

XII. sjezd Psychiatrické společnosti ČLS JEP

13.—16. června 2018
hotel Galant • Mikulov



Pořádá

Česká psychiatrická společnost, z.s.
pod záštitou
Psychiatrické společnosti
ČLS JEP

Motto

Vzájemným partnerstvím
k reformě
psychiatrické péče



Text neprošel redakční úpravou
ani autorskými korekturami.

Pořadatel

Česká psychiatrická společnost, z.s. pod záštitou Psychiatrické společnosti ČLS JEP



**POD ZÁŠTITOU
MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR**



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

**PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP
JE GARANTEM REFORMY PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ**



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče

PLATINOVÝ PARTNER



ZLATÝ PARTNER



BRONZOVÝ PARTNER



Pořadatel

Česká psychiatrická společnost z.s.

pod záštitou Psychiatrické společnosti ČLS JEP



Prezident sjezdu

doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.

Víceprezident

prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

Předsedkyně organizačního výboru

prim. MUDr. Irena Zrzavecká

Organizační výbor

MUDr. Simona Papežová

MUDr. Tadeáš Mareš

Předseda vědeckého výboru

MUDr. Pavel Doubek, Ph.D.

Vědecký výbor

prof. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.

doc. MUDr. Jiří Masopust, Ph.D.

prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

MUDr. Petra Uhlíková

Sekretariát

Psychiatrická společnost ČLS JEP

Lenka Knesplová

tel.: 773 786 133

e-mail: sekretariat@psychiatrie.cz

Program	11
Ústní sdělení	
MAJÍ NOVÉ METODY MST A FEAST BUDOUCNOST?	25
<i>Albrecht J., Mareš T., Buday J., Raboch J., Anders M.</i>	
MODIFIKOVANÉ ELEKTROKONVULZE - TITRACE, ULTRAKRÁTKÉ PULZY, UNILATERÁLNÍ APLIKACE A UDRŽOVACÍ LÉČBA.....	26
<i>Albrecht J., Mareš T., Buday J., Kališová L., Raboch J., Anders M.</i>	
LÉČBA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU U PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ - NOVÉ GUIDELINES.....	26
<i>Anders M.</i>	
UDRŽOVACÍ LÉČBA DEPRESIVNÍ PORUCHY ATYPICKÝMI ANTIPSYCHOTIKY	27
<i>Anders M.</i>	
VLIV PORUCH DÝCHÁNÍ VE SPÁNKU NA PSYCHICKÉ ZDRAVÍ.....	28
<i>Anders M.</i>	
RODINNÁ PSYCHOEDUKACE V PSYCHIATRII.....	29
<i>Bankovská Motlová L.</i>	
SOUČASNÉ POSTAVENÍ TRICYKlickÝCH ANTIDEPRESIV V LÉČBĚ DEPRESIVNÍ PORUCHY.....	30
<i>Bareš M.</i>	
PRAXE REPETITIVNÍ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKÉ STIMULACE NA PSYCHIATRICKÉ KLINICE V PRAZE.....	31
<i>Buday J., Albrecht J., Mareš T., Raboch J., Anders M.</i>	
NESADISTICKÁ SEXUÁLNÍ AGRESIVITA.....	32
<i>Brichcín S.</i>	
PROBLÉM MEDIKACE V PŘENOSOVÉ PSYCHOTERAPII	32
<i>Březina R.</i>	
BUDOUCÍ MOŽNOSTI LÉČBY ZÁVAŽNÝCH PSYCHICKÝCH PORUCH	33
<i>Češková E.^{1,2,3,4}</i>	
OFF-LABEL PRESKRIPCE PSYCHOFARMAK	33
<i>Češková E.^{1,2,3,4}</i>	
SCREENING PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA	34
<i>Dudová I.</i>	
MINULOST, SÚČASNOSŤ A BUDÚCA PERSPEKTÍVA ECT NA SLOVENSKU	34
<i>Dragašek J.</i>	
ŠTANDARDNÉ DIAGNOSTICKÉ A TERAPEUTICKÉ POSTUPY ÚZKOSTNÝCH PORÚCH.....	35
<i>Ferenčáková L., Breznoščáková D.</i>	
CO ZNAMENÁ VYLÉČIT SE V PERSPEKTIVĚ ZOTAVENÍ.....	36
<i>Fojtíček M.</i>	
PROLÍNÁNÍ SKUPINOVÉHO PROCESU NEUROTIKŮ DO SKUPINOVÉHO PROCESU OŠETŘUJÍCÍHO PERSONÁLU.....	36
<i>Forman H.</i>	
AGRESIVNÍ CHOVÁNÍ U PACIENTŮ S DEMENCÍ.....	37
<i>Franková V.</i>	
NEUROSTIMULAČNÍ METODY V LÉČBĚ DEPRESIVNÍ PORUCHY - POKRAČOVACÍ A PROFYLAKTICKÁ LÉČBA.....	37
<i>Hejzlar M., Novák T., Bareš M.</i>	

ZÁLUDNOSTI V PSYCHIATRICKÉ AMBULANCI.....	38
<i>Herman E.</i>	
NEJČASTĚJŠÍ SOMATICKÉ KOMORBIDITY U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY A MODIFIKACE LÉČBY	38
<i>Holanová P.</i>	
SOUČASNÝ STAV POZNÁNÍ V OBLASTI GENETIKY A EPIGENETIKY ZÁVAŽNÝCH DUŠEVNÍCH PORUCH.....	39
<i>Hosák L., Šerý O.</i>	
UŽITÍ DIFFUSION TENSOR IMAGING U PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA.....	39
<i>Hrdlička M.</i>	
NOVÉ NADĚJE A/NEBO ZKLAMÁNÍ? - VÝZKUM LÉČIV NA ALZHEIMEROVU NEMOC.....	40
<i>Hroudová J.</i>	
ANTIDEPRESIVA A ABNORMNÍ KRVÁCENÍ	41
<i>Hubeňák J.</i>	
MOŽNOSTI A MEZE REHABILITACE KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ.....	41
<i>Chmelařová D., Buňatová P.</i>	
ZOTAVENÍ A ZPLNOMOCNĚNÍ LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	42
<i>Chrtková D., Vítková M., Roboch Z.</i>	
DĚTSKÁ ADIKTOLOGIE V OSTRAVĚ.....	42
<i>Chvíla L., Javůrek T.</i>	
KAM SMERUJE PSYCHIATRIA NA SLOVENSKU?.....	43
<i>Izáková L., Breznoščáková D., Králová M.</i>	
ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE V ČESKÉ REPUBLICE - STRUČNÝ SOUHRN VÝSLEDKŮ 4-LETÉHO GRANTOVÉHO PROJEKTU	44
<i>Kališová L., Mádlová K., Albrecht J., Michalec J., Kubinová M.</i>	
JAK DLOUHO LÉČIT PACIENTA S BLUDY V PODMÍNKÁCH ÚSTAVNÍ OCHRANNÉ LÉČBY?	44
<i>Kalvach Z.</i>	
TRANSKRANIÁLNÍ STIMULACE STEJNOSMĚRNÝM PROUDEM (tDCS): DOPORUČENÉ POSTUPY V PSYCHIATRII	45
<i>Klírová M.</i>	
OPIOIDY A NOVÉ SYNTETICKÉ DROGY	45
<i>Kmoch V., Lacinová E., Židková M., Hložek T.</i>	
E-HEALTH VE VÝZKUMU: SYSTÉM PRO SPRÁVU, ADMINISTRACI A VYHODNOCOVÁNÍ DOTAZNÍKOVÝCH METOD	46
<i>Knejzlíková T., Linhartová P., Knejzlík J., Světlák M., Kašpárek T.</i>	
ALTERACE NEUROAKTIVNÍCH STEROIDŮ U PSYCHIATRICKÉ POPULACE A JEDINCŮ V RIZIKU ROZVOJE DUŠEVNÍCH CHOROB.....	47
<i>Knytl P., Voráčková V., Čerešňáková S., Hill M., Bičíková M., Mohr P.</i>	
OTÁZKY MENTALIZACE U PACIENTŮ S PPP A JEJICH TERAPEUTŮ	47
<i>Kocourková J., Koutek J.</i>	
INDEX SPOLEHLIVÉ ZMĚNY PRO MMSE A MOCA.....	48
<i>Kopeček M., Bezdíček O., Šulc Z., Lukavský J., Štěpánková Georgi H.</i>	
EXTRÉMNÍ AGRESIVNÍ CHOVÁNÍ U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH	49
<i>Koutek J., Kocourková J.</i>	
NOVÉ FORMY NIKOTINU NA TRHU.....	49
<i>Králíková E.</i>	
SYMPOZIUM PSYCHIATRIE A KOUŘENÍ	50
<i>Králíková E.</i>	
ŠTANDARDNÉ DIAGNOSTICKÉ A TERAPEUTICKÉ POSTUPY - DEMENCIE	50
<i>Králová M.</i>	
POTŘEBY LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	51
<i>Lacinová B.</i>	
KAZUISTIKY KOMORBIDIT U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	52
<i>Lambertová A.</i>	
NOVÉ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY.....	52
<i>Látalová K.</i>	

NEURO-BEHAVIORÁLNÍ PROFIL IMPULZIVITY U PACIENTŮ S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI.....	53
<i>Linhartová P., Kuhn M., Barteček R., Látalová A., Bednárová B., Kašpárek T.</i>	
PRAXE ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE NA PSYCHIATRICKÉ KLINICE V PRAZE	54
<i>Mareš T., Albrecht J., Buday J., Raboch J., Anders M.</i>	
PREVALENCE DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE.....	55
<i>Mladá K., Čermáková P., Formánek T., Winkler P.</i>	
AKTUÁLNÍ SITUACE V UŽÍVÁNÍ DROG V ČR.....	55
<i>Mravčík V.</i>	
KOMUNITNÍ SLUŽBY V SYSTÉMU PÉČE.....	56
<i>Novák P.</i>	
LITHIUM V LÉČBĚ DEPRESIVNÍ PORUCHY.....	56
<i>Novák T.</i>	
ČINNOST PSYCHIATRICKÉ SESTRY V KOMUNITNÍCH SLUŽBÁCH.....	57
<i>Novotná B.</i>	
LÉČBA SE-AN U NÁS A V ZAHRANIČÍ.....	57
<i>Papežová H.</i>	
PSYCHOTERAPIE U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	58
<i>Papežová H.</i>	
PŘÍNOS SESTRY V AMBULANCI S ROZŠÍŘENOU PSYCHIATRICKOU PÉČÍ	58
<i>Papežová S., Doudová Z.</i>	
NOVINKY V OCHRANNÉM LÉČENÍ	59
<i>Páv M., Hollý M., Švarc J.</i>	
PORUCHA OSOBNOSTI A JEJÍ POSOUZENÍ V OPATROVNICKÝCH SPORECH	59
<i>Pavlát J.</i>	
ROLE PSYCHIATRICKÝCH SESTER V SYSTÉMU PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	60
<i>Petr T.</i>	
PSYCHOTERAPIE U PSYCHOTICKÝCH PORUCH	60
<i>Pěč O.</i>	
FOREZNĚ PSYCHIATRICKÉ POSUZOVÁNÍ TRESTNÝCH ČINŮ SPÁCHANÝCH POD VLIVEM ALKOHOLU	61
<i>Pokora J.</i>	
CHYBNĚ INDIKOVANÉ OCHRANNÉ PROTIALKOHOLNÍ LÉČBY.....	61
<i>Pokora J.</i>	
CESTY KE ZPLNOMOCNĚNÍ RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	62
<i>Poljaková J.</i>	
NOVINKY V SUBSTITUČNÍ LÉČBĚ.....	62
<i>Popov P.</i>	
OBSTRUKČNÍ SPÁNKOVÁ APNOE A DEPRESE.....	63
<i>Pretl M.</i>	
PŘÍSTUP PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE BOHNICE K LÉČBĚ ZÁVISLOSTI NA TABÁKU U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ.....	63
<i>Provažníková Z., Sadílková K.</i>	
ADHD A VNÍMÁNÍ ČASU	64
<i>Ptáček R., Goetz M., Raboch J., Vňuková M., Švandová L.</i>	
PRACOVNÍ STRES A DUŠEVNÍ ZDRAVÍ.....	64
<i>Ptáček R., Raboch J., Vňuková M.</i>	
VYHOŘENÍ A ŽIVOTNÍ STYL UČITELŮ	65
<i>Ptáček R., Vňuková M., Smetáčková I., Raboch J.</i>	
DUŠEVNÍ PORUCHY A ŽIVOTNÍ STYL.....	65
<i>Raboch J., Ptáček R., Vňuková M., Weissenberger S.</i>	
5 LET EXISTENCE KOMISÍ MZČR PRO PŘEMĚNU POHLAVÍ A PRO TERAPEUTICKOU KASTRACI	66
<i>Sejbalová P.</i>	
PSYCHIATRICKÁ AMBULANCE A REGULAČNÍ ORGÁNY.....	66
<i>Syrovátka J.</i>	

KAPACITA PSYCHIATRICKÉ AMBULANCE	66
<i>Šolle Z.</i>	
SCHIZOFRENIE JE NEURODEGENERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ	67
<i>Španiel F., Čapek V., Škoch A., Pajuelo D., Tintěra J., Rydlo J., Ibrahim I., Dezortová M., Hlinka J.</i>	
ZLEPŠENÍ PŘÍZNAKŮ DEPRESE PO ÚSPĚŠNÉ LÉČBĚ ZÁVISLOSTI NA TABÁKU	67
<i>Štěpánková L., Králíková E., Zvolská K., Pánková A., Adamčeková Z.</i>	
OCHRANNÉ LÉČENÍ - DOPORUČENÉ POSTUPY	68
<i>Švarc J.</i>	
BUDOUCNOST SYSTÉMU OCHRANNÉHO LÉČENÍ.....	69
<i>Turek T.</i>	
KOMPLIKACE ÚSTAVNÍCH LÉČEB OCHRANNÝCH PŘI NESPRÁVNÉ INDIKACI A PROBLEMATIKA UKONČENÍ ÚSTAVNÍCH LÉČEB OCHRANNÝCH	70
<i>Turek T.</i>	
DISHARMONICKÝ VÝVOJ OSOBNOSTI.....	70
<i>Uhlíková P.</i>	
PATŘÍ U ADOLESCENTŮ S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY DIAGNOSTICKÁ DOPORUČENÍ DO DOPORUČENÍ TERAPEUTICKÝCH?.....	71
<i>Uhlíková P.</i>	
NOMENKLATURA ZALOŽENÁ NA NEUROVĚDÁCH.....	71
<i>Ustohal L.</i>	
SOUČASNÉ POZNATKY S VYUŽITÍM NEUROSTIMULAČNÍCH METOD V LÉČBĚ ZÁVAŽNÝCH DUŠEVNÍCH PORUCH.....	72
<i>Ustohal L.</i>	
POVINNÁ MLČENLIVOST V PSYCHIATRICKÉ PRAXI.....	72
<i>Vaněk D.</i>	
DLOUHODOBÉ VÝSLEDKY PSYCHOTICKÉ PORUCHY	73
<i>Volavka J., Vevera J.</i>	
PRAKTICKÉ ASPEKTY DIAGNOSTIKY A LÉČBY PORUCH DÝCHÁNÍ VE SPÁNKU	74
<i>Vyskočilová J.</i>	
ADULT ADHD SYMPTOMS AND CORRELATED LIFESTYLES IN THE CZECH POPULATION	74
<i>Weissenberger S.^{1,2}, Ptáček R.^{1,2}, Vňuková M.^{1,2}, Domkářová L.¹, Raboch J.¹</i>	
EKONOMICKÉ RACIONÁLE PRO REFORMU PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR: COST-EFEKTIVITA DLOUHODOBÉ PÉČE O LIDI SE ZÁVAŽNÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V PSYCHIATRICKÝCH NEMOCNICÍCH A KOMUNITNÍCH SLUŽBÁCH	75
<i>Winkler P., Koeser L., Kondrátová L., Broulíková H.M., Páv M., Kališová L., Barrett B., McCrone P.</i>	
ŠTANDARDNÉ DIAGNOSTICKÉ A TERAPEUTICKÉ POSTUPY V LIEČBE PSYCHÓZ.....	76
<i>Zelman M.</i>	
VÝVOJ NOMENKLATURY PSYCHOFARMAK.....	76
<i>Zendulka O.</i>	
DIAGNOSTIKA A LÉČBA MÍRNÉ KOGNITIVNÍ PORUCHY	77
<i>Zvěřová M.</i>	
CYPROTERONACETÁT VE ZMÍRNĚNÍ NEŽÁDOUCÍHO SEXUÁLNÍHO CHOVÁNÍ U MENTÁLNĚ RETARDOVANÝCH DOSPĚLÝCH	78
<i>Žourková A., Sejblová P.</i>	

Postery

P-1

KLINICKÉ POZOROVÁNÍ SUBJEKTIVNÍHO ÚČINKU REPETITIVNÍ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKÉ STIMULACE V LÉČBĚ DEPRESIVNÍHO SYNDROMU79

Albrecht J., Mareš T., Buday J., Čerešňáková S., Raboch J., Anders M.

P-2

ROZDÍLY V MÍŘE SOCIÁLNÍ DISTANCE VŮČI LIDEM S DUŠEVNÍM A SOMATICKÝM ONEMOCNĚNÍM 81

Alexová A., Tušková E., Formánek T.

P-3

ZMĚNY SKLADBY PSYCHOFARMAKOLOGICKÉ LÉČBY SCHIZOFRENIE MEZI ROKY 2009–2016. MŮŽEME BÝT SPOKOJENI? 82

Anders M., Karbusická M., Duba J., Kolek M.

P-4

EFFECTS OF NOVEL CHOLINESTERASE INHIBITORS ON ENERGY METABOLISM 83

Bakhouch Y., Fišar Z., Kalinová T., Hanuš Z., Hroudová J.

P-5

MEDIKACE U PACIENTŮ S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI..... 84

Barteček R., Hořínková J., Linhartová P., Křenek P.

P-6

VLIV ANTIPSYCHOTIK NA ENERGETICKÝ METABOLISMUS BUŇKY 85

Cikánková T., Fišar Z., Hroudová J.

P-7

ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY A KOGNITIVNÍ VÝKON U SENIORŮ 86

Frydrychová Z., Štěpánková Georgi H.

P-8

LÉČBA THYMOPROFYLAKTIKY NA KLINICE PSYCHIATRIE V OLOMOUCI 87

Hajda M., Látalová K.

P-9

VÝZNAM ČICHOVÝCH FUNKCÍ U PSYCHIATRICKÝCH A NEUROLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ 88

Harsa P., Jiráček R., Vaškovicová M., Zvěřová M., Fišar Z., Čuprová P., Michalec J., Raboch J.

P-10

FAKTOROVÁ STRUKTURA INVENTÁŘE GERIATRICKÉ ÚZKOSTI (GAI)..... 89

Heissler R., Červenková M., Štěpánková Georgi H., Kopeček M.

P-11

KVALITA ŽIVOTA U PORUCH SE ZVÝŠENOU IMPULZIVITOU 90

Hořínková J., Barteček R., Linhartová P.

P-12

SLEDOVÁNÍ KONVULZIVNÍHO PRAHU V PRŮBĚHU ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE..... 91

Hrubá K., Albrecht J., Buday J., Mareš T., Raboch J., Anders M.

P-13

ZÁNĚT A C-REAKTIVNÍ PROTEIN U SCHIZOFRENIE A PORUCHY PŘÍZPŮSOBNÍ 92

Hubeňák J., Libiger J., Čermáková E.

P-14

THE IMPACT OF MINDFULNESS-BASED INTERVENTIONS IN THE WORKPLACE ON REDUCING DEPRESSION: A SYSTEMATIC REVIEW 93

Kondrátová L., Ševčíková M., Machů V., Butzer B., Winkler P.

P-15

TRAJEKTORIE KOGNICE A DEPRESIVNÍHO LADĚNÍ V ZÁVISLOSTI NA FUNKČNÍCH SCHOPNOSTECH STARŠÍCH DOSPĚLÝCH 94

Kopeček M., Štěpánková Georgi H.

P-16	ÚČINNOST A BEZPEČNOST ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE V LÉČBĚ BIPOLÁRNÍ DEPRESE. RETROSPEKTIVNÍ ANALÝZA KLINICKÝCH DAT.	95
	<i>Kostýlková L., Novák T.</i>	
P-17	POROVNÁNÍ KARDIOMETABOLICKÝCH RIZIKOVÝCH FAKTORŮ U SCHIZOFRENIE A BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY	96
	<i>Köhler R., Slováčková B., Bažant J., Hubeňák J.</i>	
P-18	REAL-TIME fMRI NEUROFEEDBACK U PACIENTŮ S PORUCHAMI REGULACE EMOCÍ.....	97
	<i>Látalová A., Bednářová B., Linhartová P., Slaviček T., Lamoš M., Kašpárek T.</i>	
P-19	STIGMATIZACE ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE V ČESKÉ REPUBLICE	98
	<i>Mádlová K., Kališová L., Zajícová M.</i>	
P-20	THE APPLICATION OF SELF-DISTURBANCE SCALE IN SCHIZOPHRENIA	100
	<i>Melicharová J., Kozáková E., Šimková E., Mikriukov I., Schinková K., Španiel F., Mohr P., Mishara A., Zaytseva Y.</i>	
P-21	POZITIVITA BORNA DISEASE VIRU (BDV) U PACIENTŮ S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ A JEJÍ VLIV NA KOGNITIVNÍ FUNKCE	101
	<i>Racková S., Racek J.</i>	
P-22	POČÍTAČOVÁ DIAGNOSTIKA SYNDROMU ADHD U DĚTÍ A DOSPĚLÝCH.....	102
	<i>Škobrtal P., Novotný M., Novotný M. jr.</i>	
P-23	DEPRESIVITA, SUBJEKTIVNÍ STÍŽNOSTI NA PAMĚŤ A MĚŘITELNÁ OBJEKTIVNÍ ZMĚNA PAMĚTI VE STARŠÍM VĚKU.....	103
	<i>Štěpánková Georgi H., Šulc Z., Heissler R.</i>	
P-24	COMORBIDITY OF SCHIZOPHRENIA AND SOCIAL PHOBIA - IMPACT ON QUALITY OF LIFE, HOPE, AND PERSONALITY TRAITS: A CROSS SECTIONAL STUDY	104
	<i>Vrbová K., Praško J., Holubová M., Šlepecký M., Ocisková M.</i>	
	Jmenný rejstřík.....	105

středa
13. 6. 2018

15.00-16.15 **Aurelius**

Slavnostní zahájení

Martin Anders (PS ČLS JEP)

Reforma psychiatrické péče

NOVINKY

Předseda: Martin Hollý

Adam Vojtěch (MZ ČR), Jan Pfeiffer (MZ ČR), Daniela Matějková (MZ ČR), Ivan Duškov (MZ ČR), Jan Bodnár (VZP), Marek Zeman (MMR), Jan Vrbický (MPSV), Martin Anders (PS ČLS JEP)

16.15-16.30 **PŘESTÁVKA**

16.30-17.30 **Aurelius**

Plenární přednáška

**REFORMING MENTAL HEALTHCARE:
the experience in Italy 40 years after law 180**

Roberto Mezzina (Terst, ITA)

17.30-18.00 **COFFEE BREAK**

18.00-19.30 **Aurelius**

Reforma psychiatrické péče

OD TEORIE K PRAXI

Předseda: Martin Anders, Ivan Duškov

Jan Michálek (MZ ČR)

Transformace PN - transformace sítě

Pavčina Žilová (MZ ČR)

Úhrady ve zdravotnictví, směřování financování péče v psychiatrii

Dita Protopopová (MZ ČR)

Deinstitucionalizace

Lucie Bankovská Mottlová (3. LF UK)

Rodinná psychoedukace v psychiatrii

Tomáš Petr (ÚVN)

Psychiatrické sestry - aktuální situace a výzvy do budoucna

8.00–9.30 **Aurelius**

Reforma psychiatrické péče

**AKTUÁLNÍ PŘÍKLADY IMPLEMENTACE
REFORMY PSYCHIATRIE V PRAXI**

Předseda: Juraj Rektor

Kristina Najbrtová

CDZ Praha 8

Blanka Rektorová, Ondřej Pilc

CDZ Přerov

Blanka Veškrnová

CDZ Brno

Lenka Krbcová Mašínová

Regionální síť v Ústeckém kraji

Zuzana Fišarová, Magdalena Flaksová

Propojování služeb – Fokus Podskalí a Psychiatrická klinika VFN

Juraj Rektor

PSC Přerov – ambulance s rozšířenou péčí

8.00–9.30 **Cabernet**

Sympozium Sekce dětské a dorostové psychiatrie PS ČLS JEP

Předseda: Petra Uhlíková

Michal Hrdlička

Užití diffusion tensor imaging u poruch autistického spektra

Iva Dudová

Screening poruch autistického spektra

Radek Ptáček

ADHD a vnímání času

Jiří Koutek

Extrémní agresivní chování u dětí a dospívajících

Petra Uhlíková

Disharmonický vývoj osobnosti

8.00–9.30 **Frankovka**

Sympozium Psychiatrické nemocnice Plzeň

KOLIK VYLÉČÍME PACIENTŮ S PSYCHÓZOU?

Předseda: Jan Volavka, Jan Vevera

Jan Volavka

Dlouhodobé výsledky psychotické poruchy

Jan Vevera

Výsledky léčby schizofrenie v Plzni. Předběžná data za posledních 20 let

Martin Fojtíček (Regionální koordinátor reformy pro Plzeňský kraj)

Co znamená vyléčit se v perspektivě zotavení

8.00–9.30 **Pálava**

**Symposium České neuropsychofarmakologické společnosti
NOMENKLATURA PSYCHOFARMAK A OFF-LABEL INDIKACE**

Předseda: Libor Ustohal

Ondřej Zendulka

Vývoj nomenklatury psychofarmak

Libor Ustohal

Nomenklatura založená na neurovědách

Eva Češková

Off-label indikace psychofarmak

9.30–10.00 **COFFEE BREAK**

10.00–11.00 **Aurelius**

**Satelitní sympodium společnosti
ANGELINI PHARMA ČESKÁ REPUBLIKA s.r.o.
TRAZODON A JEHO PROMĚNY V ČASE**

Martin Anders

Přínos vyšší dávky trazodonu pro pacienty s depresí

Ondřej Zendulka

Jak cíleně modifikovat účinnost antidepresiv

11.00–11.15 **PŘESTÁVKA**

11.15–12.15 **Aurelius**

**Symposium České společnosti pro výzkum spánku a spánkovou
medicínu a Psychiatrické společnosti ČLS JEP**

Předseda: Jana Vyskočilová, Martin Anders

Jana Vyskočilová (ČSVSSM)

Praktické aspekty diagnostiky a léčby poruch dýchání ve spánku

Martin Anders (PS ČLS JEP)

Vliv poruch dýchání ve spánku na psychické zdraví

Martin Pretl (Ispamed)

Obstrukční spánková apnoe a deprese

11.15–12.15 **Cabernet**

Symposium

DUŠEVNÍ PORUCHY A ŽIVOTNÍ STYL

Předseda: Jiří Raboch

Jiří Raboch

Duševní poruchy a životní styl

Radek Ptáček

Pracovní stres a duševní zdraví

Martina Vňuková

Vyhoření a životní styl učitelů

Simon Weissenberger

Adult ADHD Symptoms and Correlated Lifestyles in the Czech Population

11.15-12.15 ● **Frankovka**

Symposium Sekce pro psychiatrickou sexuologii PS ČLS JEP

NOVÉ TRENDY V SEXUOLOGII

Předseda: Petra Sejbalová

Slavoj Brichcín

Nesadistická sexuální agresivita

Alexandra Žourková

**Cyproteronacetát ve zmírnění nežádoucího sexuálního chování
u mentálně retardovaných dospělých**

Petra Sejbalová

5 let existence komisí MZ ČR pro přeměnu pohlaví a pro terapeutickou kastraci

Marek Páv

Novinky v ochranném léčení

11.15-12.15 ● **Pálava**

**Symposium patientských a rodičovských organizací –
Platforma pro transformaci péče o duševní zdraví, z.s.**

Barbora Lacinová (Spolek KOLUMBUS)

Potřeby lidí s duševním onemocněním

Jana Poljaková (SYMPATHEA a SPDN)

Cesty ke zplnomocnění rodinných příslušníků lidí s duševním onemocněním

Dana Chrtková (Spolek DIALOGOS)

Zotavení a zmocnění lidí s duševním onemocněním

Pavel Novák (Fokus Praha)

Komunitní služby v systému péče

11.15-12.15 ● **Tramín**

Satelitní symposium společnosti

ALIEN TECHNIK s.r.o.

Tomáš Svěrák

rTMS a její použití v klinické praxi

12.15-12.30 **PŘESTÁVKA**

12.30-13.30 ● **Aurelius**

Satelitní sympozium společnosti

MYLAN PHARMACEUTICALS s.r.o.

Jiří Masopust

Neobyčejný aripiprazol

13.30-13.45 **PŘESTÁVKA**

13.45-15.15 ● **Aurelius**

Sympozium Centra pro závislé na tabáku

III. interní kliniky 1. LF UK a VFN

PSYCHIATRIE A KOUŘENÍ

Předseda: Eva Králíková

Martin Anders

Léčba závislosti na tabáku u psychiatrických pacientů, nové guidelines

Eva Králíková

Nové formy nikotinu na trhu

Lenka Štěpánková

Zlepšení příznaků deprese po úspěšné léčbě závislosti na tabáku

Zuzana Provazníková

**Přístup Psychiatrické nemocnice Bohnice k léčbě závislosti na tabáku
u hospitalizovaných pacientů**

13.45-15.15 ● **Cabernet**

Sympozium Sekce pro soudní psychiatrii PS ČLS JEP

**PROBLEMATIKA OCHRANNÝCH LÉČEB PSYCHIATRICKÝCH
ÚSTAVNÍCH, CHYBNÉ INDIKACE**

Předseda: Ilja Žukov, Pavel Harsa

Ilja Žukov

Úvod do problematiky

Zdeněk Kalvach

Jak dlouho léčit pacienta s bludy v podmínkách ústavní ochranné léčby?

Jiří Pokora

Chybně indikované ochranné protialkoholní léčby

Tomáš Turek

**Komplikace ústavních léčeb ochranných při nesprávné indikaci a problematika ukončení
ústavních léčeb ochranných**

13.45-15.15 ● **Frankovka**

Symposium Sekce pro alkohol a jiné toxikomanie PS ČLS JEP

CO JE NOVÉHO V ADIKTOLOGII

Předseda: Libor Chvíla

Viktor Mravčík

Aktuální situace v užívání drog v ČR

Libor Chvíla

Dětská adiktologie v Ostravě

Petr Popov

Novinky v substituční léčbě

Vladimír Kmoch

Opioidy a nové syntetické drogy

13.45-15.15 ● **Pálava**

WORKSHOP

**NEROVNOSTI VE ZDRAVÍ A DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ:
CO PŘISPÍVÁ KE ZVÝŠENÉMU RIZIKU PŘEDČASNÉHO ÚMRTÍ**

Předseda: Petr Winkler

15.15-15.45 ● **COFFEE BREAK**

15.45-17.45 ● **Aurelius**

SCHŮZE PS ČLS JEP

**SHROMÁŽDĚNÍ ČLENŮ PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP
(VALNÁ HROMADA)**

Udělení čestných členství a medaile ČLS JEP

Předání Heverochových medailí

Předání Kuffnerovy ceny

Předání Novinářské ceny

17.45-18.00 ● **PŘESTÁVKA**

18.00-19.00 ● **Aurelius**

Satelitní symposium společnosti

JANSSEN-CILAG s.r.o.

