferencí, což naznačuje, že velká část jedinců s parafilní preferencí nikdy odbornou sexuologickou pomoc nevyhledala a ani nebyla zaznamenána jejich delikvence. Jedná se tedy pro český systém o poměrně neznámou skupinu lidí. Většina osob s parafilní preferencí se do hledáčku systému odborné péče dostane pozdě, nejčastěji až když spáchají nějaký přečin. Důvody, proč tato cílová skupina vyhledává odbornou pomoc zřídka, patří obava z přiznání identity a deanonymizace, obava z nahlásovací povinnosti odborníka, z automatického přidělení diagnózy poruchy sexuální preference a následné nasazení medikace, a také vysoká stigmatizace. Na straně systému se však potýkáme s některými nedostatky, které nabídku specifické péče o parafilní osoby omezují. Patří sem zejména neexistence specifického výcviku pro práci s lidmi s parafilní preferencí či nedostatečná kapacita zdravotnických odborníků. Závěr: V České republice existuje poměrně dobře vyvinutá systémová péče o jedince s parafilní preferencí, kteří již mají za sebou historii spáchání sexuálně motivovaného trestného činu. Možnosti terapeutické léčby u jedinců s parafilní preferencí, kteří dosud žádný sexuální delikt nespáchali, nebo nebyli systémem dosud detekováni, jsou však poměrně omezené.

KOMPULSIVNÍ SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ: DIAGNOSTIKA A LÉČBA, PREVALENCE A SOUVISLOST S PARAFILIEMI A HSDD

Kateřina Klapilová ¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany

Během posledního desetiletí se vedla debata o tom, zda by kompulzivní sexuální chování mělo být klasifikováno jako duševní/behaviorální porucha. Po dlouhých letech odborných debat a zvažování názvu diagnózy (např. hypersexualita, sexuální závislost, sexuální kompulzivita, sexuální impulzivita nebo porucha související s parafilii), se tato diagnóza konečně objevuje i v poslední revizi MKN – 11 (ICD-11; WHO, 2020; Kraus et al., 2018) a je pod názvem Porucha kompulsivního sexuálního chování (Compulsive sexual behavior disorder, dále jen CSBD) zařazena do poruch kontroly impulsů. Podle definice je charakterizována přetrvávající neschopností ovládat sexuální impulsy a nutkání, což má za následek dlouhodobě opakující se sexuální chování, které způsobuje výraznou úzkost nebo narušení osobní, rodinné, sociální, profesní nebo jiné důležité oblasti fungování jedince. Mezi důležité charakteristiky této diagnózy patří zejména role sexuálního chování jako maladaptivní strategie zvládání a regulace emocí, důležité je rovněž zvážení vylučovacích kritérií (např. bipolární porucha, závislost na návykových látkách). Častou komorbidní diagnózou je přítomnost parafilní poruchy. Ze současné klinické praxe se ukazuje zvýšený zájem o profesní intervenci u jedinců trpících CSBD. Pacienti s CSB často vnímají své sexuální chování jako přehnané, ale nejsou schopni ho ovládat; jednájí impulzivně a/nebo jsou sužováni obsedantními myšlenkami a kompulzivním chováním. Podle nejnovějších guidelines léčba CSB zahrnuje psychoterapeutickou práci (KBT, dynamická psychoterapie), doporučení účasti na svépomocných skupinách a často farmakoterapii (antidepresiva, stabilizátory nálady, anti-androgeny).

NOVÉ DOPORUČENÉ POSTUPY PRO LÉČBU PACIETŇ S PORUCHOU SEXUÁLNÍ PREFERENCE

Martin Holý ¹,

¹ Psychiatrická nemocnice, Praha 8 - Bohnice

V prezentaci představuje nové doporučené postupy pro léčbu pacientů s poruchou sexuální preference vypracované F. Thibaudovou pro Světovou federací společností biologické psychiatrie. Ty si kladou za základní cíl zhodnotit roli jednotlivých farmakoterapeutických strategií. Jelikož se tyto léčebné modalitty neaplikují izolovaně, jsou zčásti reflektované i psychoterapeutické intervence.

