31. konference

Duševní zdraví mládeže

5.–6. listopadu 2026
Hotel Continental Brno



ABSTRAKTA

Základní informace

jihomoravský kraj

Ministerstvo zdravotnictví

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST · ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J. E. PURKYNĚ ·

Pořadatel

Sekce dětské a dorostové psychiatrie PS ČLS JEP ve spolupráci s Psychiatrickou klinikou FN Brno a MU Brno

Prezidentka konference

MUDr. Petra Uhlíková

Vědecký sekretář

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.

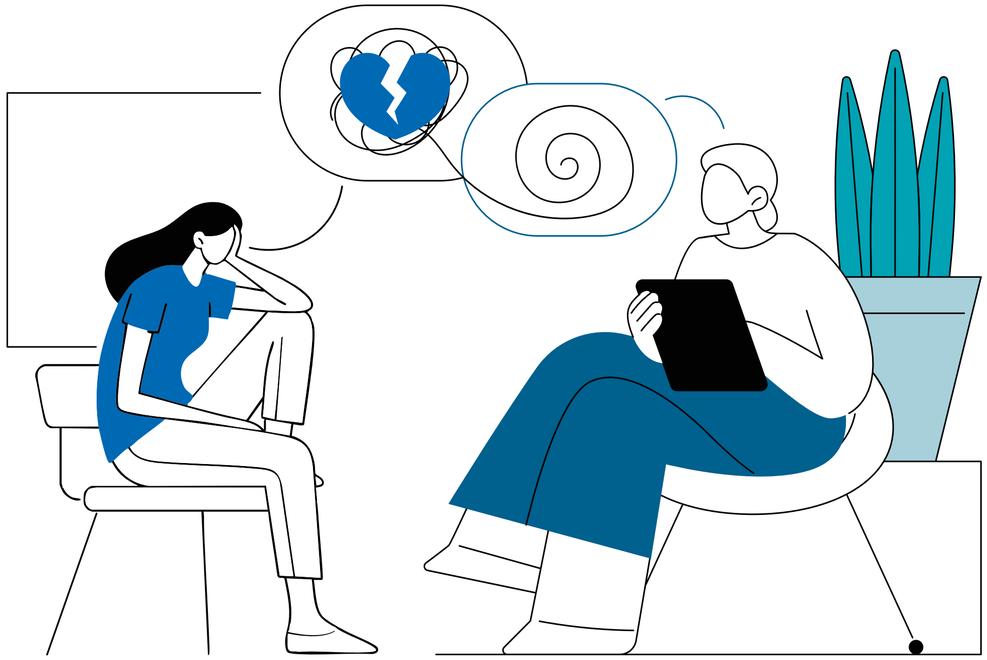
Organizátor

Solen, s. r. o.

Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16
a v rámci postgraduálního vzdělávání bude ohodnocena 12 kredity pro lékaře.
Rovněž je akreditována u Asociace klinických psychologů
České republiky při kreditním ohodnocení 8 kreditů.

Zpracovala a vydala společnost SOLEN, s. r. o.
Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc, IČ: 25553933
Grafické zpracování a sazba: DTP SOLEN
Vydavatel nenese odpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých textů.
Reprodukce obsahu je povolena jen s přímým souhlasem redakce.

ISBN 978-80-7471-594-5



Pořádání 31. Konference Duševní zdraví mládeže bylo podpořeno dotací Jihomoravského kraje.

BUĎTE U ZRODU
NOVÉ DĚTSKÉ PSYCHIATRIE

HLEDÁME DO TÝMU PSYCHIATRY

Náborový příspěvek až 500 000 Kč

- NÁBOROVÝ PŘÍSPĚVEK AŽ 500 000 KČ
- VÁŠ ODBORNÝ ROZVOJ NA NAŠE NÁKLADY
- ŠPIČKOVÉ PRACOVNÍ PODMÍNKY
- FLEXIBILNÍ ÚVAZEK
- PODPORA PŘI ZAJIŠTĚNÍ UBYTOVÁNÍ



Nemocnice České Budějovice, a.s. | www.nemcb.cz

NEMOCNICE
ČESKÉ BUDĚJOVICE

PROGRAM / ČTVRTEK / 5. 11. 2026

8.30–9.00 Slavnostní zahájení – Uhlíková P., Theiner P.

9.00–9.15 Křest nové učebnice dětské psychiatrie

9.15–10.45 SYMPOZIUM I (DPK Motol, gestor: Iva Dudová)

- **Změny v akutní lůžkové dětské psychiatrické péči** – Dudová I.
- **Rodinné a sociální aspekty potíží u emočně nestabilních adolescentů** – Kantor K.
- **Možnosti a cíle psychoterapie u dětských psychiatrických pacientů během hospitalizace** – Mohaplová M.
- **Vývoj mozku a jeho narušení v éře obrazovek** – Ošlejšková H., Macháček M.

10.45–11.05 PŘESTÁVKA

11.05–11.30 PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKA

- **Role dětského ombudsmana** – Beneš M.

11.30–13.00 SYMPOZIUM II (PK FN Brno, gestor: Ida Kupcová)

- **Proč roste prevalence duševních nemocí u adolescentů a jak ji můžeme ovlivnit** – Kupcová I.
- **Aktuální klinická a neurobiologická problematika ADHD** – Drtílková I.
- **Když se prožitek stane identitou: prediktivní mozek, sociální sítě a duševní zdraví dospívajících** – Světlák M.
- **Poruchy příjmu potravy v první linii** – Čičáková M.

11.30–13.00 WORKSHOP I

- **CBIT v praxi** – Kratochvíl Vaněčková G., Kicková Š., Oehmová V. (INEP)

13.00–14.00 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

14.00–14.40 SATELITNÍ SYMPOZIA

- **Když ADHD nespí: poruchy spánku a možnosti léčby melatoninem** – Theiner P. (20 minut)
  Přednáška podpořena společností Medis Pharma, s. r. o.
- **Vztah ADHD a závislostí u dětí a mladistvých** – Uhlíř J. (15 minut)
  Přednáška podpořena společností EGIS Praha, spol. s r. o.

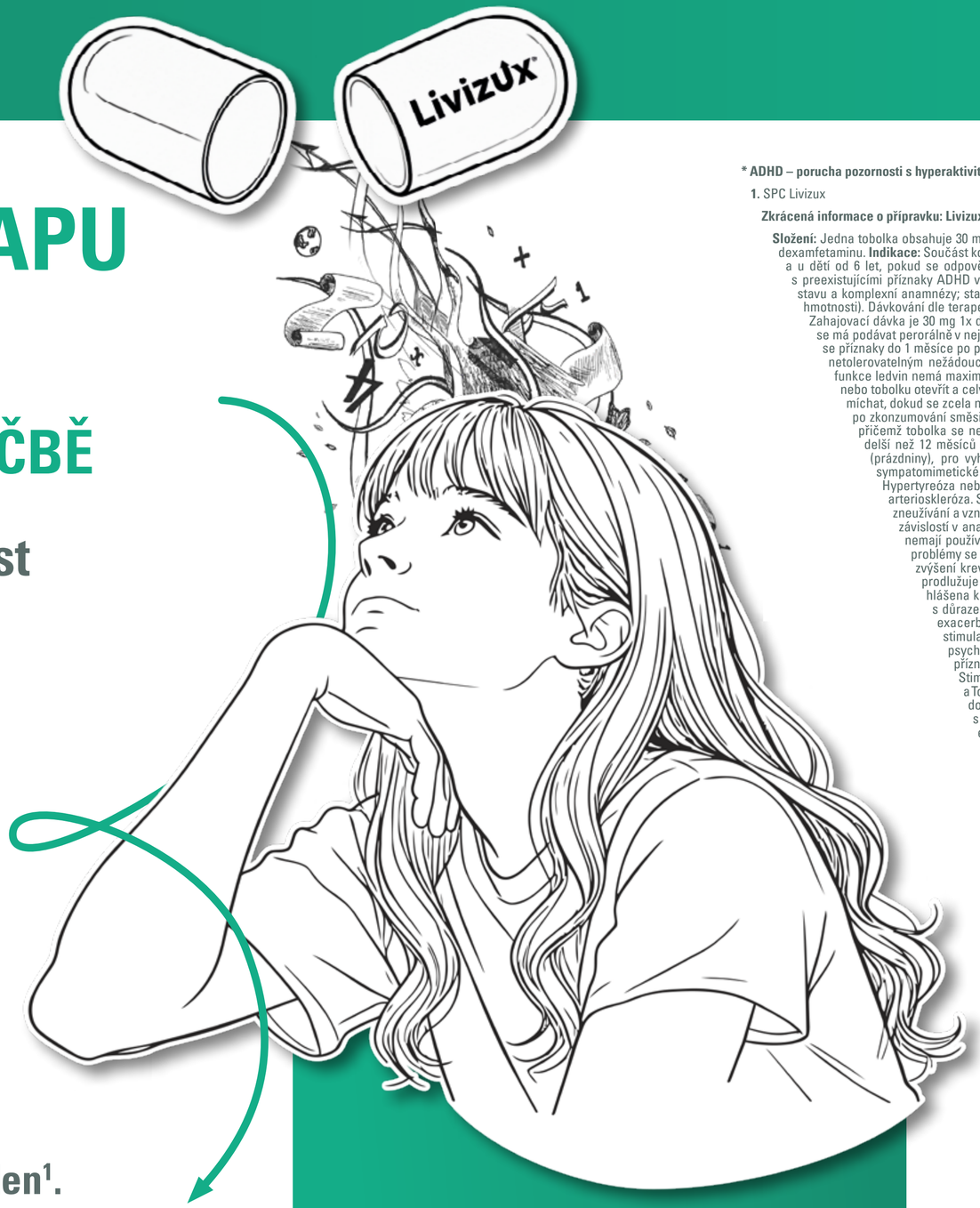
Délka všech přednášek (není-li uvedeno jinak): 15 + 5 minut na diskuzi

Legenda:

HLAVNÍ PROGRAM
PARALELNÍ WORKSHOP
SATELITNÍ SYMPOZIUM

PRO KAŽDOU ETAPU ŽIVOTA S ADHD*

BEZ KOMPROMISŮ V LÉČBĚ



Lék indikovaný jako součást komplexního léčebného programu při ADHD[1]

- u dětí a dospívajících, u nichž se odpověď na předchozí léčbu methylfenidátem považuje za klinicky nedostatečnou[1]
- u dospělých s přetrvávajícími symptomy ADHD z dětství[1]

Dávkování 1× denně. Stabilní kontrola symptomů ADHD po celý den[1].

*** ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou**

1. SPC Livizux

Zkrácená informace o přípravku: Livizux 30 mg tvrdé tobolky, Livizux 50 mg tvrdé tobolky, Livizux 70 mg tvrdé tobolky

Složení: Jedna tobolka obsahuje 30 mg, 50 mg nebo 70 mg lisdexamfetamin dimesilátu, což odpovídá 8,9 mg, 14,8 mg nebo 20,8 mg dexamfetaminu. **Indikace:** Součást komplexního léčebného programu při poruše pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) u dospívajících a u dětí od 6 let, pokud se odpověď na předchozí léčbu methylfenidátem považuje za klinicky neodpovídající, a u dospělých s preexistujícími příznaky ADHD v dětství. **Dávkování:** Před léčbou je nutné provést základní vyhodnocení kardiovaskulárního stavu a komplexní anamnézy; stav se musí pečlivě monitorovat v průběhu léčby (včetně zaznamenávání výšky a/nebo tělesné hmotnosti). Dávkování dle terapeutických potřeb pacienta a jeho odpovědi, na začátku léčby je potřeba pečlivá titrace dávky. Zahajovací dávka je 30 mg 1x denně ráno. Dávku lze zvyšovat po 10 nebo 20 mg v přibližně týdenních intervalech. Přípravek se má podávat perorálně v nejnižší účinné dávce. Maximální doporučená dávka je 70 mg/den. Léčbu je nutno ukončit, pokud se příznaky do 1 měsíce po příslušné úpravě dávkování nezlepší. Pokud dojde k paradoxnímu zhoršení příznaků nebo jiným netolerovatelným nežádoucím příhodám, je nutno dávkování snížit nebo léčbu vysadit. U pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin nemá maximální dávka přesáhnout 50 mg/den. Přípravek lze užívat bez ohledu na jídlo, lze ho polykat celý nebo tobolku otevřít a celý obsah smísit s měkkou potravou (jogurt) nebo s vodou/pomerančovou šťávou. Obsah je nutno míchat, dokud se zcela nedisperguje. Nutno ihned požít celou směs; uchovávat ji nelze. Na sklenici nebo nádobě může po zkonzumování směsi zůstat film obsahující neaktivní složky. Pacient nemá užívat nižší dávku než 1 tobolka za den, přičemž tobolka se nemá dělit. Odpoledním podání je nutno se kvůli potenciálu k nespavosti vyhnout. Pro léčbu delší než 12 měsíců se musí přehodnocovat užitečnost léčby každý rok a zvážit zkušební období bez medikace (prázdniny), pro vyhodnocení pacientova fungování bez farmakoterapie. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na sympatomimetické aminy nebo na pomocnou látku. Současné užívání IMAO nebo během 14 dnů po léčbě IMAO. Hypertyreóza nebo tyreotoxikóza. Stavy agitovanosti. Symptomatické kardiovaskulární onemocnění. Pokročilá arterioskleróza. Středně těžká až těžká hypertenze. Glaukom. **Zvláštní upozornění:** Stimulancia mají potenciál ke zneužívání a vzniku závislosti. Stimulancia se mají předepisovat opatrně pacientům se zneužíváním látek nebo závislostí v anamnéze. Byly hlášeny abstinenční příznaky (únava, deprese). Stimulační přípravky se obecně nemají používat u pacientů se známými strukturálními srdečními abnormalitami, kardiomyopatií, závažnými problémy se srdečním rytmem nebo jinými závažnými problémy se srdcem. Stimulační léky vyvolávají mírné zvýšení krevního tlaku a srdeční frekvence, pacienty je nutno sledovat. U některých pacientů přípravek prodlužuje interval QTc, je třeba opatrnost. Při chronickém používání amfetaminu i lisdexamfetaminu byla hlášena kardiomyopatie. U všech pacientů je nutné mít pečlivou anamnézu a provést fyzikální vyšetření s důrazem na KV stav. Podávání stimulancií může u pacientů se stávajícími psychotickými poruchami exacerbovat příznaky poruch chování a poruch myšlení. Zvláštní opatrnosti je třeba při používání stimulancií s komorbidní bipolární poruchou. Stimulancia v obvyklých dávkách mohou vyvolat psychotické nebo manické příznaky, např. halucinace, bludné myšlení nebo mánie. Pokud se takové příznaky objeví, je nutno zvážit možnou kauzální roli stimulancia a může být vhodné léčbu vysadit. Stimulancia mohou vyvolávat agresivní chování nebo hostilitu; exacerbují motorické a fonické tiky a Tourretteův syndrom; jsou spojena se zpomaleným zvyšováním tělesné hmotnosti a se snížením dosažené výšky u dětí a dospívajících a s úbytkem tělesné hmotnosti u dospělých; u pacientů s epileptickými záchvaty v anamnéze, u pacientů s předchozími abnormalitami EEG při absenci epileptických záchvatů a velmi vzácně u pacientů bez záchvatů v anamnéze a bez předchozího průkazu záchvatů na EEG mohou stimulancia snižovat práh pro vznik záchvatů. Při léčbě stimulancii byly hlášeny potíže s akomodací a rozmazané vidění. Předepisovat a vydávat je nutno nejmenší možné množství přípravku, aby se u pacienta minimalizovalo riziko možného předávkování. Přípravek se s dalšími sympatomimetickými přípravky musí používat opatrně. **Interakce:** Je nutné zvážit současné podávání přípravků metabolizovaných CYP2D6, 1A2 a 3A4. Kyselina askorbová a další látky a stavy (thiazidová diuretika, dieta s vysokým obsahem živočišných bílkovin, diabetes, respirační acidóza) okyselující moč, zvyšují vylučování amfetaminu do moči a zkracují jeho biologický poločas. Hydrogenuhličitan sodný a další látky a stavy (dieta s vysokým obsahem ovoce a zeleniny, infekce močových cest a zvracení), alkalizující moč, snižují vylučování amfetaminu do moči a prodlužují jeho biologický poločas. Inhibitory monoaminooxidázy, serotonergní léčivé přípravky (vzácně se objevil serotoninový syndrom), antihypertenziva, amfetaminy, opioidní analgetika, chlorpromazin, haloperidol, uhličitan lithný. Amfetaminy mohou vyvolat zvýšení plasmatických hladin kortikosteroidů, především večer. Amfetamin může interferovat se stanovením steroidů v moči. **Těhotenství a kojení:** Přípravek lze používat během těhotenství, pouze pokud potenciální přínos ospravedlňuje potenciální riziko pro plod. Přípravek se nemá užívat během kojení. **Nežádoucí účinky:** Pozorované při léčbě odpovídají účinkům spojovaným s užíváním stimulancií. Velmi časté: snížení chuti k jídlu, insomnie, sucho v ústech, bolest hlavy, bolest v horní části břicha (u dětí), snížení tělesné hmotnosti (u dětí a dospívajících). **Podmínky uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Egis Pharmaceuticals PLC, Budapešť, Maďarsko Registrační čísla: 30 mg: 06/329/22-C; 50 mg: 06/331/22-C; 70 mg: 06/333/22-C **Datum první registrace:** 4. 1. 2024

Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je u dětí od 6 let a mladistvých hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Léčivý přípravek u dospělých pacientů není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Léčivý přípravek u dospělých pacientů není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním přípravku se seznamte se Souhrnem údajů o přípravku.

Kontaktní údaje: EGIS Praha, spol. s r.o., Ovocný trh 1096/8, 110 00 Praha 1, tel. číslo: +420 227 129 111, e-mail: egispraha@egispraha.cz, https://cz.egis.health

CZ-LIV-PA-18032026

PROGRAM / ČTVRTEK / 5. 11. 2026

14.40–16.10 SYMPOZIUM III (DPN Opařany, gestor: Michal Goetz): Co skutečně léčí během dětské psychiatrické hospitalizace? Od terapeutických faktorů k dlouhodobým výsledkům péče

- **Jaké výsledky bychom vlastně měli od hospitalizace očekávat?** – Havelka D.
- **Jak systematicky hodnotit přínos hospitalizace?** – Prošková K.
- **Co pacientům skutečně pomáhá?** – Svoboda K.
- **Co se děje po hospitalizaci?** – Prošková K.

14.40–16.10 WORKSHOP II

- **Bojová umění v péči o duševní zdraví dětí: integrace těla, mysli a dechu** – Grambal A. (Klinika psychiatrie FN Olomouc)

Workshop bude prožitkový – je třeba mít vhodné oblečení/obuv, příp. podložku na cvičení a pohyb po podlaze.

16.10–16.30 PŘESTÁVKA

16.30–18.00 SYMPOZIUM IV (DPN Havlíčkův Brod, gestor: Tomáš Havelka)

- **Multi-family therapy jako důležitý dílek do skládačky v léčbě PPP** – Rafajová M.
- **Mentální anorexie, kam až můžeš zajít?** – Staňková H.
- **Virtuální realita v léčbě poruch příjmu potravy** – Burch N.
- **Peer podpora v psychiatrické péči: zkušenostní perspektiva v podpoře pacientů s poruchami příjmu potravy a jejich blízkých** – Gřundilová B.

16.30–18.00 WORKSHOP III

- **ARFID: od nových poznatků k terapeutické praxi** – Podávková T. (PK 1. LF UK a Tree Clinic)

18.00–18.30 Valná hromada Sekce dětské psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS JEP

18.30–20.00 Valná hromada ADDP

20.00 SPOLEČENSKÝ VEČER

Délka všech přednášek (není-li uvedeno jinak): 15 + 5 minut na diskuzi

Lepší noci a dny pro děti s ADHD a jejich rodiny



Přípravek Slenyto® je indikován k:[1]

- léčbě insomnie u dětí a dospívajících ve věku 2–18 let s poruchou autistického spektra (ASD) a/nebo neurogenetickými poruchami s aberantní 24 hodinovou sekrecí melatoninu a/nebo nočním probouzením, kde nejsou opatření v oblasti hygieny spánku dostatečná

- **léčbě insomnie u dětí a dospívajících ve věku 6–17 let s poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), kde nejsou opatření v oblasti hygieny spánku dostatečná**

1. Slenyto SmPC, datum revize textu: 11/2025.

slenyto
melatoninum

Zkrácené informace o léčivém přípravku

Název léčivého přípravku: Slenyto 1 mg tablety s prodlouženým uvolňováním; Slenyto 5 mg tablety s prodlouženým uvolňováním. **Složení**: Slenyto 1 mg tablety s prodlouženým uvolňováním: Jedna tableta s prodlouženým uvolňováním obsahuje melatoninum 1 mg. Slenyto 5 mg tablety s prodlouženým uvolňováním: Jedna tableta s prodlouženým uvolňováním obsahuje melatoninum 5 mg. **Terapeutické indikace**: Přípravek Slenyto je indikován k léčbě insomnie u dětí a dospívajících ve věku 2–18 let s poruchou autistického spektra (*autism spectrum disorder*, ASD) a/nebo s neurogenetickými poruchami s aberantní 24hodinovou sekrecí melatoninu a/nebo nočním probouzením, kde nejsou opatření v oblasti hygieny spánku dostatečná, a k léčbě insomnie u dětí a dospívajících ve věku 6-17 let s poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), kde nejsou opatření v oblasti hygieny spánku dostatečná. **Dávkování a způsob podání:** Dávkování: Insomnie při ASD a/nebo neurogenetických poruchách: Doporučená zahajovací dávka přípravku Slenyto jsou 2 mg. Pokud se neobjeví dostatečná odpověď, má být dávka zvýšena na 5 mg, přičemž maximální dávka je 10 mg. Insomnie při ADHD: Doporučená počáteční dávka je 1–2 mg. Dávku lze individuálně upravit až na 5 mg denně bez ohledu na věk dítěte. V případě klinické potřeby lze maximální denní dávku zvýšit na 10 mg. Je třeba užívat nejnižší účinnou dávku po co nejkratší dobu. Přípravek Slenyto se má užívat jednou denně, půl až hodinu před spaním, s jídlem nebo po jídle. Zvláštní populace: viz úplný SPC. Způsob podání: Perorální podání. Tablety se polykají celé. Tablety se nesmí lámat, drtit ani kousat, protože by tím ztratily vlastnosti prodlouženého uvolňování. Aby se tablety lépe a snáze polykaly, mohou se přidávat do jídla. Jsou-li tablety zamíchány do jídla nebo pití, musí být užity okamžitě. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku uvedenou v bodě 6.1. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Ospalost: Melatonin může způsobit ospalost a mohou se objeit reziduální účinky, jako je denní únava. Přípravek se proto má užívat opatrně, pokud je pravděpodobné, že ospalost může vést k ohrožení bezpečnosti. Autoimunitní onemocnění: Neexistují žádné klinické údaje týkající se užívání melatoninu u jedinců s autoimunitním onemocněním. Melatonin se proto nedoporučuje používat u pacientů s autoimunitním onemocněním. Laktóza: Přípravek Slenyto obsahuje laktózu. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí galaktózy, úplným nedostatkem laktázy nebo malabsorpcí glukózy a galaktózy nemají tento přípravek užívat. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Studie interakcí byly provedeny pouze u dospělých. Metabolismus melatoninu je hlavně zprostředkován enzymy CYP1A. Proto je možná interakce mezi melatoninem a jinými léčivými látkami v důsledku jejich účinku na enzymy CYP1A. Nedoporučuje se současné užívání následujících léčivých přípravků a alkoholu: fluvoxamin, alkohol, benzodiazepiny/nebenzodiazepinová hypnotika, thioridazin a imipramin. Souběžné užívání následujících léčivých přípravků je třeba pečlivě zvážit: 5- nebo 8-methoxypsoralen, cimetidin, estrogeny, inhibitory CYP1A2, jako jsou například chinolony (ciprofloxacin a norfloxacin), induktory CYP1A2, jako je karbamazepin a rifampicin. Kouření: Je známo, že kouření indukuje metabolismus CYP1A2, může být nutná úprava dávkování. Inhibitory syntézy prostaglandinů (NSAID), jako je kyselina acetylsalicylová a ibuprofen, podané večer mohou v rané části noci snížit hladiny endogenního melatoninu až o 75 %. Pokud je to možné, pacienti se mají podání NSAID ve večerních hodinách vyhnout. Betablokátory mohou potlačit noční uvolňování endogenního melatoninu, a proto mají být podávány ráno. **Nežádoucí účinky:** Časté: změny nálady, agresivita, podrážděnost, somnolence, bolest hlavy, náhlý nástup spánku, sinusitida, únava, kocovina. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 30 °C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** RAD Neurim Pharmaceuticals EEC SARL, 4 rue de Marivaux, 75002 Paris, Francie, e-mail: regulatory@neurim.com. Registrační číslo(a): EU/1/18/1318/001, EU/1/18/1318/003, EU/1/18/1318/005. **Datum revize textu**: 11/2025. **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Tento léčivý přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění.**

Dříve než předepíšete tento přípravek, seznamte se s úplným souhrnem údajů o přípravku, který je k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky http://www.ema.europa.eu nebo na adrese držitele rozhodnutí o registraci. Datum přípravy materiálu: 03/2026

CZ-SLE-0326-002 POUZE PRO ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY

Lepší noci a dny pro děti s ADHD a jejich rodiny

slenyto
melatoninum

PROGRAM / PÁTEK / 6. 11. 2026

8.00–9.30 SYMPOZIUM V (Psychoterapeutické přístupy v péči o děti a dospívající, gestor: Pavel Theiner)

- **Emoční poruchy v dospívání z pohledu psychoterapeuta** – Buchtová V.
- **Od diagnózy ke kauzalitě, léčbě a vizi** – Grambal A.
- **Implementácia dialekticko-behaviorálnej terapie pre adolescentov na Klinike detskej psychiatrie: prvé skúsenosti** – Virdzeková A.
- **Od traumatu k nemoci a od nemoci k prožívání (dvě kazuistiky na pomezí tělesného a duševního zdraví dítěte)** – Jahůdka Vaníková G., Mikulenková I., Toufarová E.

9.30–9.45 PŘESTÁVKA

9.45–10.05 SATELITNÍ SYMPOZIUM

- **Nově dostupné možnosti léčby ADHD** – Dudová I.
  Přednáška podpořena společností Neuraxpharm Bohemia s.r.o.

10.05–11.35 SYMPOZIUM VII (Děti, dospívající a návykové látky, gestor: Jana Schmidtová)

- **Aktuální trendy a struktura nabídky nelegálních drogových trhů v České republice** – Frydrych J.
- **Cesty a konce: diagnostické trajektorie, využívaná péče a mortalita mladých lidí s poruchami způsobenými užíváním psychoaktivních látek v datech z národních zdravotních registrů** – Ptáčková Š., Skurtveit S., Gabrhelík R., Odsbu I., Rolová G.

PARALELNÍ SEKCE 1 (SÁL 2)

- **Ne vždy se to ve dvou táhne lépe: komorbidní duševní poruchy u dětí a mladých lidí s poruchami způsobenými užíváním psychoaktivních látek v datech z národních zdravotních registrů** – Ptáčková Š., Skurtveit S., Gabrhelík R., Rolová G., Dolejš M.
- **Nové a nově rozšířené psychoaktivní látky u adolescentů: klinické rozhodování dětského psychiatra v éře rychle se měnící drogové scény** – Schmidtová J., Štěpánek P.

11.35–11.50 PŘESTÁVKA

11.50–13.30 SYMPOZIUM IX (Na pomezí psychiatrie a somatické medicíny, gestor: Libuše Stárková)

- **Management funkčních neurologických poruch v Centru FNP u dětí FN Brno** – Danhofer P., Vyhnalová M., Vojkovská P.
- **Disociativní poruchy na pomezí psychiatrie a neurologie** – Stárková L.
- **Psychiatrický pacient v péči dětského lékaře** – Štefflová D.
- **Psychiatrické aspekty liečby systémovými retinoidmi** – Surovcová A.

