

ABSTRAKTA

16. ČESKO-SLOVENSKÝ PSYCHIATRICKÝ SJEZD

DVA SVĚTY

HOTEL VORONĚŽ I, BRNO

ve dnech

21.–24. 10. 2015

pořádá

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP

ve spolupráci s

ČESKOU PSYCHIATRICKOU SPOLEČNOSTÍ O. S.

spolupřádají

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST SLS

PSYCHIATRICKÁ KLINIKA FN BRNO A LF MU

PROGRAM

Středa 21. října 2015

Kongresová hala A	
15.30–17.00	SATELITNÍ SYMPOZIUM LUNDBECK
17.00–18.00	PŘESTÁVKA
18.00–20.00	SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ

Čtvrtek 22. října 2015

Kongresová hala A		Konferenční sál	Pavilon
08.00–09.20	SLAVNOSTNÍ SYMPOZIUM při příležitosti výročí Psychiatrické kliniky LF MU a FN Brno a Psychiatrické kliniky LF UK v Bratislavě Garant Tomáš Kašpárek		
09.20–09.30	SLAVNOSTNÍ PŘEDSTAVENÍ nové učebnice psychiatrie: L. Hosák, M. Hrdlička, J. Libiger: „Psychiatrie a pedopsychiatrie“ (Nakladatelství Karolinum)		
09.30–09.45	PŘESTÁVKA		
09.45–10.30	PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKA ABY WARBURG A BOJ S MONSTREM NEROZUMU V INDIVIDUÁLNÍ MYSLI A KOLEKTIVNÍM VĚDOMÍ Ladislav Kesner		
10.30		Tisková konference	
10.30–10.45	PŘESTÁVKA		
10.45–12.15	SYMPOZIUM ADIKTOLOGIE, PSYCHIATRIE A JEDEN, ČI VÍCE SVĚTŮ ZÁVISLOSTÍ? Garant Petr Popov	SYMPOZIUM SEKCE AMBULANTNÍ PÉČE PS DUŠEVNÍ NEMOC A DUŠEVNÍ ZDRAVÍ PACIENTŮ A PSYCHIATRŮ Garant Erik Herman	WORKSHOP DIAGNOSTIKA ADHD U DOSPĚLÝCH Garant Pavel Theiner
12.15–13.45	SATELITNÍ SYMPOZIUM SERVIER		
13.45–14.00	PŘESTÁVKA		
14.00–15.00	Soutěž o Cenu výboru PS		
15.00–16.15	Valná hromada PS		
16.15–17.45	SYMPOZIUM JAK SE CÍTÍTE „TADY A TEĎ“? INTEGRACE TĚLA A MYSLI PRO KLINICKOU PRAXI Garant Miroslav Světlák	SYMPOZIUM JSME NA JEDNÉ LODI – PSYCHIATRICKÁ PÉČE POHLEDEM PACIENTŮ Garant Jan Jaroš	WORKSHOP DIAGNOSTIKA A LÉČBA VYBRANÝCH PŘÍZNAKŮ PORUCH OSOBNOSTI Garant Pavel Doubek
17.45–18.00	PŘESTÁVKA		
18.00–19.30	SYMPOZIUM BIOMARKERY DEPRESIVNÍ PORUCHY V PERIFERNÍ KRVÍ Garant Jiří Raboch	SYMPOZIUM VIKTIMIZACE V DĚTSTVÍ A DOSPĚLOSTI A JEJICH VLIV NA DUŠEVNÍ PORUCHY Garant Jan Vevera	WORKSHOP SCHÉMATA U EMOČNĚ NESTABILNÍ PORUCHY OSOBNOSTI – INTERAKCE A OVLIVNĚNÍ PSYCHOTERAPIÍ Garant Aleš Grambal
19.30–21.00	SATELITNÍ SYMPOZIUM ANGELINI	SYMPOZIUM SOUČASNOST A BUDOUCNOST ELEKTROKONVULZIVNÍ LÉČBY Garant Martin Anders	WORKSHOP OCHRANNÉ LÉČENÍ – AKTUÁLNÍ PROBLEMATIKA, VÝVOJ Garant Jiří Švarc

Pátek 23. října 2015

	Kongresová hala A	Konferenční sál	Pavilon
08.00–08.30	POSTERY		
08.30–10.00	SYMPOZIUM DUŠEVNÍ PORUCHY VE VÝVOJOVÉ PERSPEKTIVĚ OD DĚTSTVÍ DO DOSPĚLOSTI Garant Michal Hrdlička	SYMPOZIUM VZTAH MEDZI DEPRESIOU A TELESNÝMI REGULAČNÝMI SYSTÉMAMI Garant Ján Pečeňák	WORKSHOP MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE V RÁMCI KONZILIÁRNÍ PSYCHIATRICKÉ PÉČE V KRAJSKÉ NEMOCNICI NA JIHOVÝCHODNÍ MORAVĚ Garant Vítězslav Pálenký
10.00–10.15	PŘESTÁVKA		
10.15–11.00	PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKA UNDERSTANDING OTHERS: EVIDENCE FROM CLINICAL AND NORMAL POPULATION STUDIES Giorgia Silani		
11.00–11.15	PŘESTÁVKA		
11.15–12.45	SYMPOZIUM PSYCHOSOMATIKA Garant Vladislav Chvála	SYMPOZIUM FINANCOVÁNÍ PSYCHIATRIE Garant Martin Hollý	WORKSHOP DIAGNOSTIKA ADHD U DOSPĚLÝCH Garant Daniela Jelenová
12.45–14.15	SYMPOZIUM SEXUALITA A JEJÍ DYSFUNKCE Garant Alexandra Žourková	SYMPOZIUM METABOLICKÉ A ENDOKRINOLOGICKÉ ASPEKTY SCHIZOFRENIE A JEJÍ LÉČBY Garant Libor Ustohal a Daniela Ježová	FIREMNÍ WORKSHOP AOP ORPHAN
14.15–15.45	SYMPOZIUM PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY Garant Hana Papežová	SYMPOZIUM NEUROVĚDA A JEJÍ KLINICKÉ APLIKACE – MOŽNOSTI VYUŽITÍ rTMS V PSYCHIATRII Garant Libor Ustohal a Peter Korcsog	WORKSHOP PSYCHIATRIA VERSUS FORENZNÁ PSYCHIATRIA V PRAXI Garant Ľubomíra Izáková
15.45–16.00	PŘESTÁVKA		
16.00–17.30	SYMPOZIUM REČ A DEMENCIA Garant Mária Králová	SYMPOZIUM SYMPOSIUM VZTAH MOZKU A MYSLI: ÚVOD DO PROBLEMATIKY A KLÍČOVÉ KONCEPTY Garant Jiří Horáček a Jan Libiger	SYMPOZIUM VARIA Garant Tomáš Kašpárek a Ján Pečeňák
17.30–17.45	PŘESTÁVKA		
17.45–19.15	SYMPOZIUM SPIRITUALITA A DUŠEVNÉ ZDRAVIE Garant Michal Patarák a Lucia Žlnayová	SYMPOZIUM FARMAKOTERAPIA – EVIDENCE-BASED LIEČBA A KLINICKÁ PRAX Garant Ján Pečeňák	SCHŮZE SEKCE AMBULANTNÍ PÉČE PS A SDRUŽENÍ AMBULANTNÍCH PSYCHIATRŮ
19.15	SLAVNOSTNÍ ZAKONČENÍ		

ÚVODNÍ SLOVO

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovolte mi přivítat Vás na 16. česko-slovenském psychiatrickém sjezdu. Je to už šestnáctý ročník – a celý tým organizátorů udělal vše pro to, aby nebyla porušena tradice příjemných a zajímavých setkání, jakými česko-slovenské sjezdy vždy byly. Kromě příležitosti potkat staré přátele a kolegy nabízí sjezd také možnost zjistit, jak k nejrůznějším problémům a procesům v našem oboru přistupujeme na protilehlých březích řeky Moravy – po dvaceti letech samostatnosti určitě existují v našich zemích odlišné systémy financování, organizace péče apod., a je tedy možné nechat se vzájemně inspirovat. Z tohoto pohledu dnes v České a Slovenské republice žijeme ve dvou odlišných zemích, a proto jsme jako motto sjezdu zvolili heslo „Dva světy“. Ty je možné vidět nejen jako svět český a slovenský, ale v kontextu psychiatrie hlavně jako dvojice světů duše a těla (nověji myslí a mozků), Já a Ti druzí, pacient a lékař, také jako dvojici biologických a psychologických přístupů k léčbě, jako instituci a komunitu, či starý a nový systém péče apod. To všechno jsou aktuální témata, která souvisí s připravovanou reformou péče o duševně nemocné v České republice, se vznikem specializačního programu (nadstavbové atestace) v psychosomatické medicíně, s pokroky neurovědy, která v interakci s fenomenologií umožňuje klást a také zodpovídat nové otázky týkající se intersubjektivní, empatie a podobných jevů, dříve přístupných pouze introspekci či sdílením subjektivních obsahů.

Věřím, že kulturní i vědecké zázemí Brna je to správné prostředí pro takovéto setkání.

*doc. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.
prezident sjezdu*

SYMPOZIA A WORKSHOPY

čtvrtek 22. října 2015

SLAVNOSTNÍ SYMPOZIUM BRNO A BRATISLAVA

Slavnostní symposium při příležitosti výročí Psychiatrické kliniky LF MU a FN Brno a Psychiatrické kliniky LF UK v Bratislavě

V roce 2015 slaví výročí své existence brněnská a bratislavská klinika. V rámci symposia zazní příspěvky o historii i současnosti a perspektivách těchto dvou zařízení. Příspěvky přednesou čtyři přednostové těchto klinik (prof. MUDr. Eva Češková, CSc., prof. MUDr. Jaromír Švestka, DrSc., doc. MUDr. Ján Pečeňák, Ph.D., doc. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.), bude prezentována studie historie bratislavské kliniky na základě zpracování dobových dokumentů.

História Psychiatrickej kliniky Lekárskej fakulty UK v Bratislave

E. Morovicsová, V. Kořínková

Psychiatrická klinika, Lekárska fakulta
Univerzity Komenského, Bratislava, Slovenská republika

Psychiatrické oddelenie Krajinskej nemocnice v Bratislave začalo svoju činnosť v roku 1864 ako súčasť interného oddelenia. V roku 1891 sa stalo samostatným oddelením pod vedením MUDr. Jakuba Fischera. Poskytovalo starostlivosť prevažne psychiatrickým, sčasti aj neurologickým pacientom. Zriadenie Neuropsychiatrickej kliniky na Lekárskej fakulte UK v roku 1919 bolo výrazným medzníkom v budovaní slovenskej psychiatrie. Jej základy budovali v medzivojnovom období českí psychiatri. V rokoch 1939–1946 viedol kliniku prof. MUDr. K. Matulay. Psychiatrická klinika ako samostatné pracovisko vzniklo v roku 1950 a vedenie prevzal prof. MUDr. E. Guensberger. V ďalšom období sa na jej budovaní podieľali mnohí významní odborníci. Zaslúžili sa o rozvoj slovenskej psychiatrie a podieľali sa na zabezpečení jednotlivých stupňov výučby, ako aj na príprave odborníkov-špecialistov.

Historie „nové“ Psychiatrické kliniky LF MU a FN Brno

T. Kašpárek

Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice Brno, Brno,
Česká republika

Když profesor Hádlík v roce 1955 ve funkci přednosta Psychiatrické kliniky vystřídal těžce nemocného prof. Lauterera, začal systematicky bojovat za vybudování důstojných prostor pro toto pracoviště. Podařilo se mu přesvědčit tehdejší politické vedení, aby nebyla realizována adaptace staré budovy na ulici Pekařská s provozně naprosto nevyhovujícími a pro pacienty i personál nedůstojnými podmínkami, ale aby byla postavena budova nová. Tehdy bylo (a dodnes zůstává) nezvyklé, že by se pro psychiatrii udělalo něco koncepčně tak smysluplného.

Na přípravě a výstavbě kliniky spolupracovala s architektem Křížem a stavebními inženýry pod vedením prof. Hádlíka soustavně i skupina složená z primářky MUDr. Jarmily Synkové, docentů Jiřího Mišurce a Milana Bouchala. Velkou pomocí byla také vrchní sestra Květa Sochatzi. Klinika v nových prostorách získala vlastní laboratoř elektroencefalografií, biochemickou, psychofyziologickou, nově bylo založeno Denní sanatorium, Oddělení lékařské psychologie, dále vznikla možnost fyzikální léčby a v rámci rehabilitace byla nově zřízena i zámečnická, stolařská, arteterapeutická a zahradnická dílna a v neposlední řadě byla zavedena telefonická první pomoc Linka naděje.

Moderní budova Psychiatrické kliniky v Brně-Bohunícih s kapacitou 130 lůžek a 25 míst na denním sanatoriu byla otevřena v roce 1965 a byla architektonicky i organizačně jedinečným psychiatrickým zařízením.

ADIKTOLOGIE, PSYCHIATRIE A JEDEN, ČI VÍCE SVĚTŮ ZÁVISLOSTÍ?

Adiktologie, psychiatrie a jeden, či více světů závislostí?

P. Popov

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

V úvodní prezentaci symposia nastiňuje autor vývoj a současnou situaci v léčbě závislostí. Během období krátce následujícího po společenských změnách v roce 1989 prodělala oblast léčby závislostí v ČR „velký třesk“. Začaly změny a objevily se kontrasty, z nichž některé momentálně graduji: rozdílné přístupy a léčebné strategie u legálních a nelegálních drog („státní“ vs. „nestátní“ instituce, zdravotnická vs. nezdravotnická zařízení), vývoj oboru adiktologie (psychiatrie, nebo sociální práce?), různé léčebné strategie u syndromu závislosti (abstinence, nebo kontrolované užívání psychoaktivních látek?), vývoj léčebných metod (rozvoj farmakoterapie, komunitní programy), duální poruchy (ADHD a závislosti – psychiatrie nebo adiktologie?). Původní funkční síť ambulantních zařízení pro

léčbu závislostí (OAT – ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie) se během několika málo let po „sametové revoluci“ rozpadla, a zatímco péče o osoby závislé na nelegálních drogách je saturována různými typy léčebných a sociálních zařízení, ambulantní péče o pacienty závislé na alkoholu je naprosto nedostatečná. Přitom první fáze reformy psychiatrické péče s péčí o závislé prakticky nepočítá, snad s výjimkou péče o pacienty se závažnými duševními poruchami, kteří jsou současně problémovými uživateli návykových látek. Jak bude probíhat další vývoj v léčbě závislostí a vzniknou různé „světy“?

Pít či nepít... dva světy a hranice mezi přístupy k pacientům v ambulantní léčbě alkoholové závislosti

D. Randák

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

Osoby mající problémy s užíváním alkoholu a potenciální pacienti, kteří se rozhodnou posleze vstoupit do ambulantního procesu – nebudeme jej ještě nazývat léčbou –, přicházejí s nejrůznějšími přáními a představami o tom, jak léčba bude probíhat a kam bude směřovat. Přicházejí někdy pod vlivem obav a společenských stereotypů a představ o tom, jak léčba probíhá a bude probíhat, ale opakovaně to nejsou představy o směru vedoucím k plné abstinenci od alkoholu. Může tak docházet k rozporuplným představám o směru léčby alkoholové závislosti a terapeutických intervencí na straně lékaře i na straně pacienta. Jak tyto představy o ideálním terapeutickém postupu sladit? Lze přistupovat na léčbu, která je v rozporu s tradicemi? („skálovský přístup“, instituce) a musí být léčba nutně směřovaná k abstinenci, nebo jsou přítomny i jiné postupy pro práci s pacientem – a jak s nimi lze zacházet a jak k nim přistupovat? Jak se jich (pacientů i postupů) nebát a jak nepodléhat stereotypům „alkoholika“? Monitoring, léčba zaměřená na abstinenci a přístupy zaměřené na snižování spotřeby alkoholu, včetně farmakologické podpory, to jsou legitimní postupy, které je možno aplikovat nejen ve specializované ambulanci lékaře adiktologa, ale i v ambulanci psychiatra.

ADHD u uživatelů návykových látek jako výzva pro posílení interdisciplinarity v týmu

L. Šťastná, M. Miovský, L. Čablová, K. Kalina

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

Uživatelé návykových látek s ADHD tvoří specifickou skupinu klientů, jejichž potřeby jsou interdisciplinárního charakteru a jejichž problémy se rozprostírají napříč různými obory. ADHD je označení pro skupinu geneticky přenášených neurobiologických dysfunkcí, které u postižené osoby snižují schopnost zaměřit a udržet pozornost, přizpůsobovat aktivitu a ovládat impulzy. Celosvětově se prevalence ADHD v dospělosti pohybuje mezi 2,5

a 4,3 %. U přibližně 15 % dětí přetrvává porucha ADHD až do dospělosti, u zhruba 50 % přetrvávají jen některé symptomy. V populaci uživatelů návykových látek existuje vyšší frekvence výskytu syndromu ADHD než v populaci neuživatelů. Dospělí se syndromem ADHD užívající návykové látky mají také zvýšené riziko onemocnění jinou psychiatrickou poruchou oproti těm, kteří mají pouze jednu z těchto dvou diagnóz. Výskyt symptomů, případně reziduí ADHD v dospělosti znamená pro daného jedince často výrazné potíže v osobním, sociálním i pracovním životě. Oproti ostatním uživatelům je tedy třeba většího a aktivnějšího zapojení různých odborností s cílem spárovat potřeby klienta s personálem a odpovídajícími službami.

Grantová podpora: Projekt GAČR č. 14-07822S.

Program institucionální podpory vědy PRVOUK č. P03/LF1/9.