TERAPEUTICKÉ POSTUPY A MOŽNOSTI PREVENTIVNÍ INTERVENCE PRO OSOBY S PARAFILII

Kateřina Klapilová ¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany

V rámci české sexuologické školy existuje dlouhodobá tradice léčby parafilii ve forenzním kontextu. Preventivní intervence pro sebeidentifikující se osoby s parafilní poruchou však představuje široké spektrum možností od internetových platforem umožňujících sebe-posouzení, přes poradenství a krizovou intervenci až po intenzivní individuální a skupinovou psychoterapii. Mezi nejvyužívanější psychoterapeutické postupy v terapii parafilních poruch u nás i v zahraničí patří zejména kognitivně-behaviorální a dynamická psychoterapie, dále pak Good-Lives Model, prevence relapsu a specializované terapeutické školy (Např. Berlin Dissexuality Therapy), existují samozřejmě recentní guidelines pro farmakoterapeutické postupy (Thibaut et al. 2020). Efektivita byla prokázána zejména v rámci aplikace služeb na základě tzv. risk-need-responsivity principu, který předpokládá distribuci intenzivní péče směrem k jedincům ve zvýšeném riziku páčání sexuální delikvence. Většina autorů se shoduje na tom, že parafilie jsou trvalou charakteristikou daného jedince. Pomocí terapie lze modifikovat vnější projevy (sexuální chování), preferenci však nelze změnit. V přednášce představíme obecná doporučení a praktické kroky jak u osob s parafilii terapeuticky pracovat, od zvládnutí prvního kontaktu, vytváření terapeutického plánu se zapojením strukturovaného risk assesmentu a individuální zaměření cílů terapie.

OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ A PŘÍBUZNÉ PORUCHY. DISOCIATIVNÍ PORUCHY. PORUCHY TĚLESNÉ TÍSNĚ A TĚLESNÝCH PROŽITKŮ. FAKTITIVNÍ PORUCHY

OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ A PŘÍBUZNÉ PORUCHY. DISOCIATIVNÍ PORUCHY. PORUCHY TĚLESNÉ TÍSNĚ A TĚLESNÝCH PROŽITKŮ. FAKTITIVNÍ PORUCHY

Ján Pavlov Praško ¹,

¹ Klinika psychiatrie FN Olomouc

Symposium se bude věnovat diagnostice a léčbě OCD a příbuzných poruch, disociativních poruch, poruch tělesné tísně a tělesných prožitků a faktitivních poruch. Budou probrány rozdíly v diagnostice v MKN-10 a MKN-11 a budou uvedeny doporučené postupy ve farmakoterapii a psychoterapii u těchto diagnostických skupin.

ÚZKOSTNÉ PORUCHY A PORUCHY SPOJENÉ SE STRACHEM. PORUCHY SPECIFICKY SPOJENÉ SE STRESEM.

AGORAFOBIE A SPECIFICKÉ FOBIE

Eliška Nosková ²,

¹ NUDZ: Národní ústav duševního zdraví, Topolová 748, Klecany

² NUDZ: Národní ústav duševního zdraví, Topolová 748, Klecany

Agorafobie (6B02) je specifikovaná nadměrným strachem a úzkostí, která se objevuje v situacích, ze kterých je těžké uniknout, nebo může být těžko dostupná pomoc (cestování v městské hromadné dopravě, pobyt v davu, či tlačenci, být v otevřeném prostoru sám/-a apod.). Jedinec s tímto postižením se aktivně takovým situacím vyhýbá, nebo je schopen se jim vystavit pouze za specifických podmínek, jako třeba za doprovodu důvěryhodné osoby, nebo v nich vydrží za přítomnosti velkého strachu, či úzkosti. Skupina specifických fobií (6B03) je definována jako zřetelný a nadměrný strach, nebo úzkost, která se vyskytuje při vystavení specifickému, či více specifických objektů, případně situací (určité zvíře, cestování letadlem, strach z výšek, hřmění apod.). Těmto objektům, či situacím se daný jedinec vyhýbá, případně je vystavení se jim doprovázeno silným strachem, či úzkostí. Symptomy by u obou diagnostických jednotek měly přetrvávat po dobu několika měsíců a intenzita příznaků by měla dosahovat takové míry, která přináší obtíže, nebo limitující postižení v osobních, rodinných, sociálních, studijních/ pracovních, či v jiných důležitých složkách života. Příspěvek si klade za cíl zmapovat změny u výše zmíněných diagnostických jednotek vzhledem k nové klasifikaci dle MKN-11 (ICD-11) a seznámit s nimi odbornou společnost. Dále budou prezentovány novinky v přístupu k léčbě ve farmakologických, tak i v terapeutických možnostech.

