

XVII. Opařanské dny



**Dětská psychiatrická nemocnice
Opařany**

20. – 21. 9. 2013

SOUHRN

PŘEDNÁŠEK, WORKSHOPŮ, POSTERŮ

Dětská psychiatrická nemocnice Opařany

ve spolupráci se

Sekci dětské a dorostové psychiatrie ČLS J. E. Purkyně

a

Asociací dětské a dorostové psychiatrie

pořádají

v Opařanech

20. – 21. 9. 2013

XVII. Opařanské dny

odbornou konferenci dětské a dorostové psychiatrie

KONTINUITA PSYCHIATRICKÉ PÉČE OD DĚTSTVÍ DO DOSPĚLOSTI

ZKUŠENOSTI Z PRAXE

Odborné přednášky

Drátovská J.

Speciální programy ZŠ při DPN v Opařanech

Koutek J.

Kocourková J.

Katamnéza pacientů hospitalizovaných po suicidálním pokusu

Krejčí E.

Vliv hipoterapie na míru úzkosti a další psychické funkce u dětí s DMO

Kunst I.

Proč i dnes být dětským ambulantním psychiatrem?

Lukasová M.

Aktuální výstupy veřejného ochránce práv

Malá E.

Smrčka Z.

Emoce hnusu u mentální anorexie

Matýs J.

Děti s PAS v ústavní péči a pedopsychiatrie

Paclt I.

Příbilová N.

Psychopatologický obraz duševních poruch v dětském věku a v dospělosti

Schmidtová J.

Štěpánek P., Čermák I.

Předčasné těhotenství a mateřství jako důsledek rané, mnohočetné, interpersonální (sexuální) traumatizace – léčebné aspekty

Stárková L.

Pedopsychiatrie ve světle DSM V

Šafaříková A.

„Sobě odcizená“ – kazuistika

Štěpánek P.

Schmidtová J., Čermák I.

Dopad závažné interpersonální traumatizace v dětství na rozvoj psychopatologie v adolescenci a dospělosti

Uhlíková P.

Marinov Z.

Spolupráce pediatra a psychiatra v léčbě obezity

Vaničková E.

Násilí v životní historii VŠ studentů

Workshopy

Kratochvílová M.

Mikešová J., Fuková O.

Specifikace práce sestry – dětská a dorostová psychiatrie

Mandovcová M.

Práce v muzikoateliéru

Postery

Hodková I.

Výstava k významu dětské a dorostové psychiatrie v Opařanech

Holendová J.

Cesta dětského pacienta k ochranné léčbě - kazuistika

Málková Z.

Využití možností fyzioterapie v pedopsychiatrické péči v DPN Opařany v roce 2012

Němcová H.

Historie školy při dětské psychiatrii v Opařanech

Prokopová I.

Současnost školy při dětské psychiatrii v Opařanech

Tomanová J.

Vícerodinná terapie – jiná cesta a někdy jediná

Uhlíková P.

Štěpánková T., Papežová H.

Kazuistiky komorbidního ADHD dospělých a poruch příjmu potravy

Viktorová L.

Dětská pacientka s organicky podmíněnou psychotickou poruchou - kazuistika

Abecední seznam autorů

Prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc.	Praha Psychologický ústav AV ČR, v. v. i.
Mgr. Jarmila Drátovská	Opařany Základní škola při DPN Opařany
Olga Fuková	Opařany Dětská psychiatrická nemocnice Opařany
MUDr. Iva Hodková	Opařany Dětská psychiatrická nemocnice Opařany
MUDr. Jana Holendová	Opařany Dětská psychiatrická nemocnice Opařany
Prof. RNDr. Miroslav Janura Dr.	Olomouc Fakulta tělesné kultury UP v Olomouci
Doc. PhDr. Jana Kocourková	Praha Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol
Prim. MUDr. Jiří Koutek	Praha Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol
Bc. Martina Kratochvílová	Opařany Dětská psychiatrická nemocnice Opařany
MUDr. Eva Krejčí	Humpolec Soukromá ambulance dětské a dorostové psychiatrie Fakulta tělesné kultury UP v Olomouci Česká hiporehabilitační společnost
MUDr. Ivo Kunst	Hradec Králové Soukromá ambulance dětské a dorostové psychiatrie Institut intervenční a manipulativní psychoterapie
Mgr. Marie Lukasová	Brno Kancelář veřejného ochránce práv
Doc. MUDr. Eva Malá, CSc.	Praha Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov Neurologická klinika, 1. LF UK a VFN
Zděnka Málková	Opařany Dětská psychiatrická nemocnice Opařany
Mgr. Monika Mandovcová	Opařany Základní škola při DPN Opařany
MUDr. Zlatko Marinov	Dětská obezitologická ambulance Dětská klinika 2. LF UK a FN Motol
MUDr. Jaroslav Matýs	Ostrava Soukromá ambulance dětské a dorostové psychiatrie
Jarmila Mikešová	Opařany Dětská psychiatrická nemocnice Opařany
Mgr. Hana Němcová	Opařany Základní škola při DPN Opařany
Prof. MUDr. Ivo Paclt, CSc.	Praha Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
MUDr. Hana Papežová	Praha Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Mgr. Ilona Prokopová	Opařany Základní škola při DPN Opařany
MUDr. Iva Příhodová	Praha Neurologická klinika 1. LF UK a VFN
MUDr. Jana Schmidtová	Opařany Dětská psychiatrická nemocnice Opařany
Ing. Zdeněk Smrčka	Praha Ústav vědeckých informací 2. LF UK a FN Motol
Doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.	Olomouc Psychomed, s. r. o. , soukromá ambulance dětské a dorostové psychiatrie Lékařská fakulta UP v Olomouci
Mgr. Zdeněk Svoboda, Ph.D.	Olomouc Fakulta tělesné kultury UP v Olomouci