OVLIVŇUJE KOMUNIKACE VÝBĚR LÉČBY U SCHIZOFRENIE?

Předseda: Pavel Mohr

Martin Anders, Lucie Kališová, Michaela Novotná

8.00–9.30 ● **Aurelius**

Symposium Sekce ambulantní péče PS ČLS JEP

AMBULANTNÍ PSYCHIATR - PESIMISTA ČI OPTIMISTA?

Předseda: Erik Herman

Erik Herman

Záludnosti v psychiatrické ambulanci

David Vaněk

Povinná mlčenlivost v psychiatrické praxi

Jiří Srovátka

Psychiatrická ambulance a regulační orgány

Zdeněk Šolle

Kapacita psychiatrické ambulance

Simona Papežová

Reforma péče v psychiatrické ambulanci

8.00–9.30 ● **Cabernet**

Symposium Sekce psychoterapeutická PS ČLS JEP

PSYCHOTERAPIE U SPECIFICKÝCH DG. SKUPIN

Předseda: Juraj Rektor

Hynek Forman

Prolínání skupinového procesu neurotiků do skupinového procesu ošetřujícího personálu

Ondřej Pěč

Psychoterapie u psychotických poruch

Hana Papežová

Psychoterapie u poruchy příjmu potravy

Ján Praško Pavlov

Psychoterapie u obsedantní poruchy

Radan Březina

Problém medikace u přenosových psychoterapií

8.00–9.30 ● **Frankovka**

Symposium Národního ústavu duševního zdraví

Předseda: Pavel Mohr

Filip Španiel

Schizofrenie je neurodegenerativní onemocnění

Karolína Mladá

Prevalence duševních onemocnění v České republice

Petr Winkler

Ekonomické racionále pro reformu psychiatrické péče v ČR: cost-efektivita dlouhodobé péče o lidi se závažným duševním onemocněním v psychiatrických nemocnicích a komunitních službách

8.00–9.30 ● **Pálava**

**Symposium Centra pro biologickou diagnostiku a léčbu
Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze**

Předseda: Jakub Albrecht

Martin Anders, Jakub Albrecht

Úvod a představení týmu

Tadeáš Mareš

Praxe elektrokonvulzí terapie na Psychiatrické klinice

Lucie Kališová

**Elektrokonvulzivní terapie v České Republice – stručný souhrn výsledků
4-letého grantového projektu**

Jozef Dragašek

Minulost, současnost a budoucí perspektiva ECT na Slovensku

Jozef Buday

Praxe repetitivní transkraniální magnetické stimulace na PK

Jakub Albrecht

Mají nové metody MST a FEAST budoucnost?

8.00–9.30 ● **Tramín**

**Snoezelen – multismyslová edukační
a relaxační místnost**

Michaela Nováková, Pavlína Dvořáková, Zuzana Fišarová, Jana Cibulková

**Specificky vytvořené prostředí pro účely senzorické stimulace, relaxace
a prožití osobní zkušenosti**

9.30–10.00 **COFFEE BREAK**

10.00–11.00 ● **Aurelius**

Sekce ambulantní péče PS ČLS JEP

VALNÁ HROMADA

10.00–11.00 ● **Cabernet**

Reforma psychiatrické péče

Symposium Sekce lůžkové psychiatrie PS ČLS JEP

**ZMĚNY V SYSTÉMU LŮŽKOVÉ PSYCHIATRICKÉ PÉČE – DOSÁH-
LI JSME CÍLE?**

Předseda: Jan Tuček

Jan Vevera

Transformace a nová klinika ve FN Plzeň

Tomáš Kašpárek

Projekt Brno – propojení akutní péče univerzitní nemocnice s komunitními službami

Jaromír Hons

Rekonstrukce budov Oddělení psychiatrie KNL

Petr Šilhán

Rozvoj psychiatrie ve FN Ostrava

Jan Tuček

Reforma a akutní lůžková péče v Českých Budějovicích

10.00–11.00 ● **Frankovka**

Symposium Sekce gerontopsychiatrické PS ČLS JEP

Předseda: Martina Zvěřová

Jana Hroudová

Nové naděje a/nebo zklamání? - Výzkum léčiv na Alzheimerovu nemoc

Vanda Franková

Agresivní chování u pacientů s demencí

Martina Zvěřová

Diagnostika a léčba mírné kognitivní poruchy

10.00–11.00 ● **Pálava**

Symposium Psychoterapeutické společnosti

DISKUSNÍ PANEL K AKTUÁLNÍMU DĚNÍ V PSYCHOTERAPII

Předseda: Karel Koblic

Ondřej Pěč, Ján Praško Pavlov

11.00–11.15 **PŘESTÁVKA**

11.15–12.15 ● **Aurelius**

Satelitní symposium společnosti

KRKA ČESKÁ REPUBLIKA, s.r.o.

Barbora Kohútová, Tomáš Novák

Projekt Cosmos - Studie komorbidit: průběžné výsledky

12.15–12.30 **PŘESTÁVKA**

12.30–13.30 ● **Aurelius**

Satelitní symposium společnosti

LUNDBECK ČESKÁ REPUBLIKA s.r.o.

O BUDOUCNOSTI PACIENTA SE ROZHODUJE UŽ DNES

Ján Pečeňák

Stále ten dopamín!

Pavel Mohr

Co je to úspěšná léčba schizofrenie?

čtvrtek
14. 6. 2018

13.30–14.00 **PŘESTÁVKA**

14.00–15.30 **Aurelius**

Symposium Slovenské psychiatrické spoločnosti SLS

Předseda: Dagmar Breznoščáková, Ľubomíra Izáková

Jozef Šuvada

Tvorba štandardných diagnostických a terapeutických postupov v Slovenskej republike

Ľubomíra Izáková

Kam smeruje psychiatria na Slovensku?

Marek Zelman

Štandardné diagnostické a terapeutické postupy v liečbe psychóz

Dagmar Breznoščáková

Štandardné diagnostické a terapeutické postupy úzkostných porúch

Márie Králová

Štandardné diagnostické a terapeutické postupy – demencie

14.00–15.30 **Cabernet**

Symposium Sekce biologické psychiatrie PS ČLS JEP

SOUČASNÉ POZNATKY Z BIOLOGICKÉ PSYCHIATRIE V LÉČBĚ ZÁVAŽNÝCH PSYCHICKÝCH PORUCH

Předseda: Libor Ustohal

Ladislav Hosák, Omar Šerý

Současný stav poznání v oblasti genetiky a epigenetiky závažných duševních poruch

Klára Látalová

Nové poznatky v léčbě bipolární afektivní poruchy

Libor Ustohal

Současné poznatky s využitím neurostimulačních metod v léčbě závažných duševních poruch

Eva Češková

Budoucí možnosti léčby závažných psychických poruch

14.00–15.30 **Frankovka**

Symposium České asociace sester – Psychiatrické sekce

ROLE PSYCHIATRICKÝCH SESTER V SYSTÉMU PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Předseda: Tomáš Petr

Tomáš Petr

Psychiatrické sestry v systému péče o duševní zdraví – aktuální výzvy

Blanka Novotná

Činnost psychiatrické sestry v komunitních službách

Simona Papežová, Zuzana Doudová

Přínos sestry v ambulanci s rozšířenou psychiatrickou péčí

čtvrtek
14. 6. 2018

Zuzana Fišarová
Role sestry v lůžkové psychiatrické péči

14.00–15.30 ● **Pálava**

VARIA I

Předseda: Pavel Mohr

Miloslav Kopeček

Index spolehlivé změny pro MMSE a MOCA

Dana Chmelařová

Možnosti a meze rehabilitace kognitivních funkcí

Pavel Knytl

Alterace neuroaktivních steroidů u psychiatrické populace a jedinců v riziku rozvoje duševních poruch

Jiří Pokora

Forenzně psychiatrické posuzování trestných činů spáchaných pod vlivem alkoholu

Jiří Švarc

Ochranné léčení – doporučené postupy

14.00–15.30 ● **Tramín**

WORKSHOP

CHRONOBIOLOGICKÁ FOTOTERAPIE V LÉČBĚ AFEKTIVNÍCH PORUCH A DEMENCÍ

Předseda: Pavel Doubek

15.30–16.00 **COFFEE BREAK**

16.00–17.00 ● **Aurelius**

Plenární přednáška

SUICIDE IN MOOD DISORDERS: CAN WE BETTER PREVENT SUICIDE THAN TO PREDICT IT?

Zoltán Rihmer (HUN)

17.00–17.15 **PŘESTÁVKA**

17.15–17.45 ● **Aurelius**

Satelitní sympozium společnosti

VIPHARM SLOVAKIA, s.r.o. – organizační složka CZ

Martin Anders

Potenciál aripiprazolu v klinické praxi

8.30–10.00 ● **Aurelius**

**Symposium Tradiční a méně obvyklé způsoby léčby
depresivní poruchy**

Předseda: Martin Bareš, Martin Anders

Martin Bareš

Současné postavení tricyklických antidepresiv v léčbě depresivní poruchy

Martin Hejzlar

Neurostimulační metody v léčbě depresivní poruchy – pokračovací a profylaktická léčba

Martin Anders

Udržovací léčba depresivní poruchy atypickými antipsychotiky

Tomáš Novák

Lithium v léčbě depresivní poruchy

8.30–10.00 ● **Cabernet**

**Symposium Sekce pro poruchy příjmu potravy
PS ČLS JEP**

**KLINICKÁ PRAXE A DOPORUČENÉ POSTUPY U PORUCH
PŘÍJMU POTRAVY – MOŽNOSTI A LIMITY**

Předseda: Hana Papežová

Hana Papežová

Léčba SE-AN u nás a v zahraničí

Petra Uhlíková

**Patří u adolescentů s poruchami příjmu potravy diagnostická doporučení
do doporučení terapeutických?**

Petra Holanová

Nejčastější somatické komorbidity u poruch příjmu potravy a modifikace léčby

Alena Lambertová

Kazuistiky komorbidit u poruch příjmu potravy

Jana Kocourková

Otázky mentalizace u pacientů s PPP a jejich terapeutů

8.30–10.00 ● **Frankovka**

Symposium Psychiatrické nemocnice Horní Beřkovic

BUDOUCNOST SYSTÉMU OCHRANNÉHO LÉČENÍ

Předseda: Tomáš Turek

Tomáš Turek

Quo vadis: Ochranné léčení a společnost

Růžena Hajnová

Quo vadis: systém ochranného léčení

Filip Kapras

Quo vadis: Ochranné léčení a jedinec

sobota
16. 6. 2018

8.30-10.00 ● **Pálava**

VARIA II

Předseda: Pavel Doubek

Terézia Knejzlíková

**E-Health ve výzkumu: systém pro správu, administraci
a vyhodnocování dotazníkových metod**

Jan Hubeňák

Antidepressiva a abnormní krvácení

Pavla Linhartová

**Neuro-behaviorální profil impulzivity u pacientů
s hraniční poruchou osobnosti**

Josef Pavlát

Porucha osobnosti a její posouzení v opatrovnických sporech

10.00-10.15 **COFFEE BREAK**

10.15-11.15 ● **Aurelius**

Soutěž o Cenu výboru PS ČLS JEP

Monika Klírová

**Transkraniální stimulace stejnosměrným proudem (TDCS): doporučené postupy
v psychiatrii**

Martin Hejzlar

Neurostimulační metody v léčbě depresivní poruchy - pokračovací a profylaktická léčba

Jakub Albrecht

**Modifikované elektrokonvulze - titrace, ultrakrátké pulzy, unilaterální aplikace
a udržovací léčba**

11.15-11.30 **PŘESTÁVKA**

11.30-12.00 ● **Aurelius**

Vyhlášení Ceny výboru a nejlepšího posteru

MAJÍ NOVÉ METODY MST A FEAST BUDOUCNOST?

Do Novel Methods of MST and FEAST have Future?

Albrecht J.¹, Mareš T.¹, Buday J.¹, Raboch J.¹, Anders M.¹

¹Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Klíčová slova: MST, magnetokonvulzivní terapie, FEAST, fokálně elektricky administrovaná konvulzivní terapie, elektrokonvulzivní terapie, EKT

Úvod

Konvulzivní metody jsou známy již od starověku. V průběhu 20. století došlo k bouřlivému vývoji na poli modifikace elektrokonvulzivní terapie s cílem eliminovat nežádoucí a vedlejší účinky. EKT zažila vzestupy i pády.

Zatímco nežádoucí účinky se podařilo moderními vyšetřovacími postupy a zejména zavedením anestézie s myorelaxací téměř eliminovat, vedlejší účinky (kognitivní porucha, tj. amnestický a dysexekutivní syndrom) se nadále vyskytují. Od zavedení ultrakrátkých pulzů ($\leq 0,5$ ms) a upřednostněním unipolární aplikace stimulace v 90. letech minulého století jsou kognitivní změny minimální u drtivé většiny pacientů plně reverzibilní. Z poznatků o mechanismu účinku se soudí, že zřejmě souvisejí s mechanismem účinku (neuroneogeneze a plasticita vycházející z hippocampů). Výskyt postkonvulzivního deliria je jen nepatrně častější než u anestézie samotné.

Počátek 21. století je charakterizovaný snahou nalézt obměnu EKT se srovnatelnou účinností, ale lepší tolerabilitou a individuálním přístupem s ohledem na etiopatogenezi závažných stavů a minimalizaci vedlejších účinků: lokalizovaně (trajektorie průchodu proudu), podávanou dávkou a formou elektrické energie, či magnetickou energií jako vehikula k indukci elektrických proudů k vyvolání sekundárně generalizovaného tonicko-klonického paroxysmu.

Metody

Magnetokonvulzivní terapie (MST) spočívá v aplikaci silného vysokofrekvenčního pulzního magnetického pole (podobně jako u repetitivní transkraniální magnetické stimulace) sofistikovanou skalpovou cívkou s vyšší dodanou energií k vyvolání epileptiformního paroxysmu. U fokálně elektricky administrované konvulzivní terapie (FEAST) jde o aplikaci modulovaného pulzního elektrického proudu, který není střídavý (je zachována charakteristika proudu stejnosměrného tím, že je pomocí diody ponechán jen průchod proudu jedním směrem), a proto zásadní roli hraje rozmístění polohy anody a katody (u EKT jsou obě elektrody chvíli anodou nebo katodou v závislosti na frekvenci), přičemž nastávají různé změny pod jednotlivými skalpovými elektrodami a jejich vzájemná poloha určuje maximální proudovou hustotu.

Výsledky

MST je více fokální a prostorově přesněji zacílená než FEAST, která je zase schopnější omezit proudovou hustotu jen na vybranou (prefrontální) oblasti proti tradiční EKT. Na rozdíl od FEASTu je MST limitována na vyvolání záchvatů generalizovaných z povrchové kůry vertexu a kromě toho je u MST vyvolávání záchvatů obtížnější pro stále relativně slabou indukci sekundární elektrických proudů v mozku, čímž může být dávkování MST celkem problematické. Dosud publikované studie naznačují, že MST i FEAST mají poměrně benigní kognitivní profil a předběžné důkazy hovoří o tom, že obě intervence mají určitou účinnost.

Diskuse

U MST i FEAST je prokázán potenciál snížit kognitivní vedlejší účinky oproti EKT. V současné době se může zdát, že FEAST má stejnou účinnost jako tradiční formy modifikované EKT (ultrakrátké pulzy, pravá unilaterální aplikace), zatímco důkazy účinnosti MST jsou méně robustní. Již nyní však existují dostatečné důkazy o účinnosti a bezpečnosti obou uvedených metod pro ospravedlnění randomizovaných, dvojité slepých studií, které by porovnávaly tyto „fokální“ intervence s EKT.

Platí tedy stále paradigma, že bez „křečových“ projevů jsou EKT neúčinné?

Bude v blízké budoucnosti možné poskytnout standardně pacientům konvulzivní metodu bez kognitivních vedlejších účinků, čili bezpečnější modifikaci tolik obávaných a stigmatizovaných „elektrošoků“?

Podpořeno výzkumnými projekty: RVO VFN 64165, Q27/LF1, MZ VES 15-30439A

MODIFIKOVANÉ ELEKTROKONVULZE - TITRACE, ULTRAKRÁTKÉ PULZY, UNILATERÁLNÍ APLIKACE A UDRŽOVACÍ LÉČBA

Modified Electroconvulsive Therapy - Titration, Ultra-Brief Pulses, Unilateral, Maintenance Treatment

Albrecht J.¹, Mareš T.¹, Buday J.¹, Kališová L.¹, Raboch J.¹, Anders M.¹

¹Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Klíčová slova: ECT, EKT, titrace, ultrakrátké pulzy

V popředí zájmu konceptu moderní komplexní psychiatrické léčby stojí pacient – prakticky však minimalizace nákladů na péči: zabránění nežádoucích i vedlejších účinků, prohloubení efektivity a zvýšení kvality života pacientů (snížení míry relapsu, rehospitalizací a prostonaných dní, návrat do komunitní péče, resocializace). V souladu s moderními poznatky a též díky značné materiální, profesionální i lidské pomoci lze představit paradigma „state of art“ v oblasti klinické péče - biologických minimálně invazivní neuromodulačních metod – elektrokonvulzivní terapie – v léčbě nejzávažnějších neuropsychiatrických stavů.

Paralelně lze, s ohledem na vývoj na tomto poli, připravit vhodné podhoubí pro rozvoj sofistikovanějších metod, které dále rozvíjí koncept tolerability a udržitelnosti ve prospěch pacienta.

Na příkladu sledování technických parametrů stimulace, průběhu zákroku, zotavování po zákroku, organizace klinického provozu demonstrujeme snahu o eliminaci nežádoucích účinků, redukci dopadů vedlejších účinků a práci s pacientovým okolím destigmatizovat šokové metody a představit zcela nový pohled na užitečný nástroj v principu známý tisíce let.

LÉČBA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU U PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ - NOVÉ GUIDELINES

Tobacco Dependence Treatment in People with Mental Illness - New Guidance

Anders M.

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

Klíčová slova: kouření, závislost na tabáku, psychické poruchy, léčba závislosti na tabáku

Kouření tabákových výrobků je hlavní odstranitelnou příčinou předčasné mortality a morbidity v současném světě, a proto je metodám léčby závislosti na tabáku a dostupnosti léčby věnována v posledních desetiletích stále se zvyšující pozornost. Mezi nemocnými trpícími psychickými poruchami je prevalence kouření 2-3× vyšší ve srovnání s běžnou populací. Tito nemocní kouří větší počet cigaret, inhalují hlouběji a déle, přičemž také vynakládají nezanedbatelné objemy finančních prostředků, a prohlubuje se tak jejich sociálněekonomická nestabilita, strádání a chudoba. Odhaduje se, že až 45% prodaných cigaret je spotřebováno lidmi, kteří trpí nějakou formou duševní

poruchy. Klinický dopad lze spatřovat například v oblasti léčby depresivních a úzkostných poruch, kde metaanalytické nálezy ukazují, že efekt ukončení kouření má podobný efekt jako podávání antidepresiv.

Doporučené postupy zaměřené léčbu závislosti na tabáku byly Psychiatrickou společností ČLS JEP publikovány v Doporučených postupech psychiatrické péče III. v roce 2010, a vzhledem k trvalé aktuálnosti této problematiky jsme požádali o revizi tohoto doporučeného postupu a zařadili jí do poslední verze DPP 2018. Intervence zaměřená na léčbu závislosti na tabáku by měla být součástí každého komplexního terapeutického postupu léčby duševních poruch, což doporučují i postupy vypracované European Psychiatric Association v roce 2014.

V obecné rovině nesmíme zapomínat, je důležité tuto problematiku včas a odpovídajícím způsobem diagnostikovat a pacienty nasměrovat ke vhodné léčbě. Prospěšná může být i krátká intervence, která vede k omezení škodlivého užívání nebo k abstinenci. Krátkou intervencí se rozumí poskytnutí informace o zdravotním stavu, informace o škodlivosti konzumace a postupech vedoucích k ukončení nebo omezení užívání návykové látky. Tuto intervenci včetně orientační diagnostiky jsou povinni provádět zdravotničtí pracovníci (dle Zákona č. 95/2004 Sb. a Zákona č.96/2004 Sb.), což je obsaženo v novele Zákona č. 65/2017 Sb., hlav VI, § 26 a 27.

Literatura:

- Lasser, K., Boyd, J.W., Woolhandler, S., Himmelstein, D.U., McCormick, D., Bor, D.H.: Smoking and Mental Illness: A Population-Based Prevalence Study, JAMA, Nov 2000; 284: 2606 – 2610
- Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2014; 13;348:g1151.
- Stepankova L, Kralikova E, Zvolaska K, Kmetova A, Blaha M, Bortlicek Z, Sticha M, Anders M, Schroeder DR, Croghan IT. Tobacco treatment outcomes in patients with and without a history of depression, Czech Republic, 2005-2010. Prev Chronic Dis. 2013 Sep 19;10:E158.
- Stepankova L, Kralikova E, Zvolaska K, Pankova A, Ovesna P, Blaha M, Brose LS. Depression and Smoking Cessation: Evidence from a Smoking Cessation Clinic with 1-Year Follow-Up. Ann Behav Med. 2017 Jun;51(3):454-463.
- Rüther T, Bobes J, De Hert M, Svensson TH, Mann K, Batra A, Gorwood P, Möller HJ; European Psychiatric Association. EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. Eur Psychiatry. 2014 Feb;29(2):65-82.

Podpořeno výzkumnými projekty: RVO VFN 64165, Q27/LF1, MZ VES 15-30439A.



UDRŽOVACÍ LÉČBA DEPRESIVNÍ PORUCHY ATYPICKÝMI ANTIPSYCHOTIKY

Maintenance Treatment of Depressive Disorder with Atypical Antipsychotics

Anders M.

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

Klíčová slova: typická antipsychotika, atypická antipsychotika, rekurentní depresivní porucha, udržovací léčba, profylaktická léčba

Dlouhodobá léčba depresivních epizod periodické depresivní poruchy je běžnou klinickou situací v našich psychiatrických ambulancích. V **Doporučených** postupech psychiatrické péče IV. je uvedeno, že je nezbytné pokračovat v terapii dávkami antidepresiv nebo kombinací psychofarmak, která byla **účinná** v akutní etapě léčby po dobu 6–9 měsíců od dosažení remise po první epizodě; po 2. epizodě 2 roky; po 3. pět let a při 4 a více je doporučena celoživotní léčba. K 2letému podávání přistupujeme také v případě, že 1. epizodě předcházela vážná suicidální pokus ev. je přítomna pozitivní rodinná zátěž depresivní poruchy či nemocný je věku 65 let a starší a/nebo remise je neúplná a/nebo jsou známky rezistence k léčbě. Tzv. profylaktická léčba se tedy doporučuje po proděláním tří a více epizod. Důrazně se doporučuje u nemocných se dvěma prodělanými těžkými epizodami deprese a bipolární afektivní poruchou v rodinné anamnéze, recidivou poruchy do jednoho roku od vysazení předchozí úspěšné léčby, přítomností rekurentních těžkých depresivních epizod v rodinné anamnéze (= výskyt zřetelných

projevů začátkem před 20. nebo po 60. roce života nebo pokud obě epizody proběhly v posledních 3 letech a byly závažné, náhlé nebo život ohrožující.

Již počet studií s antidepresivy, které by hodnotily preventivní podávání léčiv v časovém období delším než jeden rok je velmi omezený. Velmi často jde o studie, které hodnotí spíše dopad přerušení léčby (resp. i syndromu z vysazení) a je nutné zdůraznit, že je velmi **obtížné diferencovat mezi symptomy** reaktivovanými resp. vznikajícími po přerušení léčby (relaps) a depresivními symptomy, které vznikly nezávisle na předchozí epizodě (recidiva). Po většinou je využívána definice, že pokud se potíže objeví po minimálně dvouměsíčním bezpříznakovém období (bez ohledu na léčbu) jsou rekurencí (recidivou) oproti tomu, pokud se příznaky objeví dříve, tak se vztahují k současné epizodě.

Využití především atypických antipsychotik vzhledem k posunu poznání v oblasti etiopatogenetických mechanismů vzniku depresivních poruch (růstové faktory, neuroneogeneza, vliv na parametry zánětlivých procesů) a překrývajícím se mechanismům působení (mnohočetné ovlivnění serotonergního, noradrenergního, dopaminergního, glutamatergního, acetylcholenergního, adrenergního, histaminergního, GABAergního systému), lze považovat za smysluplné, především jako augmentační léčbu. EBM v této oblasti je však velmi nedostatečná, její absence může být překážkou pro „in-label“ použití. Kde však jednoznačně lze augmentaci antipsychotiky doporučit, jsou těžké depresivní epizody s psychotickými příznaky, u nichž by při opakovaných epizodách mělo být uvažováno o profylaktické léčbě kombinací, která byla účinná v akutní etapě léčby těchto závažných stavů.

Literatura:

- Geddes, J.R., Carney, S.M., Davies, C., Furukawa, T.A., Kupfer, D.J., Frank, E., Goodwin, G.M., 2003. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 361 (9358), 653–661.
- Kaymaz, N., van, O.J., Loonen, A.J., Nolen, W.A., 2008. Evidence that patients with single versus recurrent depressive episodes are differentially sensitive to treatment discontinuation: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *Journal of Clinical Psychiatry* 69 (9), 1423–1436.
- Doporučené postupy psychiatrické péče IV. http://psychiatrie.cz/images/stories/deni_v_oboru/doporucene-postupy-4-2014.pdf
- Gabriel, A. “Risperidone, Quetiapine, and Olanzapine Adjunctive Treatments in Major Depression with Psychotic Features: A Comparative Study.” *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 9 (2013): 485–492. PMC. Web. 12 Apr. 2018.

Podpořeno výzkumnými projekty: RVO VFN 64165, Q27/LFI, MZ VES 15-30439A



VLIV PORUCH DÝCHÁNÍ VE SPÁNKU NA PSYCHICKÉ ZDRAVÍ

An Impact of Respiratory Obstruction During Sleep on Mental Health

Anders M.

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

Klíčová slova: syndrom spánkové apnoe, depresivní porucha, schizofrenie, bipolární afektivní poruchy, úzkostné poruchy, kognitivní deficit

Obstrukční spánkovou apnoi (OSA) lze považovat za jednu z civilizačních nemocí, jejíž výskyt se odhaduje na 5–8 % populace. Onemocnění je poddiagnostikované, a tudíž ve valné většině nedostatečně léčené. Významným rizikem neléčeného syndromu OSA je zvýšená morbidita a mortalita. Tento alarmující fakt si zasluhuje pozornost a přispěl k tomu, že odborníci pracující v této oblasti iniciovali vznik Fóra pro mezioborovou spolupráci ve spánkové medicíně vyzývající ke vzájemné kooperaci na poli spánkové medicíny.

Opakované zástavy dechu ve spánku vedou k narušení oxygenace a četným narušením spánku tzv. mikroprobuzením, která významně narušují architekturu spánku a jeho esenciální význam pro zdravé fungování lidského mozku. Jedinci postižení syndromem OSA trpí zvýšenou denní spavostí, což je jeden z hlavních příznaků nemoci. Samozřejmě velká pozornost je věnována vlivu na autonomní vegetativní systém (zvýšení tonu sympatiku), zvýšení

detekovatelných markerů přítomnosti zánětu, vznik hyperglykémie a diabetu, aterosklerózy, cévních mozkových příhod, hypertenze, ischemické choroby srdeční, akutních koronárních syndromů, poruch srdečního rytmu, náhlých úmrtí apod. Jde o multiorgánové postižení a méně často bývají zmiňovány symptomy, které narušují duševní zdraví nemocných. Především existují důkazy, že OSA je spojena s významným narušením kognitivních funkcí, depresivní poruchou a anxiétou (včetně panické a posttraumatické stresové poruchy). Problematika se však týká i nemocných trpících schizofrenií nebo bipolární afektivní poruchou, kteří jsou léčeni psychofarmaky (obzvláště s vlivem na tělesnou hmotnost). Dostupná data ukazují, že OSA je přítomna u 15-48 % jedinců trpících schizofrenií, 21-43 % bipolární afektivní poruchou a 11-18 % periodicky depresivních pacientů. OSA významně negativně modifikuje průběh psychické poruchy a vlastní morbiditu a mortalitu duševně nemocných. Přítomnost OSA je nutné respektovat i při volbě psychofarmakologické léčby (kontraindikace benzodiazepinů) a v doporučeních týkajících se životního stylu (alkohol). Možnost detekce (screeningové metody) a léčby v rámci mezioborové spolupráce je v tomto ohledu velmi žádoucí krokem v oblasti léčby duševních poruch.

Literatura:

- Shoib S, Malik JA, Masoodi S. Depression as a Manifestation of Obstructive Sleep Apnea. *J Neurosci Rural Pract.* 2017 Jul-Sep;8(3):346-351.
- Ohayon MM. The effects of breathing-related sleep disorders on mood disturbances in the general population. *J Clin Psychiatry.* 2003;64:1195-200.
- Balan S, Spivak B, Mester R, Leibovitz A, Habot B, Weizman A. Psychiatric and polysomnographic evaluation of sleep disturbances. *J Affect Disord.* 1998;49:27-30.
- Millman RP, Fogel BS, McNamara ME, Carlisle CC. Depression as a manifestation of obstructive sleep apnea: Reversal with nasal continuous positive airway pressure. *J Clin Psychiatry.* 1989;50:348-51.
- Klingaman EA, Palmer-Bacon J, Bennett ME, Rowland LM. Sleep Disorders Among People With Schizophrenia: Emerging Research. *Curr Psychiatry Rep.* 2015 Oct;17(10):79.
- Szaulińska K, Pływaczewski R, Sikorska O, Holka-Pokorska J, Wierzbička A, Wichniak A, Śliwiński P. Obstructive sleep apnea in severe mental disorders. *Psychiatr Pol.* 2015;49(5):883-95.

Podpořeno výzkumnými projekty: RVO VFN 64165, Q27/LF1, MZ VES 15-30439A.



RODINNÁ PSYCHOEDUKACE V PSYCHIATRII

Family Psychoeducation in Psychiatry

Bankovská Motlová L.