Praktické aspekty spolupráce adiktologa s psychiatrem

O. Sklenář

¹Adiktologická ambulance Magdaléna, o. p. s., Beroun, Česká republika

²Česká asociace adiktologů, Praha, Česká republika

Autor se ve svém příspěvku věnuje vývoji v ambulantní léčbě závislostí v posledních dvou letech, neboť právě tato oblast zaznamenává určité pozitivní změny spočívající mimo jiné v postupném rozšíření stávající nabídky léčby závislých pacientů v ČR o další možnosti. Jedná se zejména o postupný vznik a rozvoj samostatných adiktologických ambulancí či rozšíření stávajících týmů psychiatrických ambulancí/oddělení o profesi adiktologa. Blíže se pak autor příspěvku zaměřuje na praktické aspekty spolupráce těchto dvou profesí, a to lékaře-psychiatra a nelékaře-adiktologa. Cílem příspěvku je kromě shrnutí dosavadních zkušeností nabídnout posluchačům v jejich klinické praxi spolupráci s adiktologem, která může přispět k účinnější a koordinované péči o pacienta a současně zefektivní práci těchto dvou profesí.

DIAGNOSTIKA ADHD U DOSPĚLÝCH S PAVLEM THEINEREM

P. Theiner

Psychiatrická klinika FN a MU Brno, Česká republika

Workshop se zabývá praktickými aspekty správné diagnostiky ADHD u dospělých lidí. Prezentuje diagnostická kritéria DSM 5 a z nich odvozené diagnostické dotazníky. Ukazuje na další, v učebnicích neuváděné typické příznaky dospělých lidí s ADHD. Účastníci se naučí rozlišovat jednotlivé podtypy ADHD a zvýšit svoji klinickou citlivost k symptomům ADHD u dospělých, kteří mohou mít zároveň i další psychiatrické diagnózy. Zároveň bude ukázáno na rozdíly mezi ADHD a jinými psychiatrickými diagnózami, které by se mohly ADHD příznaky podobat, např. mánie či hraniční porucha osobnosti. V rámci

workshopu se účastníci také seznámí s dostupnou terapií ADHD u dospělých.

JAK SE CÍTÍTE „TADY A TEĎ“? INTEGRACE TĚLA A MYSLI PRO KLINICKOU PRAXI

Zrození self: neurovývojový pohled na integraci a interakci těla a mysli

M. Světlák^{1,2}, T. Kašpárek^{1,2}

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

²Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU, Brno, Česká republika

Výsledky výzkumů posledních desetiletí a stejně tak klinická zkušenost přináší stále více dokladů o tom, že časné sociální vztahy a opakované životní zkušenosti mají vliv na organizaci a nastavení homeostatických regulací a neuronálních systémů, které zprostředkovávají fyziologickou expresi emocí. V průběhu vývoje dochází v mysli dítěte postupně k párování automatického vyjádření emocí (implicitní procesy) s matčinou odezvou v podobě výrazových a hlasových reprezentací (explicitní procesy). Odezva rodiče se stává reprezentací duševního stavu dítěte, kterou dítě zvnitřňuje a používá jako součást strategie vyššího řádu pro regulaci afektu (tj. implicitní regulace emocí). Cílem příspěvku je popsat vývojový proces postupné integrace fyziologických regulací s rodící se lidskou psychikou, který vrcholí ve výsledném unitárním a komplexním psychofyziologickém Self. Pochopení tohoto procesu představuje důležitý teoretický koncept současné psychoterapie a neurověd a aplikace těchto znalostí do klinické praxe poskytuje nezbytné teoretické zázemí při léčbě psychosomatických a funkčních onemocnění a stejně tak raných traumatických zážitků.

Úloha interocepce při disociativních stavech: neuronální pozadí zážitku vědomé přítomnosti

P. Sojka

Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno, Česká republika

Středoevropský technologický institut, Brno, Česká republika

Dojem reálnosti světa a vlastního já je neodmyslitelnou součástí naší každodenní zkušenosti. Vlivem stresujících životních událostí však může dojít k rozvoji disociativního stavu, ve kterém je kontinuita vědomé zkušenosti světa a vlastního já narušena. Přestože je disociace častou součástí psychiatrických onemocnění, doposud neexistoval spolehlivý model, který by popisoval mechanismus disociace na neurobiologické úrovni. Současný neurovědní výzkum poukazuje na významnou roli neuronální reprezentace vnitřního tělesného prostředí při utváření vědomého prožitku. Narušení této reprezentace pak může

vyústit v prožitky depersonalizace a derealizace. Cílem příspěvku je nabídnout neurobiologický model prožitku skutečnosti a disociace čerpající z aktuálního výzkumu v oblasti výpočetních neurověd a virtuální reality. Pochopení procesu disociace je klíčové pro porozumění a léčbu posttraumatických stresových poruch, disociativních poruch, psychogenních záchvatů nebo hypnotického transu.

Poruchy příjmu potravy: když mysl neslyší tělo

T. Bernátová

Psychiatrická klinika LF a FN Brno, Česká republika

Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky, Masarykova univerzita, Brno, Česká republika

Model dysregulace afektu představuje v současné době jednu z nejlivnějších teoretických koncepcí etiologie poruch příjmu potravy. Výsledky výzkumů i klinická zkušenost opakovaně dokládají, že ženy a dívky s poruchami příjmu potravy mají sníženou toleranci stresu, jsou emočně zranitelnější a své emoce regulují maladaptivně. Touha po kontrole a restrikci ve stravování i v sebeuvědomování a prožívání je pak pokusem o regulaci negativních emocí. Součástí klinického obrazu je snížení emočního uvědomění i interoceptivního uvědomění, které je charakteristické obtížným rozpoznáváním emočních prožitků a diskriminací tělesných senzací. Odborníci se domnívají, že u poruch příjmu potravy se nejedná jen o parciální znecitlivění k tělesným signálům (hlad, sytost), ale o obecně sníženou schopnost identifikovat somatické prožívání. Klinický obraz je pak výsledkem postupného zpevnování dílčích příznaků nemoci skrze operantní podmiňování na generalizované podněty, které náznakem připomínají emoci. Avšak pocity a emoce reflektují aktuální stav organismu a pomáhají nám adaptovat se na požadavky prostředí. Vědomé prožívání emocí představuje klíčový prvek v procesu emoční regulace, modulace a přizpůsobení se. Integrovaní emočního a tělesného prožívání do vědomí je neodmyslitelnou součástí psychotherapeutické práce s pacientkami s poruchami příjmu potravy. Cílem je narušení nepodmiňovaného behaviorálního vzorce skrze zážitek vlastních pocitů a emocí, které na vědomé úrovni vedou k adaptivnímu regulování negativních afektů.

Hraniční porucha osobnosti: když o sobě mysl s tělem nevědí

E. Pavlíková

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

Z výsledků současných studií vyplývá, že emoční dysregulace je jádrovým problémem hraniční poruchy osobnosti (borderline personality disorder; dále BPD). Jedná se o neschopnost pružně reagovat a zvládat emoce. V pozadí této dysregulace stojí pravděpodobně jednak deficitní schopnost emočního uvědomění u osob s BPD a jednak snížená schopnost integrovat emoční zážitky a jejich so-

matické a psychické komponenty do smysluplných celků nezbytných pro stabilní pocit sebe. Osoby s BPD jsou schopny si být vědomé různých aspektů svých prožitků, ale nikdy ne najednou. Mají tedy sníženou úroveň emočního uvědomění, ale také neumějí tyto limitované zážitky integrovat. Teoretické modely dále navrhuji, že k emoční nestabilitě u BPD přispívá deficit v kategorizaci fyziologických pocitů, tedy snížené uvědomění si vlastního tělesného prožívání. Narušená schopnost interoceptivního uvědomění je charakterizována jako problematické vnímání změn na vnitřní tělesné úrovni a je spojena se subjektivním prožíváním a kontrolou emocí. Narušení zpracování emočních podnětů má za následek neadekvátní výběr copingových strategií v zátěžových situacích. Cílem příspěvku je dosavadní shrnutí poznatků o emočním uvědomění a integraci fragmentů emocí se zážitky a významy u BPD. Výsledky studií přináší rozšířené teoretické podklady pro psychotherapeutickou práci s pacienty s BPD. Cílem v terapii je práce na rozvoji emočního uvědomění, nácvičku regulace emocí adaptivním způsobem a propojení těla a mysli skrze emoční a tělesné prožívání.

JSME NA JEDNÉ LODI – PSYCHIATRICKÁ PÉČE POHLEDEM PACIENTŮ

Evropa a péče o duševní zdraví

D. Černík

Občanské sdružení KOLUMBUS, Praha, Česká republika

Jmenuji se Daniel Černík a ve svém příspěvku bych rád promluvil o péči o duševní zdraví a naší činnosti vzhledem k Evropě.

Naše nezisková organizace je členem dvou evropských organizací, a to GAMIAN a ENUSP. Obě organizace jsou evropské, tzn. sdružují podobné pacientské organizace z celé Evropy. Rozdíl mezi GAMIAN a ENUSP je v tom, že GAMIAN zahrnuje i doktory a jiné profesionály jako terapeuty, kdežto ENUSP je jenom pacientskou organizací. Obě mají asi 25 členů ze všech evropských zemí. Tak jako naše organizace, tak i tyto dvě organizace hájí zájmy a práva duševně nemocných, v tomto případě na evropské úrovni.

Minulý rok v roce 2014 jsme obdrželi od GAMIAN cenu za jeden z našich projektů Psychiatrická buňka. V tomto projektu realizovaném v celé ČR se snažíme formou doprovodů pomáhat duševně nemocným v psychiatrických nemocnicích. Klienty doprovázíme tam, kam potřebují: k doktorovi, domů, na poštu, do banky, na úřady, k lékaři do obchodů. Velice nás potěšilo ocenění našeho úsilí a chceme v této práci i nadále vytrvat.

Jak se žije rodinám s duševně nemocným členem?

B. Lacinová

Občanské sdružení KOLUMBUS, Praha, Česká republika

Kazuistika: Vdala jsem se ve svých 20 letech při studiu na vysoké škole. Již během studia se mi narodily obě děti. Stále jsem se nevzdávala, a tak šlo všechno za pomoci mého manžela a duševně nemocné matky, která též s pomocí rodiny vychovala tři děti. Měla jsem dost sil, studovala dál, dokud jsem neonemocněla. V manželském vztahu jsme začali mít problémy a vše vyvrcholilo po dvou letech rozvodem. I přes mou nemoc byly děti svěřeny do mé péče. Byla jsem během jejich zrání mnohokrát hospitalizovaná, jedinou mojí pomocí byla právě i ta má nemocná máma a bratři. Teď po letech jsou již dospělé, ale nebylo to vůbec jednoduché, zvláště když bylo nutné při invalidním důchodu i pracovat, abych děti užívala.

Co lidem s duševní nemocí, kteří mají děti, hrozí?

- odebrání dětí a jejich umístění v dětském domově,
 - nedostatek peněz pro výchovu dětí,
 - že je nikdo nezaměstná,
 - že nedostanou žádnou finanční podporu v nemoci, jsou-li chudí.
- Co by lidem s duševní nemocí, kteří mají děti, pomohlo?
- dobrovolníci, kteří by pomohli např. s odpoledním zaměstnáním dětí, aby si takto osamělý a nemocný člověk mohl odpočinout,
 - finanční příspěvek na platbu za pomoc při zajišťování chodu domácnosti.

Počítače a my

M. Jíša

Občanské sdružení KOLUMBUS, Praha, Česká republika

Příspěvek zobrazuje problematiku výuky základních dovedností na počítači pro uživatele psychiatrické péče pacientskou organizací.

Počítačová výuka spojená s projevem sounáležitosti mezi psychiatrickými pacienty je nesmírně důležitá pro zapojení psychiatrických pacientů do většinové společnosti. Během vlastní výuky vyplývají na povrch další, často skrývané skutečnosti v oblastech sociální, právní a psychologické, které si žádají řešení.

Klienty počítačové výuky lze rozdělit do několika skupin. Nejvyspělejší z hlediska práce na počítači jsou ti, kteří ovládají základy práce na počítači, případně další programy, ale během nemoci ztratili návaznost na nejnovější trendy a chtějí se vrátit do své profese. Těm, bohužel, nemůžeme pomoci, protože na to nejsme technicky ani odborně vybaveni.

Často se stává i to, že během nemoci a léčby nemoci ztratili víru ve své schopnosti a jejich počítačové dovednosti se zhroutily. Tady jde často jen o to, předvést těmto klientům, co vlastně umějí a co si dokážou odvodit. V tomto ohledu býváme úspěšnější.

Další skupina je srážena tím, že se jim někdo naboural do počítačového systému, třeba životní partner, nebo mají po-

tíže se samostatným přístupem – počítač sdílí s rodiči. Zde se většinou neobejdeme bez návazného technického řešení.

Skupinou, která je asi nejpoběžnější, je ta, pro kterou je počítačová dílna vlastně určena. Má psychické problémy a na počítači nic neumí nebo umí jen velice málo.

Tady hned na začátku zjišťujeme, jestli mají klienti v místě bydliště svůj počítač. Pokud ho nemají a jejich sociální příjem prakticky nikdy nedovoluje nákup nového, spolupracujeme s nimi při sepsání žádosti o přidělení repasovaného počítače. S tou se klienti obracejí na Konto Bariéry Nadace Charty 77 a ta jim počítač poskytne. Kdysi jsme to nedělali a bylo to ke škodě výuky.

Zvláštní skupinou jsou jedinci, kterým duševní nemoc znemožňuje podřídit se nějakému vedení nebo programu, ať je to sebevíc v jejich zájmu. Tito lidé přicházejí s tím, že se chtějí naučit pracovat s počítačem, ale během lekce vás neustále přesvědčují o tom, že je to proti jejich zájmu nebo jak byste vlastně výuku měli vést. Jejich vedení je nesmírně náročné. Podobně je to i v případě, kdy na duševní nemoc navazuje mentální postižení, anebo duševní nemoc se zformuje do podoby nepřijímání informací. Tady je úspěchem jakýkoli krok v ovládní počítače.

Občas se objeví i někdo, kdo chce využívat učebnu k vlastním cílům – např. jako kancelář – to ale zpravidla nemá dlouhého trvání.

Naše učebna vznikala s velkými obtížemi postupně a dodnes nemá například bezbariérový vstup, tzn., že ji nemohou využívat i fyzicky postižení.

Jsou uživatelé péče o duševní zdraví jen plavčíky na lodi „Duševní zdraví“?

J. Jaroš

Občanské sdružení KOLUMBUS, Ústí nad Labem, Česká republika

Aktivní zapojení každého člověka do péče o své duševní zdraví je jak prevencí psychiatrického onemocnění, tak cestou ke stabilizaci zdravotní pohody, a to jak psychické, tak nepřímo i somatické.

Je potřeba řešit nejen následky duševního onemocnění, ale znát i příčiny a spouštěče ataků psychiatrických nemocí. Edukace pacientů v případě onemocnění je nedostatečná a nevědomostí, proč užívat léky, velmi často vede k vysazení léků a k remisi nemoci.

Je potřeba, aby byl pacient v době stabilizace zdravotního stavu informován o možnostech léčby a účincích léků. Bez trpělivé, dlouhodobé a nepodceňované komunikace s uživateli péče o duševní zdraví budou i nadále bariery mezi pacientem o odbornou veřejnost a obzvláště se zdravotníky.

Posádka na lodi pro „Duševní zdraví“ bez spolupráce celé multidisciplinární posádky nedopluje do klidného přístavu „Efektivní léčba duševních onemocnění“. Bohužel zájmy poskytovatelů zdravotnických a sociálních služeb nejsou vždy v souladu potřebou a zájmem uživatelů (pacientů).

Pochopení potřeb, vcítění, naslouchání a dlouhodobá spolupráce účastníků je potřebným větrem do plachet lodi směřující k psychiatrické péči 21. století.

Práce v patientské organizaci jako nástroj pro úzdravu a osobní růst

I. Homolová

Občanské sdružení KOLUMBUS, Česká republika

Motto: „Uzdravit se může člověk pouze sám.“

- Výchozí situace pacienta s duševní nemocí (moje zkušenost, popis situace).
- Jak jsem se dostala k práci v z. s. KOLUMBUS.
- Přínosy fungování patientské organizace – osobní, společenské – zapojení se, motivace, sdílení, výdělek, smysluplná činnost, pravidelnost, nové podněty.
- Zlepšení zdravotního stavu (moje zkušenost, popis situace po 2 letech).

Závěr: Proč a jak podporovat patientské organizace působící v oblasti duševního zdraví – doporučení pro psychiatry.

BIOMARKERY DEPRESIVNÍ PORUCHY V PERIFERNÍ KRVÍ

Biomarkery depresivní poruchy v periferní krvi

M. Zvěřová, Z. Fišar, J. Hroudová, E. Kitzlerová, J. Raboch

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

Poruchy nálady patří mezi častá a závažná duševní onemocnění s opakujícím se nebo chronickým průběhem, přesto jejich patofyziologie není dostatečně známa. Náhylnost k onemocnění je dána jak individuální citlivostí na stresory a předchozí historií, tak faktory genetickými. Léčba antidepressivy, stabilizátory nálady, případně elektrokonvulzivní terapií a psychoterapií je obvykle účinná, část pacientů však jeví známky farmakorezistence. Diagnostiku depresivních poruch nebo efektivitu léčby mohou ovlivnit biomarkery. Biomarker je definován jako objektivně měřitelný indikátor normálních a patogenetických procesů.

Cíle: Zvýšené koncentrace kortizolu a homocysteinu jsou považovány za rizikové faktory vedoucí k rozvoji některých duševních onemocnění. Cílem naší studie bylo zjištění korelace mezi plazmatickými koncentracemi homocysteinu a kortizolu v periferní krvi pacientů s depresivní poruchou a závažností depresivity.

Metody: Hodnotili jsme plazmatické koncentrace homocysteinu a kortizolu v periferní krvi u depresivních pacientů, léčených na naší klinice a u zdravých kontrol.

Výsledky: Zvýšení plazmatických koncentrací kortizolu bylo pozorováno u pacientů s depresivní poruchou. Naše měření neprokázala zvýšené koncentrace homocysteinu u depresivních osob.

Závěry: V oblasti duševních chorob nejsou zatím známy dostatečně citlivé a selektivní fyziologické, biochemické, genetické, neuroendokrinní či jiné biologické testy, které by umožňovaly diagnostikovat a predikovat průběh onemocnění nebo efektivitu léčby. Cílem výzkumu v této oblasti je nalezení biologických markerů měřitelných

v periferní krvi pacientů a specifických pro poruchy ná-
lady nebo pro antidepressivní či stabilizující účinky léčiv.

