COGNITIVE REMEDIATION JOURNAL

Cognitive Remediation Journal

Obsah

Redakční rada 1

Originální práce 2

S. Žuchová, J. Toutonghi, H. Papežová: Rodinná forma kognitivní remediace pro pacientky s mentální anorexí: první zkušenosti, Family-based cognitive remediation for anorexia nervosa patients: first experiences 2

Z. Višňovcová, I. Tonhajzerová: Biomedicínsky princíp a využitie elektrodermálnej odpovede v klinickej praxi. Biomedical principle and application of electrodermal response in clinical practice 10

Přehledová práce 16

J. Lužný: Diagnostikujeme správně a včas demenci? 16

Příspěvky z praxe 26

M. Růžička, R. Procházka: Zkušenosti s krátkým intervenčním programem pro osoby závislé na pervitinu, The Experience With Brief Intervention Programme For Meth Addicts 26

Personálie 33

J. Kordačová, Profesor PhDr. Ondrej Kondáš DrSc. – nezabudnuteľný priekopník kognitívnej klinickej psychológie a psychoterapie. 33

Přečetli jsme za vás 42

Sociální kognice 42

American Academy of Pediatrics DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN 44

Pozvánka na odborné akce 45

III. Mezinárodní COGMED akreditační konference 45

Pokyny pro autory 46

Obecné podmínky 46

Podmínky publikování 46

Recenzenti 48

Redakční rada

Vedoucí redaktor prim. MUDr. Miroslav Novotný,
prof. MUDr. Josef Faber, DrSc.,
doc. MUDr. Ingrid Tonhajzerová, Ph.D.,
doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.,
PhDr. Hana Přikrylová- Kučerová Ph.D.,
PhDr. Pavel Škobrtal, Ph.D.,
PhDr. Mabel Rodriguez, Ph.D.,
doc. PhDr. Jíří Kulka, CSc.,
PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.,
PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D.,MBA
MUDr. et Mag. Phil. Svetlana Žuchová, Ph.D.
PhDr. Jiří Kirchner, Ph.D.

Originální práce

Rodinná forma kognitivní remediace pro pacientky s mentální anorexí: první zkušenosti

S. Žuchová, J. Toutonghi, H. Papežová: Rodinná forma kognitivní remediace pro pacientky s mentální anorexí: první zkušenosti, Family-based cognitive remediation for anorexia nervosa patients: first experiences
svetlana.zuchova@gmail.com ; Hana.Papezova@vfn.cz
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11, 12000 Praha 2

Abstrakt
V naší práci popisujeme první zkušenosti s novou formou intervence u pacientek s mentální anorexií. Jedná se o kognitivní nácvik, který provádí rodič s pacientkou v domácím prostředí. Vycházíme ze zkušeností s kognitivní remediací zaměřenou na kognitivní deficity této populace pacientek, tedy na sníženou schopnost set-shiftingu a slabou centrální koherenci. Zároveň využíváme zkušeností z vícerodinné terapie. Naší pilotní studie se účastnilo 8 rodin. Jednalo se o rodiče a dcery trpící mentální anorexií ve věku 15-19 let. Uvádíme první výsledky kvalitativního a kvantitativního hodnocení intervence rodiči a pacientkami a na jejich základě navrhujeme možnosti modifikace.

Abstract
Based on our experience with cognitive remediation for anorexia nervosa inpatients and with multifamily therapy for eating disorders, we have developed a family-based cognitive remediation program. It targets the main cognitive deficits of these patients, mainly the weak central coherence and set shifting deficiency. Eight families participated in our pilot study, including parents and daughters with anorexia nervosa. Our aim was to assess feasibility and acceptability of the intervention. We describe the first results of quantitative and qualitative evaluation of the program, and suggest modifications for future use.

Klíčová slova:
Mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, kognitivní remediace, rodinná terapie

Key words
Anorexia nervosa, eating disorders, cognitive remediation, family-based treatment

Úvod

U pacientek s mentální anorexií bylo popsáno několik neuropsychologických deficitů (Stedal et al., 2012; Gillberg et al., 2007; Duchense et al., 2004; Mathias&Kent, 1998). Patří sem deficity prostorové paměti (Stedal et al., 2012; Szmukler et al., 1992), snížená schopnost set-shiftingu (Roberts et al., 2010; Roberts et al., 2007; Steinglass, 2006; Holliday, 2005), a slabá centrální koherence (Lopez et al., 2008a; Lopez et al., 2008b; Lopez et al., 2009). Termínem set-shifting se chápe schopnost věnovat se paralelně několika úkolům a přecházet mezi několika mentálními operacemi. Deficity set-shiftingu se klinicky projevují jako rigidita a vedou u pacientek k zachovávání maladaptivních postojů a vzorců chování (Roberts et al., 2007). Slabá centrální koherence se manifestuje nadměrným zaměřením na detail a menší schopností integrovat informace do kontextu. Klinicky souvisí se skresleným vnímáním těla (Lopez et al., 2008a). Byly popsané i poruchy rozhodování, přičemž pacientky upřednostňují okamžitou odměnu na úkor plnění dlouhodobého cílu (Tchanturia et al., 2012; Brogan

et al., 2010; Tchanturia et al., 2007a; Cavedini et al., 2004). Tato charakteristika souvisí především s purgativním chováním. Vzhledem k souvislostem mezi neuropsychologickými abnormalitami a symptomy poruchy příjmu potravy je důležité terapeuticky s nimi pracovat. Kognitivní deficity nacházíme nejenom u pacientek v akutní fáze nemoci, ale i u pacientek v remisi, tedy po dosažení normální tělesné hmotnosti (Danner et al., 2012), jako i u zdravých příbuzných pacientek netrpících poruchou příjmu potravy (Tenconi et al., 2010). Proto se o nich uvažuje jako o endofenotypech poruch příjmu potravy (Tenconi et al., 2010; Lopez et al., 2009; Holliday et al., 2005). Podváha při akutní nemoci tyto premorbidní kognitivní deficity zvýrazňuje.

Toto je východiskem kognitivní remediace pro poruchy příjmu potravy. Kognitivní remediace se zaměřuje především na set-shifting a slabou centrální koherenci (Baldock&Tchanturia, 2007; Tchanturia et al., 2007b; Pretorius&Tchanturia, 2007; Tchanturia et al., 2006a). Kognitivní remediace byla u poruch příjmu potravy původně popsána jako individuální forma terapie, která pozůstává z deseti 45-minutových sezení s terapeutem. Chápe se jako pre-psychologická intervence pro pacientky v akutní fázi nemoci. Podstatné je, že připravuje pacientky na náročnější formy psychoterapie a přispívá k navázání terapeutického vztahu (Whitney et al., 2008; Tchanturia et al., 2007b), který je klíčovým prvkem úspěšné psychoterapie (Horvath et al., 2011). První zkušenosti ukázaly, že pacientky v terapii oceňují odklon od témat souvisejících s příjmem potravy a nácvik kognitivní flexibility (Whitney et al., 2008; Tchanturia et al., 2007b). Kvantitativní hodnocení ukázalo pozitivní vliv kognitivní remediace na neuropsychologický profil (Danner et al., 2012; Pitt et al., 2010; Tchanturia et al., 2008). U poruch příjmu potravy se jedná o poměrně novou terapeutickou metodu, která se nadále zkoumá. Je jistě důležité poznamenat, že je to metoda přídatná a nenahrazuje intervence zaměřené na úpravu jídelního chování.

Kromě kognitivní remediace jako individuální terapie se zkouší i jiné formy, ale zkušenosti jsou zatím omezené. Pro pacientky s lehčí formou nemoci se navrhovala intervence s názvem neuropsychologický feedback (Lopez et al., 2008c), která pozůstává jen ze tří sezení a omezuje se na podání zpětné vazby o převládajícím kognitivním stylu bez nácviku změny. Individuální kognitivní remediace se kromě hospitalizovaných dospělých pacientek zkoušela i u ambulantně léčených nemocných (Pitt et al., 2010) a adolescentů (Easter&Tchanturia, 2011; Wood et al., 2011; Cwojdzińska et al., 2009). Několik autorů popsalo skupinovou formu kognitivní remediace (Wood et al., 2011; Cwojdzińska et al., 2009). Na našem oddělení jsme začali nabízet skupinovou kognitivní remediaci a navrhli jsme několik modifikací pro praxi.

Zároveň se za klíčovou součást terapie poruch příjmu potravy považují různé formy rodinné terapie. Původně se vycházelo z předpokladu, že nemoc je zapříčiněná některými aspekty rodinné struktury, takže jejich změna povede k redukci symptomů (Minuchin et al., 1975; Palazzoli et al., 1974). Později se přešlo k názoru, že rodinu je třeba chápat jako zdroj na cestě k úzdravě (Eisler et al., 1997). Rodinná terapie se považuje za terapii volby u adolescentů s mentální anorexií (Loeb&le Grange, 2009; Eisler, 2005; Lock&le Grange, 2001). Výsledky týkající se dospělých pacientek jsou méně jednoznačné, považuje se ale za dokázané, že rodinná terapie je v kombinaci s jinými terapeutickými přístupy důležitou součástí léčby (Loeb&le Grange, 2009; Eisler, 2005; le Grange, 2005).

Přístup, který navrhujeme, kombinuje zkušenosti s kognitivní remediací pro poruchy příjmu potravy a rodinnou terapii. V našem příspěvku popisujeme první zkušenosti s kognitivním nácvikem, který provádí rodič (eventuelně jiný rodinný příslušník) s pacientkou v domácím prostředí. Jedná se o novou, doposud nepopsanou terapeutickou intervenci pro pacientky s mentální anorexií. Cílem práce je též navrhnout modifikace intervence pro její další využití.

Intervence

Rodiny pro naši pilotní studii jsme získali z 8. a 9. běhu vícerodinné terapie organizované na našem oddělení. Celkově zatím proběhlo 9 běhů, v dubnu 2013 se začne 10 běh (Mehl et al., 2012). Této pilotní studie se účastnilo 8 rodin. Ve všech případech se jednalo o rodiče a dcery trpící mentální anorexií. Dcery byly ve věku 15-19 let, průměrné BMI bylo17,3 kg/m^2.

Při úvodním setkání jsme účastníky seznámili s poznatky o specifikách kognitivního stylu u pacientek s mentální anorexií. Každá rodina potom dostala manuál pětitýdenního programu kognitivní remediace. Program pozůstával ze čtyř cvičení. Cvičení jsme čerpali z manuálu kognitivní remediace pro mentální anorexii sestaveného její autorkou (Tchanturia et al., 2006b). Zároveň jsme jednotlivá cvičení modifikovali na základě našich zkušeností s kognitivní remediací u našich hospitalizovaných pacientek. Modifikace se týkala hlavně náročnosti a atraktivnosti cvičení a popisujeme je podrobněji v diskusi.

V úvodu manuálu jsme uvedli základní pravidla. Požadovali jsme, aby se rodič věnoval s pacientkou cvičením jednou v týdnu, přičemž jedna lekce byla plánovaná na cca 30-40 minut. Nácviku měl být v ideálním případě vyhrazen pravidelný čas a nerušené místo. Pořadí cvičení bylo v manuálu stanoveno předem. Na každý týden tedy bylo naplánováno jedno předem dané cvičení.

Popis jednotlivých cvičení

1. Pacientčiným úkolem je popsat abstraktní geometrickou figuru tak, aby ji rodič podle jejich instrukcí nakreslil. Jde o cvičení centrální koherence. Cílem je dospět k poznání, že instrukce by měla postupovat od základního tvaru figury k detailům a ne naopak.
2. Druhé cvičení je inspirováno Stroopovým testem (Stroop, 1935). Je to v seznamu slov označujících barvy napsaných kongruentní anebo inkongruentní barvou. Úkolem je střídavě číst slova bez ohledu na barvu a barvy bez ohledu na význam slova. Druhou částí úlohy je seznam písmen abecedy a instrukce číst střídavě samohlásky a souhlásky. Jedná se o nácvik set-shiftingu.
3. Úkolem je jmenovat střídavě mužská a ženská jména, ve druhé části krajiny a zvířata na jednotlivá písmena abecedy. Podobně jako u předchozího cvičení se jedná o nácvik set-shiftingu.
4. Pacientčiným úkolem je shrnout obsah fiktivního dopisu do krátké zprávy. Jde o cvičení centrální koherence.

Po každém cvičení následovalo několik otázek týkajících se využití konkrétních dovedností v každodenním životě. Toto přemostění cvičení a reality je klíčovým komponentem kognitivní remediace.

Výsledky

Na závěr „sezení“ jsme dcery i rodiče požádali o vyplnění krátkého dotazníku. Na analogových škálách hodnotili srozumitelnosti instrukce, zábavnost a užitečnost cvičení. Mírou srozumitelnosti, resp. zábavnosti a užitečnosti cvičení byla vzdálenost od levého okraje 10-centimetrové horizontální škály. Po absolvování všech cvičení a při následujícím setkání s rodinami proběhla skupinová diskuse, ve které rodiny poskytly zpětnou vazbu o intervenci. Výsledky hodnocení intervence jsou shrnuty v tabulkách 1 a 2. Tabulka 1 ukazuje průměrné hodnocení sledovaných proměnných rodiči a pacientkami. V tabulce 2 jsou shrnuty výsledky slovního hodnocení ve skupinové diskusi.

Nejlépe bylo hodnoceno cvičení 1. Ostatní cvičení nehodnotili účastníci jako zábavné a bylo pro ně těžké odhadnout účel cvičení. Rodiny vyzdvihly aspekt společně tráveného času a vzájemné komunikace, cvičení chápaly jako dobrý trénink školních dovedností (soustředění, paměť). V některých případech vedly rozhovory po cvičeních k otevření nových témat. Na druhé straně považovali dcery i rodiče cvičení za náročná a vzhledem ke snížené schopnosti soustředění u pacientek, hodnotili 30-40 minutové sezení jako příliš dlouhá.

Tabulka 1

Hodnocení jednotlivých cvičení pacientkami a rodiči na analogových škálách:

		Byla instrukce srozumitelná? (%)	Bavilo vás cvičení? (%)	Je cvičení užitečné? (%)
Cvičení 1	Dcera	99	78	78
	Rodič	90	83	70
Cvičení 2	Dcera	44	37	17
	Rodič	71	33	51
Cvičení 3	Dcera	63	61	12
	Rodič	88	63	34
Cvičení 4	Dcera	35	41	50
	Rodič	70	65	68

Tabulka 2

Souhrn slovného hodnocení intervence:

+	-
Společná aktivita, zapojili se sourozenci, soutěže	Nedostatek času na cvičení
Trénink soustředění, školních dovedností	Trvání 30-40 minut je dlouhé
Cvičení vzájemné komunikace	Cvičení příliš obtížná, dokonce i pro rodiče
Otevření nových témat	Kognitivní styl rodiče stěžuje funkci „trenéra“?

Diskuse

Mentální anorexie je závažné a potenciálně smrtelné onemocnění, které postihuje především mladé ženy a často má chronický průběh. Přes množství popsaných terapeutických intervencí nepřinesly výzkumy efektivity různých forem psychoterapie jednoznačné výsledky (Agras&Robinson, 2008; Wilson et al., 2007). Zapojení rodinných příslušníků do léčby se ale považuje za klíčové. Byly popsané různé formy rodinné terapie, u kterých byla opakovaně potvrzena jejich účinnost i dobré přijetí pacientkami i příbuznými (Mehl et al., 2012; Loeb&le Grange, 2009; Eisler, 2005; le Grange et al., 2005; Lock&le Grange, 2001; Eisler et al., 1997).

Kognitivní remediace pro mentální anorexii představuje relativně nový terapeutický přístup. Využívá poznatky z kognitivní remediace u schizofrenie a kognitivního tréninku u obsedantně kompulzivní poruchy (Cwojdzińska et al., 2009; Tchanturia et al., 2007a). Zaměřuje se především na posílení

schopnosti set-shiftingu a centrální koherenci. V této práci navrhujeme novou terapeutickou intervenci, která kombinuje přístup rodinné terapie a kognitivní remediace.

Kognitivní remediaci jsme se rozhodli využívat z několika důvodů. V našem zařízení přibývá těžce nemocných pacientek s výraznou podváhou, často v chronickém stadiu nemoci. Na lůžkovém oddělení i v rámci denního stacionáře je terapeutický program odstupňovaný podle hmotnosti pacientek. Pacientky s těžkou malnutricí a BMI pod 16 kg/m^2 nemají přístup k některým formám psychoterapie. Jedním z důvodů je právě kognitivní rigidita těchto pacientek a ulpívání na maladaptivních postojích a vzorcích chování, které jim neumožňuje spolupracovat při náročnějších psychoterapiích, hlavně dynamické skupinové terapii. Jelikož tato skupina pacientek narůstá, bylo nutné přizpůsobit jí i terapeutickou nabídku. Jedním ze způsobů je právě zavedení kognitivní remediace. Tato je určená nemocným s výraznou podváhou, které zatím nejsou schopné participovat v náročnějších psychoterapiích (Whitney et al., 2008; Tchanturia et al., 2007a). Zároveň pracuje právě s kognitivními charakteristikami, které pacientkám brání spolupracovat při jiných formách terapie, ale zároveň i zařadit se zpátky do života, například do studia. Upřednostňovali jsme skupinový formát, který je sice zatím méně přepracovaný, ale nabízí několik výhod. Jednak je ekonomičtější, jednak umožňuje kromě specifického účinku kognitivní remediace využívat i všeobecné mechanizmy skupinové psychoterapie.

Po dobré zkušenosti se skupinovou kognitivní remediací u hospitalizovaných pacientek a pacientek v denním stacionáři jsme se rozhodli zařadit ji i do terapeutické nabídky vícerodinné terapie, která v našem zařízení probíhá již několik let (Mehl et al., 2012). Jedná se o pilotní experiment nové, na poli poruch příjmu potravy zatím neověřené intervence, která se ale zkoušela u pacientů se schizofrenii (Breitborde et al., 2011). Pětitýdenní program kognitivní remediace jsme nabídli osmi rodinám účastnícím se vícerodinné terapie. V každé rodině vypracoval rodič s dcerou jedno cvičení týdně, celkově 4 cvičení. Pacientky i rodiče hodnotili srozumitelnost instrukce a zábavnost a užitečnost cvičení. Rodiny vyzdvihly aspekt společně tráveného času a vzájemné komunikace, cvičení chápaly jako dobrý trénink školních dovedností (soustředění, paměť). V některých případech vedly rozhovory po cvičeních k otevření nových témat. Na druhé straně považovali dcery i rodiče cvičení za málo zábavná a příliš dlouhá.

Závěr

Z této pilotní studie kognitivní remediace v rodině vyplývá několik závěrů:

1. Bez přítomnosti terapeuta je pro pacienty i příbuzné těžké pojmenovat specifický cíl cvičení. Účastnící vnímají spíš nespecifické faktory intervence. Je potřeba dále pracovat s náročností cvičení a dále je modifikovat tak, aby byla pro pacientky zajímavější.
2. V našem vzorku se jednalo o skupinu pacientek, kterých stav dovoloval ambulantní formu léčby. Nejedná se tedy o cílovou skupinu kognitivní remediace, která je intervencí pro nemocné s těžkou podváhou. Proto je potřeba cvičení dále uzpůsobit pro tuto skupinu pacientek.
3. Kognitivní styl charakteristický pro pacientky s mentální anorexií byl popsán i u jejich zdravých příbuzných, kteří poruchou příjmu potravy netrpí. To může ztěžovat příbuznému (v našem případě rodiči) funkci „trenéra“.

Na základě těchto poznatků navrhujeme pro další praxi několik modifikací intervence:

1. Rozšířit úvodní edukaci o kognitivních stylech dané skupiny pacientek a poskytnout více prostoru přemostění kognitivních stylů s každodenním životem. Rodiče i pacientky by tak získali jasnější představu o specifických cílech nácviku. Navrhujeme též zařadit do programu

vícerodinné terapie modelová cvičení pod vedením terapeuta. Rodiče by tak měli příležitost zažít kognitivní remediaci s terapeutem a pracovat na formulacích k jednotlivým úlohám.