Mgr. Andrea Šafaříková	Opařany Dětská psychiatrická nemocnice Opařany
Mgr. Petr Štěpánek	Opařany Dětská psychiatrická nemocnice Opařany
Mgr. Tereza Štěpánková	Praha Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Mgr. Jana Tomanová	Praha Pražské centrum primární prevence
MUDr. Petra Uhlíková	Praha Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
MUDr. Eva Vaníčková	Praha Ústav zdraví dětí a mládeže 3. LF UK a FN KV
MUDr. Ludmila Viktorová	Opařany Dětská psychiatrická nemocnice Opařany

SUMMARY

Odborné přednášky

Speciální programy ZŠ při DPN v Opařanech

Drátovská J.

Historie školy při dětské psychiatrii v Opařanech spadá do let 1924 – 1926, kdy byla vystavěna samostatná budova ústavní školy. Hlavní zásluhu na výstavbě školy měl MUDr. Prokop Urban – tehdejší ředitel ústavu.

Účelem školy bylo plnit cíle výchovné i vzdělávací a přispívat k resocializaci ošetřovaných dětí. Těchto cílů se pracovníci školy snažili a snaží dosahovat po celou dobu existence organizace. Průběžně se změnami ve složení pacientů a v závislosti na situaci ve společnosti docházelo ke změnám osnov, typů škol, metod práce, pomůcek, přístupů k žákům, předmětů... Vždy však bylo cílem podporovat pedagogickými aktivitami léčebný proces.

Stejná je i současná filosofie pojetí školy. Využíváme nejmodernějších výsledků zpřesňující se diagnostiky a jim přizpůsobených metod individuální výchovné vzdělávací práce. Tvoříme nové programy v rámci realizace již tří projektů z ESF OP VK – muzikoterapie, žáci s PAS, vlastní výukové materiály na bázi ICT. Realizujeme také další programy, které vedou k lepšímu začlenění dítěte do jeho přirozeného prostředí.

Katamnéza pacientů hospitalizovaných po suicidálním pokusu

Koutek J., Kocourková J.

77 pacientům hospitalizovaných v letech 2004 - 2005 po suicidálním pokusu byl zaslán anonymní katamnestický dotazník, zaměřený na psychosociální adaptaci, psychopatologické projevy včetně suicidálního jednání. Návratnost činila 29 %, resp. 38 % ze všech dosažitelných. 23 % vzorku je nezaměstnaných. 68 % mělo někdy přání být mrtvý nebo ublížit si, 36 % si dělalo plány na suicidium, 18 % se opět o ně pokusilo, jeden respondent opakovaně. U 41 % se vyskytovalo sebepoškozování, u 36 % bylo užití drog v posledním roce, 27 % pije vícekrát týdně alkohol, 73 % kouří cigarety. Pouze menšina (36 %) byla po propuštění v psychiatrické péči, i když tato byla doporučena ve všech případech. Uváděné obtíže svědčí o trvajícím suicidálním riziku.

Vliv hipoterapie na míru úzkosti a další psychické funkce u dětí s DMO

Krejčí E., Janura M., Svoboda Z.

Přes prokazatelné výsledky u nás není hipoterapie (HT) obecně uznávána ani v profesionálních, zvláště pak v lékařských, kruzích a není hrazena zdravotními pojišťovnami.

Výzkum zaměřený na děti a mládež postižené dětskou mozkovou obrnou (DMO) je založen na předpokladu komplexního působení HT. U pacientů jsme vyšetřovali jednak chůzi, jednak míru úzkosti, dále pozornost a paměť. Byly sledovány dvě skupiny pacientů s DMO ve věku 7-24 let před zahájením HT a po jejím skončení. První skupina (n=11) využívala denně třicetiminutové jednotky HT po dobu pěti dnů („krátkodobá HT“), zatímco u druhé skupiny (n=9) byly aplikovány stejně dlouhé jednotky HT jedenkrát týdně po dobu 5-6 týdnů („dlouhodobá HT“). Vyhodnocení psychických funkcí bylo provedeno pomocí psychodiagnostických testů (CMAS - Dotazník dětské manifestované úzkostnosti, Číselný čtverec a Paměťový test učení). Hladina úzkosti v CMAS se snížila průměrně o 2 body u první skupiny („krátkodobá HT“) a o 4 body u druhé skupiny. U všech 20 pacientů bylo prokázáno zlepšení pozornosti a u 19 z nich i dlouhodobé paměti.

