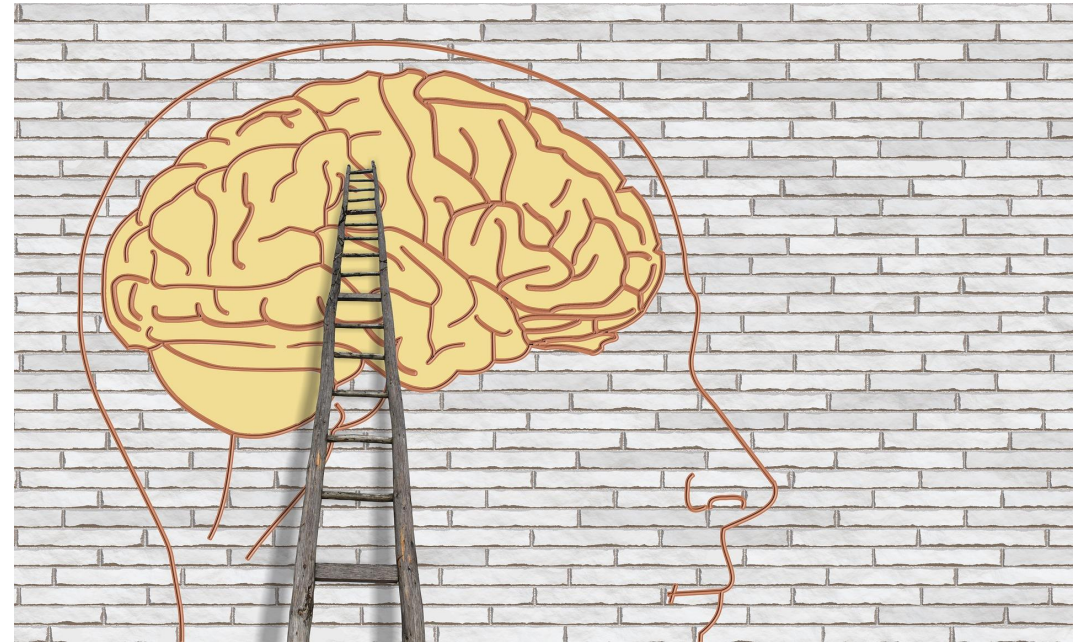


Psychiatrické minimum 2. část

Michal Raszka



Odpovědi na otázky
Psychofarmaka
Nespavost
Sebepoškozování



Co nás dnes čeká

1. ½ hodina

- krátké opakování 1. části
- odpovědi na dotazy
- lupou na psychofarmaka

2. ½ hodina

- **nespavost v ordinaci psychiatra**
- diagnostika, spánková laboratoř, polysomnografie
- medikace
- jiné formy pomoci



Co dále...

2. hodina

- **sebepoškozování**
- kazuistické ukázky
- emoční regulace a sebepoškozování cestou k „hraniční poruše osobnosti“
- oxytocin – jeho význam z mého pohledu (osobní)
- praktická zkušenost, teorie, přístup
- medikace
- odkazy na literaturu a on-line



A co ještě...

3. hodina

- **sebevražedné myšlenky a jednání**
- sdílení zkušenosti (JIP, uzavřené oddělení, CDZ)
- mapování sebevražednosti
- Národní akční plán prevence sebevražd
- <https://www.reformapsychiatrie.cz/reforma/narodni-akcni-plan-prevence-sebevrazd-napps>
- kniha „Mýty o sebevraždách“
- <https://sebevrazdy.cz/>

Dotazy – otevření akutního „tématu“

- *Klient, kterému se otevře nějaké akutní "téma" - jaká by měla být ideální první pomoc z mé strany, nějaké "co vždycky udělat" a "co nikdy nedělat", než se dostane k odborné pomoci (terapeut, psycholog, psychiatr)?*
- **reflexe/potvrzení** (např. To byla velká ztráta. Prošla jste náročným obdobím. Cítil jste se v tom sám.)
- zeptat se, zda potřebuje o tom mluvit, vyslechnout, nevyptávat se moc
- nedivit se, neprojevat moc šok, ale uznat náročnost
- zaměřit na zvládnání, **ocenění** (I přes to, jak to bylo náročné, sedíme tu spolu.)
- vyjádření, že takové věci se neměly stát (pokud jde např. o znásilnění).
- **rekonsolidační okno 5hodin po otevření** – kam půjde, s kým bude, zajistit bezpečí
- zprostředkovat odbornou pomoc (krizové centrum, psychoterapeut apod.)

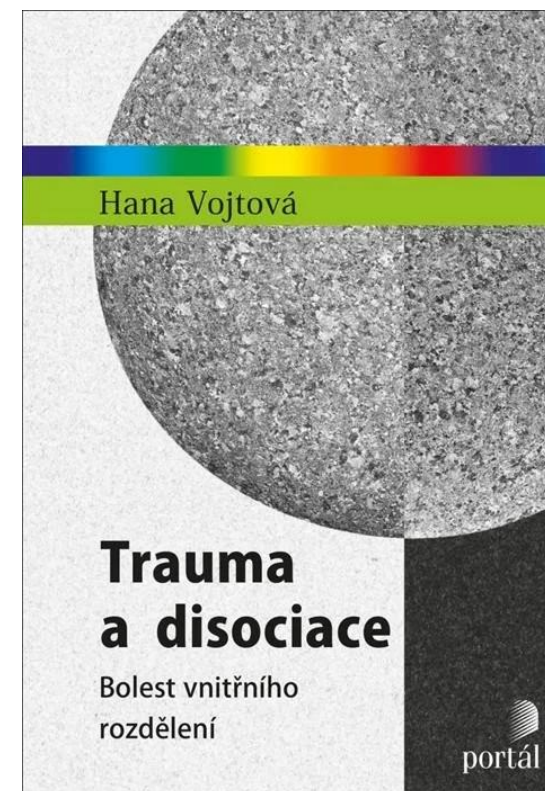
Určitě NE

- to bude dobré, nebojte, čas to vyléčí apod.
- dělat, že se to nestalo, vůbec nereagovat
- „dramatizovat“
- nadměrně se vyptávat

Dotazy - disociace

Jak se projevuje disociace - konkrétní projevy?

- skupina projevů, nemusejí souviset
- **kvantitativní** (např. depersonalizace/derealizace) vs. **kvalitativní** (např. amnézie)
- „psychická“ vs. „tělesná“
- **depersonalizace** – www.depersonalizace.info - dotazník
(Cambridge depersonalization scale)
- může a nemusí souviset s tématem náročné životní situace
- nejvýraznější vyjádření – DID – disociativní porucha identity



Dotazy - psychofarmaka

Kdy a proč psychiatr nasadí kromě antidepresiv stabilizátory a kdy antipsychotika?

- ▶ při poruše osobnosti, rezistenci na léčbu, a kombinace jsou u některých poruch jako tzv. augmentace léčby nebo kombinovaná léčba (více později)

Kdy a proč nechce snižovat a vysazovat antidepresiva (z mého pohledu pro jistotu, aby klient zůstal stabilní atd.)?

- ▶ deprese – dle guidelinů ½ - 1 rok, já určitě až po roce i déle, velmi pomalu
- ▶ psychóza – minimálně 1 rok, já až 2 roky a velmi pomalé vysazování (příklad klienta s psychózou i po ECT)
- ▶ OCD – po 2 letech a velmi pomalu
- ▶ individuální posouzení psychiatra, pokud potíže přetrvávají, vysazení opakovaně vedlo ke zhoršení stavu a bylo nutné opět nasazovat (téma spolupráce)

Kdy je hladina serotoninu „dlouhodobě, geneticky“ nízká a jsou antidepresiva „nutná“? A kdy jde více o klientelu psychologickou (ne psychiatrickou), kdy antidepresiva buď nejsou nutná, nebo jsou vhodná jako „berlička“ na náročné období, propad, ale není třeba je užívat dlouhodobě?

- ▶ Nevím. Současný výzkum poukazuje např. na zánětlivou teorii deprese, vliv mikrobiomu, nedostatku pohybu, tzv. BDNF apod. Je otazné, jak antidepresiva skutečně fungují – neuroplasticita?

Dotazy - psychofarmaka

Předepisování anxiolytik a fungování v praxi. Někdy bývám frustrovaná, když psychiatři předepisují Neurol apod. na užívání „v případě potřeby“ a klienti pak často „zobou“ Neurol preventivně, kdykoliv se dostanou k náročnějšímu prožívání. V horším případě ho už berou preventivně před jakoukoliv náročnější situací (např. před zkouškou ve škole, náročnějším hovorem atd.).

- ▶ Souhlas (riziko závislosti a zhoršení adaptační kapacity). Co nejméně. Akutní stavy, zacyklení úzkosti.
- ▶ ALE! Je hodně lidí, u kterých skutečně nefunguje nic jiného a užívají dlouhodobě stejnou dávku – možno. Není to 100% ideál, na druhou stranu mají výrazně zvýšenou kvalitu života.

Psychofarmakologická léčba u dospívajících či mladých dospělých bez psychiatrických diagnóz (více psychologická klientela, např. s tendencemi k úzkostem). Kdy je vhodné medikovat a kdy jde podle vás více o vývojovou fázi (je normální být emočně nestabilní) nebo o nedostatek dovedností v práci se svými emocemi (takže vznikají úzkosti, sklony k panickým atakám apod.)?

- ▶ Individuální, dle zkušeností. Pokud je úzkost dlouhodobě nad 5/10, jsou silné panické ataky, zasahuje to do běžného fungování, trápí je dlouhodobě nespavost, nebo depresivní příznaky a my pokračujeme v terapii bez zásadního efektu např. po dobu 2-3 měsíců – zvažovat bych antidepresivum.