3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
Národní ústav duševního zdraví

Klíčová slova: rodinná psychoedukace -
komunikační dovednosti - prevence relapsu

Zapojení rodiny v terapii duševně nemocných je neopominutelnou součástí komplexní psychiatrické péče. Vzájemná kooperace, efektivní komunikace a dobrý vztah mezi lékařem, pacientem a jeho rodinou prokazatelně zlepšují prognózu většiny chronických onemocnění. Očekáváme-li, že se pacient a jeho blízcí stanou našimi kompetentními partnery při dlouhodobé terapii, musíme s nimi sdílet znalosti o nemoci a její léčbě. Přirozený nepoměr mezi rozsahem znalostí poskytovatelů na straně jedné a příjemců na straně druhé může překonat psychoedukace, jejíž podstatou je strukturované sdílení dostatečně hlubokých, širokých, relevantních a aktuálních informací o onemocnění nebo stavu, včetně diagnózy a léčby, poskytování emoční podpory a výuka dovedností nezbytných k úspěšnému zvládnutí nemoci.

Od psychoedukačního programu se kromě edukace očekává identifikace problémů, které přináší soužití s nemocným členem rodiny a poskytnutí adekvátní podpory příbuzným. Psychoedukace by také měla objasnit příbuzným vliv nemoci na pacienta a nabídnout dovednosti, díky nimž může tým tvořený pacientem, příbuznými a poskytovateli péče co nejlépe fungovat ku prospěchu nemocného.

Rodinná psychoedukace patří k neúčinnějším terapeutickým postupům u řady chronických neuropsychiatrických onemocnění, konkrétně vede k redukci relapsů schizofrenie, bipolární afektivní poruchy a periodické depresivní poruchy, snižuje břímě osob pečujících o nemocné s demencí, posiluje pozitivní postoje a dovednosti příbuzných pacientů s Tourettovým syndromem, obsedantně-kompulzivní poruchou a poruchou pozornosti s hyperaktivitou.

Sdělení se věnuje soudobým modelům zapojení rodiny do terapie duševních onemocnění, předkládá důkazy o účinnosti rodinné psychoedukace, zabývá se tématickými okruhy, logistikou a požadavky na lektory psychoedukace.



SOUČASNÉ POSTAVENÍ TRICYKlickÝCH ANTIDEPRESIV V LÉČBĚ DEPRESIVNÍ PORUCHY

Current Role of the Tricyclic Antidepressants in the Treatment of Depressive Disorder

Bareš M.^{1,2}

¹Národní ústav duševního zdraví, Klecany, ČR

²Klinika psychiatrie a lékařské psychologie,
3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha, ČR

Klíčová slova: depresivní porucha; tricyklická antidepresiva; účinnost; snášenlivost; vodítka k léčbě

V roce 1957 švýcarský psychiatr Roland Kuhn ověřoval užitečnost sedativních účinků imipraminu a zjistil, že zlepšuje symptomy depresivní poruchy. Toto antidepresivum je na trhu do dnešního dne a je prvním představitelem skupiny tricyklických antidepresiv (TCA). TCA jsou jedinou skupinou antidepresiv, která je nazývána podle chemické struktury a nikoliv podle mechanismu účinku.

V presentaci bude komentován mechanismus účinku TCA (inhibice zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu či noradrenalinu a profil jejich působení na receptorové (muskarinové, 5-HT_{2a}, H₁, alfa 1) a neurotransmiterové systémy a jejich vzájemný poměr. Na základě výsledku metaanalýz bude porovnána účinnost a snášenlivost TCA s ostatními třídami antidepresiv (SNRI, SSRI). Zmíněna budou i rizika použití TCA, nežádoucí účinky a jejich postavení v současných národních i mezinárodních vodících k léčbu.

Ačkoli preskripce TCA v ČR poklesla mezi lety 2002–2013 o více než 54% (DDD; SUKL), nemělo by z toho být dovozováno, že ztratily své místo v léčbě deprese. Jak ukazují výsledky většiny metaanalýz, jejich účinnost není nižší, než u jiných skupin AD. Problematickým se při jejich užití mohou jevit jejich nežádoucí účinky, potencionální interakce či toxicita některých z nich. TCA nejsou léky první volby. Jejich použití je komplikovanější než například u SSRI, ale přinášejí i dnes cennou alternativu v léčbě, když „nová“ antidepresiva nedosáhla zlepšení stavu pacienta.

Podpořeno z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. 15-29900A, MZ ČR – RVO („Národní ústav duševního zdraví – NUDZ, IČ: 00023752“) a projektem číslo LO1611 za finanční podpory MŠMT v rámci programu NPU I



PRAXE REPETITIVNÍ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKÉ STIMULACE NA PSYCHIATRICKÉ KLINICE V PRAZE

Practice of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation at the Department of Psychiatry at the General University Hospital in Prague

Buday J.¹, Albrecht J.¹, Mareš T.¹, Raboch J.¹, Anders M.¹

¹Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praha

Klíčová slova: rTMS, tinnitus, deprese, Psychiatrická klinika, Praha

Úvod

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) je neinvazivní biologickou metodou, využívající průchod elektrického proudu stimulační cívkou k vytvoření magnetického pole, které následně ovlivňuje mozkovou aktivitu elektromagnetickou indukci. Tento jednoduchý princip, známý již od 19. století, je možné použít ke studiu normy i k léčbě signifikantního počtu alterovaných neuropsychických stavů. V Centru pro biologickou diagnostiku a léčbu Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN si klademe za cíl pokračovat v zdokonalování této metody a jejího používání v klinické praxi.

Metodologie

Při rTMS je opakovaná aplikace magnetického pole podávána v blocích magnetických stimulů. Přístroj, kterým disponujeme v naší laboratoři, umožňuje komplexně upravovat stimulační parametry – intenzitu, frekvenci, celkový počet stimulů, časový interval mezi jednotlivými bloky stimulace a polohu cívky vůči mozku, která je zaměřena stereotakticky. V zásadě rozeznáváme tři základní typy stimulace, vysokofrekvenční, nízkofrekvenční a theta, které mají odlišné fyziologické účinky. Vysokofrekvenční stimulace (≥ 5 Hz) obvykle zvyšuje kortikální excitabilitu a využíváme jí majoritně k léčbě deprese, naproti tomu nízkofrekvenční stimulace (≤ 1 Hz) obvykle kortikální excitabilitu snižuje, využíváme především v léčbě tinitu.

Proces aplikace rTMS se opírá o aktuální poznatky EBM, za nejdůležitější považujeme bezpečnost a individuální přístup. V naší laboratoři opakovaně odebíráme anamnézu, zhodnocujeme přítomnost případných kontraindikací, především při aplikaci vysokofrekvenčního rTMS je důležité vyloučení historie epileptických záchvatů. Pacienta důkladně seznamujeme s principem metody, před kterou je nutné podepsat informovaný souhlas. Je důležité brát na vědomí, že každý jedinec má unikátní anatomicko-neurofyziologické parametry a tedy vyžaduje jiný optimální protokol stimulace. Bez ohledu na hlavní indikaci k rTMS musí být určen motorický práh, který můžeme definovat jako nejnižší intenzitu stimulace levého motorického kortexu, která vyvolá kontrakci musculus abductor pollicis brevis lat. dx. jako odpověď v devíti z deseti stimulů.

Po stanovení této intenzity nastavujeme energii pulzů dle daného protokolu. V případě deprese se jedná o 10 Hz stimulaci dorzolaterálního prefrontálního kortexu (DLFPC) lokalizovanou stereotakticky (u pacientů s MRI) nebo transpozicí dle topologie motorického kortexu. Aplikujeme 1500 stimulů rozdělených v 10 sériích. U auditivních halucinací používáme nízkofrekvenční stimulaci: 1800 pulzů za den o frekvenci 1 Hz do oblasti sluchového kortexu dominantní hemisféry. Standardně tato stimulace probíhá každý pracovní den po dobu dvou týdnů. Za důležité považujeme zhodnocení účinku, k čemuž používáme autoevaluační dotazníky a klinické hodnocení.

V Centru pro biologickou diagnostiku a léčbu Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v současné době probíhá v rámci výzkumu i aplikace experimentálních protokolů (léčba orofaciální bolesti, poruch příjmu potravy – psychogenní proždání, mentální anorexie, bulimie, dále OCD, úzkostní stavy, únavový syndrom, esenciální tremor, negativní příznaky schizofrenie). Celkově na naší klinice ročně stimulujeme okolo 70 pacientů (dle údajů z let 2012–2017).

Diskuse

rTMS je účinnou metodou, která má široké využití při léčbě i výzkumu. Markantní je vysoká účinnost u farmakoresistentního centrálního tinitu a protokol užívaný u deprese, který zlepšuje její klinické příznaky. Metoda je lákavá pro neinvazivitu a nízký výskyt, s minimem nežádoucích, nežádoucích účinků.

Podmínkou úspěšnosti je specializovaný a vyškolený tým lékařů a magnetických zdravotních sester a kvalitní (nákladné) přístrojové vybavení. Výsledkem je pak zvýšení kvality života u pacientů a potenciál k výzkumu fyziologie mozku a neuropsychiatrických onemocnění.

Podpořeno výzkumnými granty: RVO VFN 64165, Q27/LFI, AZV 15-31538A

NESADISTICKÁ SEXUÁLNÍ AGRESIVITA

Nonsadistic Sexual Aggressiveness

Brichcín S.

Psychiatrická nemocnice Bohnice

Soubory sexuálních násilníků vůči dospělým osobám zřídka vykazují sadistickou motivaci pachatele. Většinu znásilnění spáchají muži s většinovým sexuálně motivačním systémem. U osob se zjištěnou parafrilní poruchou bývá v českém prostředí diagnostikována obvykle patologická sexuální agresivita, což je termín mimo naše prostředí málo známý a v zahraničí vyjadřovaný spíše pojmem Paraphilic Coercive Disorder. Vzniká otázka, jaký sexodiagnostický profil vykazují tito násilníci, jejichž modus operandi nebývá vždy shodný.

Autor prozkoumal vlastní soubor 20 sexuálních agresorů, kteří byli vyšetřeni jednotnou metodikou psychiatricky, sexuologicky a většinou i psychologicky. Byly mezi nimi osoby českého i zahraničního původu, z větší části žijící v partnerském vztahu, s převažujícím středním vzděláním. S výjimkou jednoho znásilňovače mužů byli všichni heterosexuálně orientovaní. Každý pachatel byl charakterizován podrobnou rodinnou i osobní anamnézou, sexuální biografií, předchozí obecnou a sexuální kriminalitou, dosavadní léčbou a abúzem psychotropních látek. Trestná činnost byla analyzována podle času a místa deliktu, podle aktuálního ovlivnění alkoholem či drogou, známostí s obětí, predeliktním chováním a poškozením dané oběti. Důraz byl kladen na zjištění mimosexuální psychopatologie u každého exploraanda.

Ve zkoumaném souboru dvě třetiny osob vykázaly příslušnost k sexuálně většině t.j. šlo o osoby bez deviace, s normální sexuální motivací. Jen jediný pachatel byl sadisticky parafrilní. U čtvrtiny souboru byla prokázána parafrilní nesadistická parafrilie s postižením různých částí sexuálně motivačního systému. Bez jakékoli specifické poruchy osobnosti se jevílo sedm pachatelů – zhruba třetina souboru. Pod vlivem alkoholu jednali pachatelé tvořící dvě třetiny zkoumaných osob. Potvrdilo se, že parafrilní znásilňovači jsou nepřehlédnutelnou rizikovou skupinou s nejednotným sexopatologickým nálezem.

PROBLÉM MEDIKACE V PŘENOSOVÉ PSYCHOTERAPII

Problem of Medication in Transfer Psychotherapy

Březina R.

Psychiatrická ambulance Praha 7

Klíčová slova: přenosová psychoterapie, farmaka, rezistence, psychická změna

Kombinace psychoterapie a farmakoterapie je všeobecně rozšířený léčebný standard. Problematická je souběžná medikace, jestliže psychoterapie není primárně zaměřená na mitigaci symptomů, ale zejména na rozšíření funkčních kapacit, prohloubení osobnostní integrity, afektivní toleranci pomocí analýzy v terapeutickém přenosu aktivovaných patologických strategií a obranných mechanismů. Souběžná medikace může vytvářet úlevné útočiště, které pacientovi umožní vyhnout se konfrontaci s částí svého psychického prostoru a oslabí tak možnost psychické změny, která je cílem této terapie. Na medikaci vázané přenosové rezistence mohou zablokovat dynamický proces psychoterapie úplně.

BUDOUCÍ MOŽNOSTI LÉČBY ZÁVAŽNÝCH PSYCHICKÝCH PORUCH

Future Options in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders

Češková E.^{1,2,3,4}

¹CEITEC MU, Brno

²Psychiatrická klinika LF a MU FN Brno

³KNP LF University Ostrava

⁴Odd. psychiatrie, FN Ostrava

Klíčová slova: optimalizace léčby, depresivní porucha, schizofrenie, multimodální antidepresiva, glutamatergní modulátoři, protizánětlivé látky

Současná farmakoterapie nevede u řady psychicky nemocných k dostačujícímu efektu. Máme dvě možnosti, jak účinnost zlepšit – optimalizaci stávající léčby a vývoj nových látek. Optimalizace zahrnuje dodržování základních léčebných principů, tj. preferenci léčby, jejíž efekt je založený na důkazech a měřitelný, dále léčby komplexní a individualizované.

Pro léčbu depresivní poruchy jsme dostali nová multimodální antidepresiva. Velkou diskuzi vyvolává ketamin pro jeho robustní a rychlý antidepresivní efekt v subanestetických dávkách. Množí se studie s látkami, které byly užívány před příchodem monoaminergních antidepresiv. Z nových augmentačních strategií je účinný brexpiprazol, který patří do skupiny parciálních dopaminových agonistů, u nás zatím zastoupených pouze aripiprazolem.

V oblasti antipsychotické léčby zůstává problematické ovlivnění negativních a kognitivních příznaků. Nadějně se jeví glutamatergní látky. V souhlase s hypotézou o hypofunkci N-metyl-D-aspartátových ionotropních glutamatergních receptorů jsou ve stádiu různého klinického zkoušení látky působící na těchto receptorech a také látky působící na metabotropních glutamatergních receptorech. Zánětlivý proces může hrát roli v etiopatogeneze schizofrenie i depresivních poruchy. U nemocných se zánětlivými ukazateli byly popsány pozitivní výsledky s přídatnou terapií protizánětlivými látkami. Jako u multimodálních antidepresiv je snaha vyvinout antipsychotika s více mechanismy v jedné molekule (lumateperon).

Podpora projektem CEITEC (CZ.1.05/1.1.00/02.0068), výzkumný projekt MŠMT ČR (0021622404)



OFF-LABEL PRESKRIPCE PSYCHOFARMAK

Off-label Prescription of Psychopharmacs

Češková E.^{1,2,3,4}

¹CEITEC-MU

²Psychiatrická klinika FN Brno

³KNP LF University Ostrava

⁴Odd. psychiatrie, FN Ostrava

Klíčová slova: preskripce off-label, antidepresiva, antipsychotika, pedopsychiatrie, gerontopsychiatrie

Preskripce off-label psychofarmak včetně dvou největších skupin, antidepresiv (AD) a antipsychotik (AP), hlavně atypických, roste. Dle převážně zahraničních údajů je přibližně 1/3 preskripce AD a polovina AP off-label.

K nejčastějším off-label indikacím jak u AD tak AP patří nespavost, u AD dále bolest a u AP úzkost a agitovanost. Trazodon je nejčastěji předepisované off-label AD, quetiapin AP. Oborem s nevyšší preskripcí off-label, je zřejmě pedopsychiatrie. Prevalence předepisování AD i AP u dětí a adolescentů stále stoupá, hlavně v kohortě 15–19 letých. Velmi častá je preskripce AP off-label u starších jedinců. Je vyvíjena soustavná snaha tuto medikaci u behaviorálních a psychologických projevů (BPSD) u demencí redukovat. AP jsou však stále předepisována u řady institucionalizovaných seniorů. Lékaři zabývající se touto problematikou se domnívají, že aplikace nefarmakologických přístupů má řadu bariér na rozdíl od farmakoterapie, která je považována za snadnou, relativně bezpečnou a účinnou.

Snaha snížit medikaci AP může vést ke zvýšenému užívání alternativní riskantní medikace. Lékaři zatím postrádají praktické, na důkazech založené postupy pro všechny aspekty BPSD.

Závěry

Problematické preskripce off-label bychom se měli více věnovat, již vzhledem k tomu, že doporučené postupy léčby uvádí jako léky volby látky, jejichž preskripce je off-label. Dále je žádoucí objasnit rozpory mezi účinností pozorovanou v běžné klinické praxi a počtem provedených kvalitních studií.

Podpora projektem CEITEC (CZ.1.05/1.1.00/02.0068), výzkumný projekt MŠMT ČR (0021622404)

SCREENING PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Screening of Autistic Diseases

Dudová I.

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol,
V Úvalu 84, Praha 5, 150 00

Identifikace symptomů atypického vývoje dítěte prostřednictvím screeningu a diagnostika poruch autistického spektra (PAS) se posunuje do stále časnějšího věku. Díky intenzivnímu výzkumu časných příznaků PAS, nově vyvinutým screeningovým metodám, znepokojení ohledně zvyšující se prevalence PAS a také dlouhým čekacím dobám u odborníků specializovaných na PAS se nabízí screening jako prostředník k časně identifikaci a správnému nasměrování dětí s podezřením na diagnózu poruchy autistického spektra do speciální péče. V České republice byl zahájen celoplošný screening poruch autistického spektra v říjnu 2016 pomocí screeningového dotazníku M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers). V rámci preventivní prohlídky dětí ve věku 18 měsíců bylo zavedeno provedení vyšetření za účelem včasné diagnostiky poruch autistického spektra. Cílem včasného záchytu je podle Metodiky provádění a vykazování včasného záchytu PAS v ordinacích PLDD identifikace příznaků PAS, odeslání k odborné diagnostice a zahájení péče – především nácvik sociálních dovedností, evokování a fixace žádoucího chování, dovedností, logopedická péče atp., což umožní co nejširší zařazení handicapovaného dítěte do většinové společnosti.

V současnosti není k dispozici jediná a jednoduchá metoda pro identifikaci všech osob s PAS. Žádná screeningová nebo diagnostická metoda není použitelná pro celé věkové rozpětí (od batolat po dospělé) a rozsah funkčního postižení (od velmi těžkého po mírné postižení). Screeningové dotazníky také nezohledňují celou šíři autistické symptomatologie. V přednášce podrobněji zmíníme screeningové dotazníky používané v ČR.

MINULOST, SÚČASNOSŤ A BUDÚCA PERSPEKTÍVA ECT NA SLOVENSKU

Past, Present, and Future Perspective of Electroconvulsive Treatment in Slovakia

Dragašek J.

University of P. J. Safarik, Faculty of Medicine,
Košice, Slovakia

The history of electroconvulsive therapy (ECT) in Slovakia began in 1940 when handmade ECT device was constructed by Matulay and Skotnický. They adopted this kind of biological therapy to daily clinical practice and they published the article with 121 cases and just about 1000 treatments performed in two psychiatric institutions after one year of use. It seems an interesting fact that proportion of outpatients in 1940–41 was significant compared

to these days. In Slovakia, in contrast with other countries, during past 40 years, no significant decline in the routine use of ECT was observed. According to current data, the ECT reported rate in Slovakia is 2,9 patients with ECT/10,000 inhabitants, and the proportion of inpatients that underwent treatment to the total number of psychiatric inpatients is 3,7%.

From 36 psychiatric departments and wards, ECT was offered in 33 institutions. ECT is administered by the specially trained physician in 3 wards (8,8%), by the psychiatrist in 30 institutions (88,2%) and by the physician with the presence of supervisor in 1 department (2,7%). Sixteen departments (50%) offered ECT to patients younger than the age of 18. Twenty surveyed facilities use separate recovery rooms, 7 departments use patient's room for recovery after ECT and anesthesia, rest of the wards use treatment/operating rooms for this purpose. Maintenance ECT was practiced in 13 (40,6%) institutions and continuation ECT in 11 (34,4%). Both, maintenance and continuation ECT were administered mostly on the in-patient basis, 2 (6,3%) departments can offer ambulatory ECT only. Sixteen (50%) of the facilities use nonprofessional nursing staff to assist with the procedure.

ECT is commonly used in Slovakia (aver. 2,9 patients and approx. 21,5 treatments per 10,000 inhabitants), when compared with other countries, especially with neighbors Poland and Hungary. In spite of frequent usage, half of the facilities used obsolete technical equipment at the time the survey was conducted. This has fortunately much improved in last 5 years. Nowadays all facilities are equipped with modern devices. In Slovakia, there is no specialized education in ECT; there is no possibility to attend a certified course on ECT. Besides lack of specialized education, there are no national guidelines or recommendations accepting current and evidence-based data. In 2016, the first national ECT workshop took place and national guidelines are in the process of finalizing a printed version.

ŠTANDARDNÉ DIAGNOSTICKÉ A TERAPEUTICKÉ POSTUPY ÚZKOSTNÝCH PORÚCH

Standard Diagnostic and Therapeutic Procedures in Anxiety Disorders

Ferenčáková Ľ.¹, Breznoščáková D.²

¹Neštátna psychiatrická ambulancia, Panelová 2,
04001 Košice, Slovenská republika

²1. psychiatrická klinika LF UPJŠ Košice, Slovenská
republika

Kľúčové slová: štandardné diagnostické
a terapeutické postupy, úzkosť, úzkostné poruchy

Táto prezentácia sa venuje štandardným diagnostickým a terapeutickým postupom /ŠDTP/ úzkostných porúch. ŠDTP predstavujú komplexný manažment pacienta a to vďaka presnému definovaniu cesty pacienta od prevencie cez diagnostiku až po terapiu. Cieľom je zabezpečiť rovnaký prístup k zdravotnej starostlivosti pre všetkých pacientov. ŠDTP určujú jednotlivé kroky liečby a zvažujú aj riziká terapie. ŠDTP využívajú EBM podklady a postupy medzinárodných spoločností revidované AGREE II. Úzkostné poruchy sú psychické poruchy, pri ktorých v klinickom obraze dominuje, úzkosť a sú to jedny z najčastejšie sa vyskytujúcich psychických porúch. Ich celoživotná prevencia v populácii sa uvádza v rozmedzí 10 až 25%. Väčšina úzkostných porúch je v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti a základom liečby je farmakoterapia a psychoterapia. Na liečbe úzkostných porúch významnou mierou participujú aj psychológovia. Vzhľadom na častosť úzkostných porúch a vysokú vyťaženosť psychiatrov na Slovensku, pri kompetenciách liečby úzkostných porúch úvážame aj praktických lekárov, avšak s podmienkou aspoň 3-mesačnej psychiatrickej praxe v rámci rezidenčného programu. Liečba úzkostných porúch naráza aj na problematiku offlabel liečby, ktorá je však problémom terapie aj iných duševných porúch. Vypracovanie ŠDTP môže slúžiť aj ako podklad k zmene legislatívy SR čo sa týka úhrady offlabel liečby, ktorá t.č. podľa platnej legislatívy nie je hrazená zdravotnou poisťovňou.

CO ZNAMENÁ VYLÉČIT SE V PERSPEKTIVĚ ZOTAVENÍ

What we mean by “to be healed” in a recovery perspective

Fojtíček M.

MZ ČR – regionální koordinátor reformy psychiatrie
pro Plzeňský kraj

Klíčová slova: recovery, zotavení, paradigma

Anotace

Zotavení (recovery) je v péči o duševní zdraví v poslední době často zmiňovaný pojem. Hrozí mu mnohé: že se stane módním, že se vyprázdní, že se stane nálepkou nebo nadávkou.

Príspevek nabídne definici zotavení prof. Anthonyho a komentář k ní, popíše klíčové principy zotavení podle Dr. Raginse a nabídne interpretaci zotavení v kontextu změny paradigmatu dle Kuhna.

Nabídne popis vztahu tradičního medicínského modelu a naděje jako klíčového principu zotavení a upozorní na důsledky, které to v pomáhání lidem se zotavením z duševního onemocnění má. Povzbudí k debatě o tom, jaké důsledky má přístup zaměřený na zotavení pro změnu sítě služeb v rámci probíhající reformy psychiatrie v ČR.



PROLÍNÁNÍ SKUPINOVÉHO PROCESU NEUROTIKŮ DO SKUPINOVÉHO PROCESU OŠETŘUJÍCÍHO PERSONÁLU

Penetrating of a Group Process of Neurotics Into a Group Process of Medical Personnel

Forman H.

Denní sanatorium Horní Palata, Všeobecná fakultní
nemocnice v Praze

Klíčová slova: skupinová psychoterapie v instituci,
přenos, obranné mechanismy

Ve skupinové terapii nelze počítat pouze s neurotickou úrovní, ale i s úrovní vývojově nižší. U neurotika je dobrá osobnostní integrace a je předpoklad práce s konflikty z raného dětství. Z obran převažuje vytěsnění. U osob s integrací na nižší úrovni, jejichž identita obsahuje tzv. částečné objekty, je nedostatečná integrace osobnostních struktur. Obrany zejména štěpení, projektivní identifikace, projekce. Toto uspořádání má za následek ztrátu schopnosti testovat realitu v přenosové situaci a dochází k aktivaci silných emočních reakcí a ke ztrátě smyslu pro oddělenou realitu druhých. Nutno zdůraznit, že bez ohledu na míru osobnostní integrace jednotlivců dochází v uzavřených a málo strukturovaných skupinách (kde je slabě či nejistě definován úkol skupiny) k okamžité regresi všech zúčastněných osob. V každém z nás existuje tento potenciál za předpokladu, že dojde k přerušení běžných sociálních rolí a také čím více je v daném prostředí objektů. Naproti tomu dyadický vztah přináší bezprostředně vyšší úroveň fungování a připouští tak úvahu o kombinované léčbě individuální a skupinovou psychoterapií. V nestrukturované skupině, ať již léčebné nebo skupině, kterou tvoří ošetřující personál, bývá regrese velmi rychlá a okamžitě vede k obranným operacím a vztahům na rané úrovni. Například Bionova skupina “Základních předpokladů“. Mezi intrapsychickými konflikty pacientů a potenciálními rozpory a napětím v rámci sociálního systému oddělení existuje reciproční spojitost, se kterou je nutné při léčbě také počítat.



AGRESIVNÍ CHOVÁNÍ U PACIENTŮ S DEMENCÍ

Aggressive Behaviors in Patients with Dementia

Franková V.

Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

Klíčová slova: Agrese, demence, farmakoterapie, nefarmakologické postupy.

Agresivní chování se v průběhu demence vyskytuje zhruba u poloviny pacientů. Je častější při ústavní péči a u těžšího kognitivního deficitu. Mnohdy je maladaptivním vyjádřením potřeb pacienta (bolest, nuda, omezení aj.) nebo důsledkem nepochopení situaci (bránění se vyšetření/péči). Může jít o agresi verbální (nadávání, vyhrožování) nebo fyzickou (rozbíjení věcí, kopání, strkání aj.). Často bývá provázeno dalšími příznaky (psychotické, depresivní, úzkostné) nebo je součástí deliria.

Terapeutické postupy mají část obecnou (zajištění bezpečí pacienta a jeho okolí, zmapování příznaků, vyšetření tělesného stavu, rozbor užívané medikace, vhodný přístup) a individuální (řešení konkrétní situace u jednotlivého pacienta při zohlednění jeho životního příběhu). Klíčové jsou nefarmakologické postupy, zejména edukace pečujících a behaviorální techniky, uplatňuje se i senzorní stimulace, tělesné aktivity aj. Při volbě psychofarmaka vždy zvažujeme poměr rizika a benefitu, lék cílíme na případně zjištěnou primární poruchu (psychóza, deprese). U akutní ohrožující agrese volíme injekční preparáty (tiaprid, haloperidol, benzodiazepin), u chronické agrese nasazujeme často SSRI antidepresiva, popř. trazodon, často v kombinaci s antipsychotikem. Podávání antipsychotika by mělo být krátkodobé (po 6–8 týdnech se pokoušíme postupně vysazovat). Důležitá je prevence vzniku agresivního chování dodržováním doporučených pravidel péče o pacienty s demencí, včetně podávání kognitiv v indikovaných případech. Specifický přístup vyžaduje agresivní chování u demence s Lewyho tělísky a u Parkinsonovy choroby.

Prezentovány jsou ilustrativní kazuistiky.

NEUROSTIMULAČNÍ METODY V LÉČBĚ DEPRESIVNÍ PORUCHY - POKRAČOVACÍ A PROFYLAKTICKÁ LÉČBA

Neurostimulation Methods in the Treatment of Depression - Continuation and Maintenance Treatment

Hejzlar M.^{1,2}, Novák T.^{1,2}, Bareš M.^{1,2}

¹Národní ústav duševního zdraví, Klecany
²3. LF UK, Praha

Klíčová slova: depresivní porucha; pokračovací a udržovací léčba; elektrokonvulzivní léčba; repetitivní transkraniální magnetická stimulace; transkraniální stimulace stejnosměrným proudem

Depresivní porucha (DP) je spojena s rekurentním a často chronickým průběhem. Cílem pokračovací (obvykle 6–9 měsíců po odeznění akutní epizody) a udržovací (profylaktické) léčby DP je prevence relapsu resp. rekurence. Volba účinné a přijatelné pokračovací a udržovací léčby je velmi důležitá, protože s každou proběhlou depresivní epizodou se riziko rekurence dále zvyšuje. V terapii DP se užívají vedle farmak i neurostimulační metody, přičemž pokračovací a profylaktická léčba pomocí těchto intervencí doposud nemá žádný definitivní, jasně ustanovený a obecně platný protokol. Cílem prezentace je poskytnout základní přehled o léčebných postupech navazujících na akutní neurostimulační léčbu deprese. Na základě aktuálních doporučení odborných společností, meta-analýz a randomizovaných kontrolovaných studií bude komentována pokračovací a profylaktická léčba DP po úspěšné elektrokonvulzivní terapii (ECT), repetitivní transkraniální magnetické stimulaci (rTMS) a transkraniální stimulaci stejnosměrným proudem (tDCS). Závěrem nabídneme rozvahu do klinické praxe u pokračovací a profylaktické léčby po těchto intervencích.

Podpořeno z programového projektu MZ ČR s reg.č. 15-29900A a projektem číslo LO1611 za finanční podpory MŠMT v rámci programu NPU I.

ZÁLUDNOSTI V PSYCHIATRICKÉ AMBULANCI

Herman E.^{1,2}

¹Psychiatrická klinika 1. LF UK

²Psychiatrická ambulance Praha 6

Předložena bude řada kazuistických záludností, které budou s účastníky řešeny formou interaktivního hlasování. Diskuze a výstupy budou směřovat k tvorbě většinového názoru na problémy, které nemají jednoznačné vyústění.



NEJČASTĚJŠÍ SOMATICKÉ KOMORBIDITY U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY A MODIFIKACE LÉČBY

The Most Often Somatic Comorbidity of Eating Disorders and Modification of the Treatment

Holanová P.

Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK Praha

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, diabetes mellitus 1. typu, potravinové alergie a intolerance

Mezi nejčastější somatické komorbidity patří onemocnění z oblasti GIT, potravinové intolerance a alergie, diabetes mellitus 1. a 2. typu, epilepsie. Mohou zásadně ovlivňovat průběh, léčbu a prognózu, jejich výskyt narůstá.