Klíčová slova: hipoterapie, dětská mozková obrna (DMO), úzkost, pozornost, paměť

Proč být i dnes ambulantním dětským psychiatrem?

Kunst I.

Ambulantní dětská a dorostová psychiatrie je dynamický obor, který musí skloubit požadavky sociointervenující pediatrické praxe s úkoly praxe ambulantní dorostové psychiatrie. Její intervenční radius sahá od rodinné terapie po sociální režimovou intervenci, od využívání regulativní psychofarmakologické clony po psychoterapii individuální a skupinovou. Více než kterýkoli jiný obor pracuje s kontextualizací dětské a dorostové morbidity. Je dynamickým oborem, který by si zasloužil, aby jeho koncepci byla věnována daleko větší pozornost, než se jí dostává dosud.

Emoce hnusu u mentální anorexie

Malá E., Smrčka Z.

Emoce jsou zážitky vycházející z vědomého i nevědomého hodnocení subjektivně významné situace, projevující se změnami fyziologických pochodů, citovým hnutím a tendencí k chování, které připravují organismus k fylogeneticky osvědčené reakci na nastalou situaci. Emoce hnusu - buď jako sklon nebo zvýšená citlivost - se vyskytuje u mnoha psychiatrických poruch např. u PPP, fobií, OCD, hypochondrické poruchy sexuálních dysfunkcí, separační anxiety, PTSP.

Základní symptomy MA jsou všeobecně známé a důležité doprovázející emoce jsou: úzkost, zahanbení a hnus. Vývojově - dle zrání struktur CNS - dochází k posunu od zrakově chuťového k senzualnímu. Možnou příčinou naprosté převahy dívek u dg MA je možná to, že chlapci jsou méně náchylní k vnitřnímu konfliktu mezi vizualitou a senzualitou během dospívání.

Odporný - hnusný podnět aktivuje inzulární kůru, která je prostředníkem tzv. emočního pozadí, vyjadřujícího význam uvědomování si prožitku - u MA je to zahanbení a hnus. Aktivovaná inzula pomocí neuronálních map pak uvádí v činnost různé struktury CNS, které dobře ilustrují behaviorální projevy MA /např. jiný vztah k chladu, bolesti, sexualitě, atd./ Avšak všeobecně z evoluční perspektivy, dle Rozina a Fallonové emoce hnusu - ve vztahu k jídlu tím, že chrání před jedovatým, nepoživatelným, infekčním, atd - plní biologickou adaptivní funkci.

Děti s PAS v ústavní péči a pedopsychiatrie

Matýs J.

V poslední době je již společenským klišé a mýtem, že „autismus je diagnóza moderní a populární, proto je toho tolik...“. Setkáváme se snahami stran některých rodičů, někdy i pedagogů naroubovat autismus na pomalu každé problémové a nevladatelné chování u dětí. I když je z objektivních dat celosvětově zřejmé, že incidence a prevalence lidí s autismem stoupá, dochází už k jisté společenské dehonestaci nebo naopak přeceňování této skupiny duševních poruch dětí kontroverzními postoji společnosti, ale i u profesí pracujících s dětmi. Na jedné straně je častým jevem odmítání této diagnózy rodiči, že takové dítě doma mají. Někdy dokonce popírají tuto diagnózu u dětí i někteří samotní lékaři – ne pedopsychiatři. Na druhé straně je časté v běžné praxi pedopsychiatra odolávat často až nátlakovým akcím rodičů nebo školských pracovníků pro jejich neúnavné snahy najít konečně pedopsychiatra, který dle nich tuto diagnózu problémovému a nevladatelnému dítěti konečně napíše. Celosvětová problematika autismu byla dokonce předmětem jednání OSN a snah zvláštního přístupu k této skupině dětí.

Je tady ale poměrně významná skupina autistických dětí, které nemají to štěstí mít péči svých rodičů. Jsou to autistické děti s poruchami chování, které jsou sice na hranici umístění nebo už i umístěné ve výchovných ústavech, v dětských domovech, ale podstatu jejich sociálně nevhodného chování nikdo pořad neupřesnil. U takových dětí je autismus diagnostikován z různých důvodů poměrně pozdě nebo vůbec. Do péče pedopsychiatra se děti pro poruchy chování dostaly až díky pracovníků oddělení sociálně právní ochrany dětí, středisek výchovné péče, nebo dokonce až z výchovných ústavů. Tyto děti jsou už v situacích, kdy se rodiče nemůžou o ně starat, nebo se o ně rodiče prostě nestarají.