Dotazy – medikace a neurotransmise

- ▶ **Fungování jednotlivých skupin psychofarmak** a jak mohou ovlivňovat klientovo prožívání i terapeutický proces – **prakticky pro terapeutickou praxi.)**
- ▶ Kdy je klient díky farmakům „**utlumen**“, „**emočně odpojen**“ atd. Kdy s klientem pracujeme na emočním prožívání, ale nejde „jen“ o obranné mechanismy atd., ale i o „**chemické příčiny**“. Jak se obě strany „nestavět“ na něčem, co momentálně není přístupné, a co naopak v tu chvíli podpořit. **Mám na mysli hlavně klientelu s hraniční poruchou osobnosti.** Často mají takový „**koktejl**“ **medikamentů, že jsou prostě utlumení a emočně odpojení.** V takových případech není jednoduché pracovat jen na kreativní přizpůsobivosti struktury osobnosti nebo na naučeném a zafixovaném fungování. DBT je skvělý, ráda ho používám (pracovala jsem v Kaleidoskopu), ale když klient bere 10 a více léků denně, občas řeším, kde leží ta reálná hranice farmakoterapie.
- ▶ „**Laicky**“ **vysvětlit, jak funguje dopamin, serotonin, kortizol atd.** Jak s nimi pracují psychiatři a jak funguje farmakoterapie a jednotlivé skupiny psychofarmak.

TAHÁK NA ANAMNESTICKOU KARTU: co od klientů zjišťovat a co prozkoumávat.

Snažím se o celostní přístup s klienty (řeším spánek, pohyb, stravu atd.), ale dostal jsem skvělý tip na zjišťování např. syndromu spánkové apnoe, který by mě jinak nenapadl. Proto bych rád slyšel nějaký seznam z praxe, s čím se často setkáváte u pacientů a co by nám terapeutům mohlo pomoci, když se na to budeme ptát (přece jen máme často více prostoru zjišťovat a věnovat se souvislostem s klienty).

TOTO

- souvislosti porodu (předčasný, porodní váha, přidušení, apod...)
- poporodní vývoj
- dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie
- závažná onemocnění během života
- úrazy, zejména úrazy hlavy
- bezvědomí
- epilepsie
- onemocnění štítné žlázy
- cukrovka
- kardiovaskulární choroby
- neuroinfekce (meningitida, encefalitis apod.)
- borrelióza
- alergie – asthma bronchiale, celiakie (lepek), histaminová intolerance apod.
- zánětlivé onemocnění střev (Crohnova nemoc)
- operace
- potraty, umělé přerušování těhotenství
- hospitalizace během života
- konzumace alkoholu
- čas strávený na digitálu (závislost?)
- menopauza/andropauza? – hormony
- laborka: krevní obraz a diferenciál, glukóza, TSH, Fe, B12, kyselina listová



Dotazy – stresová osa, psychedelika

- Cokoliv ohledně nervového systému, práce sympatiku a parasympatiku – opět spíše vaše zkušenosti a tipy (základní teorii znám prostřednictvím biosyntézy a dalších směrů zaměřených na práci s tělem).
- Jaký máte názor na používání psychedelik při práci s traumaty (tedy i u HPO klientely)? V Psyonu se hodně řeší deprese a úzkosti. Zároveň vím o psychiatrech, kteří podávají ketamin klientům s traumaty. Jak vnímáte vhodnost či nevhodnost těchto postupů a jaké jsou kontraindikace?

Deprese a efektivita psychedeliky asistované psychoterapie

A Meta-Analysis of Placebo-Controlled Trials of Psychedelic-Assisted Therapy

Jason B. Luoma^a, Christina Chwyl^a, Geoff J. Bathje^b, Alan K. Davis^{c,d}, and Rafael Lancelotta^e

^aPortland Psychotherapy Clinic, Research, & Training Center, Portland, OR, USA; ^bDepartment of Clinical Mental Health Counseling, Adler University, Chicago, IL, USA; ^cCollege of Social Work, The Ohio State University, Columbus, OH, USA; ^dBehavioral Pharmacology Research Unit, Department of Psychiatry, Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, MD, USA; ^eInnate Path Psychotherapy Clinic, Lakewood, CO, USA

ABSTRACT

After a two-decade hiatus in which research on psychedelics was essentially halted, placebo-controlled clinical trials of psychedelic-assisted therapy for mental health conditions have begun to be published. We identified nine randomized, placebo-controlled clinical trials of psychedelic-assisted therapy published since 1994. Studies examined psilocybin, LSD (lysergic acid diethylamide), ayahuasca (which contains a combination of N,N-dimethyltryptamine and harmala monoamine oxidase inhibitor alkaloids), and MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine). We compared the standardized mean difference between the experimental and placebo control group at the primary endpoint. Results indicated a significant mean between-groups effect size of 1.21 (Hedges *g*), which is larger than the typical effect size found in trials of psychopharmacological or psychotherapy interventions. For the three studies that maintained a placebo control through a follow-up assessment, effects were generally maintained at follow-up. Overall, analyses support the efficacy of psychedelic-assisted therapy across four mental health conditions – post-traumatic stress disorder, anxiety/depression associated with a life-threatening illness, unipolar depression, and social anxiety among autistic adults. While study quality was high, we identify several areas for improvement regarding the conduct and reporting of trials. Larger trials with more diverse samples are needed to examine possible moderators and mediators of effects, and to establish whether effects are maintained over time.

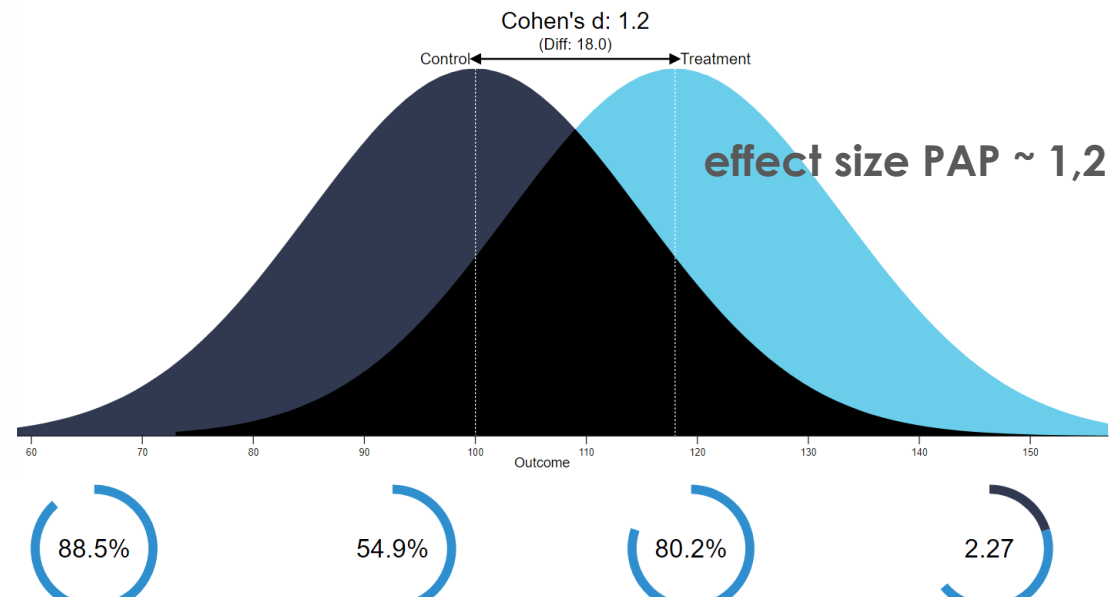
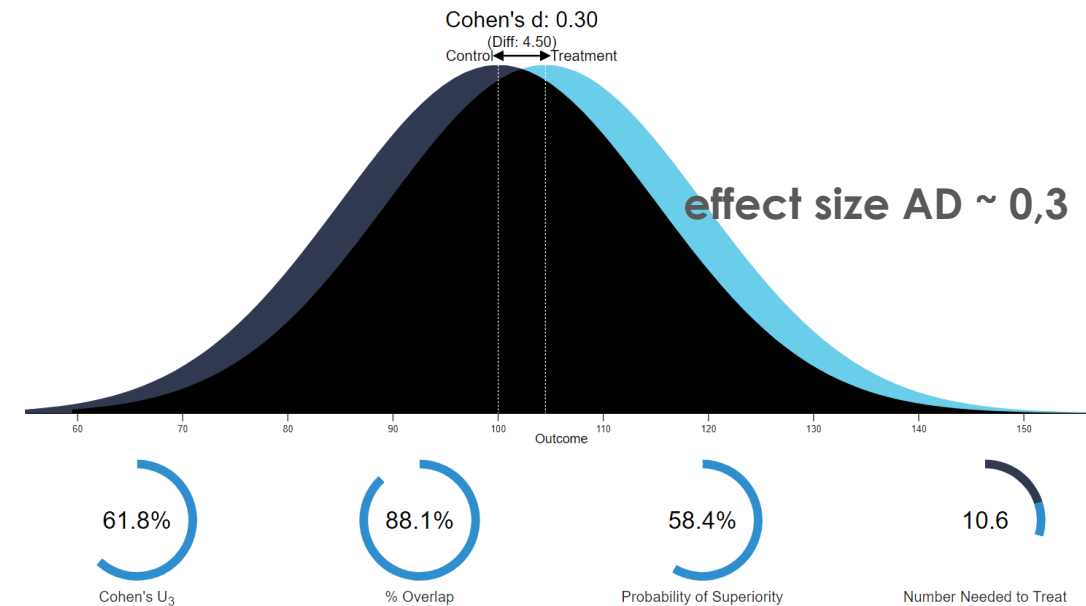
ARTICLE HISTORY