Podpořeno výzkumným záměrem MSM0021620849.

CREB, BDNF a GSK-3 β v periferní krvi pacientů s depresivní poruchou

J. Raboch¹, J. Pláteník², Z. Fišar¹, R. Buchal², R. Jiráček¹,
E. Kitzlerová¹, M. Zvěřová¹

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

²Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN Praha, Praha, Česká republika

Cíle: Glykogensyntázakináza-3 β (GSK-3 β), transkripční faktor CREB a mozkový neurotrofický faktor BDNF mají určující úlohu v přežívání neuronů, synaptické plasticitě a paměti a účastní se na patofyziologii depresivní poruchy. Tato studie byla zaměřena na stanovení asociace těchto parametrů v periferní krvi s výsledky klinického hodnocení pacientů s depresivní poruchou.

Metody: Měřili jsme aktivitu CREB v lymfocytech, aktivitu GSK-3 β v destičkách a koncentraci BDNF v plazmě, destičkách a plazmě obohacené destičkami u 65 pacientů s depresivní poruchou a 96 kontrol. Tíže deprese byla hodnocena pomocí Hamiltonovy škály (HRSD-21) a CGI-S.

Výsledky: Nejistili jsme významné změny aktivity GSK-3 β , CREB nebo koncentrace BDNF v krvi depresivních pacientů před léčbou; po léčbě jsme pozorovali zvýšenou aktivitu GSK-3 β a CREB. Nalezli jsme významnou korelaci mezi tíží deprese před léčbou a zvýšenou aktivitou GSK-3 β , především u nonrespondérů. U podskupiny drug-naïve pacientů jsme potvrdili negativní korelaci mezi tíží deprese před léčbou a koncentrací BDNF. U respondérů po léčbě byla pozorována negativní korelace mezi HRSD-21 a BDNF.

Závěry: Naše výsledky ukazují, že průměrné hodnoty měřených biochemických parametrů (GSK-3 β , CREB, BDNF) v krvi nejsou při depresivní poruše před započtím léčby významně změněny. Existuje však asociace mezi tíží deprese a aktivitou GSK-3 β nebo koncentrací BDNF.

Podporováno projektem MSM0021620849 a PRVOUK-P26/LF1/4.

Mitochondriální respirace v krevních destičkách pacientů s depresivní poruchou

J. Hroudová¹, Z. Fišar¹, E. Kitzlerová¹, M. Zvěřová¹,
H. Hansíková², J. Raboch¹

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

²Klinika dětského a dorostového lékařství, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

Cíle: Cílem práce bylo zjistit, zda jsou mitochondriální funkce (aktivita citrát-syntázy, aktivita komplexů elektronového transportního řetězce a respirační rychlost) ovlivněny depresí a antidepressivní léčbou.

Metody: Do studie byli zařazeni pacienti v depresivní epizodě a v částečné remisi; tíže jejich deprese byla ohodnocena pomocí Hamiltonovy škály deprese (HRSD-21), kontrolní skupina byla tvořena zdravými dobrovolníky. Buněčné dýchání mitochondrií v intaktních a permeabilizovaných krevních destičkách bylo měřeno s použitím oxygrafu s Clarkovými elektrodami. Aktivita mitochondriálních enzymů byla měřena spektrofotometricky. Statistická významnost byla hodnocena pomocí Mannova-Whitneyova *U* testu.

Výsledky: Fyziologická respirace u depresivních pacientů se nelišila od kontrol; ke statisticky významnému snížení došlo po léčbě antidepressivy. Respirační rychlost po inhibici komplexu I a maximální kapacita elektronového transportního systému (ETS) byla rovněž snížena statisticky významně po léčbě antidepressivy. U depresivních pacientů byla statisticky významně snížena aktivita komplexu II v porovnání s kontrolami.

Závěry: Zjistili jsme, že změny v respirační rychlosti se podílejí na účincích antidepressiv, ale nepotvrdili jsme jejich podíl na patofyziologii deprese. Výsledky podporují předpoklad, že spíše nedostatečná dostupnost substrátů než funkční poškození ETS systému jsou odpovědné za změny mitochondriální respirace.

Podpořeno výzkumnými projekty PRVOUK-P26/LF1/4 a MZ VES 2015 15-28616A.

VIKTIMIZACE V DĚTSTVÍ A DOSPĚLOSTI A JEJICH VLIV NA DUŠEVNÍ PORUCHY

Šikana na pracovišti (mobbing)

J. Praško, A. Sandoval, K. Látalová

Klinika psychiatrie LF UP v Olomouci a FNOL, Olomouc, Česká republika

Pracovní prostředí, ve kterém se objevují urážlivé nebo nenávislné poznámky, přetrvávající kritika, osobní zneuzívání, výhrůžky, nebo dokonce fyzické násilí, je realitou pro mnoho organizací ve veřejném i soukromém sektoru. Mobbing označuje nejružnější formy znepríjemňování života na pracovišti. Charakteristická je pro ně skrytost, rafinovanost a zákeřnost. Za mobbing lze považovat pouze chování, které se objevuje alespoň jedenkrát týdně po dobu minimálně 6 měsíců. V přehledu bude zhodnocena aktuální literatura na téma šikany na pracovišti. Přestože šikana na pracovišti může být pro psychiatrii kontroverzním tématem, může budoucí výzkum přispět k vyjasnění problematiky osobnostních faktorů jak obětí, tak pachatelů šikany. Bylo by zajímavé zjistit, jak šikanující vnímají a hodnotí své chování a svůj vztah k ostatním. Situace, kdy někdo někoho uráží, provokuje, nebo jinak obtěžuje jinou osobu, může být vnímána a vykládána oběma účastníky různě. Je užitečně se ptát, do jaké míry si je šikanující vědom svého chování, jak své chování interpretuje a zdůvodňuje.

Týrání v dětství jako predisponující faktor psychických poruch v dospělosti

K. Látalová, M. Hajda, D. Kamarádová

Klinika psychiatrie LF UP v Olomouci a FNOL, Olomouc, Česká republika

Týrání dětí je jakýkoli čin zneužívání nebo zanedbávání rodičem nebo jiným pečovatelem, který vede k poškození dítěte. Zneužívání zahrnuje fyzické zneužívání, sexuální zneužívání a psychické zneužívání. Zanedbávání dětí zahrnuje fyzické, emocionální, lékařské, stomatologické, nebo vzdělávací zanedbávání, nedostatečný dohled nebo vystavení násilnému prostředí. Týrání dětí je globální problém. Jeho prevalence se velmi liší v jednotlivých zemích, v závislosti na místní kultuře a metodách hodnocení. Roční výskyt týrání dětí (zneužívání nebo zanedbávání) v České republice v roce 1994 byl odhadován na výši 0,047 %. Rizikové faktory týrání dětí zahrnují nízký socio-ekonomický stav, nízkou úroveň vzdělání, složení rodiny, a potíže rodinného fungování. Šance na vznik týrání dětí zvyšují: užívání návykových látek rodiči, anamnéza zanedbávání u rodičů, a přítomnost deprese nebo stresu u rodičů. Týrání dětí zvyšuje riziko zdravotních potíží v průběhu celého života. Těžké formy týrání dětí jsou spojeny se zvýšeným rizikem kardiovaskulárního onemocnění v rané dospělosti s obezitou, s kouřením a s dalšími mnohočetnými zdravotními problémy. Přednáška podává přehled o vlivu týrání dětí v oblasti duševního zdraví a násilného chování v dospělosti, se zaměřením na základní mechanismy.

Viktimizace u pacientů trpících schizofrenií a kontrolní skupiny

J. Vevera^{1,7}, M. Černý¹, S. Hodgins², R. Kučíková^{3,4}, L. Kázmér^{5,6}, A. Lambertová¹, A. Nawka¹, L. Nawková¹, A. Parzelka¹, J. Raboch¹

¹Department of Psychiatry, First Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Czech Republic

²Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, Département de Psychiatrie, Université de Montréal, Canada

³Psychiatric Hospital Bohnice, Prague, Czech Republic

⁴Department of Psychiatry, Teaching Hospital Královské Vinohrady, Prague, Czech Republic

⁵Department of Social Geography and Regional Development, Faculty of Science, Charles University in Prague, Czech Republic

⁶Institute of Sociology of the Academy of Sciences of the Czech Republic, Socioeconomics of Housing, Prague, Czech Republic

⁷7th Field Hospital AČR, Hradec Králové VÚ 6900, Czech Republic

Úvod: Viktimizace se může podílet na etiologii psychotických poruch a její důsledky vážným způsobem zhoršují další průběh onemocnění a riziko násilí.

Metodika: Sledovali jsme výskyt násilného chování a viktimizace u 158 osob trpících schizofrenií a u kontrolní skupiny vybrané podle pohlaví, věku a vzdělání.

Výsledky: V analýzách, které zahrnovaly pacienty s psychotickou poruchou a kontrolní skupinu, se u pacientů s psychózou násilné chování vyskytovalo čtyřikrát častěji. U mužů bylo riziko násilí zvýšeno psychotickou poruchou, fyzickým zneužíváním v dětství, škodlivým užíváním alkoholu a fyzickou viktimizací v posledních šesti měsících. Vyšší věk a zaměstnání byly spojeny s nižším rizikem násilí.

U žen riziko násilí zvyšovala pouze viktimizace v posledních 6 měsících.

V analýzách, které zahrnovaly pouze pacienty s psychotickou poruchou, byla u mužů pravděpodobnost násilí čtyřnásobně zvýšena abúzem alkoholu a viktimizace riziko násilí zvýšila dvanáctkrát. U žen viktimizace zvýšila riziko násilí devětkrát. Sexuální zneužívání v dětství zvýšilo riziko násilí u žen dvanáctkrát.

Závěr: Psychotická porucha a viktimizace jsou významnějšími prediktory násilí než zneužívání návykových látek. U žen s psychózou je vyšší riziko násilí vysvětleno vyšší viktimizací. Navzdory tomu viktimizace není zohledňována v nástrojích používaných k predikci násilí. Tím dochází k podhodnocení rizika násilí.

Grantová podpora: PRVOUK-P26/LF1/4 a SVV UK 260148/2015.

Viktimizace a důvody násilí u pacientů s násilným chováním

A. Balíková¹, M. Černý¹, J. Raboch¹, J. Vevera^{1,2}

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

²7. polní nemocnice AČR, Hradec Králové, Česká republika

Násilné chování osob trpících duševním onemocněním patří k závažným problémům soudobé psychiatrické praxe a je často cílem odborných studií i populárních článků, které mohou vést ke stigmatizaci uživatelů péče. Etiologie násilí je komplexní a na začátku často stojí viktimizace. Sledovali jsme příčiny násilného chování u všech pacientů hospitalizovaných v r. 2012.

Metody: Za násilné chování jsme v naší práci považovali fyzicky agresivní chování, které na škále MOAS dosáhlo více než 3 bodů. Viktimizace v posledním půl roce před hospitalizací byla hodnocena pomocí škály MacArthur Interview.

Výsledky: Nejvíce násilných pacientů bylo hospitalizováno pro psychotické a organické poruchy. U pacientů trpících psychotickými poruchami bylo 46 % napadení spácháno pod přímým vlivem bludů, halucinací nebo psychotické zmatenosti a důvodem 54 % atak byla impulzivita. U 10 % pacientů jsme v posledních 6 měsících před hospitalizací zaznamenali viktimizaci.

Závěr: Korektní data o příčinách násilného chování mohou přispět k racionalizaci farmakoterapie a destigmatizaci uživatelů péče.

Grantová podpora: PRVOUK-P26/LF1/4 a SVV UK 260148/2015.

SOUČASNOST A BUDOUCNOST ELEKTROKONVULZIVNÍ LÉČBY

Používání elektrokonvulzivní terapie (EKT) v psychiatrii v České republice

L. Kališová, J. Albrecht, K. Mádlová, J. Michalec

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11, Praha 2, Česká republika

Cíle: Cílem sdělení je informovat o používání (EKT) v psychiatrických zařízeních v České republice a podat informaci o vnímání této léčby veřejností.

Metody: V rámci grantového projektu MZ VES 2015: 1. Byl všem psychiatrickým zařízením v ČR, která poskytují EKT, poslán k vyplnění dotazník. Tento sledoval aspekty používání EKT v psychiatrii. 2. Byl rozeslán veřejnosti dotazník, který se pomocí jednoduchých otázek snažil zjistit informovanost o metodě a vnímání jejího použití v léčbě duševních poruch.

Výsledky

1. Elektrokonvulzivní terapie se používá ve většině lůžkových zařízení v ČR pro léčbu závažných duševních poruch (těžkých stavů afektivních poruch a některých psychotických poruch). Použití metody indikuje lékař, pacient podepisuje informovaný souhlas (pokud nejde o vitální indikaci) a jsou zváženy somatické kontraindikace. Výkonu je přítomen anesteziolog, u nemocných jsou průběžně sledovány vitální funkce. Řada zařízení má dané doporučené postupy léčby.
2. Velká část veřejnosti vnímá EKT negativně, vnímání souvisí zejména s obecnou informovaností o této metodě. Veřejnost má zkreslené vnímání možných nežádoucích důsledků/účinků metody.

Závěry: Během sledování praxe používání EKT v rámci naší země bylo zjištěno, že by bylo vhodné používání této metody sjednotit na národní úrovni, standardizovat léčebný postup a zvážit možnost vytvoření jednotné dokumentace používání EKT v České republice. Vnímání EKT veřejností má v současnosti spíše stigmatizující charakter.

Elektrokonvulzie na Slovensku

J. Dragašek

Psychiatrická klinika, Lekárska fakulta Univerzity P. J. Šafárika, Košice, Slovenská republika

Autor vo svojom príspevku približuje vybrané charakteristiky používania elektrokonvulzívnej terapie na Slovensku a porovnáva získané údaje s dátami iných krajín strednej a východnej Európy, ktoré doteraz neboli systematicky spracované.

Prax v oblasti elektrokonvulzívnej terapie vo vyššie uvedenom regióne ponúka heterogénny obraz v zmysle jej používania, hlavných indikácií, či technických parametrov ich aplikácie. V tomto ohľade je percentuálne vyjadrenie počtu zariadení realizujúcich ECT na Slovensku najvyššie v regióne.

Najčastejšou indikáciou ECT na Slovensku je psychotická forma depresie, vo všeobecnosti predstavujú afektívne poruchy 64,1 % všetkých diagnostických indikácií. Vo väčšine zdravotníckych zariadení sa používa bitemporálne a bifrontotemporálne umiestnenie elektród (77 %) a bifrontálna, či unilaterálna lokalizácia sa využíva zriedkavo (12,8 % a 10,2 %). 29,2 % inštitúcií využíva fixný počet zákrokov v rámci jednej série a 47,9 % pokračuje v ECT kúre, pokiaľ sa neobjaví terapeutická odpoveď. Titračné schémy používa len 22,9 % inštitúcií. Trvanie konvulzie je vo väčšine zariadení hodnotené len vizuálne a manžetová technika, EEG, či EMG sú významne podceňované.

Napriek relatívne častému používaniu ECT v bežnej klinickej praxi existujú zdravotnícke zariadenia, ktoré dodnes používali obsolentné technické vybavenie. Okrem nedostupnosti špecializovanej edukácie v tejto oblasti chýbajú aj národné odporúčania pre liečbu, ktoré by brali do úvahy aktuálne „evidence-based“ údaje.

Majú elektrokonvulzie budúcnosť v liečbe psychických poruch?

M. Anders, J. Albrecht

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

Elektrokonvulzivní terapie (EKT) je v léčbě duševních poruch využívána již sedm desetiletí a trvale patří mezi základní přístupy biologických metod léčby. Postupně dochází k ověřování účinnosti v rámci léčby různých forem duševních poruch. Největší množství literárních údajů popisuje účinnost v léčbě afektivních poruch, ale své uplatnění nachází i v léčbě deliriózních stavů, katatonních stavů, ale také při léčbě Parkinsonovy nemoci a epilepsie. Oproti tomu minimálně účinná je v léčbě demence, úzkostných poruch, obsedantně-kompulzivní poruchy, poruch přizpůsobení, poruch osobnosti, poruch příjmu potravy, spánkových potíží, závislosti a negativních příznaků schizofrenie. Často bývá uzavíráno, že nejvyšší míra účinnosti je zaznamenána tam, kde je stav akutní, závažný a jde o staršího jedince. Z pohledu indikace profitují nemocní trpící afektivními poruchami spojenými se změnami psychomotorické aktivity a abnormálními vegetativními funkcemi.

Velmi důležitá je optimalizace postupu aplikace EKT. Jde především o oblast konkomitantní medikace včetně antidepresiv, použité anestézie a ev. aplikace jiných látek (ketamin), lokalizace elektrod, typu aplikované stimulace (typ pulzu), dávkování dle individuálního záchvatového prahu včetně EEG monitorace. Hlavním cílem této optimalizace je dosažení robustního efektu léčby při minimalizaci vyvolání nežádoucích účinků (kognitivní deficit).

Podpořeno projekty MZ ČR – RVO VFN64165
a PRVOUK P26/LF1/4.

OCHRANNÉ LÉČENÍ – AKTUÁLNÍ PROBLEMATIKA, VÝVOJ

Specifika nedobrovolného léčení duševních nemocí

J. Švarc¹, M. Holly¹, M. Páv¹, V. Šupina²

¹Psychiatrická nemocnice Bohnice, Česká republika

²Psychiatrická nemocnice Dobřany, Česká republika

V ČR lze návykové nemoci léčit i nedobrovolně, nejčastěji v souvislosti s trestnou činností, ale i preventivně v souvislosti s nebezpečím v důsledku ovlivnění návykovou látkou.