Samotná diagnostika autismu je v principu velice náročná. Vyžaduje zkušeného pedopsychiatra, vyžaduje mít dobrou spolupráci s kvalitním dětským klinickým psychologem. U této skupiny dětských autistů je diagnostika ještě složitější, škálové metody i klinické pozorování jsou velice limitovány. Rodiče o ně jednoduše nemají zájem, často ani nevíme o rodičích nic věrohodného. V minulosti nebyly tyto děti léčené, nebyla jim poskytována adekvátní péče a výchova. Tyto děti doslovně absolvovaly systém výchovné péče a v dospělosti zůstali bez další pomoci. V současnosti má proto pedopsychiatr nový úkol. Kromě diagnostiky je často jeho úkolem rozhodnout, kdy je už prostředí rodiny pro problémového autistu už nevhodné, a kdy je systém a režim výchovného zařízení tím „menším zlem“, než ponechat ho bez pravidel, morálních norem v nevhodném rodinném prostředí, prostředí které mu zafixuje sociálně nevhodné algoritmy chování do dospělosti. V případě autistů v dětských domovech zase pedopsychiatr se musí pokusit edukovat a korigovat přístupy personálu k těmto klientům. Pedopsychiatr v této nové roli měl by zvažovat již prokázané souvislosti epigenetických vlivů prostředí, vlivu psychických emočních vazeb na biologický vývoj mozku a zpětně limitace alterovaného vývoje mozku na sociálně emoční dovednosti. Proto budou demonstrování ukázány nové nálezy v mozku moderními zobrazovacími technikami u autismu, vliv prostředí a sociálních podnětů a vazeb na strukturu mozku. V závěru se autor pokusí nastínit možné postupy a algoritmy při rozhodování jak s daným problémovým autistou pracovat, v jakém prostředí a kde ho sociálně a výchovně vést při myšlence „menšího zla“ pro autistického pacienta.

Psychopatologický obraz duševních poruch v dětském věku a v dospělosti

Paclt I., Příbylová N.

Základem klinického myšlení a následně i léčby je psychopatologický popis. Vývoj klinické psychiatrie toto tvrzení mnohokrát potvrdil. Např. škálování, výzkum účinku psychofarmak, ale také psychoanalytická psychoterapie apod. Bez kvalitního psychopatologického popisu nelze vytvořit žádnou klinickou zprávu, ani výzkumnou hypotézu. Psychopatologický popis byl základem rozvoje psychologie, řadu termínů převzala pedagogika nebo neurologie. Terminologie a popisované stavy musí být pro každého psychiatra samozřejmostí a musí rozumět jejich smyslu. Proto stále doporučujeme ke studiu práce prof. Myslivečka ze šedesátých let.

Psychopatologické symptomy se liší intenzitou, délkou, dobou po kterou jsou patrné, tím zda jsou přítomny jednotlivě nebo zda se příznaky vzájemně překrývají apod.. Předmětem našeho sdělení bude porovnání jednotlivých syndromů a symptomů u depresí, schizofrenií, ADHD a poruch chování, respektive poruch osobnosti.

Předčasné těhotenství a mateřství jako důsledek rané, mnohočetné, interpersonální (sexuální) traumatizace – léčebné aspekty

Schmidtová J., Štěpánek P., Čermák I.

Raná expozice dětí dlouhodobým, kumulativním a mnohočetným interpersonálním traumatizujícím událostem v jejich senzitivních vývojových obdobích života vede k závažné alteraci psychosexuálního vývoje a k rozvoji mnoha psychopatologických psychiatrických symptomů.

Vývojově traumatizované dívky jsou díky tomu ohroženy předčasným zahájením pohlavního života, spojeným s rizikovým sexuálním chováním, realizací nechráněných pohlavních styků, pohlavně přenosnými nemocemi, umělým přerušením těhotenství, problematickým výběrem partnera, vysokým počtem sexuálních partnerů, nezdídkou těžkým násilím v partnerských vztazích, promiskuitou, prostitucí, sexuální re-viktimizací, dále předčasným těhotenstvím a mateřstvím.

Tyto dívky často pocházející z problematických rodinných a sociálních kontextů, v průběhu těhotenství a mateřství žijí v komplikovaných životních podmínkách, prožívají závažný distres (spojený s masivní úzkostí, depresemi a disociativním prožíváním), který kompenzují maladaptivně abúzem alkoholu, nikotinu a drog, rizikovým, impulzivním, sebedestruktivním či agresivním chováním.

Při předčasném těhotenství traumatizovaných dívek je výzkumnými studiemi podloženo zvýšené riziko úmrtí nedonošených plodů, předčasného porodu, nízká porodní váha dítěte, mateřské a novorozenecké komplikace a poporodní deprese matek.

Děti závažně traumatizovaných adolescentních matek jsou dále vystaveny riziku rozvoje disorganizované citové vazby (attachment) a transgeneračního přenosu traumatu.

Rizikové sexuální chování adolescentních dívek, jež vede k těhotenství a předčasnému mateřství, může vyjadřovat mylně pojatou snahu dosáhnout intimního interpersonálního sblížení, lásky, podpory a naděje, jež byla nedostatečně přítomna v jejich dětství, kdy byly vystaveny vývojově nepříznivým, traumatizujícím zkušenostem.

V příspěvku budeme prezentovat tři kazuistiky dívek – matek, jež byli ve svém dětství závažně fyzicky a sexuálně traumatizovány v disharmonických, konfliktních rodinných kontextech primárními vztahovými osobami a diskutovat obtíže a úskalí v jejich psychoterapii a účinné farmakoterapeutické postupy v rámci psychiatrické lůžkové péče.