Diabetes mellitus 1. typu je spojen s dietním omezením, permanentní pozorností věnovanou skladbě jídelníčku, hmotnosti a představuje rizikový faktor rozvoje PPP. Inzulin může sloužit jako „nástroj“ manipulace s hmotností. Spolupráce u těchto pacientů je problematická, velmi kriticky hodnotí úpravy inzulinoterapie a naléhají na rychlou kompenzaci diabetu, ale nenahlíží na souvislost patologického jídelního chování a dekompenzace diabetu, bagatelizují možné pozdní komplikace.

Současně narůstá počet pacientů s komorbidní potravinovou alergií či intolerancí. Terapeutická dieta je rizikový faktor pro rozvoj PPP a naopak u poruch příjmu potravy dochází k narušení střevní bariéry a mikrobioty a zvýšení rizika potravinové alergie. Svoji roli hraje adorace „zdravé výživy“ se záměrným a zdravotně neodůvodněným vynecháváním potravin s lepkem či mléčných výrobků, veganství či raw stravy.

Léčba pacientů s poruchou příjmu potravy se somatickými komorbiditami vyžaduje individualizovaný přístup, dietní opatření vnáší dynamiku do rivalitně nastavené skupiny pacientů a může být vnímána jako úleva v léčebném režimu. Důležitá je dobrá multidisciplinární spolupráce.

Podpořeno AZV 17-28905A



SOUČASNÝ STAV POZNÁNÍ V OBLASTI GENETIKY A EPIGENETIKY ZÁVAŽNÝCH DUŠEVNÍCH PORUCH

Current Status of Recognition of the Serious Mental Illness in the Field of Genetics and Epigenetics

Hosák L.¹, Šerý O.²

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

²Ústav biochemie, Přírodovědecká fakulta MU Brno

Klíčová slova: genetika, epigenetika, schizofrenie, bipolární porucha

Heritabilita schizofrenie dosahuje hodnoty až 80%. Jedná se o komplexní, ne-mendelovský způsob dědičnosti. Pomocí celogenomových asociačních studií již byly odhaleny desítky genů, významných u schizofrenie, například ZNF804A, NRGRN, TCF4, MHC, CACNA1C, ANK3, ITIH3 a další. Řada z nich má význam ve vývoji a neuroplasticitě mozku, tvorbě synapsí, neuronální kalciové signalizaci, funkci glutamátu a zánětu. Kromě toho mají u schizofrenie význam mikrolece a mikroduplikace DNA, některé z nich již rovněž byly odhaleny.

V naší pilotní studii jsme objevili vztah mezi polymorfizmy genů pro VEGF A a VEGF C a parametry sítnice oka měřenými pomocí OCT u souboru pacientů se schizofrenií i kontrolních osob. VEGF A a VEGF C jako vaskulární růstové faktory jsou odpovědné za vývoj krevních cév v oční sítnici. Jejich exprese je regulována prozánětlivými cytokiny, jejichž změněné hladiny byly různými autory asociovány s patogenezi schizofrenie.

Z epigenetických regulačních faktorů mají u schizofrenie význam zejména metylace DNA, acetylace histonů a mikro-RNA, například miRNA-27 nebo miRNA128a.

S bipolární afektivní poruchou byly ve studiích GWAS asociovány geny ANK3, CACNA1C, TENM4, NCAN, SYNE1, TRANK1, ZNF804A, ITIH4 nebo MAPK3. Nálezy poukazují zejména na význam kalciové signalizace v mozku. I zde hrají roli mikrolece či mikroduplikace DNA, také epigenetické faktory spojené s metylací DNA a acetylací histonů.

Podporováno grantem AZV MZ ČR 16-27243A



UŽITÍ DIFFUSION TENSOR IMAGING U PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Using of Diffusion Tensor Imaging in Autistic Diseases

Hrdlička M.

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

Metoda diffusion tensor imaging (DTI) zkoumá za pomoci magnetické resonance bílou hmotu mozkovou a je jedním z nejlepších nástrojů pro výzkum konektivity mozku. Cílem naší studie bylo porovnat mozkovou konektivitu u dětí s poruchou autistického spektra (PAS) a vývojovou dysfázií (VD) oproti skupině zdravých kontrol (ZK).

Metodika

Náš soubor zahrnul 63 dětí ve věku 5–12 let (46 chlapců, 17 dívek) reprezentujících tři výzkumné skupiny: PAS (n=21), VD (n=30) a ZK (n=12). DTI byla provedena na přístroji 1,5T Phillips Achieva. Soustředili jsme se na čtyři mozkové dráhy s předpokládaným vlivem v patogenezi PAS: fasciculus arcuatus (AF), fasciculus occipitofrontalis inferior (IFOF), fasciculus longitudinalis inferior (ILF) a fasciculus uncinatus (UF).

Výsledky

Metoda tract-based spatial statistics (TBSS) detekovala statisticky významné snížení frakční anizotropie (FA) ve skupině PAS oproti skupině ZK ve všech čtyřech traktech oboustranně ($p < 0,05$). Rozdíly v TBSS mezi skupinami VD a ZK nebyly významné. Detailní analýza FA objevila významné rozdíly mezi PAS, VD a ZK v levém AF ($p = 0,015$) a pravém AF ($p = 0,007$), levém IFOF ($p = 0,015$), a pravém ILF ($p = 0,025$), nikoli však v UF. V parametru vážené průměrné difuzivity (waMD) byly významné rozdíly mezi PAS, VD a ZK v levém AF ($p = 0,028$), levém IFOF ($p = 0,002$), levém ILF ($p = 0,033$) a pravém UF ($p = 0,026$).

Závěr

Vzorec mozkové konektivity u PAS se významně odlišuje od vzorců konektivity u VD a ZK.

*Práce byla podpořena z programového projektu
Ministerstva zdravotnictví ČR č. 16-31754A.*



NOVÉ NADĚJE A/NEBO ZKLAMÁNÍ? - VÝZKUM LÉČIV NA ALZHEIMEROVU NEMOC

New Hopes and/or Disappointments? - Drug Research for Alzheimer's Disease

Hroudová J.

Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita
Karlova a VFN v Praze
Farmakologický ústav, 1. lékařská fakulta, Univerzita
Karlova a VFN v Praze
Oddělení klinické farmakologie, VFN v Praze

Klíčová slova: Alzheimerova nemoc, inhibitory
cholinesteráz, inhibitory monoaminoxidáz

Alzheimerova nemoc (AD) je nejčastější příčinou demence, přesto jsou současné možnosti léčby AD limitovány a jsou založeny na podávání inhibitorů cholinesteráz a/nebo memantinu ovlivňujícího glutamátový systém. Nejvíce rozvíjený směr farmakoterapie je zaměřen na patologický β -amyloid ($A\beta$). Probíhá několik klinických studií zkoušejících monoklonální protilátky proti $A\beta$ a inhibitory β -sekretáz. Dále se vyvíjejí nové inhibitory cholinesteráz, inhibitory monoaminoxidáz, imunoterapie proti tau proteinu, látky ovlivňující serotoninové a nikotinové receptory. Nově syntetizované látky ovlivňují mnohočetná místa v patofyziologických cestách AD, mohou účinkovat jako inhibitory acetylcholinesteráz a butyrylcholinesteráz, inhibitory monoaminoxidáz (izoforem MAO-A, MAO-B), modulátory permeability mitochondriální membrány (mPTP modulátory) modulátory amyloid-beta vázající alkohol dehydrogenázy (ABAD, HSD10) a antioxidanty. Předkládané sdělení shrnuje současné směry vývoje nových látek pro léčbu AD a zaměřuje se na molekuly, které se dostaly do klinických studií.

*Podpořeno programovými projekty Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. 15-28616A a reg. č. 15-28967A
a grantovými projekty Grantové agentury ČR s reg. č. 17-07585Y a reg. č. 17-05292S*



ANTIDEPRESIVA A ABNORMNÍ KRVÁCENÍ

Antidepressants and Abnormal Bleeding

Hubeňák J.

Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Klíčová slova: krvácení, krevní destičky, antidepressiva

Abstrakt sdělení

Antidepressiva blokující reuptake serotoninu se současně podílejí na blokaci uptake serotoninu do krevních destiček. Způsobují tak poruchu jejich agregability. Ta se může projevat abnormálním krvácením. V souhrnu údajů o přípravcích, jednotlivých antidepressivech, je často doporučována opatrnost, a to zejména při současném užívání perorálních antikoagulancií nebo jiných přípravků ovlivňujících funkci krevních destiček. Spontánní krvácení jsou u nemocných léčených antidepressivy pozorována jen zřídka. Častěji je pozorováno abnormální krvácení i po malém traumatu. Narůstá však počet nemocných starších věkových skupin, kteří často užívají antikoagulační a antiagregační léčbu z důvodu tělesných nemocí a tato léčba již může vést ve spojitosti s antidepressivy ke spontánnímu krvácení nebo abnormálnímu krvácení. Cílem přednášky je přinést informace o současných poznatcích z literatury včetně možností monitorace agregability destiček u depresivních nemocných. Dalším cílem je přednést výsledky pilotního výzkumu agregability krevních destiček u antidepressivy léčených nemocných prováděného na naší klinice.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (FNHK, 00179906).



MOŽNOSTI A MEZE REHABILITACE KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

The Possibilities and Limits of the Rehabilitation of Cognitive Functions

Chmelařová D., Buňatová P.

Klíčová slova: roztroušená skleróza (RS), neuropsychologická rehabilitace, pozornost, paměť, počítačový trénink kognitivních funkcí

Key words: Multiple sclerosis (MS), Neuropsychological rehabilitation, Attention, Memory, Computer cognitive training

Přednáška se zabývá možnostmi neuropsychologické rehabilitace kognitivních funkcí u pacientů s psychiatrickým a neurologickým onemocněním. Termín „neuropsychologická rehabilitace“ zahrnuje jak trénink kognitivních funkcí tak psychotherapeutické techniky. Vzhledem k rozsahu přednášky se budeme zabývat pouze tréninkem kognitivních funkcí a to se zaměřením na trénink u pacientů s roztroušenou sklerózou (RS). Na tuto problematiku byla zaměřena naše pozornost v rámci výzkumu „Rehabilitace kognitivních funkcí u pacientů s roztroušenou sklerózou“, která probíhala v rámci spolupráce mezi Psychiatrickou a Neurologickou klinikou FN Plzeň. Postižení kognitivních funkcí je ve všech fázích RS důležitým prediktorem kvality života a je nejčastější příčinou ztráty zaměstnání. Deficit má nejběžněji charakter mírné kognitivní poruchy což zahrnuje nejčastěji zpomalení rychlosti zpracování informací, poruchu komplexní pozornosti, paměti a exekutivních funkcí. Minimalizaci dopadů onemocnění může významně ovlivnit rehabilitace kognitivních funkcí, která je v posledních letech uskutečňována především pomocí počítačových programů. Pozitivní efekt rehabilitace se ukazuje v oblasti zvyšování kvality života a snižování deprese. Předmětem diskuse však zůstává, zda se nejedná jen o efekt krátkodobý a také to, jaké další faktory mohou pozitivní efekt tréninku podpořit.



ZOTAVENÍ A ZPLNOMOCNĚNÍ LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Recovery and Empowering People with Mental Illness

Chrtková D., Vítková M., Roboch Z.

Dialogos, z.s. jako člena Platformy pro transformaci péče o duševní zdraví, z.s

Zotavení a zplnomocnění lidí s duševním onemocněním jsou velmi těsně provázána témata. Jedno bez druhého není možné. Někdy se zplnomocnění zahrnuje pod koncept zotavení. Jako lidé s duševním onemocněním si však uvědomujeme nesmírnou důležitost obou fenoménů. Každý z nás touží po zotavení, po „normálním“ životě s rodinou, bydlením a prací v komunitě. Je však důležité si uvědomit, že během naší cesty zotavení budeme muset dělat mnohá zásadní rozhodnutí, bez kterých by náš život nebyl plnohodnotný. A zásadní je naše rozhodování v oblasti prosazování našich práv. Příkladem takového rozhodování na individuální úrovni je právo na spolupodílení se na naší léčbě. K tomu potřebujeme naše dostatečné sebevědomí a právě vlastní zplnomocnění, které nám umožní rovnoprávné jednání ve vztahu lékař – člověk s duševním onemocněním.

V současnosti probíhá v ČR Reforma psychiatrické péče a lidé se zkušeností s duševním onemocněním jsou jejími aktéry. Vystává tak potřeba naší účasti v rozhodovacích procesech na úrovni krajů a Ministerstva zdravotnictví. V rámci těchto jednání, ať již na krajské nebo ministerské úrovni, je nezbytné prosazovat naše práva a potřeby co nejúčinněji. To znamená, že potřebujeme vlastní zmocnění k tomu jasně prezentovat naše problémy a naše návrhy na jejich řešení. Neostýchat se vystoupit a přednést, co považujeme za nutné, je naším právem, ale i zodpovědností vůči generaci, která se dostane do systému psychiatrické péče v následujících letech. Na druhou stranu je potřeba, aby společnost, a to i odborná, nám naše zplnomocnění umožňovala ve stále větším měřítku. Myslím, že mnozí lidé s duševním onemocněním jsou schopni jasně formulovat problémy i navrhnout jejich řešení v případě, pokud cítí vstřícnou atmosféru u jednacího stolu.

I když jako člověk s duševním onemocněním vidím pozitivní vývoj v našem zapojování do důležitých rozhodovacích procesů, jsem přesvědčena, že míra našeho zapojení musí být vyšší. Reforma psychiatrické péče je hlavní měrou pro nás a naše rodiny, nikoliv pro reformu samotnou.



DĚTSKÁ ADIKTOLOGIE V OSTRAVĚ

Child Addictology in Ostrava

Chvíla L., Javůrek T.

Krajská adiktologická ambulance pro děti a dorost, Ostrava, Česká republika

Podpora služeb a aktivit zaměřených na cílovou skupinu dětí a mladistvých zneužívajících návykové látky se stala jedním z doporučení aktuální Strategie protidrogové politiky Moravskoslezského kraje. Projekt Krajské adiktologické ambulance pro děti a dorost rozšiřuje spektrum služeb dětské a dorostové adiktologie tak, aby péče odrážela skutečnou potřebu našeho regionu a zároveň respektovala specifika dětské populace. Jedná se o specializovanou, preventivní, léčebnou a diagnostickou ambulantní péči, která je poskytována mezioborově se smyslem integrované adiktologické péče. Personální obsazení zahrnuje odbornosti: psychiatr, psychiatr pro děti a dorost, lékař pro návykové nemoci, klinický psycholog a adiktolog. V příspěvku nabízíme ukázkou konceptu i první postřehy ostravského programu dětské a dorostové adiktologie.



KAM SMERUJE PSYCHIATRIA NA SLOVENSKU?

Which Direction has the Psychiatry in Slovakia?

Izáková L.¹, Breznoščáková D.², Králová M.¹

¹Psychiatrická klinika LF UK a UN Bratislava, Slovenská republika

²I. psychiatrická klinika, Lekárska fakulta UPJŠ Košice, Slovenská republika

Aktuálny stav odboru psychiatrie na Slovensku je nelichotivý. Napriek tomu, že už v roku 1991 bola autoritami v odbore psychiatria sformulovaná Reforma psychiatrickej starostlivosti (1), dodnes nedošlo k jej realizácii. Hoci na myšlienky Reformy nadviazala Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria v SR (2), ktorá nadobudla platnosť 1. júla 2006, ani táto nebola dostatočne implementovaná. Z týchto dôvodov sa výbor SPsS SLS pokúša nadviazať na obidva dokumenty, aktualizovať ich podľa moderných požiadaviek a rozvinúť aktívnu spoluprácu s MZ SR.

Najdôležitejšími problémami, ktorými slovenská psychiatria v súčasnosti trpí, sú: nedostatok psychiatrických ambulancií, kde je denne vyšetrených približne 20 pacientov na jedno lekárske miesto, realitou sú dlhé čakacie lehoty, a snáď najalarmujúcejšou je skutočnosť, že priemerné trvanie psychiatrického vyšetrenia je vyčíslené na 15 minút. Zvlášť nedostatočná je starostlivosť o špecifické sub-populácie pacientov – deti, adolescentov a geriatrických pacientov. Dostali sme sa do situácie, kedy v SR máme aktuálne 45 pedopsychiatrov. Ďalším významným problémom je podfinancovanie psychiatrických stacionárov zdravotnými poisťovňami, čo vedie k ich zániku. Na Slovensku tiež úplne absentujú psychiatrické pracoviská so zvláštnym určením, kde by sa vykonávali ochranné psychiatrické liečby, detencia, či pracoviská súdnoznaleckej expertízy. Slovenskej psychiatrii chýbajú aj zariadenia komunitnej psychiatrie a krízové centrá.

SPsS SLS spolu s hlavnými odborníkmi MZ SR pre odbory psychiatria, detská psychiatria a medicína drogových závislostí sa snažia poukazovať na problémy psychiatrickej starostlivosti na Slovensku. Množstvo našich aktivít smeruje k aktualizácii zoznamu zdravotných výkonov. Spolupodielame sa na realizácii projektu Štandardné diagnostické, liečebné a preventívne postupy, do ktorého sa psychiatria zapojila od jeho prvej etapy. Ponúka riešenie chýbajúceho prepojenia zdravotného systému so sociálnym, a teda absencie komplexného prístupu k pacientovi. Postup v tejto oblasti spomaľovali najmä obavy, aby výsledkom interakcie dvoch rezortov nebola snaha obidvoch rezortov zbaviť sa svojej zodpovednosti.

Istý progres v rozvoji psychiatrie na Slovensku znamenala aj 6. nepravidelná návšteva CPT, ktorá sa realizovala na Slovensku v roku 2018 a upriamila pozornosť MZ SR aj smerom k psychiatrickej starostlivosti. Aj z tohto dôvodu MZ SR prišlo k progresii v dvoch významných projektoch – realizácie detenčného zariadenia a zriadenie špecializovaných bezpečnostných oddelení pre agresívnych pacientov v psychiatrických nemocniciach. Ďalším pozitívnym krokom bola aktualizácia Národného programu duševného zdravia v roku 2017, ktorá nielen upozornila vládu SR na problémy psychiatrie, ale aj pritiahla pozornosť médií, čo následne umožnilo komunikovať niektoré z aktuálnych problémov smerom k širokej verejnosti.

Záverom možno konštatovať, že "Mental health" politika v podmienkach SR sa aktuálne javí ako málo aktívna. Pre jej modernizáciu je nevyhnutné dosiahnuť systémové zmeny. Slovenská psychiatrická spoločnosť SLS rozvíja úzku odbornú spoluprácu s Psychiatrickou spoločnosťou ČLS JEP, ktorá sa v súčasnosti podieľa na realizácii Reformy psychiatrickej starostlivosti v ČR. Výmena skúseností a podpora kolegov z ČR sú významnou motiváciou v situácii, v ktorej sa slovenská psychiatria nachádza.

Literatúra:

J. Hašto, P. Breier, P. Černák, A. Rakús et al: Reforma psychiatrickej starostlivosti v SR, Vydavateľstvo F, Trenčín, 1999, 87 s.

Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria v Slovenskej republike, Vestník MZ SR, 54, 2006, 41-45.

ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE V ČESKÉ REPUBLICE - STRUČNÝ SOUHRN VÝSLEDKŮ 4-LETÉHO GRANTOVÉHO PROJEKTU

Electroconvulsive Therapy in the Czech Republic - Brief Summary of 4 Years Grant Project

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

Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK Praha

Sdělení prezentuje souhrn výsledků grantového projektu MZ VES 15-30439A.

- 1) Součástí projektu bylo podrobné monitorování používání elektrokonvulzivní terapie (EKT) v České Republice.
- 2) Druhou částí výzkumu bylo hodnocení efektivity léčby a nežádoucích účinků na objektivní i subjektivní úrovni v souboru nemocných léčených EKT na Psychiatrické klinice v letech 2015–2018. Zaměřili jsme se zejména na detailní měření účinku léčby (EKT) na kognitivní výkon nemocných.
- 3) Vzhledem k vysoké úrovni stigmatizace metody veřejností jsme prostřednictvím dotazníků pro veřejnost sledovali povědomí o EKT v ČR a spokojenost s EKT u léčených nemocných a jejich příbuzných.

V rámci přednášky budeme informovat souhrnně o dosažených výsledcích s návrhem možnosti optimalizace této metody léčby.



JAK DLOUHO LÉČIT PACIENTA S BLUDY V PODMÍNKÁCH ÚSTAVNÍ OCHRANNÉ LÉČBY?

How Long Shall Be Treated a Delusional Patient in the Frame of Compulsory In-Patient Treatment?

Kalvach Z.

Klíčová slova: pacient s bludy – ochranná léčba
ústavní – trvání

Účelem ochranné léčby je ochrana společnosti před pachateli trestných činů. Podle zákona má trvat, dokud nesplní svůj účel nebo dokud není zřejmé, že jejího účelu nelze dosáhnout. Tato úprava je nesystémová – společenská nebezpečnost je pojem, přesahující oblast zdravotnictví. Gestorem by měl být stát, nikoli zdravotnická instituce. Blud je základní psychopatologický příznak, jehož existence je důvodem pro diagnostikování psychotické poruchy u jeho nositele. Podle «klasických» kritérií jde o chorobné přesvědčení, které je v rozporu s pravdou, je nevývratné a postižený pod jeho vlivem jedná. Přichází u různých psychiatrických poruch, nejčastěji paranoidní schizofrenie, poruch s bludy a organických a toxických psychotických poruch. Vyléčení, t.j. vymizení bludu, je výjimečné. Přichází nejspíše u toxických psychotických poruch, pokud se podaří dosáhnout abstinence od vyvolávající látky. Někdy se podaří dosáhnout toho, že postižený pod jeho vlivem nejedná; pak jde o tzv. sociální úzdravu. Z psychiatrického hlediska je cílem ochranné léčby dosažení stavu, kdy nehrozí opakování trestné činnosti. Při úvahách o návrhu na její ukončení nebo změnu na formu ambulantní je nutno uvážit kromě nebezpečnosti trestné činnosti ještě stupeň náhledu pacienta, jeho premorbidní sociální adaptaci, věk a případně i další okolnosti. Kazuistika dokazuje obtížnost rozhodování v konkrétním případě.



TRANSKRANIÁLNÍ STIMULACE STEJNOSMĚRNÝM PROUDEM (tDCS): DOPORUČENÉ POSTUPY V PSYCHIATRII

Klírová M.^{1,2}

¹Národní ústav duševního zdraví

²3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova

Transkraniální stimulace stejnosměrným proudem (tDCS) představuje nadějnou metodu v léčbě neuropsychiatrických poruch. Jedná se o neinvazivní a dobře tolerovanou metodu, která spočívá v administraci stejnosměrného proudu o velmi nízké intenzitě (1-2mA) nad cílenou kortikální oblast, což má za následek změnu neuronální aktivity v dané oblasti. Rozlišujeme 2 základní typy tDCS. Stimulaci anodální (kladnou), vedoucí k depolarizaci stimulované oblasti a tedy ke zvýšení kortikální excitability. Tato stimulace je klinicky aplikována na oblasti se sníženou aktivitou, tak jak je tomu např. při stimulaci dorsolaterální prefrontální kůry (DLPFC) u depresivních pacientů. Katodální (záporná) stimulace naopak vyvolává hyperpolarizaci membránového potenciálu a je tudíž vhodná k aplikaci v oblastech, ve kterých je neuronální aktivita zvýšená, např. temporoparietální kortex u sluchových halucinací. V rámci sdělení bude presentován dosavadní přehled tDCS studií a metaanalýz (Brunnoni et al., 2016), jenž se zabývaly efektem tDCS u různých neuropsychiatrických diagnóz, včetně závěrů nedávno publikovaných evidence based doporučených postupů (Lefaucheur J. P. et al., 2017), které aktuálně doporučují tDCS jako vhodnou terapii u pacientů s fibromyalgiemi, nerezistentní depresivní epizodou a pacientů s bažením po alkoholu, nikotinu a kokainu. Dále budou diskutována možná rizika tDCS (kožní léze, popáleniny, tinnitus, (hypo)manie) opírající se o závěry dostupných studií a metaanalýz nežádoucích účinků tDCS (Brunnoni et al., 2011). Představíme nové trendy v léčbě tDCS, včetně možností domácí aplikace tDCS a v neposlední řadě vývoje též nových technologií jakou je např. high-definition (HD)-TDCS umožňující s vysokou přesností zacílit stimulaci nejen na kortex, ale i subkortikální oblasti mozku.

Reference:

Lefaucheur J.P. et al. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of transcranial direct current stimulation (tDCS), *Clinical Neurophysiology* 2017;128:56–92.

Brunnoni A.R. et al. A systematic review on reporting and assessment of adverse effects associated with transcranial direct current stimulation. *Int J Neuropsychopharmacol* 2011;14:1133–45.

Brunnoni AR, Moffa AH, Fregni F, Palm U, Padberg F, Blumberger DM, et al. Transcranial direct current stimulation for the acute major depressive episode: a meta-analysis of individual patient data. *Br J Psychiatry* 2016a;208:522–31.

Podpořeno: AZV 16-31380A.



OPIOIDY A NOVÉ SYNTETICKÉ DROGY

Opioids and New Syntetic Drugs

Kmoch V.¹, Lacinová E.², Židková M.³, Hložek T.³

¹Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN

²Toxikologické informační středisko, Klinika pracovního lékařství 1. LF UK a VFN

³Ústav soudního lékařství a toxikologie 1. LF UK a VFN

Phenibut patří mezi potenciálně návykové sedativní látky, je často prodáván na webu jako nootropikum, byl syntetizován prvně v Rusku v roce 1960 a byl používán ruskými kosmonauty pro potlačení úzkosti a nespavost. První českou kazuistiku pacienta závislého na phenibutu prezentoval v roce 2017 MUDr. R. Marek na Neuropsychiatrickém fóru. Referujeme výsledek toxikologické analýzy vzorku látky označené jako phenibut od pacienta.

Co se týče nových opioidů objevujících se u našich pacientů v poslední době se jedná o rizikový U-47700, syntetický opioid, který má na světě popsáno již asi stovky mrtvých. Jako potenciálně rizikový považujeme i relativně

dostupný tramadol, který je předepisován bez opiatového receptu a množí se pacienti na něm závislí. Rizikové je mimo jiné jeho prokonvulzivní působení a protrahované zhoršení nálady po jeho vysazení díky jeho SNRI aktivitě. Množství konzultovaných případů na toxikologickém informačním středisku vzrostlo na současných 137 případů, na druhém místě je 90 případů konzultací týkajících se dextrometorfanu, který byl v roce 2017 volně prodejný a došlo ke změně z volného prodeje tabletových rizikových forem na předpis na základě informací skupiny pod vedením doc. MUDr. J. Vevery, PhD. a SÚKLu. Narůstá počet konzultací užívání fentanylu a oxykodonu, což sleduje i trendy v západní Evropě. Referujeme kazuistiku pacienta se smrtelným předávkováním fentanylem a benzodiazepiny. Fentanyl je asi 100krát silnější než heroin a může způsobit fatální následky mezi uživateli zvyklými na heroin. Některé zahraniční harm reduction programy nabízejí testování fentanylu v pouličním heroinu jako prevenci.

E-HEALTH VE VÝZKUMU: SYSTÉM PRO SPRÁVU, ADMINISTRACI A VYHODNOCOVÁNÍ DOTAZNÍKOVÝCH METOD

E-Health in Research: System for Management, Administration and Evaluation of Questionnaire Methods

Knejzlíková T.^{1,2}, Linhartová P.¹, Knejzlík J., Světlák M.^{1,2}, Kašpárek T.^{1,2}

¹Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

²Ústav psychologie a psychosomatiky LF MU

Systém pro správu, administraci a vyhodnocování dotazníkových metod je webová aplikace, kterou vyvíjíme na Psychiatrické klinice LF MU a FN Brno. Jedná se o systém, který propojuje vytvářenou online databázi dotazníkových metod, online prostředí pro spravování výzkumných projektů a participanty výzkumů. K zabezpečení všech údajů využíváme nástroje, které splňují podmínky GDPR (General Data Protection Regulation). Zároveň neuchováváme žádné citlivé údaje o účastnících. V online systému figuruje pouze jejich e-mail a automaticky vygenerovaný kód pro spárování vyplněných dotazníků.

K vývoji systému nás vedla snaha více automatizovat základní úkony spojené s vytvářením a administrací dotazníků a přepisem dat do programů na jejich statistickou analýzu. Existující řešení této problematiky neobsahují všechny funkce, které v našem systému budou postupně implementovány. Důležitou funkcí je vytváření a editace dotazníků a škál. Navíc máme možnosti zařazovat položky do škál dotazníků, které budou automaticky sečítané a můžeme jejich hodnoty lehce exportovat ve standardních formátech.

Prostředí pro spravování výzkumných projektů je samostatná služba a pro vstup do ní je nutná autorizace, která nám umožňuje kontrolovat, kdo má přístup k systému, participantům a jejich údajům. V téhle sekci si můžeme zakládat projekty, přiřazovat k nim dotazníkové metody a nastavovat standardní plán pro sběr dat u účastníků výzkumu.

Systém nemá být náhradou základního osobního kontaktu výzkumníka a participanta. Je pouze nástrojem pro usnadnění sběru dat a jejich zpracování.

Důraz klademe na efektivnost systému nejen pro výzkumníky, ale i participanty, kteří mohou odpovídat na naše dotazy jednoduše přes mobilní zařízení. V budoucnu se zaměříme na vývoj nástavby systému zaměřené na monitoring psychického stavu pacientů a včasný záchyt relapsů.

ALTERACE NEUROAKTIVNÍCH STEROIDŮ U PSYCHIATRICKÉ POPULACE A JEDINCŮ V RIZIKU ROZVOJE DUŠEVNÍCH CHOROB

Alteration of Neuroactive Steroids in Psychiatric Population and Persons in Risk of Development of Mental Illness

Knytl P.^{1,2}, Voráčková V.^{1,2}, Čerešňáková S.^{1,3}, Hill M.⁴,
Bičíková M.⁴, Mohr P.^{1,2}

¹Národní ústav duševního zdraví, Klecany

²3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

³1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

⁴Endokrinologický ústav Praha

Neuroaktivní steroidy jsou látky, které ať už produkovány centrální nervovou soustavou nebo tvořeny na periférii, ovlivňují neurotransmiterové systémy mozku genomickou a nongenomickou cestou. Skrze takové působení mohou tyto látky steroidní povahy hrát roli v etiopatogenezi psychických onemocnění. Jednou z cest studia etiopatogeneze psychických chorob jsou endofenotypy, tedy diskrétní nálezy, které se vyskytují nezávisle na průběhu onemocnění a jsou přítomny také u populace v riziku rozvoje dané nemoci.