SOCIÁLNÍ ÚZKOSTNÁ PORUCHA

Kristýna Vochosková ¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví, 3.LF UK

Sociální úzkostná porucha (6B04) je úzkostná porucha, která se projevuje nadměrným strachem nebo úzkostí v jedné nebo více sociálních situacích. Těmito situacemi jsou např. sociální interakce, aktivity, při kterých může být jedinec pozorován nebo vystupování na veřejnosti před ostatními. Jedinec má nadměrné obavy, že bude jednat způsobem nebo se u něj projeví úzkostné příznaky, které budou ostatními negativně hodnoceny. Relevantním sociálním situacím se následně jedinec důsledně vyhýbá nebo se jim vystavuje za přítomnosti intenzivního strachu nebo úzkosti. Symptomy této diagnostické jednotky nejsou přechodné, přetrvávají minimálně po dobu několika měsíců. Příznaky nelze lépe vysvětlit jinou duševní poruchou. Intenzita symptomů dosahuje takové míry, která přináší významné narušení osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, profesních nebo jiných důležitých oblastí fungování. Pokud je zachováno fungování, je to pouze prostřednictvím dalšího nadměrného úsilí. Cílem příspěvku je zmapovat změny u této diagnostické jednotky v rámci změn v klasifikaci dle MKN-11 (ICD-11) a seznámit s nimi odbornou společnost. Dále budou prezentovány novinky v přístupu k léčbě.

PANICKÁ PORUCHA A SEPARAČNÍ ÚZKOSTNÁ PORUCHA.