Pedopsychiatrie ve světle DSM V

Stárková L.

V posledních měsících se na trhu objevila dlouho očekávaná revize diagnostického manuálu duševních poruch DSM-5, zpracovaná APA (Americká Psychiatrická Asociace). Cílem sdělení je poukázat na zásadní změny, které se týkají dětské a dorostové psychiatrie. Nový přístup v porozumění duševním nemocem, který se opírá o výzkumné práce z oblasti neurobiologie, mění základní členění kapitol. Při prvním otevření knihy získá pedopsychiatr dojem, že autoři DSM 5 vnímají řadu psychických poruch v dětství z pohledu blízkosti jejich základních symptomů s poruchami v dospělosti, popřípadě z pohledu vývoje těchto poruch od dětství do dospělosti. Proto některé specificky dětské nemoci začleňují do velkých celků s nemocemi, obvykle se vyskytujícími v dospělosti. Typickým příkladem jsou úzkostné poruchy, kde je zařazena i nejen sociální úzkostná porucha, generalizovaná úzkostná porucha, atd., ale také separační úzkostná porucha nebo selektivní mutismus. Poruchy, které byly v DSM IV zařazeny v samostatné části dětské a dorostové psychiatrie, jsou tak s výjimkou neurovývojových poruch (kde jsou zejména PAS, ADHD, apod.), zařazeny do celků spolu s duševními nemocemi dospělých. Největší změny zaznamenala kapitola ASD (poruchy autistického spektra). Zcela vymizely diagnózy atypický autismus nebo Aspergerův syndrom a závažnost nemoci je hodnocena podle množství péče a podpory, kterou nemoc (jedinec) vyžaduje. Posun je také v limitujících podmínkách pro stanovení některých diagnóz. Vzhledem k tomu, že nový pohled na diagnostiku duševních nemocí vyvolal řadu kontroverzních názorů, zejména na změny v oblasti diagnostiky autistických poruch, je zajímavé se seznámit s důvody, které autory DSM-5 ke změnám vedly. Zda přispěje nový pohled na duševní nemoci k destigmatizaci psychiatrie nebo naopak zvýší stigmatizaci, ukáže teprve budoucnost.

Sobě odcizená

Šafaříková A.

Na kazuistice 17-leté dívky ilustrují principy **psychodynamicky orientované diagnostiky**, která obohacuje deskriptivní (kategoriální) přístup o subjektivní hlediska.

Za významnou je považována nejen rovina verbálního vyjádření, ale i neverbální rovina vztahu (scénický aspekt), do popředí zájmu staví přenosové a protipřenosové prvky.

Tato forma diagnostické práce je orientována značně klinicky, nevyžaduje administraci testových metod, jde o rozhovor s oscilující úrovní strukturovanosti, jehož cílem je porozumění funkci a dynamice symptomu, vztahovým vzorcům, ev. konfliktům. Stává se užitečným nástrojem pro posouzení předpokladů pro

psychoterapii, poskytuje podklady pro její plánování zejm. s ohledem na úroveň osobnostní integrace pacienta. Legitimizuje prolínání diagnostické a terapeutické práce psychologa, je jakýmsi „mostem“ mezi oběma.

Dopad závažné interpersonální traumatizace v dětství na rozvoj psychopatologie v adolescenci a dospělosti

Štěpánek P., Schmidtová J., Ivo Čermák

Závažná traumatizace v dětství výrazně narušuje vývoj regulace biologických i psychických funkcí jedince. Zejména interpersonální traumatizace významně souvisí s psychopatií dětí a rozvojem mnoha psychiatrických onemocnění v dospělosti. Nálezy z epidemiologických studií potvrzují, že expozice interpersonálním traumatickým stresorům dosahuje v raném dětství značného rozsahu. Evidentní jsou rovněž specifické rizikové faktory, mezi něž patří a) pohlaví: chlapci jsou především vystaveni rizikům napadení s násilím, fyzické traumatizace, úrazům či zraněním; dívky jsou ve větší míře exponovány riziku sexuální viktimizace; b) rodinné faktory: nízký socioekonomický status, nízký příjem domácnosti, nízké vzdělání matek, výchova jedním rodičem, duševní onemocnění rodičů, abúzus alkoholu a návykových látek rodičů, trestná činnost; c) vliv extrémních sociálních podmínek: válka, terorismus, převraty, apod.

Interpersonální traumatická zkušenost se zpravidla nevyskytuje izolovaně, nýbrž má chronický charakter a je doprovázena dalšími nepříznivými okolnostmi. Výzkumy přesvědčivě ukazují na lineární vztah mezi počtem nepříznivých životních situací v dětství a mírou závažnosti nepříznivých dopadů v dospělosti. Děti vystavené mnohočetné traumatizaci jsou vulnerabilnější k viktimizaci, která jde napříč řadou kontextů a interpersonálních vztahů v průběhu celé ontogeneze.

Raná, opakovaná, dlouhodobá a mnohočetná expozice dítěte interpersonálním traumatizujícím událostem v jeho senzitivních vývojových obdobích života vede k rozvoji rozsáhlé psychopatologické symptomatologie: afektivní, fyziologické i behaviorální dysregulaci, projevům disociace, interpersonálním obtížím a k tzv. symptomové komplexitě.