V tomto příspěvku shrnujeme dosavadní nálezy týmů Psychiatrického centra Praha / Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ) a Endokrinologického ústavu, které se týkají neuroaktivních steroidů u schizofrenie a afektivních a úzkostných poruch. Původní nálezy jsou nově doplněny o první data ze studie endofenotypů psychotického onemocnění, která probíhá v NUDZ. V současnosti máme k dispozici data o neuroaktivních steroidech od pacientů s první epizodou psychózy (N = 23; 65,87% mužů, průměrný věk = 27,1; SD = 5,48), jejich zdravých sourozenců (N = 23; 47,83% mužů; průměrný věk = 29,7; SD = 7,12) a zdravých kontrol bez psychiatrické hereditu v příbuzenstvu prvního řádu (N = 49; 55,10% mužů průměrný věk = 29,4; SD = 5,94). Prezentovány budou nálezy hladin kortizolu, 11-deoxykortikosteronu, testosteronu, dehydroepiandrosteronu, dehydrotestosteronu a progesteronu.

Podpořeno výzkumnými projekty AZV ČR 15-28998A a MŠMT NPU4NUDZ: LO1611.



OTÁZKY MENTALIZACE U PACIENTŮ S PPP A JEJICH TERAPEUTŮ

Mentalization Issues in Eating Disorders Patients and their Therapists

Kocourková J., Koutek J.

Dětská psychiatrická klinika FN Motol a UK 2. LF

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, terapie, mentalizace

Koncept mentalizace představuje přístup, integrující poznatky z kognitivní teorie, psychoanalytické objekt – vztahové teorie a vývojové psychologie zaměřené na téma primární vazby (attachment). Mentalizace je definovaná jako schopnost rozumět pocitům, myšlenkám a významům duševních stavů a obsahů u sebe i druhých osob. Kapacita rozumět sobě a druhým ve vztahovém a emočním kontextu je základní podmínkou pro sebereflexi a regulaci emočního prožívání. Základy této schopnosti se začínají rozvíjet v raném dětství a závisí na charakteru rané vazby dítěte s primární pečující osobou, která poskytuje pocit bezpečí, je připravena sdílet prožitky dítěte a umožňuje dítěti internalizovat proces mentalizace.

Deficity mentalizační funkce můžeme vidět u pacientů s hraniční poruchou osobnosti a sebepoškozujícím chováním, pro které byl původně tento přístup určen, posléze začal být používán i pro další poruchy, včetně poruch příjmu potravy.

Pacientky s poruchami příjmu potravy, trpí deficitem mentalizační funkce, mají problémy v prožívání vztahu těla a mysli, mají problémy v oblasti symbolického myšlení. Nezvládají emoční regulaci, nerozliší dostatečně úroveň fantazijního života a realitu interpersonálních vztahů. Otázkou je to, zda můžeme tento deficit považovat za vývojově fixovanou osobnostní charakteristiku, nebo zda může jít také o projevy, související s rozvojem PPP.

U pacientek s poruchami příjmu potravy je indikovaná psychoterapie, která směřuje ke zlepšení mentalizační funkce, schopnosti rozumět duševním stavům vlastním i druhých, stabilnějšímu prožívání vlastního self, lépe rozumět způsobu, jak pacientka zachází s vlastním tělem a jídlem a zlepšení schopnosti „myslet o vlastním myšlení“.

U psychoterapeutů PPP se jaksí automaticky předpokládá, že jsou vybaveni dobrou mentalizační kapacitou a schopností kontejnovat projevy pacientů, které je obtížné zvládat (pseudospolupráce, autodestruktivní projevy, destrukce terapeutické aliance, apod.). Schopnost mentalizace je také jedním z cílů psychoterapeutického výcviku. V psychoterapii může dojít i k tomu, že terapeut ztrácí mentalizační (seberefektivní) nastavení a s pacientkou zachází jako neempatická matka. Obtíže v mentalizaci terapeuta vedou k zablokování terapeutického procesu, vede k extrémním, někdy protichůdným mentálními pozicím – například odtažení se z emočního kontaktu s pacientkou, mohou se objevit hostilní, ale nepřiznané prožitky, obviňování pacientky. Jindy se naopak pacientka stane speciální osobou, kterou se terapeut nadměrně zabývá, má zachraňující fantazie, hostilita a kritičnost směřuje k jejím rodičům, případně i ke kolegům. V takových případech je indikovaná supervize, zejména ve směru řešení protipřenosu a obnovení normální mentalizační kapacity.



INDEX SPOLEHLIVÉ ZMĚNY PRO MMSE A MOCA

Index of Reliable Change for Mmse and Moca

**Kopeček M.¹, Bezdíček O.^{1,2}, Šulc Z.¹, Lukavský J.¹,
Štěpánková Georgi H.¹**

¹Národní ústav duševního zdraví, Klecany, ČR

²Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd

1. LF UK a VFN v Praze, ČR

Úvod

Opakované vyšetření kognitivními testy je důležité k potvrzení léčebného efektu či naopak progresu kognitivní poruchy. Montrealský kognitivní test (MOCA) je validní screeningový nástroj k záchytu mírné kognitivní poruchy a demence. Cílem naší studie bylo stanovení indexu 90% spolehlivé změny (reliable change indices – RCI) pro MoCA i Mini-Mental State Examination (MMSE) u kognitivně zdravých starších dospělých.

Metody

Analyzovali jsme 197 kognitivně zdravých a funkčně nezávislých jedinců ve věku 60–94 let, kteří zůstali kognitivně zdraví i funkčně nezávislí po dobu 3 let. Pro výpočet RCI jsme použili metody dle Cheluna, jež počítá s chybou měření i efektem náviku a dále metodu dle Hsu, která počítá s regresí k průměru.

Výsledky

90% RCI pro MoCA po 1, 2, a 3 letech při použití vzorce dle Cheluna byli $-4 \leq, \geq 4$; $-4 \leq, \geq 4$ a $-5 \leq, \geq 4$ body, respektive $-3 \leq, \geq 3$ pro MMSE pro všechny roky. 90% RCI pro MoCA za použití metody dle Hsu se pohyboval od -6 do 0 , respektive od $+3$ do $+8$ a pro MMSE od -4 do 0 , respektive od $+3$ do $+6$ v závislosti na úvodním skóru MoCA či MMSE.

Závěr

Naše studie, která prošla recenzním řízením v zahraničním impaktovaném časopise prezentuje RCI pro MoCA a MMSE v 1–3 leté periodě, což umožňuje odhadovat spolehlivý kognitivní pokles či zlepšení v klinické praxi.

Tento příspěvek byl podpořen projektem „Kognitivní superaging“, GAČR 18-06199S.



EXTRÉMNÍ AGRESIVNÍ CHOVÁNÍ U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Extreme Aggressive Behavior in Children and Adolescents

Koutek J., Kocourková J.

Dětská psychiatrická klinika FN Motol a 2. LF UK

Klíčová slova: dítě, adolescent, agrese, vražda

Poruchy chování jsou v MKN 10 uvedeny zejména v oddílu Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci. Zde jsou uvedeny diagnózy hyperkinetická porucha chování, porucha chování ve vztahu k rodině, nesocializovaná porucha chování, socializovaná porucha chování, porucha opozičního vzdoru, smíšené poruchy chování a emocí. Jako příklady chování, na nichž je diagnóza založena, zahrnují nadměrné rvačky, krutost k jiným lidem nebo zvířatům, závažné ničení majetku, zakládání ohňů, krádeže, opakované lhaní, záškoláctví, výbuchy zlosti. Jde o projevy, které jsou předmětem mezioborové spolupráce, stojí na hranici psychologie, psychiatrie a pedagogiky. Některé projevy zasahují až do oblasti kriminalistiky a justice, neboť jde o činy trestné, nebo jinak trestné, pokud je pachatel mladší 15 let. Agresivní projevy mohou vést až ke zranění dalších osob, případně k jejich úmrtí. Vysoce agresivní projevy u dětí a dospívajících vedoucí k zabití či vraždě jiné osoby, jsou sice vzácné, ale představují závažný odborný i celospolečenský problém. Největší riziko pro vývoj osobnosti a její pozdější asociální patologii představuje zejména negativní raná zkušenost, citová deprivace, neúplná rodina s absencí otcovské postavy, hostilita rodičů vůči dítěti. Odborná literatura v této oblasti hovoří o kumulaci rizikových faktorů, kdy pocity hostility a paranoidity k vrstevníkům i dospělým mohou kulminovat. V pozadí motivace bývají narcistická zranění, přání ovládat ostatní, pocity závidivosti a zášti. Sdělení je doplněno rozborem 26 případů vražd, pokusů vraždy, případně vraždy ve stadiu přípravy, kterých se dopustily děti a dospívající ve věku do 18 roků.

NOVÉ FORMY NIKOTINU NA TRHU

New Forms of Nicotine in the Market

Králíková E.^{1,2}

¹Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN v Praze

²Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky – kliniky endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN v Praze

Klíčová slova: Kouření, tabák, nikotin, elektronické cigarety, nahříváný tabák, harm reduction

Mezi psychiatrickými pacienty se kouří zhruba dvakrát více než v populaci a nemoci způsobené kouřením, respektive produkty hoření, jsou nejčastější příčinou úmrtí psychiatrických pacientů – zkracují jim život o více než dvacet let.

Závislost na tabáku je chronické onemocnění, typicky s častými relapsy. Úspěšnost (= validizovaná abstinence nejméně 6 měsíců) je při pokusu přestat kouřit bez pomoci kolem 5%, při intenzivní léčbě až necelých 40%. U psychiatricky nemocných bývá o něco nižší, pokud se však dostane intenzivnější a dlouhodobější léčby včetně dlouhodobého užívání farmakoterapie, jsou výsledky srovnatelné s kuřáky bez mentálního onemocnění.

V každém případě však musíme akceptovat, že poměrně velký počet kuřáků nedokáže nebo nechce přestat užívat nikotin. Nikotin, respektive jeho vliv na mozek, je důvod, pro který se kouří. Nejbezpečnější formou je náhradní terapie nikotinem (NTN), u nás volně prodejná v lékárně ve formě náplasti, pastilky, žvýkačky nebo ústního spreje. Ani NTN však řadu kuřáků neuspokojí, je tedy třeba uvažovat o dalších možnostech.

Těmi jsou elektronické cigarety (vapování), nahříváný/zahříváný tabák (heets), případně porcovaný tabák (snus). Tyto formy harm reduction jsou v užívání tabáku stále kontroverzní – zcela bez rizika jistě nejsou, ale dodávají nikotin bez dehtových látek a dalších zplodin spalování. Jako zdravotníci bychom měli být schopni podat pacientům adekvátní informace o míře rizik.

Podpořeno projektem PROGRES Q25/LF1

SYMPOZIUM PSYCHIATRIE A KOUŘENÍ

Symposium Psychiatry and Smoking

Králíková E.

Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN
v Praze
Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky –
kliniky endokrinologie a metabolismu 1. LF UK
a VFN v Praze

Symposium si klade za cíl snížení bariér pro léčbu závislosti na tabáku u psychiatrických pacientů. Příkladem jsou mylné obavy ze zhoršení psychiatrických onemocnění či obavy z vedlejších účinků léků závislosti na tabáku. Upozorníme na bohaté lékové interakce kouření – zplodiny spalování, především polyhalogenované uhlovodíky, zrychlují metabolismus a tak snižují účinnost řady psychofarmak, především těch metabolizovaných CYP1A2 a CYP2A6.

Léčba závislosti na tabáku by měla být standardní součástí psychiatrické péče, jak ukazují mezinárodní doporučení i recentní verze českých doporučených postupů v psychiatrii (Anders), nemoci způsobené kouřením jsou pochopitelně nejčastější příčinou předčasných úmrtí psychiatrických pacientů.

Domněnka, že kouření pomáhá pacientům s depresí, je dalším z mýtů – abstinence od kouření vede naopak ke zlepšení příznaků deprese (Štěpánková).

I když také většina psychiatricky nemocných kuřáků by raději nekouřila, nepodaří se nikdy přestat kouřit všem, kdo by si to přáli. Pro ty, kdo nemohou nebo i nechtějí přestat užívat nikotin, jsou jeho bezdýmné formy jistě méně rizikové než kouření, protože neobsahují produkty hoření/spalování (Králíková).

Na příkladu PN Bohnice se dozvíme o nastoupené složité cestě k nekuřácké psychiatrické léčbě (Provazníková, Sadílková).

Program:

- Léčba závislosti na tabáku u psychiatrických pacientů, nové guidelines – doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D. (Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN)
- Nové formy nikotinu na trhu - prof. MUDr. Eva Králíková, CSc. (Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN a Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN)
- Kouření a deprese – MUDr. Lenka Štěpánková, PhD. (Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN)
- PN Bohnice a kouření – MUDr. Zuzana Provazníková, MUDr. Bc. Kristina Sadílková (PN Bohnice)

Podpořeno projektem PROGRES Q25/LFI

ŠTANDARDNÉ DIAGNOSTICKÉ A TERAPEUTICKÉ POSTUPY – DEMENCE

Standard diagnostic and therapeutic procedures – dementia

Králóvá M.

Psychiatrická klinika LFUK a UN, Bratislava,
Slovenská republika

V prednáške podávame prehľad štandardných postupov, odporúčaných v diagnostike, terapii a prevencii demencií, osobitne pre demenciu pri Alzheimerovej chorobe, vaskulárne demencie a ostatné demencie. V oblasti diagnostiky zdôrazňujeme úlohu praktických lekárov pri záchyťe dementného syndrómu a pri vylúčení sekundárnej etiológie demencie, v oblasti terapie sumarizujeme aktuálne poznatky EBM, ktoré sa odrazili najmä v odporúčaných farmakoterapeutických postupoch zatiaľ stále symptomatickej liečby demencií.

POTŘEBY LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Needs of People with Mental Illnesses

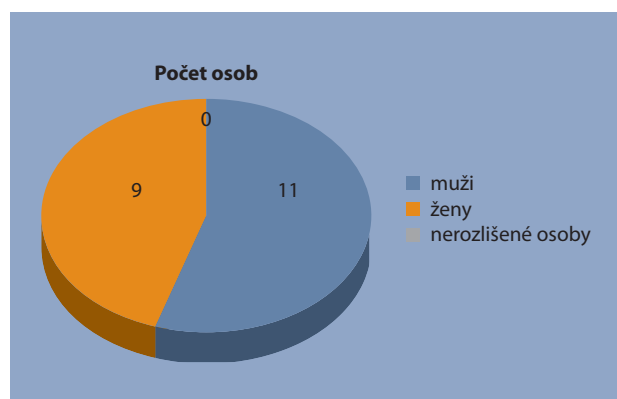
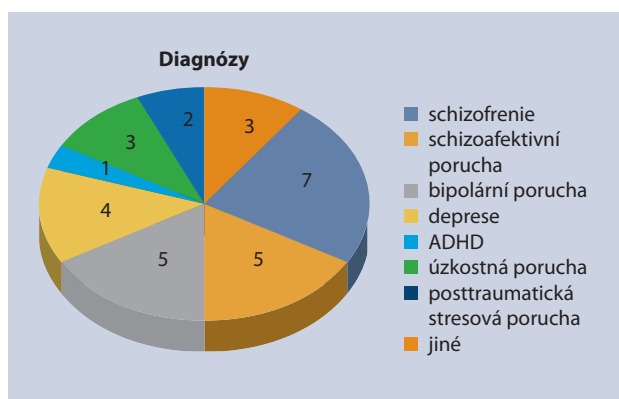
Lacinová B.

Spolek KOLUMBUS, Ústí nad Labem, Česká republika

Klíčová slova: dotazník pro osoby s duševním onemocněním, postoje, vztahy, potřeby, stigma, orientační a prokreační rodina

Zdravotní a sociální problémy osob s duševním onemocněním mohou a značně komplikují život dané skupině obyvatel. V dotazníkovém šetření, které probíhalo ve dnech 15. 2.–28. 2. 2018 v Praze na setkáních uživatelů péče, obsahuje 32 otázek. Počet respondentů byl 20 osob, z toho 11 mužů a 9 žen. Jednotliví respondenti byli dotazováni na svůj dosavadní zdravotní i sociální stav. V obecné části jsou otázky vedeny na základní identifikaci osoby z hlediska pohlaví, věku, vzdělání, kraje, kde je trvalé bydliště, doba léčby s nemocí, členství ve skupině pacientů.

DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ 2018			
Diagnózy		Počet osob	
schizofrenie	7	muži	11
schizoafektivní porucha	5	ženy	9
bipolární porucha	5	nerozlišené osoby	0
deprese	4	celkem	20
ADHD	1		
úzkostná porucha	3		
posttraumatická stresová porucha	2		
jiné	3		



Dotazník je anonymní. Potřeby těchto osob se odvíjí od jejich sociálního postavení, schopnosti pracovat, jaký postoj zaujímá rodina nemocných k dané osobě, na vztazích s přáteli a uplatnění ve společnosti. Bylo sledováno i ovlivnění stigmatem, tělesným zdravím, potřebou spánku. Většina respondentů pochází z Prahy (11) a okolí (4) pro dosažitelnost v rámci sběru dat a rychlosti provádění výzkumu. Nejvíce osob bylo ve věku 36–50 let (12), v aktivním pracovním životním období. S tím je také spojen velký zájem o práci či studium. Pracovalo 15 osob, v současné době nepracuje 5 osob. Žádný z tohoto výzkumu nevěděl, že by nikdy nepracoval. Také je překvapivé to, že na dotazník odpověděly především osoby se závažným duševním onemocněním a ty měly tyto diagnózy: schizofrenie (7), schizoafektivní porucha (5), bipolární porucha (5), a přesto se snažily a snaží pracovat a uplatnit ve společnosti. Je určitým způsobem také naznačena snazší možnost získat a udržet si práci, neboť z tohoto souboru bylo 9 osob se

středoškolským vzděláním s maturitou a 7 vysokoškolským. Je dobré zmínit také, že tito lidé žijí převážně s vlastní rodinou, kterou založili (11, v rodině prokreační) nebo jsou schopni žít sami (3), nebo žijí s rodiči (4). 2 lidé uvedli, že žijí někdy v týdnu sami a někdy se svými rodiči, navrací se tedy občas do své orientační rodiny, např. pro stabilizaci či podporu. Na otázku, zda mají tito lidé přátele, odpovědělo 17 respondentů, že přátele mají a jenom 3, že mají, ale málo. Ještě bylo potřeba klást otázky i na to, zda chodí do společnosti a zde 12 osob odpovědělo kladně, 2 záporně a 6 chodí do společnosti zřídka. Závěrem z tohoto malého výzkumného vzorku dotazovaných se zdá, že si lidé s duševním onemocněním žijí poměrně dobrý život. Nesmíme však zapomínat na lidi, kteří zůstávají uzavřeni ve svém světě, neschopní vyjít ze svých domovů či na ty, kteří dlouhodobě jsou hospitalizováni v psychiatrických nemocnicích. S těmi tento krátký průzkum dělán nebyl a výsledky by byly jistě značně rozdílné.

KAZUISTIKY KOMORBIDIT U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Case Reports Concerning Comorbidities Present in Eating Disorders

Lambertová A.

Psychiatrická klinika VFN a I. LF UK

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, komorbidita, diabetes mellitus, céliakie, histaminová intolerance.

První kazuistika popisuje pacientku trpící diabetem I. typu, u které se rozvinula atypická mentální anorexie s restrikcí stravy, nauzeou, vomitem, dojídaním se sladkostmi a s následnými svévolnými úpravami dávek insulinu. Pacientce byla recentně diagnostikována céliakie s nutností dalších dietních opatření. Tato 29-letá žena byla přijata do Centra pro poruchy příjmu potravy (PPP) s hmotností 61,3 kg, BMI 18,31. Před příjmem na naši kliniku byla hospitalizována 3 týdny na jiném psychiatrickém pracovišti, kde prodělala 2 ortostatické kolapsy s kontuzí mozku. Spolupráce na specializovaném režimovém oddělení byla zpočátku svízelná, 4× denně jsme monitorovali glykémie a upravovali dávky insulinu dle aktuálních glykemií a snědené potravy, hladiny glukózy v krvi zpočátku kolísaly, pozvolna díky pravidelnému jídelnímu režimu a ústupu zvracení došlo ke stabilizaci hladiny glukózy. Craving na sladké jsme korigovali řízeně Dia sušenkou. Byla dimitována po 4-týdenní hospitalizaci s hmotností 67,3 kg, BMI 20,54, se zlepšeným vnímáním vlastního těla.

Druhá kazuistika se zabývá pacientkou trpící 7 let restriktivní formou mentální anorexie s komorbiditou histaminové intolerance a céliakie. Nutno zdůraznit, že jak céliakie, tak intolerance histaminu se objevily až v průběhu onemocnění mentální anorexií. 20-letá dívka byla přijata do Centra pro PPP s hmotností 35,3 kg, BMI 13,45. Pravidelně byl konzultován nemocniční nutriční terapeut, který postupně obohacoval jídelníček o možné potraviny včetně lepku a potravin s obsahem histaminu, což tolerovala bez nežádoucích projevů. Byla dimitována po 10-týdenní hospitalizaci s hmotností 45,3 kg, BMI 17,26. Kazuistika dokumentuje, že si pacienti s poruchou příjmu potravy mohou potravinové intolerance i sami „vypěstovat“.

Podpořeno výzkumným projektem AZV 17-28905A.

NOVÉ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY

New Approaches in the Treatment of Bipolar Affective Disorder

Látalová K.

Souborný přehled představí nejnovější pokroky ve znalostech neurobiologie a léčbě bipolární poruchy u dospělých. Molekulárně-genetický pohled na etiopatogenezi nemoci vedl k nálezům genetického překryvu mezi bipolární poruchou a jinými závažnými psychickými poruchami. Ve etiologii nemoci byla prokázána interakce více genů s environmentálními faktory. V posledních dvou desetiletích byly do akutní i udržovací léčby zavedeny nové léky s předpokládanými náladu stabilizujícími vlastnostmi. Nicméně, žádný z nich nepřekonal účinnost lithia, prototypu

stabilizátoru nálady, který je stejně jako u bipolárních pacientů považován za nejvíce specifický lék. Nedávný výzkum lithia kromě jiného přispěl k pochopení neurobiologie bipolární poruchy potvrdil jeho antisuicidální, imunomodulační a neuroprotektivní vlastnost.

This lecture focuses on some aspects of recent progress in the neurobiology and treatment of bipolar disorder in adults. A molecular-genetic approach to the etiopathogenesis of the illness resulted in the findings of a genetic overlap between bipolar disorder and other major psychiatric disorders. Furthermore, a poly-gene-environmental interaction in the development of the illness has been demonstrated. For the management of bipolar patients, new drugs with putative mood-stabilizing properties have been introduced in the past two decades. However, none of these can surpass lithium, the prototype mood-stabilizer, still considered the most specific drug for bipolar patients. Recent research on lithium, besides providing new data on the neurobiology of bipolar disorder has confirmed anti-suicidal, immunomodulatory, and neuroprotective properties of this drug.

NEURO-BEHAVIORÁLNÍ PROFIL IMPULZIVITY U PACIENTŮ S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI

Neuro-behavioural profile of impulsivity in patients with borderline personality disorder

Linhartová P.¹, Kuhn M.², Barteček R.¹, Látalová A.¹,
Bednářová B.¹, Kašpárek T.¹

¹Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

²CEITEC MU Brno

Impulzivita je jedním z hlavních příznaků u pacientů s hraniční poruchou osobnosti a je často spojena s výskytem (sebe)destruktivního chování, jako je například abúzus, přejídání, agrese, sebepoškozování či suicidální pokusy. Impulzivita sama o sobě je heterogenní koncept a existuje několik dimenzí impulzivity. Abychom mohli efektivně zhodnotit povahu potíží s impulzivitou u konkrétních pacientů, je nutné porozumět, jak konkrétně se u daných pacientů impulzivita manifestuje. V příspěvku prezentujeme výsledky komplexní neuro-behaviorální studie impulzivity u pacientů s hraniční poruchou osobnosti. 42 pacientů s hraniční poruchou osobnosti a 40 zdravých kontrolních dobrovolníků párovaných podle věku, pohlaví a vzdělání podstoupilo komplexní testovou baterii zaměřenou na impulzivitu zahrnující dotazníkové metody (UPPS-P), behaviorální testy (Go/NoGo Task, Stop Signal Task, Delay Discounting a Iowa Gambling Task) a kognitivní screening. 36 pacientů a 36 kontrolních dobrovolníků podstoupilo rovněž dva testy impulzivity v magnetické rezonanci (Go/NoGo Task a Delay Discounting). Výsledky ukazují, že pacienti s hraniční poruchou osobnosti nevykazují deficit v motorické impulzivitě ani na behaviorální, ani na neurální úrovni, ale mají oproti zdravým dobrovolníkům výrazně zvýšenou tendenci k impulzivnímu rozhodování a emoční impulzivitu, tedy tendenci jednat impulzivně pod vlivem emocí.

Příspěvek byl podpořen grantem MZ ČR 15-30062A, projektem vysokoškolského specifického výzkumu MŠMT ČR MUNI/A/0976/2017 a projektem institucionální podpory MZ ČR (FNBr, 65269705).

PRAXE ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE NA PSYCHIATRICKÉ KLINICE V PRAZE

Practice of Electroconvulsive Therapy at the Department of Psychiatry of General University Hospital in Prague

Mareš T.¹, Albrecht J.¹, Buday J.¹, Raboch J.¹, Anders M.¹

¹Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Klíčová slova: elektrokonvulzivní terapie, EKT, Psychiatrická klinika, Praha, mEKT, ambulantní EKT

Úvod

Elektrokonvulzivní terapie (EKT) je tradiční a bezmála devadesáti lety praxe prokázanou metodou pro léčbu závažných neuropsychických stavů. Na tuto tradici navazuje EKT laboratoř Centra pro biologickou diagnostiku a léčbu Psychiatrické kliniky VFN a 1. LF UK, jehož činnost si tato práce klade za cíl přiblížit.

Metody

V současné době používáme moderní elektrokonvulzivní přístroj, který jako jediný umožňuje nastavit nezávisle veškeré parametry dodávaného elektrického výboje a zároveň získávat rozsáhlé údaje o aplikovaných konvulzích. Samotný proces aplikace se snaží opírat o nejnovější poznatky evidence based-medicine, přičemž na popředí je bezpečnost a individuální přístup k pacientům spolu s příklonem k ambulantní elektrokonvulzivní péči v souladu s plány reformy psychiatrie v Českých zemích a deinstitucionalizaci péče. Evaluace naší praxe je zajištěna dlouhodobým sledováním výsledků terapie psychometrickými metodami, jakožto i observací klinického stavu, vedlejších (kognitivní funkce) a nežádoucích účinků.

Výsledky

Na klinice proběhlo od 20. 2. 2017 do 20. 2. 2018 celkem 708 elektrokonvulzivních výkonů (průměrně 8,36 na pacienta, min. 1, max. 17, medián 8, SD 3,4) u 66 unikátních pacientů (31 % muži, průměr 50,6 let, SD 14,5 let, medián 51,5, min. 23, max 85) a to včetně ambulantních pacientů v rámci pokračovací i udržovací léčby. Byla pozorována nutnost postupného navyšování energie v rámci elektrokonvulzí podávaných při hospitalizaci od první konvulze (průměr 145,8 mC, medián 76,8 mC, SD 177,5) oproti desáté konvulzi (průměr 395,8 mC, medián 384 mC, SD 319,4). V souladu s poznatky z českých i světových pracovišť bylo zaznamenáno zlepšení stavu ambulantních pacientů, což lze doložit například snížením počtu rehospitalizací a prostonaných dní.

Diskuse

Z výsledků je patrné, že dobře provedená elektrokonvulze je vysoce účinným a nenahraditelným nástrojem v psychiatrickém armamentáriu, jehož nežádoucí a vedlejší účinky jsou zřídka a ve většině případů nezávažné, zejména v porovnání s terapeutickými benefity.

Celosvětovým trendem je posun k ambulantnímu provádění tohoto výkonu, což je trend pozorovaný také v České republice, přičemž na příkladu našich pacientů se ukazuje, že se jedná o slibnou cestu ke snížení celkové institucionalizace ve prospěch komunitní péče a zvýšení kvality života.

Podpořeno výzkumnými projekty: RVO VFN 64165, Q27/LF1, MZ VES 15-30439A



PREVALENCE DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Prevalence of Mental Disorders in the Czech Republic

Mladá K.¹, Čermáková P.¹, Formánek T.¹, Winkler P.^{1,2}

¹Oddělení sociální psychiatrie, Národní ústav duševního zdraví, Klecany, Czech Republic

²Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK

Klíčová slova: epidemiologie, duševní zdraví, duševní onemocnění, terapie

Prevalence duševních onemocnění je důležitým údajem při plánování služeb péče o duševní zdraví, obzvláště v rámci aktuálně probíhající reformy psychiatrické péče. Celostátní epidemiologické šetření CZEMS (The CZEch Mental health Study) bylo provedeno v roce 2017 za použití standardizovaných dotazníkových nástrojů na vzorku 3 306 osob, reprezentativním pro dospělou populaci České republiky. Vyšetření symptomů duševních nemocí proběhlo pomocí dotazníku M.I.N.I. (The Mini-International Neuropsychiatric Interview).

První výsledky studie CZEMS přináší údaje o prevalenci aktuálních duševních onemocnění, konkrétně například prevalenci 1,5 pro psychotické poruchy; 4,0 pro velkou depresivní epizodu a 6,4 pro závislost na alkoholu. S výjimkou závislosti na alkoholu a drogách byla u žen zjištěna vyšší prevalence všech vyšetřovaných nemocí, poměr ženy vs. muži se pohyboval od 1,3 u manické epizody až do 4,6 u generalizované úzkostné poruchy. U rizika sebevraždy byl poměr mezi ženami a muži roven 1,3. Současné riziko sebevraždy bylo vyhodnoceno u celkem 3,8% respondentů, z toho u 81,9% šlo o riziko nízké.

Další zkoumanou otázkou je tzv. „treatment gap“. Na základě informací z M.I.N.I. a otázek na zkušenosti se službami péče o duševní zdraví bylo určeno, že 74,8% respondentů, u kterých dotazník M.I.N.I. vyhodnotil výskyt některého z duševních onemocnění, nevyužívá žádnou z forem pomoci či léčby. Nejvyšší treatment gap (83,6%) vykazali dotazovaní se závislostí na alkoholu.

Získané údaje poslouží jako ukazatel potřeb systému péče o duševní zdraví v České republice a při opakování studie v budoucnu i jako podklad pro vyhodnocení trendu v prevalenci duševních onemocnění v české populaci.



AKTUÁLNÍ SITUACE V UŽÍVÁNÍ DROG V ČR

Current Situation in Drug Abuse in the Czech Republic

Mravčík V.

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

Příspěvek shrnuje hlavní informace o rozsahu a vzorcích užívání návykových látek (a okrajově rovněž hazardního hraní) v ČR. Bude prezentovat míru a vzorce užívání drog v obecné populaci a ve vybraných subpopulacích (mládež, prostředí zábavy, vězni, Romové), odhady intenzivních a problémových forem užívání návykových látek a problémového hráčství, výskyt nejzávažnějších zdravotních a sociálních dopadů užívání návykových látek, dostupnost specializovaných adiktologických služeb v ČR.



KOMUNITNÍ SLUŽBY V SYSTÉMU PÉČE

Community services in the system of care

Novák P.