Může jít zejména o:

- hospitalizaci bez souhlasu dle § 38 odst. 1 zákona o zdravotních službách,
- poskytování zdravotní péče bez souhlasu dle § 38 odst. 3 zákona o zdravotních službách,
- ošetření a pobyt na záchytné stanici dle § 17 odst. 2 zákona č. 379/2005 Sb.,
- povinnost podrobit se léčení závislosti na návykových látkách, které není ochranným léčením dle 48 odst. 4 trestního zákoníku,
- ochranné léčení dle § 99 tr. zákoníku,
- zabezpečovací detenci § 100 tr. zákoníku aj.

Při workshopu si ukážeme na kazuistických příkladech specifika těchto jednotlivých typů nedobrovolného léčení. Budou probrány jejich hlavní cíle, systémy a efektivita, zaznějí legislativní novinky i nedostatky současné právní úpravy:

Přetrvávající nedostatky v legislativě OL:

- Legislativně nevyřešené prodloužení OL každé dva roky,
- OL ústavní nelze vykonat ve VTOS,
- Není limitována doba mezi zastavením tr. stíhání a nařízením OL.

Vyřešené nedostatky OL:

- Financování „samoplátců“, tj. cizinců bez zdravotního pojištění (hradí ministerstvo).
- OL již lze uložit dětem mladším 15 let.
- Není již tak široká povinnost mlčenlivosti při útěku pacienta.

Problematika ochranného léčení

J. Švarc¹, M. Holly¹, V. Šupina², M. Páv¹

¹Psychiatrická nemocnice Bohnice, Česká republika

²Psychiatrická nemocnice Dobřany, Česká republika

Nedostatky v legislativě OL, které BYLY v posledních 10 letech vyřešeny

- Neexistence ZD – vyřešeno zákonem č. 129/2008 Sb.
- Výkon OL nebyl upraven zákonem – vyřešeno zákonem č. 373/2011 Sb.
- Nemožnost přemístit pac. z OLÚ do ZD, nespáchal-li zločin (po r. 2009) – vyřešeno novelizací tr. zákoníku od 1. 1. 2012.
- Náklady OL nad rámec zdravotního pojištění (zejm. u nepojištěných) nese zdravotnické zařízení – vyřešeno zákonem č. 373/2011 i vstřícným přístupem evropských pojišťoven.

- OL je možné uložit až po dosažení tr. odpovědnosti – problém vyřešen novelizací ZSM.
- Příliš široká povinnost mlčenlivosti uložená zdravotnickým pracovníkům, neumožňující ohlásit útěk – vyřešeno zákonem č. 373/2011 (povinnost oznámit soudu útěk v § 87, byť absurdně ukládajícímu soudu namísto policii).

Nedostatky, které NEBYLY vyřešeny

- Zákon neomezuje čas mezi zastavením tr. stíhání pro nepřítčetnost a uložením OL.
- Rozdělení OL v léčebnách a ambulancích (tradičně, nikoli ze zákona) na psychiatrické, protitoxikomanické, protialkoholní, sexuologické, popř. jiné.
- Prodlužování každé 2 roky bez možnosti zjistit, jak dlouho předtím trvala OL ambulantní (ústavní, jsem-li ambulantní psychiatr).
- Zbytečná nutná obhajoba § 36 tr. ř. při změně ochranného léčení na ambulantní.
- Ve výkonu trestu není možné vykonat OL, přestože dle zákona tomu tak má být.

Ministerská pracovní skupina pro ochranné léčení

M. Páv¹, V. Šupina², J. Švarc¹, M. Holly¹

¹Psychiatrická nemocnice Bohnice, Česká republika

²Psychiatrická nemocnice Dobřany, Česká republika

Pracovní skupina pro ochranné léčení na ministerstvu zdravotnictví vznikla důsledkem odezvy mediálně a politicky nekorektně prezentovaných souvislostí recidivy protiprávního jednání pacientky v ambulantním OL ve Žďaru/Sázavou. Sama ministryně spravedlnosti nedokázala odlišit problém ambulantního OL od soudní přeměny OL z ústavního na ambulantní, které incidentu předcházelo o mnoho měsíců a nemohlo tak s ním souviset...

Pracovní skupina se snaží zmapovat a řešit zejm.:

- evidence OL,
- právní úprava OL,
- nařízení OL,
- trvání,
- ukončení a přeměna OL/ZD,
- výkon OL (standardy, kontrola a dohled),
- nedodržení podmínek výkonu OL,
- spolupráce a komunikace jednotlivých složek,
- OL ve VTOS,
- systémová opatření,
- kompetence ministerstva zdravotnictví a spravedlnosti a státních zastupitelství,
- problematika obligatorních znaleckých posudků při každé přeměně OL (ani při vraždě není znalecký posudek obligatorní!),
- úvahy směřují opět k „zákonu o výkonu ochranného léčení“,
- vyhodnocení legislativních změn, vzdělávání.

Při workshopu budeme prezentovat aktuální názory pracovní skupiny.

Specifika sexuologického ochranného léčení

J. Švarc¹, V. Šupina², M. Holly¹, M. Páv¹

¹Psychiatrická nemocnice Bohnice, Česká republika

²Psychiatrická nemocnice Dobřany, Česká republika

V ČR je lékařská sexuologie medicínský obor a sexuální deviace patří mezi duševní poruchy. Sexuální delikventy je nutné posuzovat i léčit jako jiné duševně nemocné. V tr. řízení je nutné je posuzovat jako sniženě příčetné dle § 27 tr. zákoníku, aby bylo možné uložit jim OL.

Pravděpodobné východisko je asimilace ČR mezi země, kde jsou sexuální delikventi zařazeni do příslušných programů bez ohledu na deviaci. Většinou jde o programy pro pachatele deliktů na dětech a pro pachatele násilných sex. deliktů (pro které česká sexuologie vytvořila „diagnózu“ patologická sexuální agresivita). Podmínkou léčby by neměla být snížená příčetnost jako v ČR, ale spáchání sexuálního deliktu.

U znaleckých posudků z odv. sexuologie jsou stále běžné tzv. alternativní závěry znaleckých posudků. Jde o závěry typu: *Pokud posuzovanému bude skutek prokázán, pak trpí sexuální deviací a platí posudkové závěry o jeho příčetnosti, nebezpečnosti a navrženém léčení aj.* Jinak závěry posudku logicky neplatí (i bez alternativních závěrů, není-li prokázán skutek, žádný trest ani ochranné opatření nelze uložit). Diagnóza tak závisí na soudu! Definice deviace je subjektivní, objektivní nástroj nemáme (tzv. PPG není validizovaná metoda!). Správná znalecká formulace „Žádná sex. deviace nebyla zjištěna“ je také alibistická, ale pravdivá, bez alternativ, znalec bere diagnostické rozhodnutí na sebe.

pátek 23. října 2015

DUŠEVNÍ PORUCHY VE VÝVOJOVÉ PERSPEKTIVĚ OD DĚTSTVÍ DO DOSPĚLOSTI

Klinický a neurobiologický obraz deprese od dětství do dospělosti

I. Drtílková

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Česká republika

Prevalence deprese je uváděna ve výši 2 % u dětí a 4–8 % u adolescentů, s vrcholem výskytu kolem puberty. V prepubertě není rozdíl ve výskytu mezi pohlavími, u adolescentů je častější u dívek než chlapců. Mladší jedinci s těžkou depresí jsou ohroženi více než dospělí výskytem manické epizody v následujících pěti letech. Třetina mladistvých, kteří trpí depresí, se pokusí o sebevraždu a 3–4 % z nich suicidium dokonají. Předškolní nástup deprese se považuje za silný prediktor výskytu depresivní poruchy v pozdějším dětství, zejména při souběhu s dalšími rizikovými faktory, jako jsou přítomnost deprese v anamnéze matky, nedostatečná podpora ze strany rodičů, traumatické životní události a předškolní výskyt poruch chování. V etiopatogenezi se předpokládá integrovaný etiologický model deprese a úzkosti, ve kterém hraje roli genetická predispozice, trauma v časném vývoji a silný vliv prostředí. Preklinické studie potvrzují, že traumata v časné, kritické fázi vývoje vedou hypersenzitivitě HPA osy, k nadměrné sekreci CRF, změnám glukokortikoidních receptorů v hipokampu, k ovlivnění neurogeneze a plasticity a ke změnám aktivity neurotransmiterů. Zobrazovací studie mozku u mladistvých s MDD ukazují na abnormální aktivaci ve ventromediálních frontálních oblastech, předním cingulu a amygdale, což je v zásadě konzistentní s předpokládanou rolí mediální sítě regionů, která se uplatňuje v patofyziologii deprese.

Schizofrenie ve vývojové trajektorii

M. Hrdlička

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

Terminologicky rozeznáváme schizofrenie s velmi časným začátkem, tedy před dosažením 13. roku věku, schizofrenie s časným začátkem, které vznikají mezi 13. a 18. rokem života, a schizofrenie dospělých. Pro diagnostiku časné i velmi časné schizofrenie jsou používána stejná diagnostická kritéria jako u dospělých, což vyjadřuje dnešní přesvědčení o kontinuitě těchto stavů napříč věkem. Diagnostika schizofrenie v dětském věku však bývá obtížnější než v dospělosti. Hlavní příčinou je vývojový aspekt. Při posuzování symptomatiky je třeba vzít v úvahu jednak dosažený kognitivní vývojový stupeň (ve smyslu Piagetovských vývojových stadií), jednak schopnost exprese psy-

chotických prožitků. Dosažený kognitivní stupeň ovlivňuje výrazně obsah i formu symptomatiky.

Pro léčbu schizofrenie dospělých je k dispozici řada atypických antipsychotik (AAP) a stovky randomizovaných kontrolovaných studií (RCTs), zatímco pro léčbu schizofrenie s časným začátkem byla zkoušena jen některá AAP a celkový počet RCTs nepřesahuje číslo patnáct. Příznivá data z pediatrických RCTs jsou k dispozici pro risperidon, aripiprazol, paliperidon a quetiapin, které bychom zde měli považovat za léky volby. Dobrou účinnost osvědčil i olanzapin, kde však handicapujícím faktorem je nejvyšší nárůst váhy z porovnávaných AAP. Vysokou účinnost prokázal klozapin, který však stejně jako v dospělé psychiatrii zůstává rezervován pro farmakorezistentní případy.

Práce byla podpořena MZ ČR – RVO, FN v Motole 00064203.

Poruchy autistického spektra v dětství

I. Dudová

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

Poruchy autistického spektra (PAS), jejichž hlavními zástupci jsou dětský autismus, atypický autismus a Aspergerův syndrom, jsou závažné pervazivní vývojové poruchy. Odhady prevalence těchto poruch vykazují v posledních desetiletích trvalý nárůst, současná prevalence PAS se odhaduje na 1–1,5 % populace. Pro diagnózu dětského autismu se požaduje nástup příznaků alespoň v jedné oblasti před dovršením třetího roku života. Autismus může být atypický, buď pokud jde o věk, kdy vznikl, nebo pokud jde o symptomatiku, popřípadě je atypické obojí. U Aspergerova syndromu (AS) není narušen kognitivní vývoj a vývoj řeči.

PAS jsou charakterizované abnormálními sociálními interakcemi, deficitem verbální i neverbální komunikace a omezenými, opakujícími se a stereotypními vzorci chování, zájmů a aktivit. Tyto jádrové autistické příznaky jsou často plně rozvinuty až během třetího až pátého roku života dítěte s PAS, v případě AS ještě později. V posledních letech je důraz kladen na časnou identifikaci a diagnostiku PAS. V raném věku se proto klinicky zaměřujeme na sledování vývojových dovedností (sociální úsměv, sdílená pozornost, reakce na jméno, komunikace pomocí gest, vývoj řeči) a na jejich narušení u dětí s PAS. Prognóza dítěte v době stanovení diagnózy PAS závisí na mnoha faktorech a nelze ji často predikovat během dětství, především u dětí mladších 3 let.

Poruchy autistického spektra u dospívajících a dospělých

K. Thorová

APLA, Asociace pomáhající lidem s autismem, Praha, Česká republika

Klinický obraz poruch autistického spektra se vývojem proměňuje, nicméně jádrová oslabení v dospělosti zůstá-

vají totožná. V době dospívání a v dospělosti bývá diagnostika obtížnější, nutné je ve stěžejních oblastech strukturovaně a podrobně zmapovat vývoj dítěte. Prognóza poruchy se odvíjí od řady faktorů. Zhruba polovina osob s autismem má poruchu intelektu, která zásadním způsobem ovlivňuje úroveň fungování v dospělém životě. Studie nicméně ukazují, že nejvýznamnějším prognostickým faktorem není výše IQ, ale úroveň sebeobslužných a praktických dovedností související s každodenními úkony a fungováním ve společnosti. Zatímco osoby s autismem a intelektovým postižením se mírou adaptability v dospělosti významně neliší od osob s prostým intelektovým postižením, adaptabilita lidí s autismem s dobrým kognitivním potenciálem a rozvíjenými řečovými schopnostmi je výrazně nižší než u běžné populace. Dospělé osoby s autismem bez poruchy intelektu si hůře hledají práci, často předčasně ukončují studia, jsou závislé na pomoci okolí, upadají do sociální izolace a často postupně zabředávají do ekonomické bídy a celkového marasmu. Zhruba 70 % dospělých s autismem má přidruženou nějakou další psychiatrickou diagnózu, jedna třetina osob s autismem má dvě a více komorbidních diagnóz. Nejčastěji jde o deprese, úzkostnou poruchu, bipolární poruchu či poruchu aktivity a pozornosti v dospělosti. Schizofrenie a různé psychotické stavy se vyskytují u poruch autistického spektra v dvojnásobné míře, než je tomu u zbytku populace. K významnému zhoršení psychického stavu dochází často v době dospívání a v době mladé dospělosti, kdy se navyšuje sociální očekávání a tlak na samostatné a vyzrálé fungování. Adolescenti si také více začínají uvědomovat svoji odlišnost a omezení z ní vyplývající. V České republice jsou osoby s autismem v dospělosti diagnostikovány v rámci běžné psychiatricko-psychologické péče sporadicky, čímž není vytvářen tlak na vytváření tolik potřebných služeb a péče není správně zacílená. Kromě psychofarmakologické léčby přidružených psychických onemocnění se studii jako efektivní prokázaly nácviky sociálních dovedností, kognitivně-behaviorální terapie a různé sociální podpůrné programy.

ADHD u dětí a ADHD u dospělých

P. Theiner

Psychiatrická klinika FN Brno a MU, Česká republika

ADHD je dnes chápáno jako neurovývojové onemocnění, které je významně geneticky podmíněno. Příznaky se objevují v časném dětském věku a dle nových poznatků u velké části pacientů přetrvávají až do dospělosti. V každém věku nacházíme drobné odchylky ve stavbě i funkci některých oblastí mozku, které ukazují na to, že ADHD představuje jistou formu vývojového opoždění. Příznaky se v průběhu věku poněkud mění. Ubývá typické dětské hyperaktivity, která přechází spíše do vnitřního pocitu neklidu a neuspořádanosti myšlenek. Objevuje se emoční dysregulace, která představuje narušení kvality života již od rané adolescence. Nepozornost zůstává poměrně stabilním rysem poruchy a v průběhu života se nijak zásadně nezlepšuje, lidé s ADHD si však vytvářejí různé strategie, z nichž některé pomáhají, jiné naopak přinášejí další komplikace do života. V dospělém věku najdeme často

překvapivě málo symptomů ADHD při poměrně špatném fungování v životě. Léčba ADHD má prakticky stejný biologický základ v dětství i dospělosti a používané léky patří v psychiatrii k těm účinnějším. Psychoterapeutické metody se postupně rozvíjejí.

VZŤAH MEDZI DEPRESIOU A TELESNÝMI REGULAČNÝMI SYSTÉMAMI

Depresia a somatické ochorenia

M. Králová, M. Matisová

Psychiatrická klinika LF UK a UNB, Bratislava, Slovenská republika

Komorbidity depresie a somatických ochorení je veľmi vysoká. V niektorých prípadoch môže ísť o nezávislú koincidence, ale väčšinou existuje medzi depresiou a somatickou chorobou obojstranná vzájomná súvislosť. Depresia a somatické ochorenia sa navzájom patoplasticky ovplyvňujú, môžu navzájom fungovať ako spúšťacie faktory, ale najväčšia pozornosť je venovaná kauzálnym súvislostiam, kedy depresia a somatické ochorenie predstavujú pre seba navzájom nezávislé rizikové faktory. Mechanizmy prepojenia medzi nimi môžu byť behaviorálne, najvýznamnejšie sú však mechanizmy biologické. Dysfunkcia hipokampu pri depresii sa môže podieľať na vzniku kognitívneho deficitu, emocionálnej a neuroendokrinnnej dysregulácie. Neuroendokrinná, neuroimunologická a autonómna dysregulácia vedie nielen k mnohým telesným symptómom v kontexte depresie, ale predstavuje aj prepojenie medzi depresiou a somatickou chorobou. Neurotrofické faktory a inflamatórne cytokíny, syntetizované a uvoľňované bunkami glie, zohrávajú pravdepodobne kľúčovú úlohu v spojení depresie s kardiovaskulárnymi, ale aj inými metabolickými ochoreniami.

Úloha nervus vagus pri psychických poruchách a neurologických chorobách

B. Mravec

Fyziologický ústav, LF UK, Bratislava, Slovenská republika

Aj napriek tomu, že nervový systém funguje ako celok, pri výskume psychických porúch a väčšiny neurologických chorôb sa pozornosť už tradične zameriava na skúmanie procesov prebiehajúcich v tkanive mozgu. Činnosť mozgu je ale významnou mierou ovplyvňovaná aj signálmi z periférnych tkanív. Signály, ktoré sú z periférie prenášané humorálnymi a nervovými dráhami do mozgu, sa tak môžu spolupodieľať na modulácii priebehu psychických porúch a neurologických chorôb. Veľká časť nervových dráh, ktoré zabezpečujú modulačný vplyv periférie na mozog, prebieha v nervus vagus. Signály prenášané aferentnými dráhami nervus vagus sa podieľajú napríklad na vzniku správania súvisiaceho s chorobou. Na význam signálov prenášaných týmto hlavovým nervom poukazuje aj pozi-

tívny vplyv elektrickej stimulácie nervus vagus na kognitívne procesy, ako aj využitie tejto metódy v liečbe farmakorezistentnej epilepsie, depresie a ďalších patologických procesov prebiehajúcich v mozgu. Jednou z limitácií širšieho využitia elektrickej stimulácie nervus vagus je invazívny charakter implantácie elektrických stimulátorov. V poslednom období sa ale testujú neinvazívne metódy elektrickej stimulácie nervus vagus. Je preto možné očakávať, že elektrická stimulácia nervus vagus sa v budúcnosti bude ešte rozsiahlejšie využívať v liečbe neurologických chorôb a psychických porúch.