V rámci posttraumatické problematiky budeme detailněji diskutovat doprovodné symptomy: těžké deprese, (panické) úzkosti, afektivní rapt, impulsivní zkratkovité reakce, suicidální jednání, brachiální agresivitu.

Rovněž poukážeme na nutnost přesnější diagnostiky vývojových aspektů PTSP zahrnující období od raného dětství až do adolescence, což rozšíří zejména prediktivní možnosti této diagnostické kategorie a smysluplně propojí vývojovou psychopatologii traumatu s jeho důsledky v průběhu celé životní dráhy.

Spolupráce pediatra a psychiatra v léčbě obezity

Uhlíková P., Marinov Z.

Práce představí kazuistiku dlouhodobé péče o pacienta s diagnózou Hirschprungovy choroby v časném věku, s postupně se rozvíjející psychiatrickou a pediatrikou komorbiditou poruchy chování a emocí v mladším školním věku a poruchy příjmu potravy s obezitou v adolescenci. Pacient je dlouhodobě nejprve stídavě, posléze současně léčen pediatrem i dětským psychiatrem, léčby se účastní i rodina pacienta v rámci vícerodinné terapie poruch příjmu potravy.

Kazuistika mapuje vývoj psychických i somatických poruch v kontextu rodinných vztahů a interdisciplinární přístup v léčbě. Poukazuje také nejen na nutnost dlouhodobé trpělivé spolupráce lékařů různých specializací, ale také na nutnost vzájemné týmové podpory v léčbě obtížných případů poruch příjmu potravy a jejich komorbidit a somatických komplikací.

Podpořeno P 26/LF/4 a P03/LF1/9 a Fondem prevence VZP

Násilí v životní historii vysokoškolských studentů

Vaničková E.

V roce 2013 byl uskutečněn pilotní projekt deskriptivní epidemiologické studie, jejímž cílem je zjistit a popsat data týkající se dvou ze tří typů násilí – interpersonálního a zaměřeného vůči sobě samému, se kterými mají osobní zkušenost čeští vysokoškolští studenti.

Část otázek se zaměřila na retrospektivní výpověď o násilí mezi rodiči a násilí ze strany rodičů v jejich dětství, druhá část otázek hledala odpovědi na otázky, zda a jakou mají vysokoškolští studenti osobní zkušenost s datingviolence.

Pilotní projekt se uskutečnil formou dobrovolného a anonymního vyplnění dotazníku obsahujícího 35 otázek. Data byla statisticky zpracována; na základě výsledků se připravuje elektronický sběr dat. Sledovaný soubor pro první fázi zpracování tvořilo 145 vysokoškolských studentů lékařských, ekonomických, technických a právnických fakult v Praze, z toho 69 % žen a 31 % mužů. Průměrný věk souboru je 22 let.

Lze konstatovat, že retrospektivní data týkající se násilí mezi rodiči respondentů ukazují očekávatelné výsledky: s verbální agresí má zkušenost téměř celý sledovaný soubor, s psychickým násilím zhruba třetina, s fyzickým útokem pětina souboru a s ekonomickým násilím mezi rodiči se setkal každý šestý.

S partnerským násilím ve formě psychického, má zkušenost 9 % vysokoškoláků, s tělesným útokem 5,5 % a se sexuálním útokem 4,2 %. Pocit zranění ze strany partnera prožila třetina souboru. Každý jedenáctý vysokoškolák vypověděl, že považuje svoji osobní zkušenost s násilím za příčinu svých zdravotních problémů a dvě procenta mu přičítají své studijní problémy.

Závažným zjištěním je skutečnost, že dvacetina vysokoškolských studentů uvádí souvislost mezi svojí osobní zkušeností s násilím a sebevražednými myšlenkami.

S násilím mezi vysokoškolskými studenty má zkušenost třetina souboru. Pozitivním zjištěním je, že pro dvě třetiny souboru bude násilí klíčem při výběru životního partnera. Na závěr můžeme potvrdit, že platí i pro studenty VŠ, kde očekáváme vyšší informovanost, neochotu se komukoli svěřit s násilným incidentem.

Lze konstatovat, že data pilotního projektu korespondují s výsledky zahraničních studií, z nichž nejznámější je Strausova (USA 2009). Ze strany respondentů jsme se setkali s názorem, že dnes dominuje v partnerském vztahu online násilí a násilí pod vlivem alkoholu.

Elektronický dotazník bude doplněn a upravený pro národní studii.

Workshopy

Specifika práce sestry – dětská a dorostová psychiatrie

Kratochvílová M.

Dětská a dorostová psychiatrie (pedopsychiatrie) je samostatný medicínský obor, vyžadující dlouhodobou systematickou a specifickou postgraduální přípravu, která se jen z malé části kryje s přípravou pro obor psychiatrie dospělých, a není proto zastupitelný v plném rozsahu žádným jiným medicínským oborem. Komplexní pedopsychiatrická péče se poskytuje dětem a adolescentům do 18 let trpícím duševní poruchou nebo těm, kteří se ocitli v akutní krizové situaci.

