

# 2019

## SBORNÍK ABSTRAKT

**18. ČESKO-SLOVENSKÝ  
PSYCHIATRICKÝ SJEZD**

25.–27. 9. 2019  
HOTEL INTERNACIONAL  
BRNO



PO STOPÁCH  
ČESKO-SLOVENSKÉ  
PSYCHIATRIE  
NA CESTĚ  
DO BUDOUCNOSTI



Psychiatrická společnost ČLS JEP  
Česká psychiatrická společnost  
25.09.2019 – 27.9.2019

## Pořadatel

Česká psychiatrická společnost z.s. ve spolupráci s Psychiatrickou společností ČLS JEP



## Prezident sjezdu

prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

## Předseda organizačního výboru

prof. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.

## Předseda vědeckého výboru

doc. MUDr. Bc. Libor Ustohal, Ph.D.

## Organizační výbor ČR

prof. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D. - předseda

prof. MUDr. Pavel Mohr, CSc.

doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.

doc. MUDr. Bc. Libor Ustohal, Ph.D.

MUDr. Simona Papežová

MUDr. Pavel Trančík

## Organizační výbor SR

MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.

MUDr. Mária Kráľová, CSc.

## Vědecký výbor ČR

MUDr. Bc. Libor Ustohal, Ph.D. - předseda

MUDr. Petra Uhlíková

MUDr. Juraj Rektor

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.

MUDr. Petr Možný

## Vědecký výbor SR

MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.

MUDr. Jozef Dragašek PhD.

MUDr. Michal Patarák

## Sekretariát sjezdu

MH Consulting s.r.o.

## Sekretariát společnosti

Lenka Knesplová, PS ČLS JEP, tel.: 773 786 133, e-mail: sekretariat@psychiatrie.cz

Text neprošel redakční úpravou  
ani autorskými korekturami.

**ÚSTNÍ SDĚLENÍ**

<b>VÝZNAM KARLA NÁHUNKA A JÁNA MOLČANA PRO HISTORII A SOUČASNOST PSYCHOFARMAKOTERAPIE U NÁS .....</b>	<b>7</b>
NÁHUNKOVA KLASIFIKACE ANTIDEPRESIV A JEJÍ PLATNOST V SOUČASNOSTI.....	7
PSYCHOFARMAKOLÓGIA - ODKAZ PROFESORA JÁNA MOLČANA.....	7
ŠTANDARDNÉ ŠTANDARDNÉ DIAGNOSTICKÉ A TERAPEUTICKÉ POSTUPY V LIEČBE DEPRESÍVNYCH A ÚZKOSTNÝCH PORÚCH .....	8
ČESKÍ LEKÁRI NA PSYCHIATRICKÉJ KLINIKE LEKÁRSKEJ FAKULTY UNIVERZITY KOMENSKÉHO V BRATISLAVE A ICH PRÍNOS PRE ROZVOJ SLOVENSKEJ PSYCHIATRIE.....	8
<b>ADIOKTICKÉ AKTUALITY .....</b>	<b>9</b>
PSYCHIATRICKÁ REFORMA V ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽBÁCH, ANEB "MÁME UŽ HOTOVO?" .....	9
TABLETKY NA VŠECHNO... (LÉKOVÉ ZÁVISLOSTI).....	9
SPECIALIZOVANÁ ZAŘÍZENÍ PRO LÉČBU ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU NA NAŠEM ÚZEMÍ V LETECH 1900 - 1945 - INSPIRACE PRO VZNIK APOLINÁŘSKÉHO MODELU LÉČBY ZÁVISLOSTI .....	10
OTRAVA METYLALKOHOLEM V ČESKÉ REPUBLICE - PRŮŘEZOVÁ STUDIE LET 2012 - 2019 .....	10
<b>VARIA I.....</b>	<b>11</b>
ADHD A VNÍMÁNÍ ČASU .....	11
PORUCHY CHOVÁNÍ NÁSLEDKEM POŠKOZENÍ MOZKU Z POHLEDU NEURO-PSYCHIATRICKÉ REHABILITACE.....	12
INSTITUT OCHRANNÉHO LÉČENÍ-JEHO UŽÍVÁNÍ, NADUŽÍVÁNÍ A ZNEUŽÍVÁNÍ.....	12
INCIDENCE INVALIDITY U DUŠEVNÍCH PORUCH A PORUCH CHOVÁNÍ OD ROKU 2010 .....	13
<b>PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKA .....</b>	<b>13</b>
BRAIN STIMULATION FOR THE TREATMENT OF PSYCHIATRIC DISORDERS: CURRENT STATUS AND RECENT DEVELOPMENTS.....	13
<b>SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI PRO BIOLOGICKOU PSYCHIATRII - GENETIKA V PSYCHIATRII .....</b>	<b>14</b>
SÚVISLOSŤ MEDZI APOE E4 A CD33 RS3865444 POLYMORFIZMOM A RIZIKOM VZNIKU ALZHEIMEROVEJ CHOROBY S NESKORÝM ZAČIATKOM.....	14
NEJNOVĚJŠÍ POHLED NA INTERAKCE GENŮ A PROSTŘEDÍ.....	14
<b>DĚTSKÁ A DOROSTOVÁ PSYCHIATRIE .....</b>	<b>15</b>
CO NÁS NAUČILO ZOBRAZENÍ BÍLÉ HMOTY MOZKOVÉ O AUTISMU A VÝVOJOVÉ DYSFÁZII? .....	15
VÝZNAM MATERNÁLNÍCH AUTOPROTLÁTEK PŘI VZNIKU PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA .....	15
NOVÉ LÉKOVÉ FORMY A PREPARÁTY PRO LÉČBU ADHD.....	16

LIEČBA BIPOLÁRNEJ AFEKTÍVNEJ PORUCHY U DETÍ A ADOLESCENTOV .....	17
PORUCHY CHOVÁNÍ U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH. JAKÁ JE ROLE PSYCHIATRA? .....	17
<b>VÝVOJ DIAGNOSTICKÉHO A TERAPEUTICKÉHO SPEKTRA U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....</b>	<b>17</b>
MENTÁLNÍ ANOREXIE: INTERAKCE MEZI STŘEVNÍ MIKROBIOTOU A MOZKEM .....	17
KOMORBIDITY A LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	18
IMPLEMENTACE NOVÉHO MANUÁLU CREST (NÁCVIK KOGNITIVNÍCH A EMOČNÍCH DOVEDNOSTÍ) VE SKUPINĚ PACIENTŮ S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY .....	19
<b>PROFESOR GUENSBERGER A JEHO ŠKOLA.....</b>	<b>19</b>
ODKAZ PROFESORA GUENSBERGERA A JEHO POKRAČOVATELOV V SÚČASNEJ PSYCHIATRII.....	19
IVAN ŽUCHA: OSOBNÉ A ODBORNÉ INŠPIRÁCIE.....	20
FLEISCHER A SÚČASNÁ PSYCHIATRIA – ZÁKONITOSTI SYMPTOMATICKEJ VÝSTAVBY DUŠEVNÝCH PORÚCH .....	20
MODERNÁ PSYCHOPATOLÓGIA: OD KLINICKEJ PRAXE PO HIERARCHICKÚ TAXONÓMIU A SIEŤOVÉ MODELÝ.....	21
<b>SYMPOZIUM PROFESORA MUTALAYA .....</b>	<b>21</b>
PROF. KAROL MATULAY - PRIEKOPNÍK BIOLOGICKEJ LIEČBY A PSYCHIATRICKEJ ELEKTROENCEFALOGRAFIE V STREDNEJ EURÓPE .....	21
PERSONALIZOVANÁ ELEKTROKONVULZIVNÍ LÉČBA – CESTA K MINIMALIZACI NEUROKOGNITIVNÍCH VEDLEJŠÍCH ÚČINKŮ .....	22
PERSONALIZOVANÁ ELEKTROKONVULZIVNÍ LÉČBA - UDRŽOVACÍ LÉČBA AMBULANTNÍ FORMOU ..	22
10 DOBRÝCH DŮVODOV NA ZNOVUZAVEDENIE EEG DO ŠTANDARDNEJ DIAGNOSTIKY V PSYCHIATRII .....	23
OD KARDIAZOLU PO MAGNETICKÚ KONVULZÍVNU TERAPIU: PO STOPÁCH PROF. KAROLA MATULAYA NA PO V RIMAVSKEJ SOBOTE .....	24
<b>PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKA .....</b>	<b>25</b>
PREČO A AKO SA PREBÚDZAME: EVOLÚCIA SPÁNKU A MOZGU .....	25
<b>SYMPOZIUM PROF. V. NOVOTNÉHO JEHO ODKAZ V PSYCHOFARMAKOLOGICKÝCH A ADIKTOLOGICKÝCH SŮVISLOSTIACH.....</b>	<b>26</b>
VYBRANÉ PSYCHIATRICKÉ AJ NEPSYCHIATRICKÉ TÉMY PROFESORA VLADIMÍRA NOVOTNÉHO .....	26
ADIKTOLÓGIA V PRÁCI PROFESORA VLADIMÍRA NOVOTNÉHO.....	26
KLOZAPÍN V ČESKOSLOVENSKEJ PSYCHOFARMAKOLÓGI .....	27
DEKÁDA EPIDEMIOLOGICKÉHO VÝSKUMU V SR.....	27
MÁME NA ČO NADVIZAŤ? .....	28

VLADIMÍR NOVOTNÝ – RENESANČNÁ OSOBNOST SLOVENSKEJ PSYCHIATRIE .....	28
<b>NEUROPSYCHIATRIA - ODKAZ PROF. MYSLIVEČKA A PROF. KLIMU .....</b>	<b>29</b>
VEDECKO-VÝSKUMNÁ ČINNOSŤ PROFESOROV ZDEŇKA MYSLIVEČKA A ZOLTÁNA KLIMU A ICH PRÍNOS PRE NEUROPSYCHIATRIU .....	29
KOGNÍCIA A REČ .....	29
ŠTANDARDIZÁCIA NEUROPSYCHOLOGICKEJ BATÉRIE NEUROPSY - REFLEXIA PROJEKTU .....	30
NEUROLOGICKÝ PACIENT V STAROSTLIVOSTI PSYCHIATRA - KAZUISTIKY .....	30
<b>PSYCHIATREM BÝT ČI NEBÝT? JAK SE BUDOUCÍ LÉKAŘI ROZHODUJÍ O VOLBĚ SPECIALIZACE .....</b>	<b>30</b>
ATRAKTIVITA PSYCHIATRIE A STIGMA DUŠEVNÍ NEMOCI MEZI MEDIKY V ČR A SR: ANEB JAK MŮŽEME PRACOVAT SE STUDENTY (NEJEN) V ČASECH REFORMNÍCH .....	31
OSOBNÍ VIZE LÉKAŘE V PROCESU VOLBY SPECIALIZACE: MĚKKÉ DOVEDNOSTI NEZBYTNÉ PRO KOMPETENTNÍ PRAXI LÉKAŘE .....	31
JAK SE RODÍ PSYCHIATŘI - PROČ A JAK MOTIVOVAT BUDOUCÍ A MLADÉ LÉKAŘE A LÉKAŘKY, OČIMA JEDNÉ Z NIC .....	32
"WHO WANTS TO DO PSYCHIATRY?" REFLEKTOVANÁ OSOBNÍ ZKUŠENOST MEDIKŮ A JEJÍ ZAŘAZENÍ DO PREGRADUÁLNÍ VÝUKY PŘÍSPÍVÁ K VOLBĚ PSYCHIATRICKÉ SPECIALIZACE A POVOLÁNÍ PSYCHIATRA. POHLED Z VELKÉ BRITÁNIE.ép .....	32
<b>SYMPOZIUM ČESKÉ NEUROPSYCHOFARMAKOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI.....</b>	<b>33</b>
DNEŠNÍ CÍLE PSYCHOFARMAKOLOGIE .....	33
KLOZAPIN – MODERNÍ ANTIPSYCHOTIKUM S DLOUHOU HISTORIÍ.....	33
<b>GERONTOPSYCHIATRIE .....</b>	<b>34</b>
MIKROBIOM A JEHO MOŽNÝ VÝZNAM U NEURODEGENERATIVNÍCH CHOROB .....	34
ZÁNĚT A ALZHEIMEROVA NEMOC .....	34
NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN PRO ALZHEIMEROVU NEMOC .....	35
<b>VARIA II .....</b>	<b>35</b>
KVALITATIVNÍ VÝZKUM V PSYCHIATRII: TEORETICKÁ VÝCHODISKA A PRAKTICKÉ APLIKACE.....	35
PSYCHIATRICKÉ POSUZOVÁNÍ STAVU VYLUČUJÍCÍHO ZPŮSOBILOST ŘÍDIT MOTOROVÉ VOZIDLO - SLEPÁ ULIČKA ČESKÉ JUSTICE I PSYCHIATRIE .....	36
PACIENTI POMÁHAJÍ PACIENTŮM - OHLÉDNUTÍ ZA ČINNOSTÍ SPOLKU KOLUMBUS .....	36
<b>SYMPOZIUM PROF. PŘIKRYLA NEUROSTIMULAČNÍ METODY V PSYCHIATRII .....</b>	<b>37</b>
PROF. PŘIKRYL A TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKÁ STIMULACE NA PSYCHIATRICKÉ KLINICE V BRNĚ .....	37
NEGATIVE SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIA: AN INDICATION FOR TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION? .....	37

MODULACE PŘEDNÍHO CINGULA POMOCÍ THETA FREKVENČNÍ VYSOKOROZLIŠOVACÍ TRANSKRANIÁLNÍ STIMULACE STRÍDAVÝM PROUDEM (HD-TACS) - VLIV KONTROLNĚ INHIBIČNÍ PROCESY.....	38
STIMULAČNÍ METODY - NADĚJE NEBO SLEPÁ ULIČKA?.....	38
<b>CENA VÝBORU (CESTOVNÍ GRANT)</b>	
SCREENING DEPRESE A ÚZKOSTNÝCH PORUCH V PERINATÁLNÍM OBDOBÍ V PROSTŘEDÍ GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÉHO ODDĚLENÍ: PILOTNÍ DATA A KVALITATIVNÍ ŠETŘENÍ.....	40
NEKUŘÁCKÉ PSYCHIATRICKÉ ODDĚLENÍ - Bourání mýtů a předsudků .....	40
JAKÝ DOPAD MÁ ADHD SYMPTOMATOLOGIE NA KAŽDODENNÍ ŽIVOT .....	41
<b>POSTERY</b>	
P-1: DIALEKTICKÁ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE .....	42
P-2: DIFFERENCES IN PSYCHOPHARMACOLOGICAL MEDICATION IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA – DEPENDING ON PRESENCE OF AGGRESSIVE BEHAVIOR .....	42
P-3: ELECTROPHYSIOLOGICAL CORRELATES OF PROACTIVE AND REACTIVE INHIBITIONS IN A MODIFIED GO/NOGO TASK.....	42
P-4: GRAY MATTER CORRELATES OF EMOTIONAL AWARENESS IN SCHIZOPHRENIA.....	43
P-5: HETEROGENITA DIAGNOSTIKY PORUCHY POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU V ČESKÉ REPUBLICE .....	43
P-6: KAZUISTIKA PACIENTKY S CREUTZFELDT–JAKOBOVOU NEMOCÍ .....	44
P-7: KAZUISTIKA: VYUŽITIE HRV-BIOFEEDBACKU A EEG-NEUROFEEDBACKU NA ZMIERNENIE PRÍZNAKOV DEPRESIE A ZLEPŠENIE KOGNITÍVNYCH FUNKCIÍ.....	44
P-8: MEASURING COGNITIVE DEFICITS IN PATIENT WITH SCHIZOPHRENIA DISORDER SPEKTRA USING SLOVAK NEUROPSYCHOLOGICAL TEST BATTERY NEUROPSY .....	45
P-9: OXIDAČNÝ STRES A ZÁPÁL V PATOGENÉZE SCHIZOPHRÉNIE A NOVÝ POTENCIÁLNY TERAPEUTICKÝ CIEĽ.....	45
P-10: RELAXAČNÍ METODY .....	46
P-11: ROZDIELY V PSYCHOPHARMAKOLOGICKEJ LIEČBE PACIENTOV TRPIACICH SCHIZOPHRÉNIU V ZÁVISLOSTI NA PRÍTOMNOSTI AGRESÍVNEHO SPRÁVANIA .....	46
P-12: SNÍŽENÁ POTŘEBA SPÁNKU JAKO ENDOFENOTYP BIPOLÁRNÍ PORUCHY: AKTIGRAFICKÁ STUDIE .....	47
P-13: ÚČINOK TDCS PREFRONTÁLNEJ KÔRY NA TVORBU SÉMANTICKÝCH ASOCIÁCIÍ .....	48
P-14: ÚLOHA THETA OSCILÁCIÍ V SÉMANTICKEJ KOGNÍCII .....	48
P-15: VPLYV VORTIOXETÍNU A PAROXETÍNU NA ZMENY HLADÍN MONOANÍMOV A MELATONÍNU V EPIFÝZE V ANIMÁLNOM MODELI DEPRESIE.....	49
P-16: VZŤAH MEDZI NEUROTROFNÝMI FAKTORMI A BEHAVIORÁLNÝMI ZMENAMI NAVODENÝMI SOCIÁLNOU IZOLÁCIU POTKANOV OD ODSTAVU .....	49

# ÚSTNÍ SDĚLENÍ

## VÝZNAM KARLA NÁHUNKA A JÁNA MOLČANA PRO HISTORII A SOUČASNOST PSYCHOFARMAKOTERAPIE U NÁS

### NÁHUNKOVA KLASIFIKACE ANTIDEPRESIV A JEJÍ PLATNOST V SOUČASNOSTI

Nahunek classification of antidepressants and its current validity

#### ČEŠKOVÁ E. 1,2,3,4

1 CEITEC MU, Brno

2 Psychiatrická klinika LF a MU FN Brno

3 KNP LF University Ostrava, Odd. psychiatrie, FN Ostrava

4 Odd. psychiatrie, FN Ostrava

V počátcích psychofarmakologické éry přispěli k jejímu rozvoji velkou měrou naši psychiatři. Nepochybně k nim patří profesor Karel Náhunek, jeden ze zakladatelů československé psychofarmakologie. Narodil se v září 1921 v Brně. S výjimkou absolvování chemického kursu v Praze a práci v chemických laboratořích za druhé světové války zůstal Brnu věrný - zde vystudoval lékařskou fakultu a po ukončení studia nastoupil jako sekundární lékař a záhy odborný asistent na kliniku pro choroby duševní a nervové v Brně. Zájem o organickou chemii ho už celý život neopustil a přispěl k jeho celoživotnímu zájmu o psychofarmakologii. Jeho srdeční zaležitostí byla hlavně antidepressiva. Habilitační práce Karla Náhunka se týkala antidepressivního účinku fenotiazinů v léčbě endogenní deprese. Titul doktora lékařských věd mu byl udělen za klasifikaci antidepressiv založené na antidepressivním indexu, poměru úspěšnosti jednotlivých antidepressiv u různých klinických typů endogenní deprese (úzkostné, útlumové a deprese s psychotickými rysy). Tuto klasifikaci vytvořil na základě vyhodnocení 1400 léčebných kúr a zařadil do ní vlastní studie s 21 látkami včetně původních českých antidepressiv. Měl řadu originálních postřehů, jejichž platnost je dnes ověřena. Ve snaze o individualizovaný přístup volíme lék kromě individuální snášenlivosti a preference nemocného dle klinického obrazu deprese. Karel Náhunek poukázal na úspěšnost antipsychotik u deprese. U farmakorezistentních depresí používal antidepressiva v infuzní formě v kombinaci s malými dávkami antipsychotik. Byl mistrem v komunikaci s nemocnými, měl schopnost empatie a dar intuitivně vycítit co je nosné a perspektivní a přes nesmírný přínos nových technologií pozorování a intuice jsou základními nástroji vědeckého výzkumu.

**Podpořeno:** CEITEC (CZ.1.05/1.1.00/02.0068), projekt MŠMT ČR (0021622404)

### PSYCHOFARMAKOLÓGIA - ODKAZ PROFESORA JÁNA MOLČANA

Psychopharmacology – the bequest of professor Ján Molčan

#### KRÁLOVÁ M., 1, BREZNOŠČÁKOVÁ D., 2

1 Psychiatrická klinika LFUK a UNB, Bratislava, Slovenská republika

2 Psychiatrická klinika LF UPJŠ, Košice, Slovenská republika

V úvode prednášky informujeme o významnom podiele profesora Jána Molčana na rozvoji psychofarmakológie v Československu a neskôr na Slovensku. Ďalej autorky striedavo prezentujú, ako sa jeho odkaz premieta do súčasnosti, spomínajú jeho nasledovníkov a ich výsledky v oblasti psychofarmakológie, tradičné psychofarmakologické podujatia, ktoré organizuje Psychofarmakologická sekcia Slovenskej psychiatrickej spoločnosti a napokon aj ostatnú rozsiahlu knižnú publikáciu, ktorá vznikla na pôde kliniky, kde bol profesor Molčan prednostom. Aktuálne je najvýznamnejším počínom odborníkov v oblasti psychofarmakológie na Slovensku vytvorenie štandardných diagnostických a terapeutických postupov pre psychické poruchy, o ktorých autorky informujú v závere prednášky.

## ŠTANDARDNÉ ŠTANDARDNÉ DIAGNOSTICKÉ A TERAPEUTICKÉ POSTUPY V LIEČBE DEPRESÍVNYCH A ÚZKOSTNÝCH PORÚCH

Standard diagnostic and therapeutic procedures in the treatment of depression and anxiety disorders

**BREZNOŠČÁKOVÁ D., 1 , KRÁLOVÁ M., 2**

*1 l. psychiatrická klinika UPJŠ a UNLP Košice, Slovenská republika*

*2 Psychiatrická klinika UK a UNB Bratislava, Slovenská republika*

Uvedené postupy vychádzajú z recentných poznatkov a publikovaných medzinárodných guidelinov, sú spracované podľa požadovaných kritérií na národné doporučené diagnostické a liečebné postupy v psychiatrii. Jednotná štruktúra predpokladá obsiahnutie všetkého podstatného pri jednotlivých poruchách snažiť sa o jasné a zrozumiteľne štruktúrované postupy predstavujúce materiál vhodný nielen pre psychiatrov, psychológov, praktických lekárov, ale tiež pre ďalších zdravotníckych profesionálov.

Pre prax je veľmi užitočná informácia obsiahnutá v prehľadných tabuľkách týkajúcich sa farmakoterapie, ohľadne registrácie uvedených farmák pre danú poruchu, z čoho vyplýva, že množstvo doporučených a preukázateľne účinných látok je v podstate off-label.

Je dôležité si uvedomiť, že nielen postupy založené na EBM, ale aj empiria a „good clinical practice“ sú veľmi dôležité. Na základe najnovšie dostupných informácií v zmysle čo najlepšieho pomeru „efekt/bezpečnosť“ a tejto vyváženej rovnováhy môžeme čo najlepšie sprostredkovať odkaz prof. Náhunka či Molčana, ktorý aj v týchto postupoch slúži najmä pre pacientov akceptujúc ho ako poskytovateľmi, tak aj poisťovňami, čo nám umožňujú práve tieto postupy majúce ukotvenie aj v zákonnej norme.