2. Dále pracovat s náročností cvičení. U hospitalizovaných pacientek jsme ze začátku používali cvičení z původního manuálu (Tchanturia et al., 2006b), tato cvičení ale naše pacientky hodnotily jako příliš jednoduchá. Proto jsme je modifikovali tak, abychom zvýšili jejich náročnost (např. záměna původní jednoduché abstraktní figury z manuálu za figuru složitější). Jelikož u vícerodinné terapie se jedná o pacientky léčeny ambulantně (a tedy s méně závažnou symptomatikou), zařadili jsme do manuálu kognitivního nácviku už tato náročnější cvičení. Ze zpětné vazby účastníků ale vyplívá, že cvičení jsou, naopak, příliš komplikovaná. Řešením by bylo zařadit do manuálu úlohy různé náročnosti, resp. úlohy odstupňovat od jednodušších po složitější.
3. Za největší výzvu považujeme zvýšit atraktivitu a „zábavnost" cvičení pro pacientky. Je možnost zlepšit grafickou úpravu materiálů. Rovněž možno změnit způsob administrace, konkrétně vyzkoušet remediaci formou specifického počítačového programu. Toto řešení je ale technicky náročné a aktuálně v podmínkách našeho pracoviště nerealizovatelné. V rámci naší práce se budeme snažit více podpořit přemostění úloh s každodenností pacientek, tedy přiblížit cvičení běžným situacím. (U hospitalizovaných pacientek jsme, například, u cvičení prostorové představivosti využívali skutečné mapy měst místo schematických nákresů v původním manuálu.) Uvažujeme o vytvoření příběhů k jednotlivým úlohám.

Hlavním omezením naší práce je zatím malý počet zúčastněných rodin. Též jsme zatím nehodnotili specifický efekt intervence na kognitivní charakteristiky pacientek. V pilotní fáze bylo našim cílem ověřit akceptaci intervence a pojmenovat aspekty, které vyžadují další úpravu. V dalším kroku se zaměříme na specifický vliv kognitivní remediaci na kognitivní fungování pacientek.

Použitá literatura

1. Agras WS, Robinson AH. Forty years of progress in the treatment of eating disorders. Nord J Psychiatry 2008; 62 Suppl 47: 19-24.
2. Baldock E, Tchanturia K. Translating laboratory research into practice: foundations, functions and future of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa. Therapy 2007; 4(3): 285-292.
3. Breitborde NJ, Moreno FA, Max-Dixon N, et al. Multifamily group psychoeducation and cognitive remediation for first-episode psychosis: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2011; 11(9).
4. Brogan A, Hevey D, Pignatti R. Anorexia, bulimia, and obesity: shared decision making deficits on the Iowa Gambling Task (IGT). J Int Neuropsychol Soc 2010; 16(4): 711-5.
5. Cavedini P, Bassi T, Ubbiali A, et al. Neuropsychological investigation of decision-making in anorexia nervosa. Psychiatry Res 2004; 127(3): 259-66.
6. Cwojdzińska A, Markowska-Regulska K, Rybalowski, F. [Cognitive remediation therapy in adolescent anorexia nervosa - case report]. Psychiatr Pol 2009; 43(1): 115-24. Polish.
7. Danner UN, Sanders N, Smeets PA, et al.: Neuropsychological weaknesses in anorexia nervosa: set-shifting, central coherence, and decision making in currently ill and recovered women. Int J Eat Disord 2012; 45(5): 685-94.
8. Duchesne M, Mattos P, Fontenelle LF, et al. Neuropsychology of eating disorders: a systematic review of literature. Rev Bras Psiquiatr 2004; 26(2): 107-17.
9. Easter A, Tchanturia K. Therapists' experiences of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: implications for working with adolescents. Clin Child Psychol Psychiatry 2011; 16(2): 233-46.
10. Eisler I Dare C, Russell GF, et al. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. Arch Gen Psychiatry 1997; 54(11): 1025-30.
11. Eisler I. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. J Fam Ther 2005; 27:104-131.

12. Gillberg IC, Råstam M, Wentz E, et al.. Cognitive and executive functions in anorexia nervosa ten years after onset of eating disorder. J Clin Exp Neuropsychol 2007; 29(2): 170-8.
13. Holliday J, Tchanturia K, Landau S, et al. Is impaired set-shifting an endophenotype of anorexia nervosa? Am J Psyciatry 2005; 162(12): 2269-75.
14. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, et al. Alliance in individual psychotherapy. Psychotherapy (Chic) 2011; 48(1): 9-16.
15. Le Grange D, Binford R, Loeb KL. Manualized family-based treatment for anorexia nervosa: a case series. J Am Acad Chid Adolesc Psychiatry 2005; 44(1): 41-46.
16. Loeb KL, le Grange D. Family-Based Treatement for Adolescent Eating Disorders: Current Status, New Applications and Future Directions. Int J Child Adolesc health 2009; 2(2): 243-254.
17. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D, et al.. An examination of the concept of central coherence in women with anorexia nervosa. Int J Eat Disord 2008a; 41(2): 143-52.
18. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D, et al. Central Coherence in eating disorders: a systematic review. Psychol Med 2008b; 38(10): 1393-404.
19. Lopez C, Roberts EM, Tchanturia, et al. Using Neuropsychological Feedback Therapeutically in Treatment for Anorexia Nervosa: Two Illustrative Case Reports. Eur Eat Disord Rev 2008c; 16(6): 411-20.
20. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D, et al. Weak central coherence in eating disorders: a step towards looking for an endophenotype of eating disorders. J Clin Exp Neuropsychol 2009; 31(1): 117-25.
21. Lock J, le Grange D. Can Family-Based Treatment of Anorexia Nervosa Be Manualized? J Psychother Pract Res 2001; 10(4): 253-261.
22. Mathias JL, Kent PS. Neuropsychological consequences of extreme weight loss and dietary restrictions in patients with anorexia nervosa. J Clin Exp Neuropsychol 1998; 20(4): 548-64.
23. Mehl A, Tomanova J, Kubena AA, et al. Adapting multi-family therapy to families who care for a loved one with an eating disorder in the Czech Republic combined with a follow-up pilot study of efficacy. J Fam Ther 2012; 2.
24. Minuchin S, Baker L, Rosman BL, et al. A conceptual model of psychosomatic illness in childhood. Arch Gen Psychiatry 1975; 32: 1031-1038.
25. Palazzoli S, Boscolo M, Cecchin L, et al. The treatment of children through the brief therapy of their parents. Family Process 1974; 13(4): 429-442.
26. Pitt S, Lewis R, Morgan S, et al. Cognitive remediation therapy in an outpatient setting: A case series. Eat Weight Disord 2010; 15(4): 281-6.
27. Pretorius N, Tchanturia K. Anorexia nervosa: how people think and how we address it in cognitive remediation therapy. Therapy 2007; 4(4): 423-431.
28. Roberts ME, Tchanturia K, Stahl D, et al. A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. Psychol Med 2007; 37(8): 1075-84.
29. Roberts ME, Tchanturia K, Treasure JL. Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa, J Psychiatr Res 2010; 44(14): 964-70.
30. Stedal K, Frampton I, Landrø, NI, et al. An Examination of the Ravello Profile - A Neuropsychological Test Battery for Anorexia Nervosa. Eur Eat Disord Rev 2012; 20(3): 175-8.
31. Steinglass JE, Walsh BT, Stern Y. Set shifting deficits in anorexia nervosa. J Int Neuropsychol Soc 2006; 12(3): 431-5.
32. Stroop JR: Studies of interference in seriál verbal reactions. J Exp Psychol 1935; 18(6): 643-662.
33. Szmukler GI, Andrewes D, Kingston K, et al. Neuropsychological impairment in anorexia nervosa before and after refeeding. J Clin Exp Neuropsychol 1992; 14(2): 347-52.
34. Tchanturia K, Whitney J, Treasure J. Can cognitive exercise help treat anorexia nervosa? Eat Weight Disord 2006a; 11(4): 112-6.
35. Tchanturia K, Davies H, Schmidt U, et al. Cognitive Remediation Flexibility Modul for Anorexia Nervosa. Unpublished manual, Institute of Psychiatry, King´s College London, 2006b, pp. 100.
36. Tchanturia K, Liao PC, Uher R, et al. An investigation of decision making in anorexia nervosa using the Iowa Gambling Task and skin conductance measurements. J Int Neuropsychol Soc 2007a; 13(4): 635-41.

37. Tchanturia K, Davies H, Campbell IC. Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: preliminary findings. Ann Gen Psychiatry 2007b; 5: 6:14.
38. Tchanturia K, Davies H, Lopez C, et al. Neuropsychological task performance before and after cognitive remediation in anorexia nervosa: a pilot case-series, Psychol Med 2008; 38(9): 1371-3.
39. Tchanturia K, Liao PC, Forcano L, et al. Poor Decision Making in Male Patients with Anorexia Nervosa, Eur Eat Disord Rev 2012; 20(2): 169-73.
40. Tenconi E, Santonastaso P, Degortes D, et al.: Set-shifting abilities, central coherence, and handedness in anorexia nervosa patients, their unaffected siblings and healthy controls: exploring putative endophenotypes. World J Biol Psychiatry 2010; 11(6): 813-23.
41. Wilson GT, Grillo CM, Vitousek KM. Psychological treatment of eating disorders. Am Psychol 2007; 62(3): 199-216.
42. Whitney J, Easter A, Tchanturia K. Service users' feedback on cognitive training in the treatment of anorexia nervosa: a qualitative study. Int J Eat Disord 2008; 41(6): 542-50.
43. Wood L, Al-Khairulla H, Lask B. Group cognitive remediation therapy for adolescents with anorexia nervosa, Clin Child Psychol Psychiatry 2011; 16(2): 225-31.

Doručeno redakční radě 5.1.2013
Přijato po recenzi 25.2.2013

Biomedicínsky princíp a využitie elektrodermálnej odpovede v klinickej praxi.

Z. Višňovcová, I. Tonhajzerová: Biomedicínsky princíp a využitie elektrodermálnej odpovede v klinickej praxi. Biomedical principle and application of electrodermal response in clinical practice.
ingridtonhajzerova@gmail.com
Ústav fyziológie, Jesseniova Lekárska Fakulta Univerzity Komenského, Martin, Malá Hora 4

Abstrakt
Elektrodermálna aktivita (EDA), pravdepodobne ako jediný neinvazívny parameter hodnotiaci sympatikovú časť autonómneho nervového systému (ANS), umožňuje hodnotiť zmeny danej časti ANS počas rôznych psychologických stavov. Pre správne ohodnotenie správania sa je dôležité porozumieť aj biomedicínskej podstate monitorovania EDA.

Cieľom práce je poskytnúť biomedicínsky pohľad na elektrodermálnu aktivitu a súčasne jej klinickú aplikáciu pri psychických poruchách.

Metodika: Princíp EDA spočíva v snímaní elektrických zmien na povrchu kože. Koža tvorí pomerne nevodivú vrstvu. Potením dochádza k premene nevodivej vrstvy kože na vodivú, čo nám umožňuje snímať kožnú vodivosť, teda EDA.

Záver: EDA predstavuje neinvazívny nástroj pre monitorovanie psychologických procesov prebiehajúcich v ľudskom tele. Predpokladá sa, že sledovanie zmien EDA má prínos pri včasnej diagnostike, resp. terapii v psychiatrii.

Kľúčové slová: Elektrodermálna aktivita, stres, ADHD, depresívna porucha

Abstract
Electrodermal activity (EDA) allows to evaluate the changes of the sympathetic nervous system during various psychological states by noninvasive approach. Sympathetic overactivity is associated with higher risk of cardiovascular morbidity. Therefore, it is very important to understand of the EDA biomedical principle for following correct evaluation in clinical practice. The aim of this study was to provide the biomedical principle of EDA with clinical application in mental disorders.
Methods: The principle of EDA is based on record of electrical variation on the body surface. Skin represents relatively a nonconductive layer. Sweating provides the change of this non-conductor layer of skin to conductive, so it allows recording of the skin conductance – electrodermal activity. This noninvasive marker of sympathetic activity can be used in stress profile, and in clinical practice (depression, ADHD) from the point of cardiovascular risk.
Conclusion: EDA represents non-invasive method for monitoring psychological process, which take place in the human body. It is assumed that EDA recording can contribute to early diagnosis and therapeutic interventions of cardiovascular dysregulation in mental disorders.

Key words: Electrodermal activity, ADHD, depression

Úvod

Regulácia fyziologických „arousal" štádií je zabezpečovaná prostredníctvom rovnováhy medzi aktivitou sympatika a parasympatika ako subčastí autonómneho nervového systému (ANS). Kým parasympatikus podporuje obnovu a zachovanie telesnej energie, sympatikový nervový systém stimuluje energetický výdaj. Zvýšením aktivity sympatika dochádza k zvýšeniu frekvencie srdca, tlaku krvi a potenia. Pot je slabý elektrolyt a dobrý vodič, čiže výsledkom plnenia potných kanálov je zníženie odporu kože, resp. zvýšenie vodivosti. Elektrodermálna aktivita (zmeny kožnej vodivosti, EDA) odráža aktivitu sympatikovej vetvy ANS a poskytuje senzitívne a komfortné meranie zmien sympatikového arousal spojeného s emóciami, poznaním a strachom (úzkosťou).

EDA z biomedicínskeho aspektu

Princíp EDA vychádza z elektromagnetického modelu. Veľkosť EDA je závislá od intenzity sekrécie potu. Ľudská koža tvorí pomerne nevodivú bariéru, potením sa zvyšuje množstvo elektrolytov, následkom čoho je znižovanie odporu kože, čiže sa stáva vodivejšou, a teda môžeme snímať hodnotu EDA (Dawson, Schell, Filion, 2007).

Meranie prebieha tak, že sa na povrch kože umiestnia dve elektródy, medzi ktorými prechádza slabý prúd. Namerané hodnoty predstavujú výsledok zmien tohto prúdu prechádzajúceho cez elektródy. Môžeme ho vysvetliť pomocou Ohmovho zákona, a to: odpor kože (R) sa rovná elektrickému napätiu (U) medzi dvoma elektródami umiestnenými na povrchu kože, ktoré sú predelené prúdom (I) prechádzajúcim kožou (Dawson, Schell, Filion, 2007), viď vzorec (1).

$$R = U/I \qquad (1)$$

V prípade, že prúd je konštantný, môžeme meniť napätie medzi elektródami, ktoré sa bude meniť priamo s odporom kože.

Ak máme konštantné napätie, môžeme meniť tok prúdu, ktorý sa bude meniť nepriamo s hodnotou odporu kože. Z toho vyplýva, že môžeme meniť vodivosť kože (Dawson, Schell, Filion, 2007).

Vodivosť je vyjadrená v Siemens a meranie kožnej vodivosti sa vyjadruje v jednotkách micro Siemens (μS).

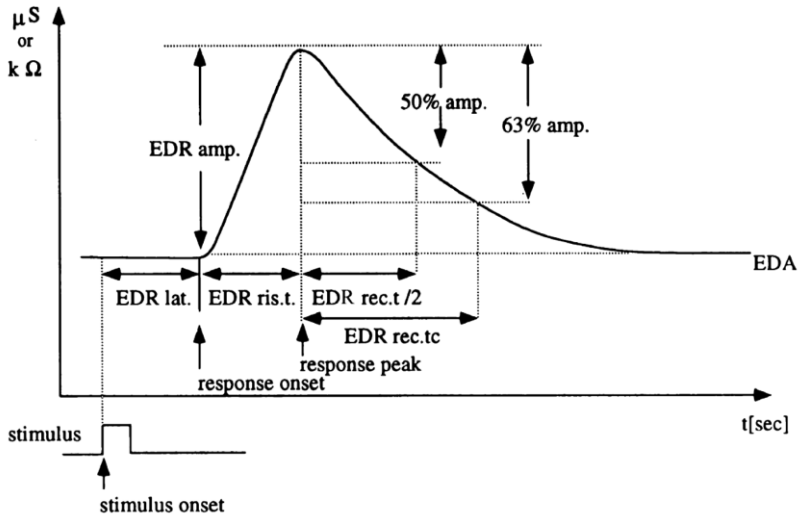
Väčšina používaných psychofyziologických meracích systémov zahrňuje systém konštantného napätia (štandardne používané konštantné napätie - 0,5V) pre priame meranie vodivosti (Fowles a kol., 1981, Murphy, 2010). Hodnoty odporu (R)/vodivosti (G) kože sú recipročné, G=1/R.

Hodnoty EDR môžu byť registrované dvomi spôsobmi: Prvý - opísaný Férém (1888) zahrňuje meranie elektrickej vodivosti/ odporu medzi dvoma elektródami umiestnenými v oblasti dlane. Tento typ merania sa označuje ako *exosomatické*, pretože samotné meranie sa odohráva na povrchu kože. Druhý spôsob sa využíva len zriedkavo, nazýva sa *endosomatickým*, pretože zdroj elektrického napätia sa nachádza v koži. Endosomaticky snímame aktivitu sympatikových nervov lokalizovaných v koži. Meria potenciál kože, akčný potenciál generovaný nervami (Edelberg, 1993, Murphy, 2010).

Pri meraní sa rozlišuje aj priebeh merania, t.j. či meranie prebieha na tonickom alebo časovom pozadí.

V **tonickej oblasti** predstavuje bazálnu aktivitu sympatikového systému a hodnotí základnú úroveň kožnej vodivosti, bez stimulov z vonkajšieho prostredia. Takto meraná SC sa označuje ako SCL (skin conductance level), kontinuálne sa mení v čase. Závisí od individuálneho psychického stavu a autonómnej regulácie jedinca. Jej typická hodnota je v rozmedzí od 10-50 μS (Dawson, Schell, Filion 2007).

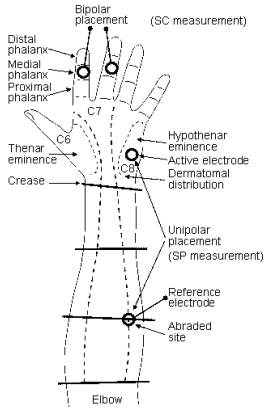
Fázová odpoveď odráža zmeny na diskrétny stimul, na neočakávanú udalosť (napr. očný vnem) (Sokolov, 1963, Dawson, Schell, Filion, 2007). Všeobecne sa označuje ako SCR (skin conductance response), resp. GSR (galvanic skin response). SCR spôsobí zvýšenie vodivosti v koži, ktoré trvá približne 10-20s, po ktorom nasleduje návrat daných hodnôt na tonickú úroveň. Typická frekvencia spontánnych SCR je 1-3/min (viď obr. 1) (Sokolov, 1963, Dawson, Schell, Filion, 2007, Murphy, 2010). Hovorí o kognitívnej a emocionálnej (vyvolanie emócií na stimul) odpovedi na stimul spojených s aktiváciou určitých mozgových oblastí (amygdala, hipokampus, bazálne gangliá a prefrontálny kortex).



Obrázek 1: Hodnotené parametre EDA vo fázovej oblasti; EDR – elektrodermálna odpoveď (Sokolov, 1963, Dawson, Schell, 2007, Murphy, 2010, Boucsein, 2011).

Lokalizácia snímacích elektród

Doporučené miesta pre snímanie EDA sú chodidlá a dlane, ale kvôli pohodliu merania sa najčastejšie elektródy umiestňujú na druhý článok ukazováka a prostredníka na nedominantnej ruke (viď obr.2). Na tieto miesta sa upevnia elektródy tak, aby sa nemenil ich prítlak na kožu. Elektródy sú zložené zo zliatin striebra (Ag/AgCl), ktoré sú uložené v plastovom obale. Vzduchová bublina medzi obalom a kožou sa zvyčajne vypĺňa elektródovou pastou.



Obrázek 2: Umiestnenie elektród na meranie hodnôt elektrodermálnej vodivosti a potenciálu kože (Scerbo a kol., 1992).

Faktory ovplyvňujúce EDR

1. Metodika merania

Metóda merania EDA je veľmi citlivá na vznik artefaktov, kde patrí potenciál kože a odpor kože, povrchový potenciál každej elektródy a slabý elektrický článok, ktorý vzniká pri strete potu a elektródovej pasty. Pre minimalizáciu artefaktov sa odporúča používať pastu s ekvivalentnou elektrolytickou hodnotou (0,3%NaCl) vzhľadom na koncentráciu NaCl v pote. Pred meraním sa neodporúča čistiť si ruky mydlom, krémovať atď. (Ishihara, Miyata, 1980, Venables, Christie, 1980, Boucsein, 1992, Naqvi, Bechara, 2006).

2. Termoregulačná funkcia kože.

Je potrebné dodržať konštantnú teplotu v miestnosti počas merania (Maltzman, 1979).

3. Použitie adekvátnych elektród.

Hodnoty EDA závisia od veľkosti plochy elektród (štandardne sa používajú elektródy s rozmerom 1cm^2). Fyziologický rozsah hodnôt EDA, pre dane elektródy, je 1-30 μS/cm^2 (Hugdahl, 1998, Dawson, Schell, Filion, 2007, Boucsein 2011).