Vplyv vagotómie na protizápalový účinok antidepresív v animálnom modeli

K. Ondičová^{1,2}, A. Tillinger², L. Miková^{1,2}, N. Hegedúsová¹, J. Pečeňák², B. Mravec^{1,2}

¹Ústav patologickej fyziológie, Lekárska fakulta Univerzity Komenského, Bratislava, Slovenská republika

²Ústav experimentálnej endokrinológie Slovenskej akadémie vied, Bratislava, Slovenská republika

³Psychiatrická klinika, Lekárska fakulta Univerzity Komenského, Bratislava, Slovenská republika

Cieľ: Zistiť zapojenie dráh nervus vagus v protizápalovom pôsobení antidepresíva fluoxetín po imunitnom podnete. Sledovali sme, ako subdiafragmatická vagotómia a akútne podanie fluoxetínu po podaní lipopolysacharidu (LPS) ovplyvnia plazmatické hladiny vybraných prozápalových cytokínov, expresiu génov pre tieto cytokíny v slezine a vo vybraných oblastiach mozgu, ako aj marker neuronálnej aktivácie c-Fos.

Metódy: U potkanov kmeňa Sprague-Dawley sme prerušili vetvy nervus vagus a po regenerácii intraperitoneálne aplikovali fluoxetín alebo fyziologický roztok 30 minút pred aplikáciou LPS. Po 3 hodinách od aplikácie fluoxetínu bola odobratá krv a tkanivo zo sleziny a mozgu. Sledované parametre sme stanovili kitmi a analýzou Real-Time PCR.

Výsledky: U vagotomovaných aj SHAM operovaných potkanov, ktorým sa podal najprv fyziologický roztok a následne LPS, došlo po 3 hodinách k významnému zvýšeniu plazmatických hladín cytokínov a zvýšeniu expresie génov pre tieto cytokíny v slezine a mozgu. Fluoxetín výrazne znížil plazmatické hladiny sledovaných cytokínov (TNF- α , IL-1 β , IL-6) i ich génovú expresiu v slezine a mozgu ($p < 0,05$; $p < 0,001$), pričom vagotómia tento inhibičný účinok fluoxetínu na periférii obmedzila.

Záver: Potvrdili sme protizápalové pôsobenie fluoxetínu na periférii aj v centrálnom nervovom systéme, pričom pre toto pôsobenie je vo väčšej miere potrebný intaktný nervus vagus, než priame pôsobenie fluoxetínu na imunitné bunky.

Podporené grantom VEGA1/0300/15.

Mechanismus účinku antidepresív – za monoamínovou teóriou depresie

J. Pečeňák

Psychiatrická klinika, Lekárska fakulta Univerzity Komenského a Univerzitnej nemocnice Bratislava, Bratislava, Slovenská republika

Po objavení prvých antidepresív – tricyklických látok a inhibítorov monoaminoxidázy – sa zistil mechanizmus ich účinku a odvodené sa postulovala monoamínová teória depresie (1). To sa premietlo do cielenej syntézy ďalších liekov s účinkom zameraných na jednotlivé neurotransimetry, príkladom je skupina SSRI antidepresív. Tento zjednodušený, možno povedať mechanický pohľad na etiológiu depresie ako stav, kedy je znížená dostupnosť monoamínov v mozgu a je potrebné ju arteficiálne upraviť, môže byť síce vhodným modelom pre základné klinické uvažovanie, ale rozhodne dostatočne komplexne nepokrýva a nezhrňuje viaceré poznatky, ktoré boli v súvislosti s depresiou postulované.

Jednou z týchto oblastí je vzťah depresie a zápalu či iných somatických ochorení – problematika, ktorá je sledovaná desiatky rokov a je podoprená klinickou praxou, napr. rizikom vývoja depresie u pacientov liečených interferónom. To navodzuje otázky, akým spôsobom môžu antidepresíva zasiahnuť do imunitných procesov a signalizácie medzi periférnymi orgánmi a CNS prostredníctvom monoamínov (1). Dokonca to vedie ku koncepcii, ktorá vysvetľuje pretrvávajúce genetické dispozície pre depresiú, napriek jej devastujúcim dôsledkom v sociálnej rovine, skríženou evolučnou výhodou, ktorá spočíva v posilnení obrany voči vonkajším patogénom (3).

1. Pečeňák J. Psychiatr prax; 2009; 10 (3): 136–139.
2. Baganz NL, Blakely RD. ACS Chem Neurosci 2013 Jan 16; 4 (1): 48–63.
3. Raison CL, Miller AH. Mol Psychiatry 2013 Jan; 18 (1): 15–37.

MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE V RÁMCI KONZILIÁRNEJ PSYCHIATRICKÉJ PÉČE V KRAJSKÉJ NEMOCNICI NA JIHOVÝCHODNÍ MORAVĚ

V. Pálenský¹, L. Koláčková², J. Svobodová³

¹PSYCHIART s. r. o., odborná psychiatrická ambulancia Veselí nad Moravou a Kyjov, Česká republika

²Neurologické oddelenie Nemocnice Kyjov p. o., Kyjov, Česká republika

³Interné oddelenie Nemocnice Kyjov p. o., Kyjov, Česká republika

Cieľom workshopu je vytvorenie diskusnej mezioborovej platformy, kde psychiatrie spolupracuje se somatickými oborami. Na regionálnom modeli konziliárnej péče v krajskej nemocnici demonštrujeme niektoré z možných prístupov spolupráce. Kromě přehledu základních dat týkajících

se počtů a diagnóz konziliárních vyšetření prezentujeme kazuistiku komentovanou z pohledu internisty, neurologa a psychiatra. Věříme, že tento přístup může vést k lepšímu povědomí o psychických poruchách, o jejich nezanedbatelné roli v obrazu polymorfních potíží a tím k většímu celkovému benefitu pacienta.

Partnerem workshopu je Nemocnice Kyjov p. o.

PSYCHOSOMATIKA

Ne dva, ale tři světy v psychosomatice

V. Chvála, L. Trapková

Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec, Česká republika

Psychosomatika je znovu skloňována. Odvržený kámen se může stát kamenem úhelným, jak naznačuje epigenetika a nové znalosti o CNS. Znovu objeňovaná psychosomatika, přes svůj název, neznamená spojenie dvou světů, tělesného a psychického. Znamená respekt ke třem naprosto odlišným světům, které ve své koevoluční svázanosti představují lidský svět: tělesný, psychický a sociální. To, co je na psychosomatice opravdu obtížné, je schopnost a ochota odborníků ze tří rozdílných oblastí, kteří si lidský svět pro svá zkoumání rozebrali, a vzájemně se izolovali ve svých specializacích, jazycích a teoriích, domluvit se a uvidět svět jako mnohovrstevný celek. Ve svém příspěvku chceme ukázat, co to znamená dívat se na člověka jako na bio-psycho-sociální celek, když nic tělesného nemůže být součástí psychického, a jestliže základním prvkem sociálního systému není ani tělo, ani psyché, a přesto změny v jedné oblasti ovlivňují ostatní dvě vrstvy. Jak se vlastně stane, že se člověk v té vši složitosti jeví jako nemocný, nebo se uzdraví. Jak může medicína tento celek zkoumat, když našim smyslům (a přístrojům) je dostupná jen vrstva tělesná, kdežto další dvě můžeme pouze myslet, vnímat, prožívat. Když tělo je zdrojem signálu, psychický systém mu přiřítá význam, který se v sociálním systému může stát společně vyjednaným významem.

Psychosomatika v ordinaci praktického lékaře

M. Ročňová

Ordinace praktického lékaře Šestajovice, Česká republika

V každé ordinaci praktického lékaře se vyskytuje určité procento psychosomatických pacientů. Vyskytují se u nich somatické projevy, které nejsou medicínsky vysvětlitelné, nebo tíže příznaků neodpovídá somatickým nálezům. Část z nich je zároveň v péči psychiatra. Bylo by výhodou, kdyby praktický lékař a psychiatr spolupracovali a čas od času si předávali informace o průběhu léčby pacienta? Zkušenosti z jedné ordinace PL.

Psychosomatika v ordinaci pediatra

B. Branná

Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost, Ostrava, Česká republika

Při práci pediatra se často setkávám s tím, že kromě tělesných systémů jde také o prostředí, ve kterém dítě žije, rodinné vztahy a nastavení, jeho vazby. Stonání či uzdravení ovlivňuje inteligenční i sociální úroveň rodiny. Také různý věk dětí s sebou nese různá onemocnění, ale i různě pestrou vztahovou problematiku.

Všichni známe situaci, kdy odebereme podrobnou anamnézu, vyšetříme dítě, uděláme odběry, odborná a konziliární vyšetření. Výsledky všech vyšetření jsou negativní a potíže či problém pacienta přetrvává. Dítě i jeho rodina se k nám neustále vrací, rodiče jsou stále znepokojenější a naléhavější a my stále bezradnější. Neboť vše potřebné jsme provedli, a příčina nemoci nikde.

Poté často odesíláme klienty k psychologickému vyšetření. Rodiče se cítí dotčeni, že „něco dělají ve výchově špatně“, že budou označeni „jako viníci“ a že jejich dítě přece „není blázen“. Někdy poslechnou naše doporučení, zajdou k psychologovi a donesou nám zprávu z prvního vyšetření. Nezřídka se k další doporučené psychoterapii již nedostaví. Co s tím? Dá se s takovými situacemi v pediatrické ambulanci něco dělat? Máme na to vůbec čas? Zaplatí nám to někdo? Má význam investovat do vzdělání v této oblasti? Nebo stačí, když budeme s pacienty hovořit a naslouchat jim, což stejně všichni děláme...

Pokožka jako hraniční orgán

P. Petrovská

Oddělení dermatologie-psychosomatická medicína, Spálená 12, Praha 1, Česká republika

- Vzhled je zvnějšněním niternosti, i nemoc je zvnějšněním vnitřního prožívání. Psychické dění je neuchopitelné v pojmech somatické medicíny.
- Pokožka je hranice, která odděluje a chrání vše, co je uvnitř našeho těla od vnějšího světa, hranice, na které se odráží vnější svět.
- Má nezaměnitelnou roli, neboť vyjadřuje neverbálním způsobem celou naši osobnost.
- Je vztahové pole, na kterém se odrážejí naše emoce.
- Je výrazem vztahu nás k vnějšímu světu, našich vztahů s jinými lidmi a vztahem k sobě.
- Z tohoto pohledu je zajímavé vnímat pokožku jako informační kanál u pacientů s kožním onemocněním.
- Pokožka vypovídá lidský příběh, co se asi stalo a co se děje právě teď. Je důležité vnímat nejen charakter vyrážky, ale též, kde se vyskytuje: anamnéza z dermatopsychosomatického hlediska, topografie vyrážek, charakteristika jednotlivých onemocnění.

DIAGNOSTIKA ADHD U DOSPĚLÝCH S DANIELOU JELENOVOU

D. Jelenová

Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Úvod: ADHD v dospělosti zůstává mnohdy psychiatry nerozpoznána. Častým důvodem mohou být komorbidní poruchy, které mohou maskovat projevy ADHD a znesnadňovat správnou diagnostiku a léčbu.

Metoda: Diskuse při rozboru kazuistik ADHD u dospělých bude zaměřena na porozumění diagnostickým kritériím, možnosti využití dostupných škál. Prostor bude věnován možným komplikacím při diagnostice.

Výsledky: Vlastní symptomatika ADHD je tak často překryta příznaky komorbidních poruch, protože jsou velmi podobné, nebo natolik intenzivní, že upoutají pozornost psychiatra, který pak zaregistruje pouze komorbidní poruchu. U pacientů s ADHD v dospělosti se může vyskytovat celá řada komorbidních poruch, např. úzkostné a afektivní poruchy, závislost na návykových látkách, poruchy osobnosti, impulzivní poruchy, poruchy spánku. Dospělí s ADHD nezřídka trpí nízkým sebevědomím, zhoršenou náladou, podrážděností nebo výkyvy nálad, čímž může být ADHD zaměněno za depresivní poruchu, dystymii, cyklothymii, bipolární poruchu nebo hraniční poruchu osobnosti.

Závěr: Správné stanovení diagnózy ADHD v dospělosti umožňuje zajistit adekvátní léčbu, která může zmírnit také příznaky komorbidní poruchy a zvýšit celkovou kvalitu života.

SEXUALITA A JEJÍ DYSFUNKCE

Skupina evoluční sexuologie a psychopatologie

K. Klapiřová

¹Národní ústav duševního zdraví, Klecany, Česká republika
²Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova, Česká republika

Primárním zaměřením výzkumné skupiny Evoluční sexuologie a psychopatologie založené v roce 2015 v rámci Národního ústavu duševního zdraví je základní výzkum dílčích systémů partnerského/sexuálního chování a prožívání v rámci normální populace (stanovení standardů sexuální normality), které budou kontrastovány s fungováním u sexuálních parafíků. Součástí je vývoj testových stimulů a testování reakcí na ně (psychofyzilogických, mozková aktivace) s potenciálem pro využití v klinické praxi.

Výchozím paradigmatem skupiny je evoluční psychiatrie a psychologie, jež aplikují při náhledu na duševní pochody a jejich poruchy evoluční teorie. Tento přístup nahlíží na psychopatologie buď jako na funkční samostatné adaptace či adaptivní behaviorální strategie, které jsou aktivovány interakcí s prostředím, nebo jako na maladaptace, případně adaptace na jiné (pleistocenní) prostředí, které jsou již v dnešní době nefunkční, nicméně

stále chování a prožívání člověka ovlivňují. Důsledná identifikace dílčích funkčních adaptací/maladaptací sexuálního motivačního systému (tedy již od způsobu navazování partnerského vztahu až po úspěšné vykonání sexuálního styku a genitální odpověď) v rámci normální populace může vnést řadu inspirativních a následně testovatelných náhledů na etiologii sexuálních variací, stejně jako umožnit vývoj cílených testovacích materiálů, jež mohou přispět k jejich snadnější diagnostice a způsobu práce s těmito pacienty. V rámci konferenční prezentace budou teoretická východiska skupiny a některé z aktuálních projektů.

Sexuálně dysfunkcie u žien – konflikt tela a duše

D. Šedivá

Psychiatrické oddelenie, Fakultná nemocnica Trnava, Slovenská republika

Dlhodobu sú v popredí záujmu odborníkov mužskej sexuálnej dysfunkcie. Príčinou je najmä pokrok v diagnostike a možnosti adresnej liečby.

Ženské sexuálne dysfunkcie zostávajú v úzadí, jednak pre podstatne nižšiu naliehavosť žien na liečbu, no najmä pre svoju zložitosť. Z evolučného hľadiska je sexuálne správanie žien z pochopiteľných dôvodov selektívnejšie, ani orgazmus nie je pri stimulácii samozrejmosťou ako u mužov. Komplexnosť a rôznorodosť faktorov, ktoré vedú u žien k sexuálnym dysfunkciám, je príčinou, že doteraz nemáme k dispozícii jediný účinný preparát. Rozhodujúcimi faktormi sú psychogénne príčiny – súčasné a minulé partnerské problémy, rozdiely v sexuálnej apetencii páru, traumy, vplyv výchovy, povahové rysy atď. Jednotlivé činitele spolupôsobia, čím sa stupňuje náročnosť liečby, ktorá je zameraná na komplexný psychoterapeutický prístup k partnerskej dvojici.

Kľúčové slová: ženské sexuálne dysfunkcie, sexuálna terapia.

METABOLICKÉ A ENDOKRINOLOGICKÉ ASPEKTY SCHIZOFRENIE A JEJÍ LÉČBY

Vztah kognice a kortizolémie u prvých epizod schizofrenie

E. Češková^{1,2,3,4}, D. Havelka^{5,6}, H. Přikrylová Kučerová^{2,7}

¹CEITEC MU, Česká republika

²Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Česká republika

³KIO LF University Ostrava, Česká republika

⁴Odd. psychiatrie, FN Ostrava, Česká republika

⁵Psychiatrická nemocnice Šternberk, Česká republika

⁶Psychologický ústav FF MU, Česká republika

⁷Ústav klinické psychologie a psychosomatiky MU, Česká republika

Porucha stresové osy včetně hyperkortizolémie je častým nálezem u řady psychických poruch a může hrát roli v je-

jich etiopatogenezi. Na psychiatrické klinice v Brně jsme se dlouhodobě touto problematikou zabývali a sledovali dynamiku kortizolémie a její koreláty u nemocných hospitalizovaných poprvé pro 1. epizodu schizofrenie. Zjistili jsme, že v kombinaci se strukturálními změnami CNS může mít prediktivní hodnotu. Dále jsme pozorovali (n = 56) při přijetí zvýšení kortizolémie a vyšší výskyt nonsuprese u dexametazonového supresivního testu (17,9 %). Po akutní léčbě bylo 5,3 % nonsupresorů a při kontrole po jednom roce 16 %. Podobný průběh jsme zaznamenali u kortizolémie, tj. snížení v průběhu akutní léčby a opětné zvýšení v další průběhu. Dále jsme se zaměřili na koreláty kortizolémie. Zatímco vztah s příznaky nebyl jednoznačně prokázán, našli jsme signifikantní negativní korelaci mezi kortizolémií a neuropsychologickými testy zaměřenými na verbální paměť (n = 23). Toto je zajímavé v kontextu s novými poznatky o velikosti hippocampu, genetickém polymorfismu glukokortikoidových receptorů a psychotické depresi, která je charakterizována kognitivní dysfunkcí a hyperkortizolémií.