## ČESKÍ LEKÁRI NA PSYCHIATRICKEJ KLINIKE LEKÁRSKEJ FAKULTY UNIVERZITY KOMENSKÉHO V BRATISLAVE A ICH PRÍNOS PRE ROZVOJ SLOVENSKEJ PSYCHIATRIE

Czech physicians on the department of psychiatry of the faculty of medicine of the comenius university in bratislava and their contribution to the development for slovak psychiatry

**MOROVICSOVÁ E.,1**

*1 Psychiatrická klinika Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Univerzitná nemocnica Bratislava – Staré Mesto*

Prvým psychiatrickým pracoviskom Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave bola Neuropsychiatrická klinika zriadená v roku 1919. Na jej čele stál od 29.9.1919 český psychiater, prof. MUDr. Zdeněk Mysliveček. Ako prednosta odborne viedol kliniku, venoval sa klinickej praxi a už od prvého akademického roku zabezpečoval prednášky z psychiatrie pre budúcich lekárov. Od školského roku 1921/22 boli do výučby zavedené okrem prednášok aj praktické cvičenia, na ktorých participovali ďalší českí psychiatri. Profesor Mysliveček neskôr zabezpečoval prednášky z psychiatrie aj pre budúcich právnikov. Na LF UK pôsobil do roku 1930 a po odchode z Bratislavy sa stal profesorom Lekárskej fakulty Karlovej Univerzity v Prahe. Nástupcom profesora Zdeňka Myslivečka bol doc. MUDr. Miroslav Křivý, ktorý kliniku viedol v rokoch 1930-1937. Pokračoval v pedagogickej činnosti svojho predchodcu a významné sú aj jeho vedecké práce publikované počas pôsobenia na LF UK v Bratislave. V roku 1937 prijal návrh Lekárskej fakulty Masarykovej univerzity v Brne, kde sa stal prednostom Neuropsychiatrickej kliniky. Po jeho odchode z Bratislavy vedenie Neuropsychiatrickej kliniky LF UK prevzal doc. MUDr. Stanislav Krákora, ktorý kliniku viedol v rokoch 1937-1939. Svoje pôsobenie na LF UK v Bratislave ukončil spolu s ďalšími českými profesormi v roku 1939.

Príspevok je zameraný na prínos prvých prednostov psychiatrickej kliniky – českých lekárov, ktorí v priebehu celého medzivojnového obdobia stáli na čele Neuropsychiatrickej kliniky LF UK v Bratislave a zaslúžili sa o vybudovanie systému výučby psychiatrie. Vychovali aj svojich slovenských nasledovníkov a ich vedecko-výskumná činnosť sa stala východiskom neskoršieho rozvoja tohto odboru na Slovensku.

## ADILOKTICKÉ AKTUALITY

### PSYCHIATRICKÁ REFORMA V ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽBÁCH, ANEB "MÁME UŽ HOTOVO?"

Psychiatric reform in adiktological services, or "Is it done?"

#### **DOLÁK J., 1**

*1 Společnost Podané ruce o.p.s.*

Příspěvek si klade za cíl velmi stručně přiblížit historii a vývoje adiktologických služeb v České republice po roce 1989. Ukázat paralely s dnešním vývojem v psychiatrii, především v souvislosti s probíhající psychiatrickou reformou. Ať už jde o přístup ke klientům, práce v přirozeném prostředí klienta, case management apod. Jako modelový příklad bude použita organizace Společnost Podané ruce o.p.s. Ta vznikla původně jako snaha několika nadšenců pomáhat lidem s drogovým problémem. Postupem let se ale výrazně proměnila a dnes se jedná o profesionální organizaci, která působí na území tří krajů, má cca 40 center a kolem 250 zaměstnanců. Od počátku se pohybuje na zdravotně sociálním pomezí- centra jsou vesměs registrované sociální služby, některé programy pak zdravotnická zařízení. Toto zdravotně sociální pomezí je to místo, na které se taky soustředí probíhající reforma psychiatrie. Jsem přesvědčen, že je přínosné podívat se na zkušenosti adiktologických služeb z perspektivy jejich dlouholetého působení v této problematice. V adiktologických službách se snažíme již předcházet vzniku a rozvoji závislostí u potenciálně ohrožené části populace, a to prostřednictvím nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Dále pak provázet klienty již od počátku jejich "drogové kariéry". Již v době kdy klienti nemají žádnou motivaci k léčbě tak je oslovujeme prostřednictvím našich nízkoprahových programů. Motivovaným klientům se pak věnují poradenské, terapeutické a doléčovací programy. Je smutným paradoxem, že tato síť je v současné době mnohem dostupnější pro klienty se závislostí na nelegálních drogách než na alkoholu či gamblingu.

### TABLETKY NA VŠECHNO... (LÉKOVÉ ZÁVISLOSTI)

Pills for everything... (dependence on medicaments)

#### **POPOV P.,1**

*1 Klinika adiktologie VFN a 1. LF UK*

Uplynulo téměř třicet let od publikace doporučení Americké psychiatrické asociace pro preskripci benzodiazepinů (v článku Benzodiazepine Dependence, Toxicity and Abuse, Ed.: C. Salzman A Task Force Report of the American Psychiatric Association. Publ.: Amer. Psychiat. Assoc., Washington, DC, 1990.). Toto doporučení bylo záhy poté převzato i naší psychiatrickou společností, ale velmi často nebylo respektováno a nadměrná preskripce benzodiazepinů vedla k tomu, že léky z této skupiny dnes patří mezi nejčastěji zneužívané. Vedle benzodiazepinů významně často patří mezi zneužívané léky také jiné léky se sedativním a hypnotickým účinkem, zvyšuje se také zneužívání analgetik, včetně opioidních. Podle výsledků průzkumu, uveřejněných ve výroční zprávě Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (NMS) z roku 2016, léky se sedativním a hypnotickým účinkem nebo léky s obsahem opioidů, užívané proti bolesti, užilo v ČR někdy v životě bez lékařského předpisu nebo v rozporu s doporučením lékaře nebo lékárníka 36,8 % dotázaných. Psychoaktivní léky (sedativa, hypnotika a/nebo opioidní analgetika) získané bez lékařského předpisu užila v posledních 12 měsících téměř desetina populace ČR ve věku 15-64 let (NMS 2017). Narůstající tendence užívat léky jako prostředek pro řešení jakýchkoliv

problémů, nejen zdravotních, ale i osobních a tzv. "problémů všedního dne" se týká stále mladších uživatelů a také výrazně častěji než v minulosti žen a seniorů. Mezi lidmi, nadužívajícími, resp. zneužívajícími psychoaktivní léky je také významné zastoupení závislých osob. Jaké faktory se podílejí na těchto negativních jevech, nakolik se jedná o iatropatogenní působení lékařů, včetně psychiatrů a jaké jsou možnosti řešení v prevenci a léčbě?

**Podpořeno:** *PROGRES Q06*

## SPECIALIZOVANÁ ZAŘÍZENÍ PRO LÉČBU ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU NA NAŠEM ÚZEMÍ V LETECH 1900 - 1945 - INSPIRACE PRO VZNIK APOLINÁŘSKÉHO MODELU LÉČBY ZÁVISLOSTI

Specialized sanatorium for the treatment of alcohol dependency on our territory in 1900 - 1945 - inspiration for the development apolinar addiction treatment model

**ŠEJVL J. 1, MAŠLÁNIOVÁ M. 1, MIOVSKÝ M. 1**

*1 Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze, Česká republika*

Východiska: Institucionalizovaná specializovaná ústavní léčba závislosti na alkoholu má na historickém území Československa souvislou a hlubokou tradici. Ta se počítá od roku 1948 a v obecném povědomí je známá jako tzv. Apolinářský model léčby závislosti. U jejího zrodu stál Jaroslav Skála se svými spolupracovníky. Před jeho vznikem existovala na historickém území Československa tři specializovaná institucionalizovaná ústavní zařízení: Velké Kunčice (1911 – 1915), Tuchlov (1923 – 1938) a Istebné nad Oravou (1937 – 1949).

Cíl: Představit historii specializovaných institucionalizovaných lůžkových zařízení pro léčbu závislost na alkoholu a její význam pro vznik Apolinářského modelu léčby závislosti.

Metody: Ke sběru dat byla použita kvalitativní obsahová analýza fixovaných historických dokumentů, které byly sestaveny podle jejich vzájemného tematického vztahu v kontextu vzniku zdrojového místa, času a místa jeho vzniku a jeho autora k obsahu výzkumu.

Výsledky a závěr: Vznik všech tří specializovaných institucionalizovaných lůžkových léčeben pro závislé na alkoholu na historickém území Československa byl specifický, a odrážel se v něm vliv zejm. Forelova švýcarského Ellikonu. Významným faktorem, který ovlivňoval jak léčbu, tak i vnímání těchto zařízení, bylo podceňování účinků alkoholu a jeho společenské nebezpečnosti, špatná ekonomická a sociální situace obyvatel zejm. na Slovensku a Podkarpatské Rusi, absence následné a rodinné podpory a péče a významný protitlak zájmových lobbistických skupin získávajících finanční prostředky z jeho výroby a prodeje.

**Podpořeno:** *Univerzita Karlova, Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty, grant GA UK č. 1290218 a institucionální programe podpory Progres č. Q06/LF1.*

## OTRAVA METYLALKOHOLEM V ČESKÉ REPUBLICE - PRŮŘEZOVÁ STUDIE LET 2012 - 2019

Methylalcohol poisoning outbreak in the czech republic - cross-sectional study 2012 - 2019

**ŠEJVL J. 1, BARTÁK M. 1, MAŠLÁNIOVÁ M. 1, GAVUROVÁ B. 2, PETRUŽELKA B. 1, ZACHOVÁ K. 1, ZACHAROV S. 3, MIOVSKÝ M. 1**

*1 Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze, Česká republika*

*2 Univerzita Tomáše Bati, Zlín, Česká republika*

3 Klinika pracovního lékařství, 1. LF UK a VFN v Praze, Česká republika

Východiska: Otrava metylalkoholem, která se plně rozvinula na počátku září 2012, s sebou přinesla významné důsledky pro přeživší otravou, které doposud nebyly nikde a nijak systematicky analyzovány a prezentovány.

Cíl: Analýza kvalitativních rozhovorů s přeživšími pacienty otrávenými metylalkoholem od září 2012 do ledna 2013.

Metody: Kvalitativní obsahová analýza 12 pacientek a pacientů, kteří se otrávil metylalkoholem; kdy sběr dat probíhal od října 2018 do února 2019. Výsledky byly zpracovány pomocí software MAXQDA 2018.

Výsledky a závěr: Informantky a informanti tematizují především individuální příběh otravy; z jednotlivých rozhovorů vyplývá tzv. smíření se situací a akceptace životního status quo i s ohledem na rezultující objektivní zdravotní a sociální důsledky. Rizikové užívání alkoholu je mezi nimi široce negováno, což neodpovídá objektivnímu nálezu u všech zúčastněných. Prodělaná otrava není verbalizována traumaticky; otrava neměla zásadní vliv na změnu jejich vzorců chování ve vztahu k návykovým látkám. V důsledku se nedomnívají, že by prodělaná otrava aktuálně ovlivňovala kvalitu jejich života. Specifická situace je zaznamenána u manželských nebo partnerských párů, kde došlo k otravě obou partnerů.

**Podpořeno:** Univerzita Karlova, Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty, grant GA UK č. 1290218 a institucionální programe podpory Progres č. Q06/LF1.

## VARIA I

### ADHD A VNÍMÁNÍ ČASU

#### ADHD and time perception

#### **PTÁČEK R. 1, RABOCH J. 1, VŇUKOVÁ M. 1**

*1 Psychiatrická klinika, 1 LF UK*

Úvod: Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) má významný dopad na život postižených jedinců. V současné době není mnoho vědecké literatury, která by se zabývala vztahem mezi symptomy ADHD a vnímáním času u dospělých. A to i přesto, že tato asociace může být důležitým symptomem pozorovatelným už během diagnostiky a taky v následné terapii. Praxe ukazuje, že jednotlivci s ADHD jsou negativně ovlivňováni deficitem časového vnímání a potýkají se s obtížemi spojenými s časovou organizací a nedochvilností.

Cíle: Naší hypotézou je, že deficit vnímání času hraje důležitou roli v ADHD. Cílem výzkumného projektu je shromáždit základní informace o vztahu mezi intenzitou symptomů ADHD a časovým vnímáním a zjistit, zda lidé s ADHD projevují specifické styly vnímání času. Předpokládá se, že tato studie přinese poznatky v této oblasti a vytvoří obecný model vztahu symptomatologie ADHD a deficitů vnímání času.

Metody: Sběr dat probíhá pomocí kombinace kvalitativní a kvantitativní metodiky. V první vlně jsme použili standardizované dotazníky pro symptomatologii ADHD, vnímání času a také životní styl a demografické průzkumy. Na základě výsledků těchto dat budou účastníci, kteří jsou ohroženi ADHD, zváni do kvalitativní části výzkumu, který bude sestávat z rozhovorů a do hloubkových případových studií vybraných kohort.

Výsledky: Dostupná literatura naznačuje, že vnímání času, je významně spojeno se symptomatologií ADHD. Zdá se, že lidé s ADHD trpí „uvíznutím v přítomnosti“. Intenzivní orientace na současnost byla pozorována v široké škále lidí, kteří trpí závislostmi, které jsou velmi často spojeny s ADHD. Bez ohledu

na diagnózy by neměl být podceňován význam vyvážené časové perspektivy pro obecnou spokojenost se životem.

**Podpořeno:** GA ČR – 18 -112 47 S

## PORUCHY CHOVÁNÍ NÁSLEDKEM POŠKOZENÍ MOZKU Z POHLEDU NEURO-PSYCHIATRICKÉ REHABILITACE

### GRÜNEROVÁ LIPPERTOVÁ M. 1,2

1 *Klinika rehabilitačního lékařství FNKV*

2 3. *lékařská fakulta UK Praha*

Pro dobrou kvalitu života, úspěšnou sociální a profesní reintegraci pacientů po poškození CNS je rozhodující především dimenze neuropsychologických poruch a zejména poruch chování. Jedná se o oblast, která často vyžaduje cílenou spolupráci s oborem psychiatrie.

Paleta tak zvaných „viditelných“ neurologických deficit, zejména ve včasné fázi rehabilitace vzbuzuje dojem jejich absolutní priority, což vede k tomu, že oblast „neviditelných“ neuropsychologických a neurobehaviourálních deficitů bývá často opomenuta.

V retrospektivní studii bylo zahrnuto 61 pacientů 0-6 měsíců po hemoragické nebo ischemické cévní mozkové příhodě. Vyšetření poruch chování bylo provedeno pomocí Neurobehavioral Rating Scale (NBRS), vyšetření aktivit každodenního života pomocí Marburger Kompetenz Skala (MKS). V oblasti NBRS výsledků byly vytvořeny dvě podskupiny, první podskupina byli pacienti bez omezení nebo s lehkým omezením v ADL (Barthelův index 85-100 bodů) oproti druhé podskupině s pacienty s vyšším omezením v ADL (Barthelův index 80 bodů nebo méně). Statistická analýza výsledků byla provedena pomocí neparametrického U-testu.

Výsledky ukazují, že již v rané fázi onemocnění bylo možné identifikovat široké spektrum behaviorálních deficitů, především – mimo dobře známé symptomy deprese a strachu - omezení schopnosti zátěže (rychlá unavitelnost) a pozornosti. Výsledky MKS skóre každodenních aktivit ukázaly největší omezení v rekreačních aktivitách, fyzické práci a mobilitě (řízení auta, využívání hromadné dopravy) – toto jak v sebehodnocení, tak i v hodnocení rodinnými příslušníky.

Podskupiny Barthelova indexu 85-100 bodů (žádné nebo menší omezení v ADL) oproti 80 bodů nebo méně (vyšší omezení v ADL) vykazovaly signifikantně rozdílné hodnoty ( $p < 0,001$ ), ve smyslu vyššího stupně behaviourálních poruch u pacientů s větším postižením.

Poruchy chování jsou důležitým faktorem pro sociální, rodinné a profesní znovuzачlenění pacientů po CMP. Proto by měly mít zvláštní pozornost v rané fázi rehabilitace, zejména také u pacientů s těžším omezením senzomotorických funkcí, u kterých je psychologická terapie často prováděna jen velmi omezeně. Velká potřeba diskuse zůstává v oblasti psychofarmakologické medikace, která je v případě závažných neurobehaviourálních poruch na jedné straně nezbytné, ale na druhé straně může mít negativní vliv na plasticitu CNS.

## INSTITUT OCHRANNÉHO LÉČENÍ-JEHO UŽÍVÁNÍ, NADUŽÍVÁNÍ A ZNEUŽÍVÁNÍ

Court-ordered protective treatment incorrectly indicated

### POKORA J. 1

1 *Psychiatrická nemocnice v Brně-Černovicích, Česká republika*

Jak vyplývá ze znění § 99 tr. zák., je cílem ochranného léčení pachatelů trestné činnosti trpících duševní poruchou (resp. pachatelů, kteří se tr. činu dopustili pod vlivem alkoholu nebo omamných prostředků).

Předpokládá, že léčení by mělo v kratší či delší době splnit svůj účel, který zde však není přesně definován. Z celkového kontextu vyplývá, že vyléčením duševní poruchy zanikne nebezpečnost léčené osoby pro společnost. To u osoby, které má být uloženo ochranné léčení, předpokládá přítomnost přesně definované duševní poruchy, která je léčitelná dostupnými léčebnými prostředky. Přesto je ochranné léčení často nařizováno kupř. disociálním jedincům s opakovanou recidivou trestné činnosti nebo osobám s mentální retardací, které nejsou léčitelné dostupnými léčebnými prostředky. V poslední době přibývá i osob bez sociálního zázemí, které se propuštění z ochranné léčby vehementně brání. Příčinou tohoto neutěšeného stavu je nedostatečná erudovanost pracovníků justice i znalců, kteří nerespektují podmínky, za kterých by se mělo ochranné léčení uložit a co lze od něj očekávat.

## INCIDENCE INVALIDITY U DUŠEVNÍCH PORUCH A PORUCH CHOVÁNÍ OD ROKU 2010

Incidence of disability in patients with mental disorders from 2010

### ČELEDOVÁ L. 1, ČEVELA R. 1

1 UK Lékařská fakulta, Plzeň, Česká republika

Úvod: Příspěvek seznamuje s vývojem posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti u duševních poruch pro účely invalidního důchodu od roku 2010 do roku 2018.

Cílem práce je analýza vývoje invalidity a posudkových kritérií u onemocnění duševní poruchou.

Metodika: Posudková kritéria posuzování invalidity jsou legislativně upravena přílohou vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity a vnitřními instrukcemi MPSV pro lékařskou posudkovou službu. Posudkové hodnocení se nesoustředí na diagnózu, ale funkční postižení a jeho dopady na kvalitu života osob.

Výsledky: V roce 2010 byla posouzena invalidita u 29 447 osob s duševním onemocněním. V roce 2018 byla posouzena invalidita onemocnění pro duševní onemocnění u 26 224 osob. Počet posouzení invalidity pro všechna onemocnění v roce 2010 činil 163 835 a v roce 2018 činil 126 066. Invalidita pro duševní onemocnění tvoří posledních 5 let 20 – 21% ze všech posouzení invalidit. Počet všech posouzení invalidity tak poklesl od roku 2010 do roku 2018 o 23%, z toho počet posouzení invalidity pro duševní onemocnění poklesl o 9%.

Závěr: Prevalence a incidence duševních poruch v české populaci za posledních deset let narůstá, což je zřejmě důsledkem lepší diagnostiky, edukace veřejnosti a snížení stigmatizace psychiatrie. Incidence invalidity pro duševní onemocnění se od roku 2010 trvale snižuje. Příčinou může být jak lepší diagnostika a léčba, tak nevyhovující posudková kritéria.

## PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKA

### BRAIN STIMULATION FOR THE TREATMENT OF PSYCHIATRIC DISORDERS: CURRENT STATUS AND RECENT DEVELOPMENTS

#### BERTHOLD LANGGUTH

Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Regensburg

Brain Stimulation methods have a long tradition in psychiatry. Electroconvulsive therapy is still the most effective available antidepressant treatment. In the last decades several less invasive methods have been developed and introduced in psychiatry. Repetitive transcranial magnetic stimulation has been introduced in psychiatry 25 years ago and has become an established treatment option for depression. More recently many new methods, such as deep brain stimulation, vagus nerve stimulation, transcranial

electrical stimulation, theta burst stimulation or transcutaneous vagus nerve stimulation have been developed and are evaluated for the treatment of various psychiatric disorders. In this talk I will give an overview about the current evidence, but also discuss new developments with its chances and difficulties.

## SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI PRO BIOLOGICKOU PSYCHIATRII - GENETIKA V PSYCHIATRII

### SÚVISLOSŤ MEDZI APOE E4 A CD33 RS3865444 POLYMORFIZMOM A RIZIKOM VZNIKU ALZHEIMEROVEJ CHOROBY S NESKORÝM ZAČIATKOM.

Association of APOE E4 and CD33 RS3865444 polymorphism with risk of late-onset Alzheimer's disease.

**KRÁLOVÁ M. 1, JAVOR J. 2, ĎURMANOVÁ V. 2, PÁRNICKÁ Z. 2, MINÁRIK G. 2, VAŠEČKOVÁ B. 3, REŽNÁKOVÁ V. 4, PEČEŇÁK J. 1, SHAWKATOVÁ I. 2**

1 Psychiatrická klinika LFUK a UNB, Bratislava, Slovenská republika

2 Imunologický ústav LFUK, Bratislava, Slovenská republika

3 Psychiatrická klinika SZU a UNB, Bratislava, Slovenská republika

4 Centrum Memory, Bratislava, Slovenská republika

Na vzniku Alzheimerovej choroby (AD) sa významne podieľa genetické pozadie spolu s rôznymi negenetickými faktormi. V prevažnej väčšine prípadov AD (viac ako 95 %) ide o formu s neskorším nástupom symptómov, tzv. late-onset Alzheimer's disease (LOAD), ktorá vzniká na komplexnom genetickom pozadí tvorenom viacerými rizikovými génmi s neúplnou penetranciou. Najvýznamnejším z nich je gén pre apolipoproteín E (APOE). Prítomnosť alely  $\epsilon 4$  sa spája so zvýšeným rizikom vzniku LOAD a súčasne s nižším vekom nástupu symptómov. Okolo 35 - 50% pacientov s LOAD však rizikovú alelu  $\epsilon 4$  nevlastní a výskumy nasvedčujú tomu, že gén APOE nie je jediným genetickým predisponujúcim faktorom. Vďaka tzv. celogenómovým asociačným štúdiám (GWAS) sa v priebehu poslednej dekády podarilo identifikovať ďalších vyše 30 lokusov ovplyvňujúcich riziko vzniku LOAD. Jedným z polymorfizmov, ktoré sa vďaka GWAS podarilo identifikovať, je aj rs3865444 C/A v blízkosti génu pre CD33, kde nosičstvo alely A je asociované so zníženým rizikom LOAD. Cieľom našej štúdie bolo skúmať úlohu polymorfizmu CD33 rs386544 v predispozícii k LOAD v slovenskej populácii a analyzovať aj prípadný modifikujúci vplyv alely APOE  $\epsilon 4$  na toto riziko. Zistili sme, že v slovenskej populácii je alela A polymorfizmu rs3865444 v géne pre CD33 asociovaná s nižším rizikom vzniku LOAD, zdá sa však, že tento vplyv na riziko LOAD je výrazne ovplyvnený prítomnosťou alely APOE  $\epsilon 4$ . Polymorfizmus rs3865444 sa nachádza v blízkosti štartovacieho miesta pre transkripciu CD33, pričom sa ukazuje, že zriedkavejšia alela A sa spája so zníženou tvorbou plnohodnotného funkčného proteínu CD33 a teda aj s účinnnejším vylučovaním patogénneho A $\beta$ 42 a redukciou akumulácie amyloidových plakov. To v konečnom dôsledku môže napomáhať k ochrane pred vznikom LOAD.