Received 13 January 2020
Revised 15 April 2020
Accepted 20 April 2020

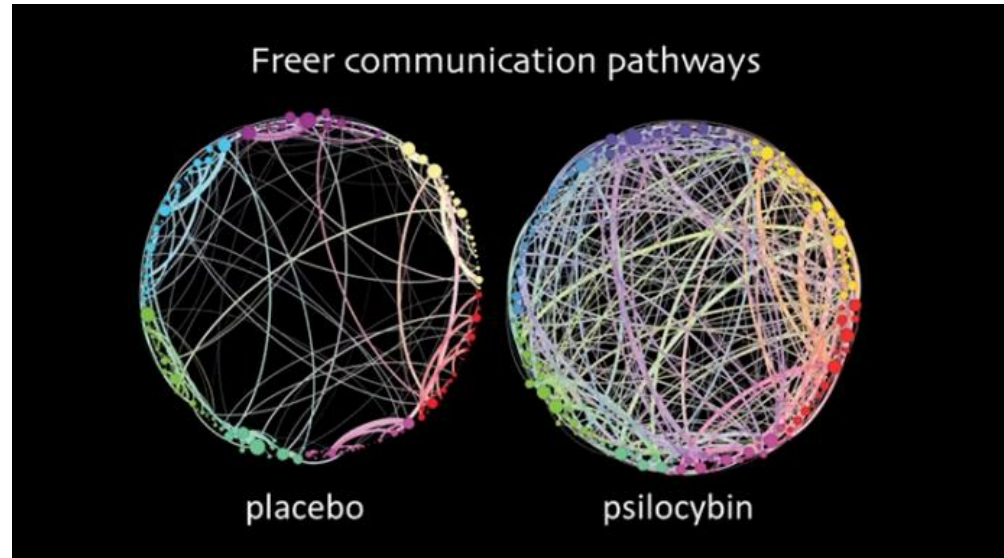
KEYWORDS

Psychedelics; meta-analysis; review; placebo-controlled; randomized clinical trials

Luoma,
2020



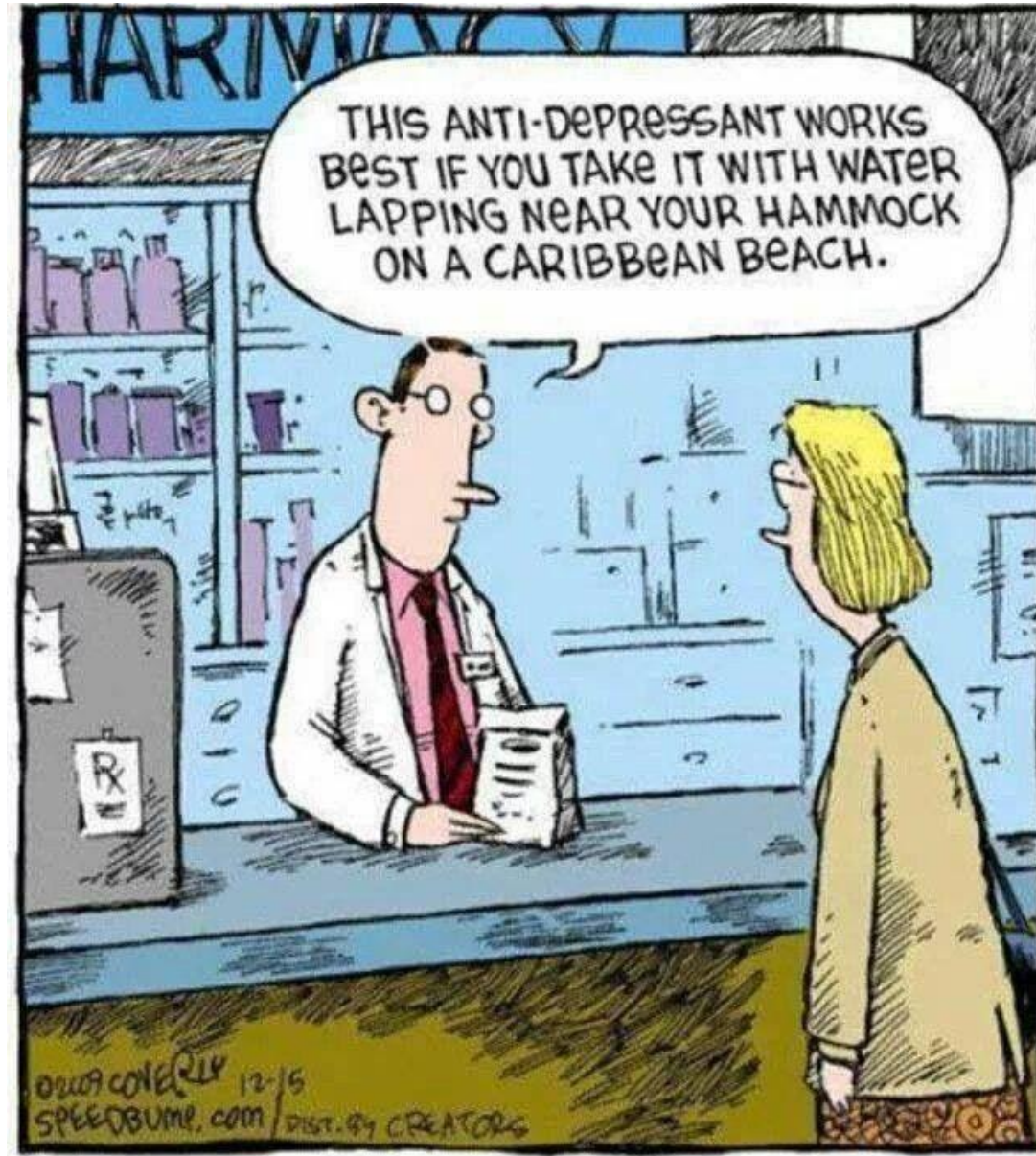
Psilocybin a konektivita



*Petri 2014
Roseman 2014
Carhart-Harris a
Muthukumaraswamy 2016
Swanson 2018*

- ↑ konektivity na úrovni normálně rozpojených mozkových sítí
- ↑ globální konektivity
- ↑ celkové komunikace napříč mozkem spojené se ↑ entropií
- (x ↓ konektivity jednotlivých oblastí a lokální ↓ konektivity DMN)
- narušení patologických spojení spolu s objevením nových dlouhých projekcí
- změna konektivity po odeznění účinků: rekonekce = úprava konektivity, obnova hubů

Psychofarmaka





WW.CZAP.CZ

MUDr. Alena Večeřová-Procházková

Tuto středu! Bude to skvělé! Uvidíme se tam 😊?

Psychofarmaka v terapeutické praxi

When **09/10/2024**
18:00 - 20:30 (CEST)

Místo Zoom

REGISTER

Psychoterapeutická práce s klientem, který užívá psychofarmaka, přináší řadu otázek.

- Jsou léky návykové?
- Mohou léky měnit to, jak klient komunikuje?
- Kdy doporučit klienta k psychiatrovi a jak jej naopak podpořit při diskuzi nad **vysazováním** léků, či při **odmítání léků**?
- Jak pracovat s klientem, který léky **nadužívá**?

Budou nás zajímat vaše konkrétní otázky předem, zašleme Vám k tomu krátký dotazník.

Dotazům a diskuzi bude také věnována podstatná část webináře. Každý přihlášený účastník dostane záznam webináře platný na 30 dní.

K webináři je třeba se přihlásit na našich webových stránkách, který Vás provede procesem placení. **Prosím neposílejte platby na náš účet bez přihlášení, nedostanete link na webinář ani záznam.**

<https://postupy-pece.psychiatrie.cz>



**DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE
PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP**

ÚVOD

OBEČNÁ PSYCHIATRIE

SPECIÁLNÍ PSYCHIATRIE

LÉČBA

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE

AKTUALIZOVANÉ KAPITOLY

29. 6. 2024 - **Léčba akutní epizody schizofrenie**

20. 3. 2024 - **Depresivní porucha u dospělých:**





Cesta léčiva

podání

vstřebání (střevní trakt, jiné)

distribuce

biotransformace

působení na cíl

vyloučení

- velmi individuální působení
- nepředvídatelnost reakce
- občas se měří hladina farmaka v krvi



Cíle léčby

akutní léčba

udržovací léčba

pokračovací léčba

- prevence relapsu

Psychofarmaka dle neurotransmise

SEROTONIN – úzkosti, deprese, impulzivita

- Zvyšující aktivitu serotoninu (SSRI)
- Antagonisté serotoninu (blokáda receptorů 5-HT₂):
 - Atypická antipsychotika: Kvetiapin, Olanzapin

DOPAMIN - aktivizace

- Zvyšující aktivitu dopaminu:
 - NDRI: Bupropion
 - Stimulancia: Methylfenidát, Amfetamin
- Snižující aktivitu dopaminu (blokáda receptorů D₂): antipsychotika

NORADRENALIN - nálada

- Zvyšující aktivitu noradrenalinu:
 - SNRI: Venlafaxin, Duloxetin
 - NDRI: Bupropion
 - TCA: Nortriptylin, Desipramin

GABA (kyselina gama-aminomáselná)

- Zvyšující aktivitu GABA (na úzkost):
 - Benzodiazepiny
 - Antikonvulziva: Valproát, Pregabalin, Gabapentin
 - Hypnotika: Zolpidem, Zopiclon

ACETYLCHOLIN (zlepšení myšlení)

- Zvyšující aktivitu acetylcholinu (kognitiva):
 - Inhibitory acetylcholinesterázy: Donepezil, Rivastigmin
 - Memantin (modulace NMDA receptorů)

GLUTAMÁT


- Snižující excitaci glutamátu:
 - Antikonvulziva: Lamotrigin
 - Memantin (blokátor NMDA receptorů)