Monika Klírová ³,

² Národní ústav duševního zdraví

³ 3. lékařská fakulta UK

Souhrn: Panická porucha a separační úzkostná porucha jsou podle ICD-11 řazeny do kategorie "Úzkostných poruch a poruch spojených se stresem". Panická porucha: Ve srovnání s diagnostickými pokyny ICD-10 nebyly v ICD-11 pro panickou poruchu učiněny žádné zásadní koncepční změny. Panická porucha je nadále definována náhlými a opakujícími se záchvaty paniky, které nejsou omezeny na konkrétní podněty nebo situace. ICD-11 navíc zdůrazňuje, že zásadní pro stanovení diagnózy panické poruchy jsou obavy z recidivy neočekávaných záchvatů paniky (anticipační úzkost). Léčba panické poruchy: Jednoznačně nejlepší výsledky v léčbě přináší farmakoterapie v kombinaci s psychoterapií v podobě kognitivně behaviorální terapie (KBT). Podle aktuálních doporučení pro farmakologickou léčbu panické poruchy se u akutních záchvatů paniky navrhuje užití krátkodobě působících benzodiazepinů. Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) a serotoninu + noradrenalinu (SNRI) představují léčbu první volby pro dlouhodobou léčbu, kterou se z důvodů prevence relapsů doporučuje nastavit na dobu minimálně šest až osm měsíců. Separační úzkostná porucha: Ve srovnání s ICD-10, kde byla separační úzkostná porucha brána pouze na dětská diagnóza "separační úzkostná porucha v dětství" (Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství), je v ICD-11 separační úzkostná porucha začleněna do kategorie "Úzkostných poruch a poruch spojených se stresem". ICD-11 podporuje konceptualizaci separační úzkostné poruchy jako stavu, který se vyskytuje jak u dětí, tak u dospělých. ICD-11 charakterizuje tuto poruchu jako nepřiměřený a nadměrný strach nebo obava z odloučení od těch, s nimiž má jedinec hluboké citové pouto. U dětí a mládeže jsou klíčové postavy nejčastěji rodiče, pečovatelé nebo jiní členové rodiny. U dospělých se separační úzkost vztahuje nejčastěji k partnerovi nebo dětem. Projevy strachu nebo úzkosti jsou doprovázeny: trvalými obavami z nepředvídatelných katastrofických událostí (např. únos), zabezpečovacím chováním (např. odmítnání jít do školy, nebo do práce, jít spát bez blízké osoby), přítomností nadměrné tísně (např. záchvaty vzteku, sociální stažení) související s odloučením od blízké osoby, fyzickými příznaky (např. nevolnost, zvracení, bolest břicha, hlavy) přítomnými v situacích, kdy je nutné odloučení od blízké osoby. Tyto příznaky jsou dlouhodobé (tj. trvají alespoň několik měsíců), nelze je vysvětlit přítomností jiné duševní poruchy (např. agorafobie) a vedou k významnému narušení osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, profesních nebo jiných důležitých oblastí fungování. Léčba separační úzkostné poruchy: Léčebná doporučení u dospělých jsou obdobná doporučením pro léčbu jiných úzkostných poruch (např. agorafobie). Doporučuje se jak psychoterapie (KBT, rodinná terapie, dialektická behaviorální terapie), tak farmakoterapie, ve které antidepresiva z kategorie SSRI a SNRI představují první volbu pro dlouhodobou léčbu. Reference: BANDELOW, Borwin; MICHAELIS, Sophie; WEDEKIND, Dirk. Treatment of anxiety disorders. Dialogues in clinical neuroscience, 2017, 19.2: 93. GAUTAM, Shiv, et al. Clinical practice guidelines for the management of generalised anxiety disorder (GAD) and panic disorder (PD). Indian journal of psychiatry, 2017, 59.Suppl 1: S67. KOGAN, Cary S., et al. The classification of anxiety and fear-related disorders in the ICD-11. Depression and anxiety, 2016, 33.12: 1141-1154. REED, Geoffrey M., et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. World Psychiatry, 2019, 18.1: 3-19.

GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA- ZMĚNY V DIAGNOSTICKÝCH KRITÉRIÍCH A JEJÍ LÉČBA.

Katarína Adamcová ¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví

V souhrnné přednášce se zaměříme na změny diagnostických kritérií v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-11 (ICD-11) oproti klasifikaci užívané doposud, tedy MKN-10 (ICD-10). Probereme základní doporučené postupy v léčbě, farmakoterapii i psychoterapeutické přístupy, a podíváme se na nové trendy v terapii generalizované úzkostné poruchy.

POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA A KOMPLEXNÍ POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA V MKN 11

Pavla Stopková ¹,

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

Klasifikace MKN 11 přináší změnu v diagnostice PTSD ve smyslu zjednodušeného souboru clusterů příznaků a také novou diagnózu komplexní PTSD. Tato diagnóza kromě jádrových příznaků PTSD zahrnuje také komplexnější profil symptomů v oblasti regulace emocí, sebepojetí a vztahů, které se vytvářejí u lidí vystavených prolongovanému nebo opakovanému traumatu. Vysvětlení nových diagnostických kritérií PTSD, jejich srovnání s kritérii stávajícími a seznámení s diagnózou KPTSD bude doplněno stručným přehledem aktuálních léčebných postupů u těchto poruch. Vzhledem k tomu, že traumatické prožitky v dětství jsou časté a v dospělosti mohou přispívat k rozvoji různých duševních poruch, přináší nová diagnostika naději, že povede k lepšímu rozvoji a využívání cílených léčebných postupů a celkově k lepší péči o tyto zranitelné pacienty.

WORKSHOP - CHYBY PŘI ROZHODOVÁNÍ A MOŽNOSTI JEJICH OVLIVNĚNÍ

Vedoucí: Höschl C., Höschlová E.