Platforma pro transformaci péče o duševní zdraví /
Fokus Praha, z.ú.

Abstrakt:

Mezi klíčové cíle Reformy psychiatrické péče patří *přesun péče blíže k pacientovi, rozvoj komunitní péče a regionální nastavení služeb*. Jakým způsobem tyto cíle mohou naplňovat komunitní služby, jak jsou na to připraveny a co potřebují? Jaká je efektivní spolupráce komunitních služeb a psychiatrických zařízení? Autor využívá své zkušenosti z práce v komunitních službách i evaluace projektů. Výstupy i konkrétní příklady potvrzují potřebu spolupráce komunitních služeb a lůžkové i ambulantní psychiatrické péče i nezbytnou roli komunitních služeb při budování nového systému péče.



LITHIUM V LÉČBĚ DEPRESIVNÍ PORUCHY

Lithium in the Management of Major Depressive Disorder

Novák T.

NUDZ - Národní ústav duševního zdraví,
Topolová 748, 25067, Klecany

Klíčová slova: lithium, depresivní porucha,
rezistence, augmentace, udržovací léčba

Přibližně 30-50% pacientů s depresivní poruchou neodpovídá dostatečně na dva a více antidepresivní léčebné pokusy v současné epizodě, což je nejčastější definice (farmako)rezistentní deprese. Lithium představuje jednu z hlavních augmentačních strategií pro překonání této situace. Podobně se lithium objevuje i v doporučeních k pokračovací a udržovací fázi léčby u rekurentní formy depresivní poruchy. Přesto je v klinické praxi lithium v těchto indikacích (akutní epizoda i prevence dalších epizod) využíváno jen sporadicky, obvykle s odkazem na akutní i chronickou toxicitu léčiva.

Efekt lithia jako přídatné léčby k antidepresivům (nejčastěji tricyklickým, méně SSRI či SNRI) v akutní fázi podporuje několik randomizovaných kontrolovaných, randomizovaných otevřených i otevřených studií s odhadovaným OR k dosažení odpovědi kolem 3 (proti stavu bez lithia) či počtem nutným léčit (NNT) kolem 5. Mezi prediktory úspěchu augmentace patří epizodické onemocnění s remisemi, více epizod v anamnéze a přítomnost rekurentní depresivní poruchy či bipolární poruchy mezi příbuznými. O účinnosti lithia v udržovací léčbě rekurentní deprese je informací méně, stále však představuje nejvíce studovanou intervenci při opakovaném selhání profylaxe antidepresivy. Podobně je lithium v kombinaci s antidepresivy (nejčastěji nortrptylin a venlafaxin) považováno jako vhodná pokračovací léčba po ECT, kde byl tento postup srovnatelný s udržovací ECT a lepší než samotná antidepresiva. Mezi další „vedlejšími“ výsledky podávání lithia lze zahrnout snížení rehospitalizací u pacientů s těžkou depresivní epizodou a, podobně jako u bipolární poruchy, i redukci suicidálního jednání a mortality obecně.

Práce byla podpořena projektem GAČR reg. č. 17-07070S



ČINNOST PSYCHIATRICKÉ SESTRY V KOMUNITNÍCH SLUŽBÁCH

Psychiatric Nurse Activity in Community Services

Novotná B.

Klíčová slova: psychiatrická sestra, komunitní péče, kompetence, multidisciplinární tým

Key words: psychiatric nurse, community based care, competencies, multidisciplinary team

Příspěvek popisuje specifika činnosti psychiatrické sestry v komunitních službách a s tím související profesní nároky.

Přesun těžiště péče do komunity předpokládá přechod sester z lůžkových zařízení do terénní péče a staví tak sestry před nové situace. Práce v přirozeném prostředí klienta a v rámci multidisciplinárního týmu vyžaduje od sester jiné nebo jinak rozvíjené znalosti a dovednosti.

Pozice sestry v terénní péči je především mnohem samostatnější a nezávislejší, vyžaduje schopnost rychle se rozhodovat bez okamžité podpory týmu, přijímat vyšší míru zodpovědnosti. Současně je sestra členem multidisciplinárního týmu, což předpokládá schopnost týmové spolupráce, sdílení širšího pohledu na klienta, přijímání týmové zodpovědnosti za poskytovanou péči, schopnost sebereflexe.

Práce sestry v komunitě klade jiné nároky na profesní výbavu. Klíčovou dovedností je práce se vztahem a s motivací, často v dlouhodobé perspektivě. V rámci multidisciplinárního týmu je specifickou oblastí sester péče o duševní i tělesné zdraví, zahrnující sledování zdravotního stavu, hodnocení rizik, podporu spolupráce v léčbě, psychoedukaci. Sestra může mít v týmu též roli case managera, pak se od ní očekávají dovednosti z této oblasti – koordinace péče, plánování a krizové plánování

LÉČBA SE-AN U NÁS A V ZAHRANIČÍ

Therapy Severe and Enduring Anorexia Nervosa (SE-AN) in the Czech Republic and Abroad

Papežová H.

Centrum pro poruchy příjmu potravy, Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Karlovy University a VFN Praha

Klíčová slova: Závažná a přetrvávající Anorexia nervosa, SE-AN, klinické charakteristiky a léčba.

Odborníci se shodují na tom, že terapie Anorexia nervosa (AN) není jednoduchá, zvláště závažných a přetrvávajících forem popsaných Touyzem a kol. v roce 2013 a nazvaných (Severe and Enduring Anorexia, SE-AN). Klinická vodítka doporučují u tohoto průběhu AN stabilizaci stavu, harm reduction a zlepšení psychosociálního fungování spíše než realimentaci a změnu patologického jídelního chování, která je doporučena v raných stádiích onemocnění. SE-AN je asociována s vážnými zdravotními komplikacemi, vyšší spotřebou zdravotních služeb a největší mortalitou u psychiatrických onemocnění. Trvání SE-AN je v literatuře udáváno v průměru 5-10 let. V příspěvku diskutujeme upřesnění klinického popisu a možnosti léčby SE-AN u nás a v zahraničí.

PSYCHOTERAPIE U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Psychotherapy in the Eating Disorders

Papežová H.

Centrum pro poruchy příjmu potravy, Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Karlovy University a VFN Praha

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, psychoterapie

Poruchy příjmu potravy představují závažné, život ohrožující onemocnění psychosomatické povahy. Jejich diagnostické spektrum se rozšiřuje a počet somatických i psychiatrických komorbidit narůstá. Doporučená terapeutická vodítka a především jejich implementace do klinické praxe má výrazné limity, ekonomické, organizačně zdravotní, personální, i ve vzdělávání a v interdisciplinární spolupráci a v destigmatizaci. Výběr psychoterapeutické a psychosociální intervence záleží na mnoha faktorech. Jsou diskutovány faktory bránící i usnadňující přístup ke kvalitní péči.

Psychoterapeutické metody vyžadují kvalitní znalosti specifické symptomatiky poruch příjmu potravy a flexibilitu terapeutů při jejich modifikaci u závažných průběhů a komorbidních onemocnění.



PŘÍNOS SESTRY V AMBULANCI S ROZŠÍŘENOU PSYCHIATRICKOU PÉČÍ

Papežová S., Doudová Z.

Klíčová slova: ambulance s rozšířenou péčí, psychiatrická sestra, reforma psychiatrické péče

Ambulance s rozšířenou péčí jsou nedílnou součástí reformy psychiatrické péče: Jejich zařazením do sítě ambulantních psychiatrických zařízení dojde k zlepšení dostupnosti péče pro pacienty a zefektivnění činnosti psychiatrické ambulance.

Role psychiatrické sestry v rámci ambulantní péče je pro změnu v systému poskytování psychiatrické péče (přesun péče z velkých institucí do péče ambulantní) klíčová. Sestra poskytuje péči jak v psychiatrické ambulanci, tak také ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Cílem je poskytování komplexní péče (v souladu s biopsychosociálním modelem). Péči v tomto rozsahu sám psychiatr nikdy poskytnout nemůže. V souladu se Strategií reformy psychiatrické péče a Standardem ambulantní psychiatrické péče (Věstník č. 5/2016, MZ) je rozšíření ambulance o další odbornosti – především psychiatrickou sestru, důležitou změnou. Přínos psychiatrické sestry je jednoznačný. Na základě doporučení – indikace psychiatra) sestra systematicky pracuje s pacienty z diagnostického spektra uvedeného u jednotlivých výkonů této odbornosti v Seznamu zdravotních výkonů. Jedná se především o psychiatrickou rehabilitaci, edukační aktivity, nedílnou součástí je také terénní krizová intervence. Nejde jen o obsah intervence (kdy lékař se více zaměřuje na diagnostiku, volbu vhodné léčby), jde také o zcela jiný přístup psychiatrické sestry. Sestra je pacientovi často mnohem bližší, její přístup je více partnerský a naše zkušenost ukazuje, že pacient je mnohdy otevřenější. Nezastupitelný je podíl psychiatrické sestry i v rámci dispenzární péče, včetně péče o pacienty s nařízeným ochranným léčením.



NOVINKY V OCHRANNÉM LÉČENÍ

Páv M., Hollý M., Švarc J.

Psychiatrická nemocnice Bohnice, Ústavní 91,
Praha 8, 181 02

Klíčová slova: ochranné léčení, risk assesment

Sdělení se zaměřuje na popis v současnosti fungujícího systému ochranného léčení (OL). V souvislosti s probíhající reformou psychiatrické péče je nutností reflektovat některé aspekty faktického výkonu ochranných léčení, kdy současný systém je zatížen regionální nerovnováhou kdy pouze ve 3 psychiatrických nemocnicích jsou zřízena specializovaná oddělení pro všechny typy OL, ve 2 zařízeních pro dva typy (v kombinaci sexuologické a protitoxikomanické nebo psychiatrické), v 1 pak pouze sexuologické OL. 4 nemocnice nemají specializovaná oddělení a pacienti jsou umísťováni na běžná oddělení. Stejně tak i specializované ambulance pro OL jsou zřízeny pouze při některých nemocnicích. V ambulanci péči pouze část ambulantních lékařů je schopna poskytovat péči více nemocným s nařízenou OL, existují výrazné rozdíly mezi regiony i mezi ambulantními specialisty. Důsledkem tohoto stavu je narůstající počet nemocných v ústavním OL a zabezpečovací detenci, i když zde se projevuje i vliv dalších faktorů. Fungování systému je dále poznamenáno absencí jednotné metodologie hodnocení nemocných od soudně znaleckého posuzování v průběhu trestního řízení po ukončení výkonu OL. Na základě výše uvedeného budou nastíněny možné implikace pro reformní projekty Deinstitutionalizace a Nových služeb, které pro systém OL znamenají příležitost pro definování jasných parametrů a kapacity systému a v neposlední řadě zajištění dostatečného finančního zajištění péče o tuto relativně sice málo početnou, avšak velmi důležitou podskupinu duševně nemocných.

PORUCHA OSOBNOSTI A JEJÍ POSOUZENÍ V OPATROVNICKÝCH SPORECH

Personality Disorder and its Assessment in Guardianship Disputes

Pavlát J.

Psychiatrická klinika 1. LF UK, 128 21 Praha 2,
Ke Karlovu 11

Klíčová slova: poruchy osobnosti, posuzování
uspořádání péče, rodičovské soudní spory,
rodičovský konflikt, rozvod.

Spolehlivá diagnóza poruchy osobnosti je pro doporučení vhodného uspořádání péče o dítě velmi důležitá. Stanovení spolehlivé diagnózy poruchy osobnosti je nicméně zatíženo řadou obtíží vyplývajících jak z problematiky diagnostiky a klasifikace poruch osobnosti, tak ze specifík vyšetření rodičů zúčastněných v opatrovnických sporech.

Zvolský a Pavlovský ve své kapitole učebnice psychiatrie uvádějí, že při hodnocení osobnosti se vychází především z klinického vyšetření, z anamnestických dat. V opatrovnických sporech však musíme počítat s tím, že posuzovaný se snaží udělat co nejlepší dojem, podat o sobě a svém chování co nejpříznivější, eventuálně i zkršené či nepravdivé informace. Platí obecně, že objektivní informace o chování v delším časovém úseku jsou nejspolehlivější metodou posouzení osobnosti. Spolehlivě doložit naplnění všech kritérií nutných pro diagnózu specifické poruchy osobnosti podle MKN – 10 je v běžné praxi často obtížné. Panuje shoda, že porucha osobnosti závažně negativně ovlivňuje výchovné schopnosti rodiče. Literatura pak doporučuje asistovaný styk, jeho důsledné monitorování. Opatrovnické spory představují zvláště náročnou osobní a sociální situace. Nejzávažnější problém, který ohrožuje zdraví a prosperitu dětí, je rodičovský konflikt. V případě, kdy rodič trpí poruchou osobnosti, je konflikt pravidlem. Zájem rodičů na kontaktu s dětmi musí být respektován, ale až „v druhé řadě“. Projevy tohoto zájmu nesmějí děti ohrožovat. V případě, že je uspokojivě doloženo, že asistovaný styk neprobíhá či probíhá neuspokojivě (Tak, že není ku prospěchu vztahu rodiče a dítěte, eventuálně dítě poškozuje.), je na místě zvážit zákaz styku rodiče s dítětem, doporučit ho. Problémy, které pro posouzení výchovných schopností rodičů a doporučení uspořádání péče

představuje porucha osobnosti, nemusí být předmětem odborné diskuse v případě, kdy je jasně doložené, že jednání rodiče narušuje zdraví a prosperitu dítěte. V takovém případě je na místě doporučit asistovaný styk či zákaz styku.

ROLE PSYCHIATRICKÝCH SESTER V SYSTÉMU PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Petr T.

Obsahem symposia bude přehled aktuálního stavu v odbornosti psychiatrická sestra. V úvodu budou představeny obecné informace o počtech psychiatrických sester, jejich vzdělání, kompetencích, plánovaných změnách souvisejících s reformou psychiatrické péče. V jednotlivých příspěvcích pak bude přiblížena role psychiatrických sester v různých typech péče o duševně nemocné tzn. v péči ambulantní, v péči terénní a také v péči lůžkové. Budou diskutovány možné výzvy pro další rozvoj této profese, její role v multidisciplinárním týmu, změny potřebné v odborné přípravě psychiatrických sester a také otázky související s přechodem sester z lůžkové péče do komunitních služeb.

PSYCHOTERAPIE U PSYCHOTICKÝCH PORUCH

Psychotherapy in the Psychotic Disorders

Pěč O.¹

¹ESET, Psychotherapeutická a psychosomatická klinika, Praha

Klíčová slova: psychóza, schizofrenie, psychoterapie, psychosociální intervence, zotavení

Autor příspěvku uvádí přehled psychotherapeutických přístupů s prokázanou účinností. Odlišné přístupy se uplatňují v prodromální fázi nebo při prevenci relapsu psychózy (kombinace psychoedukace, monitorování prodromálních příznaků, rodinných intervencí a skupinové psychoterapie), jiné v akutní fázi (psychoedukace, některé formy KBT) a jiné v postakutní fázi onemocnění. Do posledně jmenované skupiny se tradičně řadí rodinná terapie, psychoedukace, komplexní kognitivní remediace, KBT, podpůrná psychodynamická psychoterapie a skupinová psychoterapie. V posledních letech vznikly nové doklady o účinnosti terapie metakognice/mentalizace/, pohybové terapie a muzikoterapie. Mnohost terapií se snaží překonat transteoretické přístupy, ve kterých jsou definovány hlavní elementy pro účinnou léčbu psychóz. Je to například síť MERIT s pěti elementy: agenda, dialog, narativní fokus, psychologický problém a reflexe interpersonálního procesu. Další aktuální oblastí je psychoterapie jako přístup podporující proces zotavení (recovery). Kvalitativní výzkum tohoto procesu objevil několik klíčových bodů pro psychickou změnu při zotavení, kterou psychoterapie může významně podpořit.

FORENZNĚ PSYCHIATRICKÉ POSUZOVÁNÍ TRESTNÝCH ČINŮ SPÁCHANÝCH POD VLIVEM ALKOHOLU

Forensically Psychiatric Assessment of Crimes Committed Under the Influence of Alcohol

Pokora J.

Psychiatrická nemocnice v Brně-Černovicích,
primariát pro léčbu návykových nemocí

Téměř třetina trestných činů je spáchána pod vlivem alkoholu, takže posuzování této problematiky je pro soudní znalce z oboru zdravotnictví, odvětví psychiatrie „denním chlebem“. I zkušení znalci se však v této oblasti mohou dopustit četných chyb.

Autor předkládá algoritmus, postup, který vypracoval během své třidvacetileté soudně-znalecké praxe. Prezentovaný postup by se pro soudní znalce mohl stát vodítkem v této komplikované problematice.

CHYBNĚ INDIKOVANÉ OCHRANNÉ PROTIALKOHOLNÍ LÉČBY

Incorrectly Indicated Protective Treatment of Alcohol Addiction

Pokora J.

Psychiatrická nemocnice Brno-Černovice, Húskova 2,
Brno

Klíčová slova: Ochranné léčení syndromu závislosti, indikace protialkoholní léčby, disociální porucha osobnosti, mentální retardace, demence

Key Words: Involuntary treatment of addictive disorders, indication of treatment of alcohol addiction, personality disorder, mental retardation, dementia

Znalec, který ve znaleckém posudku doporučí ochranné léčení, by měl respektovat následující skutečnosti:

- 1) Musí být přítomna duševní porucha definované v uznávané klasifikaci nemocí (nejčastěji ICD-10).
- 2) Tato duševní porucha musí být léčitelná dostupnými léčebnými prostředky.
- 3) Nejsou přítomny závažné kontraindikace

Nejčastější chybou bývá návrh ochranného protialkoholního léčení u posuzovaných s disociální poruchou osobnosti, kteří se sice chovají pod vlivem alkoholu agresivně, nejsou však na něm závislí. Nadměrný konzum alkoholu tu bývá atributem životního stylu a nikoliv samostatnou duševní poruchou.

Dalším pochybením bývá nařízení ochranného léčení syndromu závislosti u osob s mentální retardací nebo závažnou alterací kognitivních funkcí v důsledku nadměrného konzumu alkoholu (organický psychosyndrom, demence). Takoví jedinci nejsou schopni absolvovat standardní režimovou odvykací léčbu, jejíž základem je psycho-terapie, a pobyt na protialkoholním oddělení má u nich vyloženě detenční charakter.

Podstatné je:

- 1) Znalec není ani soudní úředník, ani příslušník policie, ale lékař, který musí respektovat diagnostická kritéria té které duševní poruchy a zvážit léčebné možnosti ve smyslu jak indikace, tak kontraindikace.
- 2) Psychiatrická nemocnice je zdravotnické zařízení zabývající se léčbou duševních poruch a nikoliv instituce pro detenci nebezpečných asociálních jedinců nebo odkladiště společensky nepřizpůsobivých osob.
- 3) Ochranné léčení není trestem.

CESTY KE ZPLNOMOCNĚNÍ RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Ways to Empowerment of Relatives in Patients with Mental Disorders

Poljaková J.

SYMPATHEA, o.p.s., organizace rodinných příslušníků lidí s duševním onemocněním, koordinátorka Platformy pro transformaci péče o duševní zdraví

Rodinní příslušníci duševně nemocných jsou jedním ze 3 vrcholů trojúhelníku (lidé s duševním onemocněním – jejich rodinní příslušníci – poskytovatelé sociálních služeb) Platformy pro transformaci péče o duševní zdraví.

K naplnění své role důležitým článkem v reformě psychiatrické péče je třeba, aby rodinní příslušníci zakládali popř. rozšiřovali svépomocné organizace rodinných příslušníků lidí s duševním onemocněním a činností uvnitř i navenek dosahovali svého zplnomocnění. Z činností jsou to zejména vzdělávání se o duševních onemocněních, o dostupných zdravotních a sociálních službách, o legislativě a především organizování a plánování efektivního zapojování do reformy psychiatrické péče. Silná organizace rodinných příslušníků účinněji prosazuje návrhy na zlepšování psychiatrické péče, ať už v obcích s rozšířenou působností, v krajích nebo na celostátní úrovni.



NOVINKY V SUBSTITUČNÍ LÉČBĚ

News in the Substitution Treatment

Popov P.

Klinika adiktologie I. LF UK a VFN v Praze

Substituční léčba pacientů závislých na opioidech s využitím agonistů opioidních receptorů (SL) je vysoce účinná při podstatném snížení užívání opiátů a jiných drog, rizikového chování (infekce HCV, HIV), somatických a psychických komorbidit, úmrtí předávkováním a kriminální činnosti. Pro mnoho injekčních uživatelů drog, kteří by jinak neměli žádný kontakt se zdravotnickými službami, představují substituční programy bránu k dalším službám, včetně primární zdravotní péče, testování a léčbu HIV, hepatitidy C, tuberkulózy, sexuálně přenosných infekcí a také léčbu duševních (duálních) poruch. Přes evidenci o efektivitě SL je tato terapie aplikována v ČR pouze u cca třetiny problémových uživatelů opioidů, což nás řadí mezi skupinu států s nejnižší dostupností SL v Evropě. Problémem v ČR je zejména lokální a ekonomická (ne)dostupnost SL a také zneužívání substituční léčby, zejména monokompozitních buprenorfinových přípravků. Pozitivní změnu situace v ČR by mohla přinést jednak opatření ke zvýšení dostupnosti léčby (změna úhrady substitučních přípravků s obsahem buprenorfinu, nová metadonová substituční centra), jednak rozšíření spektra substitučních látek, resp. jejich forem. Nové aplikační formy by mohly významně zvýšit adherenci a compliance pacientů SL a snížit riziko zneužívání substitučních přípravků. Výhledově by mohly být pro SL k dispozici jak bezpečnější, podstatně hůře zneužitelné formy léků (spray, sublingvální film), tak i depotní preparáty s obsahem buprenorfinu (depotní injekce, subkutánní implantáty). Motivaci k provádění SL by také měly zvýšit chystané specifické výkony hrazené zdravotními pojišťovnami. Současně se ale připravuje také výraznější aplikace penalizací za nedodržování ohlašovací povinnosti při provádění SL do registru substituční léčby.



OBSTRUKČNÍ SPÁNKOVÁ APNOE A DEPRESE

Pretl M.

Inspamed, neurologická ambulance a spánková poradna, Institut spánkové medicíny, Praha

Obstrukční spánková apnoe (OSA) je jednou z nejčastějších poruch spánku s udávaným výskytem mezi 5-10% v populaci, její výskyt narůstá s přibývajícím věkem a je více vázán na mužské pohlaví a obezitu. Hlavním příznakem jsou opakující se apnoické pauzy s následnou desaturací vedoucí obvykle k mikroprobouzení reakcí. V době mezi pauzami pacient hlasitě chrápe. Opakovaná mikroprobuzení působí fragmentaci spánku, ten se stává neosvěživým. Pacienti si ráno i přes den stěžují hlavně na únavu a neodpočatost, nižší výkonnost, mikrospánky, v těžších případech až na nadměrnou denní spavost, klesá kognitivní výkon a pozornost. Intermitentní hypoxie a fragmentovaný spánek v důsledku obstrukce v horních dýchacích cestách jsou hlavními patofyziologickými mechanismy vedoucími k rozvoji přidružených kardiovaskulárních a metabolických onemocnění. Se OSA je spojováno dále významně vyšší riziko dopravních nehod i častější výskyt psychiatrických onemocnění, hlavně deprese. Protože mnoho příznaků OSA a deprese je podobných (vyšší denní únava, nadměrná denní spavost, ztráta energie, nižší koncentrace, iritabilita, snížení psychomotorického tempa, nárůst hmotnosti), zůstává výskyt deprese u OSA značně poddiagnostikován. Prevalence deprese u pacientů s OSA je udávána různě mezi 5 a 60%, OSA je považována za nezávislý rizikový faktor pro rozvoj deprese a kognitivních poruch/demence. Patofyziologické souvislosti nebyly dosud uspokojivě objasněny, předpokládá se, že stejně jako u ostatních chorob bude mezi mnoha faktory hrát nejdůležitější roli intermitentní hypoxie a fragmentace spánku. OSA lze diagnostikovat v ambulantních podmínkách (polygrafie), diagnostickým standardem je polysomnografické vyšetření ve spánkové laboratoři. Účinnou léčbou OSA je terapie trvalým přetlakem v dýchacích cestách (CPAP). Pozitivní dlouhodobý vliv terapie CPAP u pacientů s OSA a depresí je předpokládán u většiny studií.



PŘÍSTUP PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE BOHNICE K LÉČBĚ ZÁVISLOSTI NA TABÁKU U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ

Attitude of Psychiatric Hospital Bohnice to the Treatment of Tobacco Addiction in Hospitalized Patients

Provazníková Z.¹, Sadílková K.¹

¹Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha, Česká republika

Vliv kouření na průběh léčby u psychiatricky nemocných je nyní stále více diskutován. Systematická péče o kuřáky v psychiatrických zařízeních není v ČR v současné době poskytována. Kouření je nejčastější přidruženou chorobou u psychiatricky nemocných, zkracuje jejich život v průměru o 20 let. Ve spolupráci s Centrem pro odvykání kouření 1. LF byla v naší nemocnici v únoru 2016 zřízena ambulance pro léčbu metabolických onemocnění a léčbu závislosti na tabáku (AMETA). Primárně je určena hospitalizovaným, ale poslední dobou i ambulantním pacientům. V rámci projektu byly vyškoleny lékařky interního oddělení a několik sester z každého z 30 oddělení akutních i chronických. Byl zaveden program hrazení léčby motivovaným hospitalizovaným pacientům preparátem Champix. V našem sdělení bychom se rády podělily se zkušenostmi z naší ambulance a s naším statistickým šetřením, jehož výsledky podporují závěry velkých studií, např. EAGLE. Do budoucna bychom rády navázaly spolupráci a výměnu zkušeností s podobně zaměřenými ambulancemi psychiatrických nemocnic.



ADHD A VNÍMÁNÍ ČASU

ADHD and Perception of Time

Ptáček R.¹, Goetz M.², Raboch J.¹, Vňuková M.¹, Švandová L.¹

¹Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

²Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol

Abstrakt: ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou) je neurovývojová porucha, která významně ovlivňuje nejen dětství, ale celý život postižených jedinců. Kromě obtíží spojených s hlavními symptomatologickými okruhy (hyperaktivitou, impulsivitou a nepozorností) se postižení projevují také velmi častými obtížemi v oblasti exekutivních funkcí. O vztahu symptomatologie ADHD a vnímání času u dospělých se toho ví velice málo, ač se zřejmě jedná o diagnosticky i terapeuticky významnou souvislost. Z praxe je nesporné, že deficit ve vnímání času u jedinců postižených ADHD působí symptomatické potíže s organizací času a nedochvilností. K ověření se nabízí hypotéza, podle které deficit ve vnímání času je významným symptomem ADHD. Ověření hypotézy o vztahu mezi intenzitou ADHD symptomatologie u dospělých a deficitem ve vnímání času může vést nejen k rozvoji poznání dalších souvislostí této poruchy, ale též přispět i formulaci odpovídajících kognitivně behaviorálních strategií. Cílem příspěvku je přehled základních informací o tom, jak intenzita symptomatologie ADHD souvisí se schopností vnímání času a zda se osoby s ADHD vyznačují specifickým stylem vnímání času.

Podpořeno grantovým projektem „GAČR 18-11247S“

PRACOVNÍ STRES A DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Workstress and Mental Health

Ptáček R.¹, Raboch J.¹, Vňuková M.¹

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN

Klíčová slova: životní styl, prevence, stres, duševní poruchy

V posledních dvou desetiletích je věnována mimořádná pozornost problematice duševního zdraví. Hledají se genetické příčiny, ale též souvislosti s prostředím a chováním člověka. Velké množství studií prokazuje vztahy mezi životním stylem jedince – např. stravovací návyky, pravidelným pohybem atp., případně určitými charakteristikami prostředí a duševním zdravím. Podstatně méně studí se však zabývá problematikou vztahu duševního zdraví a práce. Pracovní činností přitom strávíme většinu našeho bdělého dospělého života. A jestliže například akceptujeme zjištění, že již pouhých 30 minut cílené fyzické aktivity denně může v určitém smyslu zlepšit naše duševní zdraví, můžeme odhadovat, jakým způsobem ho ovlivňuje práce, kterou vykonáváme po většinu svého dospělého života. Přestože problematika vztahu práce, jejích psychosociálních charakteristik a možného rozvoje duševních poruch a obtíží stojí spíše na okraji zájmu, lze v odborné literatuře najít řadu rozsáhlých a systematických studií, které se danou problematikou zabývají a upozorňují zvláště na pravděpodobný vztah mezi charakterem pracovní zátěže, duševní nepohodou a výskytem infarktu myokardu. Přestože se aktuálně odborná literatura čím dál tím více věnuje otázkám vztahu mezi prací a duševním zdravím, a přestože řada nálezů je i poměrně alarmující, je vliv těchto studií na širší pohled problematiky duševního zdraví nebo konkrétní intervence v oblasti výkonu práce spíše minimální. V této souvislosti je třeba připomenout, že možné psychické obtíže plynoucí z práce nejsou problémem pouze zaměstnance. Velmi významně mohou ovlivňovat pracovní výkon – týkají se tedy i zaměstnavatele, ale též zákazníků, klientů a pacientů, kteří přicházejí do styku s pracovníkem, u něhož se z důvodu charakteru práce a pracovních podmínek nějaké duševní potíže rozvíjejí. Uvedený příspěvek se zabývá přehledem aktuálních zjištění v této oblasti.

Finanční podpora: GA ČR 16-21302S, Progres Q06/1.LF

VYHOŘENÍ A ŽIVOTNÍ STYL UČITELŮ

Teachers' Burnout and Lifestyle

Ptáček R.¹, Vňuková M.¹, Smetáčková I.², Raboch J.¹

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

²Pedagogická fakulta, UK, Praha, Česká republika

Klíčová slova: učitelé, vyhoření, životní styl, prevence

Cíle

Ve své profesi čelí učitelé dlouhodobému stresu, což může vést k rozvoji závažných symptomů vyhoření. Následky mohou být: absence v práci, slabší pracovní výsledky a horší duševní zdraví. Nedodržování zdravého životního stylu a nedostatek osobního času může přispět k vyšším symptomům vyhoření. Dodnes se žádná studie nezaměřila na zmapování vyhoření učitelů základních škol v České republice. Cílem proto bylo zjistit míru vyhoření u učitelů základních škol a identifikovat hlavní zdroje.

Metody

Data byla získána prostřednictvím on-line dotazníků. Byl využit standardizovaný dotazník – Shirom Melamed Burnout Measure, dále jsme shromáždili údaje o životním stylu a pracovních stresorech.

Výsledek

Celková velikost výběrového souboru činila 2394 učitelů ze základních škol: 358 mužů a 2036 žen. Ačkoli u obou pohlaví většina respondentů uvádí, že se necítí být ohrožena syndromem vyhoření, celkem 18,3% respondentů se cítí být zcela ohroženo, tyto respondenti mají také nejvyšší míru vyhoření. Byla nalezena asociace mezi kognitivním vyhořením a věkem ($p < .001$) a mezi celkovým vyhořením a spokojeností v práci ($p < .001$). Dále se zjistilo, že vyhoření je asociováno s peněžní odměnou a životním stylem – konkrétně se ukázalo, že učitelé, kteří nemají dostatek času na svou rodinu a koníčky, mají i nejvyšší míru vyhoření.