HISTAMIN – spánek, chuť k jídlu

- zvyšující aktivitu: quetiapin, mirtazapin, prothazin, dithiaden



Hlavní skupiny psychofarmak

- antidepresiva
 - antipsychotika
 - stabilizátory nálady
 - anxiolytika (závislostní vs. bez rizika)
 - hypnotika (závislostní vs. bez rizika)
 - kognitiva
 - psychostimulancia
- 

Přehled psychofarmak

ANTIDEPRESIVA

- **SSRI (Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu):**
 - Fluoxetin, Sertralin, Citalopram, Escitalopram
- **SNRI (Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu):**
 - Venlafaxin, Duloxetin
- **TCA (Tricyklická antidepresiva):**
 - Amitriptylin, Nortriptylin, Imipramin
- **NDRI (Inhibitory zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu):**
 - Bupropion
- **MAOI (Inhibitory monoaminoxidázy):**
 - Tranylcypromin, Fenelzin
- **SARI (Serotoninové antagonisté a inhibitory zpětného vychytávání):**
 - Trazodon
- **NaSSA (Noradrenergní a specifická serotoninová antidepresiva):**
 - Mirtazapin

ANTIPSYCHOTIKA

- **Typická (1. generace):**
 - Haloperidol, Chlorpromazin, Flufenazin
- **Atypická (2. generace):**
 - Olanzapin, Risperidon, Kvetiapin, Aripiprazol, Clozapin

ANXIOLYTIKA

- **Benzodiazepiny:**
 - Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Klonazepam
- **Buspiron**
- **Antihistaminika:**
 - Hydroxyzin

STABILIZÁTORY NÁLADY

- **Lithium**
- **Antikonvulziva:**
 - Valproát, Karbamazepin, Lamotrigin
- **5. Kognitiva (Léky na zlepšení kognitivních funkcí)**
- **Inhibitory acetylcholinesterázy:**
 - Donepezil, Rivastigmin, Galantamin
- **Memantin**

STIMULANCIA

- **Methylfenidát**
 - Ritalin, Concerta

HYPNOTIKA (pro léčbu nespavosti):

- Zolpidem, Zopiclon

ANTIKONVULZIVA používaná v psychiatrii:

- Gabapentin, Pregabalin

Co je na co? Jak „mixujeme“?

deprese

- antidepressiva
- anxiolytika
- antipsychotika v nízkých dávkách - augmentace
- hypnotika

úzkost

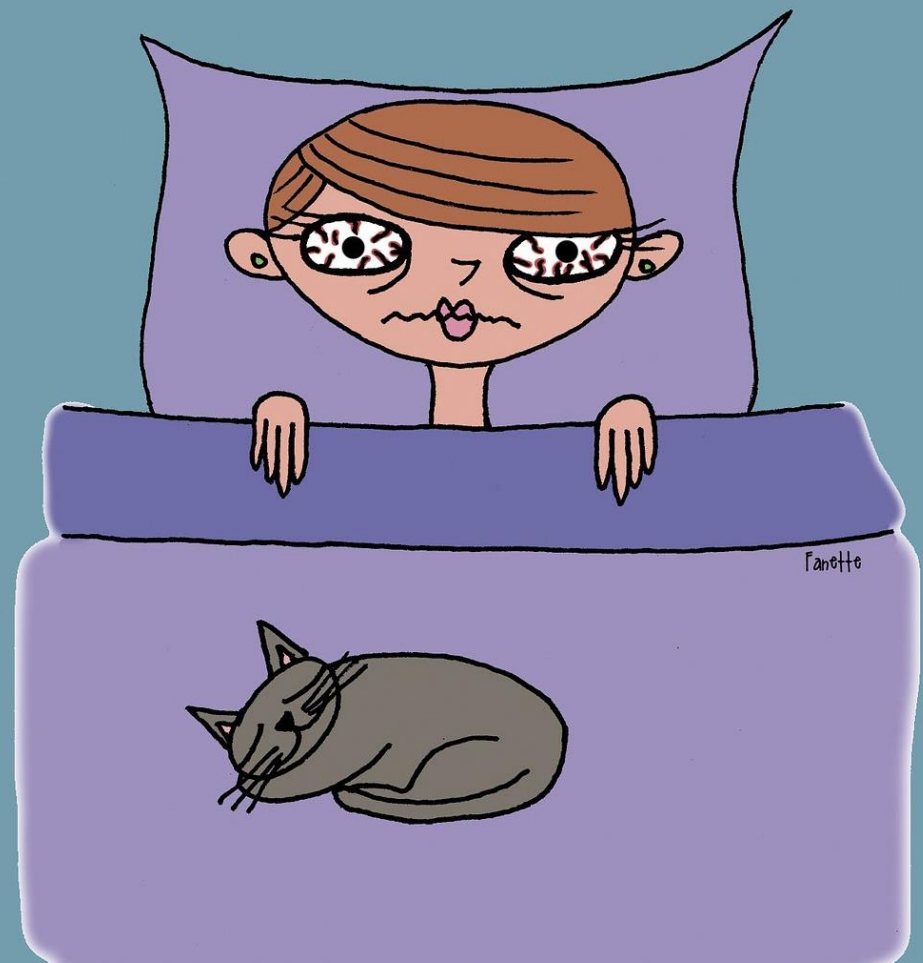
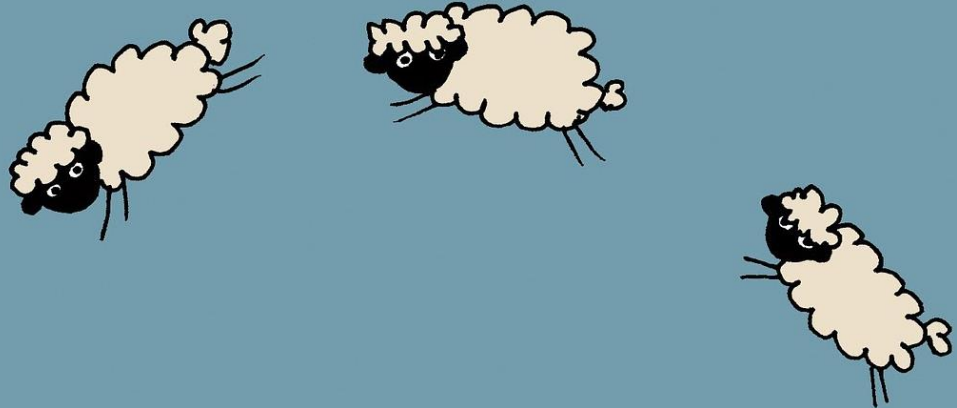
- anxiolytika
- antidepressiva
- antipsychotika v nízkých dávkách
- antiepileptika

psychóza

- antipsychotika
- anxiolytika
- antidepressiva
- hypnotika

bipolární porucha

- stabilizátory nálady, antipsychotika
- anxiolytika
- antidepressiva
- hypnotika



Nespavost



Nespavost



- krátkodobá x chronická
- chronická = potíže s usínání, udržením, probouzením ≥ 3 x / týden ≥ 3 měsíce
- dopad na denní fungování
- často u reakce na závažný stres
- mnoho léků (např. antihypertenziva, antiepileptika, bronchodilatancia, statiny) může souviset s poruchou spánku – revidovat

- PROČ NÁS TO TAKÉ ZAJÍMÁ?
- nespavost negativně ovlivňuje paměť a také emoční regulaci – menší efekt psychoterapie a léčby obecně

Medikace na spaní

- ▶ **Benzodiazepiny, Z-hypnotika (zopiclon, zolpidem)**

- ▶ pouze krátkodobě, potlačují hluboký spánek, nebezpečí závislosti

- ▶ **Trazodon** (forma s rychlým uvolněním – Trittico AC (vs. pomalým Trittico Prolong)

- ▶ 25 – 150 mg, z n.ú. ráno mírná sedace, snížená krevní tlak, závratě

- ▶ **Mirtazapin**

- ▶ 7,5 – 15 mg, dlouhý poločas (20-40h) – n.ú. zvýšená chuť k jídlu, sedace ráno

- ▶ **Quetiapin**

- ▶ 25 – 100 mg – zkracuje dobu usínání, zlepšuje spánek – přibírání na váze, sedace, retence moči

Medikace na spaní

➤ **Melatonin**

- dostupný jako doplněk stravy – T_{1/2} 1-2 h - pomůže s usnutím, ale ne s udržením, vhodný pro jet-leg
- lékařský předpis – Cirkadin prodloužené uvolňování (2 mg) – efektivnější na celý spánek, podává se 1-2 h před ulehnutím
- je to hormon – opatrnost, krátkodobě

➤ **CBD kapky** (dávkování individuální, doporučuji ze začátku nižší dávky, např. 3-4 kapky 10% na noc) – zatím začátek zkušeností ve výzkumu

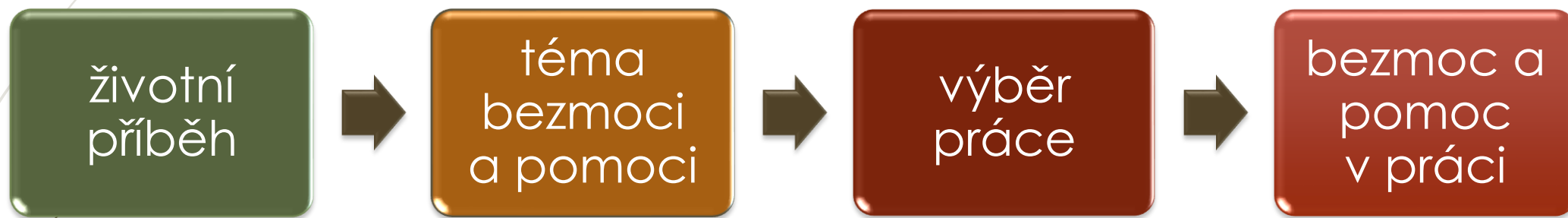
➤ **Alternativa „příroda“**

- Hypnox Forte (kozlík lékařský + meduňka + chmel + mučenka) - nedoporučuji
- L-theanin = aminokyselina z čaje (100-200 mg) + apigenin = flavonoid z heřmánku (50 mg)

An illustration of a person with long dark hair, huddled in a ball on the ground. They are wearing a dark long-sleeved shirt and dark pants. Their arms are wrapped around their head and legs, suggesting a state of despair or self-harm. The background is a dark, textured wash of colors. On the left side of the image, there are several thin, light-colored lines that look like blades of grass or reeds.