CHYBY PŘI ROZHODOVÁNÍ A MOŽNOSTI JEJICH OVLIVNĚNÍ

Cyril Höschl ¹, Eva Höschlová ³,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany

² Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta

³ Univerzita Karlova, Filozofická fakulta

⁴ QED

Workshop bude zaměřen na zkreslení, ke kterým dochází při našem rozhodování vinou špatného odhadu pravděpodobnosti a špatného odhadu hodnot. S odkazem na práce Daniela Kahnemana a Amose Tverskyho bude popsán rozdíl mezi intuitivním a racionálním posuzováním, resp. mezi rychlým a pomalým myšlením, při jejichž volbě se uplatňuje mj. též míra stresu a tlak času. K dalším faktorům, jež ovlivňují naše rozhodování, patří tzv. default efekt, efekt návnady (decoy effect), chyba kotvení (bias indukovaný úvodní informací), efekt rámce (framing effect), averze ke ztrátě, konfirmační bias, status quo bias, bias autority, efekt vlastnictví, omyly v plánování, efekt přehnané sebejistoty a chyba slepého bodu. Paradoxem volby je, že zvýšená škála možností (alternativ) nemusí nutně vést k vyšší spokojenosti s výsledkem rozhodnutí. Příliš mnoho možností ve skutečnosti brání naší schopnosti užívat si a ocenit to, co volíme. Důležitou technikou při ovlivnění volby je tzv. pošťouchnutí (nudge). Workshop předvede konkrétní příklady jednotlivých faktorů, pravděpodobnostní výpočty, ukázky různých zkreslení (bias) a bude interaktivně trénovat "nudge" například ke zvyšování adherence v léčbě.

STANDARDY KVALITY PÉČE A KOORDINACE PÉČE

Přednáší: Palánová T., Běhounek J.

STANDARDS KVALITY PÉČE A KOORDINACE PÉČE

Tereza Palánová ¹, Jan Běhounek ³, Denisa Kramářová ²,

¹ Ministerstvo zdravotnictví ČR

² Kancelář veřejného ochránce práv

³ PN Bohnice

Cílem sympozia je přiblížit doporučené postupy Ministerstva zdravotnictví k procesu reformy péče o duševní zdraví v oblasti ochrany práv pacientů. Seznámíte se s problematikou uchopení omezovacích prostředků, představen bude proces individuálního plánování spolu s pacientem, přiblížen způsob práce s problematikou stížností. Dále budou představeny vodítka pro psychiatrické nemocnice jako klíčový rámec ochrany práv navazující na standardy Světové zdravotnické organizace QualityRights Toolkit, vycházející z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM LÁTEK A ZÁVISLOSTI

MKN-11: PORUCHY VZNIKLÉ UŽÍVÁNÍM LÁTEK A ZÁVISLOSTI – R/EVOLUCE?

Petr Popov ¹,

¹ Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

Po dlouhých letech příprav, ohlašování termínů spuštění nové (revize) Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) a jejich opětovné rušení a vyhlásování termínů nových se rychle blíží okamžik, kdy bude zahájeno závazné používání nového kódování dle MKN-11. V oblasti klasifikace duševních poruch jsme si během let čekání zvykli na porovnávání platné MKN-10 s DSM-5 a případně i používání popisů některých poruch podle DSM-5 alespoň pro doplnění formulací diagnóz MKN-10. V adiktologii se tomu tak dělo zejména s ohledem na pozitivně hodnocené klasifikační schéma DSM-5 a preciznější a diferencovanější formulace v kapitole Poruchy související s návykovými látkami a návykové poruchy. Autor se zabývá srovnáním vývoje a porovnáním aktuálního stavu obou klasifikačních systémů. Lze konstatovat, že adiktologická kapitola v MKN-11 (Poruchy vzniklé užíváním látek a závislosti) nepředstavuje dramatickou změnu a nedosahuje výraznějších posunů, jako tomu bylo v případě rozdílu mezi DSM-IV a DSM-5. Bude zajímavé sledovat, zda snaha MKN-11 o zjednodušení pro klinickou oblast a reflexi vývoje v oblasti vědy a výzkumu bude v praxi vnímána jako natolik užitečná, že nebude potřeba (tak často) vypomáhat si DSM-5.

ROZVOJ A DALŠÍ SMĚŘOVÁNÍ DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ ADIKTOLOGIE JE PODMÍNĚNO ÚSPĚŠNOU IMPLEMENTACÍ DOPORUČENÝCH POSTUPŮ DO KLINICKÉ PRAXE – JSME NA TO PŘIPRAVENI?