13.30 ZAKONČENÍ KONFERENCE

Délka všech přednášek (není-li uvedeno jinak): 15 + 5 minut na diskuzi

Paxneury®

Tablety s účinnou látkou guanfacin
s prodlouženým uvolňováním
1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7 mg

Nestimulační farmakoterapie ADHD s rychlým nástupem účinku[1]

- **Rychlý nástup:** První viditelné zlepšení symptomů ADHD nastupuje již po **1 až 2 týdnech léčby.**[1]
- **Rychlá stabilizace:** Dosažení maximálního a stabilního terapeutického účinku se projevuje během **4 až 8 týdnů.**[1]
- **Pohodlné dávkování:** Dávkování **pouze 1× denně** a ucelená řada sil umožňují rychlou a pohodlnou titraci.[1]



Osoby zobrazené na obrázcích v tomto materiálu nejsou skuteční pacienti

Nežádoucí účinky je třeba hlásit e-mailem na pv-bohemia@neuraxpharm.com

Reference:
1. **Státní ústav pro kontrolu léčiv.** Souhrn údajů o přípravku Paxneury [online]. Praha: SÚKL; 2020 [cit. 2026-07-14]. Dostupné z: https://prehledy.sukl.cz/prehled_leciv.html#/

Základní informace o přípravku Paxneury

Název léčivého přípravku: Paxneury 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7 mg tablety s prodlouženým uvolňováním. **Složení:** Jedna tableta obsahuje guanfacinum (ve formě guanfacin-hydrochloridu) o síle 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg nebo 7 mg. Pomocná látka se známým účinkem: laktóza (ve formě monohydrátu). Množství laktózy v 1 tabletě dle síly: 1 mg (41,32 mg), 2 mg (82,63 mg), 3 mg (17,56 mg), 4 mg (23,41 mg), 5 mg (29,26 mg), 6 mg (35,11 mg), 7 mg (40,96 mg). **Indikace:** Léčba poruchy se zhoršenou pozorností / hyperaktivitou (ADHD) u dětí a dospívajících ve věku 6–17 let, pro které léčba stimulancii není vhodná, netolerují ji nebo se ukázala jako neúčinná. Musí se používat jako součást komplexního léčebného programu ADHD (psychologická, edukační a sociální opatření). **Dávkování a způsob užívání:** Léčba probíhá pod dohledem specialisty. Doporučená počáteční dávka je 1 mg jednou denně. Dávka se titruje individuálně, ne rychleji než o 1 mg za týden podle odpovědi a snášenlivosti. Udržovací dávka je 0,05–0,12 mg/kg/den. Maximální dávka pro děti (6–12 let) je 4 mg/den. Maximální dávka pro dospívající (13–17 let) je 4 až 7 mg/den podle hmotnostních kategorií (dospívající musí vážit alespoň 34 kg). Tablety s prodlouženým uvolňováním jsou kulaté nebo podlouhlé, bílé, bikonvexní s vyraženým označením síly („I", „II", „3", „IV", „V", „VI", „7"). Pokud pacient vynechá 2 nebo více dávek, doporučuje se retitrace. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku. **Významné interakce:** Souběžné podávání guanfacinu se substráty OCT1 s podobným Tmax (např. metformin) může vést ke zvýšení Cmax těchto léčivých přípravků. Guanfacin způsobuje pokles srdeční frekvence. Vzhledem k účinku guanfacinu na srdeční frekvenci se souběžné užití guanfacinu s léčivými přípravky prodlužujícími QT interval obecně nedoporučuje. Při podávání guanfacinu pacientům, kteří užívají ketokonazol a jiné středně silné a silné inhibitory CYP3A4/5, se doporučuje postupovat s opatrností a snížit dávku guanfacinu v rámci doporučeného dávkového rozmezí. Současné podávání guanfacinu se středně silnými a silnými inhibitory CYP3A4/5 zvyšuje plazmatické koncentrace guanfacinu a zvyšuje riziko nežádoucích účinků, jako jsou hypotenze, bradykardie a sedace. Při podání guanfacinu s ketokonazolem došlo k výraznému nárůstu rychlosti a míry expozice guanfacinu. Další inhibitory CYP3A4/5 mohou mít srovnatelné účinky. Pokud pacienti užívají guanfacin současně s induktorem CYP3A4, doporučuje se zvýšit dávku guanfacinu v rámci doporučeného dávkového rozmezí. Při podání guanfacinu současně s rifampicinem, induktorem CYP3A4, došlo k významnému snížení rychlosti a míry expozice guanfacinu. **Hlavní nežádoucí účinky:** Závislé na dávce a expozici. Patří sem zejména **synkopy, hypotenze, bradykardie, somnolence, sedace,** nárůst hmotnosti/riziko obezity, bolest hlavy, snížená chuť k jídlu, deprese, úzkost, afektivní labilita, insomnie, střední insomnie, noční můry, závratě, letargie, bradykardie, ortostatická hypotenze, zvracení, průjem, nauzea, zácpa, nepříjemný pocit v břiše/žaludku, suchá ústa, vyrážka, enuréza, podrážděnost v místě aplikace. **Upozornění:** Před zahájením léčby je nutný kardiovaskulární screening (krevní tlak, srdeční frekvence, EKG kvůli QT intervalu), anamnéza náhlých úmrtí v rodině, psychiatrické komorbidity a záznam výšky/váhy do růstového grafu. Sledování TK, pulsu, somnolence a sedace musí probíhat v týdenních intervalech během titrace, v prvním roce minimálně každé 3 měsíce a následně každých 6 měsíců. Léčba se **nesmí ukončit náhle**, hrozí účinky z vysazení (zvýšení krevního tlaku a srdeční frekvence). Sestupná titrace se provádí snižováním o max. 1 mg každých 3 až 7 dnů za monitorování TK a pulsu. Přípravek obsahuje laktózu. Guanfacin může mít mírný nebo výrazný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Zvláštní požadavky a podmínky uchovávání:** Přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Neuraxpharm Pharmaceuticals, S.L., Avda. Barcelona, 69, 08970 Sant Joan Despí, Barcelona, Španělsko. **Registrační čísla**: EU/1/24/1908/001 (1 mg x 28 tablet s prodlouženým uvolňováním), EU/1/24/1908/002 (2 mg x 28 tablet s prodlouženým uvolňováním), EU/1/24/1908/003 (3 mg x 28 tablet s prodlouženým uvolňováním), EU/1/24/1908/004 (4 mg x 28 tablet s prodlouženým uvolňováním), EU/1/24/1908/005 (5 mg x 28 tablet s prodlouženým uvolňováním), EU/1/24/1908/006 (6 mg x 28 tablet s prodlouženým uvolňováním), EU/1/24/1908/007 (7 mg x 28 tablet s prodlouženým uvolňováním). **Datum registrace:** 26. 2. 2025. **Způsob výdeje:** Léčivý přípravek je vázán na **lékařský předpis** (výdej pouze na recept). **Způsob hrazení:** Přípravek **není hrazen** z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Dříve, než přípravek předepíšete, seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku (SPC).**

NEURAXPHARM®
Váš CNS specialista

NEDISTRIBUOVAT! Určeno pouze pro odbornou veřejnost.
Neuraxpharm Bohemia, Sokolovská 685/136-F, 186 00 Praha 8, Česká republika, www.neuraxpharm.cz

CZ-PAXN-2026-09-020

PROGRAM / PÁTEK / 6. 11. 2026

8.00–9.30 SYMPOZIUM VI (Systémy péče, krizová pomoc a role psychiatra, gestor: Michal Považan)

- **Dětská a dorostová psychiatrie ve Švédsku a České republice: srovnání klinické praxe a organizace péče** – Čálková T.
- **Spolupráce akutní pedopsychiatrické péče v rámci Prahy** – Považan M.
- **Krize nečeká na objednací dobu** – Zimmermannová M.
- **Psychiatr v CDZ-D: Role, výzvy, kariéra** – Benešová Z.

9.30–9.45 PŘESTÁVKA

9.45–10.05 SATELITNÍ SYMPOZIUM

Na sále 2

- **Nově dostupné možnosti léčby ADHD** – Dudová I.
  Přednáška podpořena společností Neuraxpharm Bohemia s.r.o.

10.05–11.35 SYMPOZIUM VIII (Rodina a včasná intervence, gestor: Petra Uhlíková)

- **Podpora raného vývoje dětí s neurovývojovými obtížemi prostřednictvím včasné behaviorální intervence zprostředkované rodiči: pilotní studie** – Mada L., Mudroch Lukášová L., Pančocha K., Vaďurová H.
- **Vztah léčí společnost: etablování Emotion Focused Skills Training v ČR a podpora péče o duševní zdraví dětí** – Králíčková A.

PARALELNÍ SEKCE 2 (SÁL 3)

- **Metoda SPACE: léčba dětských úzkostných poruch prostřednictvím rodičů. Na důkazech založená alternativa ke KBT** – Fraňková L.
- **Bludný kruh OCD – kazuistika** – Vajdová K.

11.35–11.50 PŘESTÁVKA

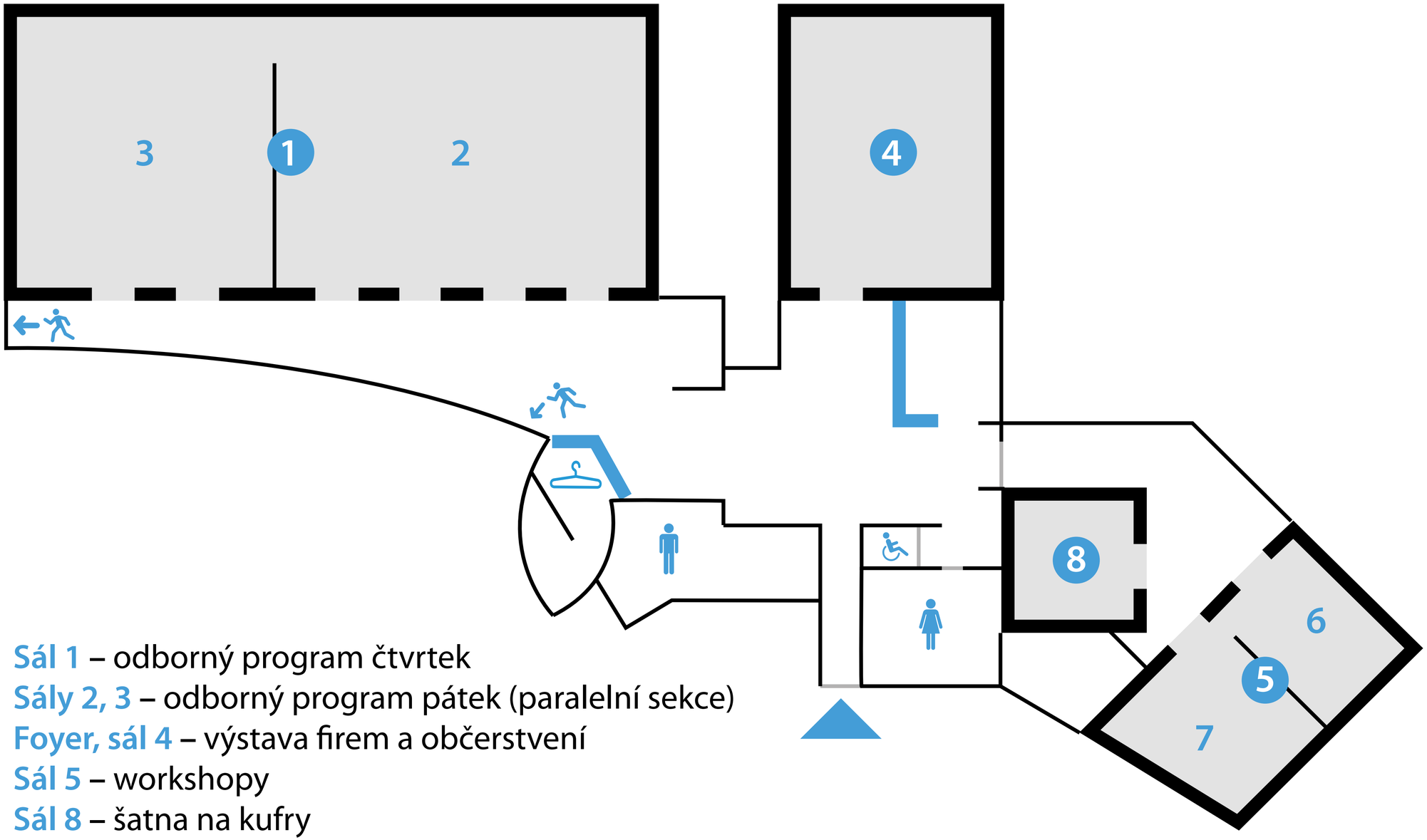
11.50–13.30 SYMPOZIUM X (Prevence a podpora duševního zdraví, gestor: Jan Uhlíř)

- **Soundtrack v hlavě: pohyb, fyzická zdatnost a škola jako infrastruktura duševního zdraví mládeže** – Světlák M.
- **Podpora duševního zdraví ve školním prostředí: program Akčňáci založený na ACT** – Hájek R., Sunková V., Pančocha K., Vaďurová H.
- **Mezi inkluzí a bezpečností: kazuistika dítěte se závažnou behaviorální dysregulací a limity dětské psychiatrické péče** – Štěpánek P., Randusová A., Schmidtová J.
- **Když diagnóza nestačí: zkušenosti multidisciplinárního týmu CDZ-D ADITEA s péčí o děti a dospívající s komplexními potřebami** – Schmidtová J., Fischer D., Štěpánek P.

13.30 ZAKONČENÍ KONFERENCE

Délka všech přednášek (není-li uvedeno jinak): 15 + 5 minut na diskuzi

MAPKA KONFERENČNÍCH PROSTOR



Sál 1 – odborný program čtvrtek
Sály 2, 3 – odborný program pátek (paralelní sekce)
Foyer, sál 4 – výstava firem a občerstvení
Sál 5 – workshopy
Sál 8 – šatna na kufry

ČTVRTEK / 5. 11. 2026 / 9.15–10.45 hod.

SYMPOZIUM I

Změny v akutní lůžkové dětské psychiatrické péči

doc. MUDr. Iva Dudová, Ph.D.
Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol a Homolka, Praha

V poslední dekádě došlo k výrazným změnám v akutní lůžkové dětské psychiatrické péči. Díky mnoha specifickým faktorům, jako byla například pandemie covidu-19 a jsou ekonomické a válečné krize, a obecným faktorům společenským, generačním a technickým jsme zaznamenali enormní nárůst potřeby pedopsychiatrické péče. Děti a adolescenti vyhledávají akutní péči nejčastěji pro úzkostné a depresivní prožívání, emoční nestabilitu, sebepoškozování, sebevražedné myšlenky a sebevražedné chování. Kapacita ambulantní odborné péče pro děti je nedostatečná, proto jsou stále častěji využívány služby dětské pohotovosti, případně dětského urgentního příjmu. Na Dětské psychiatrické klinice 2. LF UK a FNMH sledujeme nárůst počtu hospitalizací cestou pohotovosti a urgentního příjmu, v posledních 3 letech se jednalo o cca 50 % všech hospitalizací. Dalších cca 25 % příjmů tvoří překlady z pediatrických lůžek. Na plánované hospitalizace a specializované programy kliniky máme velmi omezenou lůžkovou kapacitu. S tímto trendem úzce souvisí také změny v diagnostickém spektru hospitalizovaných pacientů.