Sebepoškození

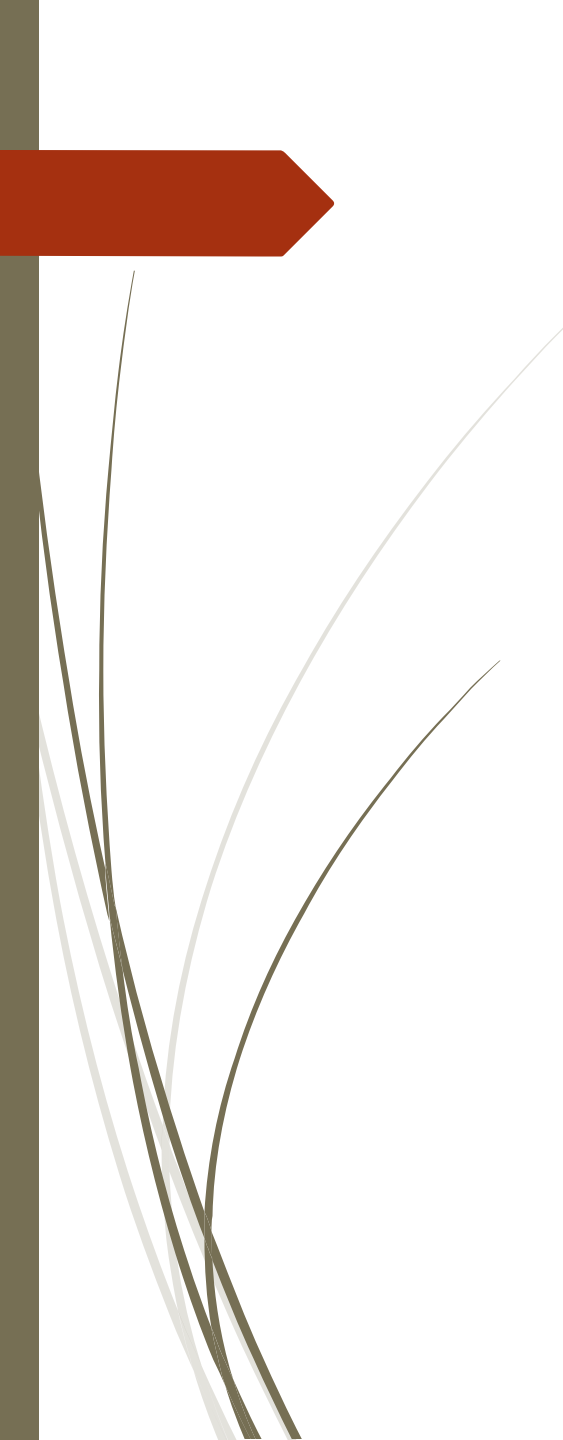
Co naše práce... dělá s námi?



Můj postoj ovlivňuje zažívanou zkušenost s klienty a TAKÉ jejich reakce.

Otevírají se mi hluboká témata.
(Které je výhodné průběžně zpracovávat).

Pokud porozumím sobě a budu ve své práci vědomější, jsem schopen poskytnout lepší oporu sobě a tudíž i druhému.



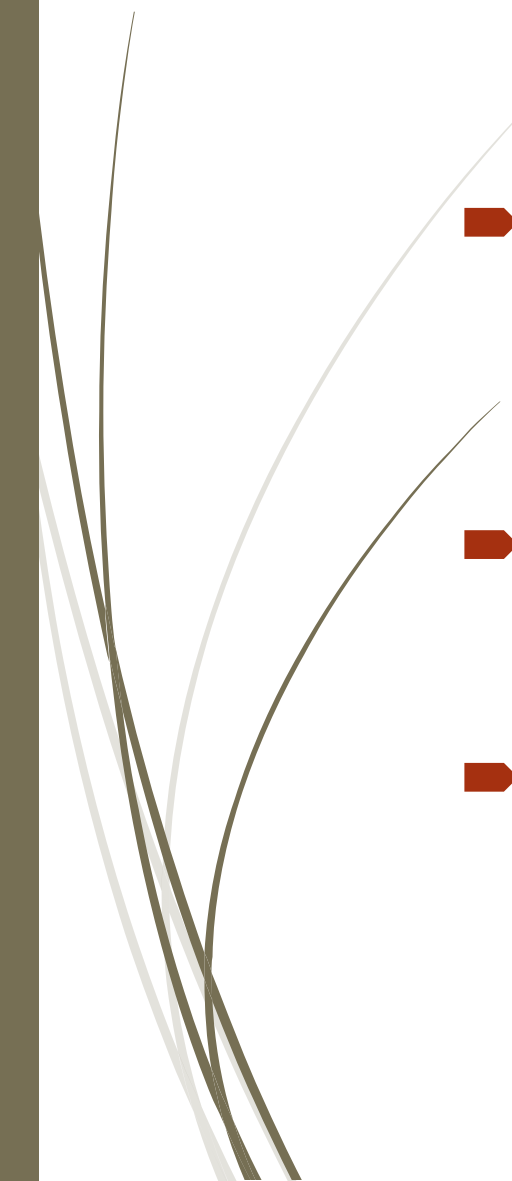
„Žádné ultimátum nefunguje a neexistují ani žádná rychlá řešení. Skoncování se záměrným sebepoškozováním je dlouhodobý proces a rozhodnutí musí vyjít od jedince samotného.“ (Sutton, 2005)

Představa ukončit záměrné sebepoškozování může být pro mnohé jedince děsivá, zvláště pokud chápou toto chování jako jediný způsob, jak přežít ve světě, kde se cítí být izolovaní, odcizení od reality, nepochopení a zaplavení studem a strachem. Poškozující se jedinci se tak zmitají mezi potřebou získat pomoc a současným odmítáním této pomoci.

Vzhledem k velkým rozdílům v záměru a motivaci k sebepoškození, mají jedinci rovněž velmi rozdílné očekávání a představy o odborné pomoci. Jelikož je záměrné sebepoškozování tak komplexním jevem, systém péče by měl být pro jedince pochopitelný a pečlivě naplánovaný. Je nezbytné pochopit nejen historický problém, který sebepoškozování inicioval, ale současně kontext životní situace jedince a funkce, které sebepoškozování v jeho životě plní.



Výskyt

- věk - obvykle 10-16 let, nejčastěji v adolescenci (dívky 12 let, chlapci 15 let)
 - pohlaví: převážně u dívek (3x častěji)
 - izolovaný sebepoškozující akt **x** opakované chování
- 

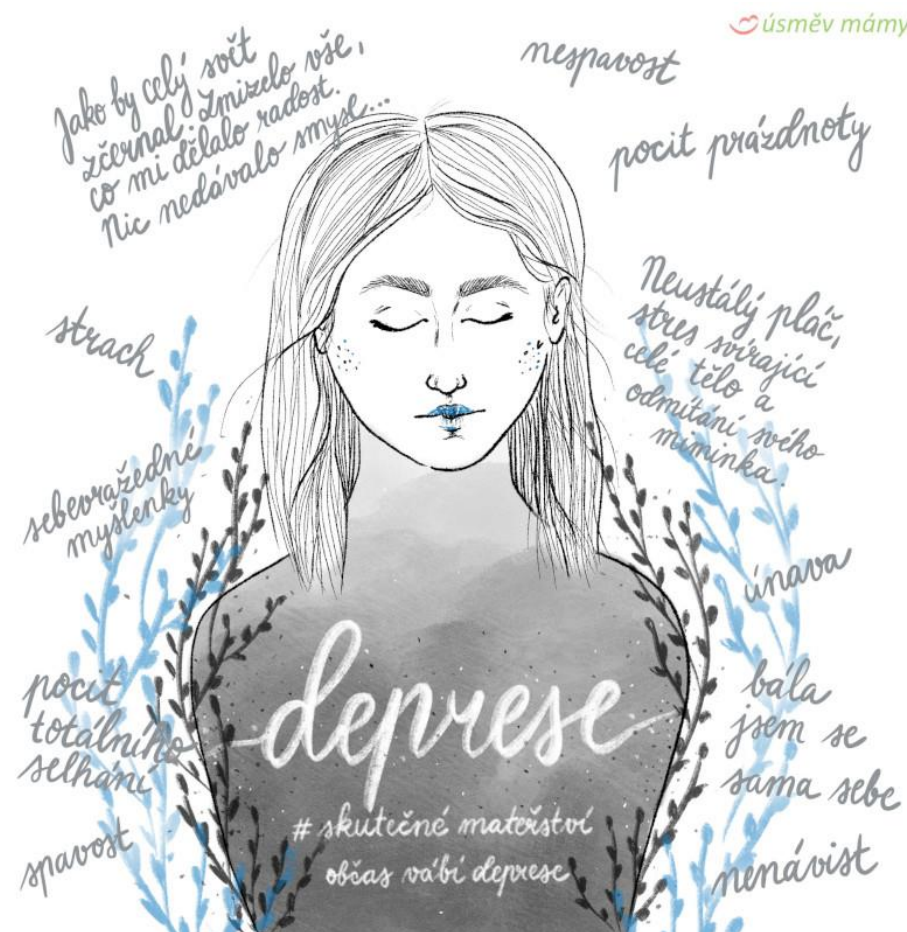


Způsoby sebepoškození

- 72% řezání (řezná poranění kůže, předloktí, zápěstí, hřbetů rukou i vyřezávání znaků do kůže; ostré předměty, např. žiletka, sklo, nůž, kružítko, špendlík...)
- 35% pálení
- 30% sebebití
- 22% snaha nenechat rány, aby se zhojily
- 10% vytrhávání vlasů
- 8% lámání kostí

Nedávné setkání...