Ošetrovatelská péče je poskytována na základě znalostí nejen symptomatologie, syndromologie a psychopatologie duševních poruch dospělých s rozlišením atypických obrazů u dětského pacienta s duševní poruchou, ale i ze znalostí různých vývojových období u dětí s ohledem na jejich mentální věk. Dětská sestra se zaměřením na ošetrovatelskou péči v dětské a dorostové psychiatrii poskytuje komplexní ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu, specializovanou ošetrovatelskou péči dětskému pacientovi s ohledem na jednotlivá vývojová období a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči dětskému pacientovi s duševním onemocněním.

Práce v muzikoateliéru

Mandovcová M.

Zážitkový workshop

Postery

Výstava k významu dětské a dorostové psychiatrie v Opařanech

Hodková I.

První a největší zařízení dětské psychiatrie v Československu a ve střední Evropě Založení v roce 1924.

Význam celorepublikový.

Význam lokální.

Projekt č. SD/OKPP/225/ 13 podpořen Dotačními programy Jihočeského kraje pro poskytování příspěvků odboru kultury a památkové péče.

Cesta dětského pacienta k ochranné léčbě – kazuistika

Holendová J.

Kazuistika pacienta opakovaně hospitalizovaného se závažnou rodinnou anamnézou s podezřením na kriminální čin - vývoj stavu a dg., jehož výsledkem je ochranná léčba na dětské a dorostové psychiatrii.

Využití možností fyzioterapie v pedopsychiatrické péči v DPN Opařany v roce 2012

Málková Z., Hodková I., Kutálková A.

Rehabilitace (fyzioterapie a ergoterapie) je neoddelitelná součást komplexní pedopsychiatrické péče. Nabízí využití fyzioterapeutických metod v léčebném procesu s ohledem na disabilitu při základní psychiatrické diagnóze.

Fyzioterapie se v mnohých aspektech překrývá s psychoterapeutickými prvky a socioterapeutickými postupy. Cílem fyzioterapie je znovuzáření pacienta do běžného života, zlepšení kvality života a posílení víry ve vlastní schopnosti. Individuální přístup k pacientovi, komunikace s pacientem, umět naslouchat a projevit pochopení pro chování psychicky nemocného. Důležité je vhodně volit pohybový program a fyzikální terapii. Úprava změny v pohybovém aparátu, nácvik správného dýchání, zlepšení fyzické kondice, nácvik relaxace. Cílené řešení některých typických změn jako jsou spazmy a blokády, svalové napětí. Problémem někdy bývá malá motivace, špatná spolupráce pacienta, nedodržování doporučeného režimu.

Historie školy při dětské psychiatrii v Opařanech

Němcová H.

Historie školy při dětské psychiatrii přibližně od roku 1926. Informace jsou čerpány z kronik školy dostupných v ZŠ při DPN a částečně z kroniky uložené v archivu.

Současnost školy při dětské psychiatrii v Opařanech

Prokopová I.

Škola za posledních deset let - speciální programy ZŠ při DPN Opařany a získané projekty z posledních let.

Víceodinná terapie – jiná cesta a někdy jediná

Tomanová J., Papežová H.

Historie víceodinné terapie v Centru pro poruchy příjmu potravy na Psychiatrické klinice od roku 2004 a její výsledky (kazuistiky vybraných rodin)

Autorky předkládají historii vzniku a rozvoje víceodinné terapie v Centru pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické kliniky 1.LF UK a VFN. „Pražský model“ se vyvíjel na podkladě základního konceptu z Maudsley nemocnice v Londýně. Na jeho vývoji se podílel Dr.Ivan Eisler, který je supervizorem našeho terapeutického týmu. (podobně jako ve světě, USA, Jižní Amerika, Evropa). V práci popisujeme vývoj indikací pro tuto terapii, utváření stabilnějšího týmu odborníků a proměny v charakteristikách zájemců o tuto formu léčby. Výsledky kvalitativně-quantitativního výzkumu efektivity demonstrujeme na kazuistikách rodin, ukazujeme vliv víceodinné terapie na prevenci relapsu PPP a seznamujeme se změnami v organizaci původně roční ambulantní terapie.

Podpořeno P 26/LF/4 a P03/LF1/9 a Fondem prevence VZP.