Podpora projektem CEITEC (CZ.1.05/1.1.00/02.0068) z Evropského fondu regionálního rozvoje.

Aldosterón a schizofrenia

D. Ježová¹, M. Mayerová², N. Hlaváčová¹, E. Češková², L. Ustohal²

¹Laboratórium farmakologickej neuroendokrinológie, Ústav experimentálnej endokrinológie SAV, Bratislava, Slovenská republika

²Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Brno, Česká republika

Význam nadmerného stresu a vysokých hladín glukokortikoidov ako rizikových faktorov psychických porúch je známy už dlho. Len nedávno sa však ukázalo, že psychické funkcie môžu byť ovplyvňované aj mineralokortikoidným hormónom aldosterónom. Naše preklinické štúdie ukázali, že dlhodobé zvýšenie cirkulujúceho aldosterónu vyvoláva anxiogénne a depresogénne účinky. Najnovšie nálezy u pacientov s depresívnou poruchou ukazujú, že koncentrácie aldosterónu môžu mať určitú predikčnú hodnotu pre úspech liečby (Buttner, Jezova, Greene, Konrad, Kircher, Murck, J Psychiatr Res 2015). U pacientov so schizofréniou boli popísané poruchy vodno-soľného metabolizmu, avšak o zmenách aldosterónu vo vzťahu k priebehu ochorenia nie je známe nič. Vyšetřili sme koncentrácie aldosterónu a kortizolu v krvi 36 pacientov so schizofréniou vo veku 17–56 let. Výsledky nepreukázali vzťah medzi koncentraciou aldosterónu a skóre PANSS, ani sa neprejavili pohlavné rozdiely. Pacienti s prvou epizódou schizofrenie však mali signifikantne nižšie koncentrácie aldosterónu ako dlhodobejšie chorí. Rozdiel medzi prvou a ďalšou epizódou sa potvrdil aj pri vyhodnotení pomeru medzi aldosterónom a kortizolom. Tento pomer u jednotlivých pacientov stratifikovaných podľa epizódy vykazoval signifikantnú koreláciu so skóre v PANSS. Tieto výsledky predstavujú úplne prvé nálezy poukazujúce na súvis aldosterónu a schizofrenie. Zdá sa, že na rozdiel od kortizolu, koncentrácie aldosterónu s priebehom ochorenia stúpajú.

Čiastočne podporené APVV-14-0840.

Nežádoucí metabolické účinky atypických antipsychotik – mechanismy a možné intervence

H. Kotolová¹, K. Horská^{1,2}, L. Ustohal³, M. Mayerová³, T. Kašpárek³

¹Ústav humánní farmakologie a toxikologie, FaF VFU Brno, Brno, Česká republika

²Nemocniční lékárna – oddělení klinické farmacie, FN Brno, Brno, Česká republika

³Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Brno, Česká republika

Atypická antipsychotika (AAP), základní pilíř terapie schizofrenie, psychotických poruch, přinášejí vedle vyšší účinnosti a lepší snášenlivosti i významné nežádoucí metabolické účinky. Prevalence metabolického syndromu je vyšší i v populaci drug-naïve pacientů a riziko kardiometabolických komplikací se dále zvyšuje s délkou trvání onemocnění. AAP prokazující nejvyšší klinickou účinnost jsou asociována s největší manifestací nežádoucích metabolických účinků. Mechanismy, jakými AAP indukují zvýšení tělesné hmotnosti a rozvoj kardiometabolických komplikací, dosud nejsou plně objasněny. Jedná se o mechanismy centrální, i periferní – například alterací endokrinní funkce tukové tkáně, dysregulaci sekrece relevantních adipokinů.

Pro zajištění bezpečnosti a účinnosti léčby AAP s minimalizací případné non-compliance je zásadní rozsah a frekvence monitoringu nežádoucích metabolických účinků AAP a následné včasné zahájení behaviorálních intervencí, tak i využití farmakoterapeutických strategií orientovaných na všechny komponenty metabolického syndromu.

Porozumění mechanismům, které jsou podkladem manifestace nežádoucích metabolických účinků AAP, bude rozhodující pro zdokonalení léčby duševních poruch a zaměření se na nové potenciální terapeutické cíle redukující riziko souvisejících kardiometabolických komplikací.

Terapie klozapinem a její (nejen) metabolické aspekty

M. Mayerová¹, A. Hamplová², L. Ustohal¹, T. Kašpárek¹

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

²Farmaceutická fakulta VFU Brno, Brno, Česká republika

Ve sdělení budou shrnuty informace o léčbě pacientů se schizofrenií klozapinem. Bude diskutováno, v jaké fázi onemocnění klozapin nasazovat a zda je vhodné nasazovat klozapin případně již u pacientů s prvními epizodami onemocnění. Dále pohovoříme o tom, zda a jak moc se obávat nežádoucích účinků – metabolických i jiných; zmíněno bude také, jak často musí být v praxi klozapin právě kvůli nežádoucím účinkům vysazen. Rovněž se dotkneme tématu, jaké jsou možnosti kombinace antipsychotik, případně příkombinování jiných biologických léčebných metod, pokud ani monoterapie klozapinem nestačí k žádoucímu účinku. Na závěr probereme i problematiku, která je v poslední době hojně diskutována, a to je monitorování plazmatických hladin klozapinu a jeho benefit.

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Novinky ve výzkumu poruch příjmu potravy Centra pro poruchy příjmu potravy v Praze

H. Papežová¹, J. Bulant¹, A. Yamamotová²

¹Centrum pro poruchy příjmu potravy, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Česká republika

²Ústav normální, patologické a klinické fyziologie, 3. LF UK Praha, Česká republika

Cíle: Výzkum multifaktoriálně podmíněných onemocnění vyžaduje sledování interakcí biologických, sociálních a psychologických přístupů. Translační medicína vyžaduje integraci nových poznatků z genetické oblasti, animálních modelů, z výzkumu kognitivních funkcí a emocí a jejich převedení do klinické praxe. V této práci demonstrujeme výsledky výzkumu nových endofenotypů poruch příjmu potravy (PPP), ze sledování specifických symptomů pro PPP (změn vnímání vlastního těla a bolesti) a faktorů genetických polymorfismů (BDNF) a jejich uplatnění v praxi.

Metody: Měříme vnímání termické bolesti přístrojem Analgesia meter (IITC Life Science USA) a vnímání vlastního těla (software Anamorphic Micro) a genetické polymorfismy BDNF.

Výsledky: U 60 pacientů s AN a BN nacházíme významnou souvislost mezi nespokojeností s vlastním tělem (v kontrastu s percepcí rozměrů vlastního těla) a vnímáním bolesti. Dříve referovanou asociaci BDNF s nespokojeností s vlastním tělem (EDE-Q) ověřujeme u pacientů s PPP pomocí počítačového programu Anamorphic Micro.

Závěry: Naše výsledky ukazují významnou asociaci mezi nespokojeností s vlastním tělem a vnímáním bolesti, ve kterých se může podílet genetická vulnerabilita. V klinické praxi výsledky přispívají k hodnocení klinického stavu i prognózy pacientů. Demonstrují psychosomatickou povahu vnímání bolesti, protože negativní emoce spojené s nespokojeností s vlastním tělem sdílejí některé společné mechanismy se systémem zpracování bolesti.

Podpořeno IGA NT 14094/3, PRVOUK P26/LF1/4, PRVOUK P34

Biologické, psychologické a forenzní přístupy v léčbě chronických průběhů anorexia nervosa

P. Holanová, K. Kviatkovská, H. Papežová

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice Praha, Česká republika

Cíle: Chronické formy mentální anorexie (AN) jsou popsány u zhruba 24 % pacientek s typickou neschopností udržet zdravou váhu, přetrvávajícím patologickým zaujetím jídlem, tělesným schématem a hmotností. Dochází k závažným somatickým, psychosociálním komplikacím a zvýšené mortalitě. Na lůžkovém oddělení Centra pro poruchy příjmu potravy (PPP) tvoří chronické pacientky

zhruba 30 % nemocných. Výsledky terapie limituje minimální motivace ke změně, somatické komplikace, komorbidita a kognitivní poškození při dlouhodobé podvýživě. Léčba vyžaduje modifikovaný přístup, individualizovaný, s limitovanými cíli.

Metody: Z biologických přístupů sledujeme efekt repetitivní transkraniální magnetické stimulace (rTMS) u pacientů s psychogenním přejídáním. Psychoterapii při dlouhodobé těžké malnutrici modifikujeme pro obtížnou dohodu na terapeutickém cíli i postižení kognitivních funkcí. K úvodní rehabilitaci používáme kognitivní remediace. Forenzní problematika u chronických forem narůstá na jednotce pro PPP i během konziliární péče. Zabýváme se otázkami, kde a jak má probíhat dlouhodobá léčba nemotivované, somaticky ohrožené pacientky, kdo rozhoduje o propuštění nebo hospitalizaci bez souhlasu. Rozhodnutí vyžadují kvalitní mezioborovou spolupráci.

Závěr: Zásadní je týmová a multidisciplinární spolupráce. Lékaři, terapeuti a střední zdravotní personál s nemotivovanými pacientkami zažívají často minimální úspěchy, což vede k pocitům bezmoci, bezradnosti, k pasivně agresivním a konfrontačním postojům, s rizikem syndromu vyhoření, když se s negativními emocemi neparčuje v supervizi.

Podpořeno: PRVOUK P26/LF1/4, PRVOUK P34, GAUK 173915.

Súčasný stav liečby PPP na Slovensku, režimová liečba na PsK Pinelovej nemocnice

Z. Lajčiaková, L. Hrustič Karlubíková, P. Černák

Psychosomatická klinika Pinelova nemocnica Pezinok, Slovenská republika

História špecializovanej liečby PPP v Pinelovej nemocnici Pezinok siaha do roku 1992, kedy vzniklo Psychoterapeutické oddelenie, predchodca dnešnej Psychosomatickej kliniky, ktorá je vyučbovou bázou Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity. Program špecializovanej liečby na skupinu týchto diagnóz sa kreoval na báze komplexného psychosomatického prístupu, dôraz bol kladený na psychoterapeutickú intervenciu, orientovaný eklekticky, predsa len s dôrazom na psychodynamický a hlbinný prístup. V prvých rokoch, asi do r. 2008, mala skupina pacientov prevažne mladých žien a dievčat s dg. PPP, výrazné a vcelku stabilné zastúpenie v celkovom počte pacientov kliniky. Vzhľadom k prepracovanému liečebnému programu aj vďaka dobrým terapeutickým výsledkom boli na kliniku odporúčané pacientky z celého Slovenska. V ďalších rokoch sme zaznamenali stagnáciu a pokles ich počtu. V práci tento jav skúmame a snažíme sa detegovať jeho príčiny. Zaujímá nás informovanosť o problematike PPP v odbornej a laickej verejnosti. Práca má viac otázok ako odpovedí – zámerom autorov bolo o. i. iniciovať diskusiu a výmenu skúseností s liečbou PPP v hospitalizačných, stacionárnych a ambulatných podmienkach a ich (ne)prepojeniach v rôznych regiónoch bývalého Česko-Slovenska.

Dobrovolná, nedobrovolná a paliatívni léčba mentální anorexie

L. Stárková¹, L. Šaurová²

¹Psychomed s.r.o., Psychiatrická klinika FN Olomouc, Česká republika

²FF UP Olomouc, Česká republika

Cíl sdělení: Cílem sdělení je informovat odbornou veřejnost o formách léčby, které jsou v léčbě mentální anorexie v zahraničí realizovány, a vyvolat diskusi o medicínsko-eticko-právních souvislostech různých léčebných přístupů.

Metoda: Z přehledu zahraniční literatury jsme získali informace o zkušenostech s nedobrovolnou léčbou mentální anorexie v zahraničí a o principech paliativní léčby, která může být v těžkých případech alternativním postupem. Paliativní léčba je doporučována v případech dlouhodobě neúspěšně léčených žen, které jsou dostatečně kompetentní pro odmítnutí další aktivní nedobrovolné léčby. Vzhledem k nedostatečným zkušenostem s paliativní léčbou u nás proběhlo malé dotazníkové šetření, které mělo za cíl sondovat názory naší odborné veřejnosti k zavedení paliativní léčby u chronických pacientek u nás.

Diskuse: Otázky medicínsko-eticko-právní v případě léčby nedobrovolné nebo paliativní vzbuzují stále větší zájem odborných pracovníků, protože prospěšnost léčby může narážet na etickou dimenzi (autonomii pacientky a její svobodnou volbu léčby). Ve 21. století řeší medicína mnoho nových otázek, neboť principy lékařské etiky a právní aspekty nabyly nových rozměrů. Otevřít diskusi na téma, zda je pacient v těžkém stavu dostatečně kompetentní pro vyjádření se k léčbě a která forma léčby je smysluplná, je prospěšné pro všechny, kteří musejí podobné otázky ve své klinické praxi řešit.

NEUROVĚDA A JEJÍ KLINICKÉ APLIKACE – MOŽNOSTI VYUŽITÍ RTMS V PSYCHIATRII

rTMS v léčbě depresivní poruchy

M. Bareš^{1,2}

¹Národní ústav duševního zdraví, Klecany, Česká republika

²Klinika psychiatrie a lékařské psychologie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Praha, Česká republika

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) je jednou z neurostimulačních metod, které jsou užívány v léčbě depresivní poruchy. Nejčastěji je v klinické praxi používána nízkofrekvenční rTMS pravého dorsolaterálního prefrontálního kortexu (DLPK) a vysokofrekvenční rTMS levého DLPK, které by měly být aplikovány ve 20 a více sezeních.

Účinnost obou zmíněných modalit rTMS byla prokázána řadou studií a našla odraz i ve výsledcích metaanalýz (např. Berlim et al., 2013, 2014) včetně recentní metaanalýzy účinnosti u pacientů s rezistentní depresí (Gaynes et al., 2014). rTMS je pacienty dobře tolerována, nicméně je méně účinná než elektrokonvulze (Berlim et al., 2013).

Přes pozitivní výsledky klinických studií v akutní léčbě deprese některá vodítka k léčbě nepovažují účinnost rTMS za dostatečně ověřenou (Bauer et al., 2013), či kládou doporučení k užití rTMS až na samý závěr výčtu použitelných metod (Anders et al., 2014).

Nelze také pominout, že k dispozici nejsou jasné důkazy pro účinnost rTMS v pokračovací, či dokonce profylaktické léčbě depresivní poruchy.

Tato publikace vznikla v rámci projektu „Národní ústav duševního zdraví (NUDZ)“, registrační číslo ED2.1.00/03.0078, financovaného z Evropského fondu pro regionální rozvoj a grantů IGA MZ ČR NT 14287, AZV 15-29900A, UK PRVOUK P-34, MZ ČR – RVO (NUDZ, 00023752).

rTMS v léčbě schizofrenie

L. Ustohal^{1,2}, M. Mayerová^{1,2}, T. Svěrák^{1,2}, V. Hublová¹, E. Češková^{1,2}, T. Kašpárek^{1,2}

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

²Centrum neurověd, CEITEC MU, Brno, Česká republika

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) se používá v psychiatrii již více než patnáct let. Nejvíce zkušeností je s ní v léčbě depresivní poruchy, uplatňuje se však i v terapii schizofrenie. Konkrétně nejčastěji se používá nízkofrekvenční rTMS cílená na levý temporoparietální kortex u pacientů s rezistentními sluchovými halucinacemi a také vysokofrekvenční rTMS zaměřená na levý dorsolaterální prefrontální kortex u pacientů s negativními příznaky. Účinnost rTMS v této indikaci prozatím není tak prozkoumána jako v případě zmíněné depresivní poruchy, proto jsou doporučení stran jejího použití opatrnější. Recentní doporučení hodnotí účinnost použití rTMS jako přídatné terapie v léčbě rezistentních sluchových halucinací na úrovni C (potenciálně účinná) a zároveň upozorňují, že není znám vztah intenzity stimulace a její délky k účinnosti, stejně jako nelze učinit žádné závěry stran případné udržovací terapie. Efektivnost použití rTMS jako přídatné terapie negativních příznaků hodnotí zmiňovaná doporučení na úrovni B (pravděpodobně účinná), i když upozorňují, že tento závěr nemusí být vzhledem k některým dosud chybějícím údajům konečný (Lefaucheur et al., 2014). Prozatím lze říci, že rTMS se jeví jako slibná terapeutická možnost v léčbě alespoň některých symptomů schizofrenie, avšak je potřeba ještě dalšího výzkumu, aby bylo možné posoudit v této indikaci její klinickou relevanci.

rTMS a nikotinismus

M. Anders¹, J. Albrecht¹, L. Štěpánková²

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

²III. interní klinika VFN Praha – Centrum pro závislé na tabáku, Praha, Česká republika

Kouření tabákových výrobků je hlavní odstranitelnou příčinou předčasné mortality a morbidit v současném světě, a proto je metodám léčby závislosti na tabáku a dostupnosti léčby věnována v posledních desetiletích stále

se zvyšující pozornost. V rozvinutých zemích se kouření koncentruje především ve znevýhodněných skupinách obyvatel, což významně přispívá ke zvýšení zdravotní nerovnosti v různých socioekonomických skupinách a současně je známa vysoká prevalence kouření mezi pacienty trpícími prakticky všemi typy psychických onemocnění. Závislost na tabáku sama patří mezi psychické poruchy (F17.x).

Repetitivní transkraniální stimulace je neinvazivní metoda stimulace specifických oblastí mozku prostřednictvím silného magnetického pole. Mechanismus potenciálního terapeutického účinku při léčbě závislosti není dosud zcela znám, ale pravděpodobně zahrnuje zvýšení dopaminergní a glutamatergní neurotransmise v kortikomezolimbických mozkových okruzích a modulace neuronální aktivity v okruzích, které zprostředkovávají kognitivní procesy se vztahem k syndromu závislosti, jako je inhibice odpovědi, selektivní pozornosti a reaktivity na podněty spojené s návykovou látkou. V rámci iniciálního výzkumu rTMS v léčbě syndromu závislosti na nikotinu se budeme věnovat pacientům trpícím depresivními poruchami, kteří se rozhodli přerušit kouření. Hodnocena bude úspěšnost v odvykání kouření, průběh a případná závažnost depresivních příznaků ve skupině léčené aktivní a sham rTMS.