**Podpořeno:** Grant VEGA č. 1/0240/16

### NEJNOVĚJŠÍ POHLED NA INTERAKCE GENŮ A PROSTŘEDÍ

The most recent opinion on gene-environment interactions

**HOSÁK L. 1**

1 Psychiatrická klinika, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Možnosti a způsoby léčby duševních poruch v současnosti nejsou zdaleka optimální, jednou z příčin je, že dobře neznáme komplexní příčiny duševních poruch a jejich léčba tudíž nemůže být kauzální. Izolované

studie jednotlivých genetických či environmentálních příčin mají jen omezené výsledky. Moderním přístupem je studovat komplexní interakce genetických a environmentálních faktorů ve studiích typu GWEIS (genome-wide environment interaction study). Předkládám některé základní údaje o tomto typu studií a návrh vlastního výzkumu komplexních příčin duševních poruch, kdy sběr pilotních dat již probíhá.

**Klíčová slova:** duševní poruchy, příčiny, geny, prostředí, GWEIS

**Podpořeno:** Programovým projektem MZ ČR (Agentura pro zdravotnický výzkum) s reg. číslem 16-27243A.

## DĚTSKÁ A DOROSTOVÁ PSYCHIATRIE

### CO NÁS NAUČILO ZOBRAZENÍ BÍLÉ HMOTY MOZKOVÉ O AUTISMU A VÝVOJOVÉ DYSFÁZII?

What have we learned about autism and developmental dysphasia from white matter imaging of the brain?

**HRDLIČKA M. 1, DUDOVÁ I. 1, ŠANDA J. 2, URBÁNEK T. 3**

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

2 Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol, Praha

3 Psychologický ústav AV ČR, Brno

**Úvod:** Diffusion tensor imaging (DTI) významně přispívá k výzkumu neurobiologie poruch autistického spektra (PAS) a vývojové dysfázie (VD). Soustředili jsme se na čtyři mozkové dráhy s předpokládaným vlivem v patogenezi jak PAS, tak i VD: fasciculus arcuatus (AF), fasciculus occipitofrontalis inferior (IFOF), fasciculus longitudinalis inferior (ILF) a fasciculus uncinatus (UF). Cílem naší studie bylo porovnat mozkovou konektivitu mezi dětmi s PAS, VD a zdravými kontrolami (ZK).

**Metodika:** Náš soubor zahrnul 113 dětí ve věku 5 – 12 let (77 chlapců, 36 dívek) reprezentujících tři výzkumné skupiny: PAS (n=39), VD (n=36), and ZK (n=38). DTI byla provedena na přístroji 1,5T Phillips Achieva. Bylo použito metod deskriptivní statistiky, pro porovnání tří skupin bylo užito Kruskal-Wallisova testu, doplněného Tukeyho korekcí pro mnohočetná porovnání. V post-hoc analýzách byl použit Nemenyihovo test.

**Výsledky:** Detailní analýza frakční anizotropie (FA) objevila významné rozdíly mezi PAS, VD a ZK v levém (p=0,014) a pravém AF (p=0,001), levém IFOF (p0,001) a pravém IFOF (p0,001), levém ILF (p0,001) a pravém ILF (p0,001), nikoli však v UF. Post-hoc analýzy objevily tři vzorce rozdílů FA mezi skupinami: (1) v pravém AF, pravém IFOF a pravém ILF, FA se významně lišila mezi skupinou PAS a skupinami VD a ZK; ale mezi VD and ZK nebyl významný rozdíl v FA; (2) u levého AF a levého IFOF, FA se významně lišila mezi PAS a ZK, ale nebyly významné rozdíly mezi VD vs. ZK ani mezi VD vs. PAS; (3) u levého ILF nebyl významný rozdíl mezi PAS a VD, ale obě skupiny se významně lišily od ZK.

**Závěry:** Vzorec konektivity u PAS se významně lišil od vzorců konektivity u VD a ZK. Dráha, kde postižení FA u probandů s PAS a VD bylo nejvíce podobné, byl levý ILF.

**Podpořeno:** Grantem MZ ČR č. 16-31754A.

### VÝZNAM MATERNÁLNÍCH AUTOPTILÁTEK PŘI VZNIKU PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA

The role of maternal autoantibodies in the pathogenesis of autism spectrum disorders

## **DUDOVÁ I. 1, HORÁČKOVÁ K. 2, HRDLIČKA M. 1, BALAŠTÍK M. 3**

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

2 Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

3 Oddělení molekulární neurobiologie, Fyziologický ústav AV ČR, Praha

Poruchy autistického spektra (PAS) jsou heterogenní skupinou neurovývojových poruch charakterizovanou narušením sociálních interakcí, komunikace a stereotypními, opakujícími se vzorci chování, zájmů a aktivit. Příčiny vzniku a rizikové faktory PAS nejsou dosud plně objasněny, etiologie je komplexní se zastoupením jak genetických faktorů, tak faktorů vnějšího prostředí. V posledních dvou dekádách je stále více zkoumán vliv imunitního systému na vyvíjející se nervovou soustavu během prenatálního období. Dysregulace maternálního imunitního systému během gestace může vést k neurovývojovým změnám a vzniku neurovývojového onemocnění jako je PAS. Jedním z potenciálních etiologických imunologických faktorů ve vztahu k PAS jsou maternální autoprotilátky reaktivní vůči proteinům fetálního mozku. Pro takto podmíněný typ PAS používají výzkumné studie pojem MAR autism (maternal autoantibody related autism, autismus související s maternálními autoprotilátkami). Spojení bylo prokázáno jak klinickými studiemi, tak zvířecími modely. Je známo několik proteinů, proti kterým jsou namířeny maternální autoprotilátky ve vztahu k PAS. V přednášce se zaměříme na collapsin response mediator protein 2 (CRMP2), který hraje důležitou roli v regulaci růstu a navádění axonů v průběhu vývoje mozku, a roli autoprotilátek proti CRMP2 při vzniku PAS. Závěrem ještě krátce zmíníme hypotetickou možnost léčby PAS spojených s maternálními autoprotilátkami.

**Podpořeno:** AZV NV18-04-00085.

## **NOVÉ LÉKOVÉ FORMY A PREPARÁTY PRO LÉČBU ADHD.**

New dosage forms and preparations for the treatment of adhd

### **DRTÍLKOVÁ I. 1**

1 Psychiatrická klinika FN Brno a LF MU v Brně

V ČR máme relativně omezený sortiment preparátů pro léčbu ADHD. K nejdéle používaným stimulačním preparátům patří metylfenidát s krátkodobým a prodlouženým účinkem a z nestimulačních preparátů si pevné místo v terapii zajistil později zavedený atomoxetin. Teprve v roce 2017 byl v ČR nově schválen první preparát na basi amfetaminu lisdexamfetamin a nestimulační, alfa 2- adrenergní agonista, guanfacin , které se však zatím nestaly běžnou součástí klinické praxe.

ADHD je vývojově komplikovaný fenotyp a mnohočetné faktory, jako jsou stupně závažnosti symptomů, věk, komorbidita a interindividuální variabilita v reakci na katecholaminergní látky, mohou přispět k heterogenitě odpovědi na léčbu ADHD.

Ve světě došlo v posledních letech k vývoji nových lékových forem psychostimulancií, s cílem využít rozdíly v jejich farmakodynamice, farmakokinetice a metabolismu k personalizaci léčby, k optimalizaci reakce a zvýšit komfort při užívání, zejména u dětí. V klinických studiích jsou také testovány nové nestimulační preparáty a je ověřován možný efekt některých starších preparátů, původně určených k léčbě jiných poruch.

U nových preparátů na basi metylfenidátu i amfetaminu je preferován dlouhodobý účinek, bez strmého zvýšení a kolísání hladiny, což omezuje možný euforizující efekt a rebound fenomén. Nové technologie (ORADUR, DELEXIS, MAS...) zajišťují řízené, různě rychlé uvolnění aktivní látky, některé dokonce umožňují podávání stimulantia před spánkem, protože látka je uvolněna až po 8 hodinách v oblasti colon (DELEXIS). Dlouhodobě účinné kapsle metylfenidátu s použitím technologie ORADUR mají odolnost proti nelegální manipulaci. Tablety s orální dezintegrací, žvýkací tablety, kožní náplasti nebo suspenze usnadňují individualizovanou léčbu.

## LIEČBA BIPOLÁRNEJ AFEKTÍVNEJ PORUCHY U DETÍ A ADOLESCENTOV

### Treatment of pediatric bipolar disorder

**TREBATICKÁ J. 1, SUROVCOVÁ A. 1, ŠUBA J. 1**

*1 Klinika detskej psychiatrie NÚDCH, LF UK, Bratislava, Slovenská republika*

Bipolárna afektívna porucha (BAP) sa vyskytuje u detí a adolescentov frekventnejšie ako sa pôvodne predpokladalo. Môže prinášať značné riziko závažných dlhodobých následkov. V porovnaní s dospelou populáciou je BAP u detí a adolescentov spojená so závažnejším priebehom ochorenia, väčšou rezistenciou k liečbe, zvýšeným rizikom zneužívania návykových látok, suicidalitou a dopadom na sociálne fungovanie.

K liečbe BAP pristupujeme podľa aktuálneho stavu - manickej, depresívnej alebo zmiešanej fázy. Od r. 2018 je schválená liečba podľa Food and Drug Administration USA (FDA) len lítiom a atypickými antipsychotikami (risperidón, olanzapín, quetiapín, aripiprazol a asenapín) na liečbu manických a/alebo zmiešaných stavov BAP u adolescentov. Nepreukázala sa vyššia účinnosť antikonvulzív oproti placebo, v liečbe BAP u adolescentov neboli schválené. Podľa odporúčaní National Institute for Health and Care Excellence (NICE) je jediným farmakom schváleným pre liečbu stredne ťažkých a ťažkých manických a zmiešaných epizód BAP aripiprazol od 13 rokov počas 12 týždňov.

V súčasnosti existujú dve možnosti liečby depresívnej fázy BAP u adolescentov schválené FDA - kombinácia olanzapín / fluoxetín a lurasidón. Podľa guidelinov NICE je odporúčaná psychologická intervencia (individuálna kognitívna behaviorálna terapia alebo interpersonálna terapia). Intervencia by mala trvať najmenej 3 mesiace.

Guideliny v liečbe BAP v pediatrickej populácii sú značne rozdielne v európskych a zámorských krajinách. Farmakoterapia je zložitá, pretože údaje z klinických štúdií sú obmedzené. Pedopsychiatri majú v liečbe zviazané ruky z dôvodov vekových a indikačných kritérií a častokrát indikujú farmakoterapiu off label na vlastnú zodpovednosť.

## PORUCHY CHOVÁNÍ U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH. JAKÁ JE ROLE PSYCHIATRA?

### Conduct disorders in children and adolescents. The role of a psychiatrist.

**THEINER P., TKÁČOVÁ K.**

*1 Psychiatrická klinika FN a MU Brno*

Poruchy chování představují zvláštní diagnostickou jednotku, která se diagnostikuje pouze v dětském a dorostovém věku, u dospělých pak neexistuje. Je taková diagnóza u dětí opodstatněná? Dlouhodobý vzorec problémového chování může predikovat pozdější rozvoj mnoha závažných psychiatrických poruch. Samotné poruchy chování jsou však psychiatrickou péčí omezeně ovlivnitelné. Standardní psychiatrické i psychoterapeutické postupy jsou málo účinné, pro účinnost medikace chybí důkazy. Etiologické faktory známy nejsou, ale překvapivě mimo sociálních a rodinných faktorů existuje významná biologická predispozice. Je rolí psychiatra změnit behaviorální vzorce u těchto dětí nebo jen sledovat vývoj?

## VÝVOJ DIAGNOSTICKÉHO A TERAPEUTICKÉHO SPEKTRA U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

### MENTÁLNÍ ANOREXIE: INTERAKCE MEZI STŘEVNÍ MIKROBIOTOU A MOZKEM

**PAPEŽOVÁ H. 1, LAMBERTOVA A. 1, HOLANOVÁ P. 1, ROUBALOVÁ R., 2, PROCHÁZKOVÁ P. 2, TLASKALOVA-HOGENOVÁ 2**

1 1. LF UK, Praha, Česká republika

2 Mikrobiologický ústav Akademie věd, Česká republika

Souhrn: Pokroky v molekulární biologii umožnily v posledních letech detailní studium lidského mikrobiomu a jeho role ve vývoji onemocnění, včetně poruch duševních. Přibývá dat o tom, že pozměněnou střevní mikrobiotu mají i pacientky s mentální anorexií. Mechanismus ovlivnění příjmu potravy, chuť i k jídlu a sytosti v rámci osy mikrobiota-střevo-mozek je v současné době intenzivně studován.

**Klíčová slova:** střevní mikrobiom, neuropeptid, osa mikrobiota-střevo-mozek

Poznatky o složení a funkci mikrobiomu vedou k hypotéze, že mikroorganismy se v různé míře spolupodílejí na rozvoji i průběhu různých psychiatrických onemocnění. Díky sekvenování druhé generace bylo zjištěno, že pacientky s mentální anorexií mají oproti zdravým kontrolám nižší střevní mikrobiální diversitu a významně se liší z hlediska taxonomického složení. Mikroorganismy osy mikrobiota-střevo-mozek produkují množství neuroaktivních látek, jsou také významným zdrojem antigenů, které mohou být strukturně podobné nejrůznějším neuropeptidům a neurohormonům a vyvolávat produkci autoprotilátek zkříženě reagujících proti těmto látkám. Hladiny těchto protilátek mohou mít spojitost s dalšími psychiatrickými i somatickými komorbiditami.

Presentujeme první kazuistické zkušenosti z ročního sledování klinického obrazu a mikrobioty u pacientky s mentální anorexií a první data ze souboru pacientek hospitalizovaných s mentální anorexií (N=60) ve specializovaném Centru.

PROCHÁZKOVÁ P, ROUBALOVÁ R, TLÁSKALOVÁ-HOGENOVÁ H. In: PAPEŽOVÁ H. et al. Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled. Mladá fronta, 2018; ISBN 978-80-204-4904. S.110-121

**Podpořeno:** AZV č.17-28905A

## KOMORBIDITY A LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Eating disorders and comorbidity

### HOLANOVÁ P. 1

1 Psychiatrická klinika VFN a 1.LF UK Praha

Poruchy příjmu potravy často provázejí psychiatrické a somatické komorbidity, které mohou zásadním způsobem ovlivňovat průběh onemocnění, jeho léčbu a prognózu, vést k chronifikaci stavu a invalidizaci pacientů. V rámci tohoto sdělení se zaměřujeme na rozšiřující se spektrum komorbidní problematiky, se kterou se u pacientů s poruchami příjmu potravy setkáváme, která v posledních letech výrazně narůstá a která může zásadně ovlivňovat léčbu.

K nejčastějším psychiatrickým komorbiditám patří afektivní a úzkostné poruchy, obsedantně-kompulsivní symptomatika, posttraumatická stresová porucha, poruchy osobnosti, abusus alkoholu a jiných psychoaktivních látek a sebepoškození.

Poměrně novou zkušeností v péči o pacienty s mentální anorexií je komorbidita mentální retardace nebo poruchy z okruhu autistického spektra. Přibývá zájemců o léčbu s komorbidním onemocněním schizofrenního okruhu, přičemž anorektická symptomatika může představovat prodromální fáze psychotického onemocnění. U těchto pacientů může léčbu limitovat kognitivní oslabení či negativní schizofrenní symptomatika či nezbytná antipsychotická medikace.

Narůstá počet pacientek s poruchou příjmu potravy a sebepoškozováním, často ve formě rozsáhlých tetováží, piercingů. Přítomnost více pacientek s touto problematikou ve skupině je vždy náročné pro terapeutický tým, je nutné více dbát na udržení hranic a pravidel v rámci léčebného programu .

Léčba pacientů s poruchou příjmu potravy s komorbiditami vyžaduje individualizovaný přístup, modifikované postupy v léčbě, multidisciplinární spolupráci (internista, gastroenterolog, nutriční terapeut), případně přítomnost asistenta při omezeném fungování pacienta v komunitně- skupinovém programu.

**Podpořeno:** AZV 17-28905A, Progres Q06

## IMPLEMENTACE NOVÉHO MANUÁLU CREST (NÁCVIK KOGNITIVNÍCH A EMOČNÍCH DOVEDNOSTÍ) VE SKUPINĚ PACIENTŮ S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY

Implementation of new manual crest (cognitive remediation and emotion skills training) in group format with eating disorders

### WOHLINOVÁ K. 1, PAPEŽOVÁ H. 1

*1 Denní stacionář pro poruchy příjmu potravy při 1. LF UK ve VFN v Praze*

U pacientů s poruchami příjmu potravy nacházíme několik deficitů. Jejich remediace pozitivně ovlivňuje proces uzdravení. Kognitivní deficit se projevuje ve slabé centrální koherenci, set shiftingu, zhoršené schopnosti dělat rozhodnutí, ve vizuální schopnosti a paměti. V klinické praxi se projevuje v rigidních postojích a v chování a upřednostněním detailu před celkem. Tyto faktory ovlivňují kvalitu života pacienta a jeho samotný léčebný proces. Emoční deficit se projevuje v inhibici averzních pocitů a regulaci negativních emocí jako je stud, hněv, pocity viny, strach a celkové anhedonii. Redukce váhy podporuje tuto regulaci emocí a zvyšuje pocit kontroly.

Cíl studie: Výzkum kvantitativně kvalitativní zjišťuje účinnost a formát následné implementace do praxe. Samotná intervence ve skupinovém formátu vykazuje lepší terapeutický efekt v porovnání s terapií individuální. Výzkumným záměrem je vytvořit a aplikovat v klinické praxi manuál vhodný pro skupinovou práci s pacienty, evaluovat ho v rámci naší specializované jednotky a dále ověřit jeho účinnost na stávající kognitivní a emoční oslabení.

Metody: Soubor prvního ověřování tvořil 15 pacientů s diagnózou mentální anorexie a bulimie, z nichž u 7 se zároveň objevila komorbidita závislosti na alkoholu. Pacienti na úvod vyplnili testovou baterii a dvakrát v týdnu se účastnili skupinového programu CREST v celkovém rozsahu 10 setkání. V závěru každé lekce a na konci proběhlo subjektivní hodnocení spokojenosti s programem.

Závěr: Nácvik kognitivních a emočních dovedností ve skupinovém formátu je vhodnou terapeutickou formou pro práci s pacienty s poruchami příjmu potravy, zároveň je třeba ho upravit na podmínky zařízení a věnovat dostatečnou podpůrnou péči pacientům po každé lekci.

## PROFESOR GUENSBERGER A JEHO ŠKOLA

### ODKAZ PROFESORA GUENSBERGERA A JEHO POKRAČOVATELOV V SÚČASNEJ PSYCHIATRII

Message of professor Guensberger and his followers in contemporary psychiatry

### IZÁKOVÁ L. 1

*1 Psychiatrická klinika LFUK Bratislava, Slovenská republika*

Profesor MUDr. Ernest Guensberger, DrCs. je jednou z osobností, ktoré najvýraznejšie ovplyvnili modernú históriu slovenskej psychiatrie. Pôsobil ako prvý prednosta Psychiatrickej kliniky LFUK a vo svojej funkcii zotrval dlhých 27 rokov. Pod jeho vedením sa klinika stala vedúcim psychiatrickým pracoviskom na Slovensku. Venoval sa mnohým oblastiam klinickej psychiatrie a svojou vedeckou prácou podstatne ovplyvnil aj teoretické formovanie slovenskej psychiatrie. Úspešne koordinoval a riešil viac významných výskumných úloh, spolupracoval so zahraničím. Odbor psychiatria chápal systémovo, vo filozofických súvislostiach a v kontexte spolupráce s inými medicínskymi, ale aj prírodnými a spoločenskými vedami. Jeho meno je dodnes spájané predovšetkým s psychopatológiou a známou učebnicou psychiatrie. Okolo neho vyrástla silná a rešpektovaná skupina psychiatrov. Niektorí zostali pôsobiť na klinike, iní odišli pracovať na iné pracoviská. Aj týmto spôsobom sa šíril vplyv prof. Guensbergera po celom Slovensku. K jeho žiakom a pokračovateľom na Psychiatrickej klinike LFUK a UN v Bratislave, ktorým bude venovaná časť sympózia, patrili prof. MUDr. Ivan Žucha, CSc. a doc. MUDr. Juraj Fleischer, CSc.. Obidvaja ďalej rozvíjali viaceré oblasti jeho záujmu – od filozofického prístupu k psychopatológii a duševným poruchám až po forenznú psychiatriu. V prednáške autorka nielen predstaví osobnosti, ale tiež prinesie prehľad základných téz ich významnej a širokospektrálnej vedecko-výskumnej činnosti, ktorej vplyv sa prenáša na ďalšie generácie psychiatrov.

## IVAN ŽUCHA: OSOBNÉ A ODBORNÉ INŠPIRÁCIE

Ivan Žucha: personal and professional inspirations

### ŽUCHOVÁ S. 1,2

1 Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2  
2 TH Klinika, Karlovo náměstí 3, 120 00 Praha 2

Ivan Žucha (1935-2009), rodák z Vrútok, vyštudoval medicínu na Lekárskej fakulte Karlovej univerzity v Prahe. Hoci na vrchole medicínskej kariéry ho kolegovia označovali za filozoficky orientovaného psychiatra, v medicíne po skončení štúdia začal ako praktický lekár v Krpel'anoch. Na toto obdobie spomínal ako na výbornú medicínsku školu. Po pôsobení na neurológii v Bytči a atestácii z neurológie sa dostal na Psychiatrickú kliniku LF UK v Bratislave, kde pracoval až do konca života, dve funkčné obdobia kliniku ako prednosta i viedol. Okrem psychiatrie bola jeho najväčšou záľubou literatúra. Ivan Žucha bol to, čomu sa hovorí vášnivý čitateľ. Okrem toho celoživotne tvoril krátke literárne útvary, žánrovo na pomedzí beletrie, esejistiky a v niektorých momentoch až poézie. Po Nežnej revolúcii dostal príležitosť svoje literárne texty vydávať. Vzniklo tak niekoľko kníh: Zápisky psychiatra Ivana Žuchu a Zápisník psychiatra (Slovak Academic Press, 1997), Kompost (Drewo a srd, 2003), O prirodzenosti vecí (Drewo a srd, 2005), Strácanie nájdeného času (Kaligram, 2010), a Náhody (Kaligram, 2011). Spolu s Ivanom Hulínom, profesorom patofyziológie, s ktorým v poslednom desaťročí života nadviazal intenzívne priateľstvo, vydali knihy Myšlienky (Slovak Academic Press, 2006), Panoptikum (Faber, 2006), Panoptikum 2 (Faber, 2008).

V záverečnom období kariéry i života Ivan Žucha svoju lásku k psychiatrii i k literatúre spojil. Kým jeho literárne texty ovplyvňovala klinická skúsenosť, v jeho ponímaní psychiatrie sa skutočne čoraz viac odrážal jeho filozofický, holistický pohľad na človeka ako na rozporuplnú komplikovanú bytosť. Viedlo to i k pokore, s ktorou prijímal hranice psychiatrie. Jeho obľúbené výroky boli: „Čas ukáže“ a „Život je ťažký“.