Závěr

Riziko vyhoření by se nemělo podceňovat a učitelé by měli být informováni o nebezpečích spojených se syndromem vyhoření. Školy by se měly snažit zajistit, aby jejich zaměstnanci měli dostatek času na osobní a rodinný život. Náš výzkum poukazuje na to, že syndrom vyhoření je asociován s faktory, které mohou učitelé sami ovlivnit, a proto je potřeba si uvědomit důležitost prevence. Tato prevence může být uskutečněna přímo školou nebo samotnými učiteli.

Finanční podpora: GA ČR 16-21302S, Progres Q06/1.LF



DUŠEVNÍ PORUCHY A ŽIVOTNÍ STYL

Mental Illnesses and Healthy Life Style

Raboch J., Ptáček R., Vňuková M., Weissenberger S.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Epidemiologická data nasvědčují tomu, že v moderním světě přibývá psychických problémů a zvyšuje se výskyt duševních poruch. Jedním z příčin mohou být výrazné změny životního stylu, jako jsou fyzická aktivita, dietní návyky, pracovní prostředí, sociální a partnerské zázemí apod. Budeme referovat o výsledcích několika studií týkajících se depresivní poruchy, ADHD a syndromu z vyhoření. Navrhujeme praktická doporučení, jak tato fakta využít v klinické praxi.



5 LET EXISTENCE KOMISÍ MZČR PRO PŘEMĚNU POHLAVÍ A PRO TERAPEUTICKOU KASTRACI

Five Years of Existence of the Committees for Gender Transformation and Therapeutical Castration

Sejbalová P.

Sexuologické odd. FN Brno

Klíčová slova: transsexualismus, hormonální léčba, operační přeměna pohlaví, poruchy sexuální preference, ochranné léčení, zabezpečovací detence, terapeutická kastrace

5 let existují centrální komise na MZČR, které schvalují žádosti klientů o operační přeměnu pohlaví či o terapeutickou kastraci. Tyto chirurgické zákroky jsou vázány právními předpisy, které jsou od 1. 11. 2017 novelizovány. Změny se týkají jak pacientů, tak jejich ošetřujících lékařů. Součástí sdělení je statistický přehled žadatelů a jejich schválených či neschválených žádostí.



PSYCHIATRICKÁ AMBULANCE A REGULAČNÍ ORGÁNY

Syrovátka J.

Psychiatrická ambulance Praha 6

Formou interaktivního hlasování s publikem budou předloženy jednoduché i komplikované případy komunikace mezi psychiatrickou ambulancí a regulačními orgány. V diskusi a hlasováním budou hledány odpovědi na kolizní situace v této oblasti.



KAPACITA PSYCHIATRICKÉ AMBULANCE

Šolle Z.

Psychiatrická ambulance Praha

Předložen bude obecný přehled struktury klientely a léčebných postupů běžné psychiatrické ambulance. Hlasováním s publikem se budou hledat názory změny ve struktuře a obsahu péče o pacienty v psychiatrické ambulanci. Předloženy budou četné kazuistiky.



SCHIZOFRENIE JE NEURODEGENERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Schizophrenia is a Neurodegenerative Disorder

Španiel F.¹, Čapek V.¹, Škoch A.^{1,2}, Pajuelo D.^{1,2},
Tintěra J.^{1,2}, Rydlo J.^{1,2}, Ibrahim I.^{1,2}, Dezortová M.^{1,2},
Hlinka J.¹

¹Národní ústav duševního zdraví, Klecany.

²Základna radiodiagnostiky a intervenční radiologie,
IKEM

Klíčová slova: schizofrenie, MRI, spektroskopie,
morfologie

Úvod

Většina morfologických odchylek se v mozcích pacientů se schizofrenií koncentruje do oblasti předního cingula a inzuly. Prozatím málo je známo o dynamice morfologických změn, zejména v prvních letech po odeznění první epizody.

Metodika

Do naší studie byla zahrnuta rozsáhlá kohorta pacientů s první epizodou onemocnění schizofrenního okruhu (FES) a zdravé kontrolní osoby (HC), u kterých bylo na MRI přístroji 3T provedeno MRI morfologické vyšetření a protonová magnetická rezonance (1H-MRS). Všechny osoby měly dvě vyšetření v rozmezí jednoho roku. U FES bylo první MRI vyšetření provedeno bezprostředně po odeznění první epizody.

Výsledky

Spektroskopické i morfologické změny byly extrapolací zjištěny v oblasti předního cingula půl roku před nástupem nemoci, změny v inzule se objevují naopak cca půl roku po odeznění první epizody. Morfologické změny se šíří u schizofrenie podél funkčních spojů. Drtivá většina změn v mozku nemocných se odehrává první dva roky po odeznění první epizody.

Závěr

Dynamika spektroskopických a morfologických změn u schizofrenie prozrazuje, že jde o neurodegenerativní onemocnění.

Podpořeno grantem NV16-32696A Ministerstva zdravotnictví ČR



ZLEPŠENÍ PŘÍZNAKŮ DEPRESE PO ÚSPĚŠNÉ LÉČBĚ ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

Improvement of Depressive Symptoms After Successful Treatment of Addiction to Tobacco

Štěpánková L.¹, Králíková E.^{1,2}, Zvolská K.¹,
Pánková A.^{1,2}, Adamčeková Z.¹

¹Centrum pro závislé na tabáku, III. interní klinika –
klinika endokrinologie a metabolismu, I. LF UK
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

²Ústav hygieny a epidemiologie, I. LF UK a VFN
v Praze

Úvod

Obavy psychiatrů doporučovat kuřákům abstinenci od cigaret byly v častou bariérou pro odvykání kouření jejich pacientů. Z literatury posledních let je však zřejmé, že zanechání kouření je z hlediska psychických poruch naopak benefitem. Dále má kouření významné farmakologické interakce zejména právě v oblasti psychofarmak: zrychluje jejich metabolismus a clearance, tedy snižuje jejich účinnost. Cílem této práce bylo vyhodnotit úspěšnost léčby

závislosti na tabáku a množství příznaků deprese před zahájením léčby v našem centru a poté po jednom roce abstinence od kouření.

Metoda

Hodnotili jsme biochemicky validovanou (CO ve výdechu ≤ 9 pmm) jednorochní abstinenci při intenzivní léčbě závislosti na tabáku u 2 943 našich pacientů, silně závislých kuřáků – v průměru 6 z 10 bodů Fagerströмова dotazníku. Léčba zahrnovala po hodinovém screeningu dvouhodinovou psychosociální intervenci a ve většině případů také farmakoterapii (vareniklin či substituční terapii nikotinem a /nebo bupropion) a během roku v průměru 6 návštěv. Příznaky deprese byly hodnoceny dle Beck Depression Inventory II (BDI-II) před počátkem léčby a po jednorochní abstinenci od kouření.

Výsledek

Ve srovnání s pacienty bez příznaků deprese při vstupní návštěvě (úspěšnost 42,1%, 399/948) byla míra abstinence u pacientů s mírnou depresí podobná (39,1%, 535/1370, $p = 0,143$) a významně nižší u pacientů se středně těžkou a těžkou depresí (27,4%, 171/625, $p < 0,001$). Mezi abstinujícími pacienty většina zaznamenala méně příznaků deprese při následném sledování oproti době, kdy kouřili. Celkové průměrné (SD) skóre BDI-II se zlepšilo z 9,2 (SD 8,6) na 5,3 (SD 6,1) bodů, $p < 0,001$. Zlepšení bylo tím výraznější, čím více příznaků deprese pacienti udávali před léčbou.

Závěr

Mezi našimi pacienty predikovala přítomnost příznaků deprese na počátku léčby nižší úspěšnost léčby závislosti na tabáku. Pacienti, kteří přestali kouřit, však zaznamenali statisticky významné zlepšení příznaků deprese. Důležitý závěr pro praxi, zejména v oblasti psychiatrie, je zlepšení nejen fyzického, ale i mentálního zdraví po odložení cigaret.

podpořeno projektem PROGRES Q25/LF1.



OCHRANNÉ LÉČENÍ – DOPORUČENÉ POSTUPY

Protective treatment – best practices

Švarc J.

Psychiatrická nemocnice Bohnice

Klíčová slova: ochranné léčení ambulantní, ochranné léčení ústavní, doporučené postupy.

Abstrakt:

Přednáška popíše doporučené postupy ochranného léčení (OL) jak ambulantního, tak ústavního.

Struktura přednášky:

- Jaké právní předpisy upravují OL.
- Komu (kterým pachatelům) soud ukládá OL.
- Kterým poskytovatelům zdravotních služeb soud nařizuje OL.
- Co není ochranné léčení (např. soudem uložené povinnosti dle § 48 odst. 4 tr. zákoníku apod.).
- Povinnosti soudu **před nařízením OL** (zejm. zaslat nařízení, rozhodnutí, posudky a výsledky znaleců, vyzvat pacienta k nástupu OL...)
- Naše povinnosti a administrativa **před výkonem OL**.
- Naše povinnosti a administrativa **při přijetí do OL** (zejm. seznámit pacienta s individuálním léčebným postupem).
- Naše povinnosti a práva **při výkonu OL** (nedostavení se do ambulance, „útěk“ z ústavu, propustka, zdravotnické dokumentace, kontroly, účtování OL; ošetrovatelské zásady, evidence aktivit...)
- Návrh na ukončení / přeměnu / prodloužení OL.
- Jednání soudu o tomto návrhu.
- Propuštění z OL.
- Naše povinnosti a administrativa **po propuštění z OL**.
- Specifika ambulantního a ústavního OL.

Legislativní novinky v OL:

- Konec prodlužování OL ambulantního od 1. 7. 2016.
- Útěk z OL ústavního a nedostavení se do OL (i ambulantního) oznamujeme navíc o PČR k 1. 11. 2017.
- Kastraci lze provést od 1. 11. 2017 i deviantovi, který nespáchal trestný čin.
- Pacienti ve výkonu OL ústavního v kategorii 5 k 1. 1. 2018.
- Stát plátcem zdravotního pojištění za pacienty v OL ústavním k 1. 1. 2018.

BUDOUCNOST SYSTÉMU OCHRANNÉHO LÉČENÍ

The future of the system of protective treatment

Turek T.

Quo vadis: Ochranné léčení a jedinec

Realizace ochranného léčení je výsledkem názorového propojení sekce legislativy, zdravotnictví, humanismu a společenského názoru.

Celkový výsledek průběhu ochranného léčení je v průběhu let rozdílný na základě převažujících názorů výše zmíněných oblastí.

Odborné symposium se systematicky zaměřuje na rizika ochranného léčení z jednotlivých úhlů pohledu. Popisuje krizové situace v problematice ochranného léčení. Zabývá se postavením a možnostmi ovlivnit ochranné léčení z pohledu zdravotníka, soudce, státního zástupce, společnosti, pachatele a oběti, tak aby jako celek byl tento systém efektivní a úspěšný v 1. polovině 21. století.

Quo vadis: Ochranné léčení a společnost

Budoucnost systému ochranného léčení, jeho efektivnost a úspěšnost je limitována mnoha popsány, legislativně i zdravotně ukotvenými právy a povinnostmi odborníků, kteří se na tomto systému aktivně účastní. V reálné úspěšnosti a efektivitě výkonu ochranného léčení má však zásadní postavení též pacient, který má uloženo ochranné léčení.

Quo vadis: systém ochranného léčení

Odhaluje jednotnost, či spíše nejednotnost výkonu ochranného léčení v rámci jednotlivých regionů. Popisuje možnosti současného systému, jejich rizika a nástin vývoje pro další desetiletí. Cílem symposia není kritika systému ochranného léčení, ani jeho reforma, ale otevření a popsání aktuální situace včetně rizik, která zdravotníci při výkonu svého povolání podstupují v návaznosti na platnou legislativu

Quo vadis: Ochranné léčení a jedinec

Tak jako každý systém, tedy i systém ochranného léčení, nesmí zapomínat na člověka, jako jedinečnou bytost a to nejen jako na profesionála, který v této oblasti pracuje, ale též na člověka jako pacienta. A na člověka jako oběť. Současnost systému ochranného léčení dle mínění kolektivu autorů tohoto symposia, je z tohoto pohledu hrubě nevyvážený...

KOMPLIKACE ÚSTAVNÍCH LÉČEB OCHRANNÝCH PŘI NESPRÁVNÉ INDIKACI A PROBLEMATIKA UKONČENÍ ÚSTAVNÍCH LÉČEB OCHRANNÝCH

Symposium Department of Forensic Psychiatry of ČSL JEP

Turek T.

Druhá část se zabývá indikacemi a kontraindikacemi ochranného léčení psychiatrického, sexuologického, protialkoholního a protitoxikomanického z pohledu společnosti, jednotlivce, soudce, soudního znalce a poskytovatele zdravotních služeb (psychiatrické nemocnice). Popisuje úlohu soudce, advokáta, státního zástupce a soudního znalce při posuzování indikace a nařízení ochranného léčení a s tím spojená rizika zdravotní a právní odpovědnosti, rizika jejich medializace a kriminalizace. Zvláštní důraz je kladem na vykonatelnost a nevykonatelnost ochranného léčení ústavního.

DISHARMONICKÝ VÝVOJ OSOBNOSTI

Disharmonic Development of Personality

Uhlíková P.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Definice disharmonického vývoje se objevují především v psychologické literatuře. Většina studií shodně popisuje odlišnosti v oblasti prožívání (změny bazálního ladění, sklon k afektům, citovou chudost) a odlišnosti v chování (horší autoregulaci, egocentrismus, nezdrženlivost, neschopnost odložit uspokojení, nízkou frustrační tolerance, nedůvěřivost, pocity výjimečnosti). Termín disharmonická osobnost je uváděn jako nerovnoměrný vývoj jednotlivých složek osobnosti, typy tohoto vývoje pak popisují převažující rysy (např. hysteroidní, hyperthymní, senzitivní, schizoidní atd.). Psychiatrická literatura uvádí disharmonický vývoj také jako nevyvážený, nerovnoměrný, který je předstupněm poruchy osobnosti. Současná literatura termín disharmonický vývoj hodnotí jako tradiční diagnostický výraz, který ale MKN nezná, a řeší, zda lze vůbec hovořit o osobnosti dítěte a jejich poruchách. Mělo by se jednat o víc než přechodné, symptomatické, reaktivní potíže. V současné pedopsychiatrické praxi se disharmonický vývoj nejčastěji objevuje pod kódem F608 jiné specifické poruchy osobnosti nebo jako F609 nespecifikované poruchy osobnosti. Diagnózy F60 by měly splňovat příslušná kritéria, tj. mělo by se jednat o hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, projevující se jako neměnné odpovědi na široký rozsah osobních a sociálních situací. Kromě této základní definice kritéria uvádí, že hodnocení často vyžaduje více než jeden rozhovor a shromáždění údajů od dalších osob. V praxi našeho pracoviště se zvyšuje počet těchto diagnóz, v období 1999-2006 to byli 3 pacienti, v letech 2015-2017 to bylo 15 pacientů za rok. Ve většině případů pacienti dostali diagnózu F6 po jednorázovém psychiatrickém vyšetření. Při analýze 15 kazuistik dospívajících s dg. F608 se ukázalo, že všechny měly 1-2 komorbidity. Jejich jediným společným příznakem bylo sebepoškozování.

PATŘÍ U ADOLESCENTŮ S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY DIAGNOSTICKÁ DOPORUČENÍ DO DOPORUČENÍ TERAPEUTICKÝCH?

Belong the Diagnostic Recommendations in the Adolescents with Eating Disorders to the Therapeutic Recommendations?

Uhlíková P.

Psychiatrická klinika I. LF UK a VFN, Praha

Největší výskyt poruch příjmu potravy (PPP) je ve skupině dospívajících, u nichž mohou kritéria MKN málo zohledňovat specifika této věkové skupiny. Použití kritérií DSM-5 vede k značným rozdílům v počtu jednotlivých diagnóz PPP. V DSM-5 jsou uvedeny poruchy příjmu potravy a poruchy jídelního chování (Feeding and eating disorder). Příznakem mentální anorexie již není amenorea, je kladen větší důraz na behaviorální příznaky a menší na kognitivní příznaky a subjektivní hodnocení, což je vhodnější především pro dospívající, u kterých není dosud rozvinutá introspekce a abstraktní uvažování. Jako příznak dostačuje nižší váha v porovnání se stupněm vývoje, nemusí být přítomen strach ze zvýšení váhy, ale pouze přetrvávající chování ovlivňující vzestup váhy. Mezi diagnózy PPP byla zařazena Vyhýbavá a restriktivní porucha příjmu potravy (Avoidant/restrictive food intake disorder, ARFID), která nahradila poruchu příjmu potravy v raném dětství, a která je charakterizovaná omezeným příjmem potravy s podvýživou, ale ne poruchou tělesného schématu nebo strachem z nárůstu hmotnosti. Prevalence se pohybuje od 3,2% u dětí ve věku 8–13 let po 5–22% u dětí léčených pro PPP. ARFID může být velmi blízká nadměrné vybíravosti v jídle nebo fobii z nových jídel. Nespecifikované poruchy příjmu potravy (EDNOS) byly nahrazeny skupinou FEDNEC (Feeding or eating disorder not elsewhere classified). První studie s použitím DSM-5 ukázaly, že u dospívajících došlo k nárůstu počtu mentální anorexie a bulimie, resp. přesunu ze skupiny EDNOS (od 29,3% do 40,0% a od 7,0% do 11,6%), část byla diagnostikována jako ARFID (14%) a došlo ke snížení nespecifikovaných PPP z 62,3% na 32,6%. Podle stávajících kritérií MKN-10 velký podíl diagnóz u dětí a dospívajících spadá do atypických forem mentální anorexie a bulimie.



NOMENKLATURA ZALOŽENÁ NA NEUROVĚDÁCH

Neuroscience-based Nomenclature

Ustohal L.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno
Středoevropský technologický institut - CEITEC MU

Od roku 2008 probíhá snaha představitelů mezinárodních psychofarmakologických společností o vytvoření nové nomenklatury psychofarmak, která by lépe odrážela současnou úroveň poznatků, pomáhala klinikům vybrat správné léčivo a nemátla pacienty.

Její současná verze (označovaná jako NbN-2) pochází z roku 2017. Vydána je v tištěné verzi, jako aplikace pro mobilní zařízení a nově částečně i na webu (<https://www.nbn2.com>). Základem je rozlišení farmakologických domén („pharmacological domain“ nebo jen „pharmacology“) a módů účinku („mode of action“). Dále jsou uváděny čtyři přídatné dimenze – schválené indikace, účinnost a nežádoucí účinky, praktické poznámky a neurobiologie. Celkem je do nomenklatury zařazeno 130 farmak, rozlišováno je 42 indikací. Farmakologické domény reflektují současné poznatky o neurotransmiteru, molekule nebo systému, které jsou modifikovány, zatímco mód účinku reflektuje současnou znalost o mechanismu působení. Farmakologických domén je celkem deset, módů účinku devět.

Dle autorů má nová nomenklatura tyto výhody: 1) uplatňuje současný pokrok neurovědy; 2) pomáhá klinikům učinit kvalifikované rozhodnutí o preskripci; 3) představuje systém osvětlující výběr konkrétní látky; 4) umožňuje přidat do schématu nové typy farmakologických domén a/nebo nové módy účinku. Zapomenout nelze ani na určité slabiny: 1) nomenklatura zatím nebyla schválena WHO; 2) nelze využít neurobiologii pro klasifikaci z důvodu omezených poznatků; 3) chybí některá farmaka, která jsou schválena a využívána; 4) v některých aspektech je

problematický převodník mezi „původní“ klasifikací a Nbn-2; 5) zůstává otázka, zda indikovat dle symptomů či diagnóz; 6) výuka této nomenklatury je obtížná; 7) jsou prováděny časté změny.

SOUČASNÉ POZNATKY S VYUŽITÍM NEUROSTIMULAČNÍCH METOD V LÉČBĚ ZÁVAŽNÝCH DUŠEVNÍCH PORUCH

News in the Use of Neurostimulation Methods in the Treatment of Serious Mental Illnesses

Ustohal L.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno
Středoevropský technologický institut – CEITEC MU

Z nových neurostimulačních metod je stále nejvíce poznatků o využití repetitivní transkraniální magnetické stimulační (rTMS) v léčbě depresivní poruchy. Ukazuje se, že se jedná o bezpečnou a účinnou metodu i pro starší pacienty. Zkoumány jsou i jiné cíle stimulace než dorzolaterální prefrontální kortex (DLPFC) – v recentní studii se ukázala jako účinná nízkofrekvenční stimulace pravého orbitofrontálního kortexu u pacientů s depresivní poruchou, v jiné studii i stimulace dorzomediálního prefrontálního kortexu. Hned tři recentní studie se zaměřují na otázku, zda aplikace dvou stimulačních sezení za den je stejně efektivní jako standardní aplikace jednou denně při zachovaném počtu aplikovaných pulsů, a docházejí k pozitivnímu výsledku. Zkoumána byla i změna stimulačních parametrů při neúčinnosti tří týdnů vysokofrekvenční stimulace levého DLPFC. Další studie se zaměřují na využití rTMS v prevenci relapsu/rekurence deprese.

Otázkou stále zůstává, zda je rTMS účinná v léčbě negativních příznaků schizofrenie. Dvě recentně publikované metaanalýzy ukazují, že ano; za slibnou metodu označují i transkraniální stimulaci stejnosměrným proudem (tDCS).

Dlouhodobě řešenou otázkou je účinnost rTMS v terapii obsedantně kompulzivní poruchy. Recentně byly publikovány dvě metaanalýzy, které ukazují, že by účinná být mohla.

Nové neurostimulační metody se uplatňují i v léčbě závislosti. Jeden systematický přehled shrnul výsledky studií zkoumajících účinnost rTMS a jeho autoři konstatují, že nejvíce je důkazů o účinnosti rTMS v terapii závislosti na nikotinu, méně na alkoholu a kokainu, nejméně pak na heroinu, metamfetaminu a kanabisu. Druhý systematický přehled shrnul s pozitivním výsledkem závěry studií zkoumajících nejen účinnost rTMS, ale i tDCS a hluboké mozkové stimulace (DBS).

POVINNÁ MLČENLIVOST V PSYCHIATRICKÉ PRAXI

Vaněk D.

Psychiatrická ambulance Slaný

Formou interaktivní přednášky budou na modelových příkladech prezentovány praktické situace, které musí často psychiatr řešit. Téma povinné mlčenlivosti – lékařského tajemství a problémy při jeho dodržování.

DLOUHODOBÉ VÝSLEDKY PSYCHOTICKÉ PORUCHY

Very long-term outcome of psychotic disorders

Volavka J.^{1,2}, Vevera J.^{1,3}

¹Department of Psychiatry, Faculty of Medicine and University Hospital in Pilsen, Charles University, Czech Republic

²Professor Emeritus, Department of Psychiatry, New York University School of Medicine, New York, NY, USA

³Department of Psychiatry, First Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Czech Republic

Klíčová slova: psychotická porucha, dlouhodobé výsledky, léčba, remise

Purpose

The principal aim is to review recent data concerning the very long-term outcome of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. We examine factors that influence outcome, including therapeutic interventions.

Method

PubMed and Scopus data bases were searched for papers published between 2008 and 2017 reporting on prospective studies of schizophrenia or schizophrenia spectrum with a follow-up period ≥ 5 years with adequate outcome information. Additional publications were found in reference lists and authors' reference libraries.

Results

The average proportion of patients with symptomatic remission at follow-up ranged between 16.4% in never treated patients to 37.5% in patients who were systematically treated with antipsychotics. Good outcomes at follow-up were observed in schizophrenia and schizophrenia spectrum patients on low doses of antipsychotics, and in patients with no pharmacological treatment at that time. Early detection and intensive treatment of the first episode as well as the availability of continued psychosocial treatment and support over subsequent years appeared associated with better outcomes.

Conclusion

The long-term outcome of schizophrenia is highly variable, depending on access to mental health care, early detection of psychosis, and pharmacological treatment. Recent data support the effectiveness of low-dose antipsychotic treatment for long-term maintenance in some patients. A proportion of first-episode schizophrenia patients, perhaps 20%, do not need long-term maintenance antipsychotic treatment. That proportion may be higher in schizophrenia spectrum patients. The reasons why these patients do not need the long-term treatment are not well understood. Methods to predict the membership in this subgroup are not yet good enough for clinical use in individual patients.

Supported by the grant AZV CR 17 – 32445 A and by UNCE, Charles University Research Centre program No. 9.



PRAKTICKÉ ASPEKTY DIAGNOSTIKY A LÉČBY PORUCH DÝCHÁNÍ VE SPÁNKU

Practical Aspects of Diagnostic and Treatment of Respiratory Disturbances in Sleep

Vyskočilová J.

EUC klinika Plzeň

Poruchy dýchání ve spánku jsou vzhledem k jejich výskytu v populaci – celkově cca 10% a jejich dopadu zvláště na kardiovaskulární systém velice závažným problémem v populaci zvláště v souvislosti s rostoucím výskytem obezity v populaci.

I tzv. ronchopatie projevující se pouze chrápáním může mít vliv na zdraví a celkovou prognózu pacienta, pokud je doprovázena probouzeními reakcemi, tzv. mikroprobuzením, která mají za následek nekvalitní spánek a následně denní spavost a nevykonnost.

Velice časté jsou tyto denní projevy u spánkové apnoe. Tato je definována výskytem apnoí – zástav v dýchání či hypopnoí – omezení dýchání s frekvencí 5 a více za hodinu spánku.

Tíže spánkové apnoe se určuje pomocí indexu AHI, což je počet apnoí a hypopnoí za hodinu spánku:

Lehká spánková apnoe: AHI 5–15/hod

Středně těžká spánková apnoe: AHI 15–30/hod

Těžká spánková apnoe: AHI více než 30.

Léčba spánkové apnoe je indikována od AHI 15/hod a patří do kompetence spánkové laboratoře.

V přednášce jsou shrnuty možnosti diagnostiky a léčby poruch dýchání ve spánku včetně anamnestických možností diagnostiky v ambulantní péči a kazuistických sdělení.



ADULT ADHD SYMPTOMS AND CORRELATED LIFESTYLES IN THE CZECH POPULATION

Príznaky ADHD u dospělých a příslušné životní styly v české populaci

Weissenberger S.^{1,2}, Ptáček R.^{1,2}, Vňuková M.^{1,2},
Domkářová L.¹, Raboch J.¹

¹First Medical Faculty, Charles University, Prague, Czech Republic

²University of New York in Prague, Department of Psychology, Prague, Czech Republic

Introduction

ADHD is a lifelong neurodevelopmental condition that is classically seen in children but has been now recognized in adults as well. Its carry on from childhood is not always present and it can be start spontaneously in adulthood. In our study we focused on looking at adult ADHD symptoms as measured by Adult ADHD Self Report Scale (ASRS v. 1.1) and associated lifestyles in those with higher rates of symptoms. The main reason for the emphasis on lifestyles is that unlike childhood ADHD where parental reports, and reports made by teachers and explicit observable symptoms can clearly show the presence of the condition, in adults it is more difficult to spot. The purpose of our study was to explore some associated lifestyles that are prevalent in order to help clinicians and health practitioners to better recognize through various self-reported lifestyles that could be directly related with disorder.

Methods

The study was cross-sectional and conducted on a national representative sample of adults aged 18-60 from the Czech Republic (N=1012). The participants were recruited via the STEM/MARK Agency. The lifestyle questionnaire and the ASRS v. 1.1 were sent to them online or for the older participants aged 55 and up conducted via phone interview. The results were then statistically treated and analyzed, of special interest were the ordered logistic regression calculations between higher symptoms and associated lifestyles.

Results

Our results were mostly in line with previous studies that looked at lifestyles and health outcomes of individuals diagnosed with ADHD with some exceptions. We found an overall poor self-reported lifestyle and strong associations with drug use such as cannabis use that is classically associated with ADHD. Other drug use which were surprisingly not as strongly correlated include nicotine and cocaine use, which are some of the most commonly used substances for individuals with the disorder. We also found higher correlations of physical exercise in those with strong symptoms.

Conclusion

We found several lifestyles that were associated with higher ADHD symptoms, including higher rates of self-reported poorer lifestyles including poor dietary habits. Certain drug use was more prevalent in those with strong symptoms including higher rates of cannabis use. Some surprising findings include the lower rates of smoking in those with the highest symptoms as well as higher rates of physical exercise. These need further investigation as they can shed light on aspects of adult ADHD that can be of clinical significance and good to better understanding the disorder.



Ekonomické racionále pro reformu psychiatrické péče v ČR: COST-EFEKTIVITA DLOUHODOBÉ PÉČE O LIDI SE ZÁVAŽNÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V PSYCHIATRICKÝCH NEMOCNICÍCH A KOMUNITNÍCH SLUŽBÁCH

Economic Rationale of the Mental Health Care Reform in the Czech Republic: Cost-effectiveness of the Long-term Care for People with Severe Mental Disorders in Psychiatric Hospitals and Community Services

Winkler P.^{1,2}, Koeser L.², Kondrátová L.¹, Broulíková H.M.^{1,4}, Páv M.³, Kališová L.⁵, Barrett B.², McCrone P.²

¹Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health, Klecany, Czech Republic

²Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK

³Bohnice Psychiatric Hospital, Prague, Czech Republic

⁴Department of Statistics, University of Economics, Prague, Czech Republic

⁵First Medical Faculty, Charles University, Prague, Czech Republic

Klíčová slova: reforma psychiatrie, duševní onemocnění, cost-efektivita, hospitalizace, komunitní služby

Absence ekonomické evidence je překážkou v současných reformách systémů psychiatrické péče ve střední a východní Evropě. Cílem naší studie bylo posoudit cost-efektivitu péče o lidi s chronickým psychotickým onemocněním v psychiatrických nemocnicích oproti komunitní péči v České republice.

Uskutečnili jsme jednorocní prospektivní studii uživatelů komunitních a lůžkových služeb a měřili spotřebu služeb, se zdravím související kvalitu života, naplněné a nenaplněné potřeby a globální fungování prostřednictvím Soutěže klientem přijatých služeb (SKPS), EuroQol-5D (EQ5D), Camberwellským dotazníkem potřeb (CAN) a Globálním určením fungování (GAF). Vyhodnotili jsme rozdíly mezi uživateli obou typů služeb na začátku, spočítali roční náklady na péči a prostřednictvím více-dimenzionálního modelování posoudili zisk QALY v průběhu roku.

Uživatelé komunitních služeb měli vyšší vzdělání a rozdílné potřeby, nicméně jinak mezi nimi a uživateli lůžkových služeb nebyly v počátečním posouzení zjištěny žádné významné rozdíly. Průměrné náklady na uživatele

komunitních služeb činili 8 000 EUR a na uživatele lůžkových služeb 22 000 EUR za rok. Roční zisk QALY byl u lidí v lůžkových zařízeních o 0,05 vyšší, což reprezentuje inkrementální cost-efektivní koeficient ve výši 280 000 EUR.