EDA z medicínskeho aspektu

EDA zaznamenáva elektrické zmeny v koži, ktoré súvisia s aktiváciou sympatikovej vetvy ANS, ktorá je spojená s aktivitou pozitívnej excitácie (vzrušenia), anticipácie a mobilizuje telo na odpoveď „boj alebo útek“ spojenú s nervovou a hormonálnou stresovou odpoveďou (Andreassi, 2007). Elektrické zmeny v koži sú výsledkom zvýšeného emočného arousal alebo kognitívneho zaťaženia, čo vedie k intenzívnemu fyzickému úsiliu (námahe), následkom čoho dochádza k sekrécii potu. Koža je pravdepodobne jediný orgán, ktorý reaguje iba na zmeny sympatikovej časti ANS (Cacioppo, Tassinary, Berntson, 2007). Monitorovanie EDA umožňuje detegovať funkciu orientácie, únikového správania a ich habituáciu (Sokolov a kol., 1963). Zvýšenie EDA je spojené s povinnosťou, bolesťou, intrigami, utrpením a anticipáciou (Andreassi, 2007). EDA je ovplyvňovaná najmä behaviorálnym inhibičným systémom (BIS), ktorý sa týka reakcie na trest, pasívnemu vyhýbaniu sa alebo frustrácii bez odmeny. Emočným vysadením BIS sú rôzne formy úzkosti (Cacioppo, Tassinary, Berntson, 2007). EDA je vysoko senzitívna už na nepatrné zmeny z vonkajšieho prostredia. Meranie EDA sa využíva v klinickom výskume (porozumenie emočného správania, vplyv dysregulácie, alkoholizmus, úzkosť, autizmus, ADHD, depresia, reakcia na rôzne typy závislostí, epilepsia, menopauza, bolesť, fóbia, desenzibilačná terapia, psychiatrické poradenstvo, schizofrénia, poruchy spánku a sociopatia), používa sa aj na sledovanie zmien napr. počas relaxácie (Andreassi, 2007).

Využitie EDA v klinickej praxi

Elektrodermálna odpoveď sa často využíva ako index tzv. sympatikovej excitácie (arousal) v odpovedi na stres, na hodnotenie sympatikovej časti autonómneho nervového systému v psychofyziologickom výskume, ako aj pri niektorých psychických poruchách.

Psychofyziologický výskum je ramený predovšetkým na zisťovanie správania sa elektrodermálnej aktivity a odpovede počas stresového profilu (anticipačná fáza, samotná odpoveď, recovery fáza). V našej práci sme snímali EDA u mladých zdravých ľudí v odpovedi na rôzne druhy stresorov (emočný, kognitívny), pričom sme zistili vyššiu sympatikovú reaktivitu v odpovedi na kognitívny stresor v porovnaní s emočným stresorom. Zistili sme, že EDA sa v priebehu 5 minút po stresovom podnete nevrátila k bazálnym hodnotám, čo by mohlo odrážať tzv. sympatikovú arousal počas celého stresového profilu. Zvýšená sympatiková reaktivita na stres patrí medzi

rizikové faktory pre kardiovaskulárne ochorenia, a preto predpokladáme, že detailné poznanie zmien EDA v psychofyziologickom výskume môže poskytnúť dôležité informácie aj z hľadiska kardiovaskulárneho rizika (Visnovcova a kol., 2012).

Monitorovanie EDA pri psychických poruchách môže poslúžiť aj na zisťovanie možných zmien pri externalizovaných a internalizovaných poruchách. Napríklad pri ADHD sa predpokladajú poruchy v behaviorálnom inhibičnom/aktivačnom systéme, ktoré sa môžu prejaviť oslabenou sympatikovou odpoveďou a reaktivitou. To znamená, že elektrodermálna odpoveď pri ADHD môže byť znížená, čo potvrdili viaceré štúdie (Snoek et al., 2004 a i.). Na druhej strane, van Lang a spol. (2007) nenašli rozdiely medzi ADHD a kontrolnou skupinou v elektrodermálnej aktivite. Táto otázka potrebuje ďalší výskum.

Pri **internalizovaných poruchách** (napr. depresívna porucha) je podľa viacero autorov popisovaná zvýšená aktivita sympatika a teda aj jeho vplyv na EDA odráža zvýšenie kožnej vodivosti a zníženie elektrického odporu kože. Niektoré práce však uvádzajú nižšie hodnoty EDA pri depresii, čo by poukazovalo na nerovnováhu autonómneho nervového systému. Je to odraz behaviorálnych symptómov spojených s depresiou, ako je napr. znížená fyzická aktivita? Viaceré práce EDA hyporeaktivitu vysvetľujú ako následok periférnej cholinergnej dysfunkcie koexistujúcej u určitého percenta depresívnych pacientov a anticholinergného muskarínového účinku antidepresívnej liečby (Bernstein, A.S. et. al., 1995). Thorell a spol. (2009) poukázal na nižšiu EDA aj pri suicidálnom konaní u depresívnych pacientov. Podobne ako pri externalizovaných poruchách, ani tieto patomechanizmy nie sú celkom vyjasnené. Zaujímavá je tiež hypotéza rozdielu medzi externalizovanými i internalizovanými poruchami v pokoji, ako aj v odpovedi na stres. To si vyžaduje detailný psychofyziologický výskum v danej problematike, ktorý by mohol dať odpoveď na dané otázky a napomôcť tak terapeutickému manažmentu pri daných psychických poruchách.

Záver

EDA patrí medzi fyziologické parametre, ktoré umožňujú sledovať zmeny najmä v sympatikovej časti autonómneho nervového systému a zároveň určovať úroveň arousal, motiváciu, emócie a individuálnu stresovú reaktivitu. Je dôležité si uvedomiť, že pre presné stanovovanie zmien v aktivite EDA je dôležité poznanie biomedicínskych charakteristík EDA a štandardizácie merania a pre interpretáciu výsledkov neustále poznávanie nových patofyziologických charakteristík EDA a ich zmien pri rôznych patologických podmienok.

Poďakovanie

Práca bola podporená projektom Dobudovanie Centra excelentnosti pre perinatologický výskum (CEPV II 26220120036), Dobudovanie Centra experimentálnej a klinickej respirológie (CEKR II, 26220120034) a VEGA č. 1/0059/13.

Literatúra

1. Andreassi, J. (2007). *Psychophysiology: Human Behavior And Physiological Response.* In Psychophysiology: Human Behaviour &Physiology Response, Lawrence Erlbaum.
2. Bernstein, A.S., Schnur, D.B., Bernstein, P., Yeager, A., Wrable, J., Smith, S. (1995). *Differing patterns of electrodermal and finger pulse responsivity in schizophrenia and depression.* Psychological Medicine. 25(1), 51 – 62.
3. Blalock, B., Cushman, B., Nelson, R. (2009). *A replication and validation study on the Simplified Scoring System.* Polygraph. 38(4), 281 – 288.
4. Boucsein, W. (1992). *Electrodermal activity*. New York: Plenum Press. 80-82.
5. Boucsein, W. (2011). *Electrodermal activity*. Springer New York. 172 – 175.
6. Cacioppo, J., Tassinary, L., Berntson, G. (2007) *Handbook of psychophysiology*. Cambridge University Press.

7. Dawson, M.E., Schell, A.M., Filion, D.L. (2007). *The electrodermal system*. In Cacioppo, J.T., Tassinary, L.G., Berntson, G.G. (Eds.) *Handbook of psychophysiology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. 159 – 181.
8. Edelberg, R. (1993). *Electrodermal mechanisms: A critique of the two-effector hypothesis and a proposed replacement*. In Roy a kol., Progress in electrodermal research. New York: Plenum Press. 7 – 29.
9. Féré, C. (1888). *Note sur les modifications de la résistance électrique sous l´influence des excitations sensorielles et des émotions.* Comptes Rendus des Séances de la Société de Biologie. 40, 217 – 219.
10. Fowles, D.C., Christie, M.J., Edelberg, R., Grings, W.W., Lykken, D.T., Venables, P.H. (1981). *Committee report. Publication recommendations for electrodermal measurements*. Psychophysiology.18(3), 232 – 239.
11. Gale, A., Edwards, J.A. (1983). *Physiological correlates of human behaviour (Three volumes)*. London: Academic.
12. Hugdahl, K. (1998). *Cortical control of human classical conditioning: autonomic and positron emission tomography data*. Psychophysiology. 35(2), 170 – 178.
13. Ishihara, K., Miyata, Y. (1980). *Skin potential activity under two electrode electrolytes*. Shinrigaku Kenkyu. 51(5), 291 – 294.
14. Krapohl, D.J., Handler, M. (2006). *New ratios for scoring electrodermal response.* Polygraph. 35(2), 65 – 70.
15. Maltzman, I. (1979). *Classical conditioning and sociopathy*. Pavlov Journal of Biological Science. 14(2), 133 – 143.
16. Murphy, R.O. (2010). *Using skin conductance in judgment and decision making research*. In Schulte-Mecklenbeck M., Kuehberger A., Ranyard R. (Eds.), A handbook of process tracing methods for decision research. New York, NY: Psychology Press. 163 – 184.
17. Naqvi, N.H., Bechara, A. (2006). *Skin conductance: A psychophysiological approach to the study of decision making*. In Senior C., Russell T., Gazzaniga M. S. (Eds.), Methods in mind: In The MIT Press. 61(6), 77 – 86.
18. Prokasy, W.F., Raskin, D.C. (1973). *Electrodermal activity in psychological research.* New York: Academic.
19. Román, F., García-Sánchez, F.A., Martínez-Selva, J.M., Gómez-Amor, J., Carrillo, E. (1989). *Sex differences and bilateral electrodermal activity: a replication.* Pavlov Journal of Biological Science. 24(4), 150 – 155.
20. Scerbo, A.S., Freedman, L.W., Raine, A., Dawson, M. E., Venables, P.H. (1992). *A major effect of recording site on measurement of electrodermal activity.* Psychophysiology. 29(2), 241 – 246.
21. Snoek, H., Van Goozen, S.H., Matthys, W., Buitelaar, J.K., van Engeland, H. (2004). *Stress responsivity in children with externalizing behavior disorders.* Developement and psychopatology. 16(2), 389 – 406.
22. Sokolov, E.N. (1963). *Perception and the conditioned reflex*. Oxford: Pergamon Press. 51 – 54.
23. Thorell, L.H. (2009). *Valid elektrodermal hyporeactivity for depressive suicidal propensity offers links to cognitive theory.* Acta Psychiatrica Scandinavica. 119(5), 338 – 349 .
24. van Lang, N.D., Tulen, J.H., Kallen, V.L., Rosbergen, B., Dieleman, G., Ferdinand, R.F. (2007). *Autonomic reactivity in clinically referred children attention-deficit/hyperactivity disorder versus anxiety disorder.* European Child & Adolescent Psychiatry. 16(2), 71 – 78.
25. Venables, P.H., Christie, M.J. (1980). *Electrodermal activity*. In Martin I., Venables P.H. (Eds.). Techniques in psychophysiology. 74(8), 3 – 67.
26. Visnovcova, Z., Mestanik, M., Chladekova, L., Kotianova, A., Slepecky, M., Calkovska, A., Tonhajzerova, I. (2012). *Zmeny elektrodermálnej aktivity v odpovedi na stress.* Novinky v experimentálnej a klinickej medicine – recenzovaný zborník vedeckých prác. Martin – Jesseniova Lekárska fakulta UK. 198 – 202

Doručeno redakční radě 31.1.2013
Přijato po recenzi 10.3.2013

Přehledová práce

Diagnostikujeme správně a včas demenci?

J. Lužný: Diagnostikujeme správně a včas demenci?
Ústav epidemiologie a ochrany veřejného zdraví, Lékařská fakulta OU v Ostravě, Ostrava
Psychiatrická léčebna v Kroměříži, Kroměříž luznyj@plkm.cz

Abstrakt
Práce přináší přehled základních poznatků z oblasti diagnostiky a diferenciální diagnostiky demencí. Pozornost je věnována hodnocení kognitivních funkcí, somatickým příčinám kognitivního deficitu, sekundárně vzniklým kognitivním deficitům v rámci jiné duševní poruchy, problematice subjektivní poruchy paměti, mírné kognitivní poruchy a diferenciální diagnostice nejčastěji se vyskytujících demencí a dále pak demencí z pomezí oborů neurologie a psychiatrie.

Abstract
Survey of basic facts about diagnostics and differential diagnostics of dementia is brought in the paper. Attention is paid to evaluation of cognitive functions, somatic cause of cognitive deficits, secondary occuring cognitive deficits resulting from another mental disorder, further to the subjective memory impairment, mild cognitive impairment and differential diagnostics of the mostly occuring dementias including dementias with both neurological and psychiatric features.

Klíčová slova: Kognitivní deficit, Subjektivní poruchy paměti, Mírná kognitivní porucha, Demence, Diferenciální diagnostika demencí

Key words: Cognitive deficit, Subjective memory impairment, Mild cognitive impairment, Dementia, Differential diagnostics of dementias

ÚVOD

Demence je syndrom postihující asi 5 % obyvatelstva ve věku 65 let, jehož prevalence se zdvojnásobuje na každých dalších pět let věku jedince [1, 2]. Jedná se tak zřejmě o novodobou neinfekční pandemii. Pojem demence lze vymezit široce, a to z hlediska etiopatogenetického, diferenciálně diagnostického i terapeutického. Demence bývá chápána jako syndrom projevující se v různé míře příznaky kognitivními (sem patří poruchy paměti, abstraktního myšlení, plánování, organizování) a příznaky nekognitivními – typickými jsou tzv. behaviorální a psychologické symptomy (psychotické poruchy myšlení a vnímání, poruchy emotivity, poruchy spánku, poruchy chování, změny etických a estetických schémat) [3, 4]. K těmto příznakům lze přiřadit také selhávání v bazálních i instrumentálních aktivitách s postupně rostoucí závislostí na okolí.

Nejtypičtější příznaky demence lze shrnout do akronymu ABC: A-activities (postižení ve schopnosti vykonávat běžné aktivity), B-behaviour (postižení chování doprovázené psychologickými příznaky demence), C-cognition (poruchy paměti a ostatních kognitivních funkcí) [5].

Problematika demencí je v klinickém kontextu mnohá. Jednak zůstává demence často zcela nediagnostikována na laické, ale i na odborné úrovni, dále pak bývá obtížné určit správně konkrétní typ demence. Samostatným problémovým okruhem je správná terapie konkrétního typu demence. [6, 7]. Je vhodné

zdůraznit, že časná a správná diagnostika demence přináší pacientovi největší prospěch. V počátečních fázích je totiž možné nejen kvalitně stabilizovat či dokonce mírně zlepšit paměť a ostatní kognitivní funkce, ale také lze včasnou léčbou zbrzdit přirozený progredientní průběh demence. Tento terapeutický cíl se však v praxi dostává do střetu s indikačními omezení pojišťoven pro předpis kognitiv (inhibitory cholinesteráz lze předepsat v pásmu MMSE 13-25 bodů, memantin pak v pásmu MMSE 7-18 bodů) [3, 4]. Důležitou výzvou pro další výzkum i klinickou praxi je vypracování paliativních přístupů pro léčbu pacientů v terminální fázi demence vedoucí k zachování nejvyšší možné kvality života [8, 9].

JAK SPRÁVNĚ ZHODNOTIT KOGNITIVNÍ FUNKCE?

Kognitivní funkce lze orientačně hodnotit pomocí dvou nástrojů – prvním je Mini-Mental State Examination (MMSE) [10], druhým pak test kreslení hodin (Clock Drawing Test, CDT) [11]. Oba tyto nástroje slouží pouze pro přibližné zhodnocení kognitivního stavu, bez bližších ambicí na určení konkrétní deficitní složky kognitivních funkcí (plánování, organizování, exekutivní funkce, vizuospaciální funkce, slovní plynulost). V praxi je vhodné jejich současné, nikoliv izolované použití. Oba tyto nástroje pomáhají sledovat klinický efekt léčby demence v čase - vyhovující léčba demence pomocí kognitiv znamená pokles kognitivního výkonu menší než dva body v MMSE během období tří měsíců. Doporučeno je právě tříměsíční období pro kontrolní stanovení bodového zisku v MMSE a CDT.

Pokud chceme získat přesnější informaci o tíži kognitivního deficitu a konkrétní složce jeho postižení, je vhodnější použití podrobnějších neuropsychologických testů. Mezi takové testy patří například Adeenbrookský kognitivní test, Cambridgský kognitivní dotazník, Montrealský kognitivní dotazník a další. Tyto testy hodnotí nejen orientaci, schopnost zapamatovat si nové informace a vybavit si je z krátkodobé i pracovní paměti, vzpomínání s nápovědou, pozornost, ale hodnotí rovněž slovní plynulost, vizuospaciální funkce, exekutivní funkce, praktické dovednosti, abstraktní a logické myšlení [12-14].

PROBLÉM PRVNÍ – JEDNÁ SE VŮBEC O DEMENCI?

Nejzásadnějším je určit, zda se u pacienta vůbec jedná o demenci. V první řadě je třeba vyloučit somatické i psychiatrické příčiny kognitivního deficitu. V některých případech to pomůže odhalit jiné, potenciálně reverzibilní příčiny kognitivního deficitu (např. nález dosud nerozpoznané hypofunkce štítné žlázy). Dále je třeba odlišit sníženou kognitivní výkonnost v rámci širší normy (potíže paměti při únavě, vyčerpání, spánkovém deficitu) nebo presymptomatické fáze demence jako jsou subjektivní porucha paměti (Subjective memory impairment, SMI) [16] a mírná kognitivní porucha (Mild cognitive impairment, MCI) [17]. V neposlední řadě je třeba správně diagnostikovat konkrétní typ demence.

Přínosem pro časnou detekci jedinců se zvýšeným rizikem vzniku demence může být molekulární genetika a její mapování polymorfizmů rizikových genů. Příkladem může být monitoring jedinců s přítomnou rizikovou alelou ApoE4 v genotypu [18]. Hledány jsou dnes i další, specifičtější a senzitivnější markery pro včasnou diagnostiku demence u rizikových jedinců (pozitivní rodinná anamnéza, kardiovaskulární rizikové faktory v anamnéze, jedinci s nesprávným životním stylem, jedinci vystavení toxonutritivním vlivům, opakovaným úrazům atd).

1. Somatické příčiny kognitivního deficitu

Somatické příčiny kognitivního deficitu je třeba vždy v diferenciální diagnostice odlišit. Mnoho z těchto kognitivních deficitů totiž může být vhodnou cílenou léčbou reverzibilních. Jakýkoliv pokus o primárně psychiatrickou léčbu těchto stavů je zásadní chybou. Nejčastější somatické příčiny narušující kognitivní funkce shrnuje tabulka 1 [2, 4].

Tabulka 1: Somatické příčiny kognitivního deficitu

DIAGNOSTICKÁ KATEGORIE	OPORA PŘI DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTICE
Dlouhodobě působící hypoglykémie	Anamnéza, glykovaný hemoglobin (HbA1c)
Hypothyreóza	Anamnéza, TSH, fT4, antiTPO, anti TSH antiTR
Kraniocerebrální traumata	Anamnéza, CT/MRI mozku
Expanzivní léze CNS	Anamnéza, CT/MRI mozku
Hypoxie mozková	Anamnéza (stav po KPCR, po intoxikaci CO, CHOPN), SpO2, krevní plyny - ABR
Anémie (neuroanemický syndrom)	Anamnéza. Hemoglobin, hematokrit, erytrocyty, MCV, sérová hladina folátu, vitamínu B12, gynekologie, kolonoskopie, gastrofibroskopie, tumormarkery
Paraneoplastické syndromy	Anamnéza, CT/MRI mozku, rtg srdce a plic, UZ břicha a pánve, tumormarkery
Kolagenózy	Anamnéza, sedimentace, CRP, RF, ANA, ENA, ANCA, dsDNA
Léky	Antimetabolity, imunosupresiva, kortikoidy, systémová antimykotika a antiparazitika, anticholinergně působící spazmolytika a antiparkonsonika
Neurologická onemocnění	Anamnéza. CT/MRI mozku. EEG. Likvor.