## FLEISCHER A SÚČASNÁ PSYCHIATRIA – ZÁKONITOSTI SYMPTOMATICKEJ VÝSTAVBY DUŠEVNÝCH PORÚCH

Fleischer and current psychiatry - rules of symptomatic organization of mental disorders

### FORGÁČOVÁ L. 1

1 Psychiatrická klinika SZU a UNB Bratislava, Slovenská republika

Doc. MUDr. Juraj Fleischer, CSc. bol vynikajúci slovenský psychopatológ, kreatívny vedec a pedagóg, autor množstva originálnych myšlienok a publikácií. Cieľom prednášky je poukázať na niektoré teoretické problémy klinickej psychopatológie, ktorým sa docent Fleischer venoval, a ktoré v podmienkach slovenskej psychiatrie rozvíjal. Fleischer predpokladal, že východiskom pre zložitú problematiku psychopatológie môže byť systémový prístup, na základe ktorého možno formulovať všeobecne platné zákonitosti psychopatologickej výstavby duševných porúch, kde ich jednotlivé komponenty (syndrómy) možno považovať za subsystemy. Podľa toho, v zložitejšie štruktúrovanom psychopatologickom stave sa kombinujú dva alebo viac autonómnych komponentov, t.j. psychopatologických syndrómov (systém a subsystemy). Pri kombinovaní dvoch syndrómov je jeden vždy nozologicky menej špecifický (sekundárny, akcesórny) a druhý nozologicky viac špecifický (primárny). Pravidlá, podľa ktorých sa syndrómy navzájom kombinujú, považoval Fleischer za všeobecné platné empirické zákonitosti.

Docent Fleischer bol neúnavný diskutér, obľúbený kolega, priateľ a učiteľ. Vyslovil názory na prakticky každú oblasť psychiatrie. My jeho žiaci si ho vážime stále viac, pretože sa potvrdzujú také zistenia, ktoré sme si vtedy, keď sme mali možnosť byť s ním, dostatočne neuvedomovali.

## MODERNÁ PSYCHOPATOLÓGIA: OD KLINICKEJ PRAXE PO HIERARCHICKÚ TAXONÓMIU A SIEŤOVÉ MODELY

Modern psychopathology: from clinical practise to hierarchical taxonomy and network models

### SEGEDA V. 1, HAJDÚK M. 1,2

1 *Psychiatrická klinika LF UK a UNB*

2 *Katedra psychológie, Filozofická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave*

Psychopatológia predstavuje dynamicky sa rozvíjajúcu disciplínu, v ktorej sa výrazne prelínajú poznatky klinickej psychológie a psychiatrie. V posledných dvadsiatich rokoch zaznamenal psychopatologický výskum výrazné zmeny, ktoré môžeme označiť ako menšie paradigmatické obraty v nazeraní na prejavy duševných porúch. Najväčší posun od klasickej deskriptívnej psychopatológie môžeme vidieť najmä v dôraze na overovanie konkrétnych teórií, rigorózne testovanie a empirickú evidenciu. Cieľom príspevku je ilustrovať možné prepojenie klinického uvažovania a psychopatologického rozboru vychádzajúceho z tradičných psychopatologických prístupov a súčasných prístupov založených na rigoróznom empirickom výskume (Hierchická taxonómia a sieťové modely).

## SYMPOZIUM PROFESORA MUTALAYA

### PROF. KAROL MATULAY - PRIEKOPNÍK BIOLOGICKEJ LIEČBY A PSYCHIATRICKEJ ELEKTROENCEFALOGRAFIE V STREDNEJ EURÓPE

Prof. Karol Matulay - pioneer of the biological treatment methods and psychiatric electroencephalography in central europe

### DRAGAŠEK J. 1, KORCSOG P. 2, ANDERS M. 3

1 *LF UPJŠ, Košice, Slovenská republika*

2 *Všeobecná nemocnica Rimavská Sobota, Svet zdravia a.s., Slovenská republika*

3 *1. LF UK, Praha, Česká republika*

Profesor Karol Matulay je najvýraznejšia a najproduktívnejšia postava a zakladateľ nielen modernej psychiatrie, ale aj neurológie a epileptológie na Slovensku. Formát jeho osobnosti ako aj odborného pôsobenia presahoval hranice krajiny, keď počas vojnového obdobia pomáhal zavádzať do psychiatrickej praxe elektrokonvulzívnu liečbu, nielen v Čechách ale i v ďalších stredoeurópskych krajinách. Spolu s doc.

Skotnickým vybavili až 20 pracovišť v Čechách a na Slovensku vlastnoručne vyrobenými prístrojmi na aplikáciu ECT. Vedel neúnavne pôsobiť v celej šírke formujúcej sa „novej psychiatrie“, preto ťažko nájdeme oblasť, v ktorej by nezanechal veľmi výrazné stopy. Bol výnimočný hlavne v zavádzaní nových metód liečby a diagnostiky duševných porúch s nevídaným nasadením a rýchlosťou. Zaviedol všetky nové terapeutické metódy liečby duševných porúch. Krátko po nástupe na „Kliniku pre choroby nervové a duševné“ v r. 1932 už experimentoval s pyroterapiou, neskôr zaviedol kardiazolové a inzulínové šoky a v roku 1940 po zhotovení prototypu vlastného prístroja aj elektrošokovú liečbu. Ešte ako asistent kliniky, v roku 1934 uskutočnil cerebrálnu angiografiu ako prvý v ČSR a jeho zásluhou bolo v roku 1943 na klinike založené aj röntgenové laboratórium. Počas ďalšej profesionálnej kariéry intenzívne sa venoval problematike EEG a epilepsie. Keď pridáme jeho pôsobenie pri budovaní psychiatrických zariadení, v pedopsychiatrii, v sociálnej psychiatrii a rehabilitácii, v špeciálnej pedagogike a neposlednom rade v kultúre, tak si uvedomíme, že osobnosť podobných rozmerov nenájdeme ani za našimi hranicami a právom si zaslúži našu úctu aj tým, že spomíname a hodnotíme ako pokračujeme pri zvelaďovaní jeho odkazu a plnení jeho podnetov na ďalší rozvoj psychiatrie.

### PERSONALIZOVANÁ ELEKTROKONVULZIVNÍ LÉČBA – CESTA K MINIMALIZACI NEUROKOGNITIVNÍCH VEDLEJŠÍCH ÚČINKŮ.

Personalized electroconvulsive therapy - the road to minimalisation of neurocognitive adverse effects

**BUDAY J. 1, ALBRECHT J. 1, MAREŠ T. 1, PODGORNÁ G. 1, RABOCH J. 1, ANDERS M. 1**

*1 Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze*

Elektrokonvulzivní terapie (EKT) je účinnou a bezpečnou léčebnou modalitou v psychiatrii, která však může být spojena s výskytem vedlejších neuro-kognitivních účinků. Zejména v posledních desetiletích bylo prokázáno, že modifikací stimulačních parametrů a celkového množství podané energie během léčebných výkonů je možné jejich výskyt výrazně snížit. Podobně jako v jiných oblastech medicíny, i u EKT je trendem individualizace, která vychází z toho, že každý pacient má unikátní neuro-anatomicko-fyziologické poměry a medikaci, což jsou faktory, které ovlivňují záchvatový práh. V současnosti je všeobecná snaha tento fakt zohlednit a pacientům aplikovat terapeutickou energii „na míru“. Existují dvě metody, jak tohoto cíle dosáhnout – první možností je tzv. „threshold estimation“ – kdy na základě předdefinovaných parametrů (např. věk, pohlaví) je pomocí vzorce vypočten předpokládaná hodnota záchvatového práhu a stanovena léčebná energie. Druhou možností je pak „threshold stimulation“, neboli postupná titrace energie během prvního sezení až do nalezení záchvatového práhu a následného podávání násobku této hodnoty. Recentní studie ukazují, že druhá metoda je obecně pro pacienty šetrnější a vede ke snížení celkové podávané energie až o 18%. Předmětem diskuse je rovněž lokalizace elektrod a jejich vztah k vedlejším neurokognitivním účinkům. Nejpoužívanější postavení elektrod jsou bitemporální (BT), pravé-unilaterální (RUL) a bifrontální (BF) – existují důkazy, že právě umístění RUL a BF minimalizují neurokognitivní vedlejší účinky. Diskurs o optimálním způsobu titraci energie, lokalizaci elektrod a jiných aspektů moderního EKT však doposud není uzavřen.

**Podpořeno:** MH CZ-DRO VFN64165, Q27/LF1

### PERSONALIZOVANÁ ELEKTROKONVULZIVNÍ LÉČBA - UDRŽOVACÍ LÉČBA AMBULANTNÍ FORMOU

Personalized electroconvulsive therapy - maintenance out-patient service

**ALBRECHT J. 1, BUDAY J. 1, MAREŠ T. 1, PODGORNÁ G. 1, RABOCH J. 1, ANDERS M. 1**

*1 Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze*

Udržovací elektrokonvulzivní léčbu (m-ECT) lze provádět v ambulantních podmínkách za předpokladu, že je zajištěna možnost akutního příjmu v případě nenadálých komplikací, tedy v lůžkovém zařízení. Tuto formu péče indikuje ošetřující lékař (psychiatr); „předoperační“ přípravu praktický lékař podobně jako u jednodenních zákroků v celkové anestézii.

Tato forma léčby je určena pro pacienty s neuspokojivými remisemi, starší, opakovaně relabující, při komplikovanějších epizodách, s anamnézou opakovaných suicidálních pokusů, s historií farmakorezistence a léčených kombinací psychofarmak.

M-ECT je bezpečná a dobře snášená a nebyl prokázán dlouhodobý nebo trvalý negativní efekt, zejména v podobě vedlejších neurokognitivních účinků. M-ECT je účinná s ohledem na míru relapsů, hloubku remise a zkrácení délky hospitalizací, zvyšuje adherenci a snižuje suicidální riziko. U mnohých pacientů je možné snížit zátěž redukcí psychofarmakologické léčby.

Nevýhody leží snad jen na straně provádějícího zařízení – provoz je personálně a časově náročnější a obvykle vyžaduje stabilní zaškolený elektrokonvulzivní tým.

**Podpořeno: MZ ČR – RVO VFN 64165 a Q27/LF1**

## 10 DOBRÝCH DŮVODOV NA ZNOVUZAVEDENIE EEG DO ŠTANDARDNEJ DIAGNOSTIKY V PSYCHIATRII

**KORCSOG P, ĎUROVÁ K., ZORVAN J., PEKRAČÍKOVÁ A.**

*Psychiatrické oddelenie, Všeobecná nemocnica Rimavská Sobota, Svet zdravia a.s.*

Nebolo ťažké nájsť 10 dobrých dôvodov pre znovuzavedenie EEG diagnostiky do psychiatrickej praxe. Znovuzavedenie preto, lebo už prakticky všetky psychiatrické pracoviská zrušili EEG laboratória a sú odkázané na EEG laboratória neurologických oddelení. Uvádzané dôvody by mohli inšpirovať mladých psychiatrov, aby sa zaujímali o túto staronovú, psychiatrami objavenú ale aj zanedbanú diagnostickú metódu. Prvý dôvod je historický. Elektroencefalografia ako metóda bola objavená a zavádzaná do výskumu psychiatrom Hansom Bergerom. Pred 90 rokmi (1929) publikoval prvú prácu o EEG, ale do klinickej praxe bola zavedená o 20 rokov neskôr. V Prahe na Psychiatrickej klinike vzniklo po Londýne druhé klinické EEG pracovisko v Európe. Na Slovensku neskôr, až v r. 1947 bolo založené prvé EEG laboratórium ktoré inicioval ešte Profesor Karol Matulay, ale realizácia nastala po dvoch rokoch keď už bol zbavený funkcie prednostu kliniky. Elektroencefalografia a epileptológia ho však celý život sprevádzali, bol zapáleným propagátorom EEG v psychiatrii: „aj keď vyšetrujeme často to isté, ale opakujeme aj popíšeme kedy chceme a nie sme odkázaní na kolegov neuroológov“. Bohužiaľ jeho slová nepadli na úrodnú pôdu, dokonca aj jeho vlastné pracovisko zrušilo EEG laboratórium. Znovuzavedenie bude oveľa náročnejšie pre stratenú generáciu psychiatrov elektroencefalografistov, ale nikdy nie je neskoro, aby sme naplnili jeho odkaz.

2. Prečo nám nestačí neurologická EEG diagnostika? V psychiatrii nemáme alternatívnu diagnostickú metódu, ktorá by mohla nahradiť EEG. Štrukturálne neurozobrazovanie metódy (CT, MRI, MRS, DTI) sú nám dostupné len obmedzene a funkčné (SPECT, PET, fMRI, DOT, NIRS) už vôbec. Sme odkázaní na neurologické pracoviská a ich odlišný pohľad na využitie EEG. Neurozobrazovacie metódy prakticky nahradili EEG aj v neurologickej diagnostike a jedine v epileptológii má EEG diagnostika naďalej stabilné postavenie. Neuroológia nepotrebuje ďalej rozvíjať EEG a tá je na súčasné možnosti elektronického výskumu výrazne zaostalá.

3. Význam EEG v psychiatrickej diagnostike síce nie je špecifický, nie je možné stanovovať diagnózy ale už v súčasnosti je celý rad psychických porúch, pri ktorých v korelácii s klinickým psychopatologickým nálezom, psychodiagnostikou a zobrazovacími metódami prináša cenné diagnostické informácie.

4. EEG je mobilná vyšetrovacia metóda, dostupná priamo na pracovisku, hoci na lôžku pacienta a bezdrôtovým prenosom. Samotné prístrojové vybavenie je pomerne lacné, vyšetrenie pre pacienta nenáročné, bez radiačnej zátáže, či stresov.

5. Časové rozlíšenie je vysoké (milisekundy) ale topografické naopak, preto sa dobre dopĺňa so štruktúrnymi zobrazovacími metódami.
6. Podmienky realizácie sú nenáročné, použiteľné opakovane, bez záťaže z titulu vyšetrenia, náklady na spotrebný materiál sú nízke.
7. Ako hovorieval Profesor Karol Matulay, „EEG je skvelá učiteľka“, je náročné na skúsenosti tak laboranta a hodnotiaceho psychiatra, ale jedine psychiater, ktorý hodnotí EEG sám, dokáže s metódou napredovať.
8. Inovácie ako viackanálové HD EEG a QEEG, Brain mapping a kognitívne ERP analýzy prinášajú aj nové možnosti v diagnostike pri zavádzaní funkčných neuromarkerov niektorých psychických porúch.
9. Napriek týmto perspektívam cesta znopuzavádzania začína konvenčnou elektroencefalografiou, ktorá v neurológii má pevné postavenie, preto budeme potrebovať pomoc a podporu neurológov a využívať existujúce kurzy a supervíziu.
10. Znovuzavádzanie je náročné, ale túto otázku si postavme jednoznačne: chceme rozvíjať modernú psychiatriu, chceme zavádzať funkčné neuromarkery a prognostické markery do diagnostiky, alebo ďalej vystačíme s psychopatológiou. Zavádzanie EEG prináša veľa otáznikov: je možné vôbec zavádzať EEG bez skúseností na pracovisku ? zabezpečiť skôr prístrojové vybavenie alebo EEG kurz ? koho vybrať na pracovisku pre EEG a podľa akých kritérií ? poslať niekoho na EEG fungujúce pracovisko ? kde poslať na EEG školenie ? čo keď vyškolíme a odíde? môžeme to začať odznova ? Na tieto otázky máme odpovede na základe vlastných ročných skúseností so zakladaním EEG laboratória na psychiatrickom oddelení nemocnice v Rimavskej Soboti. Obstarali sme špičkové prístrojové vybavenie. Zahájili sme pravidelné 2-3 dňové školenia v EEG externým lektorom. Umožnili sme účasť všetkým záujemcom (6 lekárom). Doma aj externe školíme 4 EEG laborantky Doma školíme 4 laborantky a 4 psychológov v technike neurofeedbacku. Zameranie školení je skôr praktické po krátkej teoretickej príprave prevažne popisovanie pod supervíziou a vytvárame podmienky pre pravidelné EEG semináre.

## OD KARDIAZOLU PO MAGNETICKÚ KONVULZÍVNU TERAPIU: PO STOPÁCH PROF. KAROLA MATULAYA NA PO V RIMAVSKEJ SOBOTE

**KORCSOG P., ŠESTÁK M., ZORVAN J., HAŠKOVÁ Z., ILLÉSOVÁ M.**

*Psychiatrické oddelenie, Všeobecná nemocnica Rimavská Sobotka, Svet zdravia a.s.*

Slávna éra zavádzania biologických metód a terapeutického optimizmu ovplyvnila aj našu psychiatriu. Slovenská psychiatria sa môže pochváliť, že mala mladého nadšenca, ktorý s mimoriadnym záujmom sledoval literatúru o nových liečebných metódach doby a neobyčajne rýchlo ich zavádzal do praxe ako prvý u nás. Bolo to tak aj v prípade kardiazolu (Matulay 1940) ako aj ECT. Bol to mladý prednosta kliniky pre choroby nervové a duševné v Bratislave, Doc. Dr. Karol Matulay. S veľkým záujmom študoval odbornú literatúru a už po preštudovaní prvých publikácií sa zaujímal o možnosť zavedenia ECT aj u nás. Firma Siemens mu prisľúbila dodávku prístroja do dvoch rokov, čo bola pre neho príliš dlhá doba. Nakoniec na základe odbornej literatúry a materiálov firmy Siemens prístroj skonštruoval Doc. Dr. Jozef Skotnický, vedúci Ústavu Lekárskej Fyziky. Prístroj bol jednoduchej konštrukcie a obsluhy, použil k tomu lampový diatermický prístroj. Karol Matulay prvýkrát použil prístroj na jar 1940 a do marca 1941 uskutočnili okolo 1000 zákrokov u 121 pacientov, ako o tom referovali v 10. čísle Slovenského Lekára v r. 1941. Tento článok predstavujúci samotnú metódu, dobovú literatúru a vlastné výsledky, je ešte dnes zaujímavý a informatívny (Matulay a Skotnický, 1941). Matulay a Skotnický vyrobili ešte 19 ďalších prístrojov a rozposlali na všetky pracoviská na Slovensku a na niektoré v Česku (osobné zdelenie, 1989 ).

Profesor Matulay vedel aj ďalších nabádať na modernizáciu ECT. Sám som sa začal zaoberať s ECT na jeho podnet koncom 80-tych rokov, keď mi dal xerokópiu článku Maxa Finka o Medunovi (Fink 1984) s poznámkou „čo keby si sa venoval elektrošokom, sú tam nejaké nové veci“. Keď povedal, že „mohol by si“, znamenalo to „mal by si“, tak som poslúchol. On sám mi poskytol svoje pôvodné práce a porozprával, ako zaviedol elektrošoky na Slovensku. O dva roky neskôr, v r. 1990 som už atestoval s prácou „Súčasná elektrokonvulzívna terapia“ a ďalší rok už ako primár psychiatrického oddelenia v Rimavskej Soboti som zaobstaral v tom čase najmodernejší prístroj pre ECT (Thymatron TM DG) ako prvé pracovisko v celej

bývanej ČSFR. Považujem za veľký úspech, že po školení v ECT u nás na oddelení v r. 1992 päť ďalších psychiatrických zariadení zakúpilo rovnaké moderné prístroje. Pri zavádzaní ďalších metód terapeutické stimulácie mozgu sme boli tiež prví na Slovensku. V súčasnosti už máme 13 ročné skúsenosti s repetitívnou transkraniálnou mozgovou stimuláciou (rTMS). Metóda, od ktorej sme očakávali, že nahradí ECT v našej praxi, sa stala len obmedzenou alternatívou pre niektoré poruchy, predovšetkým pre depresívne poruchy. Je to veľmi intenzívne používaná neuromodulačná liečba na našom oddelení. Máme 2 ročné pozitívne skúsenosti s ambulantnou formou rTMS a skutočnosť, že metóda bola zaradená do katalógu ambulantných výkonov otvára šancu na zavedenie tejto metódy do rutínnej ambulantnej praxe. Vzhľadom na časovú náročnosť sme zaviedli aj intenzívnu formu rTMS, (používame 20 Hz stimuláciu s intenzitou 110% motorického prahu, 2000 pulzov v jednom sedení, 3 sedenia denne, 30 000 pulzov počas 5 dňovej liečby) a tzv. intermitentnú „theta burst „ stimuláciu (iTBS). Intenzívna ambulantná rTMS v budúcnosti môže byť vhodnou alternatívou pre pacientov so známami rezistencie na antidepresívnu liečbu. rTMS v súčasnosti vykonávame na 3 stimulátoroch a počet stimulovaných pacientov už dosahuje náš 10 ročný priemer za jeden rok a v počte stimulovaných po zavedení intenzívnej stimulácie realizujeme 300 stimulácií mesačne. Sme aj propagátormi metódy a uskutočnili sme už 4 workshopy na Slovensku (Pezinok, Rimavská Sobota, Veľké Zálužie, Žilina). Ďalej hľadáme inovatívnu alternatívu ECT, preto sledujeme dlhodobý vývoj magnetickej konvulzívnej liečby (Magnetic Seizure Therapy – MST). Pomaly 20 ročný vývoj tejto metódy už dospel do finálneho štádia cez 4 generácie stimulátorov. V súčasnosti už sériovo vyrábaný HD-MST stimulátor (High Dose MST), Magpro XP, chceme zaobstarať a zavádzať na psychiatrickom oddelení v Rimavskej Sobote ako reálnu alternatívu ECT. Táto inovácia prináša porovnateľný terapeutický efekt, menej nežiaducich účinkov, vyžaduje nižšie dávky myorelaxancií a veríme, že aj stigmatizácia, ktorá sprevádza ECT bude minimalizovaná. Všetky uvedené inovácie v oblasti neuromodulácie boli inšpirované Profesorom Karolom Matulayom: „sledujte čo sa deje vo svete a zavádzajte všetky moderné veci čo najskôr“. Bermudes Richard A.(Editor), Lanocha K, (Editor), Janicak Philip G. (Editor): Transcranial Magnetic Stimulation: Clinical Applications for Psychiatric Practice, American Psychiatric

## PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKA

### PREČO A AKO SA PREBÚDZAME: EVOLÚCIA SPÁNKU A MOZGU

#### TOMÁŠ EICHLER

1 *Research Institute of Molecular Pathology (IMP)*

*(Campus-Vienna-Biocenter 1, 1030 Vienna, Austria)*

2 *Konrad Lorenz Institute for Evolution and Cognition Research (KLI)*

*(Martinstraße 12, 3400 Klosterneuburg, Austria)*

Survive! Learn about the vital importance of switching between brain states - sleep and wakefulness. Enter Sandman with “A tale of the worm tail” on why and how we wake up. You will see the first-ever 3D recording of all brain cells during sleep, wakefulness, and the transitions between them, as published in Nichols, A. L. A, Eichler T., Latham R., Zimmer M. (2017) A global brain state underlies *C. elegans* sleep behaviour. *Science*, 356(6344) eaam685.

Our data support the hypothesis that during global states such as sleep, neuronal networks are drawn to a baseline mode and can be effectively reactivated by signaling from arousing circuits. I will summarize the key recent publications providing answers to decades-old questions of different sleep roles. I will further discuss the vital role of switching between sleep and wake brain states as well as the evolution of these states.

Finally, *C. elegans* has been shown as a fruitful model for fundamental biological research attracting experts of various non-biology fields, including physicists and computer scientists. Why not seeing *C. elegans* as a theoretical model organism to fellow psychiatrists?

Tomáš Eichler studies brain and sleep using genetics - as a neurogeneticist in the Vienna Biocenter. He falls asleep excited and can't wait to wake up. He has been awarded prestigious international fellowships by Boehringer Ingelheim Fonds and Konrad Lorenz Institute. See his popular science articles in Denník N <http://bit.ly/2Lur9eO> and his interview in the TV talk show Trochu inak <http://bit.ly/2Squ09i>. This will be a tale of the worm tail; Should you have more questions and/or miss the talk, send him an email: [echtom@gmail.com](mailto:echtom@gmail.com), Researcher ID: I-9520-2018, ORCID: 0000-0003-0178-5148.