Literatura

1. **Asen, E.:** Multiple family therapy: an overview. *Journal of Family Therapy*, 24, 2002, pp. 3-16
2. **Čermák, I., Miovský, M.:** Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí. Brno, Psychologický ústav AV ČR, 2002.
3. **Dare, C., Eisler, I.:** A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8, 2000, pp. 4-18.
4. **Eisler, I.:** Rodinná terapie poruch příjmu potravy. In: Krch, F.D.: Poruchy příjmu potravy. Grada, Praha 2005.
5. **Eisler, I.:** Efficacy of individual and family psychotherapy in anorexia nervosa (Účinnost individuální a rodinné psychoterapie u mentální anorexie). 4. mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy, Praha, 2003. *Čes. a Slov. psychiat., Supl. 1*, 2003, pp. 33.
6. **Eisler, I.:** A multi-family group day treatment programme for adolescents. 3. mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy. Praha, 2001. *Abstrakt Book*.
7. **Eisler, I.:** Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, 1997, pp. 332-335.
8. **Chudobová, P., Papežová, H., Sekot, M., Klecanda, A.:** Možnosti a limity léčby pacientů s poruchami příjmu potravy formou denního stacionáře v České republice a v zahraničí. *Čes. a Slov. Psychiatrie*, 101, 2005, pp. 207-213.
9. NICE (2004) *Eating Disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. National Institute for Clinical Excellence, National Clinical Practice Guideline. The British Psychological Society and Gaskell, London.
10. **Papežová, H.:** Anorexia nervosa. Praha, Psychiatrické centrum, 2000.
11. **Papežová, H., Tomanová J.:** Víceodinná terapie v České republice – první zkušenosti kurzu. *Čes. a Slov. Psychiat., Supl. 1*, 2005, pp. 53-55.
12. **Pereira, T., Lock, J., Oggins, J.:** Role of Therapeutic Alliance in Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39:8, 2006, pp. 677-684.
13. **Scholz, M. et al.:** Multiple Family Therapy for Anorexia Nervosa: concepts, experiences, results. *Journal of Family Therapy*, 27, 2005, pp. 132-141.
14. **Tomanová, J., Papežová, H.:** Víceodinná terapie v Čechách. Dizertační práce, 1. LF UK 2010.
15. **Vandereycken, W., Kog, E., Vanderlinden, J.:** The Family Approach to Dieting Disorders. PMA Publishing corp. New York 1989.

Kazuistiky komorbidního ADHD dospělých a poruch příjmu potravy

Uhlíková P., Štěpánková T., Papežová H.

ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder) je považované za typické onemocnění dětského věku. Současné studie však ukazují přetrvávání symptomů ADHD do dospělého věku u velké části pacientů a rizika komorbidit.

Četnost výskytu ADHD uvádí studie v rozmezí 5–10 % u školních dětí, u 80 % z nich přechází příznaky ADHD do adolescence a u 60 % adolescentů se některé příznaky vyskytují i v dospělosti. Impulzivní chování, které je jedním ze základních příznaků ADHD, se vyskytuje i u některých poruch příjmu potravy. Ve spektru poruch příjmu potravy přibývá tohoto chování směrem od restriktivní anorexie, kde se impulzivita vyskytuje málo, přes purgativní anorexii a bulimii k přejídání a obezitě, kde je impulzivita velmi častá a projevuje se kromě přejídání i dalšími impulzivními příznaky včetně sebepoškozování. Na ADHD lze pohlížet i jako na poruchu sebekontroly. Děti s ADHD velmi často selhávají zejména v dosahování vzdálenějších a náročnějších cílů, obtížně plánují a dodržují sled jednotlivých činností. Vzhledem k chronickému selhávání v náročnějších činnostech a nedostatečnému pozitivnímu ocenění mají nedostatečnou motivaci pro dlouhodobé úkoly a preferují snadný zisk v dohledné době. Snadno dostupná odměna v podobě příjmu oblíbené potravy může u těchto jedinců hrát v systému odměňování značnou roli. Dopaminergní neurotransmise má důležitou roli v systému odměňování a stejný neurotransmiterový systém, resp. jeho změny, jsou považovány za významné v etiopatogenezi ADHD. Aktuální studie dokládají signifikantně vyšší výskyt poruch příjmu potravy u dívek s ADHD, zejména se často pojí s obezitou a impulzivním nebo nočním přejídáním. Genetické a neurofyziologické studie se zaměřují i na možný vztah ADHD, obezity, prefrontálního kortexu a genů dopaminového systému. Dopaminergní změny v prefrontálním kortexu jsou považované za rizikový faktor pro vznik obezity u ADHD. Pro praxi ze studií vyplývá kromě doporučovaných modifikací terapeutické péče pro pacienty s komorbidní poruchou příjmu potravy a ADHD také doporučení cíleného vyhledávání ADHD příznaků mezi obézními pacienty s bulimickými příznaky a možnost využití terapie stimulací u obézních pacientů s bulimickým chováním.

Podpořeno P 26/LF/4 a P03/LF1/9 a Fondem prevence VZP

Literatura:

1. Biederman et al. Are girls with ADHD at risk for eating disorders? Results from a controlled, five year prospective study. *J Dev Behav Pediatr*, 2007 Aug; 28(4): 302–307.
2. Campbell, Eisenberg. Obesity, attention deficit-hyperactivity disorder and the dopaminergic reward system. *Coll Antropol*, 2007; 31(1): 33–38.
3. Waring, Lapane. Overweight in children and adolescents in relation to ADHD: results from a national sample. *Pediatrics*, 2008; 122(1): 1–

Dětská pacientka s organicky podmíněnou psychotickou poruchou - NMDAR – kazuistika

Viktorová L.

Kazuistiku 10leté pacientky s autoimunitním onemocněním, jejímž prvním projevem byla bohatá psychiatrická symptomatika s primární psychiatrickou hospitalizací.