2. Psychiatrické příčiny sekundárního kognitivního deficitu

Druhou významnou skupinou jsou sekundárně vzniklé kognitivní deficity zapříčiněné jinou duševní poruchou (nejčastěji pak duševní poruchou postihující afektivitu, integritu myšlení a vnímání, intelekt apod). Primární cílená léčba těchto duševních poruch může působit preventivně na poškození kognitivních funkcí. Příkladem mohou být studie o neuroplasticitě, kdy někteří autoři hovoří dokonce o možnosti částečné regrese poškozených kognitivních funkcí vhodně zvolenou psychofarmakologickou léčbou (u schizofrenních poruch podporují neuroplasticitu atypická antipsychotika, u deprese terapie antidepresivy). Přehled nejčastějších duševních poruch postihujících kognitivní funkce sekundárně ukazuje tabulka 2 [2, 4].

Tabulka 2: Psychiatrické příčiny sekundárního kognitivního deficitu

DIAGNOSTICKÁ KATEGORIE	OPORA PŘI DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTICE
Schizofrenie	Anamnéza, aktuální klinický obraz, PANSS, SANS, SAPS, psychologické vyšetření
Deprese (depresivní pseudodemence)	Anamnéza, aktuální klinický obraz, Geriatrická depresivní škála (ev. HAMD, MADRS), psychologické vyšetření

Akutní intoxikace (opioidy, THC, alkohol, benzodiazepiny, halucinogeny)	Anamnéza, aktuální klinický obraz, toxikologie
Chronický abúzus (alkohol, opioidy, benzodiazepiny, THC)	Anamnéza, aktuální klinický obraz, toxikologie
Mentální retardace	Anamnéza, aktuální klinický obraz, inteligenční testy
Medikamentózní vlivy	Anticholinergika, kortikoidy, nadměrná sedace.

3. Subjektivní poruchy paměti

Subjektivním poruchám paměti (Subjective Memory Impairments, SMI) je v současnosti věnována velká pozornost. Může se jednat (ale nemusí) o varovnou, presymptomatickou fázi demence s potenciální progresí u 1/3 pacientů do demence. Charakteristiky subjektivních poruch paměti shrnuje tabulka 3 [16, 19].

Tabulka 3: Charakteristiky subjektivních poruch paměti

Subjektivní stížnosti na zapomínání, ztíženou výbavnost paměti
Objektivně nezachyceny výrazné poruchy paměti (MMSE i CDT v rámci normy)
Zaujatost jedince problematikou paměti, sklon k autoobservaci vlastního paměťového výkonu
Sekundární anxiózní prožitky rezultující z obav ze ztráty paměti a hrozby demence
Chybí příznaky deprese (katathymní zhoršení paměti, depresivní pseudodemence)
Mohou být tendence k automedikaci fytofarmaky (Ginkgo biloba)
Může být snaha o utajení stížností před okolím, jsou obavy ze selhání paměti před okolím

4. Mírná kognitivní porucha

U mírné kognitivní poruchy (Mild Cognitive Impairment, MCI) může docházet ke zřetelným poruchám paměti (amnestický typ MCI) nebo poruchám praktickým, afázii, poruchám exekutivních a vizuospaciálních funkcí (non-amnestický typ MCI) bez ovlivnění aktivit všedního dne. Základní typy mírné kognitivní poruchy ukazuje tabulka 4. U mírné kognitivní poruchy nedochází ke globálnímu narušení fungování jedince, čímž se tato diagnostiká kategorie liší od demence. Záludnost mírné kognitivní poruchy tkví v možnosti další progrese poruch paměti nebo poruch ostatních kognitivních funkcí s postupným přechodem až do klinicky manifestní demence [20]. Dispenzarizace pacientů s mírnou kognitivní poruchou a další specializovanější vyšetření (neuropsychologické testy, rizikový genotyp apoE4) je kategorickým imperativem.

Tabulka 4: Mírná kognitivní porucha – typy

Amnestický typ	**Non-amnestický typ**
Izolovaná porucha paměti	Afázie
	Apraxie
	Poruchy exekutivních funkcí
	Poruchy vizuospaciálních funkcí

5. Demence

Syndrom demence stojí na samém okraji kontinua poruch kognitivních funkcí, dochází při něm k výraznému ovlivnění fungování jedince spolu s úpadkem kognitivních funkcí, s poruchami aktivit všedního dne a možnými poruchami chování, emocí, vnímání a myšlení (BPSD příznaky demence). Demence je heterogenním pojmem, diferenciální diagnostika uvnitř demencí samotných je specifickým problémem. Obecná diagnostická kritéria dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 i obecná diagnostická kritéria dle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch DSM-IV jsou zjednodušeny v tabulce 5 [21]. Je nutné říci, že se v současné době jedná o diagnostická kritéria do značné míry nevyhovující a překonaná.

Tabulka 5: Obecná diagnostická kritéria pro demenci (zjednodušeno, upraveno)

Demence dle MKN-10	**Demence dle DSM-IV**
G1(1) – závažný pokles paměti G1(2)- pokles dalších kognitivních schopností (úsudek, myšlení, plánování, organizování, zpracování informací) G2 – není zastřené vědomí (delirium) G3 – úbytek emoční kontroly / změn v sociálním chování (emoční labilita, podrážděnost, apatie, obhroublost) G4 – trvání příznaků nejméně 6 měsíců	A. Přítomnost mnohočetného kognitivního deficitu - současně jsou přítomny jak poruchy paměti (kritérium A1), tak i nejméně jedné z dalších kognitivních funkcí - afázie, apraxie, agnózie, exekutivní funkce (kritérium A2) B. Tento mnohočetný kognitivní deficit vede ke zhoršení sociálního a pracovního fungování

PROBLÉM DRUHÝ – O JAKOU DEMENCI SE JEDNÁ?

Správně určit konkrétní typ demence může být v praxi problém. Nejčastěji se rozhodujeme mezi demencemi primárními (neurodegenerativními) s příčinou spatřovanou v atrofii mozkové a demencemi sekundárními, u kterých je postižení kognitivních funkcí druhotné k jinému onemocnění mozku nebo jinému systémovému onemocnění. Nejedná se vždy o jednoduchý úkol – vždyť vzhledem k často vysokému věku pacientů dochází ke vzájemnému kombinování vlivů neurodegenerativních i vlivů somatických onemocnění polymorbidních seniorů. „Čistý učebnicový“ obraz konkrétní demence pak bývá spíše raritou než pravidlem.

Dalším teoretickým problémem je určení, zda se jedná o demenci kortikální nebo subkortikální. Kortikální demence postihuje preferenčně šedou kůru mozkovou, z čehož rezultují typicky poruchy paměti, vizuospaciálních a exekutivních funkcí, abstraktního a logického myšlení, úsudku. Mezi typické kortikální demence patří Alzheimerova demence, frontotemporální demence, demence s Lewyho tělísky. Subkortikální demence postihuje preferenčně podkorové struktury, nejčastěji na úrovni podkorového vaskulárního řečiště, bazálních ganglií nebo mozečku, z čehož vyplývá klinický obraz subkortikálních demencí – bradypsychismus, motorické příznaky, zvýšená citlivost k extrapyramidovým vedlejším účinkům eventuální antipsychotické léčby. Mezi nejčastější subkortikální demence patří vaskulární demence, demence při Parkinsonově chorobě, nigrostriatální degenerace, olivopontocerebrální degenerace, Olszewskiho syndrom apod [4].

Význam strukturálních neurozobrazovacích metod v diagnostice a diferenciální diagnostice demencí není třeba zdůrazňovat. Není-li klinická kontraindikace pro podání kontrastní látky, volíme preferenčně CT mozku s kontrastní látkou oproti nativnímu CT snímku (vhodným příkladem z praxe je postkontrastní zobrazení tumoru mozku, který nebyl patrný na nativním snímku). CT mozku může rovněž napomoci správnému určení demence v rámci normotenzního hydrocefalu, který může věrně imitovat Alzheimerovu demenci. Magnetická rezonance je rovněž vítanou a přesnější diagnostickou metodou. V moderní diagnostice demencí se dále do popředí

dostávají funkční neurozobrazovací metody, jako je funkční magnetická rezonance, SPECT vyšetření mozku v jeho novějších variantách – HMPAO, DatSCAN. Sledována je lokální perfúze mozkem (nález globální hypoperfúze u Alzheimerovy demence, nález frontální a/nebo temporální hypoperfúze u frontotemporální demence), možné je rovněž presynaptické zobrazení dopaminergního transportéru pomocí metody DatSCAN, což je cenné při diferenciaci mezi Alzheimerovou demencí a demencí s Lewyho tělísky (deficitní dopaminergní neurotransmise u demence s Lewyho tělísky) [2, 4].

Při určování konkrétního typu demence nám může napomoci i samotná terapeutická odpověď na již zavedenou léčbu. Například výrazná citlivost k extrapyramidovým vedlejším účinkům jinak nízkých dávek haloperidolu nebo risperidonu spolu s tendencí k pádům u pacientů zvláště vysokého věku bude poukazovat spíše na demenci s Lewyho tělísky, zhoršení behaviorálních příznaků po inhibitorech cholinesteráz může poukazovat spíše na frontotemporální demenci než na demenci Alzheimerovu, nonresponze na kognitivní léčbu může poukázat na normotenzní hydrocefalus nebo četné sekundární demence, přítomnost zrakových halucinací bude svědčit spíše ve prospěch vaskulární demence nebo demence s Lewyho tělísky, nikoliv pro Alzheimerovu demenci [3, 4].

PROBLÉM TŘETÍ - DIFERENCIÁLNĚ DIAGNOSTICKÉ POTÍŽE

Diferenciálně diagnostické rozpaky pramení z relativní podobnosti klinických obrazů některých typů demence, dále pak z nejednoznačné nebo nedostatečné terapeutické odpovědi ze zavedené terapie a konečně i z nedostatečně senzitivních diagnostických kritérií MKN-10.

Diagnostická kritéria MKN-10 jsou vhodná jako vodící kritéria spíše jen pro nejtypičtější typy demence (Alzheimerova demence, vaskulární demence, demence při Parkinsonově chorobě, demence při Huntingtonově chorobě), nedostatečně však zohledňují aktuální klinickou realitu. Například diagnózu zřejmě druhé nejčastěji se vyskytující demence – demence s Lewyho tělísky – jsme nuceni klasifikovat dle MKN-10 jako „atypickou Alzheimerovu demenci“. Pro heterogenní skupinu frontotemporálních demencí (behaviorální varianta, sémantická varianta, nonfluentní varianta frontotemporální demece) v MKN-10 rovněž nenalezneme praktická diagnostická vodítka. Doplnění a zpřesnění diagnostických kritérií MKN pro demenci se tak stává aktuální potřebou.

Nejčastější diferenciálně diagnostické kategorie spolu s příznaky k jejich možnému odlišení shrnují tabulky 6 a 7 [3, 4, 22]

Tabulka 6: Diferenciální diagnostika nejčastějších demencí.

	Alzheimerova demence	Vaskulární demence	Demence s Lewyho tělísky	Frontotemporální demence
Anamnéza	Může být pozitivní rodinná anamnéza výskytu DAT	Přítomny rizikové faktory kardiovaskulárních chorob	Osoby velmi vysokého věku	Může být pozitivní rodinná anamnéza výskytu FTD
Poruchy paměti	časné	pozdní	časné	pozdní
Poruchy chování	pozdní	pozdní	pozdní	Časné (problémové chování, moria, hyperoralita, hypersexualita,

				ztráta eticko-estetických schémat, stereotypie, echolálie, echopraxie, perseverace, verbigerace)
Poruchy emocí	pozdní	Časné (emoční labilita, anxieta, depresivita)	pozdní	Časné (emoční labilita, impulzivita, patické nálady, nebo naopak netečnost)
Průběh	Pozvolné graduální horšení, není regrese poruch paměti	Schodovité horšení, fluktuace stavu	Pozvolné graduální horšení, není regrese poruch paměti	Pozvolné graduální horšení, navíc však i fluktuace stavu
Psychotické fenomény	ne	tranzitorní zrakové halucinace	Zrakové halucinace i paranoidní bludy	netypické
Pády	ne	Mohou být v rámci neurologických deficitů nebo výkyvu krevního tlaku	ano	ne
Deliria	Nejsou obvyklá	častá	častá	Nejsou obvyklá
Citlivost k antipsychotické léčbě	Běžná	Výraznější než u Azheimerovy demence	Extrémní citlivost k extrapyramidový m vedlejším účinkům antipsychotik	Běžná
CT/MRI mozku	Globální difúzní atrofie mozku	Ložisková atrofie vaskulárního typu	Globální difúzní atrofie mozku. (vhodné SPECT vyšetření mozku - DatSCAN – zde typický nález deficitní)dopamine rgní neurotransmise	Dominující atrofie ve frontální a/nebo temporální oblasti

Tabulka 7: Diferenciální diagnostika demencí z pomezí oborů neurologie / psychiatrie

	Demence při Parkinsonově chorobě	Normotenzní hydrocefalus	Prionózy
Anamnéza	Může být pozitivní rodinná anamnéza výskytu PD	Může být anamnéza traumatu CNS, neuroinfekce, mozkového krvácení (SAK, SDH), neurochirurgického zákroku. Známy jsou však i idiopatické formy bez předchozí anamnézy.	Může být pozitivní rodinná anamnéza výskytu Pr, kontakt s nemocným v anamnéze, kontakt s nemocným zvířetem nebo v rámci alimentární nákazy, neurochirurgická operace v anamnéze (instrumentarium – priony odolávají sterilizaci), anamnéza transplantace rohovky či jiných orgánů
Poruchy paměti	Pozdní, pozvolné graduální horšení	Časné, Pozvolné graduální horšení	Časné, rychlá progrese poruch paměti i neurologických příznaků (ataxie, cerebelární příznaky, logoklonie, spazmy, epilepsie)
Poruchy chování	Nejsou typické, pozdní	Nejsou typické.	Časné, rychle progredující (mutismus jako konečné stádium)
Poruchy emocí	Časné (anxieta, depresivita, uvědomění si onemocnění)	Nejsou typické.	Časné, rychle progredující (mutismus jako konečné stádium)
Průběh	Plynule progredientní	Plynule progredientní.	Rychle progredující, infaustní
Psychotické fenomény	Časté zrakové halucinace i paranoidní bludy (CAVE psychotomimetický vliv některých antiparkinsonik)	Nejsou typické.	Nejsou typické.
Pády	Časté (hypokinéza, svalová rigidita, tremor, potíže s chůzí i mikcí)	Časté, součástí tzv. Hackimovy triády příznaků (poruchy	Časté, součástí ostatních neurologických příznaků (mozečková

		chůze, inkontinence, demence)	ataxie, pseudobulbární paralýza, pyramidové i extrapyraidové příznaky, myoklonie, fascikulace, epileptické záchvaty, svalová rigidita)
Citlivost k antipsychotické léčbě	Extrémní citlivost k extrapyramidovým vedlejším účinkům antipsychotik	Zvýšená citlivost k extrapyramidovým vedlejším účinkům antipsychotik	Běžná.
CT/MRI mozku	dominující subkortikální atrofie (bazální ganglia, podkoří)	Nález rozšířeného komorového systému při nálezu nezvýšeného tlaku likvoru, nález periventrikulární i globální atrofie mozku	Nespecifický nález. Likvorologický nález – průkaz markeru neuronálního poškození - proteinu 14-3-3

ZÁVĚR

Ačkoliv aktuální demografické trendy činí z demence jednu z nejčastěji se vyskytujících duševních poruch, včasná diagnostika i vhodná terapie je stále významným problémem běžné klinické praxe.

Na jedné straně je potřeba podporovat erudici lékařů všech odborností pečující o pacienty vyššího věku v základních znalostech gerontopsychiatrie, na druhé straně je třeba, aby psychiatrická obec vypracovala přesnější a specifičtější diagnostická kritéria i specifické klinické doporučené postupy pro léčbu jednotlivých kognitivních i nekognitivních poruch provázejících demenci.

Současné poznatky ukazují, jak mnoho je třeba vykonat pro naše nemocné s demencí – od zajištění kvalitní a dostupné ambulantní i lůžkové gerontopsychiatrické péče – až po komplexnější propojení zdravotních i sociálních služeb, spolu s řešením volně navazujících otázek ekonomických a politických.

LITERATURA

1. Hort J., Jirák R.: *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v učebnicích 20.století nebylo.* 1. vyd., MediMedia Information, Praha, 2007, 32 s.
2. Kaplan HI., Sadock BJ.: *Manuel de poche de psychiatrie clinique.* 2.vyd., Wolters Kluwer France, Rueil-Malmaison,. 2009, 542 s.
3. Jirák, R., Koukolník, F.: *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd., Galén, Praha, 2004, 335 s.
4. Lužný, J.: *Gerontopsychiatrie*. Triton, Praha, 2012, 159 s.
5. Pidrman, V.: *Demence.* 1.vyd., Grada Publishing, Praha, 2007, 184 s.
6. Fiedler, U., Wiltfang, J., Peters, N. et al.: *Advances in the diagnostics of the Alzheimer´s disease*. Nervenarzt, 83(5), 2012, 661-73.
7. Gauthier, S., Wu, L., Rosa-Neto, P. et al.: *Prevetion strategies for Alzheimer´s disease*. Transl Neurodegener, 28(1), 2012, 1-13.
8. Coleman, AM. *End-of-life issues in caring for patients with dementia: the case for palliative care in management of terminal dementia*. Am J Hosp Palliat Care, 29(1), 2012, 9-12.

9. Gove, D., Sparr, S., Dos Santos Bernardo, AM., et al.: *Recommendations on end-of-life care for people with dementia.* J Nutr Health Aging, 14(2), 2010, 136-139.
10. Folstein, MF., Folstein, SE., McHugh, PR*.: „Mini-mental state". A practical Metod for grading the cognitive state of patiens for the clinicians*. J Psychiatr Res, 12(1), 1975, 59-68.
11. Brodaty, H., Moore, CM.: *The Clock Drawing Test for dementia of the Alzheimer's type: A comparison of three scoring methods in a memory disorders clinic*. Int J Geriatr Psychiatry, 12(6), 1997, 619-627.
12. Rittman, T., Ghosh, BC., McColgan, P. et al.: *The Addenbrooke's Cognitive Examination for the differential diagnosis and longitudinal assessment of patients with parkinsonian disorders*. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 8, 2013, 8-12.
13. Moreira Ide, F., Lourenco, RA., Soares, C., et al*.: Cambridge Cognitive Examination: performance of healthy elderly Brazilians with low education levels*. Cad Saude Publica, 25(8), 2009, 1774-1780.
14. Godefroy, O., Fickl, A., Roussel, M., et al.: *Is the Montreal Cognitive Assessment superior to the Mini-Mental State Examination to detect poststroke cognitive impairment? A study with neuropsychological evaluation*. Stroke, 42(6), 2011, 1712-1716.
15. Lužný, J., Ivanová, K.: *Hypothyroidism in seniors hospitalised in inpatient gerontopsychiatric wards in Mental hospital Kroměříž*. Scripta Medica, 83(1), 2010, 69-71.
16. Pires, C., Silva, D., Maroco J., et al.: *Memory complaints associated with seeking clinical care*. Int J Alzheimers Dis, 2012, doi: 10.1155/2012/725329.
17. Van Dam, NT., Sano, M., Mitsis, EM., et al.: *Functional neural correlates of attentional deficits in amnestic mild cognitive impairment.* PloS One. 2013;8(1):e54035. doi: 10.1371/journal.pone.0054035.
18. Ritchie, CW., Ritchie, K.: *The PREVENT study: a prospective cohort study to identify mid-life biomarkers of late-onset Alzheimer's disease*. BMJ Open, 19(2), 2012, 12-18.
19. Amariglio, RE., Townsend, MK., Grodstein, F., et al.: *Specific subjective memory complaints in older persons may indicate poor cognitive function*. J Am Geriatr Soc, 59(9), 2011, 1612-1617.
20. Sheardová, K.: *Mírná kognitivní porucha v praxi*. Psychiatr. pro Praxi, 11(2), 2010, 62-65.
21. Smolík, P.: *Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2. vyd., Maxdorf, Jessenius, Praha, 2004, 506 s.
22. Macijauskjené, J., LesausKaité, V.: *Dementia with Lewy bodies: the principles of diagnostics, treatment, and management*. Medicina (Kaunas). 48(1), 2012, 1-8.