Podpořeno projekty MZ ČR – RVO VFN64165 a PRVOUK P26/LF1/4.

rTMS for the treatment of depression: Where do we stand and what does the future bring?

B. Langguth

Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Regensburg, Germany

30 years ago transcranial magnetic stimulation has been developed as a non-invasive method for stimulating the brain. Applied as repetitive transcranial magnetic stimulation it can induce alterations of brain activity that outlast the stimulation period.

The use of rTMS for the treatment of depression has been investigated in a large number of clinical trials. There is high evidence that high-frequency rTMS of the left dorsolateral prefrontal cortex improves depressive symptoms. There is also increasing knowledge about the neurobiological mechanisms that are induced by rTMS.

Recent approaches for further development of the method include strategies for exact coil positioning, identification of new stimulation targets, modification of stimulation parameters, in particular increase and acceleration of treatment sessions.

PSYCHIATRIA VERSUS FORENZNÁ PSYCHIATRIA V PRAXI

I. André, L. Izáková, L. Žlnayová

Psychiatrická klinika LF UK a UN Bratislava, Ústav pre znaleckú činnosť v Psychológii a Psychiatrii, s.r.o., Slovenská republika

Workshop ponúka účastníkom možnosť porovnať zásady psychiatrickej a forenzne psychiatrickej praxe pri viacerých psychických poruchách. Účastníci budú priamo zapojení do vytvárania návrhu pre manažment pacienta a psychiatrického posúdenia probanda s rovnakou psychickou poruchou zvlášť v občiansko-právnom a trestno-právnom konaní. Snaha organizátorov workshopu je poukázať nielen na spoločné aspekty, ale najmä na odlišnosti oboch prístupov.

REČ A DEMENCIA

(Prezentácia výsledkov výskumného projektu APVV č. 0048/11 „Kognitívno-komunikačné poruchy u pacientov s miernou kognitívnou poruchou a demenciou“)

Lexikálno-sémantické a gramatické poruchy u pacientov s Alzheimerovou demenciou: výskum a význam pre klinickú prax

Zs. Cséfalvay¹, J. Marková¹, J. Čunderlíková¹, S. Šutovský², P. Turčáni², B. Mészáros Hideghéty³, M. Králová³

¹Katedra logopédie, PdFUK, Bratislava, Slovenská republika

²I. neurologická klinika LFUK, UNB, Bratislava, Slovenská republika

³Psychiatrická klinika LFUK, UNB, Bratislava, Slovenská republika

Cieľ: Vo výskume sme analyzovali jazykové procesy na úrovni slova, vety a textu u pacientov s rôznym stupňom AD s cieľom opísať špecifické jazykové deficity u tejto populácie.

Súbor a metóda: Výskumnú vzorku tvorilo 79 pacientov s diagnostikovanou AD, z toho 38 pacientov ľahkého stupňa, 36 pacientov stredného stupňa a 5 pacientov ťažkého stupňa. Kontrolnú skupinu tvorili osoby bez kognitívneho deficitu, ktoré mali výkony v skriningu MoCA 26 a viac bodov. Na diagnostiku jazykových deficitov sme použili batériu testov, ktoré boli vytvorené pre slovenský jazyk.

Výsledky: Porovnanie výkonov pacientov s rôznym stupňom ACH s výkonom zdravých subjektov ukázalo, že všetky porovnávané skupiny sa signifikantne odlišovali v porozumení viet (Kruskal-Wallis 50,609, $p < 0,001$), v produkcii viet (K-W 54,779, $p < 0,001$) a na úrovni textu (K-W 64,313, $p < 0,001$). Na úrovni slov (pomenovanie objektov) sa výkony signifikantne líšili od výkonov normy

až pri ťažkom stupni ACH (Mann-Whitney 22, $p < 0,001$), pri porozumení izolovaných slov sa nezistili signifikantné rozdiely medzi výkonmi normy a pacientmi s ACH (K-W 4,506, $p = 0,212$).

Záver: Na včasné zacytenie jazykových deficitov u pacientov s demenciou pri ACH použitie testov na porozumenie izolovaných slov a pomenovanie obrázkov je nedostatočné a nemôže odhaliť už prítomné poruchy na vyšších úrovniach (veta, text).

Grantová podpora: APVV 0048-11.

Vplyv jednotlivých dimenzií kognitívneho poškodenia a nonkognitívnych symptómov na produkciu a porozumenie viet u pacientov s Alzheimerovou demenciou

M. Králová¹, B. Mészáros Hideghéty¹, J. Marková², J. Čunderlíková³, S. Šutovský³, P. Turčáni³, Zs. Cséfalvay³

¹Psychiatrická klinika LF UK a UN Bratislava, Slovenská republika

²Katedra logopédie Pedagogickej fakulty UK Bratislava, Slovenská republika

³I. Neurologická klinika LF UK a UN Bratislava, Slovenská republika

V prednáške prezentujeme výsledky projektu, ktorý predstavuje časť výskumu v rámci grantu APVV Kognitívno-komunikačné poruchy u pacientov s miernou kognitívnou poruchou a demenciou. Zameriavame sa v nej na bližšiu analýzu kognitívneho deficitu vo vzťahu k jazykovým deficitom. V súbore pacientov Psychiatrickej kliniky LFUK a UNB, I. neurologickej kliniky LF UK a UNB a Centra Memory zisťujeme vzťahy medzi mierou jazykového deficitu na úrovni textu a celkovou mierou kognitívneho deficitu, ale aj mierou deficitu v jednotlivých kognitívnych doménach. Napriek tomu, že jazykové schopnosti na úrovni jednotlivých slov, dokonca aj porozumenia viet, sú pri progresii kognitívnej poruchy (najmä najčastejšej demencie Alzheimerovho typu) pomerne dlho zachované, na úrovni textu sa objavujú významné poruchy už vo veľmi včasných štádiách rozvíjajúcej sa kognitívnej poruchy. Ďalším faktorom, ktorý negatívne ovplyvňuje schopnosť rečovej komunikácie pri demencii, sú nonkognitívne symptómy. Ich výskyt a závažnosť pozitívne koreluje s mierou kognitívneho deficitu, ale sú aj také, ktorých deteriorujúci vplyv na komunikačné zručnosti pacientov s demenciou zostáva zjavný aj po odrátaní vplyvu kognitívneho deficitu.

Tento príspevok bol podporený Agentúrou pre výskum a vývoj na základe zmluvy č. APVV-0048-11.

SPIRITUALITA A DUŠEVNÉ ZDRAVIE

Spiritualita, náboženstvo a psychiatria

L. Žlnayová

Psychiatrická klinika LFUK a UNB, Bratislava,
Slovenská republika

Náboženstvo je súhrnný pojem pre rozmanité súbory správania, presvedčenia a predstáv, ktorými rôzne spoločenstvá a cirkvi vyjadrujú reálny životný vzťah k transcendentnej skúsenosti alebo predstavám. Spiritualita na druhej strane je viac univerzálna dimenzia ľudskej skúsenosti a často sa týka individuálnych existenciálnych otázok zmyslu života. V kontexte sekulárnej spoločnosti mnohých západných a postkomunistických krajín je väčšina verejnej diskusie vedená bez odkazu na náboženstvo alebo spiritualitu. Vplyv psychoanalýzy a neskôr dôraz na biomedicínsky model duševných porúch viedol k opomenutiu náboženskej alebo spirituálnej dimenzie ako i existenciálnej zložky ľudského bytia. V posledných rokoch nastáva posun vo vnímaní viery a jej vplyvu. WHO považuje spiritualitu, existenciálne blaho a náboženstvo za jadrové domény merania kvality života. Sekcia náboženstva, spirituality a psychiatrie Svetovej psychiatrickej organizácie pracuje na konsenze ohľadom spirituality a náboženstva v psychiatrii. V súčasnej dobe prichádzajú účinné psychoterapeutické programy, ktoré vychádzajú zo spirituálnych alebo náboženských tradícií. V rámci psychiatrickej praxe pracujeme s diagnózou, terapeutickým vzťahom, predsudkami. Otázka viery zostáva často tabu. Naše postoje k viere pritom vplyvajú na akceptáciu náboženského presvedčenia a praktizovania viery u pacienta. Rešpektovanie viery pacienta posilňuje terapeutický vzťah a rozširuje možnosti liečby. Prinajmenšom spiritualita a náboženstvo predstavujú faktory, o ktorých by psychiater mal vedieť aspoň do takej miery, aký majú vplyv na etiológiu, diagnózu a liečbu duševných porúch.

Medzi Jungom a Franklom

D. Pastirčák

Duchovný správca zboru Cirkvi bratskej – Kaplnka,
Bratislava, Slovenská republika

Cieľom príspevku je porovnať prístup C. G. Junga a Viktora Frankla k téme spirituality.

U oboch autorov sa téma spirituality vynára v procese kritického prehodnotenia základných východísk Freudovej psychoanalýzy. Obaja prichádzajú s iným riešením. U oboch nastolenie oblasti duchovného v človeku stojí na začiatku dvoch odlišných ciest chápania vzťahu spirituality a duševného zdravia.

C. G. Jung pracuje s kategóriou nevedomia a archetypov. Spiritualitu začleňuje do oblasti nevedomého. Odmietá v nej vidieť iba patologický jav, obhajuje jej legitimitu. Archetyp Boha podľa neho zastupuje celostné Ja. Viktor Frankl vychádza z javu, ktorý nazval existenciálnym vákuom. Vidí v ňom dôsledok vytesnenia spirituality. Práve vo sfére spirituality sa človeku kladie otázka zmyslu. Na vóli k zmyslu Frankl založil svoju Logoterapiu.

Franklov koncept spirituality je skôr racionálnej povahy, pre Junga je „božské“ skôr doménou nevedomia. Aj Frankl však hovorí o nevedomom Bohu. Aký je rozdiel medzi nevedomým Bohom Junga a Frankla?

Príbuznosť i odlišnosť Jungovej a Franklovej cesty, otvára priestor pre hľadanie dynamickej syntézy. Je výzvou k hľadaniu širšieho konceptu, v ktorom by sa Jungov a Franklov prístup navzájom obohatili. Za akých podmienok je taká syntéza možná, v čom by mohla znamenať prínos pre skúmanie vzťahu spirituality a duševného zdravia?

Výzvy prelínania psychiatrie a spirituality v praxi

D. Hrtúsová

Ambulancia psychiatrie a psychoterapie, Žilina,
Slovenská republika

Spiritualita hrá u človeka významnú rolu od počiatku ľudskej histórie. Či jej človek pozornosť venuje, alebo nevenuje stále je prítomná. Pre „náboženstvá“ sa vedú vojny až dodnes. V židokresťanskej tradícii sa vníma Boh ako Stvoriteľ všetkého, vrátane človeka. Človeka podľa Biblie stvoril na svoj obraz Gn 1,26 – ako muža a ženu, a určil ho ako vládcu nad ostatným stvorenstvom. Podľa židokresťanskej tradície má človek okrem hmotnej telesnej a psychickej dimenzie aj dimenziu duchovnú, ktorou sa môže spájať s Bohom. Vieme o tom, že súčasťou ľudského života sú choroby – telesné, duševné, psychosomatické. Môže byť človek „chorý“ aj vo svojej duchovnej dimenzii? Ak áno, ako sa to prejavuje? Môže to zasahovať telo a psychiku? Ak áno, stretávame sa s tým v našej praxi...? Alebo sa s tým stretávajú len tí, čo sa zaoberajú spiritualitou? Máme sa o to zaujímať? Žijeme dobu úžasných objavov, vieme rozplieť genóm. Ťažko však uchopujeme človeka v jeho plnom obraze, komplexe. To nás neustále presahuje. Boli by sme úspešnejší v našej snahe liečiť, keby sme akceptovali a mali väčšie poznanie aj o duchovnej dimenzii človeka? O jeho spiritualite? Je naša doba, rok 2015 otvorená na takéto a hlbšie úvahy?

Analógie medzi kresťanským hesychazmom, autogénnym tréningom a relaxačno-symbolickou psychoterapiou

M. Patarák

Psychiatrické oddelenie FNŠP F. D. Roosevelta,
Banská Bystrica, Slovenská republika

Hesychazmus je metóda východnej kresťanskej modlitby, ktorá bola kodifikovaná v mníšskom prostredí hory Athos v 13. a 14. storočí. *Hesychia* je slovo, ktoré má koreň v slovese sedieť (ήσθαι), pričom hesychast (ήσυχαστής) sa snaží o vnútorný pokoj, ktorý je pre neho prostriedkom spojenia s Bohom. Modlitba sa tu praktizuje pomocou *psycho-fyzickej metódy*, v mnohých ohľadoch pripomínajúcej jogu (vnútorná koncentrácia, nehybná telesná pozícia v sede, sústredenosť na dýchanie), ale aj autogénnu tréningu a iné autohypnotické cvičenia (opakovanie formu-

liek, či ich synchronizácia s tepom a rytmom dýchania). Počas modlitby sa objavujú zážitky, ktoré taktiež predstavujú paralelu k relaxačným cvičeniam. Ide napríklad o videnie svetla a pociťovanie tepla. Pozoruhodné je, že hesychastickí teoretici pokladali tieto príjemné zážitky za prirodzené fenomény a neinterpretovali ich ako prejavy Božej prítomnosti. Modlitbou sa mal u mnícha navodiť stav *bezstarostnosti* (ἀμεριμνία), ktorá je aj jedným z lákavých cieľov psychoterapie u mnohých pacientov s úzkostnými poruchami.

FARMAKOTERAPIA – EVIDENCE-BASED LIEČBA A KLINICKÁ PRAX

Medicína založená na dôkazoch história a koncepty

L. Forgáčová

Psychiatrická klinika LF SZU, UNB Ružinov, Bratislava, Slovenská republika

Medicína založená na dôkazoch, *Evidence Based Medicine* (EBM) predstavuje celosvetový trend a zažíva dynamický rozvoj. Inštitucionálny rozvoj EBM sa zintenzívil v priebehu 90. rokov dvadsiateho storočia. Vedeckými časopismi medicíny založenej na dôkazoch a jej propagátorov z rôznych krajín sveta sa stali BMJ (British Medical Journal), Journal of Evidence-Based Healthcare, JAMA (Journal of the American Medicine Association) a medzinárodný Lancet. Z prehľadov časopisov vyplýva, že koncept EBM vyvolával v medicínskej verejnosti rovnako pozitívne ako aj negatívne postoje. Medzinárodné zoskupenie expertov *Evidence Based medicine Working Group* (1992) zdôrazňuje, že EBM predstavuje nový prístup vyučovania praktickej medicíny. Klinická prax založená na dôkazoch by sa mala uskutočňovať cestou piatich krokov (asking, accessing, appraising, applying, evaluating): definovať klinickú otázku, na ktorú sa hľadá odpoveď (1), vyhľadať vedecké dôkazy (2), vyhodnotiť a kriticky posúdiť vedecké údaje (3), aplikovať dôkazy v praxi na individuálneho pacienta (4) a vyhodnotiť účinnosť „dôkazu“ v praxi, u konkrétneho pacienta (5). K uvedenému postupu sú potrebné zručnosti, ktoré sa získavajú pri tréningoch v rámci workshopov, interaktívnych cvičení, programov a prednášok. EBM je aktuálnou témou pre klinických pracovníkov, praktikov, poisťovne, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a celú spoločnosť. EBM je ako disciplína mladá, jej efekt sa v súčasnosti overuje a bude sa priebežne vyhodnocovať.

„Off-label“ liečba psychických porúch

J. Pečeňák

Psychiatrická klinika LF UK a UNB, Bratislava, Slovenská republika

„Off-label“ liečba je termín, ktorý vyjadruje predpis lieku mimo schválených indikácií a dávkovania. Je to problematická oblasť, do ktorej sú rôznym spôsobom zainteresované

zúčastnené strany – lekár, pacient, poskytovatelia, regulačné inštitúcie, poisťovne i farmaceutické spoločnosti. Táto prax môže mať aj negatívne finančné či súdne dopady.

Dôvodom na off-label liečbu môžu byť i liečba pre neschválenú subpopuláciu pacientov (napr. detský vek), predpoklad o skupinovom efekte lieku (predpokladaná účinnosť lieku na celé spektrum úzkostných porúch) alebo známe zdieľané patofyziologické mechanizmy diagnosticky stavov (napr. psychotické príznaky pri delíriu) (1).

Prísne dodržiavanie „in-label“ princípov môže byť v konflikte s koncepciou „lege-artis“ liečby. Navyše je rozhodovanie o liečbe ovplyvňované v ekonomickými princípmi, ktoré sú formulované do zavádzajúceho pojmu indikačné obmedzenie, čo v podstate obmedzuje výber najvhodnejšej terapie pre pacienta.

Pritom off-label použitie lieku, pokiaľ je podložené poznatkami, nie je napr. v USA jednoznačne zakázané (2) a prebiehajú tam súdne konania týkajúce sa šírenia informácií o off-label použití liekov farmaceutickými spoločnosťami, keď je žalovaná FDA a štát. Jedným zo spôsobov je schválenie indikácie inštitucionálnou komisiou, čo v našich podmienkach nie je obvyklé. Žiadanie výnimky prostredníctvom ministerstva zdravotníctva je možný, ale administratívne komplikovaný a zdĺhavý proces, ktorý pravdepodobne väčšinu lekárov od tohto spôsobu riešenia odradí.

1. Stafford RS. N Engl J Med 2008; 358: 1427–1429.
2. www.fda.gov/RegulatoryInformation/Guidances/

Cenzus psychofarmakologickej liečby na dvoch psychiatrických klinikách

M. Turček¹, P. Janík¹, B. Vaščeková¹, L. Žlnayová¹, D. Kamarádová², K. Látalová², J. P. Praško², J. Pečeňák¹

¹Psychiatrická klinika LF UK a UNB, Bratislava, Slovenská republika

²Klinika psychiatrie LF UP a FNOL, Olomouc, Česká republika

Úvod: Medikamentózna liečba psychických porúch je neoddeliteľnou súčasťou manažmentu mnohých pacientov, reálne skúsenosti z klinickej praxe môžu významne dopĺňať naše teoretické vedomosti.