Michal Miovský¹,

¹ Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN

Prvopočátky dětské a dorostové adiktologie sahají do 50. let minulého století a byly mj. vyjádřeny vznikem zcela originálního konceptu specializované krajské ambulance v roce 1957, která bohužel později zanikla. Poslední dvě dekády běží reflexe vývoje celého tohoto segmentu adiktologické péče a došlo jak ke zmapování a katalogizaci těchto provozů, tak ke vzniku samostatné Sekce při SNN ČLS JEP a ČAA. Vznik pilotního projektu meziborové dětské adiktologické ambulance byl v roce 2015 podpořen VZP, a po ověření a úspěšné evaluaci konceptu této ambulance (v roce 2016) došlo k rozvoji celého modelu. Ten byl inspirován Doporučenými postupy vzniklými ve Velké Británii. V dalším období došlo k usazení celého konceptu Dětské a dorostové adiktologie a překlada dalších doporučených postupů, tentokrát pro práci s těhotnými uživatelkami návykových látek. V průběhu let 2020 – 2021 pak postupně byl zpracován aktuální přehled stavu doporučených postupů pro tuto oblast, a to jak z hlediska strukturálního, tak z hlediska procesuálního. Dostupné zahraniční guideliny nyní pokrývají všechny základní složky péče a cílové skupiny a vytváří dnes zcela svébytnou oblast prevence a léčby. V prezentaci bude tento současný stav a hlavní koncepty představen, včetně stavu přípravy prací pro vznik původních tuzemských doporučených postupů v rámci vznikajícího projektu pod patronací SNN ČLS JEP za podpory TAČR a včetně vzniklé pracovní verze Koncepce sítě služeb dětské a dorostové adiktologie (která je v aktuální diskusi a interním připomínkovém kole). Podpora institucionálního programu PROGRES P06 UK. Grant Nadace Sirius. Pro podrobnější dostupné informace: Miovský, M., Popov, P. (2016). Dětská a dorostová adiktologie na prahu emancipace? Adiktologie, 16(4), 272-279. Miovský, M., Popov, P. (2016). Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie [Planning and Process Evaluation of an Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents as a Pilot Project]. Adiktologie, 16(4), 292-318. Miovský, M., Šťastná, L., Popov, P. (2016). Model struktury programu a činnosti ambulance dětské a dorostové adiktologie. Adiktologie, 16(4), 330-341.

NOVÉ ALTERNATIVY KOUŘENÍ A HARM REDUCTION STRATEGIE U TABÁKU

Viktor Mravčík¹,

¹ Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Úřad vlády ČR

Kouření představuje globálně jeden z hlavních rizikových faktorů podílejících se na celkové nemocnosti a úmrtnosti. V ČR je příčinou téměř pětiny úmrtí. Přes úspěchy v kontrole tabáku se nedaří dosáhnout světa bez tabáku, tj. snížit prevalenci kouření na nulu, a to ani v zemích, které dosud dosahovaly nejlepších výsledků. "Lidé kouří kvůli nikotinu, ale umírají kvůli dehtu." Tento slavný výrok vyjadřuje princip harm reduction strategie v kontrole tabáku, tj. dodávku nikotinu jinak než inhalací tabákového kouře. Rozšiřující se nabídka alternativních produktů pro užívání nikotinu v posledních letech (elektronické cigarety, zahřívaný tabák, orální tabák) představuje příležitost ke snížení veřejnozdrazvotných následků kouření, ale také výzvu pro regulaci a dosavadní politiky kontroly tabáku. Na jedné straně mají tyto alternativní produkty potenciál snížit míru kouření mezi dosavadními kuřáky, na druhé straně existují obavy, že je budou užívat neuživatelé a bývalí kuřáci. Příspěvek shrne nejnovější fakta a doporučení týkající se harm reduction strategií v kontrole tabáku.

ZAKONČENÍ KONFERENCE

Platinový partner



Zlatý partner



Bronzový partner



Vystavovatelé



Ing. Markéta
Dohnalová



Děkujeme všem zúčastněným firmám za podporu této akce