Doručeno redakční radě 6.2.2013
Přijato po recenzi 20.3.2013

Příspěvky z praxe

Zkušenosti s krátkým intervenčním programem pro osoby závislé na pervitinu

M. Růžička, R. Procházka: Zkušenosti s krátkým intervenčním programem pro osoby závislé na pervitinu, The Experience With Brief Intervention Programme For Meth Addicts

Michal Růžička (P-centrum, Olomouc, Pdf UPOL) michal.ruzicka@upol.cz
Roman Procházka (P-centrum, Olomouc, FF UPOL, ordinace klinické psychologie a psychoterapie v Prostějově)

Abstrakt: Cílem příspěvku je informovat čtenáře o novém postupu ambulantní práce s lidmi závislými na stimulačních drogách (kokain, crack, pervitin). Nová metodika práce s názvem Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu je využívána ve Velké Británii pro uživatele kokainu a cracku. V rámci spolupráce P-Centra Olomouc s Britskou společností Foundation 66, která je garantem zmíněné metodiky, byl tento program přepracován pro uživatele pervitinu. Po roční aplikaci programu a evaluaci proběhla jeho transformace. Výsledkem práce je nová metodika s názvem Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu. Výhody této metodiky spatřujeme v její jednoduché aplikaci a relativní krátkodobosti. Metodika je postavena na principech kognitivní terapie a její nedílnou součástí je edukace klienta s cílem pochopení principů jeho závislosti.

Abstract: This work aims to inform the reader about a new individual ambulatory therapy for people addicted to stimulant drugs (cocaine, crack and/or pervitin (methamphetamine)). The new methodology called A Brief Intervention Programme for meth users is used in Great Britain for users of cocaine and crack. Based on the cooperation of P-Centrum, Olomouc and the British company Foundation 66, which developed the methodology mentioned, it has been adapted for the pervitin (methamphetamine) users. The transformation followed after the programme had been applied and evaluated for a year and resulted in a new methodology called Brief Intervention Programme for pervitin users. Advantages of this new methodology can be seen in its easy applicability and relatively short term duration. The methodology is based on the concept of cognitive behavioural therapy and education of the client leading to understanding the principles of his/her addiction. The work also intends to inform the reader about the transformation process of the methodology.

Klíčová slova: kokain, crack, pervitin, metodika pervitin, P-Centrum.

Key words: cocaine, crack, pervitin, metodology pervitin, P-Centrum

Aktuální model léčby závislosti

V oblasti výzkumu problematiky závislosti lze v současném stavu poznání nalézat mnoho informací, které mohou poskytnout oporu pro nové metody a přístupy k lidem závislým na psychoaktivních látkách. Z hlediska praxe a její aplikace do prakticcké práce s klientem se však setkáváme, že studií problematiky závislosti je mnoho a mnohdy je velmi težké se v nich orientovat. Na základě spoluprácce s Aidanem Grayem, který vytvořil metodiku pro práci se závislými na cracku a koakinu založenou na kognitivně terapeutické rovině, jsme se rozhodli tento model převést do podmínek ČR a přetvořit jej na pervitin. V rámci léčby osob závislých na stimulačních drogách existuje řada možnosti od detoxifikačních jednotek, léčeben až po terapeutické komunity. Z nepobytových zažízení je nabízena ambulantní léčba jak ve zdravotnictví, tak v sociálních službách. Metodika

práce je navrhnuta, tak aby mohla být realizována ambulantně. Níže si stručně shrneme oblast ambulantní léčby závislostí v ČR.

Ambulantní léčba závislosti v České republice

Systém ambulantní léčby není v ČR dostatečně propracovaný a není dostupný všem klientům. Nejvhodnější variantou ambulantní léčby je dle K. Hampla in Kalina (2003) výše zmíněná **AT ordinace pro prevenci a léčbu závislostí** (alkoholových i nealkoholových). Od r. 1986 do r. 1992 bylo po celé ČR cca 160 AT ambulancí se zastoupením v každém kraji, takže jejich služby byly dostupné všem potenciálním klientům. Náplň práce těchto ambulancí byla jednotná. Po r. 1992 se tyto ordinace částečně zprivatizovaly, což mělo za následek velký odliv specializovaných lékařů, jejichž práce byla velmi náročná a neuspokojivá po finanční stránce. Vzhledem k této situaci je současný stav ambulantní péče nedostačující. Mnoha klientům tento typ léčby vyhovuje, a to z důvodu malé časové náročnosti a možnosti setrvání v přirozeném prostředí. Pokud chybí tento důležitý článek v systému péče, někteří klienti se rozhodnou jít na rezidenční léčbu, ale ani lůžková zařízení nemohou všechny zájemce pojmout. V druhém případě žádnou léčbu vůbec nevyhledají. Aktuálně se však AT poradny potýkají s existenčními problémy a tvrzení, že jsou nejvhodnější formou ambulantní léčby se jeví, jako diskutabilní. Počty pacientů na jednotlivé odborné pracovníky jsou natolik vysoké, že si můžeme dovolit spekulovat o kvalitě poskytované péče.

Níže popisovaná metoda práce je realizována v nestátní instituci P-centrum v Olomouci, mimo jiné posytující i léčbu ambulantní. Právě takto specializovaná občanská sdružení mohou suplovat absenci AT poraden a nabídnout závislým klientům psychoterapii, poradenství a podporu.

Nová metoda práce se závislými na pervitinu

V rámci ambulantní poradensko-terapeutické práce patří práce s pervitinovými klienty mezi velmi rozšířený fenomén. Řada klientů proklamuje motivaci svou nelehkou otázku řešit, ne však za zdmi léčebny či komunity. Rizkové je pro ně odrtžení od reálného prostředí, např. z důvodu studia,z důvodu práce, pokud pracují a také se u klientů projevují nejrůznější důvody, proč o léčbu lůžkovou nestojí. V rámci hledání pracovních postupů pro tyto klienty vznikla níže popsaná metodika, která je založena na principech kognitivně behaviorální terapie. Za její vznik vděčíme spolupráci s organizací Foundation 66, na jejíž půdě vznikla její původní verze pro uživatele kokainu a cracku. Vzájemná spolupráce byla realizována díky projektu s názvem „DOKÁŽU TO?“ s registračním číslem CZ.1.04/5.1.01/12.00005, jehož realizátorem je P-centrum v Olomouci a který je zaměřen právě na tvorbu intervenčního programu ke zvládání závislosti na pervitinu. Projekt byl realizován v rámci Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a byl spolufinancován Evropským sociálním fondem a rozpočtem České republiky. Díky projektu a následné rozvíjející se kooperaci dnes pracujeme s novou metodikou, která pomáhá uživatelům pervitinu na cestě k abstinenci. Dalšími institucemi, které se na práci s novou metodikou podíleli byly sdružení Podané ruce, Olomouc a Vojenská nemocnice v Olomouci resp. středisko sekundární prevence.

Mateřská instituce Foundation 66

Dříve než se budeme věnovat samotnému intervenčnímu programu, seznámíme čtenáře s organizací, kde metodika vznikla.Společnost Foundation 66 (dříve Rugby house) byla založena v roce 1986. Původně působila, jako krizové centrum v Holbornu, v budově ragbyové školy (odtud její název). Později se začala specializovat a poskytovat své odborné služby lidem závislým na alkoholu a drogách. Následný rozvoj organizace zapříčinil, že brzy začala své služby poskytovat po celém Londýně, kde do té doby žádné služby tohoto typu neexistovaly nebo kde nebyly poskytovány pro specifické skupiny, jako jsou etnické minority, osoby s postižením, rodiny s dětmi atd. Společnost Foundation 66 má významné zkušenosti s ambulantní léčbou osob s drogovou závislostí.

Dále je tato společnost spoluautorem metodiky ambulantní práce ve Spojeném království a spolupracuje s Britskou vládou. Více informací čtenář nalezne na webových stránkách organizace (http://arp-uk.org/).

Krátký intervenční program pro uživatele kokainu a cracku a jeho transformace na pervitinový program

Otcem myšlenky Krátkého intervenčního programu je Aidan Gray, který vytvořil dva programy pro uživatele kokainu a cracku. Podrobnější informace o tomto program lze nalézt na webových stránkách P-centra tj. www.p-centrum.cz. Zmíněný program nabízí pro práci s klientem a obsahuje dvě varianty použití. První z programů (Nízkoprahový dvoutýdenní program) slouží klientům, kteří nechtějí s užíváním přestat a nejsou motivováni pro abstinenci. Cílem tohoto programu jsou dvě sezení, během nichž jsou klientovi poskytnuty informace důležité pro mírnění jeho užívání. Toto pojetí spíše odpovídá specifkům přístupu harm reduction. Pokud se podaří v této části intervence vzbudit u klienta zájem o další práci, může klient dále pokračovat v druhém dvanáctitýdenním programu.

Druhý program (Dvanáctitýdenní krátký intervenční program) je určen klientům motivovaným k abstinenci. Tento program probíhá v délce dvanácti sezení. Specifičnost tohoto programu spočívá v tom, že běží souběžně s hlavním léčebným programem. Jedná se v podstatě o dvanáct hodin pro klienta nad rámec běžných ambulantních setkávání. Jednotlivá sezení v intervenčním programu byla přeložena od 1. 1. 2010 a používána pracovním týmem sedmi terapeutů. Tito pracovníci stejně jako ostatní, kteří s metodikou pracovali, byli autorem metodiky proškoleni. Terapeuti prováděli program s klienty (uživateli pervitinu) a zkušenosti s ním zanesli do kasuistických spisů (100 kasuistik). Tyto kasuistiky i samotné pracovní zkušenosti byly vyhodnocovány na pravidelných evaluačních setkáních, kde roli evaluátora sehrál Dr. Miroslav Charvát z Katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého. Po ročních zkušenostech jsme díky výsledkům evaluace mohli dát programu novou podobu s cílem, tak aby byl pro české klienty účinný a atraktivní.

Proces transformace metodiky pro kokain a crack na metodu pro uživatele pervitinu se odehrával v následujících etapách:

1. Pro naši práci klíčová publikace (AIDAN GRAY (2006) Final draft crack/ cocaine Brief intervention. London. Rugby House.) byla přeložena do češtiny a poskytnuta všem odborným pracovníkům projektu.
2. Přeložený text prošel odbornou korekturou. Všechny informace ohledně působení kokainu a cracku na lidský organismus byly odstraněny a na jejich místo byly přiřazeny pasáže týkající se působení pervitinu. Takto vznikla nová metodika transformovaná pro účel práce s lidmi závislými na pervitinu. (Pracovní název metodiky: Pervitin 1.1).
3. Metodika Pervitin 1.1 byla využita při práci s klienty. Klientům, kteří spolupracovali v tomto programu, byla odebrána anamnéza pomocí škály Europe ASI. Celkem bylo odebráno sto anamnéz, na jejichž základě byly vypracovány jednotlivé kasuistiky. Na projektu pracovalo celkem sedm odborných pracovníků (psychologové, terapeuti, speciální pedagogové, sociální pracovníci), kteří snímali data svých klientů. Každý měsíc byla práce vyhodnocena ve společných setkáváních. Po uzavření poloviny kasuistik byly tyto vyhodnoceny a na základě tohoto hodnocení proběhla evaluace pro další úpravy metodiky. Stručné výstupy z této analýzy kazuistik si znázorníme v další kapitole toto pojednání.
4. V rámci výstupů z evaluačních setkání vznikla metodika s pracovním názvem: Pervitin 1.2. Tato byla konzultována a dále ověřována stejně jako metodika pervitin 1.1. Navíc se však na její další transformaci podílel spolupracující odborník z Velké Británie, který byl seznamován s našimi výstupy jak průběžně během programu, tak v rámci dalšího setkání na půdě Rugby house. Ze zmíněných konzultací a evaluací následně vznikla finální metodika Pervitin 1.3.

Analýza kasuistických spisů

Celkový počet kasuistických spisů pro první evaluaci naší práce činil N=55. Vytvořili jsme 2 soubory. První soubor kasuistik obsahuje získané informace z krátkého programu (program pro tři setkání) a druhý soubor kazuistik obsahuje informace týkající se dlouhého programu (dvanáctitýdenní program).

V analýze kazuistických spisů jsme si kladli tyto otázky:

1. Byl program klientem ukončen řádně?
2. V případě předčasného ukončení programu, jaký modul mohl být rozhodující a vedoucí k ukončení?
3. Jaké důvody vedoucí k ukončení nám sdělil sám klient?
4. Pokračuje klient v jíné terapii?

Dale jsme se zaměřili na analýzu jendotlivých používaných modulů, kde jsme se zaměřovali na tyto otázky:

5. Které moduly se klientovi dělali dobře, a které ne, jak lze toto vysvětlit?
6. Jaké změny by sami terapeuti pracující s meetodikou navrhovali v ní samotné?

Hlavní výsledky a jejich diskuze

Zde si představíme jen hlavní výsledky, které představují základ pro další formování metodiky. Úspěšnost řádného ukončení práce pomocí metodiky krátkého programu (program pro tři setkání) byla 82 %. Metodiku dlouhého programu úspěšně dokončilo (dvanáctitýdenního programu) dokončilo 18 % klientů. Sledujeme vyšší četnost ukončení krátkého programu klienty, než u program dlohodobého. Toto vysvětlujeme tak, že kratší intervence je více cílená spíše na mírnění škod, je kratší a pro klienty nenáročná naopak od programu dlouhého, kde se od klienta očekává vyšší míra angažovanosti a ochoty na sobě pracovat. Jak už jsme se zmínili v teoretické části při popisu metodiky a její verze pro tři a dvanáctitýdenní setkání, pro zařazení klienta do krátkého programu je důležité, aby byl zařazen do systému léčebných zařízení. Abstinence však klient není t.č. schopen. Proto je mu nabídnut nízkoprahový program v němž je zdůrazňována nutnost minimalizovat rizika spojená s užíváním.

Z hlediska dlouhodobého programu se projevuje nedostatečná retence klientů. Patrně by bylo důležité se vice zaměřovat na motivaci klientů, a sledovat změny v ní, pomoci klientům se lépe zorientovat v jejich problémech a v neposlední řadě se tím take potvrzuje, že kognitivně beahviorální směry mohou být pro některé klienty náročné a nejsou schopni v tomto duchu a principech na sobě pracovat. Z jednou z často se vyskytujících příčin vedoucí k ukončení programu byla nedostatečná motivace k ukončení škodlivého užívání, dale sociální potíže, kde do jisté míry užívání sloužilo jako negativní strategie sloužící k přežití. Při rozhovoru s terapeuty, kteří s metodikou pracovali jsme získali tyto informace. 75% terapeutů metodiku programu oceňovalo a shledávalo její postupy a strukturu za přínosnou pro vlasní práci se závislými klienty. 25% terapeutů mělo k metodice výhrady hlavně z hlediska její struktury, kterou je KBT charakteristická. Nutno podoknout, že terapeuté, kteří s metodikou pracovali byli povětšinou zastánci odlišných směrů a metod práce, než jak s klientem pracuje KBT. Take se u terapeutů často vyskytovala nespokojenost a potíže s porozuměním modelu jak funguje pervitin v mozku, sdělovali, že by potřebovali tento modul zpřehlenit, zestručnit a zjednodušit. K tomuto je potřeba podoknout, že sám školitel této metody kladl velký důraz na pochopení mozkových mechanismů závislosti a zdravotních důsledků, a jeho školení bylo několik hodin na toto téma právě zaměřeno. Modul byl na základě tohoto zjednodušen s tím, že terapeuti, kteří se schtějí dozvědět o této problematice vice informaci, byly vytvořeny odkazy, kde mohou neurobiologické mechanismy nastudovat. Také nelze vyloučit určitou neochotu těchto terapeutů se více vzdělávat a věnovat příslušný čas k pochopení této problematiky. Častým jevem, při práci s moduly byly chutě u klienta, které se projevovaly v různé intenzitě. V rámci výcviku v metodice a dále v jejím rozšiřováním jsme zařadilii několik technik jak chutě společně s klienty

zvládat.

Nová verze Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu (pervitin 1.3)

Častou otázkou při evaluaci zkušeností programu bylo, zda je program vhodný pro všechny uživatele pervitinu. Ukázalo se, že program vyžaduje určitou úroveň kognitivních (v širším slova smyslu) schopností klienta. Podstatná část programu je založena na edukativní složce. Z tohoto hlediska je nezbytné, aby klient byl schopen porozumět jednotlivým aspektům a obsahu programu. Z tohoto důvodu bylo do programu zařazeno nulté sezení, kde probíhá tzv. explorativní rozhovor. V tomto rozhovoru, obecně zhodnocujeme klientův přítomný stav psychický, snažíme se jej motivovat, sledujeme orientačně klientovo kognitivní schopnosti. Výsledkem rozhovoru je buď motivace klienta pro daný program, nebo doporučení jiné formy práce.

Další často řešenou otázkou byla nutnost existence dvou programů. Po vyhodnocení zkušeností jsme zhotovili program jeden, který využívá poznatků i zkušeností obou předchozích. Jestliže se klient nerozhodne pro abstinenci, je s ním spolupráce ukončena po nejnutnější edukaci a strategii zaměřené na mírnění škod. Jedná se o pochopení cyklů a vzorců užívání, zdravotních důsledků užívání a pochopení jak pervitin působí. V původní verzi sledovaného programu bylo dvanáct modulů, kterými klient postupně procházel a naplňoval jejich cíle. Paralelně s tímto programem pak probíhala běžná terapie. Tato cesta byla po zkušenostech vyhodnocena, jako náročná z důvodu dvou setkání s klientem za týden (což je při ambulantní formě práce, za předpokladu, že si klient hledá práci nebo již pracuje, časově náročné). Z tohoto důvodu jsme propojili moduly programu, které mají spíše vzdělávací povahu, s terapeutickými postupy. Tímto průnikem vznikl takzvaný **„střednědobý terapeuticko-intervenční program“**, jehož délka nepřesáhne 60 minut za týden.

Zrevidovná metoodika se aktuální skládá z pěti částí. První z nich je **Explorativní rozhovor,** jehož cílem je zhodnotit, zda je pro klienta vhodný kognitivně behaviorální přístup na kterém je tato metodika založena. Druhou částí je **Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu**, který se stává z tzv. pevných modulů. V nich se řeší převážně funkční analýza rámcová behaviorální a kognitivní analýza klientova problému v návaznosti na pochopení působení pervitinu v mozku.

Třetí část metodiky je **Terapeuticko-intervenční program pro uživatele pervitinu,** který je volným pokračováním krátkého intervenčního programu. Jeho obsahem jsou tzv. moduly volné. Tyto jsou složeny z výběrových témat uzpůsobených k aktuálním potřebám klienta (zdravotní důsledky, vztah užívání drogy a kriminality, doléčování atd.). Čtvrtou komponentou jsou **Pracovní listy**. Jedná se o dokumenty mající povahu vzdělávacích materiálů pro klienty, a do kterých klient vyplňuje průběh, popř. dílčí výsledky své práce. Poslední pátou částí jsou **Informační listy** pro klienty, které zjednodušeně popisují důležité poznatky týkající se závislosti, a které si klient bere sebou na prostudování domů. Metodika rovněž pamatuje na harm reduction a práci s relapsem. Tato dvě témata nemají své samostatné moduly, ale jsou zahrnuty v rámci pracovních listů. Po explorativním rozhovoru může terapeut zjistit, že klient není obeznámen s harm reduction. V této situaci může za pomoci informačního listu (harm reduction) informovat klienta o zásadách bezpečného braní. Dalším tématem je laps či relaps klienta. V případě klientova uklouznutí použije terapeut pracovní list (práce s lapsem) a postupuje s klientem v souladu s tímto metodickým materiálem. Teprve po ošetření této situace je možno pracovat s metodikou dále.

Jak již bylo řečeno, Krátký intervenční program je postaven na principech kognitivně-behaviorální terapie. V duchu tohoto terapeutického směru jsme pracovali i my. Za klíčové považujeme sestavení funkční analýzy klientovi situace. Teprve poté přistupujeme k dalším modulům programu. V praxi se však projevovaly potíže ve vytvoření funkční analýzy těchto klientů. Důležitým pomocníkem se ukázal pracovní list s názvem cykly užívání a vzorce užívání. Tento list vyplňuje pracovník společně s klientem a následně ho vztahují k dalším případům a

situacím. Často jsme se setkávali s trvzením, zda není potřebný výcvik v KBT pro realizaci této metodiky, Domníváme se, že výcvik v KBT není pro práci s touto metodikou nutný, tato metodika představuje základní pilíř, jak nahlížet na klientův problém a pomáhá pracovníkům se lépe zorientovat v tématech, na kterých můžeme s klientem pracovat. Důležité se však jeví to, aby pracovník, který s touto metodikou chce pracovat absolvoval řádné školení v jejích principech a metodách. Závěrem nutno podotnout, že tvorba metodiky resp. terapeuticko-intervenční program pro závislé na pervitinu a mezinárodní spolupráce byla oceněna adiktologickou společností v roc 2012 cenou Kiron.