## SYMPOZIUM PROF. V. NOVOTNÉHO JEHO ODKAZ V PSYCHOFARMAKOLOGICKÝCH A ADIKTOLOGICKÝCH SÚVISLOSTIACH

### VYBRANÉ PSYCHIATRICKÉ AJ NEPSYCHIATRICKÉ TÉMY PROFESORA VLADIMÍRA NOVOTNÉHO

Selected psychiatric and nonpsychiatric topics of professor Vladimír Novotný

#### NÁBĚLEK L. 1, FORGÁČOVÁ L. 2

1 2. Psychiatrická klinika SZU, Banská Bystrica, Slovenská republika

2 Psychiatrická klinika SZU a UNB Bratislava, Slovenská republika

Profesor Vladimír Novotný sa narodil 23. októbra 1946 v Bratislave. V rokoch 1965 – 1970 navštevoval Lekársku fakultu UK v Bratislave. V r.1974 získal atestáciu I. stupňa, v r. 1979 atestáciu II. stupňa v odbore psychiatria, v r. 1984 atestáciu v odbore alkoholológia. V r. 1990 obhájil titul CSc., v r. 1997 docentúru a v r. 2004 profesúru v odbore psychiatria na LFUK v Bratislave. Celoživotným odborným priestorom sa mu stala Psychiatrická klinika LFUK v Bratislave. V rokoch 1970 – 1974 pracoval na Psychiatrickej klinike FN Bratislava ako sekundárny lekár, neskôr ako samostatne pracujúci lekár a vedúci ambulancie Psychiatrickej kliniky FN Bratislava. Ako ordinár pre alkohológiu pôsobil v rokoch 1989 – 1990. Od r. 1990 pracoval na Katedre psychiatrie LF UK v Bratislave ako odborný asistent a zástupca prednostu. Od r. 2001 zastával funkciu prednostu. Jeho meno sa spája s bohatou vedeckou a publikačnou činnosťou. Bol členom mnohých významných domácich aj zahraničných odborných zoskupení a organizácií, získal viaceré významné ocenenia. Profesor Novotný bol zodpovedným a kreatívnym pokračovateľom psychiatrickej školy, ktorú etablovali a na klinike rozvíjali jeho predchodcovia. Stručný prehľad pracovných úspechov ukončíme slovami Vladimíra Novotného, ktoré vystihujú jeho formát osobnosti, jeho psychiatrické aj mimo psychiatrické angažovanie: „Psychiatria si vyžaduje nielen medicínske vzdelanie, ale ľudí všeobecne vzdelaných a rozhladených. Psychiater musí disponovať bazálnym filozofickým, psychologickým spektrom vedomostí. Bohužiaľ prax ukazuje, že toto pozadie našim ľuďom chýba. Sú veľakrát prekvapení, keď majú hovoriť o zmysle života napríklad suicidálnemu pacientovi a pritom ho sami často nemajú. Nečítajú, sú informačne obmedzení, majú problém s formulovaním myšlienok“.

### ADIKTOLÓGIA V PRÁCI PROFESORA VLADIMÍRA NOVOTNÉHO

Addictology in the work of professor Vladimír Novotný

#### TURČEK M. 1

1 Psychiatrická klinika LFUK a UNB, Bratislava, Slovenská republika

Profesor Vladimír Novotný (1946–2012) bol významnou postavou slovenskej i českej psychiatrie. Problematika alkoholizmu a drogových závislostí bola dlhodobo centrom jeho práce popri ďalších odborných záujmoch mimoriadne širokého spektra.

Profesor Novotný bol adiktológom takpovediac na všetkých frontoch. V roku 1984 získal atestáciu z adiktológie a časť svojej klinickej kariéry pracoval ako ordinár pre alkohológiu. Aktívne pôsobil v Sekcii

drogových závislostí SPSsS SLS a organizoval adiktologické konferencie. Jedna z nich, opakujúca sa každé dva roky, je po ňom od roku 2013 pomenovaná ako „Dni profesora Vladimíra Novotného v Bojniciach“. Bol členom redakčných rád viacerých periodík, vrátane časopisu Adiktologie, a od roku 2005 až do svojho predčasného odchodu na večnosť pôsobil ako šéfredaktor časopisu Alkoholizmus a drogové závislosti.

V oblasti výskumu realizoval profesor Novotný napríklad tri na seba nadväzujúce projekty zamerané na psychoaktívne látky u vysokoškolských študentov, podieľal sa na výskumnej úlohe o epidemiológii alkoholizmu a fajčenia na Slovensku. Adiktologickú problematiku prenášal aj do výuky na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského. Spolu s docentom Kolibášom zaviedli povinne voliteľný predmet „Drogy a drogové závislosti“, ku ktorému v roku 2007 vypracovali vysokoškolskú učebnicu „Alkohol–drogy–závislosti“. Jeho rozsiahla publikačná činnosť je v podstatnej miere tvorená adiktologickými príspevkami. Najstaršia jeho publikácia tohto druhu je o alkoholickom delíriu a siaha do roku 1973, najnovšie príspevky o toxických psychózach boli publikované v roku 2012. Pravdepodobne najvýznamnejšie sú jeho práce o detekcii a diagnostike závislosti od alkoholu. Publikoval však aj práce o závislosti od prchavých látok, psychostimulancií, anxiolytík či opioidov.

## KLOZAPÍN V ČESKOSLOVENSKEJ PSYCHOFARMAKOLÓGII

### Clozapine in czechoslovak psychopharmacology

#### PEČEŇÁK J. 1

*1 Psychiatrická klinika LF UK a UNB, Bratislava*

Klozapín bol prvým liečivom zo skupiny neuroleptík, ktoré sa podstatne odlišovalo svojim spektrom účinkov. Jedným z autorov, ktorý sa klozapínu už od začiatku trvalo venoval bol aj prof. V. Novotný (Molčan J. et al., 1974). V roku 1988 bola publikovaná prelomová štúdia o účinnosti klozapínu v liečbe farmakorezistentnej schizofrénie (Kane et al., 1988). Jej výsledky umožnili opätovné použitie klozapínu po zastavení jeho používania pre výskyt agranulocytózy a to len v indikácii pre špecifickú skupinu pacientov. V tom roku publikuje skupina autorov z východoeurópskych pracovísk, s početným zapojením českých a slovenských psychiatrov, výsledky medzinárodnej štúdie s klozapínom (Panteleeva et al., 1988). Táto práca je citovaná vo významných prehľadoch o klozapíne.

V súvislosti s potrebou sledovania možného výskytu agranulocytózy bola na Psychiatrickej klinike LF UK vedená databáza pacientov liečených klozapínom. Zriadenie databázy bolo v spolupráci so spoločnosťou Novartis. Registrácia pacientov nebola arbitrárna, napriek tomu sme získali údaje o takmer 1000 pacientoch. Nálezy agranulocytózy pri zdanlivo normálnych hodnotách leukocytov sú významným dôkazom o potrebe formálneho štruktúrovaného sledovania. Častým údajom v databáze bolo použitie nízkych dávok klozapínu 25 mg vo večernej dávke, podľa mnohých psychiatrov sa liečba klozapínom napriek nízkej dávke nedala ukončiť.

Klozapín je neustálou výzvou pre oblasť antipsychotík. A. Deutsch (1995) nazval klozapín druhom čarovného odvaru. Práve on využil jednu z možností ako dokumentovať špecifické účinky klozapínu cez sledovanie aktivácie jadrových štruktúr v špecifických štruktúrach v mozgu. V tomto prístupe k výskumu účinnosti antipsychotík na klinike spolupracujeme s pracoviskom SAV (Kiss et al., 2019).

**Podporeno:** APVV-15-0037 grant of the Research and Development Agency of the Slovak Republic.

## DEKÁDA EPIDEMIOLOGICKÉHO VÝSKUMU V SR

### Ten years of epidemiological research in slovakia

#### HERETIK A SR. 1, PEČEŇÁK J. 2, HERETIK A. JR. 1, RITOMSKÝ A. 2

*1 Katedra psychológie FF UK Bratislava*

*2 Psychiatrická klinika LF UK a UNB*

K inšpirátorom a spoluautorom epidemiologických výskumov, ktoré sme realizovali v prvej dekáde patrili prof. Vladimír Novotný. Inšpirovali nás zahraničné epidemiologické výskumy najmä ECA, NCS, Depres I a II a neskôr aj ESEMeD. Na reprezentatívnej populačnej vzorke sme postupne sledovali prevalenciu depresie, vybraných úzkostných porúch, konzumu alkoholu a fajčenia. V štúdiu EPID sme zistili prevalenciu veľkej depresie u 12,8%, malej depresie u 5,1 % a depresívnych symptómov u 23,1%. V štúdiu EPIA sme zistili prevalenciu GAD u 2,2 %, sociálnej fóbie u 1,7 % a aspoň jednu špecifickú fóbiu u 51,6 % participantov. Zo záverov EPIAF – škodlivé užívanie sme našli u 18,4 % participantov (z toho 7,4 % boli problémoví pijani a 11,0 % závislí). Prevalencia pravidelného fajčenia bola na úrovni 28,5%. Všetky prevalenčné nálezy boli analyzované vzhľadom pohlavie/rod, vek, vzdelanie, sociálny status, národnosť a urbánno-rurálne vzťahy.

## MÁME NA ČO NADVIZAŤ?

Do we have anything to do?

### **BREZNOŠČÁKOVÁ D., BRAŽINOVÁ A.**

1 1. PK L UPJŠ a UNLP Košice

2 Ústav epidemiológie, LF UK a UNB Bratislava

Porovnaním populačných údajov z európskych krajín za pomoci štandardizovaného dotazníkového nástroja CIDI (Composite International Diagnostic Interview) a údajov o počte ľudí, ktorí sa na Slovensku liečia v systéme psychiatrickej starostlivosti sa odhaduje, že viac ako 60% ľudí s príznakmi afektívnych porúch (F3) a viac ako 80% ľudí s príznakmi úzkostných porúch (F4) a závislosti od alkoholu (F1.2) sa v Slovenskej republike nelieči (Brazinova et al., 2019). Jedná sa o odborný odhad, pre presné poznanie výskytu duševných porúch, využívania služieb starostlivosti o duševné zdravie a zmapovanie nenaplnených potrieb je potrebné vykonať populačný prieskum v slovenskej populácii.

Jedným z aspektov sledovania stavu duševného zdravia populácie je spotreba psychofarmák. V súčasnosti realizujeme prieskum preskripcie psychofarmák v Slovenskej republike podľa špecializácie lekára, veku, pohlavia a diagnózy pacienta, ako aj podľa regiónov.

Ďalším indikátorom duševného zdravia je samovražednosť, ako najhorší možný dopad duševnej krízy. V analýze miery samovražednosti v Slovenskej republike za obdobie 1993-2015, bola prezentovaná samovražednosť stúpajúca v závislosti od veku, s najvyššou mierou u mužov nad 75 rokov veku (Brazinova et al., 2017). Na základne dôkladnej analýzy existujúcich údajov je možné navrhnúť a zaviesť ciele opatrenia pre prevenciu duševných porúch a podporu duševného zdravia. Takže, „máme na čo nadviazať“.

## VLADIMÍR NOVOTNÝ – RENESANČNÁ OSOBNOSŤ SLOVENSKEJ PSYCHIATRIE

Vladimir Novotny – a renaissance personality of the slovak psychiatry

### **MARKO V., HERETIK A.**

1 Katedra psychológie, Filozofická fakulta UK Bratislava, Slovenská republika

Väčšina odborníkov si pamätá Prof. MUDr. Vladimíra Novotného, CSc., ako významného psychiatra, vedeckého pracovníka, učiteľa a organizátora psychiatrického života. Jeho najbližší kolegovia a kamaráti však poznali aj jeho inú tvár. Je to tvár človeka s obrovským rozhľadom, fenomenálnou pamäťou, schopnosťou a ochotou vyjadriť sa k rozmanitým témam aj mimo svojej profesionálnej oblasti, majiteľa obrovskej knižnice, ale aj nadšeného cestovateľa a v neposlednom rade aj ako zaniieteného sportsmana.

### VEDECKO-VÝSKUMNÁ ČINNOSŤ PROFESOROV ZDENĚKA MYSLIVEČKA A ZOLTÁNA KLIMU A ICH PRÍNOS PRE NEUROPSYCHIATRIU

Scientific and research activities of professors Zdeněk Mysliveček and Zoltán Klíma and their contribution for neuropsychiatry

#### MOROVICSOVÁ E., 1

*1 Psychiatrická klinika Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Univerzitná nemocnica Bratislava – Staré Mesto*

Profesor MUDr. Zdeněk Mysliveček po ukončení medicíny pôsobil ako asistent na Psychiatrickej klinike Lekárskej fakulty Karlovej Univerzity v Prahe pod vedením profesora MUDr. Karla Kuffnera a na Patologicko-anatomickom ústave. Významným prínosom v jeho odbornom smerovaní bol aj študijný pobyt v Rusku. Po vzniku Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave bol v rokoch 1919-1930 prednostom Neuropsychiatrickej kliniky a po návrate do Prahy prevzal vedenie Psychiatrickej kliniky Karlovej univerzity. Profesor Mysliveček sa v svojich odborných prácach venoval morfológii centrálneho a periférneho nervstva. K ďalším jeho odborným témam patrili neuropatológia a neurohistológia, neskôr už prevažne psychiatria. Bol autorom a spoluautorom viac ako 130 štúdií a odborných článkov. Profesor MUDr. Zoltán Klíma po absolvovaní medicíny na Lekárskej fakulte Karlovej univerzity v Prahe pôsobil ako asistent profesora Myslivečka na Psychiatrickej klinike v Prahe, kde získal prvé skúsenosti z vedeckej a klinickej praxe. Po odchode z Prahy pôsobil krátko na Neuropsychiatrickej klinike v Bratislave a v roku 1938 a 1946-1948 ako prednosta neuropsychiatrického oddelenia v Štátnej nemocnici v Košiciach. Na novozriadenej Lekárskej fakulte Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach kontinuálne pokračoval vo vedení Psychiatrickej kliniky, kde zotrval až do roku 1972. Vo vedecko-výskumnej a klinickej praxi sa zaoberal problémami diagnostiky a terapie nervových chorôb, predovšetkým schizofrénie a epilepsie. Osobitnú pozornosť venoval protialkoholickéj liečbe. Je autorom viac ako 50 štúdií a článkov z oblasti neuropsychiatrie. Profesi Z. Mysliveček a Z. Klíma patria k popredným československým psychiatrom, ktorí výrazne prispeli k formovaniu českej a slovenskej psychiatrie a neurológie.

### KOGNÍCIA A REČ

Cognition and language

#### KRÁLOVÁ M. 1, MÉSZÁROS HIDEGHÉTY B. 1, HAJDÚK M. 1, 2, MARKOVÁ J. 3, CSÉFALVAY ZS. 3

*1 Psychiatrická klinika LFUK a UNB, Bratislava, Slovenská republika*

*2 Katedra psychológie FiFUK, Bratislava, Slovenská republika*

*3 Katedra logopedie, Pedagogická fakulta UK, Bratislava, Slovenská republika*

ÚVOD: Rečové deficity sú pri neurokognitívnych poruchách časté a reprezentujú jednu z prominentných črt progresívneho úpadku pri týchto poruchách. Rečové procesy na jednoduchej úrovni slova sú u väčšiny ľahkých kognitívnych porúch zachované, takže rečové schopnosti sa javia ako normálne, ale podrobnejšie logopedické testovanie (testy porozumenia viet) ukazuje významný vzťah medzi celkovou závažnosťou kognitívnej poruchy a rečového deficitu. Čím výraznejší je kognitívny deficit, tým častejšie sú aj neuropsychiatrické symptómy, aj keď niektoré z nich môžu byť prítomné aj v začiatočných ľahkých štádiách kognitívnej poruchy. V našej práci sme detekovali kognitívno-komunikačné poruchy u pacientov s MCI a demenciou a zisťovali sme vzťah medzi nimi, závažnosťou kognitívnej poruchy a výskytom neuropsychiatrických symptómov kognitívnych porúch. METODIKA: Závažnosť kognitívnej poruchy bola hodnotená MoCA inštrumentom, rečový deficit batériou logopedických testov a neuropsychiatrické symptómy pomocou NPI-Q. VÝSLEDKY: Priemerný rečový výkon na úrovni slova bol v celom súbore nad 80% normy, ale na úrovni porozumenia viet len 67% normy. Porozumenie viet je narušené už u pacientov

s ľahkou demenciou, dokonca u pacientov s MCI. Zistili sme tiež významnú negatívnu koreláciu medzi schopnosťou porozumenia viet a prítomnosťou a závažnosťou neuropsychiatrických symptómov kognitívnych porúch. **ZÁVER:** Aspoň u pacientov s MCI a ľahkou demenciou je veľmi užitočné realizovať podrobnejšie logopedické testovanie, ktoré môže odhaliť rečové deficity a tým prispieť k včasnej diagnostike a diferenciálnej diagnostike kognitívnych porúch.

## ŠTANDARDIZÁCIA NEUROPSYCHOLOGICKEJ BATÉRIE NEUROPSY - REFLEXIA PROJEKTU

Standardisation of neuropsychological battery neuropsych: project reflection

**HAJDÚK M. 1,2, BRANDOBUROVÁ P. 3,4, HERETIK JR A. 1, HERETIK SR A. 1**

*1 Katedra psychológie, Filozofická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave*

*2 Psychiatrická klinika LF UK a UNB*

*3 Centrum Memory n.o.*

*4 II neurologická klinika LF UK a UNB*

Cieľom príspevku je priblíženie výsledkov prvého slovenského výskumného projektu, ktorého cieľom bola štandardizácia skriningových a komplexných neuropsychologických testov umožňujúcich zhodnotiť závažnosť kognitívneho deficitu u rôznych neuropsychiatrických porúch. V úvodnej časti príspevku sa zameriame na situáciu na Slovensku pred začiatkom projektu, ktorá bola charakteristická primárne nedostupnosťou slovenských verzií štandardných testov. Následne budú v príspevku priblížené východiská projektu, metodológia výskumného projektu a budú prezentované vybrané výsledky. Kriticky zreflektujeme skúsenosti so zberom dát a procesom štandardizácie. Posledná časť príspevku sa zameriava na plány ďalšieho rozvoja neuropsychológie ako odboru a ďalšie činnosti nadväzujúce na projekt NEUROPSY.

**Podpořeno:** Grantom APVV - 15 - 0686

## NEUROLOGICKÝ PACIENT V STAROSTLIVOSTI PSYCHIATRA - KAZUISTIKY

Neurological patient in psychiatric care - case reports

**MATISOVÁ M. 1, KRÁLOVÁ M. 1**

*1 Psychiatrická klinika LF UK a UN Bratislava*

Psychiatria a neurológia sú medicínske odbory, ktorých problematika sa neustále prelína a dopĺňa. Dá sa konštatovať, že jeden odbor bez druhého vo svojej podstate nemôže existovať. Preto sa neurológ vo svojej praxi bežne stretáva s rôznymi psychickými poruchami, ako sú napr. úzkostné poruchy, depresie, somatoformné poruchy, ale nezriedka napr. aj s polyneuropatiami u etylikov a podobnými problémami. Osobitnú kapitolu neuropsychiatrie tvoria organické poruchy, najmä neurodegeneratívne ochorenia, pri ktorých sa okrem kognitívnych porúch stretávame aj s množstvom nekognitívnych – neuropsychiatrických príznakov. Vzhľadom na zvyšujúci sa výskyt autoimunitných chôrob v populácii sa psychiater vo svojej ordinácii čoraz častejšie stretáva aj s pacientmi so závažnými neurologickými ochoreniami, ako je skleróza multiplex a Huntingtonova chorea. Preto sme sa rozhodli v našej prednáške odprezentovať kazuistiky pacientov s týmito diagnózami, s našimi úspechmi, ale aj ťažkosťami pri manažmente ich psychiatrickej liečby.

## PSYCHIATREM BÝT ČI NEBÝT? JAK SE BUDOUCÍ LÉKAŘI ROZHODUJÍ O VOLBĚ SPECIALIZACE

## ATRAKTIVITA PSYCHIATRIE A STIGMA DUŠEVNÍ NEMOCI MEZI MEDIKY V ČR A SR: ANEB JAK MŮŽEME PRACOVAT SE STUDENTY (NEJEN) V ČASECH REFORMNÍCH

Attractiveness of psychiatry and stigma of mental illness among medical students: how to work with medical students (not only) in times of mental health care reform

**BANKOVSKÁ MOTLOVÁ L. 1,2, FORMÁNEK T. 2, JANOUŠKOVÁ M. 1,2, MÍLEK P. 3, BRAŽINOVÁ A. 4**

1 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

2 Národní ústav duševního zdraví

3 Lékařská fakulta UK v Hradci Králové

4 Lékařská fakulta Univerzity Komenského

Úvod: Redukce stigmatu spjatého s duševním onemocněním je jedním z cílů reformy péče o duševní zdraví ve středoevropském regionu. Zvláštní pozornost je třeba věnovat stigmatizaci psychiatrie i postojům vůči duševně nemocným ve zdravotnictví, jelikož jsou zdrojem diskriminujícího přístupu v péči o tělesné zdraví.

Metodika: Cílem studie bylo zmapovat stigmatizující postoje vůči psychiatrii mezi studenty medicíny na třech lékařských fakultách v České a Slovenské republice. Studie se účastnilo 495 mediků, kteří vyplnili dotazníky zaměřené na stigmatizující postoje, vztah k psychiatrii a profesní preference.

Výsledky: Zjistili jsme statisticky významné rozdíly ve stigmatizujících postojích mezi lékařskými fakultami. Zvažování psychiatrie jako budoucí profese korelovalo s méně stigmatizujícími postoji a s vyšší atraktivitou psychiatrie. Nicméně pouze 1% studentů vyjádřilo rozhodný zájem o psychiatrii jako svoji kariérní volbu.

Závěr: Změny ve vzdělávání mediků jsou potřebné k redukci stigmatu spjatého s duševním onemocněním a k podpoře volby psychiatrie mezi studenty medicíny. Psychiatrické kurikulum by mělo nabízet více volitelných kurzů s psychiatrickou a psychologickou tematikou, obsahovat stáže v ambulancích a v zařízeních komunitní péče a využívat peer-lektory. Součástí stáží by měla být supervize reflektující emoční reakce studentů.

**Podpořeno:** *Progres Q35 UK*

## OSOBNÍ VIZE LÉKAŘE V PROCESU VOLBY SPECIALIZACE: MĚKKÉ DOVEDNOSTI NEZBYTNÉ PRO KOMPETENTNÍ PRAXI LÉKAŘE

The physician's personal vision in the process of choosing a specialization: the soft skills necessary for competent medical practice

**SVĚTLÁK M. 1,2**

1 Psychiatrická klinika, FN Brno a LF MU, Česká republika

2 Ústav psychologie a psychosomatiky, LF MU, Česká republika

Stát se lékařem je volba, kterou dělá většina studentů už na gymnáziu. Variabilita motivů k výběru této profese mladých lidí je velká a většina z nich je spojená s idealizovanou představou profese lékaře ve společnosti. Z rozhovorů se studenty často vyplývá, že je jejich osobní vize pro výběr konkrétního oboru spíše vágní, volba se často mění a je významně závislá na tom, jakého pedagoga na své cestě potkali a jakou zkušenost učinili s určitým oborem na určité klinice nebo pracovišti. Jen zcela výjimečně je spojená se silnou osobní vizí jednotlivce, která pramení z hlubokého propojení se sebou. V kontrastu s náročností studia medicíny je téma osobní vize a mise zcela vágní, bezvýznamnou a druhořadou záležitostí, která vždy může počkat. V pregraduálním kurikulu není tomuto tématu věnována žádná pozornost. V

postgraduálním vzdělávání rovněž často chybí, stejně jako vedení od starších kolegů a citlivá zpětná vazba, která by mladé lékaře dobře směřovala a pomohla jim popřípadě v čas opustit obor, který pro ně není vhodný. V tomto příspěvku se budeme zabývat tím, jaký vliv má osobní vize na náš osobní a profesní život a proč je pro profesi lékaře tak důležitá. Vize totiž zásadně ovlivňuje naše volby a také interpretaci všeho, s čím se v profesním životě setkáváme. Pokud je totiž naše osobní vize omezená, nejde dál, než je nejbližší výplata, požadavky systému nebo dovolená. Naše rozhodnutí pak děláme spíše v důsledku urgency aktuálního okamžiku, než v souhlasu s tím, kam bytostně spějeme v souladu s naší vizí. Cílem příspěvku je hledání způsobů, jak oslovit pocit zaujetí, nadšení a vzrušení, jež vyrůstá z napojení na náš jedinečný cíl a hluboký pocit uspokojení spojený s jeho dosažením. Jedině tak lze medicínu měnit v souladu s naším posláním a našimi osobními hodnotami.