Souhrnně lze říci, že změny v akutní lůžkové dětské psychiatrické péči souvisí s nárůstem počtu pacientů, zejména adolescentních dívek. Tlakem na lůžkovou kapacitu dochází ke zkracování doby hospitalizace, přestože pacienti přichází s víc závažnými stavy, jako je suicidální chování. Dochází k výrazným změnám v diagnostickém spektru a organizaci péče akutní lůžkové dětské psychiatrie a většímu využívání psychofarmakologické léčby. Prioritou akutní lůžkové dětské psychiatrie je nyní zajištění péče pro děti a adolescenty se závažným sebepoškozováním, sebevražednými myšlenkami a tendencemi nebo po sebevražedných pokusech.

Rodinné a sociální aspekty potíží u emočně nestabilních adolescentů

MUDr. Kryštof Kantor, Ph.D.
Dětská psychiatrická klinika FN Motol a Homolka a 2. LF UK v Praze

V souvislosti s nárůstem psychických potíží mladistvých jsou odborníci postavení před nové výzvy. Adolescence je specifickým vývojovým obdobím, odlišným jak od dětství, tak dospělosti, s typickými vývojovými úkoly a s nimi spojenou zranitelností. Kromě individuální zranitelnosti se v tomto období na rozvoji psychických problémů pravděpodobně podílí také rodinné a sociální faktory. Poukazování na význam jednotlivých faktorů může na individuální úrovni působit zjednodušujícím dojmem a dává smysl zaměřit se na jejich vzájemné interakce, tak jak je třeba popisuje bio-sociální model v rámci dialektické behaviorální terapie, či již dříve popsaný princip recipročního determinismu. V současnosti terapeutické přístupy adaptované pro adolescentní populaci s významnou emoční dysregulací již obvykle obsahují také práci s rodinou. Při rozhodování o tom, jaký typ léčby zvolit, se spoléháme na intuici a odbornou znalost a zkušenost. Otázkou zůstává, jak klinické rozhodování udržet efektivní, což stojí například také za vytvářením návrhů stagingu adolescentních potíží.

Možnosti a cíle psychoterapie u dětských psychiatrických pacientů během hospitalizace

Mgr. Markéta Mohaplová
Oddělení klinické psychologie, Dětská psychiatrická klinika,
Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

Hospitalizace na dětském psychiatrickém oddělení představuje zátěž sama o sobě. Připočteme-li k vytržení z rodiny a sociálního prostředí ještě vrcholící psychické potíže, je zřejmé, že dětský nebo adolescentní pacient potřebuje především odpočinek a zklidnění. Je to také rada, kterou všichni somatičtí lékaři dávají svým pacientům, zvolnění, zmírnění stresu, zaměření na klidné volnočasové aktivity apod., to vše jsou rady, které dostane každý nemocný. Málokomu třeba s chřipkou bychom radili, aby zabral, pořádně se nad sebou zamyslel, konečně pochopil, že… Přesto je právě tento duševně náročný zápřah něco, co se vlastně od hospitalizace očekává. Že nastane nesmyslně intenzivní každodenní psychoterapie, která nějakým zázrakem vše změní. Že v nemocnici mají nějaký magický zázrak, radu, postup, který nikomu neprozradili, v ambulanci ho nikdo nezná a v nemocnici se konečně změní to, s čím se pacient několik měsíců léčil v ambulanci, s čím docházel na psychoterapii. V souladu se společenským diskursem, že dostatek klinických psychologů by vyřešil všechny potíže, rostou také očekávání v až magické efekty psychoterapie zejména u dětí a adolescentů. Záměrem autorky je přispět k otevřené diskusi o reálných možnostech psychoterapeutické podpory a typech péče, ze které mohou naši pacienti opravdu profitovat. Vyzdvihnout důležitost krizové

intervence a podpůrné psychoterapie. Přispět k uvědomění si psychického stavu dětských psychiatrických pacientů, kriticky přehodnotit očekávání a nátlak tvořený na děti, které se ocitly v nejkritičtějším okamžiku svého života. Odcházet z hospitalizace s vnitřním odhodláním řešit terapeutická témata, která se během podpůrných sezení podařilo pojmenovat, je úspěch dostupný jen části pacientů většinou blížících se dospělosti. U všech ostatních je naším úkolem v návaznosti na diagnostické psychologické vyšetření realisticky zvážit aktuální terapeutický potenciál dítěte a sestavit plán využitelné péče, který rodina dokáže akceptovat a zajistit. Vzhledem k vysokým očekáváním je to mnohdy nejobtížnější úkol celé hospitalizace.

Vývoj mozku a jeho narušení v éře obrazovek

doc. MUDr. Hana Ošlejšková, Ph.D., MUDr. Martin Macháček, Ph.D.
Klinika dětské neurologie LF MU a FN Brno

Žijeme v digitálním světě, a je proto logické, že se „digitální média s obrazovkou“ stala součástí našich životů.

U malých dětí postnatální vývoj mozku startuje hned po porodu a běží doslova tryskem. Časný vývoj dětského mozku je do určité míry zpětnovazebný. To znamená, že díky své plasticitě a vývojovým oknům funkčně i strukturálně reaguje na podněty, kterých se mu dostává z vnějšího světa. Tato přednáška upozorňuje na důsledky předčasného užívání a nadužívání obrazovek v dětství do 12 let věku.

Intenzivní expozice dětí obrazovkovým médiím (zvl. v kombinaci s méně podnětným okolím) může vyústit v horší psychomotorický vývoj, špatný rozvoj řeči, nezvládnutí sociálních dovedností i emoční labilitu. Zmíněné důsledky mohou být celoživotní a vytvářejí živnou půdu i pro závislosti mladistvých na mobilních telefonech a sociálních sítích s mnoha dalšími neblahými dopady.

Představím výběr aktuálních věrohodných laterálních vědeckých důkazů a stručně zmíním doporučení světových pediatrických autorit pro bezpečné zacházení s obrazovkou.

ČTVRTEK / 5. 11. 2026 / 11.30–13.00 hod.

SYMPOZIUM II

Aktuální klinická a neurobiologická problematika ADHD

prof. MUDr. Ivana Drtílková, CSc.
Psychiatrická klinika FN Brno

V únoru 2026 byla publikována studie (JAMA Psychiatry), která pomocí MRI a analýzy struktury mozku identifikovala 3 „biotypy“ ADHD, s odlišným „zapojením“ mozkových okruhů (emočně dysregulovaný, hyperaktivní a nepozorný). Dle autorů se tyto tři biologické podtypy ADHD liší nejen chováním a závažností příznaků, ale i tím, které mozkové oblasti jsou postiženy. AACAP, včetně řady odborníků, v současnosti zastávají převážně názor, že biotypy ADHD jsou slibným výzkumným směrem, nikoliv novou diagnostickou kategorií a uvádějí řadu důvodů.

Výzkum ADHD se posunul od zaměření na neurony k astrocytům – které tvoří „podpůrný systém“ mozku při údržbě mozkového prostředí. Astrocyty odstraňují přebytečný glutamát (budivý přenašeč) ze synapsí. Pokud nefungují správně, vzniká v mozku „šum“, protože neurony jsou dráždeny zbytkovým glutamátem. Protein Homer1 hraje roli v tom, jak astrocyty komunikují s neurony a jak regulují vápníkovou signalizaci, která ovládá uvolňování látek do synapsí.

Studie z let 2025/2026 cílené na biomarkery ADHD uvádějí nadějné klinické výsledky při výzkumu microRNA. Budoucnost nepatří jednomu biomarkeru, ale multimodálnímu biologickému profilu ADHD kombinujícímu: miRNA, genetiku, mozkové organoidy a umělou inteligenci v rámci precizní psychiatrie ADHD.

Pokračuje výzkum mozkových organoidů. Organoidní kultura, která se podobá ranému vývoji mozku plodu, může modelovat různé, neurovývojové poruchy. Kortikální neurony organoidů (odvozených z kmenových buněk jedinců s ADHD) vykazují abnormální exprese genů zapojených do neurovývoje, které mají vliv na regulaci glutamátové signalizace.

Nové, genetické studie potvrdily význam vzácných, protein-poškozujících mutací v genech důležitých pro vývoj neuronů.

Nejsledovanější novinkou roku 2026 je centanafadin, který představuje novou třídu léků – tzv. trojitý inhibitor zpětného vychytávání (noradrenalinu, dopaminu a serotoninu – NDSRI). Přidaný účinek na serotonin u centanafadinu pomáhá regulovat nejen pozornost, ale i emoční dysregulaci, výkyvy nálad a úzkost, které ADHD často doprovázejí. 24. července 2026 schválil U.S. Food and Drug Administration centanafadin pro léčbu ADHD u dospělých i dětí od 6 let.

Když se prožitek stane identitou: prediktivní mozek, sociální sítě a duševní zdraví dospívajících

doc. PhDr. Miroslav Světlák, Ph.D.
Ústav lékařské psychologie a etiky, LF MU, Brno
Masarykův onkologický ústav, Brno

Dospívání je vývojově citlivé období, v němž mladý člověk hledá odpověď na otázky, kým je, kam patří a jak rozumět vlastnímu tělu, emocím i vztahům. V současnosti se toto hledání stále častěji odehrává v prostředí sociálních sítí/vazeb, kde se osobní nejistota může rychle potkat s pojmenováním, komunitou, diagnózou, identitní kategorií a algoritmicky posilovaným obsahem. Tento proces může být podpůrný a úlevný, protože dává zkušenosti jazyk, snižuje stud a nabízí pocit sounáležitosti. Zároveň však může vést k předčasnému uzavření vývojově otevřeného procesu.

Příspěvek propojuje poznatky o prediktivním mozku, interocepci, narativní identitě a sociálních zpětnovazebných smyčkách. Ukazuje, že mozek nehledá pouze objektivní pravdu, ale také srozumitelný model, který snižuje nejistotu a umožňuje orientaci v sobě i ve světě. Tělesný a emoční neklid proto může v adolescenci získat různé významy podle dostupného kulturního slovníku, vztahového kontextu a sociálního potvrzení. Diagnóza, identitní kategorie nebo komunita tak nejsou jen neutrální popisky hotové reality, ale mohou se stát součástí sebepojetí mladého člověka.

Cílem příspěvku není zpochybnit význam identity, diagnóz ani autentického sebeurčení. Nabízí spíše třetí cestu mezi odmítnutím a bezvýhradným potvrzováním: bezpečný vztah, trpělivé zkoumání a laskavé hranice, které chrání prostor pro zrání. V kontextu duševního zdraví mládeže je důležité vytvářet prostředí, které bere prožívání mladých lidí vážně, ale zároveň nespěchá s tím, aby se každá nejistota okamžitě proměnila v definitivní identitu

SYMPOZIUM III

Co skutečně léčí během dětské psychiatrické hospitalizace? Od terapeutických faktorů k dlouhodobým výsledkům péče

Mgr. et Mgr. David Havelka, Ph.D., Mgr. Kristýna Prošková, Mgr. Kristýna Svoboda
Dětské oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod

Klinická stabilizace a zmírnění akutních obtíží patří mezi důležité cíle dětské psychiatrické hospitalizace. Zlepšení stavu při propuštění však samo o sobě neříká, co pacientovi během léčby pomáhalo, jaký význam pro něj dosažená změna má a zda přetrvá po návratu do běžného života. Sympozium propojí vlastní český kvalitativní výzkum terapeutických faktorů s multidimenzionálním hodnocením výsledků péče a dlouhodobým vývojem dětí a dospívajících po propuštění.

První příspěvek představí výsledky kvalitativní studie mezi 61 českými psychiatry a psychology, která identifikovala sedm oblastí potenciálních terapeutických faktorů hospitalizační péče. Zaměří se na zjištění, že stejné součásti péče mohou podle respondentů léčebný proces podporovat i narušovat. Význam pravidel, profesní autority, vrstevnické skupiny či odloučení od běžného prostředí tak souvisí se způsobem jejich uplatnění, potřebami pacienta a kontextem léčby.

Druhý příspěvek nabídne perspektivu adolescentů absolvujících program D-BOAT®, vycházející z principů dialektické behaviorální terapie. Analýza výtvarných a narativních reflexí představí zkušenosti, kterým pacienti přisuzují terapeutický význam. Obě studie umožní uvažovat o vztahu mezi odborným pohledem a pacientskou zkušeností.

Třetí příspěvek představí možnosti hodnocení výsledků léčby, které vedle symptomatické změny zahrnuje psychosociální fungování, kvalitu života a pacientem reportované výsledky. Zkušenost s poskytovanou péčí bude sledována jako samostatná oblast. Pozornost bude věnována rozdílům mezi hodnocením dítěte, rodiče a klinika, interpretaci změny a využitelnosti měření v běžné praxi.

Závěrečný příspěvek prostřednictvím dvou kontrastních modelových kazuistik ukáže, proč podobný stav při propuštění nemusí znamenat podobný následný vývoj. Představí také design připravovaného longitudinálního výzkumu sledujícího klinický a funkční vývoj, kvalitu života, využívání zdravotních služeb a kontinuitu následné péče.

Cílem sympozia je nabídnout podněty pro porozumění terapeutickému prostředí a hodnocení přínosu hospitalizace. Společná diskuse se zaměří na to, jak vedle zvládnutí akutního stavu zachytit také změnu významnou pro dítě a její udržení v každodenním životě.

WORKSHOP II

Bojová umění v péči o duševní zdraví dětí: integrace těla, mysli a dechu

MUDr. Bc. Aleš Grambal, Ph.D.
Klinika psychiatrie LF UP a FN Olomouc

Bojová umění bývají vnímána jako sport, případně jako rizikový podnět u dětí se sklonem k agresi. Evidence je rozporná a nerovnoměrná: u agrese docházejí metaanalýzy od středně velkého snížení až po nulové nálezy, zatímco na wellbeing a internalizující symptomy se popisují malé, ale konzistentní efekty; naznačován je též přínos pro exekutivní funkce. Jednotlivé studie opakovaně ukazují, že rozhoduje způsob vedení – tatáž disciplína může agresi tlumit i posilovat. Dosavadní pokusy tuto proměnnou zachytit dělením na tradiční a moderní či kontaktní a nekontaktní styly však selhávají, protože směšují formát, historickou linii a pedagogiku. Otázkou, kterou výzkum zatím neumí položit, tedy není které bojové umění, ale co přesně se v něm trénuje.