Aktuálně probíha příprava školení ve zmíněné metodice, které by mělo být realizováno na podzim 2013. Více informací, jakož i text metodiky ke stažení, nalezne čtenář na webových stránkách orgaizace (www. p-centrum.cz).

Další inovace programu- sociální kognice

Po vyhodnocených zkušenestech chceme doplnit Terapeuticko intervenční program pro uživatzele pervitinu o další modul. Plánujeme vytvořit modul, který by pomáhal zpracovat sociální kognice klientů. Z aktuáních studiíí zabývajících se sociálními kognicemi u osob závislých na alkoholu, např. (Zemánková, 2012) vyplývá , že anlýza tohoto fenoménu je pro psychoterapii a potřebnou abstinenci velmi užitečná. Existuje reálný předpoklad, že lidé závislí na pervitinu mají stejně jako lidé závislí na alkoholu narušené sociální kognice. Mohou tedy mít narušené vnímání sebe sama a zároveň i vnímání dojmů o druhých.

V praxi na toto téma často narážíme na terapeutických skupinách za využití různých popůrných technik. Některé tyto metody plánujeme převést i do programu jako další, tzv. volý modul. Tento modul se bude skládat z několika složek. Nejdříve proběhne stručná analýza klientovy situace a krátká edukace o sociálních kognicích. Následně budeme zpracovávat self schémata, schémata o ostatních, schémata rolí, schémata událostí atd. Vzniklý terapeutický material (tzn. klientovo vnímání schémat) podstoupíme kritické analýze v KBT rozhovoru. Dále budeme pomocí kognitivní remediace trénovat nové strategie pro řešení složitějších sociálních úkonů. Cílem tohoto modulu bude podpora sociální inteligence klienta a vytváření prostoru pro kvalitnější sociální život.

Afiliace ke grantu v českém a anglickém jazyce

OP LZZ-CZ

Název projektu/The name of the project: Dokážu to? /Can I do it? Číslo projektu/The number of the project: 1.04/5.101/12.00005.

Literatura:

1. GRAY, A. (2006). *Final draft crack/cocaine Brief intervention programme*. London, Great Britain: ©NTA/ COCA/Rugby House.
2. Garris, A., & Wightman, M., & William, M., & Kenan, R. (1999). *Dopamine Not Brain Pleasure*. North Carolina, USA: Source Paul University of North Carolina – Chapel Hill.
3. Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha, Český republika: Úřad vlády České republiky.
4. Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha, Česká republika: Úřad vlády České republiky.
5. Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha, Česká republika: Grada Publishing.
6. RŮŽIČKA, M.. (2010-1). *Krátký intervenční program pro ambulantní léčbu osob závislých na stimulantech*.

Adiktologie. Praha. Česká republika. Centrum Adiktologie.
7. ZEMÁNKOVÁ, P. (2012) Alkoholici v léčení a sociální kognice: diagnostické využití některých skórovacích přístupů TAT. Brno. Česká republika. Diplomová práce. Masarykova Univerzita.

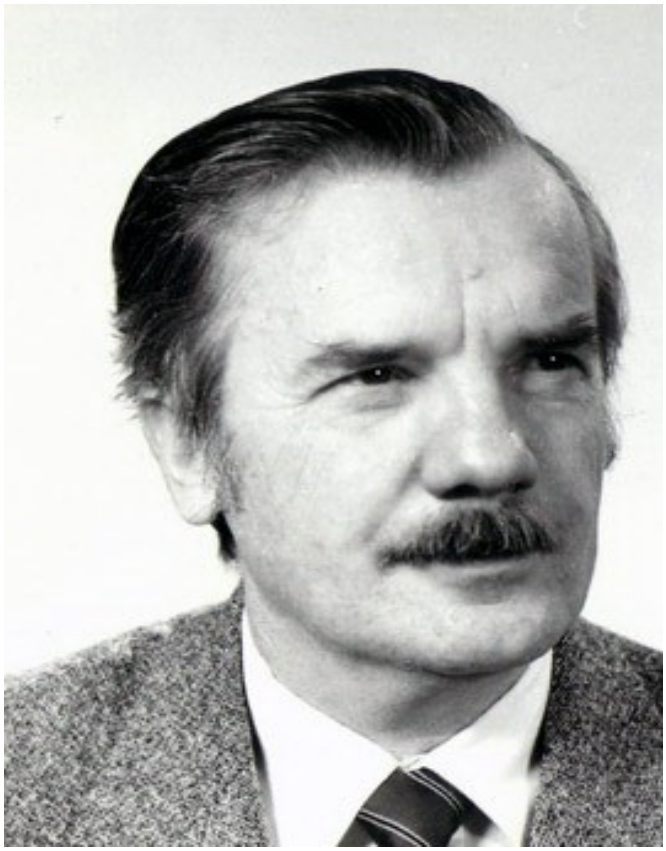
Doručeno redakční radě 15.1.2013
Přijato po recenzi 6.3.2013

Personálie

Profesor PhDr. Ondrej Kondáš DrSc. – nezabudnuteľný priekopník kognitívnej klinickej psychológie a psychoterapie.

J. Kordačová, Profesor PhDr. Ondrej Kondáš DrSc. – nezabudnuteľný priekopník kognitívnej klinickej psychológie a psychoterapie.
jana.kordacova@savba.sk

Staršia generácia československých psychológov a psychoterapeutov má ešte iste v živej pamäti meno jedného z najvýznamnejších slovenských klinických psychológov - profesora PhDr. Ondreja Kondáša, DrSc. Tí neskôr narodení, ktorí nemali to šťastie zažiť ho osobne, si možno položia otázku, čím bol tento človek taký mimoriadny a zaujímavý, že stojí zato sa vracať k jeho odkazu ešte aj po rokoch. Poďme si teda trošku zaspomínať na odborný aj ľudský profil tohto výnimočného človeka, vedca, pedagóga a psychoterapeuta, priekopníka nielen kognitívnej klinickej psychológie, ale aj kognitívno-behaviorálnej terapie na Slovensku a v Čechách.



Ondrej Kondáš sa narodil 29. septembra 1930 v Nižnej Kamenici na východnom Slovensku, v malom domčeku, kde žil v lone malebnej prírody v blízkosti Slánskych vrchov s rodičmi a so staršou sestrou až pokým neodišiel na stredoškolské štúdiá. Jeho záujem o poznávanie sa začal prejavovať už vo veľmi mladom veku, kedy ho často bolo možné zazrieť ani nie tak pri hre s rovesníkmi, ako skôr niekde v ústraní - s knihou v ruke. Kvôli čítaniu zanedbával aj povinnosti okolo domu, a keď už naozaj nebolo úniku a Ondro musel pomáhať napr. pri prácach na poli, využíval každú voľnú chvíľku aj tu „kognitívne“; napríklad sediac vzadu na voze sa učil anglické slovíčka (Kondášová, 2009). „*Knihy a len knihy – to bol pre neho najvhodnejší darček*“, spomína jeho sestra Betka. Táto jeho láska k poznávaniu ho sprevádzala po celý život.

K ďalším typickým charakteristikám profesora Kondáša patrila už od chlapčenských čias bystrosť jeho umu a vitalita. Už počas štúdia na prešovskom gymnáziu bol medzi spolužiakmi známy pre výborný prospech, ale aj pre účasť na kultúrno-spoločenských akciách a súťažiach. Vyznačoval sa živou činorodosťou, veľmi dobrými organizačnými schopnosťami, prirodzenou inteligenciou a optimizmom. Rád sa angažoval pre

zmysluplné veci, do ktorých sa vedel naplno vložiť – len tak ho niečo neodradilo. Táto vlastnosť bola preňho takisto typická celý život. Treba však povedať, že Ondrej bol nielen „hltačom poznatkov", ale aj typickým študentom, so všetkým, čo k tomu patrí - aj keď mal školu rád a s učením nemal problémy, nevyhol sa dvojke, ani trojke zo správania. Mal totiž rád podnikateľské aktivity - organizoval výlety, lyžovačky, zábavy, pričom raz sa mu akýmsi fígľom podarilo zrušiť vyučovanie na gymnáziu...

K jeho celkovému formovaniu prispeli aj niektoré smutné zážitky a životné skúsenosti. Ako teenager prežil frontové udalosti, s citlivým vnímaním odsunu jeho spolužiakov do koncentračných táborov (Kováč, 2000). Na východnom Slovensku žilo veľa židovských rodín, ktoré doplatili svojim životom na kruté vojnové udalosti. Gymnázium ukončil v roku 1950, v roku tvrdých stalinských represií a prekvitajúceho „kultu osobnosti".

Pre štúdium psychológie, ktoré zahájil v šk. roku 1950/1951, sa Ondrej Kondáš rozhodol spomedzi ďalších zvažovaných alternatív - medicína a chémia. Významnú zásluhu na jeho konečnej voľbe mal iný významný slovenský psychológ, dnes už emeritný profesor a bývalý dlhoročný riaditeľ Ústavu experimentálnej psychológie SAV v Bratislave, Damián Kováč – Ondrov starší gymnaziálny spolužiak a priateľ. Ten mu vybavil u profesora Jurovského v Bratislave možnosť týždeň navštevovať jeho prednášky a „validizovať si" svoju voľbu. A tak sa Filozofická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave, ktorú O. Kondáš ukončil v roku 1955, stala jeho Almou Mater po dlhé roky jeho profesionálneho života (v roku 1962 - CSc., 1968 docent, 1978 DrSc. a v roku 1982 profesor psychológie).

Možno povedať, že kognitívna profesionálna dráha a psychoterapeutická orientácia profesora Kondáša sa začala už rok pred jeho promóciou, kedy sa zamestnal v Psychiatrickej liečebni vo Veľkých Levároch na Záhorí ako pomocná vedecká sila. Profesor Jurovský mu síce ponúkal miesto na univerzite v Bratislave, avšak ako spomína J. Stempelová (2009), v tom čase bola atmosféra na škole priam nedýchateľná: preverovania, odchody vzácnych odborníkov, ktorých nahradzovali ľudia podľa politickej orientácie. Vedenie liečebne v Levároch poskytlo mladej rodine Ondreja Kondáša byt a primerané hmotné aj personálne zabezpečenie, a tiež široký priestor pre počiatočné výskumné sledovanie kognitívnych procesov u pacientov s rôznymi psychickými poruchami.

Ondrej Kondáš v liečebni zriadil aj skromné psychologické laboratórium na počiatočné experimenty s tým, že hneď od začiatku sa angažoval aj vo vylepšovaní liečebného programu, do čoho zapojil aj najbližších kolegov a spolupracovníkov. Zaviedol pohybovú terapiu pacientov, biblioterapiu, dramaterapiu a muzikoterapiu, pričom jeho záujem o výskum v mnohom ovplyvnil aj klinickú prax - do spoločných terapií vkladal metodológiu výskumu a poveril sestričky, aby robili časové záznamy zo všetkých aktivít. A aj keď sa niekedy takéto jeho počínanie stretávalo s nevôľou či s počiatočným nepochopením, bolo preňho charakteristické aj v jeho neskoršom profesionálnom živote. Akonáhle niekde zatušil rezervy, okamžite to bol podnet pre uplatnenie jeho tvorivého ducha (napr. v rehabilitačno-reedukačnom a psychoterapeutickom pôsobení a vytváraní komunitného liečebného systému vo Veľkých Levároch, ktorého súčasťou sa stala ergoterapia, biblioterapia, psychoterapia a liečba prostredím. Pre obec Leváre tiež založil psychologickú poradňu.

Už v tomto čase opísal Ondrej Kondáš niektoré oblasti uplatnenia klinickej psychológie v rehabilitačnej liečbe duševne chorých a alkoholikov (1958), pričom liečebňa vo Veľkých Levároch mu poskytovala bohaté možnosti sledovania kognitívnych procesov u duševne chorých (1958). Z psychodiagnostickej oblasti sa zaujímal o rečové prejavy psychotikov (1961), podrobne analyzoval podnetové slová v asociačnom experimente (1962); z oblasti pedopsychologického výskumu sa zaoberal psychológiou odmeny a trestu

(1963), otázkou formovania mravných predstáv u detí staršieho školského veku (1958) a aplikáciou psychoterapie u mládeže (1964). Osobitnú oblasť predstavuje jeho záujem o alkoholikov, hoci sám bol len bežným konzumentom. Do centra jeho pozornosti sa dostala najmä averzívna terapia a psychoterapia alkoholikov (1958, 1962) a rozpracoval aj model alkoholizmu, vychádzajúci z teórie učenia (1969). V roku 1970 prijal členstvo v redakčnej rade časopisu Protialkoholický obzor (dnes Alkoholizmus a drogové závislosti), zúčastnil sa aj 28. medzinárodného kongresu o alkoholizme vo Washingtone (1969) a 21. psychologickom kongrese zameranom na problematiku alkoholizmu a drog v Paríži (1977), čo vtedy nebolo zďaleka také bežné, ako by sa z dnešného pohľadu mohlo zdať. Nemožno tiež opomenúť neskoršiu dlhoročnú spoluprácu profesora Kondáša s docentom Skálom a zariadením Apolinár v Prahe, a obohatili ho aj osobné stretnutia s Wolpem, C. M. Franksom, J. Chojnovskim, ale aj s českými psychoterapeutmi: prof. S. Kratochvílom, J. Křivohlavým, K. Balcarom, E. Urbanom, J. Smékalom, J. Švancarom, E. Syřišťovou a ďalšími, udržujúc si s nimi priateľské kontakty do konca života (bližšie pozri Stempelová, Kordačová, 2002).

V roku 1960 nastúpil Ondrej Kondáš spočiatku ako externý VŠ učiteľ na 0,5 úväzok na Katedru psychológie FFUK v Bratislave, kde začal s výučbou klinickej psychológie a kde nakoniec strávil 35 rokov svojho života. Čas jeho nástupu bol poznamenaný neslávnou februárovou „kritikou a sebakritikou“ VŠ učiteľov a v Československu nastúpilo „obdobie sovietskych učebníc“ (Kováč, 2007). Zlikvidovali sa aplikačné psychologické pracoviská, neisté postavenie psychológie ako „buržoáznej pavedy“ sa v 50. rokoch minulého storočia na FFUK udržalo pod značkou „ideologická“ (Čavojcová, 2003).

Ondrej Kondáš získal na univerzite trvalé miesto v roku 1966 a bratislavskú katedru viedol 14 rokov (až do roku 1985), v ťažkých časoch normalizácie. Bol však odborne schopný zakomponovať československú psychológiu 60-tych až 80-ych rokov i do celosvetovej psychológie, pričom ako nestraník prešiel viacerými peripetiami v konzultáciách so straníckym vedením – najmä v „personálnej obhajobe“ svojich spolupracovníkov. No nakoniec ich vždy šarmantne a v ich prospech zvládol (Brezina, 2009). Jeho pričinením mala katedra dobrú povesť na Slovensku, a v istých obdobiach bola radená aj pred „pražskú psychológiu“. Profesor S. Kratochvíl zvlášť oceňoval „nesmierne zásluhy profesora Kondáša o rozvoj psychoterapie, osobitne tej významnej vetvy, ktorá sa dnes nazýva „kognitívne-behaviorálna“. Psychoterapeutickú líniu, ktorá tu vzišla vďaka profesorovi Kondášovi, označil za „bratislavskú psychoterapeutickú školu“ (Kratochvíl, 2002, 2009). Avšak ako to už býva, aj napriek všetkému tomu nevyčísliteľnému, čo pre odbor a pre katedru psychológie na FFUK v Bratislave profesor Kondáš vykonal (bližšie v ďalšom texte), musel v roku 1995 z titulu veku (65 rokov) opustiť miesto VŠ profesora.

Po spoločensko-politických zmenách, ktoré priniesla tzv. Zamatová/Nežná revolúcia v roku 1989 (čo je z dnešného pohľadu a naozaj „svojský“ historický názov tejto udalosti) začali vznikať nové VŠ psychologické pracoviská aj v iných slovenských mestách, a tak profesor Kondáš nemusel odísť na „zaslúžený odpočinok“, čo v jeho prípade bolo naozaj dosť nepredstaviteľné, ale naopak - dostal pozvanie prednášať klinickú psychológiu, psychoterapiu a psychológiu zdravia na Trnavskej univerzite, odkiaľ neskôr prešiel na univerzitu sv. Cyrila a Metoda v Trnave. Svoj pedagogický entuziazmus tak mohol rozvíjať ešte posledných 7 rokov života (na TU od r. 1995 do r. 1997 a na Univerzite sv. Cyrila a Metoda v Trnave od r. 1997 do r. 2002). Na UCM vybudoval katedru psychológie, ktorej sa stal vedúcim (1999-2002), pričom zanietene vybavoval akreditáciu štúdia psychológie na tejto univerzite, avšak „konkurenčnú“ Trnavskú univerzitu bol nútený definitívne opustiť. Štúdium psychológie na UCM bolo Ministerstvom školstva SR akreditované až po jeho smrti.

Pokiaľ ide o koncepčné prínosy profesora Kondáša, najznámejšou sa stala jeho aplikácia psychologickej teórie učenia v psychoterapii (1962), ktorú podrobne rozpracoval vo svojej kandidátskej dizertačnej práci

(dnes „doktorandskej“ Ph.D., vtedy CSc.), ktorú o dva roky neskôr vydal knižne vo vydavateľstve Slovenskej akadémie vied v Bratislave pod názvom „Podiel učenia v psychoterapii“. V roku 1969 vychádza jeho Discentná psychoterapia a rok nato zakladá Skupinu pre discentnú psychoterapiu v rámci Slovenskej psychologickej spoločnosti pri SAV, prostredníctvom ktorej sa neskôr organizovali skupinové výcviky pre klinických psychológov a lekárov v behaviorálnych, resp. kognitívne-behaviorálnych a relaxačných metódach (čo vtedy takisto zďaleka nebolo také samozrejmé ako dnes). Postupne sa do obsahu kurzov začleňovali aj lektori – psychológovia z Česka: K. Balcar, J. Křivohlavý, S. Kratochvíl, J. Šturma a ďalší.

V tejto súvislosti nemožno profesorovi Kondášovi uprieť prvenstvo na Slovensku, a dokonca aj v Čechách, v kognitívno-behaviorálnom prístupe v psychoterapii, a to tak v teoretickej, ako aj prakticko-aplikačnej rovine. Z historického hľadiska je totiž jeho discentná paradigma „homo-discens“ – človek ako tvor neustále sa učiaci, a discentná psychoterapia, tj. psychoterapia učením - ničím iným ako slovenským „dvojčaťom“ v tom čase paralelne vo svete nastupujúcej kognitívno-behaviorálnej teórie a terapie. Z neskorších rozhovorov s ním viem, že si vyčítal, že ho vtedy namiesto „discentnej“ psychoterapie (tento názov ju mal odlíšiť od príliš mechanistického behaviorizmu) nenapadlo označenie „kognitívna“, resp. „kognitívno-behaviorálna“, ktoré sa potom vo svete pre tento typ psychoterapie ujalo a rozšírilo.

To ho však neodradilo v ďalšom rozvíjaní, presadzovaní a skvalitňovaní psychológie ako odboru, a to aj napriek zložitým spoločensko-politickým podmienkam, v ktorých žil. Entuziazmus a angažovanosť profesora Kondáša pre dobrú vec boli preňho príslovečné a tiahli sa ako Ariadnina niť celou jeho profesionálnou a životnou dráhou. Podľa vyjadrenia jeho kolegyne z vysokej školy M. Harinekovej (2009), vo svojej kolegiálnej spolupatričnosti mal Ondrej neobyčajnú schopnosť vybaviť aj nevybaviteľné veci. Bol cieľavedomý, prierazný, nebál sa kritiky, zastával sa študentov. To sa premietlo aj do jeho iniciatívy kreovať vo vnútornom členení (vtedy jedinej) bratislavskej katedry psychológie na FFUK oddelenie klinickej psychológie, zabezpečiť pre študentov stáže a cvičné klinické pracoviská, organizovať PGŠ kurzy a atestácie psychológov, písať prvé učebné texty pre poslucháčov a osobne zabezpečiť ich „ručné“ rozmnožovanie, keďže psychológia spočiatku nemala veľa vlastných publikácií, nehovoriac o špecializovaných učebniciach - prvá učebnica klinickej psychológie vznikla v roku 1977, Psychoterapia a reedukácia v roku 1985; neskôr Psychodiagnostika dospelých (1990) a State z klinickej psychológie (2002).