Cieľ: Porovnanie klinickej praxe týkajúcej sa psychofarmakologickej liečby na dvoch psychiatrických pracoviskách: v Bratislave a Olomouci.

Metodika: Cenzus psychofarmakologickej liečby sme realizovali na Psychiatrickej klinike LF UK a UNB (Bratislava) a Klinike psychiatrie LF UP a FNOL (Olomouc). Údaje sme zaznamenávali na oboch pracoviskách trikrát, v zhodných dátumoch prislúchajúcich pracovným dňom, vždy s odstupom jedného mesiaca.

Výsledky: Súbor cenzu tvorí 651 pacientov (prípadov), 40,2 % na pracovisku v Bratislave a 59,8 % v Olomouci. Z celého súboru tvorili muži 51,0 %; priemerný vek pacientov bol 45,6 (± 16,4) rokov; ambulantne liečených bolo 47,0 %; najčastejšie hlavné diagnózy podľa MKCH-10 boli zo skupiny F2x resp. F4x (28,0 % resp. 22,4 % pacientov). Aspoň jedno psychofarmakum užívalo 89,7 % pacientov,

najčastejšie predpisovanými liekmi boli antipsychotiká a antidepresíva (u 56,2 % resp. 48,2 % pacientov). V príspevku ďalej analyzujeme rozdiely medzi oboma pracoviskami, s prihliadnutím na subpopulácie ambulantných, resp. hospitalizovaných pacientov a diagnostické skupiny.

Záver: Medzi oboma psychiatrickými klinikami sme identifikovali rozdiely v štruktúre súborov pacientov aj v ich psychofarmakologickej liečbe. Poznatky môžu zdrojom pre cennú výmenu skúseností v liečbe psychických porúch.

Realita psychofarmakologickej liečby v ambulantnej praxi

L. Ferenčáková

Psychiatrická ambulancia, Košice, Slovenská republika

Cieľom prezentácie je poukázať na problémy, ktoré vznikajú v ambulantnej praxi pri dodržiavaní resp. nedodržiavaní indikácii psychofarmakologickej liečby v súlade so schválenými indikáciami, upozorneniami a kontraindikáciami, ktoré vyplývajú zo súhrnu charakteristických vlastností lieku a s kategorizáciou a indikačnými obmedzeniami.

V klinickej praxi sa niekedy nevieme vyhnúť off-label liečbe, ktorá naráža na problém hradenia zdravotnou poisťovňou, resp. finančnými postihmi zo strany zdravotnej poisťovne a možnými dôsledkami pre nesprávne poskytnutie zdravotnej starostlivosti.

Ďalším závažným problémom liečby ambulantných pacientov je zváženie rizika liekových interakcií. Komorbidity so somatickými diagnózami a polypragmázia sú často limitujúcimi faktormi pri výbere vhodného psychofarmaka. Niekedy nie je možné vyhnúť sa liekovej interakcii v praxi, avšak pri rizikovejších kombináciách liekov je potrebné starostlivé monitorovanie pacienta. Jedna zo zdravotných poisťovní v SR pravidelne sleduje a vyhodnocuje liekové interakcie ambulantných lekárov, nielen psychiatrov.

V ambulantnej praxi sa stretávame s problémom preberania starostlivosti o pacientov po akútnej hospitalizácii na psychiatrických oddeleniach, keď sa ambulantný lekár ocitá v konflikte medzi odporúčenou liečbou pri prepustení z hospitalizácie a dodržiavaním postupov určenými platnou registráciou a indikačnými obmedzeniami.

Podklady pre prezentáciu tvoria dokumenty pre registrované lieky zverejňované Štátnym ústavom pre kontrolu liečiv a rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR o kategorizácii liekov a indikačných obmedzeniach a praktické skúsenosti z ambulantnej praxe.

VARIA

Psychiatrické prejavy NMDAR encefalitidy

M. Elišák¹, J. Hanzalová^{1,2}, P. Marusič¹

¹Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha, Česká republika

²Ústav imunologie 2. LF UK a FN Motol, Praha, Česká republika

Úvod: Encefalitida sdružená s protilátkami proti glutamátovému N-methyl-D-aspartátovému receptoru (NMDAR-E) je difúznou kortiko-subkortikálnou autoimunitnou chorobou. Psychiatrické príznaky sa vyskytujú v 77 % prípadov. Vzhľadom k závažnému priebehu ochorenia a možnosti kauzálnu imunosupresívnu alebo onkologickú terapiu je včasná identifikácia týchto pacientov pre jejich ďalšiu prognózu zásadná. Byly popsány i oligosymptomatické NMDAR-E manifestujúce sa pouze akutní psychózou.

Cíl: Popsat klinické příznaky pacientů s NMDAR-E diagnostikovaných na našem pracovišti s důrazem na příznaky psychiatrické, léčbu a outcome.

Metodika: V období 2012–2015 jsme identifikovali 11 dospělých pacientů s NMDAR-E (10 žen, medián 25 let). Psychiatrické příznaky byly iniciálním projevem u sedmi pacientek – zpočátku byl stav hodnocen jako akutní psychóza, u šesti s nutností hospitalizace na psychiatrickém pracovišti. K podezření na diagnózu NMDAR-E vedly následné neurologické příznaky, nejčastěji (u pěti pacientek) epileptické záchvaty, nebo u jedné pacientky febrilie při katatonii. Po podání imunosupresivní terapie (a exstirpaci ovariálního teratomu u jedné pacientky) došlo u všech pacientů ke zlepšení klinického stavu (modifikovaná Rankinova škála < 2). U čtyř pacientek přetrvává afektivní porucha s nutností psychofarmakologické léčby.

Závěr: Akutní psychotický stav je jedním z častých prvních příznaků NMDAR-E. Ke správné diagnóze většinou vede až následný výskyt epileptických záchvatů či jiných neurologických příznaků.

Práce byla podpořena projektem 189215 Grantové agentury Univerzity Karlovy.

Pred 222 rokmi Juraj Fándly v Zelinkárovi k liečbe duševných a nervových chorôb napísal

L. Frankovič

Psychiatrické oddelenie, Nemocnica Bojnice, Bojnice, Slovenská republika

Pred 222 rokmi vyšla prvá vtedy bernolákovskou slovenčinou napísaná kniha „Zelinkár“. Autor knihy bol kňaz, ktorý sa snažil hlavne podporovať poľnohospodársku činnosť obyvateľov. Kniha nie je dielom autora, ale pri jej napísaní mu pomáhali 182 spoluautorov. Nie sú v nej uvádzané len recepty autora a spoluautorov, ale je to aj súhrn literatúry z oblasti liečivých rastlín, ktorá dovtedy vyšla na našom území aj v iných jazykoch, najmä v nemčine.

Už v tom čase boli známe viaceré nervové choroby, ale aj poruchy duševného zdravia. Kniha síce prevažne referuje o vtedy známých telesných a infekčných chorobách a ich liečbe liečivými rastlinami, ale autor nevynechal ani vtedy známe produkty z blahodarným účinkom na nervové choroby a duševné zdravie. Referujúci sa rozhodol prezentovať tieto údaje. Toho času môžeme povedať, že produkty z liečivých rastlín, ktoré vtedy doporučoval Fándly, sú aj v súčasnosti používané v rámci fyto terapie.

Staronové víno v norské láhvi

P. Jeřábek, P. Danielová, J. Jeřábek, G. Mahrová, M. Karlický

Terapeutická komunita Tao, Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské, Bílá Voda, Česká republika

Príspevek se váže k tématu transformace péče o duševně nemocné v instituci. Od ledna 2015 je Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské zapojena do projektu Norských fondů s názvem „Implementace systému ucelené rehabilitace osob s duševním onemocněním v regionu Jesenicko“. Jedná se o komplexní rezidenční rehabilitační program u závažnějších psychiatrických klientely (typu SMI: diagnostické okruhy F2, F3, závažnější duální diagnózy). Léčebný program propojuje metodu terapeutické komunity (se kterou má zařízení delší zkušenost) s postupy specifitějších rehabilitačních intervencí (KBT moduly, trénink kognitivních schopností, rodinná terapie apod.). Sdělení popisuje základní problémy při zavádění projektu do praxe, a to především v oblasti spolupráce a změny práce v týmu, úpravy režimu, klíčových terapeutických intervencí, návaznosti na následnou péči, supervize apod. Diskutují se otázky multidisciplinární odbornosti a udržitelnosti programu po ukončení podpory ze strany Norských fondů.

POSTERY

Pacienti s panickou poruchou vykazujú nedostatočnú neuroendokrinnú odpoveď počas stresu

N. Hlaváčová¹, P. Kukumberg², D. Ježová¹

¹Laboratórium farmakologickej neuroendokrinológie, Ústav experimentálnej endokrinológie, SAV, Bratislava, Slovenská republika

²II. neurologická klinika LF UK a UN Bratislava, Slovenská republika

Cieľ: Dysregulácia neuroendokrinného systému stojí v pozadí mnohých psychiatrických ochorení. Cieľom štúdie bolo overenie hypotézy, že pacienti s panickou poruchou majú zmenenú neuroendokrinnú odpoveď počas stresovej záťaže.

Metódy: Vyšetřili sme 9 pacientov s panickou poruchou v remisii a 9 zdravých dobrovoľníkov, ktorých sme

vystavili stresovému podnetu v podobe hypoglykémie (intravenózne podanie inzulínu v dávke 0,1 IU/kg). Počas 90 min od podania inzulínu sme odoberali vzorky krvi na stanovenie hladín kortizolu, rastového hormónu, prolaktínu, adrenalínu a noradrenalínu.

Výsledky: U pacientov s panickou poruchou a zdravých dobrovoľníkov sme pozorovali porovnateľné bazálne pred-stresové koncentrácie hormónov, s výnimkou hladín adrenalínu v plazme, ktoré boli vyššie u pacientov. Podanie inzulínu vyvolalo rovnakú mieru hypoglykémie u oboch skupín. Vzostup koncentrácií rastového hormónu, prolaktínu a kortizolu v odpovedi na hypoglykémiu bol signifikantne nižší u pacientov s panickou poruchou v porovnaní so zdravými ľuďmi. V odpovedi adrenalínu na hypoglykémiu sme nezaznamenali žiadne rozdiely.

Záver: Naše výsledky poukazujú na nedostatočnú somatotropnú, laktotropnú a kortikotropnú aktiváciu počas metabolického stresu u pacientov s panickou poruchou. Zdá sa, že v kontraste s efektami miernych stresových podnetov použitých v iných štúdiách, intenzívny stresor vyvolávajúci široké spektrum hormonálnych zmien nevedie u pacientov s panickou poruchou k adekvátnej neuroendokrinnej odpovedi.

Podporené grantom APVV-0496-12 a VEGA 2/0057/15.

Účinky kognitiv a nootropik na energetický metabolismus

J. Hroudová, N. Singh, Z. Fišar, J. Raboch

Psychiatrická klinika, 1. lekárska fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

Cieľ: Cieľom práce bolo zistiť a porovnať účinky látok v súčasnej dobe používaných alebo zkoušených k symptomatickej liečbe Alzheimerovej choroby na mitochondriách izolovaných ze zvieracích mozgov.

Metódy: Testovali sme *in vitro* účinky rady kognitiv (takrin, 7-MEOTA, galantamin, rivastigmin, donepezil, memantin) a nootropik (latrepirdin, piracetam) na vybrané parametry hrajúce rolu v energetickom metabolisme. Pro měření respirační rychlosti byla použita respirometrie s vysokým rozlišením. Aktivity jednotlivých mitochondriálních enzymů (citrátsyntázy a komplexu IV) byly měřeny spektrofotometricky.

Výsledky: Měření neukázala významný vliv testovaných látok na aktivitu citrát syntázy. Kognitiva způsobovala snížení a nootropika zvýšení aktivity komplexu IV. Mírné snížení rychlosti spotřeby kyslíku mitochondriami bylo pozorováno vlivem galantaminu, memantinu a donepezilu. Naopak zvýšení respirační rychlosti bylo indukováno latrepirdinem a memantinem.

Záver: Zjistili sme, že testované látky ovplyvňujú energetický metabolismus a modulácie mitochondriálnych funkcií sa môže podíľať na terapeutických účinkoch, popí. nežádoucích účinkoch testovaných látok.

Podporené projektom PRVOUK-P26/LF1/4.

Profil osobnosti u 1. epizody schizofrenie a jeho vztah k psychopatologii a kognitivním funkcím

V. Hublová¹, M. Filip², I. Stehnová^{1,3}, L. Ustohal¹, H. Maslaňáková¹, H. Příkrylová-Kučerová¹

¹Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Česká republika

²Psychologický ústav AV ČR, Brno, Česká republika

³1. neurologická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně, Brno, Česká republika

Cílem výzkumu byla explorace vztahu osobnosti, psychopatologie a kognitivních funkcí u pacientů s první epizodou schizofrenie (FES).

Během 1. hospitalizace pacientů s diagnózou FES (n = 38) bylo provedeno měření osobnosti (TCI-R), komplexní vyšetření kognitivních funkcí (exekutivní funkce, psychomotorické tempo, pracovní paměť, pozornost) a zhodnocena závažnost psychopatologie (PANNS). Metodou neparametrické Spearmanovy korelace byl explorován jejich vzájemný vztah.

Byla zjištěna asociace ($p < 0,05$) mezi komponentou temperamentu (škála RD) a negativními symptomy schizofrenie, které pozitivně korelovaly ($p < 0,05$) s nižším výkonem exekutivních funkcí. Vyšší skóre u temperamentových škál Vyhledávání nového – NS ($p < 0,05$), Závislosti na odměně – RD ($p < 0,05$) a charakterové škály Self-transcendence – ST ($p < 0,05$) negativně asociovalo s exekutivními funkcemi a distribucí pozornosti. Vyšší skóre na charakterové škále Spolupráce – CO pozitivně korelovalo s pracovní pamětí ($p < 0,01$) a verbální exekutivou ($p < 0,01$).

Předpokládaný vztah mezi manifestací symptomů u schizofrenie a osobností lze potvrdit pouze částečně, osobnost u FES může hrát jinou roli na počátku onemocnění než v jejím průběhu. Ve shodě s předchozími zjištěními je naopak možné u FES potvrdit vztah negativních symptomů a některých komponent temperamentu a charakteru ke kognitivnímu výkonu.

Súvislosť medzi genotypom neuronálnej syntázy oxidu dusnatého a senzorimotorickým gatingom

I. Riečanský^{1,2}, R. Rovný¹, V. Roháriková¹, J. Murínová¹, B. Cimrová¹, Š. Bendžala¹, G. Repiská³, S. Katina^{1,4}, G. Minárik³

¹Laboratórium kognitívnej neurovedy, Ústav normálnej a patologickej fyziológie SAV, Bratislava, Slovenská republika

²Social, Cognitive and Affective Neuroscience Unit, Fakulta psychológie, Univerzita Viedeň, Rakúsko

³Ústav molekulárnej biomedicíny, LF UK Bratislava, Slovenská republika

⁴Oddělení aplikované matematiky, Ústav matematiky a statistiky Přírodovědecké fakulty MU, Brno, Česká republika

Oxid dusnatý (NO) ovplyvňuje dopamínergickú neurotransmisiu, vývin a plasticitu mozgu. Viaceré štúdie zisti-

li súvislosť medzi variabilitou neuronálnej syntázy oxidu dusnatého (nNOS), enzýmu, ktorý katalyzuje tvorbu NO v neurónoch, a schizofréniou. Sensorimotorický gating je automatický proces filtrácie behaviorálne irelevantných podnetov. Porucha gatingu je prítomná u pacientov so schizofréniou i u ich zdravých príbuzných a je považovaná za významný endofenotyp schizofrénie. V našej štúdií skúmame vzťah medzi senzorimotorickým gatingom a genetickou variabilitou nNOS. U zdravých dospelých ľudí sme zistili, že jedinci s vyšším počtom rizikových alel nNOS majú nižšiu efektivitu gatingu. Tento výsledok podporuje hypotézu o úlohe NO v etiopatogeneze schizofrénie.

Práca bola dotovaná z grantov MZ SR (2012/52-SAV-2), VEGA (2/0080/13, 2/0093/14) a SPsS SLS.

Indikácie depotnej antipsychotickej liečby očami slovenských psychiatrov

M. Zelman

Psychiatrická nemocnica Hronovce, Hronovce, Slovenská republika

S narastajúcim počtom atypických antipsychotík v depotnej forme sa vynára otázka ich výhod či nevýhod ich využívania u pacientov so schizofréniou. Zamerali sme sa zistenie názoru slovenských psychiatrov na ich používanie v niektorých špecifických situáciách v rámci liečby schizofrénie. Zisťovanie bolo realizované formou dotazníkového prieskumu u psychiatrov (n = 47) v lôžkovej aj ambulantnej praxi počas jednej z konferencií v júni 2015.

Prvá časť bola zameraná na preferenciu orálnej či depotnej formy liečby. Depotnú liečbu by (vo viac ako 89 % prípadoch) indikovali psychiatri pri nízkej kompliancii, anozognózií či pri častých epizódach. Naopak orálnu antipsychotickú terapiu preferujú u mladého pacienta či u zárobkovo činného. Relatívne malý vplyv na výber liečby má pri tom typ príznakov (napr. pozitívne, negatívne), kde boli preferencie niektorého z typov najnižšie (do 36 %).

Depotná antipsychotická terapia podľa názoru psychiatrov nie je vhodná pri prvej epizóde ochorenia (podľa 81 % respondentov), naopak pri druhej či tretej epizóde by ju neindikovalo len 6 % lekárov.

Z hľadiska tendencie k výberu atypického či klasického depotu atypické antipsychotiká v depotnej forme boli favorizované pri výskyte nežiaducich účinkov (80 %), pri výskyte negatívnych príznakov (65 %) a pri krátkom trvaní ochorenia (58 %). Klasické depoty preferovali psychiatri pri chronických stavoch (61 %).