Trénovanými proměnnými jsou přitom snášení prohry bez ztráty příslušnosti ke skupině – zkušenost, kterou nesoutěžní formáty nezprostředkují –, práce s dechem a pozorností, sebeovládání v podmínkách zátěže, vytrvalost při nezdaru, koordinace a rovnováha jako tělesná zkušenost kompetence, a ritualizovaný rámec, v němž je agrese pojmenována a ohraničena namísto potlačena.

Workshop nevede k nácviku technik, ale právě k tomu, co se jejich prostřednictvím trénuje: k práci s vlastní pozorností, dechem a reakcí na zátěž. Vychází z tradičního karate, z čínských vnitřních stylů a z indonéského umění Satria Nusantara, které je dnes praktikováno především ve zdravotní podobě a které autor zavedl jako součást programu psychoterapeutického oddělení. Tématem je zejména vztah citlivosti a odolnosti: schopnost jemněji vnímat tělesné a emoční signály při současně nižší reaktivitě na ně.

Praktická část nabídne účastníkům základní cvičení na vlastní tělo – dechové vzorce, koordinační sekvence, práci s rovnováhou a s reakcí na zátěž – s následnou reflexí vlastních reakcí.

Workshop je určen profesionálům, nevyžaduje předchozí zkušenost s bojovými uměními ani fyzickou zdatnost.

Autor je trenérem tradičního karate a hlavním trenérem metody Satria Nusantara pro ČR; workshop vychází z trenérské a klinické zkušenosti a z dostupné literatury.

ČTVRTEK / 5. 11. 2026 / 16.30–18.00 hod.

SYMPOZIUM IV

Multi-family therapy jako důležitý dílek do skládačky v léčbě PPP

MUDr. Marie Rafajová
Pedopsychiatrické oddělení, Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

Vícerodinná terapie je efektivní léčebná metoda u pacientů s poruchou příjmu potravy. Program je určen primárně pro ambulantní léčbu. Převést tento program v plnohodnotné verzi do režimu hospitalizační péče byla výzva pro tým našeho oddělení. Přinášíme zkušenosti se zaváděním programu na pedopsychiatrickém oddělení Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod. Poslední novinka v našem dlouhodobém léčebném programu, která se jeví přínosná nejen pro pacienty, ale v mnohém usnadňuje práci i samotnému léčebnému týmu.

Mentální anorexie, kam až můžeš zajít?

MUDr. Helena Staňková
DO Nemocnice Havlíčkův Brod

Mentální anorexie je psychiatrická diagnóza. Ovšem pacienti vyžadují zároveň pečlivou somatickou péči. I na psychiatrická lůžka se dostávají pacienti v závažnějším stavu, a proto i tam je na místě na komplikace myslet. Přednáška posluchače skrze kazuistické sdělení seznámí s některými somatickými dopady nemoci. Řada těchto tělesných komplikací je reverzibilní po realimentaci. Bude tomu tak i v případě prezentované komplikace?

Virtuální realita v léčbě poruch příjmu potravy

MUDr. Nora Burch
Oddělení dětské a adolescentní psychiatrie, Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

Cíl přednášky: Vzhledem k narůstajícímu počtu pacientů s poruchami příjmu potravy roste potřeba zavádění nových terapeutických postupů v dětské psychiatrii. Ve spolupráci s Národním ústavem duševního zdraví byla na Oddělení dětské a adolescentní psychiatrie, Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod, zavedena nová doplňková léčebná metoda – expoziční terapie ve virtuální realitě (VR). Přednáška představí využívaný VR program, strukturu terapeutického procesu i dosavadní zkušenosti s jeho implementací na našem pracovišti.

Metodika a výsledky: Budou prezentovány dosavadní zkušenosti s využitím VR terapie u hospitalizovaných pacientů s poruchami příjmu potravy. Součástí sdělení bude zhodnocení přínosů i limitů této léčebné modality v podmínkách lůžkové dětské psychiatrické péče a diskuze možností jejího dalšího rozvoje.

Závěr: Virtuální realita představuje perspektivní doplněk standardní léčby poruch příjmu potravy. První zkušenosti naznačují, že její zařazení do terapeutického procesu může rozšířit možnosti léčby a podpořit inovaci terapeutických postupů v dětské psychiatrii.

Peer podpora v psychiatrické péči: zkušenostní perspektiva v podpoře pacientů s poruchami příjmu potravy a jejich blízkých

Mgr. Beáta Gřundilová
Centrum Anabell, z. ú., Brno

Příspěvek představí zkušenosti s poskytováním peer podpory pod záštitou organizace Anabell v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod. Zaměří se na podporu hospitalizovaných pacientů s poruchami příjmu potravy a na podporu jejich rodičů a blízkých. Představíme možnosti a přínosy využití vlastní zkušenosti s onemocněním a léčbou v kontaktu s pacienty, význam naděje a vzájemného porozumění i specifika podpory rodin, které se s onemocněním svého blízkého často vyrovnávají poprvé. Součástí příspěvku bude také reflexe role peer pracovníka, jeho hranic a spolupráce s odborným týmem v prostředí psychiatrické nemocnice.

ČTVRTEK / 5. 11. 2026 / 16.30–18.00 hod.

WORKSHOP III

ARFID: od nových poznatků k terapeutické praxi

Mgr. Tereza Podávková
PK 1. LF UK a Tree Clinic, Praha

Workshop se zaměřuje na vyhýbavou/restriktivní poruchu příjmu potravy (ARFID), diagnostickou kategorii, která si v posledních letech získává rostoucí pozornost jak ve výzkumu, tak v klinické praxi. Účastníci se seznámí se základní charakteristikou poruchy, jejími možnými příčinami a tím, čím se odlišuje od jiných poruch příjmu potravy i od běžné vybíravosti v jídle.

Součástí workshopu bude přehled aktuálních poznatků a jejich propojení s praktickými terapeutickými přístupy. Prostor bude věnován i otázkám diagnostiky, komorbidit a specifik práce s různými skupinami klientů.

Cílem je nabídnout účastníkům ucelený pohled na téma ARFID a inspiraci pro vlastní terapeutickou praxi.

SYMPOZIUM V – Psychoterapeutické přístupy v péči o děti a dospívající

Od diagnózy ke kauzalitě, léčbě a vizi

MUDr. Bc. Aleš Grambal, Ph.D.
Klinika psychiatrie LF UP a FN Olomouc

Diagnóza popisuje, ale nevysvětluje. Léčba zaměřená na odstranění symptomu proto naráží tam, kde symptom plní funkci: u závislostí, sebepoškozování nebo poruch příjmu potravy jde často o nejlepší dostupný způsob, jak si pacient udržuje vnitřní rovnováhu. Odstranění takového symptomu bez porozumění jeho funkci vede k jeho nahrazení, k dekompenzaci nebo ke ztrátě spolupráce.

Otázka kauzality tak vede od kategorie k příběhu — k tomu, jak se pacientovo prožívání utvářelo a co ho udržuje. V kognitivně behaviorální terapii tomu odpovídá konceptualizace případu. Schematerapie k ní přidává reparenting jako vlastní mechanismus účinku, tedy terapeutický vztah, v němž jsou dosycovány dříve nenaplněné základní emoční potřeby. Přístup Internal Family Systems pak nabízí způsob, jak k jednotlivým částem osobnosti přistupovat s respektem i tehdy, když jsou pro pacienta nebo jeho okolí škodlivé.

Předpokladem takové práce je bezpečí. Trauma-informovaný přístup a v klinické praxi rozšířený, byť teoreticky sporný polyvagální model nabízejí pro klinickou práci užitečný rámec. Bezpečí se přitom nebuduje jen vztahově, ale i tělesně: cílem není snižovat citlivost, ale spojovat ji s odolností. Tomu slouží práce s dechem, pozorností a zátěží, kterou rozvíjíme u dospělých pacientů a jejíž principy chceme přenést na dětské oddělení.

Cílem prezentace je nastínit transdiagnostické uplatnění uvedených principů v praxi. Sdělení je zároveň pozváním ke spolupráci pro kolegy, kterým je toto směřování blízké.

Implementácia dialekticko-behaviorálnej terapie pre adolescentov na Klinike detskej psychiatrie: prvé skúsenosti

MUDr. Alžbeta Virdzeková
Klinika detskej psychiatrie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava

Adolescenti so závažnými ťažkosťami v regulácii emócií, sebapoškodzovaním, suicidálnymi prejavmi a impulzívnym rizikovým správaním potrebujú po ukončení hospitalizácie intenzívnu a dlhodobejšiu terapeutickú starostlivosť. Jednou z intervencií určených pre túto skupinu je dialekticko-behaviorálna terapia pre adolescentov (DBT-A), ktorá spája individuálnu terapiu, nácvik zručností a aktívne zapojenie rodiny.

Na Klinike detskej psychiatrie LF UK a NÚDCH bol vytvorený prvý špecializovaný ambulantný program DBT-A na Slovensku. Do jeho pilotnej realizácie boli na základe stanovených vstupných kritérií zaradení traja adolescenti

spolu so svojimi rodičmi. Všetci adolescenti boli pred vstupom do programu hospitalizovaní na uvedenej klinike, pričom ambulantná DBT-A nadväzuje na ich predchádzajúcu ústavnú psychiatrickú starostlivosť.

Šesťmesačný program pozostáva z pravidelných individuálnych terapeutických stretnutí a skupinového nácviku zručností, na ktorom sa zúčastňujú adolescenti aj ich rodičia. Neoddeliteľnou súčasťou programu je spolupráca špecializovaného terapeutického tímu podporovaná pravidelnou interviziou a supervíziou.

Príspevok približuje proces vytvorenia programu, jeho organizačné a terapeutické usporiadanie, spôsob výberu pacientov a prvé skúsenosti s uplatňovaním DBT-A v slovenskej klinickej praxi. Osobitná pozornosť je venovaná nadväznosti ambulantnej terapie na hospitalizačnú starostlivosť a výzvam spojeným s implementáciou komplexného terapeutického modelu v podmienkach slovenského zdravotníckeho systému. Pilotný program môže prispieť k rozvoju systematickej následnej starostlivosti o adolescentov s vysokým rizikom opakovanej krízy a rehospitalizácie.

Od traumatu k nemoci a od nemoci k prožívání (dvě kazuistiky na pomezí tělesného a duševního zdraví dítěte)

MUDr. Gabriela Jahůdka Vaníková, Bc. Ivona Mikulenková, Eva Toufarová, DiS.
DPA Havířov

Práce vznikla ve spolupráci lékařů a dětských sester Dětského oddělení Nemocnice Havířov.

Autoři děkují zejména MUDr. Elišce Hábové a MUDr. Danielu Murinovi za spolupráci při péči o prezentované pacienty.

Poděkování patří také doc. MUDr. Terezii Šulákové, Ph.D., prim. MUDr. Tomáši Pískovskému, Ph.D., MUDr. Haně Ptoszkové a MUDr. Bc. Janu Potěšilovi, Ph.D., (KDL FNO) za odborné konzultace a dlouhodobou ambulantní péči.

Úvod: Prezentujeme dvě pediatrické nezávislé kazuistiky organicky podmíněných neuropsychiatrických syndromů s autoimunitně neurovývojovým a metabolicko-afektivním overlapem a modulační rolí traumatu.

Neuropsychiatrické symptomy v dětském a adolescentním věku mají heterogenní etiologii zahrnující autoimunitní postižení centrálního nervového systému, metabolické poruchy, neurovývojovou vulnerabilitu a psychosociální trauma. Odlišení od primárních psychiatrických poruch je klinicky náročné, avšak zásadní vzhledem k možnosti cílené léčby a potenciální reverzibility některých stavů.

Kazuistiky: Případ 1: popisuje adolescenta s poruchou autistického spektra, kožním lupus erythematodes, pozitivitu ANA a sníženým CH50, neurologic-

kou symptomatikou s izolovaným peri a paraventrikulárním demyelinizačním ložiskem ve frontálním laloku.

(MRI CNS)

V diferenciální diagnostice bylo vyloučeno demyelinizační onemocnění spektra MS/MOGAD. Po léčbě hydroxychlorochinem došlo ke stabilizaci kožního nálezu, neuropsychiatrického stavu a nedošlo k progresi systémového onemocnění. Klinickou manifestaci významně ovlivnila válečná traumatizace.

Případ 2: představuje adolescentka s těžkou sideropenickou anémií (Hb 52 g/l), u níž vznikl reverzibilní organický depresivní syndrom se suicidálním chováním bez psychiatrické anamnézy. Po korekci anémie saturací železem došlo k výrazné klinické úpravě psychického stavu.

Oba případy demonstrují odlišné patofyziologické mechanismy – autoimunitní neurozánět versus metabolická dysfunkce CNS – s významným vlivem psychosociálního stresu jako modulačního faktoru.

Součástí péče je multidisciplinární tým včetně dětských sester, které se podílejí na časné identifikaci psychických změn, monitoraci rizikového chování a také implementaci programu TripleP k podpoře pozitivního rodičovství, posílení adherence k léčbě a prevenci další psychické dekompenzace.

Součástí prezentace jsou rovněž statistická konziliární data z Dětského oddělení Nemocnice Havířov dokumentující významný nárůst výskytu psychiatrických diagnóz u dětských pacientů, zejména v oblasti afektivních poruch, úzkostných stavů, sebepoškozujícího chování a komplexních psychosomatických prezentací.

Závěr: Obě kazuistiky podporují význam včasné interdisciplinární diagnostiky a integrace somatické a psychiatrické péče v pediatrii. Ukazují, že neuropsychiatrické symptomy mohou být prvním projevem organického onemocnění a včasná diagnostika zásadně ovlivňuje možnost reverzibility stavu, prognózu dítěte i jeho kvalitu života.

SYMPOZIUM VI – Systémy péče, krizová pomoc a role psychiatra

Dětská a dorostová psychiatrie ve Švédsku a České republice: srovnání klinické praxe a organizace péče

Tereza Čálková
Centre for Psychiatry Research, Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet & Stockholm Health Care Services, Region Stockholm, Stockholm, Sweden
Centre for Innovation, Research and Education, Region Västmanland, Västerås, Sweden

Dětská a dorostová psychiatrie ve Švédsku a České republice čelí obdobným výzvám, jako jsou rostoucí prevalence duševních obtíží u dětí a dospívajících, nedostatek odborníků, dlouhé čekací doby a potřeba efektivní mezioborové spolupráce. Přesto se v mnoha ohledech liší organizací péče, dostupností služeb, složením multidisciplinárních týmů i každodenní klinickou praxí.