V roku 1983 Ondrej Kondáš inicioval aj vznik, odbornú náplň a vedenie Kabinetu klinickej psychológie ILF v Bratislave, ktorý doškoľoval v klinickej psychológii aj lekárov, farmaceutov a iných odborných pracovníkov (logopédi, špeciálni pedagógovia, biochemici). Mal ideu založiť aj výskumné pracovisko klinickej psychológie, ktoré by spĺňalo požiadavky dlhodobého rozvoja odboru, skvalitnenie poskytovaných služieb a podieľalo by sa aj na rozvoji teórie a metodológie klinickej psychológie. K tomu však nedošlo, nakoľko klinickí psychológovia nemali v tom čase potrebné vedecké a pedagogické tituly, a problémy boli aj s priestorovými nedostatkami a neochotou nadriadených tvoriť nové útvary (Stempelová, 2009).

Profesor Kondáš aktívne rozvíjal aj medziodborové kontakty, zúčastňoval sa na zasadnutiach Slovenskej lekárskej spoločnosti v sekcii VNČ, psychiatrie, alkohológie, ale aj sociálnej psychiatrie, pediatrie a gerontológie. Neskôr zastával významné funkcie aj na takých postoch, ako bolo Ministerstvo zdravotníctva SR, kde bol menovaný za hlavného odborníka pre klinickú psychológiu (1971-1989); bol tiež členom Komisie expertov Ministerstva školstva ČSR a SSR, predsedom komisie pre udeľovanie titulu DrSc., predsedom 2 habilitačných komisií, členom domácich i zahraničných vedeckých rád a redakčných rád odborných časopisov (zo zahraničných napr. Child and Family Behavior Therapy, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Behavioural Analysis and Modification), pričom už v r oku1966 bol dopisujúcim členom

medzinárodnej spoločnosti pre rozvoj behaviorálnej terapie so sídlom v USA, kde absolvoval výcvik v metódach kognitívno-behaviorálnej terapie. Neskôr bol tiež členom Pracovnej skupiny pre rozvoj psychoterapie v socialistických krajinách.

Profesor Kondáš vždy zdôrazňoval jedinečnosť osobnosti a potrebu akceptácie komplexného prístupu v psychoterapii, pričom rozpracoval teóriu učenia v psychopatológii (1962) a v alkohológii (1961, 1971). Otázky alkoholizmu a iných toxikománií rozoberal z hľadiska tejto teórie až po psychoterapeutické postupy, vrátane hľadania účinných faktorov psychoterapie v liečbe alkoholizmu a odporúčaní pre pacientov (1957). Dlhoročne spolupracoval s hlavným alkohológom Slovenska MUDr. T. Miššíkom, CSc. a s expertom pre duševné zdravie prof. MUDr. J. Pogádym, DrSc. V americkom behaviorizme sa zaujímal o Wolpeho princíp recipročného útlmu, o prvky sociálneho učenia v diele Lazarusa, o princípy racionálnej terapie (neskôr racionálno-emočnej behaviorálnej terapie Alberta Ellisa a jeho iracionálne presvedčenia. Študentov zasväcoval do Adlerovej psychoterapeutickej školy a individuálnej psychológie, do myšlienok Maslowa, Rogersa a logoterapie V. E. Frankla v čase, keď títo autori neboli oficiálne prijímaní.

Bol to tiež profesor Kondáš, kto v čase totality presadil do praxe Koncepciu klinickej psychológie a koncept klinicko-psychologického nálezu, ktorý bol záväzný pre psychológov pracujúcich v zdravotníckych zariadeniach (1969, 1986, 1993). Zostavil aj plán rozvoja psychologických služieb na jednotlivých úsekoch liečebno-preventívnej starostlivosti a podporoval rezortné výskumné projekty klinických psychológov, z ktorých nemalú časť oponoval. Bol tiež samostatným autorom či spoluautorom početných výskumných projektov v oblasti školstva, zdravotníctva, priemyslu, spravodlivosti a i.

Z dnešného pohľadu môže ísť o zdanlivo samozrejmé veci, avšak treba si uvedomiť, že profesor Ondrej Kondáš žil svoj najplodnejší život v čase hlbokej totality, permanentne bojujúc proti najrôznejším nezmyselným byrokratickým a neraz aj osobným (personálnym) prekážkam. Napriek tomu sa mu podarilo etablovať klinickú psychológiu ako vedný odbor a zriadiť Komoru slovenských psychológov, a spolu s najaktívnejšími kolegami ju presadiť aj legislatívne (Zákon NR SR č. 199/1994 „o Psychologickej činnosti a Slovenskej komore psychológov“ ako stavovskej organizácii. Vo svojej práci vždy zohľadňoval princípy etiky, ktoré zdôrazňoval tak študentom, ako aj – a najmä - kolegom psychoterapeutom („*Primum nihil nocere*“), neopomínajúc dôležitosť etických princípov ani pri používaní psychodiagnostických metód, kde všemožne bojoval proti ich zneužívaniu neodborným – komerčným používaním. Etické princípy práce klinického psychológa boli rozvinuté v prijatí Etického kódexu hneď po založení Komory slovenských psychológov.

Každý, kto zažil obdobie pred pádom tzv. železnej opony vie, koľko úsilia musel profesor Kondáš vynaložiť pri svojej snahe urobiť pre odbor všetko potrebné, pri existencii vtedajších, dnes už takmer štvrťstoročných a „prachom zabudnutia zapadnutých“ spoločensko-politických podmienok, vymedzovaných vládou jedinej politickej strany - Komunistickej strany Československa. Pozitívne využívajúc svoje dobré postavenie im profesor Kondáš vytrvalo vzdoroval – predovšetkým poctivou a obetavou prácou, a tiež jednoznačným „státím si za svojím“ aj napriek tomu, že odpor voči „vrchnosti“ a slobodné vyjadrovanie iných ako „prijateľných“ politických názorov stálo neraz viacerých odvážlivcov „hlavu“. Demokracia v podobe, akú ju poznáme dnes, bola v tých časoch iba vytúženým snom, o ktorom sme netušili, či sa niekedy vôbec naplní, a heslá ako „*So Sovietskym zväzom na večné časy a nikdy inak!*“, „*Nech žije KSČ!*“, prípadne „*Proletári všetkých krajín spojte sa!*“ a pod., neboli situačným vtipkovaním politických recesistov, ale smutnou realitou, vymedzujúcou hlavnú ideovú líniu vtedajšej doby.

Keď v roku 1989 došlo k zmene politického systému, mal profesor Kondáš 61 rokov. Prežiť väčšinu najaktívnejšieho života v socialistickom spoločenskom zriadení bez nádeje na reálnu zmenu a presadzovať

zmysluplné ciele si vyžadovalo nielen odvahu, ale aj charakter a vysokú mieru prezieravosti a múdrosti kombinovanú s nutnou dávkou zdravej rafinovanosti a tiež vynikajúcich komunikačných schopností. Profesorovi Kondášovi našťastie nikdy nechýbala odvaha otvorene vyjadrovať svoje názory, ani vzdorovať všetkým nezmyselným prekážkam, na ktoré vo svojom živote narážal. Vďaka silným stránkam svojej osobnosti dokázal úspešne kľučkovať v nebezpečnom dobovom „mínovom poli" a stať sa dokonca jedným z mála „bezpartajných" univerzitných profesorov za čias totality. Je však otázne, za akú konečnú cenu... Jeho príslovečný „A typ" ho totiž nakoniec, v máji roku 2002 „dostal".

Je naozaj ťažko v niekoľkých odsekoch vyčerpávajúco obsiahnuť prínos celoživotného diela človeka, akým bol profesor Kondáš. Bol to človek hlboko ľudský, s orientáciou na riešenie problémov, výborný psychoterapeut, rigorózny a náročný oponent i pedagóg, ktorému záležalo na dobrom mene psychológie i odbornej a ľudskej úrovni jeho reprezentantov. „*Svoje nároky si nosím všade so sebou, preto že mi záleží predovšetkým na kvalite (za čo ma mnohí nemajú radi)*", hovorieval. Bol to principiálny, avšak priateľský kolega so zmyslom pre humor i fair-play, so sugestívnou prednáškovou činnosťou a do posledných chvíľ s vysoko pozitívnym, kamarátskym vzťahom ku študentom (Stempelová, 2009). Jeho „levársky" kolega, profesor Freybergh (2009) ho spomína ako vyzretého človeka, obdareného vysokým intelektom, hlbokou, genuínnou empatiou a nesmierne širokým vzdelaním.

Ondrej Kondáš mal rád prírodu, umenie, deti, a tiež priateľské, neformálne stretnutia s úprimnými a charakternými ľuďmi, pričom požíval úctu a dôveru tých, ktorí rovnako ako on nedokázali spolupracovať s oficiálnym duchom vtedajšej doby. Nemal rád iba svoju psychológiu a prácu, ale predovšetkým ľudí a život, ktorý žil činorodo a dynamicky, a na dotazy, kde sa v ňom berie toľký optimizmus a veselosť odpovedal s úsmevom slovami, že kresťan má byť radostný.

Napriek veku bol „spiritus movens" progresívnych myšlienok, ktoré nevedeli spracovať jeho mnohí následovníci, šíril okolo seba entuziazmus, mal nadhľad. Známu formulku: „*Vzťah k psychológii je daný mierou vzdelanosti vedúcich pracovníkov*" pravdepodobne vedel využívať asertívnejšie a efektívnejšie najmä pri presadzovaní záujmov našej odbornosti v nie vždy priateľskom prostredí, než mnohí z jeho žiakov a nasledovníkov (Selko, 2009).

Komplexná vedecko-pedagogická, odborná a psychoterapeutická činnosť profesora Kondáša je tak bohatá, že si zaslúži úprimný obdiv a uznanie. Má podiel na rozvoji všetkých klinických disciplín na univerzitnej pôde ako v Bratislave, tak aj v Trnave (klinická psychológia, psychodiagnostika, psychoterapia a psychológia zdravia, atď., pričom postavil slovenskú klinickú psychológiu na vedeckú úroveň, sprostredkoval jej výsledky do stredoeurópskeho kontextu a do svetového povedomia mnohých psychológov. „V retrospektíve sa mi zdá, že prekonal svoje limity, naplnil svoj život po okraj a spokojne mohol odísť do večnosti" (Stempelová, 2009, s. 9).

V spomienke naňho som sa pokúsila zhrnúť to podstatné, typické a zároveň jedinečné, a naznačiť aj dobový charakter, čo môže mladším kolegom pomôcť aspoň sčasti priblížiť okolnosti, za akých celoživotné dielo profesora Kondáša vznikalo. Zanechal za sebou hlbokú brázdu v podobe veľkého množstva tvorivej, zmysluplnej a obetavej práce pre odbor, vrátane nevďačnej koncepčnej a organizačnej práce, pre ktorú mal hádam rovnaký talent ako pre špičkovú odbornú prácu, ktorá už za jeho života presiahla hranice vtedajšieho Československa. Bol dôstojným reprezentantom vysokej úrovne slovenskej psychológie a bohatej vedeckej činnosti v klinickej psychológii, ktorá vďaka nemu dostala na Slovensku titul „vedecká". Celú svoju profesionálnu kariéru pritom obhajoval ako nestraník, v dusnom ideologickom tlaku a marazme, ktorému nepodľahol (Selko, 2009). Podrobnejšie informácie o jeho živote a diele možno nájsť v pútavom rozprávaní jeho najbližších spolupracovníkov, priateľov a rodiny (Stempelová a kol., 2009, tiež Stempelová, Kordačová, 2002).

Mala som možnosť takmer 15 rokov pracovať v inšpiratívnej blízkosti človeka „formátu“ profesora Kondáša. Túto možnosť si dodnes vysoko vážim, pretože ma hodne obohatila - odborne aj ľudsky. Voľbou témy diplomovej práce, ktorú v časoch totality profesor Kondáš vypísal v podobe „*Neurotických postojov u vysokoškolákov*“ (z ktorej sa vykľuli iracionálne presvedčenia Alberta Ellisa) som mala možnosť dostať sa k problematike, ktorá mi na dlhé roky nielen odborne učarovala, ale priniesla základ aj pre našu neskoršiu spoluprácu. Zároveň umožnila predstaviť širšej psychologickej obci u nás vtedy takmer neznámu, nosnú a podľa môjho názoru aj veľmi zaujímavú problematiku dysfunkčných kognícií. Okrem viacerých spoločných či samostatných štúdií sme získané poznatky v tejto oblasti v závere jeho života pretavili do monografie, ktorej súčasťou je aj pôvodná slovenská škála iracionálnych presvedčení (Kondáš, Kordačová, 2000).

V priebehu celého obdobia našej spolupráce som mala možnosť profesora Kondáša spoznať bližšie aj ako človeka: mal nadovšetko rád život, pričom bol osobitne vnímavý k ľudskej bolesti, utrpeniu a nespravodlivosti. Okrem kníh písal aj básne, hubárčil a bol vášnivý turista (Kratochvíl, 2009). Mal nákazlivý, uvoľňujúci smiech, ale nikdy ho nebolo počuť rozprávať neslušný, vulgárny, alebo agresívny vtip, spomína kolega Selko (2009). Bol tiež príjemným spoločníkom – galantný k ženám, vtipný, veselý. Problémy bagatelizoval, nikdy sa nesťažoval. Ani na zdravie, ani slovíčkom nezaťažoval svojou osobou iného (Kondášová, 2009). Jeho bystrý um a schopnosť veľmi pohotovo reagovať mu zrejme umožnili „okabátiť nepriateľa“ a prežiť relatívne bez ujmy aj najťažšie obdobie totality. Ako mi ale prezradil, nebol schopný emigrovať a ponuky natrvalo ostať v zahraničí odmietal aj z renomovaných odborných kruhov.

Osobne som si profesora Kondáša vážila najmä pre jeho pevnosť v postojoch a zásadovosť v principiálnych otázkach. Vedel byť veľmi priateľský a oddaný ľuďom, ktorých mal rád a ktorých si vážil, a naopak – nezhovievavý k podvodníkom, farizejom, či iným podvodníkom života. Mal rád všetko poctivé, autentické a zmysluplné. Možno preto ťažšie toleroval ozajstnú ľudskú hlúposť, pýchu a zlo, vrátane nezmyselného politickému režimu minulosti, na ktorom odmietal participovať. Vo svojej podstate bol Ondrej Kondáš skromným človekom, čo sa o ňom bežne dosť málo vedelo. Na jeho hrobe by ste márne hľadali tituly...

V máji roku 2012 sme si pripomenuli desiate výročie jeho nečakanej smrti - uprostred práce a prednášok náhle dostal cievnu príhodu. Po jeho aktívnej činnosti nik neprevzal „zodpovednosť“ za odbor, kompetencie sa podelili medzi viacerých klinických psychológov v nádeji, že pôjde lepšie, ak „jeden človek nemá monopol na všetko“. Opak sa stal pravdou... A tak sa dnes už nik nepýta, či osoba má ukončené jednoodborové štúdium psychológie, aby obsadila post pre kvalifikovaného odborníka (Stempelová, 2009).

Zdá sa, že nie paušálne platí tvrdenie o tom, že každý človek je nahraditeľný; život a osobnosť ľudí ako bol profesor Kondáš je toho živým dôkazom. Preto som rada prijala ponuku opäť si zaspomínať na „Kondyho“, ako sme ho všetci, počnúc študentmi a končiac ním samým, volali, a pripomenúť aj mladším kolegom jeho veľký prínos pre psychológiu a psychoterapiu u nás.

PhDr. Jana Kordačová, CSc.
Ústav experimentálnej psychológie SAV, Bratislava

Štúdia vznikla s finančným prispením Vedeckej grantovej agentúry Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky a Slovenskej akadémie vied VEGA v rámci riešenia GÚ č. 2/0126/12.

Použitá literatúra

1. Brezina, I.: Otvorenie I. Kondášových dní na UCM v Trnave. In: Stempelová, J. (Zost.), Žiť život v plnosti. Prof. PhDr. Ondrej Kondáš, DrSc. Životopisná črta. Bratislava 2009, 48-51.
2. Čavojcová, M.: Klinická psychológia v severoamerických krajinách a na Slovensku: porovnanie historického vývinu a súčasného stavu. Diplomová práca. Fakulta humanistiky Trnavskej univerzity v Trnave, 2003.
3. Harineková, M.: Osobné spomienky na spolužiaka. In: Stempelová, J. (Zost.), Žiť život v plnosti. Prof. PhDr. Ondrej Kondáš, DrSc. Životopisná črta. Bratislava 2009, 65-67.
4. Koncepcia klinickej psychológie. Vestník Ministerstva zdravostníctva, Bratislava, 1969, čiastka 11-12, 70–74.
5. Koncepcia klinickej psychológie. Vestník Ministerstva zdravostníctva, Bratislava, 1986, čiastka 4, 30-33.
6. Koncepcia klinickej psychológie. Vestník MZ SR, Bratislava, 1993, 69-71.
7. Kondáš, O.: K otázke formovania mravných predstáv u detí staršieho školského veku. Pedagogika 8, 1958, 312–321.
8. Kondáš, O.: Niektoré otázky uplatnenia klinickej psychológie pri rehabilitačnej liečbe duševne chorých. Čs. psychiatr. 54, 1958, 395-401.
9. Kondáš, O.: O čítaní u duševne chorých. Čs.psychol., 2, 1958, 34–43.
10. Kondáš, O.: Poznámky k psychoterapii alkoholikov. Lek. obzor 7, 1958, 475-482.
11. Kondáš, O.: Naše skúsenosti s metódou slovného stereotypu a možnosti jej uplatnenia u psychóz. Čs. psychol. 5, 1961, 257-266.
12. Kondáš, O.: Verbálne prejavy pri psychózach a ich psychodiagnostická hodnota. Psychologica. Zborník FFUK XII (I), 1961, 103–125.
13. Kondáš, O.: Analýza podnetových charakteristík v protokole asociačného experimentu. Bratislava, Psychologica. Zborník FF UK XIII/II, 1962, 135–153.
14. Kondáš, O.: Aplikácia psychologickej koncepcie učenia v psychoterapii. Bratisl. lek. listy , 42 (II), 1962, 299–305.
15. Kondáš, O.: K problému úspešnosti protialkoholickej liečby, 1962.
16. Kondáš, O.: Niektoré otázky teórie učenia v psychopatológii. Referát na plenárnom zasadnutí SPS. Bratislava: Psychologica, Zborník FF UK XII(II), 1962, 65–80.
17. Kondáš, O.: Psychológia odmeny a trestu. In: Pardel, T. (Red.), Pedagogická psychológia. Praha: SPN a Bratislava: SPN 1963, 124-139.
18. Kondáš, O.: Niektoré teoretické a praktické problémy pri aplikácii psychoterapie u mládeže. Problémy psychológie dieťaťa a mládeže. Bratislava: SPN 1964, 219–224.
19. Kondáš, O.: Podiel učenia v psychoterapii. Bratislava: Vyd.SAV, 1964.
20. Kondáš, O.: Discentná psychoterapia. Bratislava: Vyd. SAV, 1969 (2.vyd. 1973)
21. Kondáš, O.: Model alkoholizmu vychádzajúci z teórie učenia. Protialk. obzor 4, 1969, 39-45.
22. Kondáš, O.: Využitie niektorých princípov discentného prístupu v psychoterapii alkoholikov. Protialk. obzor, 6, 1971, 33–37.
23. Kondáš, O.: Klinická psychológia. VŠ učebnica. Martin: Osveta, 1977 (2.vyd. 1980).
24. Kondáš, O., Kratochvíl, S., Syřišťová, E.: Psychoterapia a reedukácia. VŠ učebnica. Martin: Osveta, 1985 (2.vyd. 1989).
25. Kondáš, O., a kol: Psychodiagnostika dospelých. VŠ učebnica. Martin: Osveta, 1990 (2.vyd. 1992).
26. Kondášová, E.: Reminiscencie nevesty MUDr. E. Kondášovej. In: Stempelová, J. (Zost.), Žiť život v plnosti. Prof. PhDr. Ondrej Kondáš, DrSc. Životopisná črta. Bratislava 2009, 63-64.
27. Kondáš, O., Kordačová, J.: Iracionalita a jej hodnotene. Bratislava: Stimul, 2000.
28. Kondáš, O. a kol: State z klinickej psychológie. Trnava: Univerzita sv. Cyrila a Metoda, 2002.