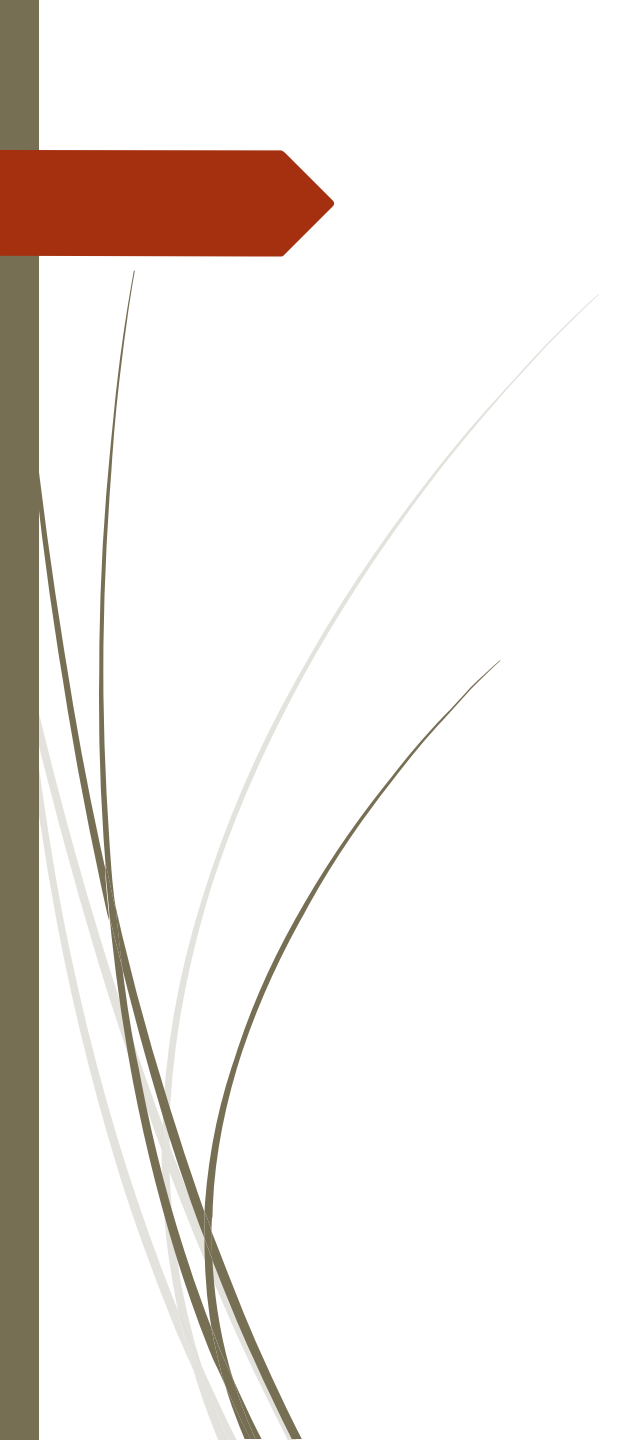
- 16-letá dívka přichází s rodiči
- deprese, občasné hlasy
- přestala docházet do školy
- uzavírá se, netráví čas s rodinou
- nechce se léčit
- sebepoškozování probíhá již delší dobu
- pořezávání 2-3 x do týdne, spouštěče neví
- v minulosti 1x sebevražedný pokus





Sebepoškozování a potřeby

- Co potřebují klienti, kteří se sebepoškozují?
- Co potřebují jejich blízcí?
- Co potřebují odborníci?
- Co potřebuje společnost?




Proč lhát?
Že jsem šťastná.
Proč se bát?
Že navždy
Budu smutná.
Že zažijí jen
Z výšky pády..
Je to sen?

Ne je to realita
Stačí jen
Jedna blbá věta
A skončí tvůj den
S žiletkou v ruce
A životem u konce
4.6.2018.B.P.





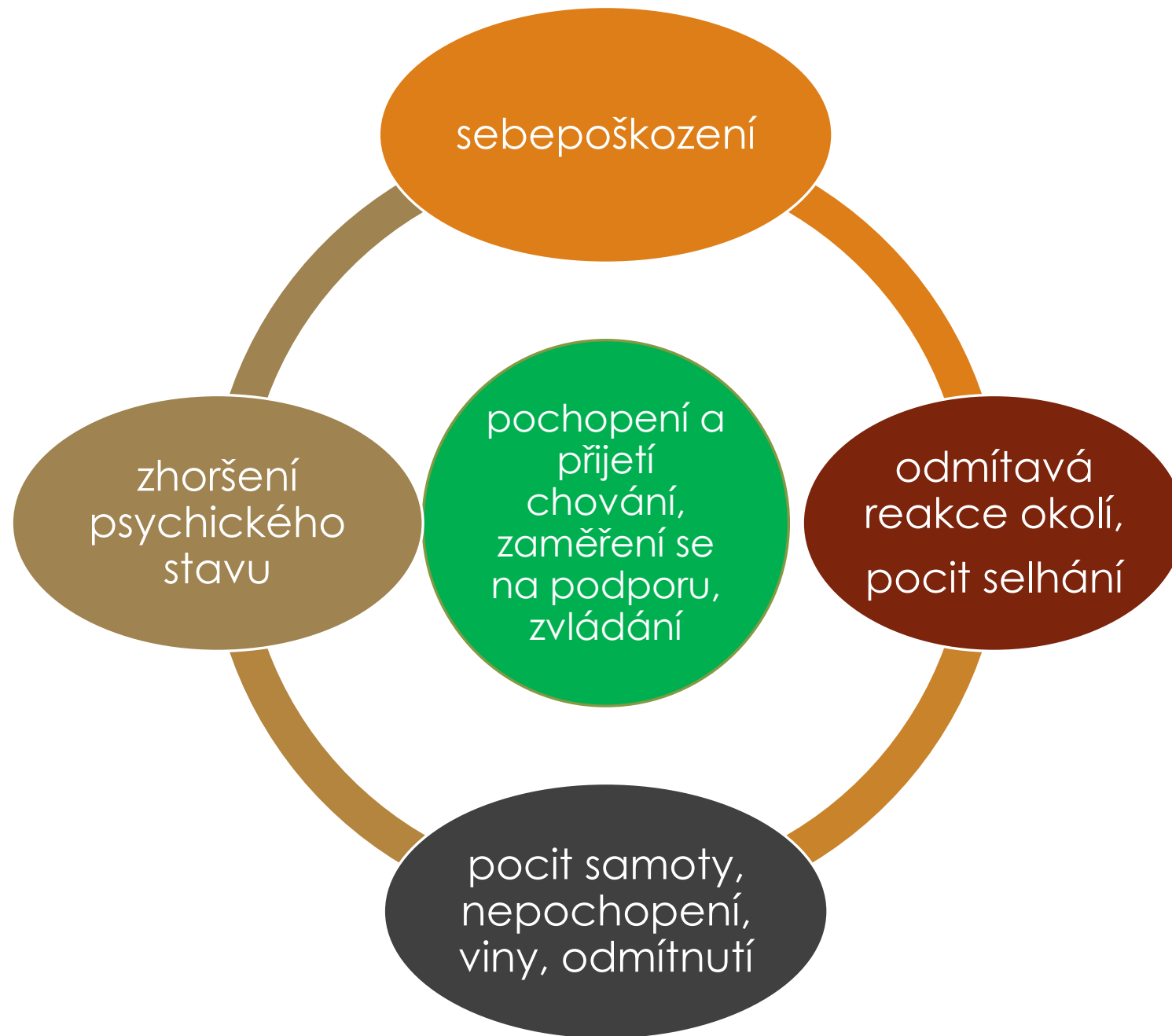
Co nás čeká na cestě

- věřit ve změnu, v klienta a v sebe
 - „mít klienty rád“ = porozumět jejich příznakům v kontextu jejich příběhu a vidět jejich snahy a možnosti
 - necentrovat se kolem sebepoškozování
 - porozumět základnímu schématu fungování klienta
 - zvládnout protipřenosové fenomény
 - edukace pacienta v nějaké nám blízké modalitě
 - pravidelnost setkávání
 - jasná pravidla
 - věnovat se tématu sebepřijetí, regulace emocí
- 




Mapování sebepoškozování

- detailně zjišťujeme sebepoškozování a další impulzivní chování (impulzivní opíjení, ničení předmětů, nadávání, promiskuita, přejídání se, nakupování apod.).
- zjišťujeme jejich charakter, frekvenci, spouštěče, intenzitu, okolnosti, kognitivní aspekty, emoční reakci, typické chování, modifikující faktory.
- *Které situace typicky u vás spouští toto chování?*
- *Na co v takové chvíli myslíte?*
- *Jak se cítíte předtím, v průběhu impulzivního činu a po něm? Co vám běží hlavou? Co cítíte v těle?*
- *Jsou situace, kdy dokážete toto chování lépe kontrolovat?“*