## JAK SE RODÍ PSYCHIATŘI - PROČ A JAK MOTIVOVAT BUDOUCÍ A MLADÉ LÉKAŘE A LÉKAŘKY, OČIMA JEDNÉ Z NIC

How psychiatrists are born - why and how to inspire young and future physicians

### ŠPAČKOVÁ Z. 1

*1 Psychiatrická klinika FN Brno, Česká republika*

Úvod: Narůstající nedostatek lékařů se nevyhýbá ani psychiatrii a právě motivace studentů medicíny k výběru tohoto oboru a výchova budoucích kvalitních odborníků je podmínkou udržení a dalšího rozvoje kvality péče o pacienty s duševním onemocněním.

Metodika: Cílem studie bylo pomocí dotazníkového šetření identifikovat, které konkrétní důvody motivovaly studenty k psychiatrii jako jejich kariérní volbě a co hodnotili v průběhu studia medicíny a prvních let klinické praxe jako nejcennější z hlediska jejich profesního i osobního rozvoje.

Výsledky: Sběr dat aktuálně probíhá.

Souhrn: Vzhledem k obecně prospěšnému cíli vychovat kvalitní, kompetentní a lidské profesionály v oboru psychiatrie je třeba zaměřit se na podporu motivace studentů a mladých lékařů. Dobrý učitel předává nejen znalosti, ale stejně tak svůj entuziasmus a osobní hodnoty, což má pozitivní vliv na budoucí kariérní volbu studentů a nabízí se i jako jedna z cest, jak bojovat proti zvýšenému riziku syndromu vyhoření na straně lékařů.

## "WHO WANTS TO DO PSYCHIATRY?" REFLEKTOVANÁ OSOBNÍ ZKUŠENOST MEDIKŮ A JEJÍ ZAŘAZENÍ DO PREGRADUÁLNÍ VÝUKY PŘÍSPÍVÁ K VOLBĚ PSYCHIATRICKÉ SPECIALIZACE A POVOLÁNÍ PSYCHIATRA. POHLED Z VELKÉ BRITÁNIE.ÉP

"Who wants to do psychiatry?" including reflected personal experience of medical students into pre-gradual education encourages to follow psychiatric specialty and profession. Perspective from the United Kingdom

### HOLUB D. 1,2,3

*1 Ústav humanitních studií v lékařství, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze*

*2 Fakulta sociálních studií Masarykovy Univerzity v Brně*

*3 Psychosomatická klinika, Praha 6*

Dlouhodobě nízký zájem o volbu psychiatrické profese zneklidňuje zdravotnické systémy po celém světě. Ve Velké Británii přibližně 4-5% lékařů v předatestační přípravě uvádí psychiatrii jako primární volbu pro své budoucí povolání. Mladí lékaři vykazují mezi všemi specializacemi nejvyšší polarizaci postojů právě vůči psychiatrické profesi vyjadřovanou v dotaznících velkým podílem na jedné straně entuziasmu, na druhé straně antipatiemi k tomuto oboru. Lékaře od psychiatrické kariéry odrazuje celá řada faktorů.

V tomto sdělení se zaměřím na pozitivní význam subjektivního prožívání klinické praxe mediky a lékaři. Začlenění osobní zkušenosti s psychotherapeutickým vedením pacienta pod vedením zkušeného supervizora (SPS, Student Psychotherapy Scheme) nebo zapojení do skupin umožňujících reflektovat emoce studentů (balintovské skupiny, reflektující klinické diskusní skupiny) do curricula lékařské fakulty University College London zvýšilo zájem o psychiatrii u studentů, kteří dosud o psychiatrii neuvažovali na 14,3% oproti 1,6% v kontrolní skupině. Autor přiblíží na ukázkách smysl sebe-reflektující komponenty pregraduálního studia. Schopnost poučeně vnímat a využít vlastní pocity nevede pouze k obnovení empatie a porozumění afektům, ale budoucí lékaře vybavuje dovednostmi, díky kterým se necítí zastrašeni prvním letmým setkáním s duševně nemocnými, náročnou stránkou psychiatrické péče nebo kolegy jiných oborů, kteří psychiatrii ze svých obranných důvodů stigmatizují. Studenti díky SPS rozšiřují svoji schopnost vztahovat se k pacientům, naslouchat jim na více rovinách, snášet své vlastní pocity, nejistotu, emoční nápor pacientů nebo jejich nedostatečné klinické zlepšení, udržovat hranice a lidský/holistický přístup k pacientům (Yakeley et al., 2004; Shoenberg a Yakeley, 2014).

## SYMPOZIUM ČESKÉ NEUROPSYCHOFARMAKOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI

### DNEŠNÍ CÍLE PSYCHOFARMAKOLOGIE

Today's targets of psychopharmacology

#### LÁTALOVÁ K. 1,2

1 *Klinika Psychiatrie, lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci*

2 *Klinika psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc*

Psychofarmakologie a psychiatrie se v posledních pěti dekadách zaměřily na specifičnost, která předpokládá, že psychiatrické poruchy jsou specifické změny, které by měly reagovat na látky se specifickými mechanismy působení. Nicméně validita tohoto modelu je korodována schválením více látek pro léčbu stejné poruchy, a naopak. Jako příklad této nepotvrzené změny paradigmatu lze například uvést použití antipsychotik při léčbě deprese. Zdá se, že antipsychotika i antidepresiva by mohla sdílet stejné neurochemické procesy, zatím se však nedaří je identifikovat. Neurochemické rozdíly v těchto skupinách léků se zdají být hluboké, i když některé z procesů jsou běžné u obou. Jednak je to určitý stupeň neuroprotektivního působení, neuroplastické změny, a také změny epigenetické. Zda mají tyto společné rysy nějaký vliv na klinické výsledky, zůstává v oblasti pochyb. Zatímco psychofarmakologie a psychiatrie zůstávají do značné míry vázány k modelu specifičnosti, kliničtí lékaři tíhnou k dimenzionálnímu modelu, kde jsou symptomy léčeny různými léky, bez ohledu na diagnózu.

### KLOZAPIN – MODERNÍ ANTIPSYCHOTIKUM S DLOUHOU HISTORIÍ

Clozapine – modern antipsychotic drug with a long history

#### USTOHAL L. 1,2

1 *Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Brno, Česká republika*

2 *CEITEC MU, Brno, Česká republika*

Klozapin byl registrován již v roce 1960. Zpočátku však nebyl považován za účinnou látku pro terapii schizofrenie, první studie svědčící o jeho klinické využitelnosti pocházejí až z druhé poloviny šedesátých let. U nás byl poprvé zaregistrován počátkem roku 1973, od té doby jej máme kontinuálně k dispozici. Pro další osud klozapinu se staly významné dvě události – zjištění spojitosti jeho užívání s rozvojem agranulocytózy a publikace studie Johna Kanea o jeho vyšší účinnosti v léčbě rezistentní schizofrenie. Zatímco první událost znamenala takřka konec jeho používání (v některých zemích byl zakázán, nikoli však v tehdejší ČSSR), druhá odstartovala jeho renesanci. Další důležitá studie byla publikována v roce 2003. Ta potvrdila antisuicidální efekt klozapinu. Všechny tyto údaje se pak odrážejí v současné indikaci klozapinu – je určen pro pacienty trpící schizofrenií, kteří netolerují nebo dostatečně neodpovídají na

jinou léčbu, a také pro pacienty se schizofrenií či schizoafektivní poruchou, u kterých je riziko suicidality. Povinné je monitorování počtu leukocytů a neutrofilů, doporučováno je i stanovování plazmatických koncentrací klozapinu, zvláště na začátku léčby nebo při jeho nedostatečné účinnosti či přítomnosti nežádoucích účinků. Klozapin tradičně náleží do antipsychotik druhé generace, jejichž je prototypem, konkrétně mezi multireceptorové antagonisty. Z hlediska klasifikace založené na neurovědách (NbN-2) se řadí do farmakologické domény dopaminové, serotoninové, noradrenalinové, z hlediska módu účinku mezi antagonisty receptorů. Panuje shoda, kterou prezentuje i poslední verze českých doporučených postupů, že by měl být použit ve třetí volbě při léčbě schizofrenie, objevují se však údaje o jeho vyšší účinnosti i v první či druhé volbě.

## GERONTOPSYCHIATRIE

### MIKROBIOM A JEHO MOŽNÝ VÝZNAM U NEURODEGENERATIVNÍCH CHOROB

The significance of microbioma in neurodegenerative disorders

#### LAMBERTOVÁ A. 1

1 Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK

Neurodegenerace je progresivní proces ztráty struktury a funkce neuronů, zahrnujících indukovanou buněčnou smrt. Mezi neurodegenerativní choroby patří Alzheimerova nemoc (AD), Parkinsonova nemoc (PD), Huntingtonova nemoc (HD), amyotrofická laterální skleróza (ALS), roztroušená skleróza (RS). AD je nejčastější typ demence, kterou popsal v roce 1906 německý lékař Alois Alzheimer. U familiární AD hraje velký význam genetické příčiny. 85-90% všech případů tvoří sporadická forma AD, v patogenezi se uplatňuje např. dysfunkce mitochondrií, oxidativní stres, zánětlivé projevy. U familiární i sporadické formy AD dochází k hromadění amyloidu beta ( $A\beta$ ), který vzniká rozkladem amyloidového prekurzorového proteinu, amyloidové plaky se hromadí především v hipokampu a mozkové kůře, dochází k poškození nervových synapsí a axonů.

Již Hippocrates v 5.století před Kristem řekl, že adekvátní strava je důležitá pro dlouhý a zdravý život. Pojem mikrobiota znamená zastoupení mikroorganismů, tedy bakterií, virů, plísní, prvoků, parazitů na tělesných povrchích. Naše mikrobiota obsahuje 10 na 14 bakteriálních buněk, tedy 10x více než je buněk v lidském těle, největší množství bakterií žije v gastrointestinálním traktu (GIT). Mikrobiom je genom mikrobioty. Pojmy mikrobiom a mikrobiota se často používá promiskue. Střevní mikrobiota obsahuje více než 1000 druhů mikrobů. Existuje velká interindividuální variabilita, jednotlivci se tedy liší složením mikrobioty. Střevní mikrobiom je ovlivněn stravováním, léčbou (ATB), geografickými, genetickými faktory. Střevní mikrobiota jsou tvořena zejména kmeny Firmicutes (rody *Lactobacillus*, *Clostridium*, *Enterococcus*), Bacteroidetes (rod *Bacteroides*, *Prevotella*), menší zastoupení tvoří např. *Proteobacte*

**Podpořeno:** AZV 17-28905A, Progres Q06/LF1

### ZÁNĚT A ALZHEIMEROVA NEMOC

Inflammation and alzheimer's disease

#### ZVĚŘOVÁ M. 1,2

1 Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Česká republika  
2 Nemocnice Na Homolce, Praha

Alzheimerova choroba (AD) je obvykle vnímána jako neurodegenerativní onemocnění mozku, jedná se však o systémové onemocnění s projevy i v periferních tkáních a krvi způsobenými metabolickými, oxidativními, zánětlivými a biochemickými procesy. Předpokládá se, že k etiologii Alzheimerovy nemoci přispívá jednak tvorba senilních plaků, které se skládají z oligomerů beta amyloidu (AB), tak intraneuronální neurofibrilární zámotky (klubíčka), které se skládají z hyperfosforylovaných tau proteinů

(Bayer, 2014). Stále více důkazů naznačuje, že na etiologii a patofyziologii AD se podílejí procesy vedoucí k poškození neuroplasticity a neurogeneze, indukci apoptózy, poruchám v buněčné energetice a mitochondriálním dysfunkcím. Tyto procesy zahrnují mj. zvýšenou aktivitu osy HPA, chronické zánětlivé procesy, zvýšený oxidační a nitrosační stres.

Závěr: Biologicky aktivními molekulami studovanými při AD jsou proto glukokortikoidy, prozánětlivé cytokiny, transkripční faktor aktivovaný v odezvě na zvýšení hladin cAMP (CREB), mozkový neurotrofní faktor (BDNF), glykogensyntázakináza-3 (GSK-3) a další. Klíčová slova: Alzheimerova choroba, zánět, mikroglie, TREM 2, MAPK

**Podpořeno:** Programem PROGRES Q27/LF1 „Neuropsychiatrické aspekty neurodegenerativních onemocnění“ a grantem GA ČR č. 17-05292S „Nové krevní biomarkery pro včasnou diagnostiku, prognózu a průběh Alzheimerovy nemoci“

## NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN PRO ALZHEIMEROVU NEMOC

National action plan for alzheimer's disease

### HAJNÝ M. 1, BROULÍKOVÁ H. M. 2,3, ZVĚŘOVÁ M. 1

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

2 Národní ústav duševního zdraví, Klecany, Česká Republika

3 Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění (NAPAN) je strategický plán, jehož cílem je zlepšení prevence, péče a zvýšení povědomí o demencích. Plán navazuje na předchozí práci NAPAN MZČR z období 2016-2019. Pod vedením koordinátorky Ing. Hany Marie Broulíkové vzniklo mimo hlavní expertní platformy další 5 pracovních oblastních skupin, a to 1) legislativa, 2) povědomí o demenci, 3) vzdělávání (v oblasti zdravotní a sociální), 4) doporučené postupy, 5) epidemiologie a věda. Tyto skupiny analyzovaly situaci v ČR a identifikovaly priority a cíle v oblasti svých skupin. Proběhly mezioborové workshopy ve spolupráci se světovými odborníky z WHO a jiných zemí EU, ve kterých již proběhla implementace opatření a postupů za účelem zkvalitnění péče o lidi s demencí. Prezentace shrnuje aktivity a výsledky jednotlivých pracovních skupin NAPAN. Dále budou představeny již zavedené a plánované změny a postupy vzniklé v rámci NAPAN.

## VARIA II

### KVALITATIVNÍ VÝZKUM V PSYCHIATRII: TEORETICKÁ VÝCHODISKA A PRAKTICKÉ APLIKACE

Qualitative research in psychiatry: theoretical background and practical applications

#### ŠAMÁNKOVÁ D. 1

1 Národní ústav duševního zdraví Klecany

Kvalitativní výzkum v psychosociálních vědách nemá zatím v ČR velkou tradici a omezuje se spíše na oblast sociologie. Sdělení uvádí do problematiky epistemologie, metafyziky a metodologie kvalitativního výzkumu s poukazem na jeho hlavní světové školy. Dále se soustředí na hlavní oblasti jeho uplatnění v klinickém psychiatrickém a psychologickém výzkumu, kde může být vhodným doplňkem kvantitativních metod. Možný přínos demonstruje na příkladu použití Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA) k rozboru expresivního psaní u depresivních pacientů zařazených do studie kvantitativního ověřování Analytické ruminační hypotézy deprese (Analytical rumination hypothesis): ukazuje, jak může kvalitativní analýza ozřejmit limity interpretace a klinické aplikace kvantitativních výsledků a navrhnout zpřesňování hypotéz i metod jejich ověřování.

## PSYCHIATRICKÉ POSUZOVÁNÍ STAVU VYLUČUJÍCÍHO ZPŮSOBILOST ŘÍDIT MOTOROVÉ VOZIDLO - SLEPÁ ULIČKA ČESKÉ JUSTICE I PSYCHIATRIE

Psychiatric evaluation of the competency to drive a motor vehicle

### ŠVARC J. 1

*1 Psychiatrická nemocnice Bohnice, Česká republika*

Překročí-li v ČR alkohol v séru řidiče 1 g/kg (hranice není určena žádným právním předpisem), bývá řidič trestně stíhán pro Ohrožení pod vlivem návykové látky dle § 274 tr. zákoníku.

Od r. 2008 policisté v terénu detekují u řidičů i THC, met/amfetaminy, MDMA, opiáty, kokain. Do r. 2010 býval trestně stíhán každý řidič za jakékoli množství drogy. Roku 2010 Nejvyšší soudu ČR (Tdo 449/2010) rozhodl, že postup by měl být jako u 1 promile alkoholu. To je racionální část rozhodnutí NS. Iracionální část je, že stav vylučující způsobilost řídit MV se bude dokazovat psychiatrickým znaleckým posudkem.

Neexistuje však žádná psychiatrická metoda, jak tento stav dodatečně zjistit. Od té doby se česká justice snaží vybrusit z této slepé uličky.

Pomocí ústavního posudku PN Bohnice vznikl judikát Nejvyššího soudu (Tdo 979/2015), že stav vylučující způsobilost řídit MV začíná na hranici mezi „terapeutickou“ a toxickou hladinou, což je u alkoholu 1 g/kg, u met/amfetaminu 200 ng/ml, u THC 10 ng/ml atd. Tato hranice existuje pro každou drogu – viz Schulz M, Schmoltd A. Therapeutic and toxic blood concentrations of more than 800 drugs. Pharmazie 58:7, 2003.

V květnu 2019 Nejvyšší státní zastupitelství POKYN OBECNÉ POVAHY č. 5/2019 určující hladiny drog, po jejichž dosažení je vyloučena způsobilost vykonávat činnost ve smyslu § 274 tr. zákoníku: THC 10 ng/ml, Methamfetamin 150 ng/ml, Amfetamin 200 ng/ml, MDMA a MDA 150 ng/ml, Kokain 150 ng/ml, Morfin 200 ng/ml.

Přednáška pojednává o nedávné historii této problematiky; o rozličné praxi soudů, o absurditě psychiatrických posudků... a nabízí řešení této situace.

Pozor: v přednášce jde o hranici mezi přestupkem a trestným činem; nikoli o cut-off hranici danou Nařízením vlády č. 42/2014 Sb. (THC 2 ng/ml, met/amfetaminu 25 ng/ml).

## PACIENTI POMÁHAJÍ PACIENTŮM - OHLÉDNUTÍ ZA ČINNOSTÍ SPOLKU KOLUMBUS

Patients help patients - review of activities of the association Kolumbus

### LACINOVÁ, B., HOMOLOVÁ, I.

*1 Spolek KOLUMBUS*

Má-li být 18. česko-slovenský psychiatrický sjezd především ohlédnutím za dosaženými výsledky, potom bychom se i my, pacientská organizace Spolek KOLUMBUS, s vámi rádi podělili o naše zkušenosti z dosavadní cesty spolku, který se za téměř dvacet let svého působení, stal nedílnou součástí života mnoha pacientů a stal se i partnerem na odborné úrovni, například při přípravě Reformy psychiatrické péče. Je to cesta nelehká a nutno přiznat, že ne vždy se pacienti a odborníci shodnou. Důležitý je však moment dialogu, který chceme nadále rozvíjet. Důležití jsou pro nás pacienti, kterým poskytujeme naději, že na dlouhodobé cestě k zotavení nejsou sami a že v našem spolku najdou pomoc a oporu v případech, kdy budou porušována jejich práva a zájmy.

Chceme zavzpomínat na nelehkou cestu patientských důvěrníků a podpůrců do léčeben, na chvíle, kdy jsme se jako zástupci pacientů začali zapojovat do veřejného a odborného života a představit vám naše projekty, které dlouhodobě realizujeme.

Ale nechceme jen vzpomínat. Jsme připraveni dále rozvíjet naši činnost, spolupracovat s ostatními patientskými organizacemi a v rámci spolku převzít štafetu po těch, kterým síly již docházejí, protože reforma psychiatrické péče je běh na dlouhou trať.

## SYMPOZIUM PROF. PŘIKRYLA NEUROSTIMULAČNÍ METODY V PSYCHIATRII

### PROF. PŘIKRYL A TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKÁ STIMULACE NA PSYCHIATRICKÉ KLINICE V BRNĚ

Prof. Příkryl and transcranial magnetic stimulation at the department of psychiatry in Brno

#### USTOHAL L. 1,2

1 Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Brno, Česká republika

2 CEITEC MU, Brno, Česká republika

Profesor Radovan Příkryl (1974-2015) nastoupil na Psychiatrickou kliniku v Brně v roce 1998 hned po ukončení studií všeobecného lékařství na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity. Ihned po svém nástupu na kliniku zahájil postgraduální studium na téma funkčních zobrazovacích metod mozku, které ukončil úspěšnou obhajobou disertační práce v roce 2002. V tomto roce se také začal zabývat transkraniální magnetickou stimulací a její aplikací v psychiatrii. Zaměřil se především na její využití v ovlivnění negativních příznaků schizofrenie. V roce 2007 publikoval výsledky randomizované kontrolované studie, která prokázala účinnost vysokofrekvenční repetitivní transkraniální magnetické stimulace levého dorzolaterálního prefrontálního kortexu na negativní příznaky schizofrenie. Tato práce se dočkala více než padesáti citací v databázi Web of science a byla zařazena do řady metaanalýz. Na základě této práce byl o rok později po úspěšném habilitačním řízení jmenován docentem psychiatrie. Později publikoval i detailní analýzu vlivu magnetické stimulace na jednotlivé domény negativních příznaků, přišel s paradigmatem sekvenční frontotemporální stimulace u pacientů se schizofrenií, zabýval se rovněž využitím této metody v redukci nikotinu či měření kortikální inhibice. Vypracoval také první české doporučené postupy k použití magnetické stimulace v psychiatrii. V roce 2014 byl jmenován profesorem psychiatrie. V té době už bohužel trpěl vážnou chorobou, které o rok později podlehl. Za své velmi krátké, ale výjimečně úspěšné kariéry dokázal významně ovlivnit řadu kolegů a spolupracovníků, mezi nimiž byl mimořádně oblíbený. Mezi jeho žáky se řadí prim. Venclíková, Dr. Pálenský, doc. Ustohal, Dr. Mayerová a Dr. Svěrák, školitelem postgraduálního studia byl i prim. Tučkovi.

### NEGATIVE SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIA: AN INDICATION FOR TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION?

#### LANGGUTH B.

Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Regensburg

Negative Symptoms of schizophrenia are a highly relevant clinical problem and difficult to treat. Neuroleptic medication has only limited effects on negative symptoms of schizophrenia. Early pilot studies suggest that high frequency rTMS of the left dorsolateral prefrontal cortex may have beneficial effects for negative symptoms of schizophrenia. One important study has been performed by Radovan Příkryl in Brno. Here will present data from a large multicentric study investigating rTMS for the treatment of negative symptoms.

## MODULACE PŘEDNÍHO CINGULA POMOCÍ THETA FREKVENČNÍ VYSOKOROZLIŠOVACÍ TRANSKRANIÁLNÍ STIMULACE STŘÍDAVÝM PROUDEM (HD-TACS) - VLIV KONTROLNĚ INHIBIČNÍ PROCESY

Modulation of cingulate activity by theta frequency high-definition transcranial alternating current stimulation (hd-tacs) – impact on control inhibition

**KLÍROVÁ M. 1,2, VORÁČKOVÁ V. 1,2, DUDYSOVÁ D. 1,2, KOSTÝLKOVÁ L. 1,2, FAYETTE D. 1,2, NOSKOVÁ E. 1,2, ČEREŠŇÁKOVÁ S. 1, NOVÁK T. 1,2**

1 Národní ústav duševního zdraví, Klecany, Česká republika

2 3. LF UK, Praha, Česká republika

**Cíle:** Objasnění úlohy theta aktivity v oblasti dorsální části předního cingula (dACC) u kontrolně inhibičních procesů pomocí vysokorozlišovací (HD) theta frekvenční transkraniální stimulace střídavým proudem (tACS) cílené na oblast dACC u zdravých dobrovolníků (ZD); srovnání efektu aktivních tACS protokolů se zaměřením 1) dACC, 2) mediálního prefrontálního kortexu (mPFC) a 3) neaktivní placebo neuromodulace na kontrolně inhibiční schopnosti.