29. Kordačová, J., Spomienky žiačky na svojho učiteľa. In: Stempelová, J. (Zost.), Žiť život v plnosti. Prof. PhDr. Ondrej Kondáš, DrSc. Životopisná črta. Bratislava 2009, 73-82.
30. Kováč, D.: Psychológiou k metanoi. Bratislava: Veda SAV, 2007.
31. Kratochvíl, S.: Vzpomínka na profesora Ondreje Kondáše. Orientace, 13. ročník, 2002, 23, 150-160.
32. Kratochvíl, S: Vzpomínka na profesora PhDr. O. Kondáše, DrSc. In: Stempelová, J. (Zost.), Žiť život v plnosti. Prof. PhDr. Ondrej Kondáš, DrSc. Životopisná črta. Bratislava 2009, 60-62.
33. Selko, D.: Spomienky na pána profesora. In: Stempelová, J. (Zost.), Žiť život v plnosti. Prof. PhDr. Ondrej Kondáš, DrSc. Životopisná črta. Bratislava 2009, 85-87.
34. Stempelová, J., Čas zmazáva spomienky – hviezdy svietia. In: Stempelová, J. (Zost.), Žiť život v plnosti. Prof. PhDr. Ondrej Kondáš, DrSc. Životopisná črta. Bratislava 2009, 88-91.
35. Stempelová, J., Kordačová, J.: Vedecká činnosť a klinická psychológia v publikáciach prof. PhDr. Ondreja Kondáša, DrSc., (k nedožitým 72. narodeninám). Zprávy. Čs. psychologie 2002, XLVI, 56, 567–57.
36. Torok, I., Entner, Ľ., Kondáš, O.: Priateľstvo s alkoholom. Bratislava: Slovenský ústav zdravotníckej osvety, 1957.

Doručeno redakční radě 15.2.2013
Přijato po recenzi 25.3.2013

Přečetli jsme za vás

Sociální kognice

Sociální kognice

Citation: Huitt, W. (2006). Social cognition. *Educational Psychology Interactive*. Valdosta, GA: Valdosta State University. Retrieved [date], from http://www.edpsycinteractive.org/topics/soccog/soccog.html

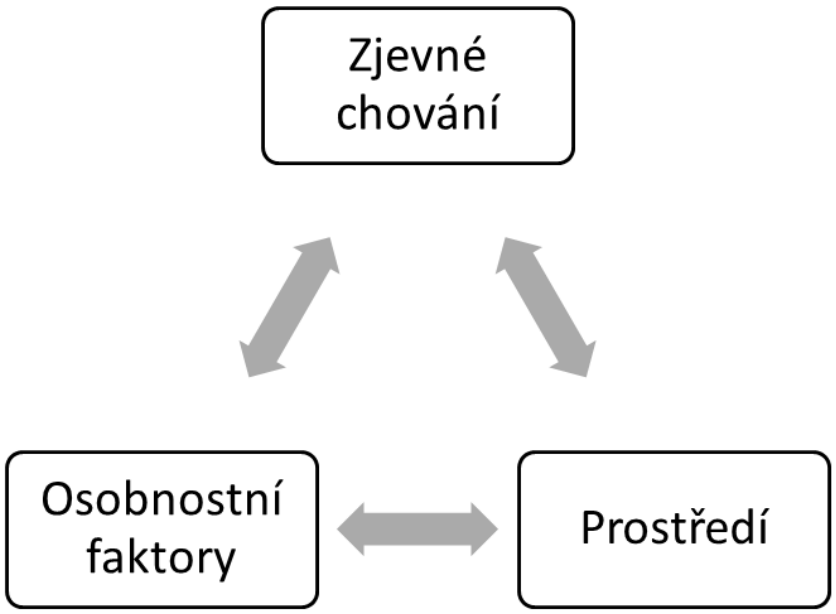
Sociální kognice mají své kořeny v sociální psychologii, která se snaží pochopit a vysvětlit, jak jsou myšlenky, pocity a chování jednotlivců ovlivňovány skutečností, představami, nebo jak vyplývají z přítomnosti druhých. (Allport, 1985, s..3).

Zkoumá jednotlivce v rámci sociálního a kulturního kontextu a zaměřuje se na to, jak lidé vnímají a interpretují informace, jež si sami vytvářejí (interpersonální) od ostatních (interpersonální)(Sternberg, 7994)

Různí výzkumníci, kteří začali zkoumat fenomén učení v jiných myšlenkových směrech, se do tohoto pohledu také zařadili. Například, Albert Bandura (1986) původně studoval učení z behaviorální perspektivy (Bandura, 1965), zatímco Jerome Bruner (1990) původně studoval učení z pohledu kognitivního (Bruner, 1957).

Festingerova (1957) kognitivně – disonanční teorie, Bémova (1972) self-perception teorie (Greenwald, 1975) a Weinerova (1985) teorie přiznání jsou dalšími příklady toho, jak perspektiva sociální kognice byla využita k studiu učebního procesu. Hlavním výsledkem tohoto pohledu je, že efektivní výuka musí být založena na odpovídajícím sociálním prostředí (Hannafin, 1997)

Jedním z nejdůležitějších pojmů, které vyvinul Bandura (1986) je vzájemný determinismus. Z tohoto pohledu je osobnostní chování jak ovlivňováno, tak ovlivňuje osobnostní faktory a prostředí. Bandura přijímá možnost individuálního chování podmíněného pomocí následků. (Skinner, 1938). Zároveň si uvědomuje, že osobnostní chování může mít vliv na prostředí (Sternberg, 1988). Totéž platí o vztahu mezi osobnostními faktory, jako jsou kognitivní schopnosti, či postoje a chování nebo prostředí. Každý může mít vliv a může ovlivňovat druhé.



Dva principy lidského fungování vztahující se k procesu učení je zapojení procesů self-pokynů (self-direction) (to lze udělat, mohu to udělat, viz Pajares, 1996) a self-regulace (self-regulation) (cíle, plány, vytrvalost). Tyto otázky jsou někdy odkazovány na konativní procesy (conative processes). Konace (jednání, uplatnění vůle, usilování, snaha)(conation) odkazují na spojení znalostí a vlivů na chování a spojení s otázkou „proč". Je to osobnostní, záměrné, plnoplánové, úmyslné, orientované na cíl, nebo jako snažící součást motivace, aktivní (na rozdíl od reaktivního nebo obvyklého) aspektu chování (Baumeister, Bratslavsky, Muraven a Tice, 1998, Emmons, 1986, Huitt & Cain, 2005). To je úzce spojeno s konceptem chtění, definovaným jako použití vůle, nebo svobodnou volbou co udělat (Kane, 1985; Mischel, 1996). Je naprosto zásadní, když se jedinec úspěšně zapojí do self-direction and self-regulation.

Literatura:

1. Allport, A. (1985). The historical background of social psychology. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.). *Handbook of social psychology* (Vol. 1, 3rd ed., pp. 1-46). New York: Random House.
2. Bandura, A. (1965). Behavioral modification through modeling practices. In L. Krasner & I. Ullman (Eds.), *Research in behavior modification* (pp. 310-340). New York: Holt, Rinehart & Winston.
3. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social-cognitive theory*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
4. Baumeister, R., Bratslavsky, E., Muraven, M., & Tice, D. (1998). Ego depletion: Is the active self a limited resource? *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(5), 1252-1265.
5. Emmons, R. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1058-1068.
6. Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, IL: Row, Peterson.
7. Greenwald, A. (1975). On the inconclusiveness of "crucial" cognitive tests of dissonance versus self-perception theory. Journal of Experimental Social Psychology, 11, 490-499. Retrieved December 2002, from http://faculty.washington.edu/agg/pdf/Gwald_JESP_1975.OCR.pdf

ADDRESSING *Mental Health* CONCERNS IN PRIMARY CARE
A CLINICIAN'S TOOLKIT

EVIDENCE-BASED CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS

This report is intended to guide practitioners, educators, youth, and families in developing appropriate plans using psychosocial interventions. It was created for the period November 2012–April 2013 using the PracticeWise Evidence-Based Services (PWEBS) Database, available at www.practicewise.com. If this is not the most current version, please check the American Academy of Pediatrics mental health Web site (www.aap.org/mentalhealth) for updates.

Problem Area	Level 1- BEST SUPPORT	Level 2- GOOD SUPPORT	Level 3- MODERATE SUPPORT	Level 4- MINIMAL SUPPORT	Level 5- NO SUPPORT
Anxious or Avoidant Behaviors	Cognitive Behavior Therapy (CBT), CBT and Medication, CBT with Parents, Education, Exposure, Modeling	Assertiveness Training, Attention, CBT for Child and Parent, Cultural Storytelling, Family Psychoeducation, Hypnosis, Relaxation, Stress Inoculation	Contingency Management, Group Therapy	Biofeedback, CBT with Parents Only, Play Therapy, Psychodynamic Therapy, Rational Emotive Therapy	Assessment/Monitoring, Attachment Therapy, Client Centered Therapy, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Peer Pairing, Psychoeducation, Relationship Counseling, Teacher Psychoeducation
Attention and Hyperactivity Behaviors	Behavior Therapy and Medication, Biofeedback, Parent Management Training, Self-Verbalization	Contingency Management, Education, Parent Management Training (with Problem Solving, or with Teacher Psychoeducation), Physical Exercise (with or without Relaxation), Social Skills and Medication, Working Memory Training	Biofeedback and Medication	Parent Management Training and Social Skills, Relaxation, Self-Verbalization and Contingency Management, Social Skills	Attention Training, Client Centered Therapy, CBT, CBT and Anger Control, CBT and Medication, Family Therapy, Parent Coping/Stress Management, Parent Management Training and Self-Verbalization, Problem Solving, Psychoeducation, Self-Control Training, Self-Verbalization and Medication, Skill Development
Autism Spectrum Disorders	Intensive Behavior Therapy, Intensive Communication Training	Parent Management Training, Peer Pairing, Physical/ Social/Occupational Therapy	None	Cognitive Behavior Therapy, Massage, Social Skills	Auditory Integration Training, Biofeedback, Eclectic Therapy, Hyperbaric Treatment, Modeling, Structured Listening
Delinquency and Disruptive Behavior	Anger Control, Assertiveness Training, CBT, Multisystemic Therapy, Parent Management Training, Parent Management Training and Problem Solving, Social Skills	Communication Skills, Contingency Management, Functional Family Therapy, Parent Management Training and CBT, Parent Management Training and Classroom Management, Problem Solving, Rational Emotive Therapy, Relaxation, Therapeutic Foster Care, Transactional Analysis	Client Centered Therapy, Family Therapy, Moral Reasoning Training, Outreach Counseling, Peer Pairing, Self-Control Training	CBT and Teacher Training; Parent Management Training, Classroom Contingency Management, and CBT; Parent Management Training and Self-Verbalization; Physical Exercise; Stress Inoculation	Behavioral Family Therapy, Catharsis, CBT and Anger Control, CBT with Parents, Collaborative Problem Solving, Education, Exposure, Family Empowerment, Family Systems Therapy, Group Therapy (!!), Imagery Training, Parent Management Training and Peer Support, Play Therapy, Psychodynamic Therapy, Self-Verbalization, Skill Development, Wraparound
Depressive or Withdrawn Behaviors	CBT, CBT and Medication, CBT with Parents, Family Therapy	Client Centered Therapy, Cognitive Behavioral Psychoeducation, Expressive Writing/Journaling/Diary, Interpersonal Therapy, Relaxation	None	Problem Solving, Self-Control Training, Self-Modeling	Life Skills, Play Therapy, Psychodynamic Therapy, Psychoeducation, Social Skills
Eating Disorders	None	CBT, Family Therapy, Family Systems Therapy	None	None	Client Centered Therapy, Education, Goal Setting
Elimination Disorders	Behavior Alert; Behavior Alert and Behavioral Training; Behavioral Training; Behavioral Training, Dietary Care, and Medical Care (with or without Biofeedback)	Behavioral Training and Dietary Care; Behavioral Training, Hypnosis, and Dietary Care; CBT	Behavior Alert and Medication	None	Assessment/Monitoring, Assessment/Monitoring and Medication, Behavioral Training and Medical Care, Biofeedback, Contingency Management, Dietary Care, Dietary Care and Medical Care, Hypnosis, Medical Care, Psychoeducation
Mania	None	Cognitive Behavioral Psychoeducation	None	None	Family-Focused Therapy, Psychoeducation
Substance Use	CBT, Community Reinforcement, Family Therapy	Assertive Continuing Care, CBT and Medication, CBT with Parents, Contingency Management, Family Systems Therapy, Functional Family Therapy, Goal Setting/Monitoring, Motivational Interviewing/ Engagement (with and without CBT), Multidimensional Family Therapy, Purdue Brief Family Therapy	Drug Court, Drug Court with Multisystemic Therapy and Contingency Management	Goal Setting	Behavioral Family Therapy, CBT and Functional Family Therapy, Client Centered Therapy, Drug Court and Multisystemic Therapy, Education, Family Court, Group Therapy (!!), Motivational Interviewing/Engagement with CBT and Family Therapy, Multisystemic Therapy, Parent Psychoeducation, Problem Solving, Project CARE (!!), Psychoeducation
Suicidality	None	Attachment Therapy, Counselors Care, Counselors Care and Support Training, Multisystemic Therapy, Social Support Team	None	None	Accelerated Hospitalization, Counselors Care and and Anger Management
Traumatic Stress	CBT, CBT with Parents	Exposure	None	EMDR, Play Therapy, Psychodrama	Client Centered Therapy, CBT and Medication, CBT with Parents Only, Interpersonal Therapy, Psychodynamic Therapy, Psychoeducation, Relaxation

Note: Level 5 refers to treatments whose tests were unsupportive or inconclusive. The symbol (!!) indicates that at least one study found negative effects on the main outcome measure. The risk of using treatments so designated should be weighed against potential benefits. This report updates and replaces the "Blue Menu" originally distributed by the Hawaii Department of Health, Child and Adolescent Mental Health Division, Evidence-Based Services Committee from 2002–2009.

The recommendations in this publication do not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate.
Original document included as part of *Addressing Mental Health Concerns in Primary Care: A Clinician's Toolkit*. Copyright © 2011 American Academy of Pediatrics. Revised October 2012. All Rights Reserved.
The American Academy of Pediatrics does not review or endorse any modifications made to this document and in no event shall the AAP be liable for any such changes.

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

COMMUNITY RESOURCES
DECISION SUPPORT FOR CLINICIANS

Pozvánka na odborné akce

III. Mezinárodní COGMED akreditační konference

Pokyny pro autory

Obecné podmínky

- Příspěvky zasílejte formou formuláře na stránkách **C**ognititve **R**emediation **J**ournal nebo elektronickou poštou na adresu cdzord@email.cz
- Časopis je čtvrtletník.
- Rozsah příspěvků není omezen, redakce si však vyhrazuje právo konzultovat délku příspěvku s autorem.
- Redakce neručí autorům za zneužití autorských práv cizími osobami.
- Redakce přijímá příspěvky, které tematicky odpovídají profilu časopisu.
- O publikování příspěvků rozhoduje redakce.

Podmínky publikování

- publikování v časopise není honorováno
- autor ručí za původnost dodaných textů a uvádí případné spoluautory
- autor prohlašuje, že dodaný článek nebyl publikován v předávané podobě v jiném časopise, ani neprobíhá příprava jeho zveřejnění
- autorská práva náleží přispěvateli
- za obsahovou správnost příspěvku odpovídá autor
- upozornění redakce na publikování totožného příspěvku v jiných pramenech je považováno za předpoklad seriózní spolupráce, taktéž oznámení o publikování v **C**ognititve **R**emediation **J**ournal, pakliže se autor rozhodne příspěvek dále zveřejňovat
- autor poskytne své plné kontaktní údaje, nikoli jen anonymní email
- autor souhlasí s prováděním přiměřených redakčních úprav
- autor souhlasí s tím, že redakce zařadí článek do čísla dle svého uvážení
- autor akceptuje standardní způsob publikování článku, který probíhá v následujícím režimu
    - Článek je zveřejněn v elektronické podobě časopisu (PDF).
    - V některých případech, je-li článek úspěšný, může být provedena tištěná podoba.
    - Na internetových stránkách **C**ognititve **R**emediation **J**ournal může být zveřejněna ukázka z článku.
- článek je dodán v elektronické podobě
- poskytnutí příspěvku je považováno za souhlas s výše uvedenými pravidly

Poznámka: V některých případech mohou být mezi autorem a **C**ognititve **R**emediation **J**ournal sjednány individuální podmínky.

Doporučené redakční standardy

Poznámka: V případě, že autor není schopen zcela dodržet uvedené standardy, redakce poskytne autoru článku podporu.

- text je přiměřeně strukturován do kapitol a odstavců,
- obvyklá osnova je:
    - úvod,
    - jednotlivé kapitoly,
    - závěr,
    - přílohy,
    - vysvětlení k poznámkám,
    - použité prameny a odkazy.

- článek obsahuje v přiměřené míře grafické přílohy doplňující obsah,
- článek je vybaven poznámkovým aparátem,
- článek obsahuje odkazy na použité prameny,
- text článku a jeho grafické přílohy splňují dále uvedené technické standardy.

Doporučené technické standardy

Technické standardy pro text

- elektronická podoba článku je dodána ve formátu MS Word (.doc) nebo Rich Text Format (.rtf),
- předání článku proběhne prostřednictvím elektronického formuláře na stránkách Journalu nebo prostřednictvím elektronické pošty. V případě že článek (a jeho přílohy) je každý větší jak 1,5 Mb proběhne předání formou elektronické pošty.
- velikost stránky - papíru A4
- použité písmo Times New Roman,
    - velikost písma pro nadpis: 14,
    - velikost písma pro kapitoly: 12,
    - velikost písma pro běžný text: 10,
- struktura:
    - název příspěvku
    - abstrakt
    - klíčová slova
    - vlastní text a přílohy
    - použité zdroje
    - citace (upravena podle normy ISO 690)

Recenzenti

doc. Ing. Tomáš Tichý, Ph.D.	ČVUT Praha
doc. MUDr. Eva Malá CSc.	DPS Ondřejov, Neurologická klinika 1. LF UK a VFN Praha
doc. MUDr. Klára Látalová Ph.D.	Psychiatrická klinika FN Olomouc
doc. MUDr. Libuše Stárková CSc.	Psychiatrická klinika LF UP Olomouc
doc. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.	Psychiatrické centrum Praha
doc. MUDr. Radovan Přikryl, Ph.D.	Psychiatrická klinika FN Brno
doc. MUDr. Romana Šlamberová, Ph.D.	LF UK Praha
doc. PhDr. Bohumil Koukola CSc.	Ostravská univerzita v Ostravě
doc. RNDr. Anna Yamamotová, CSc.	LF UK Praha
Mgr. Eva Bazínková	CDZ Jeseník
Mgr. Iveta Fajnerová	Fyziologický ústav AV ČR, v.v.i.
Mgr. Kamil Vlček Ph.D.	Fyziologický ústav AV ČR, v.v.i.
Mgr. Michal Růžička, Ph.D.	Pedagogická fakulta UP Olomouc
Mgr. Tomáš Petrásek	Fyziologický ústav AV ČR, v.v.i.
MUDr. Dana Kamarádová	Psychiatrická klinika FN Olomouc
MUDr. Jan Zbytovský	Psychiatr. klinika FN Hradec Králové
MUDr. Lucie Kališová, Ph.D.	Psychiatrická klinika FN Praha
MUDr. Miloslav Kopeček, Ph.D.	Psychiatrické centrum Praha
PhDr. et PhDr. Václava Tylová	Psychiatr. oddělení Nemocnice Klatovy
PhDr. Jana Kopřivová, Ph.D.	Psychiatrické centrum Praha
PhDr. Jana Kordačová, Ph.D.	Ustav experimentálnej psychológie Slovenskej akademie vied
PhDr. Miroslav Charvát, Ph.D.	Filozof. fakulta UP Olomouc
PhDr. Radim Badošek, Ph.D.	Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta
PhDr. Roman Procházka, Ph.D.	Filozof. fakulta UP Olomouc
PhDr. Tomáš Divéky	Psychiatrická klinika FN Olomouc
PhDr. Zuzana Čeplová	Psychiatrické centrum Praha
prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D.	Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice
prim. MUDr. Marek Páv, Ph.D.	PL Horní Beřkovice
prim. MUDr. Peter Korcsog	Psychiatrické oddělení Všeobecné nemocnice Rimavská Sobota
prim. MUDr. Petr Možný	PL Kroměříž
prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.	Psychiatrické klinika FN Praha
RNDr. Aleš Stuchlík Ph.D.	Fyziologický ústav AV ČR, v.v.i.