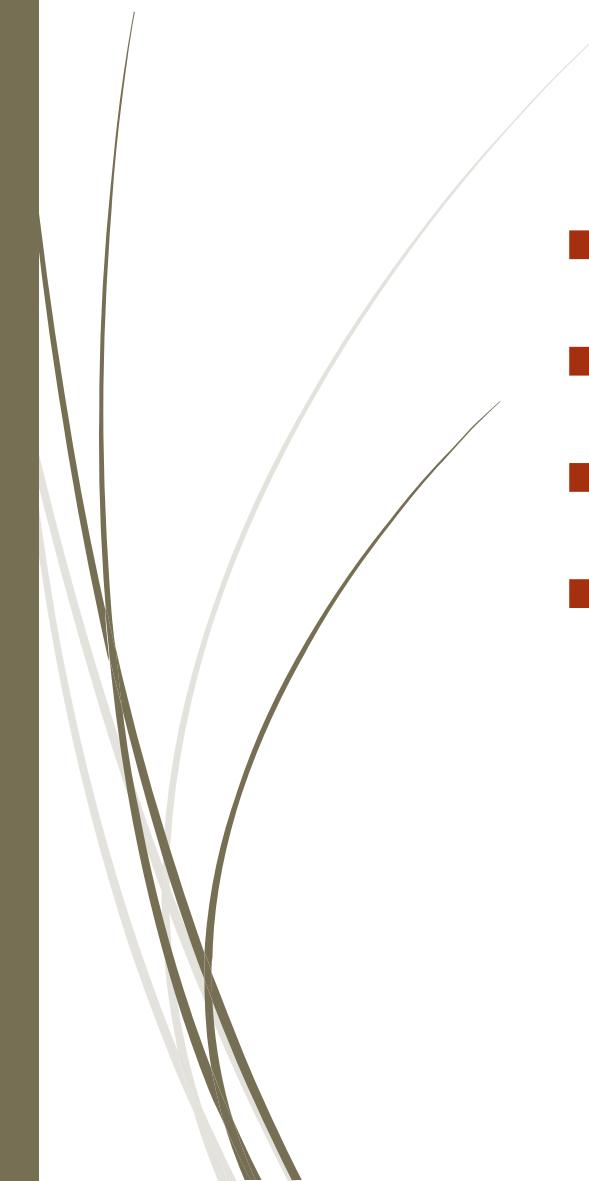


Typické prožitky

- prázdnota
 - jsem hnusný/á
 - nenávidím se
 - jsem zbytečný/á
 - nejsem vůbec důležitá
 - chci, aby to skončilo
 - nerozumí mi
 - výrazné výkyvy nálady
- 



Vztah k tělu

- sebenenávist
 - znechucení vlastním tělem
 - téma bolesti
 - sexualita
- 

A close-up photograph of a person's arm, showing several deep, parallel scratches on the skin. The scratches are dark red and appear to be self-inflicted. The background is a plain, light-colored surface.

Jaký mám postoj
k sebepoškozování?

Vzdělávací materiály



horská dráha

film o hraněch poruše osobností

Je online !!!

Sledujte unikátní dokument na
www.herohero.co/horskadrahafilm

@horskadrahafilm Horská dráha

horská dráha
film o hraněch poruše osobností

Horská dráha

sledující (426) • 2 sleduji

Sledovat

Zpráva

Hledat



Sebepoškozování: cesta ven pomocí odkláněcích technik

739 zhlédnutí • před 6 měsíci



Linka bezpečí

Ze statistik Linky bezpečí je zřejmé, že sebepoškozování je vzrůstající aktivita. Je to však velmi nebezpečné a rizikové chování.



Sebepoškozuje se! Jak mohu pomoci?

663 zhlédnutí • před 6 měsíci



Linka bezpečí

Nárůst sebepoškozování v populaci je realita. Jedná se však o nebezpečné a závislostní chování, které může vést i k vybudování .

Gordon Neufeld & Gábor Maté

Držte si své děti



Proč jsou rodiče důležitější než kamarádi

NAKUPUJTE SVU
PEOPLECOMM



Marie Kriegelová



**ZÁMĚRNÉ
SEBEPOŠKOZOVÁNÍ
V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI**



GRADA®



Jerold J. Kreisman, Hal Straus

Nenávidím tě, neopouštěj mě!

Zvládání
hraniční poruchy
osobnosti



portál

Trocha neurobiologie



Mozek a sebepoškozování


- opioidní systém
 - závislost na zvýšené hladině endogenních opioidů (proč?)
- serotoninergní systém
 - regulace emocí
(narušení – impulzivita, agresivita)
- dopaminergní systém
 - odměna, těšení se
- **a co oxytocin?**





Sociální synapse





1521-0081/72/4/829–861\$35.00

PHARMACOLOGICAL REVIEWS

Copyright © 2020 by The Author(s)


This is an open access article distributed under the CC BY-NC Attribution 4.0 International license.

<https://doi.org/10.1124/pr.120.019398>
Pharmacol Rev 72:829–861, October 2020

ASSOCIATE EDITOR: ROBERT DANTZER

Is Oxytocin “Nature’s Medicine”?

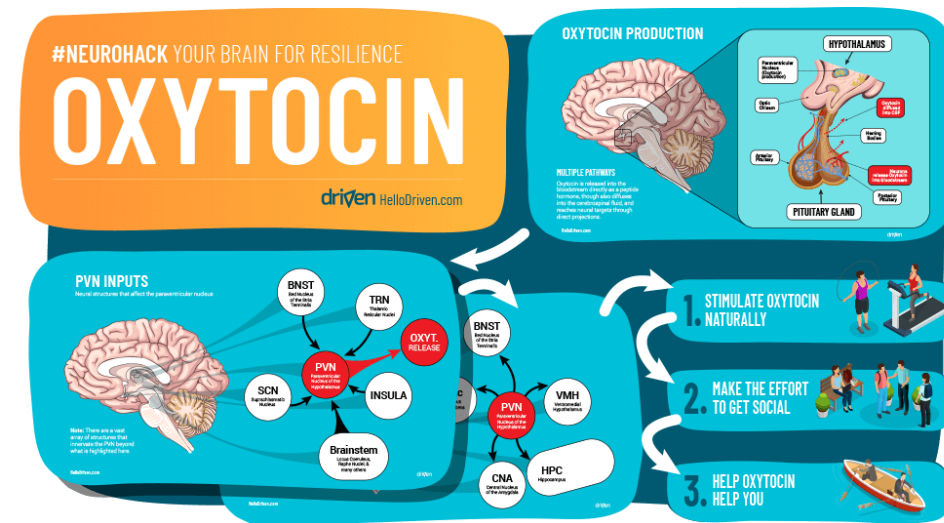
C. Sue Carter, William M. Kenkel, Evan L. MacLean, Steven R. Wilson, Allison M. Perkeybile, Jason R. Yee, Craig F. Ferris, Hossein P. Nazarloo, Stephen W. Porges, John M. Davis, Jessica J. Connelly, and Marcy A. Kingsbury



Oxytocin

- „hormon bezpečí“
- historie 600 mil. let


- Henry Dale – r. 1906
oxu tokia (rychlý porod)
- Vincent du Vigneaud r. 1953 složení a syntéza
- mezidruhově se zda mít stejnou funkci (hlístice)
- využití v porodnictví (cave autismus?)





Účinky oxytocinu

Periferní	Centrální
kontrakce dělohy - porod	sociální chování
laktace	mateřské chování
ejakulace	anxiolytický efekt
orgasmus	učení a paměť
metabolismus	anorektický efekt
hojení ran	