**Metodika:** Randomizovaná, placebem kontrolovaná studie se zkříženým designem hodnotila a srovnávala u ZD vliv na změny kontrolní inhibice po aplikaci HD theta (6 Hz) tACS cílené na oblasti 1) dACC, 2) mPFC a 3) placebo tACS. ZD (N=24) absolvovali 3 typy neuromodulace v randomizovaném pořadí a byli testováni neuropsychologickou baterií (CPT, STROOP, Stop Signal Test a Simon Task) bezprostředně před a po ukončení jednotlivých neuromodulačních protokolů.

**Výsledky:** Aktivní neuromodulační protokol cílený na dACC vedl k signifikantnímu zlepšení v kontrolně inhibičních procesech, konkrétně v testu STROOP: počet interferenčních slov ( $p=0,0049$ ) a interferenční skóre ( $p=0,002$ ). Placebo protokol a neuromodulace mPFC neprokázaly vliv na změnu kontrolní inhibice. **Závěr:** Prokázali jsme vliv theta HD tACS v oblasti dACC na zlešení kontrolní inhibice.

Testované neuromodulační protokoly byly u ZD dobře tolerovány a bez vedlejších účinků.

**Podpořeno:** AZV 16-31380A, PROGRES

## STIMULAČNÍ METODY - NADĚJE NEBO SLEPÁ ULÍČKA?

**ANDERS M., 1,2**

1 Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

2 Centrum pro biologickou diagnostiku a léčbu

Stimulační metody zahrnují široké spektrum různých modalit elektrické či magnetické stimulace specifických oblastí mozku nebo v případě léčby bolesti i míchy. V moderním pojetí se řadí mezi tzv. biologické postupy léčby, mezi které patří, zmíněné stimulační metody (elektrokonvulzivní léčbu (ECT), repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS), transkraniální stimulace stejnosměrným proudem (tDCS), stimulace nervus vagus (SNV), hluboká mozková stimulace (DBS), magnetokonvulzivní terapie (MST)), spánková deprivace a léčba jasným světlem. Pro rezistentní formy některých duševních poruch jsou určeny neurochirurgické či radiologické stereotaktické výkony, ale jejich využití je spíše okrajové, především pro ireverzibilitu jejich efektu. Dle zahraničních doporučení by měly tyto výkony být rezervovány pro prokazatelně rezistentní nemocné a předcházet by jim měla v indikovaných případech DBS.

V oblasti dlouhodoběji používaných stimulací, především ECT a rTMS, jsou testovány různé parametry jejich využití (titrace, terapeutická schémata, lokalizace stimulace apod.). Přicházejí však i nové metody. Jednou ze zkoumaných konvulzivních metod je magnetokonvulzivní terapie (magnetic seizure therapy), při níž je fokální vyvolání epileptiformního paroxysmu způsobené rázovou magnetickou indukci, přičemž

na rozdíl od rTMS je magnetická indukce až o řád vyšší. Efektivita je pozitivně hodnocena i u fokální elektricky administrované záchvatové terapie (FEAST, Focally electrically administered seizure therapy), u níž působí „jednosměrný proud“ (vrcholová část sinusoidy), která podobně jako tDCS je výrazně ovlivněna lokalizací elektrod (odlišné změny pod anodou a katodou). Lze nalézt i kombinované protokoly. Naše pracoviště testuje pilotně využití kombinace rTMS a EKT, kdy se zdá, že bude možné v rámci prestimulačních protokolů ještě výrazněji snížit záchvatový práh, a tím opět ještě více potlačit nežádoucí účinky. Existují zprávy o transkraniální pulzní ultrazvukové modulaci (transcranial pulsed ultrasound modulation - TPUM neboli transcranial ultrasound stimulation - TUS), která vznikla v rámci amerického obranného výzkumu (DARPA) využívající ultrazvuk nízké intenzity a nízké frekvence (low intensity, low frequency ultrasound, LILFU). Kromě DBS, SNV, tDCS však technologické vybavení nedovoluje „domácí aplikaci“, a je proto vyhrazeno odborným pracovištím, kde je možné při dodržení bezpečnostních parametrů aplikovat léčbu bez nutnosti hospitalizace. V rámci naší stimulační laboratoře rozšiřujeme množství zkoumaných indikací a nabízíme některé formy i v rámci výkonů hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

**Podpořeno:** *Výzkumný projekt MZ ČR – RVO VFN64165*

# CESTOVNÍ GRANT

## SCREENING DEPRESE A ÚZKOSTNÝCH PORUCH V PERINATÁLNÍM OBDOBÍ V PROSTŘEDÍ GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÉHO ODDĚLENÍ: PILOTNÍ DATA A KVALITATIVNÍ ŠETŘENÍ.

Perinatal depression and anxiety screening in gynecology-obstetrics settings: preliminary data and qualitative investigation.

**ŠEBELA A. 1, MARTAN S. 2, KUBRICHTOVÁ V. 3, HANKA J. 1, MOHR P. 1**

1 Národní ústav duševního zdraví, Klecany

2 Gynekologicko – porodnické oddělení nemocnice Neratovice, Neratovice

3 Úsměv mámy, z.s.

Úvod: U nezanedbatelného množství žen se v perinatálním období rozvinou úzkostné či depresivní příznaky. Duševní poruchy v perinatálním období mají významné negativní dopady na ženu samotnou i její rodinu. V zahraničí existují efektivní nástroje prevence duševních nemocí v tomto období. V ČR však zatím podobné nástroje nejsou systematicky využívány. V přednášce uvedeme a) pilotní data našeho screeningového programu zahájeného 25.4.2019; b) výsledky kvalitativního šetření mezi ženami, u kterých se vyskytly příznaky duševních poruch po porodu a c) výsledky dotazníkového šetření mezi poskytovateli péče.

Metodika: a) Edinburská škála poporodní deprese a Screeningová škála perinatální úzkosti administrované v online verzi ve 3. trimestru, 4. den po porodu a dále á 2 měsíce až do 1 roku dítěte. V případě překročení doporučených prahových skóreů je ženám nabídnut pohovor s psychiatrem. b) otevřené otázky zpracované metodou zakotvené teorie. c) dotazník mapující postoje poskytovatelů péče k problematice perinatální psychiatrie, 10 otázek, odpovědi na 5 bodové likertově škále.

Výsledky: a) uvedeme aktuální data k 20.9.2019; b) dotazník vyplnilo 162 žen, u 39,5 % z nich se příznaky vyskytly hned po porodu, u 25,3 % v šestinedělí a u 17,9 % již během těhotenství. U 78,4 % se objevily příznaky smutku a plačtivosti, u 65,4% ztráta radosti ze života, u 60,5% silné úzkosti. U 29,0% byly přítomny sebevražedné myšlenky. 48,2 % žen nevyhledalo žádnou odbornou pomoc. c) uvedeme aktuální data k 20.9.2019.

Závěry: Zdá, se že vývoj metod umožňující vyšší dostupnost péče (jako online screening) je na místě, protože ženy péči aktivně vyhledají jen v 50% případech. Mezi hlavní bariéry péče, uvedené ženami patří obava ze stigmatizace a nedostupnost specializované perinatální psychiatrické péče.

## NEKUŘÁCKÉ PSYCHIATRICKÉ ODDĚLENÍ - BOURÁNÍ MÝTŮ A PŘEDSUDKŮ

Nonsmoking psychiatric department - demolition of myths and prejudices

**M. KASAL 1, T. PETR 1, K. MLADÁ 1**

1 Ústřední vojenská nemocnice Praha

Sdělení se snaží předat informace o zkušenostech pramenících ze zavedení plně nekuřáckého uzavřeného psychiatrického oddělení. I přes počáteční nedůvěru a proti silně vžitým dogmatům, včetně údajné prospěšnosti kouření pro psychiatrické pacienty, předkládáme reálné výsledky. V příspěvku se zaměřujeme především na teoretický podklad, komplexní souvislosti a v neposlední řadě i na praktickou aplikaci v prostředí nemocničního akutního oddělení. V průběhu restrikce kouření od září 2019 do současnosti získáváme zpětnou vazbu od personálu i pacientů-kuřáků strukturovaným sebehodnotícím dotazníkem. Sbírali jsme rovněž základní demografická data, včetně struktury diagnóz pacientů. Data z výzkumu jsou zpracovány do jednotlivých grafů dle cílených otázek. V průběžných výsledcích čteme, že pacienti vnímají zkušenost se zákazem kouření rozdílně, avšak pouze 50% jich vnímá nekuřácké oddělení negativně. Ukazuje se rovněž, že pacienti poté i přes tuto restrikci celkově hospitalizaci vnímají pozitivně.

Lze tedy usuzovat, že zákaz cigaret výrazně nesouvisí se spokojeností s psychiatrickou péčí. Výzkum může být velice přínosný k proboření předsudků, které ohledně kouření u psychiatrických pacientů máme. Rovněž lze naše zkušenosti použít k zavedení zákazu kouření i na jiných pracovištích akutní péče. Omezení kouření dle dostupných zdrojů totiž prakticky vždy vede k prodloužení života všech pacientů a ke zlepšení prognózy onemocnění.

## JAKÝ DOPAD MÁ ADHD SYMPTOMATOLOGIE NA KAŽDODENNÍ ŽIVOT

How does adhd symptomatology affect our everyday life?

**MARTINA VŇUKOVÁ 1, RADEK PTÁČEK 1, JIŘÍ RABOCH 1, IRENA SMETÁČKOVÁ 2, VERONIKA FRANCOVÁ 2**

*1 Psychiatrická Klinika 1. LF UK a VFN v Praze*

*2 Katedra Psychologie, Pedagogická Fakulta UK*

**Úvod:** Z dostupné literatury víme, že porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) má značný dopad na život daných jedinců. Jedná se především o problémy spojené se symptomy hyperaktivity, impulzivity a nepozornosti. Ukazuje se také, že ADHD je asociováno s oslabenými exekutivními funkcemi. V současnosti není mnoho dostupné literatury zabývající se vztahem mezi symptomy ADHD a vnímáním času u dospělých. A to i přesto, že tato asociace může být důležitá právě pro jejich každodenní fungování. Z praxe víme, že jednotlivci s ADHD jsou ovlivňováni deficitem časového vnímání a potýkají se s mnoha obtížemi spojenými s jejich fungováním v každodenním životě.

**Cíle:** Hlavní hypotézou kvalitativní části této studie je, že ADHD symptomatologie má dopad na každodenní fungování jedinců i v dospělosti. Projevuje se především jako obtíže s nedochvilností a organizací vlastního času.

**Metody:** Sběr dat probíhá pomocí kombinace kvalitativní a kvantitativní metodiky. Na základě výsledků kvantitativní části byli účastníci zváni do různých částí kvalitativní části výzkumu. V této části jsme především pomocí hloubkových rozhovorů zjišťovali, do jaké míry oni sami pocítují problémy spojené s ADHD symptomatologií a zda/jak vnímají dopad této diagnózy na jejich každodenní život.

**Výsledky:** Sesbíraná data potvrzují naši hlavní hypotézu, že ADHD symptomatologie má dopad na každodenní fungování jedinců i v dospělosti. Na rozdíl od vrstevníků se sníženou nebo žádnou symptomatologií ADHD se tito lidé daleko častěji potýkají s problémy spojenými s organizací času, potřebují si den pečlivě plánovat, a i přesto často zažívají problémy spojené například s pozdními příchody, které jsou způsobené právě nedostatkem anticipace. Vidíme, že by neměl být podceňován význam vyvážené časové perspektivy pro obecnou spokojenost se životem.

**Podpořeno:** *Grantem GA ČR – 18 -112 47 S, Progres Q06 1LF*

# POSTERY

## P-1: DIALEKTICKÁ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Dialectical behavioral therapy

**LINHARTOVÁ P. 1 , LÁTALOVÁ A. 1 , KOMÁRKOVÁ I. 1 , THEINER P. 1 , ŠPAČKOVÁ Z. 1 , KAŠPÁREK T. 1**

*1 Psychiatrická klinika FN Brno a LF MU*

Dialektická behaviorální terapie (DBT) je psychoterapeutický směr založený Marshou M. Linehanovou specificky navržený pro pacienty se závažnými poruchami regulace emocí a pro pacienty, kteří jsou chronicky suicidální a sebepoškozují se. DBT vychází z biosociální teorie, která předpokládá, že na vzniku poruch osobnosti se podílí biologická zranitelnost jedince (zvýšená emoční citlivost a reaktivita) a vliv znehodnocujícího prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá. Základními prvky DBT terapie jsou individuální terapie, trénink dovedností ve skupině, telefonický koučink a supervize terapeutů. Trénink dovedností ve skupině (skills group) a vychází z předpokladu, že pacienti si doposud nevytvořili dostatečné dovednosti pro efektivní zvládnání každodenního života. Čtyři oblasti, ve kterých trénink dovedností probíhá, jsou všímavost (mindfulness), tolerance stresu (distress tolerance), regulace emocí (emotion regulation) a efektivita v mezilidských vztazích (interpersonal effectiveness). Příspěvek představuje základní teoretická východiska, principy a prvky DBT a dále koncepci nového DBT programu na Psychiatrické klinice FN Brno a LF MU, který bude prvním komplexním DBT programem na psychiatrickém lůžkovém zařízení v České republice.

**Podpořeno:** MZ ČR projektem rozvoje výzkumné organizace (FNBr, 65269705).

## P-2: DIFFERENCES IN PSYCHOPHARMACOLOGICAL MEDICATION IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA – DEPENDING ON PRESENCE OF AGGRESSIVE BEHAVIOR

Differences in psychopharmacological medication in the treatment of patients with schizophrenia – depending on presence of aggressive behavior

**ZHOLOB M.**

Úvod: Agresívne správanie je u pacientov so schizofréniou často hlavným dôvodom ich hospitalizácie a mnohokrát aj jedným zo symptómov relapsu psychotickej poruchy. Pokiaľ nie je intenzita násilného správania redukovateľná nemedikamentózne, pristupujeme k farmakologickej terapii. V našom príspevku prinášame výsledky medziskupinového porovnania miery používania klasických a atypických antipsychotík u pacientov so schizofréniou v závislosti od agresívneho správania prítomného pri prijíme alebo bezprostredne pred hospitalizáciou v našej nemocnici. Metódy: Výskum bol realizovaný medzi rokmi 2016 a 2018 u pacientov hospitalizovaných na Akútnom mužskom oddelení Psychiatrickej nemocnice Hronovce. Do štúdie bolo zahrnutých 65 pacientov hospitalizovaných s diagnózou z okruhu psychotických porúch, bez komorbidity zneužívania návykových látok. Táto skupina bola rozdelená do dvoch podskupín podľa kritéria prítomnosti agresivity. Liečba bola sledovaná v 2 časových intervaloch. Liekové skupiny, aplikačné formy a denné dávky boli sledované na začiatku a na konci hospitalizácie. Záver: Naše zistenia ukazujú vyššiu prevalenciu indikácie depotných foriem a tiež vyššie dávky antipsychotík v skupine agresívnych pacientov. Klasické antipsychotiká sa v skupine agresívnych pacientov používali častejšie.

## P-3: ELECTROPHYSIOLOGICAL CORRELATES OF PROACTIVE AND REACTIVE INHIBITIONS IN A MODIFIED GO/NOGO TASK

## **KUTÝ J, DAMBORSKÁ A**

*Lékařská fakulta Masarykovy univerzity*

Deficity impulzivní kontroly jsou přítomny u mnoha psychiatrických onemocnění, především pak u pacientů hraničního typu emočně-nestabilní poruchy osobnosti (HPO) a hyperkinetické poruchy. Jednou ze složek kontroly impulzivního chování je motorická inhibice, která zabraňuje nechtěným motorickým akcím. Motorickou inhibici můžeme dále rozdělit na dvě podsložky, proaktivní a reaktivní. Proaktivní inhibice je zodpovědná za inhibitorní připravenost, schopnost zabránit nechtěným motorickým akcím před tím, než nastanou. Reaktivní inhibice naopak zabraňuje dokončení již započatých motorických akcí. 28 pacientům a 35 zdravým kontrolám byly předloženy tři experimentální podmínky modifikovaného Go/NoGo úkolu. První podmínka nevyžadovala zapojení ani jednoho typu inhibice. Druhá podmínka vyžadovala zapojení jen proaktivní inhibice, zatímco třetí vyžadovala zapojení jak

proaktivní, tak reaktivní inhibice. Evokované potenciály byly porovnány pomocí analýzy global field power a analýzy topografie. Obě analýzy odhalily signifikantní rozdíly mezi kontrastními podmínkami. Proaktivní kontrast byl spojen s amplitudovými a topografickými rozdíly v komponentách P200 a P300, reaktivní kontrast byl spojen s těmito rozdíly u komponent N100, P300 a N450. Rozdíly mezi skupinami nebyly detekovány. Předpokládáme, že reaktivní inhibice v našem úkolu byla spojena s modulací elektrofyziologické aktivity komponenty P300. Elektrofyziologické koreláty proaktivní inhibice jsou méně výrazné. Možným korelátem proaktivní inhibice je modulace komponenty P200.

### **P-4: GRAY MATTER CORRELATES OF EMOTIONAL AWARENESS IN SCHIZOPHRENIA**

**MARTIN J., KIKINIS Z., LOŠÁK J., KUDLIČKA P., VOJTÍŠEK L., HELLER C., PASTERNAK O., SZCZEPANKIEWICZ F., WESTIN C-F, KUBICKI M., SHENTON M. E., SWAGO S., SILVA A., KAŠPÁREK T.**

One of the key features of schizophrenia is impaired emotional processing. While there is documented impairment of emotional awareness in schizophrenia, most of the studies use self report measures. We investigated which brain regions are involved in emotional awareness of self and others using behavioral Levels of emotional awareness scale (LEAS). 29 schizophrenia subjects and 33 age, education and gender matched controls were recruited for the study. Grey matter was parcellated using FreeSurfer and relevant regions of interest were selected based on literature on emotional awareness. We found decreased emotional awareness in both LEAS self and LEAS others in schizophrenia, while there were no differences in gray matter volume between groups. LEAS self correlated with three specific regions, lateral orbitofrontal cortex, left rostral anterior cingulate and left amygdala in combined group. In addition, right precuneus correlated negatively with LEAS others in schizophrenia group only. Additional analyses showed correlation of age and verbal learning with LEAS self, while no relationship between LEAS and general cognition, clinical symptoms or medication was found. In summary, we found gray matter alterations that are related to general deficit in emotional awareness, as well as specific to schizophrenia.

### **P-5: HETEROGENITA DIAGNOSTIKY PORUCHY POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU V ČESKÉ REPUBLICE**

Heterogenita diagnostiky poruchy pozornosti s hyperaktivitou v České republice

**PTÁČEK R. 1, VŇUKOVÁ M. 1, RABOCH J. 1, GOETZ M. 2**

*1 Psychiatrická klinika 1.LF UK a VFN*

*2 FN Motol*

Úvod: Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) je neurologická porucha nejčastěji diagnostikovaná ve věku 7-10 let, jenž ve 40-60% přetrvává do dospělosti. Odborná literatura poukazuje na nesrovnalosti v prevalenci. Jedním z cílů současné studie bylo zmapování prevalence a zdroje diagnózy ADHD v České republice.

Metody: Sběr dat probíhal pomocí kombinace kvalitativní a kvantitativní metodiky. V první vlně jsme použili standardizované dotazníky pro symptomatologii ADHD, vnímání času a také životní styl a demografické průzkumy. Na základě výsledků těchto dat byli účastníci, kteří jsou ohroženi ADHD, zváni do kvalitativní části výzkumu.

Výsledky: Celkem se výzkumu účastnilo 1518 respondentů : 766 mužů a 752 žen. 3% respondentů (4% mužů a 2% žen) uvedla, že jim v průběhu života diagnostikovali ADHD/hyperkinetickou poruchu. Průměrný věk kdy jim tato porucha byla diagnostikována byl 9,18 let. Nejčastěji, a to až ve 39,1%, určil diagnózu odborník v pedagogicko-psychologické poradně, následoval dětský psychiatr (21,7%) a praktický lékař (19,6%). Pouze v jednom případě byla diagnóza stanovena klinickým psychologem.

Závěr: Celosvětová prevalence ADHD se pohybuje mezi 3-7%. Naše výsledky naznačují přiměřenou míru diagnostiky ADHD. Problémem ale může být fakt, že diagnóza pocházela z řady zdrojů, a převážně od odborníků kteří nejsou rutinně vyškoleni v diagnostice a diferenciální diagnostice poruch neurologického vývoje. To ukazuje na potřebu implementace strukturovaných a standardizovaných diagnostických nástrojů pro ADHD, stejně jako je potřeba specifikovat, že odpovědnost za diagnostiku ADHD musí být vyhrazena plně vyškoleným zdravotnickým pracovníkům.

**Podpořeno:** *Projektem GA ČR 18 – 11247S*

## P-6: KAZUISTIKA PACIENTKY S CREUTZFELDT-JAKOBOVOU NEMOCÍ

Patient with Creutzfeldt-Jakob disease - a case report

**ŠTEFÁKOVÁ N., 1, VENCLÍKOVÁ S.1**

*1 PN Brno, Česká republika*

Kazuistika se věnuje 55ti leté pacientce, přijaté v červnu 2018 k první hospitalizaci v Psychiatrické nemocnici Brno pro potíže s krátkodobou pamětí a orientací v prostoru. U pacientky byla v úvodu hospitalizace pozorována emoční labilita, insomnie, kognitivní a mnestický deficit s rychlou progresí. Provedené psychologické vyšetření ukazovalo na organické postižení CNS. V září 2018 se k dominujícím kognitivním obtížím přidaly i motorické příznaky. Pacientka byla posléze přeložena na Neurologickou kliniku FN u Sv. Anny v Brně k dalšímu diagnostickému pobytu. Na Neurologické klinice byla stanovena diagnóza limbická encefalitida s protilátkami anti- CASPR. Pacientka byla v listopadu 2018 navrácena do Psychiatrické nemocnice Brno, kde nastala rychlá progresse demence. Pacientka zde zcela odkázána na komplexní ošetrovatelskou péči. Plánovaný opětovný překlad v prosinci 2018 na Neurologickou kliniku již nerealizován, pacientka zcela mutistická, kachektická, neklidná při manipulaci, indikována paliativní péče. Pitva provedená po úmrtí pacientky v dubnu 2019 nakonec prokázala diagnózu: Morbus Jakobi-Creutzfeldi sporadicus.