Přednáška nabídne srovnání obou systémů z pohledu dětského psychiatra s dlouhodobou klinickou zkušeností v České republice i ve Švédsku. Zaměří se na organizaci ambulantní a lůžkové péče, cestu pacienta systémem zdravotní péče, spolupráci se školami a sociálními službami, fungování multidisciplinárních týmů, přístup k diagnostice a léčbě, vzdělávání specialistů i aktuální výzvy, kterým dětská psychiatrie čelí.

Cílem sdělení není hledat lepší systém, ale přispět k výměně zkušeností a podpořit diskuzi o silných stránkách i limitacích obou systémů v kontextu současných změn v pedopsychiatrické péči i v celé společnosti.

Krize nečeká na objednací dobu

PhDr. Marie Zimmermannová
Práh jižní Morava, z. ú.

Dětská psychická krize nečeká na volný termín ani na to, až se systém domluví, kdo je právě kompetentní. V jedné situaci se často potkává rodina, škola, OSPOD, policie, ambulance, lůžková zdravotnická zařízení, sociální služby i krizová podpora v území. Přesto mezi nimi může chybět sdílená první odpověď: kdo vyhodnotí riziko, kdo udrží bezpečí, kdo převezme koordinaci a kdo zůstane s dítětem a rodinou v prvních hodinách a dnech krize.

Příspěvek představí vznik a pilotáž modelu rychlé krizové podpory pro děti a dospívající v Jihomoravském kraji. Model vzniká ve spolupráci s aktéry, kteří se s dětskou krizí setkávají z různých pozic – dětskou a dorostovou psychiatrií, pediatrií, lůžkovými zdravotnickými zařízeními, OSPOD, Policií ČR, školami, sociálními a dalšími návaznými službami. Ověřuje způsob, jak propojit multidisciplinární triáž, kontakt do 24 hodin, výjezd do přirozeného prostředí dítěte, rychlé vyhodnocení rizika, stabilizaci situace a návaznou koordinaci péče.

Nejde o představení další izolované služby, ale o testování společné krizové odpovědi napříč resorty. Přednáška ukáže, co je potřeba dohodnout mezi aktéry, aby dítě v psychické krizi nezůstalo mezi čekáním, přeposíláním a opakovaným vysvětlováním situace. Nabídne první zkušenosti z návrhu modelu, včetně otázek bezpečí, odpovědnosti, hranic péče a spolupráce v akutních i méně jasně vymezených krizových situacích.

SYMPOZIUM VII – Děti, dospívající a návykové látky

Aktuální trendy a struktura nabídky nelegálních drogových trhů v České republice

brig. gen. PhDr. Jakub Frydrych
Národní protidrogová centrála SKPV PČR

Příspěvek se zaměřuje na problematiku dětí a nezletilých v kontextu užívání návykových látek z pohledu orgánů vymáhajících právo. Prezentovány budou aktuální trendy v oblasti dostupnosti a typologie návykových látek ohrožujících dětskou populaci, včetně nových psychoaktivních látek a zneužívání psychoaktivních léčivých přípravků. Zvláštní zřetel bude věnován zkušenostem z aplikační praxe s novým legislativním rámcem nakládání s psychoaktivními látkami v České republice.

Cesty a konce: diagnostické trajektorie, využívaná péče a mortalita mladých lidí s poruchami způsobenými užíváním psychoaktivních látek v datech z národních zdravotních registrů

Štěpánka Ptáčková[1], prof. RNDr. Svetlana Skurtveit, Ph.D.[2], prof. Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D.[3], Ingvild Odsbu, Ph.D.[4], Mgr. Gabriela Rolová, Ph.D.[3]
[1]Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
[2]Norwegian Institute of Public Health, Oslo; Norwegian Centre for Addiction Research (SERAF), University of Oslo
[3]Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
[4]Norwegian Institute of Public Health, Oslo; Karolinska Institutet, Stockholm

Kontinuální monitoring stavu ve věcech drog a duševního zdraví mezi mladistvými (např. ESPAD, HBSC) přináší detailní poznatky o obecné populaci, systematický popis klinické populace mladých lidí s diagnózami poruch způsobených

užíváním psychoaktivních látek (dále jen SUD) z dlouhodobé perspektivy však v českém prostředí doposud chyběl.

Během prezentace představíme výstupy analýzy dat ze tří národních zdravotních registrů zaměřené na osoby s časně diagnostikovanými SUD (6 až 24 let). Zaměříme se přitom na (1) základní demografické charakteristiky, (2) iniciální a následující diagnózy SUD a diagnostické trajektorie, (3) charakteristiky využívané zdravotní péče, (4) mortalitu a příčiny úmrtí. Výzkumný soubor představuje 22 449 mladých pacientů, kteří byli mezi lety 2015 a 2019 poprvé ve své osobní historii diagnostikováni s některou z poruch SUD.

Průměrný věk při první diagnóze SUD je 18,7 roku (SD=3,2), nižší u žen než u mužů. Nejčastější první diagnózu představují poruchy způsobené užíváním alkoholu (55 %), jinými látkami/kombinací (14 %) a kanabinoidy (11 %). Mezi osobami s jednotlivými SUD existují významné rozdíly ve věku při první diagnóze či délce hospitalizace. Mladí lidé se SUD jsou ve srovnání s obecnou populací zatíženi vyšším rizikem úmrtí (SMR = 7,7). U téměř tří čtvrtin zemřelých je smrt dávána do souvislosti s vnějšími příčinami (zejm. úmyslným sebepoškozením a nehodami).

Ne vždy se to ve dvou táhne lépe: komorbidní duševní poruchy u dětí a mladých lidí s poruchami způsobenými užíváním psychoaktivních látek v datech z národních zdravotních registrů

Štěpánka Ptáčková[1], prof. RNDr. Svetlana Skurtveit, Ph.D.[2], prof. Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D.[3], Mgr. Gabriela Rolová, Ph.D. [3], PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.[1]

[1]Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
[2]Norwegian Institute of Public Health, Oslo; Norwegian Centre for Addiction Research (SERAF), University of Oslo
[3]Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze

Komorbidní psychické poruchy představují proměnnou, která může podstatným způsobem ovlivňovat proces zahájení i samotný průběh léčby a doléčování poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek. Přestože se z klinického hlediska jedná o významné téma, v českém prostředí dosud chyběly epidemiologické odhady prevalence přidružených duševních onemocnění u mladých osob s poruchami způsobenými užíváním psychoaktivních látek (dále jen SUD) založené na celopopulačních datech.

Během přednášky představíme výstupy analýzy dat ze dvou národních zdravotních registrů, jež se zaměřuje na téma psychiatrických komorbidit v populaci osob s časným nástupem SUD (mezi 6. a 24. rokem života). Vycházet přitom budeme ze záznamů o více než 50 tisících pacientech, kteří mezi lety 2010 a 2019 využili zdravotní služby hrazené z veřejného pojištění pro jakou-

koliv poruchu ze skupiny SUD. Celková prevalence duševních poruch dosahuje 43 %, vyšší je mezi ženami. Prevalence jakékoliv závažné duševní poruchy (tzv. severe mental illness) se blíží 16% hranici. Roční kumulativní incidence se pohybuje kolem 25 %, nejvyšší je ve skupině pacientů s poruchami způsobenými užíváním hypnotik a sedativ (63 %), tabáku (49 %) a jiných látek či jejich kombinací (47 %). Obecně nejčastější skupinu komorbidních duševních poruch představují neurotické, stresové a somatoformní poruchy, poruchy osobnosti a chování u dospělých, a nakonec také schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy.

Nové a nově rozšířené psychoaktivní látky u adolescentů: klinické rozhodování dětského psychiatra v éře rychle se měnící drogové scény

MUDr. Jana Schmidtová, Ph.D., PhDr. Petr Štěpánek, Ph.D.
ADITEA, s. r. o., Praha

Rychle se měnící trh nových a nově rozšířených psychoaktivních látek představuje pro dětskou a dorostovou psychiatrii stále významnější diagnostickou a terapeutickou výzvu. Klinický problém nespočívá pouze v dostupnosti jednotlivých látek, ale především v jejich kontaktu s vyvíjejícím se mozkem, zvýšenou psychickou zranitelností adolescenta a omezenou zachytitelností těchto látek v běžných toxikologických screeningových vyšetřeních. Kratom, koncentrované produkty s 7-hydroxymitragyninem, semisyntetické kanabinoidy typu HHC, syntetické kanabinoidy, konopné edibles, vaping a nikotinové sáčky se objevují mimo klasický „drogový“ kontext a adolescenti je mohou vnímat jako relativně bezpečné, legální nebo běžně dostupné produkty.

V pedopsychiatrické ambulanci se tato problematika obvykle neprezentuje jako jasně přiznané užívání návykové látky. Častěji přichází adolescent s panickou atakou, derealizací, depersonalizací, agitovaností, nespavostí, depresivní symptomatikou, psychotickými příznaky, sebepoškozováním, suicidálním rizikem nebo náhlým školním kolapsem. U části pacientů je užívání spojeno s experimentem a vrstevnickým tlakem, u jiné části však představuje pokus zvládat úzkost, nespavost, poruchy pozornosti, emoční dysregulaci nebo traumatickou zátěž.

Cílem sdělení je nabídnout praktický klinický rámec pro ambulantní dětské psychiatry, kteří se s touto rychle se měnící oblastí nesetkávají rutinně. Přednáška se nezaměří na toxikologický výčet molekul, ale na strukturované klinické rozhodování: kdy na expozici látce pomyslet, jak se cíleně ptát na konkrétní produkty a formy užití a jak hodnotit zvýšenou psychickou zranitelnost i motivaci adolescenta k užívání. Důraz bude kladen také na limity běžného toxikologického screeningu a na praktické klinické otázky, které pomáhají odlišit intoxikaci, abstinenční obtíže, relaps známé psychiatrické poruchy a možnou první psychotickou epizodu.

Zvláštní pozornost bude věnována adolescentům s neurovývojovou, afektivní, traumatickou zátěží či zvýšenou náchylností k psychotické dekompenzaci, u nichž může užívání těchto látek sloužit jako rizikový způsob zvládání psychické zátěže a současně zvyšovat riziko psychiatrické dekompenzace. Součástí sdělení bude indikace akutního vyšetření či hospitalizace, role rodiny, školy,

adiktologické spolupráce a následného sledování po akutní epizodě. Hlavním sdělením je, že dětský psychiatr nemusí znát názvy stovek nových látek, ale musí umět rozpoznat rizikový klinický syndrom, vyhodnotit bezpečnost pacienta a koordinovat další diagnostický a terapeutický postup.

SYMPOZIUM VIII – Rodina a včasná intervence

Podpora raného vývoje dětí s neurovývojovými obtížemi prostřednictvím včasné behaviorální intervence zprostředkované rodiči: pilotní studie

Mgr. Lucie Mada[1], Mgr. Bc. Lucie Mudroch Lukášová, M.Sc.[1], prof. PhDr. Karel Pančocha, Ph.D., M.Sc.[2], PhDr. Helena Vaďurová, Ph.D., M.Sc.[1]

[1]Pedagogická fakulta MU, Brno

[2]Institut výzkumu inkluzivního vzdělávání, Pedagogická fakulta MU, Brno

V České republice roste potřeba dostupných forem podpory raného vývoje dětí s neurovývojovými obtížemi. Jedná se mimo jiné o děti, u nichž bylo zvýšené riziko neurovývojových obtíží zachyceno prostřednictvím screeningového nástroje M-CHAT-R při preventivní prohlídce v 18 měsících věku, případně o děti, u nichž podezření na neurovývojovou poruchu vyslovil psychiatr. Cílem pilotní studie bylo ověřit proveditelnost a předběžný přínos 12týdenní behaviorální intervence zprostředkované rodiči, zaměřené na podporu komunikace, sociální interakce, imitace a učení dítěte v přirozeném domácím prostředí. Do programu byly zařazeny čtyři rodiny s dětmi ve věku 0–4 roky. Intervence kombinovala týdenní individuální konzultace, videotrénink interakcí mezi rodičem a dítětem a každodenní využívání cílených behaviorálních strategií v běžných situacích. Hodnoceny byly změny v používání těchto strategií rodiči a vývoj socio-komunikačních a imitačních dovedností dětí. Součástí hodnocení byla rovněž rodičovská sebedůvěra a přijatelnost programu. Předběžné výsledky ukazují zvýšení využívání cílených strategií rodiči a zlepšení sledovaných dovedností u dětí. Studie naznačuje, že včasná behaviorální intervence zprostředkovaná rodiči může představovat proveditelnou a perspektivní formu podpory raného vývoje dětí s neurovývojovými obtížemi.

Vztah léčí společnost: etablování Emotion Focused Skills Training v ČR a podpora péče o duševní zdraví dětí

Mgr. Adéla Králíčková
Iniciativa 2023, z. s.

Příspěvek představí projekt zaměřený na etablování research-informed psychoterapeutického přístupu Emotion Focused Skills Training. Tento přístup pocházející z Norska a Kanady učí rodiče, jak bezpečně procházet emočně náročnými situacemi s dítětem a usiluje o zlepšení duševního zdraví dítěte skrze intenzivní práci s rodičem a posílení vzájemného vztahu. Projekt obsahuje výzkumnou intervenční studii se smíšeným designem, jejímž cílem je ověřit současně účinnost a využitelnost EFST při zvyšování kompetencí terapeutstva pracujícího s rodiči napříč pomáhajícími profesemi a při zvyšování rodičovských kompetencí.

Projekt nabízí řešení kritické nedostupnosti péče o duševní zdraví dětí a dospívajících.

Metoda SPACE: léčba dětských úzkostných poruch prostřednictvím rodičů. Na důkazech založená alternativa ke KBT

Mgr. et Mgr. Lucie Fraňková
Lumaya

Úzkostné poruchy patří k nejčastějším psychickým poruchám dětského věku. Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) zůstává léčbou první volby, avšak u části dětí přetrvává významná symptomatika, některé děti léčbu odmítají nebo ji předčasně ukončují. Významnou roli v udržování dětské úzkosti hraje rodinná akomodace, tedy změny v chování rodičů, jimiž se rodina přizpůsobuje úzkostným projevům dítěte.