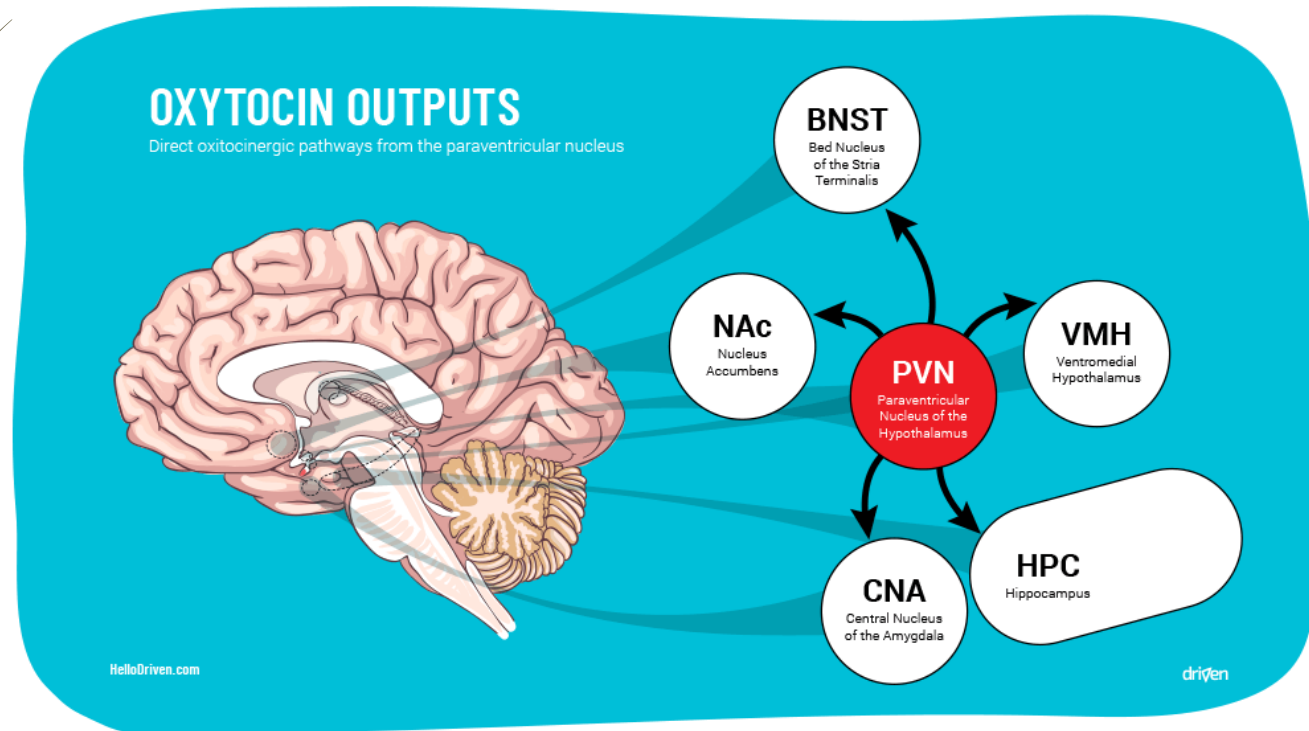


Oxytocin nás propojuje a chrání skupinu

- ovlivňuje mesolimbické oblasti související se „sociálním přežitím“
 - systém odměny v sociálním chování
 - jednání ve prospěch skupiny (studie neupřímnosti)
 - agrese
 - sexuální chování
 - „sociální“ paměť – přiblížení/vyhýbání
- **zvyšuje se právě příjemným/podpůrným sociálním kontaktem/dotykem a zvyšuje prosociální chování**
- receptory se nacházejí blízko dopaminergnímu, opioidnímu a cholinergnímu systému

Vliv oxytocinu na mozek

- monitorace nebezpečí (amygdala)
- centrum sytosti (ventromediální hypothalamus)
- systém odměny (ventral tegmental area, nucleus accumbens)



Oxytocin a hojení rány



Published in final edited form as:

Psychoneuroendocrinology. 2010 August ; 35(7): 1082–1090. doi:10.1016/j.psyneuen.2010.01.009.

Marital Behavior, Oxytocin, Vasopressin, and Wound Healing

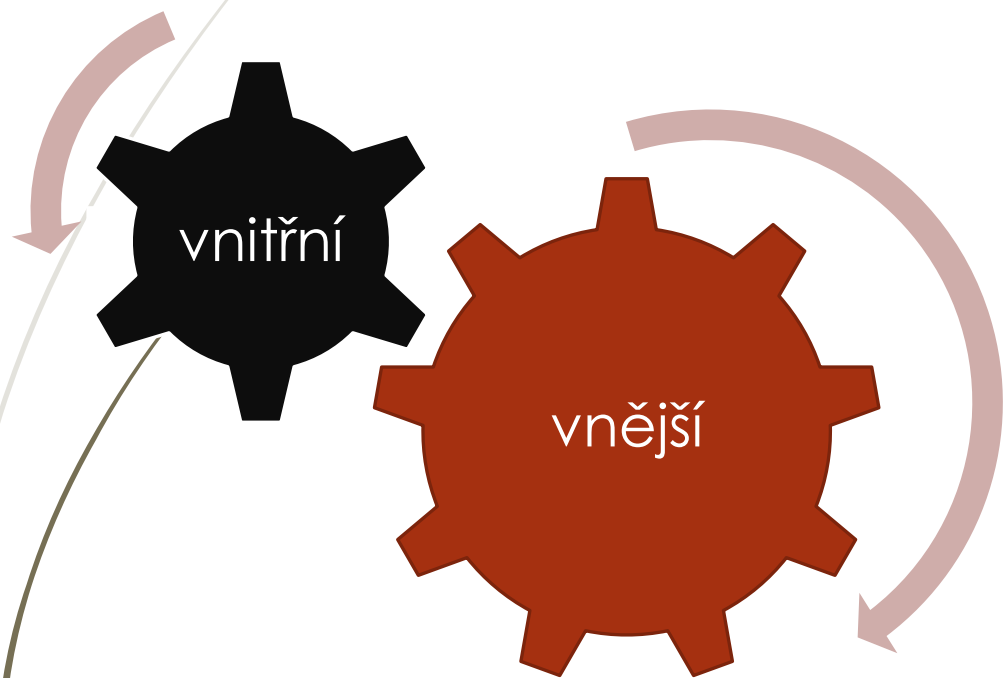
Jean-Philippe Guin^{a,b}, C. Sue Carter^c, Hossein Pournajafi-Nazarloo^c, Ronald Glaser^{b,d,e}, William B. Malarkey^{b,d,e,f}, Timothy J. Loving^g, Jeffrey Stowell^h, and Janice K. Kiecolt-Glaser^{a,b,f,*}

^a Department of Psychology, The Ohio State University, USA

Manželům, kterým se zvýšila hladina oxytocinu v plazmě po sociální interakci s partnerem se řezná rána hojila rychleji.



Motivy sebepoškozování



regulace afektu

pozornost

trest

závislost



Co je tím je získáno?

- uklidnění a utišení
- kontrola
- očištění
- potvrzení existence
- navození utišujících pocitů otupělosti
- sebetrestání
- komunikace
- přijetí skupinou

Hraniční porucha osobnosti

Borderline Personality Disorder (BPD)



Distorted Self-image



Mood Swings



Unstable Relationships



Fear of Abandonment



Impulsive



Self-Injury



Risky Behavior



Feeling of Emptiness



Suicidal Threats



Suspicious



Inappropriate Anger



Mental Therapist



Self Control

Jádrovým problémem je strach z opuštění
a negativní vztah k sobě.



SPLITTING

Splitting is a term for those with BPD that causes them to take extreme emotional viewpoints and can lead to self-destructive behavior. When splitting, it becomes much harder to think rationally as one starts thinking in black and white, seeing something as all good, or all evil.



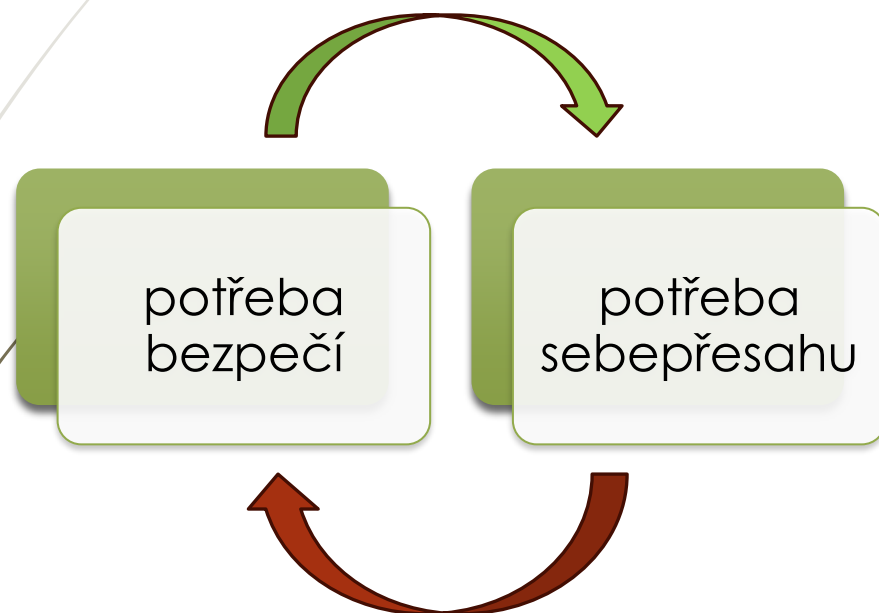
SPLITTING

I struggle with being hyper aware and incredibly sensitive to the smallest things, such as a shift in tone when spoken to. When I split, I may find it harder to control my explosive anger or my obsessive clinging onto someone. This can push those close to me away. Talking things out and mending any misunderstandings may cause the splitting to end quickly, but unfortunately, splitting can be incredibly unpredictable, and attempts to calm me down may result in even more agitation. It is important to remember that those with BPD never intend to hurt anyone, and these emotions that spill out are nearly impossible to contain without therapy. Depression often comes after the split, as I tend to regret how I react. If I am splitting, validation will help, but enabling will cause worse splitting in the future.



+	-
přijetí	odmítnutí
dobrý	zlý
excitace	prázdnota
idealizace	devalvace
symbióza	odloučení
miluju	nenávidím

Úvaha o potřebách



„Prostor pro přechodové rituály?“



Farmakoterapie



- SSRI antidepressiva – snížení propadů, impulzivity
- Quetiapin – jediný se zdá být výzkumem ověřený
- Aripiprazol – moje zkušenost, že může fungovat
- Pregabalin – snižování úzkostí

- pozor na benzodiazepiny




Kam posílám?

- systematická individuální psychoterapie
- DBT programy – vznikají - hledat
- MUDr. Genovéva Almássy
 - strukturovaný skupinový program pro jedince s hraniční poruchou osobnosti
- Psychoterapeutické oddělení FN Olomouc
 - schematerapie
- Kaleidoskop
 - komunitní péče, DBT přístup



Přidružené dg z praxe

- disharmonický vývoj osobnosti
 - panická porucha
 - sociální fobie
 - generalizovaná úzkostná porucha
 - rekurentní depresivní porucha
 - hraniční porucha osobnosti
 - posttraumatická stresová porucha
- 



Závěrem

- věřit ve změnu, v klienta a v sebe
- „mít klienty rád“ = porozumět jejich příznakům v kontextu jejich příběhu a vidět jejich snahy a možnosti
- necentrovat se kolem sebeпоškození
- porozumět základnímu schématu hraniční organizace osobnosti
- zvládnout protipřenosové fenomény
- edukace pacienta v nějaké nám blízké modalitě
- pravidelnost setkávání
- věnovat se tématu sebepřijetí, regulace emocí
- učit zdravému sebepojetí