## P-7: KAZUISTIKA: VYUŽITIE HRV-BIOFEEDBACKU A EEG-NEUROFEEDBACKU NA ZMIERNENIE PRÍZNAKOV DEPRESIE A ZLEPŠENIE KOGNITÍVNYCH FUNKCIÍ

Case report: use of hrv-biofeedback and eeg-neurofeedback to alleviate symptoms of depression and to improve cognition

**AZIRIOVÁ S. 1,2 , KOVALCHUK Y. 3**

*1 Ústav patologickej fyziológie, Lekárska fakulta, Univerzita Komenského, Bratislava*

*2 Akútne oddelenie mužů, Psychiatrická nemocnica, Hronovce*

*3 Akútne oddelenie ženy, Psychiatrická nemocnica, Hronovce*

HRV-biofeedback a neurofeedback terapia je jednou z možností nefarmakologickej liečby psychických porúch. 40 ročná klientka, s minulosťou stredne ťažkej depresie, sa aktuálne sťažovala na stratu energie, stratu záujmu, prítomná bola anhedónia, horšie spávala, horšie sa sústredila, bola spomalená a

ťažkopádna ( PHQ-9=18; MDI=16; HAMA=19). Klientka absolvovala 20 sedení zameraných na HRV-biofeedback v trvaní 20 minút 4-5 krát do týždňa, ktoré po 7 sedeniach nasledovali eeg-neurofeedback terapiou podľa Hammondovho protokolu pre depresiu. Kognitívne funkcie sa merali pred a po testmi: PTU, TKF, TMT A a B, Stroopov test, Hanojská veža, Číselný štvorec, Opakovanie čísel, Verbálna fluencia a VMT. Po dvadsiatich sedeniach HRV-biofeedback terapie a 13 sedeniach eeg-neurofeedback terapie došlo k vymiznutiu depresívnej symptomatiky (PHQ-9=2) a k miernemu zlepšeniu kognitívnych funkcií, najmä v oblasti pozornosti, kognitívnej flexibility, plánovania a verbálnej fluencie.

## P-8: MEASURING COGNITIVE DEFICITS IN PATIENT WITH SCHIZOPHRENIA DISORDER SPEKTRA USING SLOVAK NEUROPSYCHOLOGICAL TEST BATTERY NEUROPSY

### HERETIK A.

Úvod: Deficit v kognitívnych procesoch je dlhoročne skúmaný ako jadrová súčasť porúch schizofrenického spektra a hĺbka tohto deficitu je prediktorom úspešného fungovania pacientov v bežnom živote. Cieľom prezentovanej štúdie je porovnanie kognitívnych funkcií ľudí so schizofréniou a zdravých kontrol pri využití pôvodnej slovenskej neuropsychologickej batérie NEUROPSY, ktorá obsahuje sériu vyše 20 klasických a v zahraničí overených kognitívnych testov a dotazníkov v originálnych verziách (napr. Trail-Making Test), alebo ich generických variantoch (napr. BCST ako variant Wisconsinského testu triedenia kariet).

Metodika: Súbor pozostával z 25 participantov s poruchami z okruhu schizofrénie a 25 kontrol spárovaných z hľadiska pohlavia, veku a vzdelania, ktorí boli testovaní testovou batériou NEUROPSY a ich aktuálny stav v čase testovania hodnotený s pomocou štruktúrovaného interview Škály osobnej a sociálnej výkonnosti (PSP) a Škálou globálneho klinického dojmu – Schizofrénia (CGI-SCH). Výsledky: U pacientov so schizofréniou sme zaznamenali signifikantne zhoršený výkon vo väčšine vybraných testov exekutívnych a pamäťových funkcií. Najvýraznejšie rozdiely v neprospech ľudí so schizofréniou boli v exekutívnych funkciách najmä v oblastiach: riešenie problémov, kognitívna flexibilita, pracovná pamäť a psychomotorické tempo v rozsahu malej až strednej miery efektu (koeficient  $r_m$  v rozsahu od 0,3-0,6); paradoxne pri Trail-Making Test časť B sme zistili len nízke rozdiely vo výkone medzi skupinami. Závažnosť depresívnej symptomatiky a celková funkčnosť súvisela s rýchlosťou spracovávaní informácií (PSP a časť CGI-SCH) so strednou mierou efektu. V oblasti pamäťových funkcií sme zistili znížený výkon vo viacerých častiach v Auditory Verbal Learning Test v rozsahu malej až strednej miery efektu a v Logickej pamäti pri reprodukcii a oddialenej reprodukcii so strednou mierou efektu. V opakovaní čísel a fonematickej fluencii boli rozdiely medzi skupinami zanedbateľné. Logická pamäť a reprodukcia súviseli so zhoršenou depresívnou symptomatikou a logická pamäť oddialená reprodukcia s negatívnymi symptómami v CGI-SCH so strednou a vyššou mierou efektu.

Záver: Výsledky považujeme za úspešný test overovanej batérie NEUROPSY aj pre použitie hodnotenia veľkosti kognitívneho deficitu v rámci psychodiagnostického procesu.

## P-9: OXIDAČNÝ STRES A ZÁPÁL V PATOGENÉZE SCHIZOFRÉNIE A NOVÝ POTENCIÁLNY TERAPEUTICKÝ CIEĽ

Oxidative stress and inflammation in pathogenesis of schizophrenia and new potential therapeutic target

### FIZIKOVÁ I. 1

1 Psychiatrická nemocnica prof. Matulaya, Kremnica, Slovenská Republika

Schizofrénia je chronická psychiatrická porucha s heterogénnym genetickým a neurobiologickým pozadím. Začiatku schizofrénie zvyčajne predchádzajú roky trvajúce, viaceré zásadné abnormálne

biologické procesy. Jedným z nich je prítomnosť zvýšeného prozápalového a prooxidačného stavu v porovnaní s normálne sa rozvíjajúcimi jednotlivcami.

Expozícia zápalom a oxidačným stresom počas kritických období vývoja mozgu môže ovplyvniť procesy, ako je bunková diferenciácia, prežitie a funkcia ako aj prispieť k senzibilizácii dopamínových neurónov, čo môže predisponovať pacientov k predčasnému nástupu neurovývojových ochorení, ako je schizofrénia a iné psychózy.

Predpokladá sa, že oxidačné a zápalové zmeny sa zdajú byť spojené s horšími klinickými a funkčnými výsledkami u pacientov s prvou epizódou psychózy.

Najznámejším mechanizmom pôsobenia antipsychotickej liečby je prostredníctvom úpravy zvýšenej hladiny dopamínu v striáte. U skupiny non-respondérov prvého antipsychotika sa preto zdá efektívnejšie a dôležitejšie ovplyvniť nedopamínnergické mechanizmy, ako je korekcia NMDAr hypofunkcie, zvýšeného prooxidačného alebo prozápalového stavu v mozgu.

Formou posteru prezentujeme prehľad aktuálnych štúdií so zameraním sa na možné antioxidačné a protizápalové intervencie ako nové terapeutické ciele pri schizofrénii.

## P-10: RELAXAČNÍ METODY

### RELAXATION METHODS

#### VÍCHOVÁ V. 1,2

1 Klinika adiktologie 1.LF UK a VFN Praha

2 Sekce pro hypnózu PS ČLS JEP

Poster RELAXACE se zaměří na aplikaci konceptu totální relaxace (Harvey, 1998) a jeho využití k správné indikaci relaxační metody.

Problematika napětí se projevuje nejen v tělesné oblasti (př. šíje a ramena), ale i emoční (př. strach), autonomní (př. vnitřní orgány), mentální (př. nesoustředěnost) či spirituální (př. ztráta smyslu a víry). Každý můžeme cítit napětí jinak nebo jako kombinaci výše uvedených oblastí. Každá krizová nebo stresová událost vyvolá přirozeně napětí a pokud může proběhnout, pak se zase vrátíme do stavu uvolnění. Pokud ne, pak psychofyziologická aktivace vede k tenzi, která se stává chronickou a ta má pak za následek negativní vliv na tělo popř. vznik nemocí. Napětí v šíji může přejít do bolesti hlavy. Napětí v zádech do bolesti zad, žaludeční komplikací mohou být žaludeční vředy a srdeční pak hypertenze, strach a obavy vedou k chronické úzkosti, ztráta smyslu pak k depresi a v neposlední řadě stres a napětí ovlivňují imunitní systém, takže otvírají cestu autoimunitním onemocněním. Nadměrná a opakovaná aktivace kardiovaskulárního a nervového systému může způsobit srdeční mrtvici až smrt.

Je důležité si uvědomit, že efekty napětí nejsou jen tělesné, ale i psychické: snížení mentálních schopností, blokování přijímání informací, snížení prožitků. Zúžené a přetížené vnímání limituje naše schopnosti v řešení problémů a limituje i kreativitu.

Nezanedbatelný je negativní vliv na vztahy (místo naslouchání, porozumění a myšlenek na druhé jsme vznětlivý a netrpělivý, často je narušeno psychofyziologické pozadí intimity). Souborně lze říci, že tenze má negativní vliv na kvalitu života.

Často slyšíme doporučení relaxovat od lékařů, kolegů, rodiny, často si ho říkáme sami sobě, ale dát doporučení relaxovat je snazší než praktikovat relaxaci. Kdy začneme?

## P-11: ROZDIELY V PSYCHOPHARMAKOLOGICKEJ LIEČBE PACIENTOV TRPIACICH SCHIZOPHRÉNIU V ZÁVISLOSTI NA PRÍTOMNOSTI AGRESÍVNEHO SPRÁVANIA

Differences in psychopharmacological medication in the treatment of patients with schizophrenia, depending on the presence of aggressive behavior

## ZHOLOB M. 1, ZELMAN M. 1

1 Psychiatrická nemocnica Hronovce

Agresívne správanie u pacientov so schizofréniou je často jedným z dôvodov ich hospitalizácie a mnohokrát aj jedným zo symptómov relapsu psychotickej poruchy. Pokiaľ intenzita násilného správania nie je redukovateľná nemedikamentózne, pristupujeme k farmakologickej terapii. V našom príspevku prinášame výsledky medziskupinového porovnania miery použitia klasických a

atypických antipsychotík u pacientov so schizofréniou v závislosti od prítomnosti agresívneho správania na začiatku liečby alebo bezprostredne predchádzajúceho hospitalizácii. Výskum bol realizovaný medzi rokmi 2016 a 2018 u pacientov hospitalizovaných na Akútnom mužskom oddelení Psychiatrickej nemocnice Hronovce. Do štúdie bolo zaradených 65 pacientov hospitalizovaných s diagnózou z okruhu psychotických porúch bez komorbidity zneužívania návykových látok; táto skupina bola rozdelená do dvoch podskupín podľa kritéria agresivity. Liečba bola sledovaná v 2 časových intervalech: liekové skupiny, aplikačné formy a denné dávky boli sledované na začiatku a na konci hospitalizácie. Naše zistenia ukazujú vyššiu prevalenciu indikácie depotných foriem a tiež vyššie dávkovanie antipsychotík v skupine agresívnych pacientov, tiež častejšie používanie klasických antipsychotík v skupine agresívnych pacientov.

### P-12: SNÍŽENÁ POTŘEBA SPÁNKU JAKO ENDOFENOTYP BIPOLÁRNÍ PORUCHY: AKTIGRAFICKÁ STUDIE

Decreased need for sleep as an endophenotype of bipolar disorder: an actigraphy study.

## ŠEBELA A. 1, KOLENIČ M. 1, FÁKOVÁ E. 1, NOVÁK T. 1, GOETZ M. 2

1 Národní ústav duševního zdraví, Klecany

2 Dětská psychiatrická klinika FN Motol, Praha

Úvod: Vzhledem k nálezům studií euthymních bipolárních pacientů a jejich příbuzných je narušení spánku a cirkadiálních rytmů považováno za možný endofenotyp bipolární poruchy (BP). I přesto, že je nekvalitní spánek stavěn na počátek vývojové trajektorie BP, jsou informace o spánkových biomarkerech nedostatečné. Cílem naší práce bylo vyšetřit chronotyp, cirkadiální rytmicitu klid-aktivita a spánkovou makrostrukturu u dětí a adolescentů bipolárních rodičů.

Metodika: aktigrafické měření, přístroj MotionWatch 8 (Camntech, Cambridge, UK). Psychopatologický profil zařazených dětí byl hodnocen pomocí Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia a subjektivních psychometrických škál.

Výsledky: Bylo zařazeno 43 dětí v riziku bipolární poruchy (BO; 21 dívek;  $11,0 \pm 3,2$  let) a 42 kontrol (CO; 17 dívek;  $11,1 \pm 3,4$  let) srovnatelných věkem ( $p=0,7$ ) a pohlavím ( $p=0,4$ ). Skupiny se nelišily v přítomnosti poruch nálady ( $p=0,5$ ) a úzkostných poruch ( $p=0,6$ ). Skupina BO měla kratší spánek o volných dnech ( $p=0,007$ ; effect size, Cohenovo  $d=0,56$ ) a nižší efektivitu spánku o volných dnech ( $p=0,01$ ;  $d=0,47$ ) v porovnání s CO. BO adolescenti měli kratší prolongaci spánku o volných dnech ( $p=0,008$ ;  $d=0,74$ ) a větší rozdíl ve spánkové latenci mezi víkendem a školními dny ( $p=0,009$ ;  $d=0,52$ ) než CO adolescenti. BO děti měli horší kvalitu spánku s porovnáním s kontrolami ( $p=0,02$ ;  $d=0,96$ ). BO skupina měla méně variabilní rytmus klid-aktivita než CO ( $p=0,04$ ;  $d=0,32$ ). Žádné další mezi skupinové rozdíly nebyly nalezeny.

Závěry: Výsledky ukázaly snížený fyziologický víkendový catch-up spánek a horší kvalitu spánku u zdravých BO oproti kontrolám. Snížená potřeba spánku může představovat endofenotyp bipolární poruchy.

Podpořeno: AZV 17-32478A; GA UK 476417

## P-13: ÚČINOK TDCS PREFRONTÁLNEJ KÔRY NA TVORBU SÉMANTICKÝCH ASOCIÁCIÍ

The effect of tdcS of the prefrontal cortex on the generation of semantic associations

**MARKO M. 1, RIEČANSKÝ I. 1,2**

1 Centrum experimentálnej medicíny SAV, Bratislava, Slovensko

2 Fakulta psychológie, Univerzita Viedeň, Rakúsko

Narušená kontrola lexikálno-sémantických procesov je dôležitým symptómom viacerých neuropsychiatrických porúch a často sa spája so zníženou aktivitou prefrontálnej kôry (PFC). Cieľom našej štúdie bolo preskúmať, či aplikácia anodálnej transkraniálnej stimulácie jednosmerným prúdom (tDCS) v oblasti ľavej dorzolaterálnej PFC zvýši exekutívnu kontrolu počas lexikálno-sémantického vybavovania u zdravých jedincov. Tri nezávislé skupiny participantov podstúpili prefrontálnu (N = 40; anóda a katóda boli umiestnené v oblasti F3 a CP5 medzinárodného systému 10-10 pre umiestnenie EEG elektród), kontrolnú temporoparietálnu (N = 40; anóda a katóda boli umiestnené v oblasti CP6 a CP5), alebo placebovú (N = 40) stimuláciu s trvaním 25 minút. Intenzita aktívnej stimulácie bola 2 mA. Lexikálno-sémantické funkcie (iniciácia, inhibícia a flexibilita) boli stanovované pomocou slovo-asociačných reťazí (Associative Chain Test; Marko et al., Behav Res Methods 2018) pred, počas a 10 min po stimulácii. Pred každým testom bola meraná pracovná pamäť ako kontrolná premenná, ktorá súvisí s činnosťou PFC. V porovnaní s kontrolnou a placebo stimuláciou, prefrontálna tDCS zlepšila sémantickú inhibíciu, avšak nemala vplyv na latenciu odpovedí a ich flexibilné striedanie. Tento účinok pretrval aj po stimulácii. Prefrontálna tDCS taktiež zvýšila kapacitu pracovnej pamäti, čo však nekorelovalo so zlepšením sémantickej inhibície. Tieto výsledky naznačujú, že tDCS v oblasti ľavej dorzolaterálnej PFC môže zvýšiť sémantickú inhibíciu a kapacitu pracovnej pamäti u zdravých jedincov. Táto intervencia môže byť potenciálne užitočná pri liečbe neuropsychiatrických porúch, ktoré sú funkčne prepojené so znížením lexikálno-sémantickej kontroly alebo kapacity pracovnej pamäti.

**Podpořeno:** APVV-14-0840, VEGA 2/0039/17, VEGA 2/0170/19

## P-14: ÚLOHA THETA OSCILÁCIÍ V SÉMANTICKEJ KOGNÍCII

The role of theta oscillation in semantic cognition

**MARKO M. 1, CIMROVÁ B. 1, RIEČANSKÝ I. 1,2**

1 Centrum experimentálnej medicíny SAV, Bratislava, Slovensko

2 Fakulta psychológie, Univerzita Viedeň, Rakúsko

Narušená schopnosť sémantického vybavovania je súčasťou množstva závažných syndrómov. Rastúce množstvo dôkazov indikuje, že efektívne sprístupňovanie obsahov sémantickej pamäti je prostredkované interakciou prefrontálnych a temporoparietálnych mozgových oblastí, pri ktorej môžu zohrávať dôležitú úlohu theta oscilácie. Ich funkcia je však nejasná. Pomocou transkraniálnej stimulácie striedavým prúdom (tACS) sme aplikovali theta oscilácie (6 Hz) v oblasti ľavej prefrontálnej a temporoparietálnej kôry s 0° a 180° fázovým posunom, počas toho ako zdraví participantí riešili komplexné úlohy posudzujúce sémantické vybavovanie. Naše výsledky ukázali, že  $\theta$ -tACS signifikantne moduluje sémantické vybavovanie a taktiež, že táto modulácia závisí od typu úlohy a fázy stimulácie: stimulácia v protifáze (180°) narušila automatické ale podporila kontrolované vybavovanie zo sémantickej pamäti, pričom stimulácia vo fáze (0°) mala negatívny efekt na kontrolované vybavovanie. Z týchto výsledkov usudzujeme, že neuronálne oscilácie v pásme theta podporujú integráciu sémantických reprezentácií, čo môže byť dosiahnuté v dôsledku zvýšenia aktivácie sémantických obsahov alebo zefektívnenia ich udržateľnosti v krátkodobej pamäti.

**Podpořeno:** APVV-14-0840, VEGA 2/0039/17, VEGA 2/0170/19

## P-15: VPLYV VORTIOXETÍNU A PAROXETÍNU NA ZMENY HLADÍN MONOANÍMOV A MELATONÍNU V EPIFÝZE V ANIMÁLNO M MODEL I DEPRESIE

Changes in monoamines and melatonin in the pineal gland in response to vortioxetine and paroxetine in an animal model of depression

**HLAVÁČOVÁ N. 1, FRANKLIN M. 2, PUHOVÁ A. 1, SANCHEZ C. 3, JEŽOVÁ D. 1**

*1 Ústav experimentálnej endokrinológie, Biomedicínske centrum SAV, Bratislava, Slovensko*

*2 Department of Biology and Biomedical Sciences, Faculty of Life Sciences, Oxford Brookes University, Oxford, UK*

*3 Lundbeck Research USA, Department of Biological Research, Paramus, NJ, USA*

Depresívna porucha je často sprevádzaná poruchami cirkadiánných rytmov a zmenami sekrécie melatonínu a monoamínov. Prekurzorom melatonínu je esenciálna aminokyselina tryptofán (TRP), z ktorého vzniká aj neurotransmitter serotonín. V našom laboratóriu sme zaviedli animálny model depresie založenej na subchronickej deplícii TRP, ktorý je rezistentný na liečbu SSRI, konkrétne paroxetínom (Franklin et al. 2015). V tomto modeli farmakorezistentnej depresie dochádza k poklesu hladín monoamínov v mozgu. Nové antidepresívum vortioxetín s multimodálnou aktivitou viacerými spôsobmi ovplyvňuje serotonénergický systém a sekundárne ďalšie signalizačné a neuronálne okruhy. Cieľom našej štúdie bolo porovnanie účinkov multimodálneho antidepresíva vortioxetínu a SSRI antidepresíva paroxetínu na zmeny hladín monoamínov a melatonínu v modeli depresie založenom na deplícii TRP v potrave. Samice potkanov boli po dobu 14 dní kŕmené kontrolnou alebo stravou s nízkym obsahom TRP a simultánne im bol podávaný paroxetín (v pitnej vode 10mg/kg) alebo vortioxetín (v potrave 0.76g/1kg). Deplícia TRP viedla u potkanov k rozvoju príznakov depresívneho správania. Na rozdiel od paroxetínu, vortioxetín zabránil prejavom depresívneho správania. Koncentrácie melatonínu ako aj serotonínu v epifýze boli u zvierat vystavených deplícii TRP signifikantne znížené. Podávanie vortioxetínu, nie však paroxetínu viedlo v vzostupu hladín melatonínu a serotonínu v epifýze. Koncentrácie noradrenalínu v epifýze boli signifikantne vyššie u zvierat vystavených deplícii TRP, liečených vortioxetínom. V modeli farmakorezistentnej depresie, vortioxetín, na rozdiel od paroxetínu, zabránil rozvoju depresívneho správania a zvrátil pokles hladín melatonínu a serotonínu v epifýze.

**Podpořeno:** *Grantom VEGA 2/0042/19 a grantom Lundbeck Research USA a H. Lundbeck A/S.*

## P-16: VZŤAH MEDZI NEUROTROFNÝMI FAKTORMI A BEHAVIORÁLNÝMI ZMENAMI NAVODENÝMI SOCIÁLNOU IZOLÁCIU POTKANOV OD ODSTAVU

The relationship between neurotrophic factors and behavioral changes induced by post-weaning social isolation

**CHMELOVÁ M. 1, JEŽOVÁ D. 1, RIEČANSKÝ I. 2, HLAVÁČOVÁ N. 1**

*1 Ústav experimentálnej endokrinológie, Biomedicínske centrum, Slovenská akadémia vied, Bratislava*

*2 Ústav normálnej a patologickej fyziológie, Centrum experimentálnej medicíny, Slovenská akadémia vied, Bratislava*

Neurotrofné faktory zabezpečujú homeostatické neuronálne procesy počas vývinu a tiež majú kritickú úlohu v patogenéze psychických porúch. Pri hľadaní neurobiologickej podstaty týchto porúch sa uplatňujú animálne modely. Sociálna izolácia jedincov v skorých postnatálnych obdobiach života vyvoláva behaviorálne a neurochemické zmeny s translačným významom vo vzťahu k neurovývinovým a stresom podmieneným psychickým poruchám. Cieľom našej štúdie bolo overiť hypotézu, že behaviorálne zmeny v modeli sociálnej izolácie potkanov od odstavu, sprevádzajú zmeny v expresii neurotrofných faktorov, a to v závislosti od pohlavia. Použité boli samce a samice potkanov kmeňa Sprague Dawley (n=54). Od 21. postnatálneho dňa boli zvieratá chované v sociálnej izolácii alebo sociálnych skupinách. Po 8 týždňoch izolácie bola u zvierat hodnotená prepulzná inhibícia akustickej úľakovej reakcie (PPI) a úzkostné

správanie. Hodnotené boli zmeny v génovej expresii neurotrofných faktorov (BDNF – od mozgu odvodený neurotrofný faktor, TrkB – tyrozín kinázový receptor B, VGF – indukčný nervový rastový faktor, VEGF – vaskulárny endoteliálny rastový faktor) v hipokampe. Sociálna izolácia viedla k zvýšenému úzkostnému správaniu u oboch pohlaví a k redukcii PPI, predovšetkým u samíc. Behaviorálne zmeny bolisprevádzané poklesom v expresii VGF, TrkB receptora a VEGF v hipokampe. Pozorovali sme pohlavné rozdiely v expresii VGF a VEGF s vyššími hladinami mRNA pre VGF u samcov a vyššími hladinami mRNA pre VEGF u samíc. Dlhodobá sociálna izolácia potkanov od odstavu ovplyvňuje signalizáciu cez VGF/BDNF/TrkB a génovú expresiu VEGF, čo by mohlo interferovať s neurovývinovými procesmi a tak prispieť k patologickým behaviorálnym symptómom v dospelosti.

**Podpořeno:** *Grantom APVV-14-0840 a grantom VEGA 2/0042/19*