Metoda SPACE (Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions), vyvinutá na Yale Child Study Center, představuje manualizovanou terapeutickou intervenci vedenou výhradně prostřednictvím rodičů, bez nutnosti účasti dítěte. Jejím cílem je systematické snižování rodinné akomodace a posilování suportivních rodičovských reakcí, které kombinují akceptaci prožitků dítěte s důvěrou v jeho schopnost úzkost zvládnout.

Účinnost metody byla doložena randomizovanou non-inferioritní studií u 124 dětí ve věku 7–14 let, v níž SPACE dosáhla srovnatelných výsledků s individuální KBT a významnějšího snížení rodinné akomodace. Nezávislá randomizovaná studie z roku 2024 účinnost intervence potvrdila s mírou léčebné odpovědi 70 %.

Přednáška představí teoretická východiska, principy a vědecké důkazy účinnosti metody SPACE, její indikace a možnosti využití v klinické praxi. Zvláštní pozornost bude věnována dětem, které individuální terapii odmítají nebo se jí nemohou účastnit. SPACE představuje doplňkový terapeutický přístup ke KBT a farmakoterapii, který může rozšířit dostupné možnosti léčby dětských úzkostných poruch.

Bludný kruh OCD – kazuistika

MUDr. Katarína Vajdová
Klinika detskej psychiatrie LF UK a NÚDCH, Bratislava

Obsedantno-kompulzívna porucha (OCD) predstavuje v detskom veku komplexnú klinickú výzvu, ktorej etiológia zahŕňa genetickú predispozíciu, neurobiologické dysfunkcie a vplyvy prostredia. Kľúčovým faktorom, ktorý priamo negatívne ovplyvňuje dynamiku ochorenia, je fenomén rodinnej akomodácie. Ide o proces, pri ktorom sa rodinní príslušníci v snahe zmierniť akútny distres dieťaťa adaptujú na jeho symptómy – aktívne sa zapájajú do rituálov, poskytujú opakované uistenia alebo modifikujú denný režim domácnosti.

Hoci táto snaha prináša okamžitú úľavu, z dlhodobého hľadiska funguje ako forma negatívneho posilnenia. Akomodácia totiž bráni procesu habituácie, čím paradoxne fixuje symptomatiku a znižuje efektivitu psychoterapie i farmakologickej intervencie.

Výrazne komplikovanejšou sa situácia stáva pri komorbidite s poruchami autistického spektra (PAS). Prekrývanie jadrových symptómov, najmä rigidity a stereotypného správania, sťažuje diferenciálnu diagnostiku medzi obsedantnými myšlienkami a autistickými prejavmi. Klinický obraz býva často zaťažený heteroagresivitou a sociálnou izoláciou, pričom snaha o narušenie rituálu môže u pacienta vyvolať afektívny raptus. Vzniká tak bludný kruh, v ktorom sa protektívna snaha rodiny transformuje na bariéru brániacu terapeutickému pokroku, čo ďalej prehlbuje sociálnu invalidizáciu dieťaťa. Dlhodobý tlak na rodinu zároveň vedie k syndrómu vyhorenia opatrovateľov (caregiver burnout), čo sekundárne oslabuje ich schopnosť nastaviť a udržať potrebné režimové hranice.

Predkladaná kazuistika 12-ročnej pacientky so zmiešanou formou OCD a komorbidnou PAS ilustruje závažný priebeh ochorenia, pri ktorom sa stiera hranica medzi podpornou starostlivosťou a neúmyselnou traumatizáciou. Príspevok otvára diskusiu o limitoch farmakoterapie v kontexte nízkej compliance v domácom prostredí a reflektuje etické dilemy pri liečbe pacientov, kde rodinný systém vykazuje nízku motiváciu k dlhodobej participácii na liečebnom procese.

SYMPOZIUM IX – Na pomezí psychiatrie a somatické medicíny

Management funkčních neurologických poruch v Centru FNP u dětí FN Brno

doc. MUDr. Pavlína Danhofer, Ph.D., Mgr. Martina Vyhnalová, Ph.D., Patricie Vojkovská, DiS.
Klinika dětské neurologie LF MU Brno

Funkční neurologické poruchy (FND) představují u dětí a dospívajících klinicky významnou skupinu obtíží s variabilní symptomatologií. Přestože mohou výrazně ovlivňovat každodenní fungování dítěte a celé rodiny, jejich diagnostika bývá nezřídka opožděná a cesta pacienta systémem zdravotní péče komplikovaná. Pro úspěšnou léčbu je zásadní nejen včasné rozpoznání FND, ale především koordinovaná mezioborová péče.

Prezentace představí problematiku FND z perspektivy tří odborností, které se v diagnosticko-terapeutickém procesu vzájemně doplňují – dětské neurologie, psychologie a fyzioterapie. Neurologická část se zaměří na diagnostiku FND založenou na identifikaci pozitivních klinických znaků, diferenciální diagnostiku a způsob sdělení diagnózy pacientovi a jeho rodině. Psychologická perspektiva představí biopsychosociální rámec FND, faktory podílející se na vzniku a udržování symptomů a možnosti psychologické intervence v kontextu dítěte a jeho rodinného systému. Fyzioterapeutická část se bude věnovat specifickým principům rehabilitace FND, zejména obnově automatických pohybových vzorců, práci s pozorností a postupnému návratu k běžným pohybovým a každodenním aktivitám.

Spojujícím tématem bude praktická návaznost jednotlivých odborností a jednotná komunikace směrem k pacientovi a rodině. Právě konzistentní vysvětlení diagnózy a mechanismu obtíží napříč terapeutickým týmem vytváří předpoklad pro porozumění funkční povaze symptomů, aktivní zapojení pacienta do léčby a efektivní spolupráci rodiny. Cílem prezentace je na konkrétním modelu mezioborové spolupráce ukázat cestu pacienta od stanovení diagnózy přes její přijetí až k cílené terapii a návratu k běžnému fungování. Důraz bude kladen na praktické propojení jednotlivých odborností a na principy péče, které mohou přispět ke zlepšení prognózy a snížení rizika chronifikace obtíží.

Disociativní poruchy na pomezí psychiatrie a neurologie

doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.
PSYCHOMED, s. r. o. a Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

Změny v klasifikačních systémech (MKN 10, DSM 5 a MKN 11) jsou nepochybně odůvodněné, protože odrážejí nové poznatky o příčinách a projevech duševních poruch, v klinické praxi ale mohou komplikovat historické porozumění některým duševním poruchám a odborný přístup k nim. Disociativní motorické poruchy byly v MKN 10 součástí specifických poruch, jejichž symptomy odpo-

vídaly často pacientově představě o tělesné poruše a byly v rozporu s fyziologickými nebo anatomickými pravidly. Dle historických představ je neschopnost pacienta, vyplývající ze ztráty funkcí cestou, která mu pomáhá uniknout z nepříjemného konfliktu nebo mu pomáhá nepřímo vyjádřit závislost nebo odpor (1). V podstatě jsme rozuměli tomu, že jsou tyto poruchy obranným mechanismem, při kterém dochází k částečné nebo úplné ztrátě normální integrace mezi pamětí, vnímáním identity a motorickými funkcemi (2). Mírné a přechodné obrazy těchto poruch můžeme vidět i v adolescenci (MKN 10, kód F 44.82). Pravděpodobně nové názory na příčiny disociativních motorických poruch způsobily jejich přesun z oblasti duševních poruch k poruchám neurologickým. Nově jsou tyto poruchy nazývány Funkční neurologické poruchy nebo Funkční poruchy hybnosti (3). V MKN 11 jsou zařazeny do nové kategorie „Disociativní neurologické symptomové poruchy“. Dřívější nazírání na tyto poruchy je komentováno v publikacích jako „zastaralé“. Prezentace má za cíl informovat o současných neurologických poznatcích, které přinášejí zcela nová doporučení v diagnostice těchto poruch. Neurologická literatura zdůrazňuje, že psychologické ani psychiatrické vyšetření není ke stanovení diagnózy indikované, protože nemůže FPF ani potvrdi ani vyloučit. Tradičně zdůrazňovaná kauzální role psychologických faktorů byla zpochybněna. Psychiatrické vyšetření by mělo sloužit eventuálně jen k identifikaci a léčbě komorbidit (3). Ačkoli všichni psychiatři určitě vítají posuny v diagnostice těchto vzácnějších poruch a potřebu jejich neurologické identifikace, mám za to, že právě v oblasti adolescentní psychiatrie bude potřebná cílená spolupráce neurologů s psychiatry. Přáli bychom si, aby disociativní poruchy motoriky, které jsou dle našich zkušeností na pomezí psychiatrie a neurologie, byly opravdu jen „přechodné“, jak jsou označeny v MKN 10 a aby nezvyšovaly počty chronických, invalidizujících onemocnění se špatnou prognózou. Součástí prezentace jsou dvě stručné kasuistiky z praxe, které položí několik otázek, jejichž jednoznačné zodpovězení je potřebné.

Literatura

1. MKN- 10. Revize. PCP Praha, 1992.ISBN 80-85 121-37-9
2. Látalová K. Rozdíly mezi MKN -10 a MKN-11 v psychiatrii dospělých. Praha : Grada,2025. 277 s.
3. Serranová T. Funkční poruchy hybnosti. Neurol.praxi 2022,23(5):348-354

Psychiatrické aspekty liečby systémovými retinoidmi

MUDr. Anna Surovcová
Klinika detskej psychiatrie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava

Systémové retinoidy, predovšetkým izotretinoín, predstavujú štandardnú a vysoko účinnú liečbu stredne ťažkých až ťažkých foriem akné a ďalších dermatologických ochorení. Popri ich nepochybnom terapeutickom prínose sú už niekoľko desaťročí predmetom pretrvávajúcej odbornej diskusie možné psychiatrické nežiaduce účinky vrátane depresívnej symptomatiky, úzkostných porúch, zmien správania, suicidálnych myšlienok a zriedkavo aj psychotických stavov či delíria. Hoci experimentálne štúdie naznačujú možné mechanizmy účinku retinoidov na centrálny nervový systém, výsledky epidemiologických

štúdií a recentných metaanalýz zatiaľ nepotvrdili jednoznačný kauzálny vzťah medzi liečbou izotretinoínom a zvýšeným rizikom psychiatrických porúch na populačnej úrovni. Súčasné odporúčania napriek tomu zdôrazňujú význam dôsledného psychiatrického skríningu pred začatím liečby a priebežného monitorovania psychického stavu počas terapie, najmä u rizikových pacientov.

Príspevok prináša prehľad aktuálnych poznatkov o psychiatrických aspektoch liečby systémovými retinoidmi so zameraním na detský a adolescentný vek, diskutuje dostupné dôkazy o ich psychiatrických nežiaducich účinkoch a odporúčania pre klinickú prax. Súčasťou príspevku bude kazuistika adolescentného pacienta, u ktorého sa počas liečby systémovým retinoidom rozvinulo delírium, ilustrujúca význam interdisciplinárnej spolupráce dermatológa a detského psychiatra pri diagnostike a manažmente zriedkavých psychiatrických komplikácií liečby.

SYMPOZIUM X – Prevence a podpora duševního zdraví

Soundtrack v hlavě: pohyb, fyzická zdatnost a škola jako infrastruktura duševního zdraví mládeže

doc. PhDr. Miroslav Světlák, Ph.D.
Ústav lékařské psychologie a etiky, LF MU, Brno
Masarykův onkologický ústav Brno

Duševní zdraví dětí a dospívajících bývá často spojováno především s psychologickou podporou, krizovou intervencí, dostupností odborné péče nebo digitálními nástroji. Tyto oblasti jsou nepochybně důležité, zároveň však hrozí, že přehlédneme jeden z nejzákladnějších předpokladů psychické odolnosti: tělo v pohybu. Fyzická aktivita a fyzická zdatnost se podílejí na tom, jak mladý člověk prožívá sám sebe, své tělo, své možnosti i vztah k druhým.

Příspěvek pracuje s metaforou „soundtracku v hlavě“. Stejně jako film působí jinak podle hudby, která ho doprovází, má naše tělo vliv na to, jak se v životě cítíme. Tento „soundtrack“ není tvořen jen myšlenkami z dobrých rad a psychoterapie, ale je výsledkem fungování našeho těla. Noty soundtracku jsou tvořeny z dechu, svalového napětí, únavy, energie, pohybové zdatnosti, spánku, rytmu dne, stresové reakce i z toho, zda mladý člověk prožívá své tělo spíše jako zdroj studu, nebo jako místo síly, kompetence a živosti.

V návaznosti na tělesně ukotvené pojetí emocí a vědomí lze pohyb chápat nejen jako nástroj fyzického zdraví, ale také jako prostředek regulace, vztahovosti a sebepojetí. Pohyb mění způsob, jakým člověk obývá své tělo, jak zachází s napětím, jak zakouší vlastní účinnost a jak se propojuje s druhými. Právě proto může být pravidelný, dostupný a bezpečný pohyb jednou ze základních

podmínek duševního zdraví, a to ještě před tím, než se do práce vložíme my psychiatři a psychologové.

Cílem příspěvku je otevřít diskusi, jak změnit pojetí prevence ve školách: od výzvy „musíš sportovat“ k vytváření prostředí, v němž je pohyb přirozenou, dostupnou a sociálně přijatou součástí každodennosti. Škola může být klíčovým prostředím, protože oslovuje všechny děti, nejen ty motivované, sportovně nadané nebo podporované rodinou. Nízkoprahový školní pohyb by neměl být založen pouze na výkonu, soutěži a selekci, ale na dostupnosti, radosti, opakování, sociální sounáležitosti a postupném budování kompetence.

Příspěvek navrhne koncepci mezioborové spolupráce škol, obcí, zdravotnictví, fakult sportovních studií, pedagogických fakult a odborníků na duševní zdraví. Klíčovou otázkou není jen to, jak děti motivovat, ale jak změnit prostředí tak, aby pohyb nebyl další povinností, nýbrž normou. To vyžaduje přesun části preventivního uvažování i financování směrem tam, kde děti skutečně žijí: do školního dne, družin, školních klubů, volných prostor, komunitních sportovišť a bezpečných míst pro neformální pohyb.

Hlavním sdělením příspěvku je, že pohyb není doplněk duševního zdraví, ale je jeho nutnou podmínkou. Pokud chceme skutečně podporovat duševní zdraví mládeže, nestačí rozšiřovat nabídku pomoci až ve chvíli, kdy se obtíže rozvinou. Potřebujeme vytvářet prostředí, ve kterém se děti mohou pravidelně hýbat, zakoušet své tělo jako zdroj síly a vztahu a postupně si začít v hlavě pouštět vnitřní soundtrack, který podporuje vitalitu, sebedůvěru a odolnost.

Klíčová slova: duševní zdraví mládeže, pohybová aktivita, fyzická zdatnost, škola, prevence, interocepce, nízkoprahový sport, prostředí.

Podpora duševního zdraví ve školním prostředí: program Akčňáci založený na ACT

Mgr. Bc. Radka Hájek[1], Mgr. Vendula Sunková[1],
prof. PhDr. Karel Pančocha, Ph.D., M.Sc.[2],
PhDr. Helena Vaďurová, Ph.D., M.Sc.[1]

Akčňáci jsou český program sociálně-emočního učení určený pro žáky 4.–6. ročníků základních škol. Je postaven na principech Terapie přijetí a odhodlání (Acceptance and Commitment Therapy; ACT) a využívá zážitkové aktivity, řízenou reflexi a herní prvky integrované do běžné výuky. Program rozvíjí psychickou flexibilitu, emoční regulaci a další sociálně-emoční kompetence, které představují významné protektivní faktory duševního zdraví a mohou přispívat k prevenci rozvoje úzkostných a jiných psychických obtíží.

Příspěvek představí teoretická východiska programu, jeho strukturu, způsob implementace ve školním prostředí a zkušenosti z pilotního ověřování. Součástí bude také stručné představení probíhající kvazi-experimentální studie realizované na souboru přibližně 550 žáků základních škol, která sleduje změny v oblasti psychické flexibility, sociálně-emočních dovedností a dopadu úzkostných obtíží na každodenní fungování.

Akčňáci představují příklad školní preventivní intervence propojující současné poznatky behaviorálních věd, ACT a sociálně-emočního učení. Díky implementaci do běžné výuky mají potenciál rozšířit dostupnost časné prevence duševních obtíží a podpořit rozvoj dovedností důležitých pro zvládání psychické zátěže u dětí školního věku.

Klíčová slova: ACT, psychická flexibilita, prevence, úzkostné obtíže, sociálně-emoční učení

Mezi inkluzí a bezpečností: kazuistika dítěte se závažnou behaviorální dysregulací a limity dětské psychiatrické péče

PhDr. Petr Štěpánek, Ph.D., Mgr. Alena Randusová,
MUDr. Jana Schmidtová, Ph.D.
ADITEA, s. r. o., Praha

Emoční dysregulace, iritabilita a heteroagresivní chování patří mezi časté důvody akutních psychiatrických vyšetření, krizových intervencí a indikací k hospitalizaci v dětském a adolescentním věku (Adesanya et al., 2022; Gerson et al., 2023). Jde o transdiagnostický fenomén, který se může objevovat v rámci neurovývojových, behaviorálních, afektivních i traumatických poruch a vyžaduje komplexní biopsychosociální přístup a koordinovanou multidisciplinární péči (Evans et al., 2024).

Příspěvek prezentuje komplexní kazuistiku žáka základní školy se závažnou behaviorální dysregulací, výraznou impulzivitou, nízkou frustrační tolerancí, afektivní labilitou a opakovanými projevy verbální i fyzické agrese. Klinický obraz vedl k opakovaným krizovým situacím ve školním prostředí, narušení vzdělávacího procesu a reálnému ohrožení bezpečí spolužáků, pedagogických pracovníků i samotného dítěte. Kazuistika ilustruje situaci, kdy snaha o zachování dítěte v běžném vzdělávacím proudu postupně naráží na limity školního prostředí a otevírá otázku rovnováhy mezi podporou inkluze a povinností chránit dítě, třídu, školu i rodinu. Navzdory opakovaným pedagogickým, speciálně-pedagogickým, psychoterapeutickým a psychiatrickým intervencím docházelo k další eskalaci rizikového chování.

V rámci sdělení bude prezentován diagnostický proces a model koordinované péče zahrnující dětskou psychiatrii, klinickou psychologii, speciální pedagogiku, školu, školní poradenské pracoviště a zákonné zástupce dítěte. Diskutována bude diferenciální diagnostika mezi neurovývojovými poruchami, poruchou chování, poruchami afektivní regulace a dalšími psychiatrickými stavy spojenými se závažnými agresivními projevy. Představeny budou možnosti multimodální léčby zahrnující farmakoterapii, psychoterapeutické a speciálně-pedagogické intervence a význam jejich vzájemného sladění v rámci CDZ-D ADITEA (Kalvin et al., 2025).

Pozornost bude věnována krizovému managementu ve školním prostředí, prevenci eskalace násilného chování, nastavování ochranných opatření a využití celoškolních podpůrných systémů zaměřených na podporu adaptivního chování, bezpečné školní klima a inkluzivní vzdělávání (Demirtaş et al., 2025). Zvláštní důraz bude kladen na klinická, etická a právní dilemata vznikající v situacích, kdy je vzhledem k závažnosti heteroagresivního chování indikována psychiatrická hospitalizace, avšak doporučený postup naráží na omezenou dostupnost lůžkové péče, vyčerpané kapacity dětských psychiatrických oddělení nebo nesouhlas zákonných zástupců.

Příspěvek nabídne prakticky využitelný model koordinované mezioborové péče v situaci závažné školní heteroagrese a omezené dostupnosti dětské psychiatrické hospitalizace. Současně otevírá odbornou diskusi nad hranicemi inkluzivního vzdělávání, možnostmi ochranných opatření a limity současné-

ho systému dětské psychiatrické péče při práci s vysoce rizikovými dětskými pacienty. Zdůrazňuje význam včasné intervence, sdílené odpovědnosti a komunikace mezi zapojenými odborníky i institucemi.

Když diagnóza nestačí: zkušenosti multidisciplinárního týmu CDZ-D ADITEA s péčí o děti a dospívající s komplexními potřebami

MUDr. Jana Schmidtová, Ph.D., Mgr. Dita Fischer, PhDr. Petr Štěpánek, Ph.D.
ADITEA, s. r. o., Praha

V klinické praxi Centra duševního zdraví pro děti a dospívající CDZ-D ADITEA se opakovaně setkáváme s dětmi a dospívajícími, jejichž potřeby přesahují rámec běžné ambulantní dětské psychiatrie, avšak současně nejsou jednoznačně řešitelné pouze lůžkovou či vysoce specializovanou péčí. Péče o tyto pacienty často přesahuje hranice jednoho systému a vyžaduje propojení ambulantních, komunitních, školských, sociálních a specializovaných služeb. Jejich obtíže nelze dostatečně popsat pouze diagnostickou kategorií, protože pro plánování péče je zásadní také rozsah funkčního postižení v každodenním životě.

Typickým rysem této skupiny je vysoká míra psychiatrických komorbidit a komplexních potřeb zasahujících více oblastí fungování dítěte. Vedle neurovývojových poruch se objevují úzkostně-depresivní obtíže, emoční dysregulace, obsesivně-kompulzivní symptomatika, traumatické zkušenosti, poruchy chování, sebepoškozování, suicidální riziko, časné psychotické projevy a narušená sociální adaptace. Napříč diagnostickými kategoriemi se významně uplatňuje odmítání školní docházky a širší funkční selhávání, zahrnující sociální izolaci, omezenou samostatnost, vyšší závislost na rodině a obtíže v přirozeném sociálním prostředí.

Zkušenosti multidisciplinárního týmu ukazují, že míra funkčního postižení může být pro stanovení potřebné intenzity podpory významnějším vodítkem než samotná diagnóza. Komplexita obtíží často přesahuje samotného pacienta a zahrnuje rodinný systém, rodičovské kompetence, školní prostředí i širší sociální kontext. Péče proto vyžaduje souběžnou práci s dítětem, rodinou a dalšími institucemi.

Příspěvek představí zkušenosti multidisciplinárního týmu CDZ-D ADITEA s péčí o děti a dospívající s komplexními potřebami a zaměří se na situace, v nichž samotná diagnostická kategorie nepostačuje k rozhodování o dalším postupu. Na vybraných klinických situacích, zejména u pacientů se školním odmítáním, sociální izolací, emoční dysregulací a vysokou závislostí na rodinném systému, bude ilustrováno, jak tým vyhodnocuje potřeby dítěte, stanovuje intenzitu podpory a koordinuje spolupráci mezi zdravotnickým, školským a sociálním systémem. Diskutována bude role psychiatrické, psychoterapeutické, sociální a speciálně-pedagogické práce, význam síťování služeb a koordinace péče napříč institucemi.

Zvláštní pozornost bude věnována principům psychiatrické rehabilitace, tedy podpoře každodenního fungování, samostatnosti, sociálních kompetencí a zapojení dítěte do běžného života. Cílem příspěvku je ukázat, že u dětí a dospívajících s komplexními potřebami je nezbytné uvažovat nejen o zmírnění symptomů, ale také o obnově funkční kapacity, posílení přirozených zdrojů podpory a udržení dítěte v rodině, vzdělávacím systému a běžném sociálním prostředí.

POSTERY

- **CBIT v české klinické praxi, výsledky a zkušenosti z terapeutické práce s pacienty s tikovými poruchami** – Kratochvíl Vaněčková G.
- **Alkohol v dětství a adolescenci: vývojové trajektorie a příležitosti časné intervence** – Skorkovský T., Figueroa J., Nekvapil F., Podlipný J.
- **Dětský psychiatrický stacionář FN Brno** – Dvořáčková Fasouli S., Staňková L.

Alkohol v dětství a adolescenci: vývojové trajektorie a příležitosti časné intervence

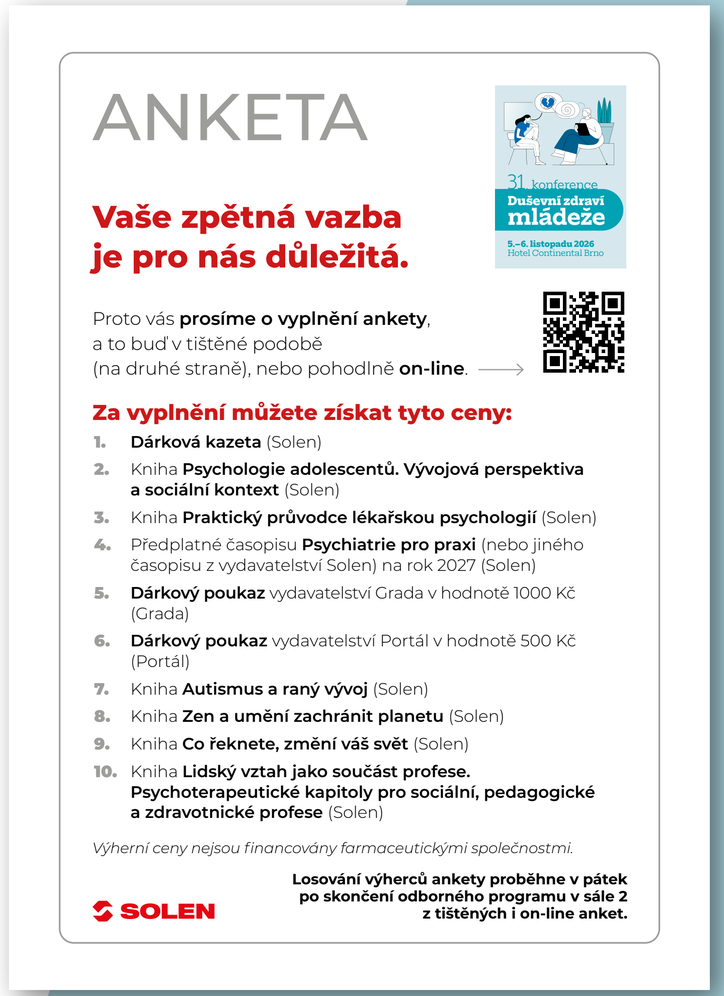
MUDr. Ing. Tomáš Skorkovský, MUDr. Jakub Figueroa, MUDr. František Nekvapil, MUDr. Jiří Podlipný

Porucha užívání alkoholu (AUD) představuje heterogenní poruchu, jejíž vývojové počátky lze často identifikovat již v dětství a adolescenci. Současné longitudinální studie ukazují, že časná konzumace alkoholu je nejen rizikovým faktorem, ale také markerem širší vývojové vulnerability podmíněné biologickými, psychologickými a psychosociálními faktory. Článek shrnuje současný vývojový model AUD, význam časné iniciace konzumace alkoholu a hlavní rizikové faktory spojené s nepříznivými vývojovými trajektoriemi. Současně zdůrazňuje význam pediatrické praxe v oblasti časné identifikace, screeningu a intervence.

VÁŠ NÁZOR NÁS ZAJÍMÁ – ANKETA

Byl pro vás program přínosný?
Jaká další témata by vás zajímala?
Chybí vám něco na konferenci?

Vyplněním naší ankety můžete ovlivnit podobu dalších ročníků sympozia. Na závěr konference bude probíhat **losování tištěné i on-line formy o praktické ceny.**
Ceny v anketě nejsou financovány farmaceutickými společnostmi.



ANKETA

31. konference Duševní zdraví mládeže 5.–6. listopadu 2026 Hotel Continental Brno

Vaše zpětná vazba je pro nás důležitá.

Proto vás **prosíme o vyplnění ankety**, a to buď v tištěné podobě (na druhé straně), nebo pohodlně **on-line**. →

Za vyplnění můžete získat tyto ceny:

1. **Dárková kazeta** (Solen)
2. Kniha **Psychologie adolescentů. Vývojová perspektiva a sociální kontext** (Solen)
3. Kniha **Praktický průvodce lékařskou psychologií** (Solen)
4. Předplatné časopisu **Psychiatrie pro praxi** (nebo jiného časopisu z vydavatelství Solen) na rok 2027 (Solen)
5. **Dárkový poukaz** vydavatelství Grada v hodnotě 1000 Kč (Grada)
6. **Dárkový poukaz** vydavatelství Portál v hodnotě 500 Kč (Portál)
7. Kniha **Autismus a raný vývoj** (Solen)
8. Kniha **Zen a umění zachránit planetu** (Solen)
9. Kniha **Co řeknete, změní váš svět** (Solen)
10. Kniha **Lidský vztah jako součást profese. Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese** (Solen)

Výherní ceny nejsou financovány farmaceutickými společnostmi.

Losování výherců ankety proběhne v pátek po skončení odborného programu v sále 2 z tištěných i on-line anket.

SOLEN

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM PARTNERŮM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONFERENCE

HLAVNÍ PARTNER

EGIS

MEDIS

NEURAXPHARM®

PARTNEŘI

GRADA

MEDEVIO

NADACE AGROFERT

portál

Qpharma POMÁHÁME LÉČIT

ZENTIVA