Naše studie přináší ekonomické rationále, kterým doplňuje lidsko-právní a klinické argumenty pro deinstitucionalizaci v České republice a potenciálně také v ostatních zemích střední a východní Evropy.

ŠTANDARDNÉ DIAGNOSTICKÉ A TERAPEUTICKÉ POSTUPY V LIEČBE PSYCHÓZ

Standard Diagnostic and Therapeutic Procedures in the Treatment of Psychosis

Zelman M.

Psychiatrická nemocnica Hronovce, SR

V roku 2017 Ministerstvo zdravotníctva SR po niekoľkoročných snahách pristúpilo k vytvoreniu pracovných skupín pre vytvorenie štandardných diagnostických a terapeutických postupov pre prakticky všetky odbory medicíny. Prvým schválenými (aj keď v čase písania abstraktu ešte nepublikovanými) pracovnými postupmi sú štandardy pre schizofréniu, akútne psychotické poruchy, schizoafektívnu poruchu a poruchu s bludmi. Ich hodnotenie a schvaľovanie bolo realizované nástrojom AGRRE II.

Príprava štandardov z hľadiska výlučne psychiatrických otázok sa opierala o už zavedené a evaluované postupy medzinárodných psychiatrických inštitúcií (napr. APA, WFSBP, NICE, MAUDSLEY, ČNPS etc.). Problematickým priestorom však zostáva oblasť, v ktorej neexistujú presné hranice kompetencií psychiatrov a praktických lekárov či lekárov prednemocničnej starostlivosti (prípadne i iných medicínskych odborov). V aktuálnej situácii sa preto autori postupov rozhodli pre ich prvú revíziu už v období najneskôr dvoch rokov.

Literatúra:

1. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Can Med Assoc J*. 2010. Available online July 5, 2010. doi:10.1503/cmaj.090449

VÝVOJ NOMENKLATURY PSYCHOFARMAK

The Evolution of the Nomenclature of Psychotropics

Zendulka O.

Farmakologický ústav, Lékařská fakulta,
Masarykova univerzita

Klíčová slova: nomenklatura, psychofarmaka,
ATC klasifikace

Potřeba třídit léčiva pro výukové i klinické účely je stejně stará jako farmakoterapie samotná. Většina učebnic farmakologie dnes používá pro klasifikaci léčiv dělení podle terapeutického použití (např. antihypertenziva, antibiotika aj.). Tato nomenklatura je u většiny skupin léčiv jednoduchá a jasně popisuje klinické použití léčiva. V další úrovni jsou používány jako třídící kritéria buď mechanismy účinku (diuretika...) nebo chemická struktura léčiv (makrolidy...). Mezinárodní systém nomenklatury léčiv známý jako ATC klasifikace, přidává k uvedenému ustálenému systému dělení ještě anatomicou lokalizaci místa účinku. Přestože mají oba uvedené klasifikační systémy jisté nedostatky jsou pro většinu lékových skupin dostačující.

Psychofarmaka jsou však vzhledem k výše uvedeným způsobům klasifikace problematickou skupinou látek. Historicky jejich klasifikace odpovídá popsanému ustálenému principu klasifikace. Psychofarmaka byla jako jiná léčiva tříděna podle indikací, ve kterých se prvně objevila v klinické praxi, do klasických skupin jako např. antipsychotika nebo antidepressiva. S vývojem nových léčiv a zejména s novými znalostmi z klinických studií se současná psychiatrie dostala do stavu, kdy došlo k „odtržení“ klasifikace psychofarmak od jejich reálného terapeutického použití. Například látky ze skupiny SSRI, klasifikované jako antidepressiva, se dnes používají i u jiných onemocnění než je deprese. Tento stav je matoucí nejen pro kliniky „nepsychiatriy“, ale i pro pacienty, což může vést k nedorozuměním v terapii a nízké adherenci k psychofarmakům. V reakci na tento stav byl vypracován nový systém klasifikace psychofarmak Neuroscience-based Nomenclature, který je alternativou k ATC klasifikaci.

Tato práce vznikla na Masarykově univerzitě v rámci projektu č. MUNI/A/1132/2017.

DIAGNOSTIKA A LÉČBA MÍRNÉ KOGNITIVNÍ PORUCHY

Diagnostic and Treatment of Mild Cognitive Impairment

Zvěřová M.

Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a VFN v Praze

Mírná kognitivní porucha je jednotkou, která se stále ještě vyvíjí, upřesňují se její definice, i když je to porucha velmi častá. U nemocných je přítomna subjektivní i objektivně měřitelná porucha paměti, která dosahuje alespoň 1,5 směrodatné odchylky pro danou věkovou skupinu, ale nedosahuje stupně demence. U této poruchy nejsou ještě podstatně porušeny aktivity denního života, jedinec je soběstačný. Podle typu postižení rozlišujeme několik forem MCI. Při postižení pouze jedné domény kognice – epizodické paměti – mluvíme o tzv. amnestické formě. Tato forma většinou přechází do Alzheimerovy choroby, představuje jakési její preklinické stadium. Ročně se rozvíjí Alzheimerova choroba u 12–18% takto postižených. Obzvláště riziková je tzv. hypotalamická forma amnestické MCI, u které bývá pomocí MRI zjištěn snížený objem hipokampů. MCI s porušením více než jedné kognitivní funkce může představovat preklinické stadium jak Alzheimerovy choroby, tak i vaskulárních demencí. U formy s postižením exekutivních (rozhodovacích) funkcí je třeba uvažovat o subklinickém stadiu parkinsonské či jiné podkorové demence. Existují však také formy MCI bez progresu, které se obvykle nazývají AAMI (age-associated memory impairment) nebo také benigní stařecká zapomnětlivost. Správná diagnostika MCI je poměrně náročná, zahrnuje podrobné zjištění předchorebí pacienta, dále pak klinické a laboratorní vyšetření a v neposlední řadě provedení neuropsychologických testů. K diagnóze nestačí jen provedení testu MMSE (Mini-Mental State Examination), či Testu hodin. Při diferenciální diagnostice je důležité vzít v úvahu možné somatické onemocnění (např. hypotyreóza, chronická hypoxie, chronická anémie, neuroinfekce, expanzivní léze CNS, opakující se hypoglykémie, systémová autoimunitní onemocnění, paraneoplázie, kolagenózy aj.). Důležité je diferenciálně diagnosticky odlišit jiné psychiatrické příčiny poruchy (depressivní pseudodemence, abúzus alkoholu, návykových látek včetně léků, apod.).

Pro léčbu mírné kognitivní poruchy dosud neexistují jednoznačná doporučení, ke zlepšení funkcí paměti vede užívání kognitiv, či doplňků stravy. Nezbytná je také práce s pacientem – reedukace paměti a různých dovedností (aktivit denního života), psychoterapie.

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

CYPROTERONACETÁT VE ZMÍRNĚNÍ NEŽÁDOUCÍHO SEXUÁLNÍHO CHOVÁNÍ U MENTÁLNĚ RETARDOVANÝCH DOSPĚLÝCH

Cyproteronacetate in Thead Tmental Retardation Treatment of Nonsocial Sex Behavior

Žourková A., Sejbalová P.

Sexuologické oddělení FN Brno

Summary

Mental retardation patients have problems with own sexuality. Their behavior (excessive masturbation, unsocial contacts with women, pedophilic behavior etc). They are treated by psychiatrists with SSRIs, atypical antipsychotics. According to our clinical opinion, small doses (50mg daily is sufficient for unsocial treatment. Fatigue, sedation and sleepy are often side effects of psyhopharmac.Cyproteronacetate could be allowed the decrease psyhopharcs doses. Our sample of 8 patients showstheir improvement with cyproteronacetat.

Definice pojmu označuje mentální retardaci jako trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Jde o stav trvalý, vrozený.

Projev sexuálního vyvráždění u mentálně retardovaných jsou někdy rodinou vnímány jako nepříjemné a nežádoucí, protože do popředí vystupuje diskrepance mezi infantilním chováním a sexualitou. Při snížené schopnosti rozpoznat společenské normy a zvyklosti se u nich často objevuje neskrývaná masturbace nebo obnažování. U některých jedinců se může sexuální pužení prosazovat s prvky agresivity a jejich chování se tak může stát společensky nebezpečným. Projevy sexuálního vyvráždění u mentálně retardovaných jsou někdy rodinou vnímány jako nepříjemné a nežádoucí, protože do popředí vystupuje diskrepance mezi infantilním chováním a sexualitou. Při snížené schopnosti rozpoznat společenské normy a zvyklosti se u nich často objevuje neskrývaná masturbace nebo obnažování. U některých jedinců se může sexuální pužení prosazovat s prvky agresivity a jejich chování se tak může stát společensky nebezpečným.

V psychiatrické praxi se klade důraz na sexuální výchovu, ale vzhledem ke kognitivnímu deficitu se často mívá účinkem, kdy si jedinec není schopen informace zapamatovat. Mladistvým kastraci nedovoluje současná legislativa, je možné podávat SSRI.

Češková (2006) navrhuje při léčbě neklidu a agresivity u eretického typu podávat z hlediska bezpečnosti a účinnosti antipsychotika II. generace. Jedná se o léky, které blokují dopaminové i další receptory. Osoba s mentální retardací má problémy především v oblasti vnímání, pozornosti, paměti i myšlení. Vnímání bývá zpomalené, málo diferencované a má zúžený rozsah, nejde do potřebné hloubky ani šířky. uchování a nepřesností vybavování. Mechanická paměť převažuje nad pamětí logickou. Myšlení se vyznačuje značnou konkrétností.

Tento kognitivní deficit je překážkou Tlumení jejich sexuálních projevů antipsychotiky někdy vede k útlumu, kdy jsou zpomalení a spaví.

Vlastní práce

Cílem sdělení bylo předat naše klinické zkušenosti v dalších možnostech léčby nNa naše oddělení dochází 8 mentálně retardovaných, 3 z nich jsou postiženi autismem a 2 epilepsií. Všichni mají omezenou svéprávnost a pobývají v ÚSP. Pro excesivní masturbaci a obtěžování žen je jim ordinován cyproteroacetát za kontroly sérových hladin testosteronu. U všech se po této léčbě nežádoucí sexuální chování upravilo natolik, že mohla být snížena dávka antipsychotik.

Závěr

Cyproteronacetát v nižších dávkách se jeví klinicky vhodný pro zvládnání nežádoucího sexuálního chování u mentálně retardovaných. Soubor předkládaných léčených je příliš malý, bylo by potřeba tuto premisu ověřit v dalších studiích.

P-1

KLINICKÉ POZOROVÁNÍ SUBJEKTIVNÍHO ÚČINKU REPETITIVNÍ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKÉ STIMULACE V LÉČBĚ DEPRESIVNÍHO SYNDROMU

Clinical Observation of Subjective Efficacy of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation in the Treatment of Depressive Syndrome

Albrecht J.¹, Mareš T.¹, Buday J.¹, Čerešňáková S.¹,
Raboch J.¹, Anders M.¹

¹Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Klíčová slova: rTMS, deprese, bipolární afektivní porucha, organická deprese

Cíle

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) představuje prokázaný terapeutický přístup v biologické léčbě jedinců s mnohými neuropsychiatrickými poruchami. Naším zaměřením byla v této studii deprese. Zhodnotili jsme subjektivní prožívání v rámci léčby depresivního syndromu a nyní prezentujeme výsledky z běžného provozu na Psychiatrické klinice VFN a 1. LF UK v Praze mezi lety 2011 a 2015.

Metody

Dospělí pacienti s těžce farmakorezistentním depresivním syndromem (s rozličnými diagnózami dle MKN 10: bipolární afektivní porucha (12,5%), unipolární deprese (44,6%), rekurentní deprese (14,3%), organická deprese (8,9%) a smíšená úzkostná a depresivní porucha (19,64%)) byly adjuvantně léčeny a sebehodnoceny. Zahrnuti byli pacienti hospitalizovaní (53,6%) i ambulantní (46,4%).

Parametry: 1 500 pulsů každý pracovní den po dobu deseti dnů (94,44% pacientů, min. 7, max. 15) bylo aplikováno v protokolu 10Hz vysokofrekvenční stimulace v lokalizaci nad levým dorzolaterálním prefrontálním kortexem (L-DLPFC, pravý DLPFC pouze v jednom případě z důvodu laterality) průměrně tedy 15 000 pulsů za celou terapii. Energie použitá ke stimulaci se lišila na podkladě naměřeného motorického evokovaného potenciálu (MEP, 80% medián, min. 58%, max. 100%, průměr 79,69%, SD 10,50) na přístroji Magstim Rapid2®.

Provedení: 54 pacientů bylo klinicky vyšetřeno, 3 pacienti (5,5%) studii nedokončili kvůli snížené toleranci stimulace během prvního dne a byly vyřazeny ze vzorku. Pacienti se sebehodnotili dvakrát a to v den první stimulace a na taktéž na samotném konci. Během celé terapie nedošlo k žádným změnám stálé farmakoterapie.

Výsledky

Zahrnutí pacienti se dle subjektivního hodnocení nacházeli v těžkém stupni rezistentního depresivního syndromu: průměrné SDS skóre bylo na začátku 71,43 (min. 44, max. 94; SD 11,10). Proběhlo 56 terapeutických cyklů u 51 unikátních pacientů (55,36% muži). Průměrný věk byl 49,85 let (min. 26, max. 85, medián 53,00, SD 12,76).

Efekt byl krom klinického pozorování hodnocen na podkladě rozdílu iniciálního a závěrečného SDS s průměrným zlepšením 10,72 na SDS škále (max 45, min -20, medián 10,7; SD 11,45).

Závěr

Dosáhli jsme signifikantního zlepšení ve vnímání depresivního syndromu u našich pacientů. Naše dosavadní výsledky potvrzují použitelnost rTMS v běžné klinické praxi. Jedná se o velmi dobře tolerovanou metodu bez vážných nežádoucích účinků, zatímco její terapeutická účinnost je našimi daty potvrzována. Zároveň cítíme robustnější

efekt u pacientů s komorbidní poruchou (poruchami) osobnosti, což může v budoucnu vést k možnému rozšíření terapeutického spektra.

Podpořeno: Q27/LFI; RVO VFN 64165; MZ VES 15-30439A; AZV 15-31538A



ROZDÍLY V MÍŘE SOCIÁLNÍ DISTANCE VŮČI LIDEM S DUŠEVNÍM A SOMATICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Differences in Social Distance to People with Mental and Somatic Disease

Alexová A.¹, Tušková E.¹, Formánek T.¹

¹Výzkumný program Sociální psychiatrie, Národní ústav duševního zdraví, Klecany, Česká republika

Klíčová slova: sociální distance, schizofrenie, deprese, úzkostná porucha

Úvod

Stigmatizace onemocnění představuje problém, který významně ovlivňuje život lidí, kteří se s ní potýkají. Míra stigmatizace se však může lišit v závislosti na tom, zda se jedná o onemocnění somatické či duševní a také v závislosti na konkrétní diagnóze. Cílem příspěvku je ukázat, jak se liší úroveň stigmatizace, měřená mírou sociální distance u různých somatických a duševních onemocnění.

Metody

Data byla sbírána v listopadu 2017 v rámci průřezové studie The CZEch Mental health Study (CZEMS). Do dotazníkového šetření se zapojilo 3 306 respondentů (návratnost 75%) z české obecné populace ve věku 18 až 96 let (průměrný věk 48 let, 54% žen). Součástí dotazníku byla baterie otázek měřící, do jaké míry by respondentům vadilo či nevadilo bydlet vedle lidí s různými somatickými (např. cukrovka, rakovina, žloutenka, epilepsie) a duševními nemocemi (např. schizofrenie, deprese, úzkosti, závislost na alkoholu).

Výsledky

Z výsledků je patrné, že nejvíce by lidem vadilo bydlet vedle lidí závislých na drogách (88,2%) a na alkoholu (73,7%). Míra sociální distance se pohybovala vysoko i u všech dalších duševních nemocí – od 32,1% (schizofrenie) do 46,2% (úzkost/fobie). Vysoká míra sociální distance byla zaznamenána také u infekčních onemocnění (žloutenka – 63,3% a HIV – 71,6%), nicméně u ostatních somatických onemocnění se pohybovala mezi 3,5% (cukrovka) a 24,0% (epilepsie).

Diskuze

Z výsledků je patrné, že s výjimkou infekčních nemocí jsou duševní onemocnění stigmatizací zatíženy významně více než onemocnění somatická. Nízká ochota příslušníků majoritní společnosti bydlet vedle lidí s duševním onemocněním může představovat problém pro vznikající Centra duševního zdraví, která mají zajišťovat léčbu přímo v komunitách.

ZMĚNY SKLADBY PSYCHOFARMAKOLOGICKÉ LÉČBY SCHIZOFRENIE MEZI ROKY 2009–2016. MŮŽEME BÝT SPOKOJENI?

**Changes of psychopharmacological treatment of schizophrenia between 2009-2016.
Can we be satisfied?**

Anders M., Karbusická M., Duba J., Kolek M.

Úvod

V rámci probíhající reformy psychiatrické péče by měla být zavedena řada zásadních změn v komplexní péči o pacienty trpícími duševními nemocemi, které se jistě povedou ke změnám psychofarmakologických přístupů. V naší práci jsme se zaměřili na analýzu dvou vybraných skupin: schizofrenie (F20) a schizoafektivní poruchy (F25) s cílem popsat vývoj v léčbě mezi roky 2009–2016 a identifikovat možnosti a ohrožení úspěšné implementace projektů reformy.

Metodika

Dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím byla získána zdrojová data na úrovni pacienta v anonymizované podobě o preskripci, hospitalizacích a vykázaných diagnózách F20 a F25 od Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (VZP) za období 2009–2016. Po verifikaci a nakódování dat a propojení zdrojových databází byla provedena projekce na celou ČR dle věkové struktury pojištěnců VZP a věkové struktury obyvatel ČR. Každé věkové skupině pak byla přiřazena váha dle počtu pacientů se schizofrenií a/nebo schizoafektivními poruchami dle dat VZP. Statistické zpracování bylo provedeno pomocí SQL a MS Excel.

Výsledky

Zatímco počet pacientů s diagnózou F20 a/nebo F25 léčených antipsychotiky ve sledovaném období mezi roky 2009 a 2016 narostl o 14,30 % na více než 52 tisíc v roce 2016, náklady za léčivé přípravky poklesly o 15,3 % a v roce 2016 byly 750,09 mil. Kč. V hodnoceném období představovaly nejnovější léčbu přípravky 2.generace dlouhodobě působících injekčních antipsychotik (2GLAI), přičemž do roku 2011 byl dostupný pouze RISPERDAL CONSTA a následně na trh vstoupily přípravky XEPLION, ZYPADHERA a ABILIFY MAINTENA. Z celkového počtu paciento-léčeb v roce 2016 tvoří 4,22 % 2GLAI, 15,75 % 1GLAI a 80 % p.o. antipsychotika. Počet poskytovatelů, kteří alespoň jednou předepsali 2GLAI se zvýšil o 39 z 215 v roce 2009 na 254 v roce 2016, přičemž 85 poskytovatelů předepsalo 80% těchto přípravků. V případě 1GLAI poklesl počet poskytovatelů, kteří alespoň jednou předepsali přípravky z této kategorie o 26 z 313 na 287.

Závěr

Ačkoli se v hodnoceném období rozšířilo spektrum léčebných intervencí o nové 2GLAI, přetrvávají v léčbě schizofrenie a schizoafektivních poruch konzervativní přístupy a zavádění nových metod je velmi pozvolné. Pro zkvalitnění péče o pacienty trpící těmito onemocněními, ale i pro úspěšnou implementaci projektů v rámci reformy psychiatrické péče, by bylo proto vhodné identifikovat příčiny tohoto trendu a zapojit mechanismy, které tento stav změní. Vzhledem k tomu, že v roce 2017 došlo ke zrušení regulačních omezení pro psychiatrickou péči, která mohla v minulosti představovat bariéru v používání nákladných léčivých přípravků, bude provedena aktualizace této studie s cílem ověřit, nakolik jsou regulační omezení skutečným limitem v zavádění nových léčebných intervencí.

EFFECTS OF NOVEL CHOLINESTERASE INHIBITORS ON ENERGY METABOLISM

Efekty nových inhibitorů cholinesterázy na energetický metabolismus

Bakhouche Y., Fišar Z., Kalinová T., Hanuš Z., Hroudová J.

Department of Psychiatry, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Ke Karlovu 11, 120 00 Prague 2, Czech Republic

Key words: cholinesterase inhibitors, mitochondrial respiration, energy metabolism

The aim of our study was to evaluate in vitro effects of novel compounds designed for Alzheimer's disease treatment on mitochondrial functions. Novel tacrine and 7-methoxytacrine (7-MEOTA) derivatives have been synthesized and investigated to find less toxic compounds than tacrine.

In vitro effects of novel cholinesterase inhibitors (K1011, K1013, K1018, K1020, K1022, K1046, K1053, K1056, K1060 and K1065), amantadine, 6-Cl-THA, and 7-MEOTA were examined in mitochondria isolated from pig brain. Activities of electron transport chain complexes and citrate synthase (CS) were measured spectrophotometrically. Respiratory rate of mitochondria was determined using a high-resolution respirometry (oxygraph).

Complex I inhibition was significantly inhibited by all drugs except amantadine and K1060. All the tested drugs significantly decreased complex II + III activity, only amantadine, K1053 and K1056 had no significant effect. None of the tested drugs significantly affected the CS activity.

Mostly inhibitory effects on mitochondrial respiration have been observed. High drug concentration required for its direct mitochondrial effect indicates that non-receptor mechanisms play a role. The use of high concentrations of tested drugs in in vitro experiments can be useful for the design of in vivo experiments, which should confirm or disprove the therapeutic doses.

Supported by project AZV CR No. 15-28967A given by Ministry of Health CR and by grant GA CR No. 17-07585Y given by Grant Agency CR.

MEDIKACE U PACIENTŮ S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI

Medication in Patients with Border Personality Disorder

Barteček R., Hořínková J., Linhartová P., Křenek P.

Psychiatrická klinika FN Brno a Lékařské fakulty
Masarykovy univerzity

Klíčová slova: hraniční porucha osobnosti,
medikace, polypragmasie

Přestože je u hraniční poruchy osobnosti (borderline personality disorder, BPD) hlavní léčebnou modalitou psychoterapie, řadě pacientů je předepisována psychotropní medikace. Několik zahraničních zdrojů poukazuje na polypragmasii u této populace.

Cílem naší studie bylo popsat předepisování psychofarmak u pacientů s BPD v České republice.

Vstupní kritéria zařazení do studie byla: potvrzená diagnóza BPD, věk mezi 18–35 lety. Nejdůležitějším vylučovacím kritériem byla přítomnost psychiatrické komorbidity. Příznaky pacientů byly popsány pomocí strukturovaného diagnostického rozhovoru Diagnostický rozhovor pro hraniční poruchu osobnosti (DIB-R). U pacientů byla provedena farmakologická anamnéza z dokumentace a dotazováním pacientů.

Do studie bylo zařazeno celkem 32 pacientů. Medián počtu celoživotně užívané medikace byl 3 (interkvartilové rozpětí, IQR = 2). Medián počtu užívaných antidepresiv byl 1 (IQR = 1) a antipsychotik 1 (IQR = 1). Čtyři nejčastěji předepisované léky byly: quetiapin (19 pacientů), sertralin (17), escitalopram (14) a mirtazapin (11). V Poissonovském regresním modelu, kdy byly jako prediktory počtu celoživotně užívané medikace použity skupiny symptomů dle DIB-R, dosáhla hraniční statistické významnosti pouze impulzivita.

V České republice je farmakoterapie významně užívanou terapeutickou modalitou u pacientů s BPD. Nejčastějším důvodem předepisování léčiv se u těchto pacientů jeví impulzivní chování.

*Práce byla podpořena grantem
Ministerstva zdravotnictví České republiky číslo 15-30062A*



VLIV ANTIPSYCHOTIK NA ENERGETICKÝ METABOLISMUS BUŇKY

The Effect of Antipsychotics on Cell Energy Metabolism

Cikánková T., Fišar Z., Hroudová J.

Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta,
Univerzita Karlova a VFN v Praze
Ke Karlovu 11, 120 00 Praha

Předpokládáme, že na patofyziologii duševních chorob se podílejí změny v energetickém metabolismu neuronů. Cílem naší studie bylo zjistit, zda antipsychotika ovlivňují vybrané mitochondriální funkce.

Jako in vitro model byly použity mitochondrie získané z šedé hmoty prasečích mozků diferenciální centrifugací. Pro testování jsme vybrali antipsychotika s různými receptorovými profily (typická antipsychotika: chlorpromazin, levomepromazin a haloperidol, z atypických antipsychotik: risperidon, ziprasidon, zotepin, aripiprazol, quetiapin, klozapin a olanzapin). Sledovali jsme in vitro účinky vybraných antipsychotik na aktivitu mitochondriálních enzymů: citrátsyntázy, komplexů I, komplexu II + III, komplexu IV elektronového transportního řetězce. Buněčné dýchání bylo měřeno oxygrafem s Clarkovými elektrodami. Byl měřen a analyzován vliv vybraných antipsychotik na respirační stav určený malátem a pyruvátem (komplex I) a na respirační stav určený sukcinátem (komplex II).

Statisticky významné snížení aktivity komplexu I vykazoval chlorpromazin, haloperidol, zotepin a aripiprazol. Aktivita komplexu II + III byla výrazně snížena zotepinem. Komplex IV byl signifikantně inhibován chlorpromazinem a zotepinem. Aktivita citrátsyntázy nebyla významně ovlivněna testovanými antipsychotiky. Systém oxidační fosforylace byl výrazně inhibován po expozici aripiprazolem a zotepinem.

Testované látky ovlivňují aktivitu mitochondriálních enzymů a systém oxidativní fosforylace. Výsledky tohoto výzkumu lze dále použít např. pro identifikaci prediktorů účinnosti léčby nebo možných nežádoucích účinků antipsychotik.

*Podpořeno programovým projektem
Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. 15-28616A.*



ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY A KOGNITIVNÍ VÝKON U SENIORŮ

Healthy Problems and Cognitive Performance in Seniors

Frydrychová Z., Štěpánková Georgi H.

Národní ústav duševního zdraví, Klecany

S věkem narůstá četnost i závažnost zdravotních problémů. Cílem příspěvku je zjistit jejich potenciální souvislost s výkony v neuropsychologických testech.

Kognitivně normální osoby bez závažného neurologického či psychiatrického onemocnění ve věku 60–74 let ($N = 324$) byly dotazovány na zdravotní problémy – subjektivní zhodnocení zdravotního stavu (1 (výborný) – 5 (velmi špatný)) a fyzické bolesti pomocí vizuální analogové škály (VAS; 1–10), na problémy se spánkem (0–14), pravidelně užívané typy léků (0–5) a depresivitu (GDS15; 0–15).

Proměnné jsou vzájemně asociovány ($rh = 0,194$ – $0,466$; $p < 0,001$), jejich skóry jsme převedli na standardizované z-skóry a součtem vytvořili jednu proměnnou – zdravotní problémy (ZP).

Ženy uváděly statisticky významně více problémů se spánkem ($p < 0,05$), u ostatních proměnných se od mužů statisticky významně nelišily. Osoby s vyšším vzděláním hodnotily svůj zdravotní stav statisticky významně lépe ($p < 0,01$), dosáhly nižších skóre v GDS15 ($p < 0,01$) a ZP ($p < 0,01$), a uvedly méně problémů se spánkem ($p < 0,05$).

Proměnná ZP je signifikantně asociována s věkem ($rh = 0,121$; $p < 0,05$), dílčí proměnné na věku závislé nejsou. Čím déle je člověk v důchodu, tím více má zdravotních problémů ($rh = 0,251$; $p < 0,001$), tato souvislost se nepotvrdila u VAS ($rh = 0,106$; $p = 0,057$).

Osoby s více ZP měly horší výkon v testech mířících především na psychomotorické tempo a exekutivní funkce: Symboly – kódování ($rh = -0,178$, $p < 0,001$), PST-Barvy ($rh = 0,170$; $p < 0,01$), a Verbální fluence – zvířata ($rh = -0,113$; $p < 0,05$). Síla zjištěných asociací byla slabá. Regresní analýza potvrdila vliv ZP při kontrole demografických proměnných a počtu let v důchodu na výkon v testu Symboly – kódování. Normy testů lze aplikovat na jedince s běžnými zdravotními obtížemi včetně těch se spánkem či bolestí, avšak na místě je mírnější interpretace u testu Symboly – kódování.

Podpořeno grantem GAČR 17-14829S (Vliv urbanizace na kognitivní výkon u starších osob).

LÉČBA THYMOPROFYLAKTIKY NA KLINICE PSYCHIATRIE V OLOMOUCI

Treatment with Moodstabilizers at Department of Psychiatry in University Hospital in Olomouc

Hajda M.¹, Látalová K.¹

¹Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice v Olomouci

Přednáška poskytne retrospektivně zpracované výsledky analýzy chorobopisů pacientů s potvrzenou diagnózou bipolárně afektivní poruchy. Jedná se o pacienty léčené za hospitalizace na psychiatrické klinice FN Olomouc v letech 2007–2018. Data jsou získána z nemocničního informačního systému MEDEA a zahrnují základní demografické údaje pacientů (pohlaví, věk) a podávanou medikaci. Mapujeme léčbu pomocí stabilizátorů nálad z řad antiepileptik (valproát, lamotrigine, karbamazepin) a také lithium. Cílem naší práce je identifikace nejčastěji užívaných stabilizátorů nálad, výskyt monoterapie, kombinace stabilizátorů mezi sebou a také jejich kombinace s antipsychotiky. Závěrem se zaměříme v kontextu získaných dat na aktuální trendy v léčbě bipolární poruchy.

VÝZNAM ČICHOVÝCH FUNKCÍ U PSYCHIATRICKÝCH A NEUROLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

The Importance of Olfactory Functions in Psychiatric and Neurological Diseases

Harsa P., Jirák R., Vaškovicová M., Zvěřová M., Fišar Z., Čuprová P., Michalec J., Raboch J.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze,
Ke Karlovu 11, 128 01 Praha 2

Klíčová slova: čich, neurodegenerativní onemocnění, neuropsychologické testy, čichový test

Keywords: smell, neurodegenerative diseases, neuropsychological tests, olfactory test

Poruchy čichu se vyskytují u mnoha psychiatrických a neurologických poruch jako jsou neurodegenerativní onemocnění, schizofrenie, pervazivní vývojové poruchy a další. V souvislosti s Alzheimerovou nemocí (AN) je čichový deficit zkoumán jakožto její časný biomarker.

V olfaktometrii se využívá metod objektivních a subjektivních. V rámci subjektivních metod se nejvíce používají testy čichové identifikace, diskriminace a čichového prahu. K neznámějším testům patří UPSIT (University of Pennsylvania Smell Identification Test) a Sniffin' Sticks.

Na Psychiatrické klinice UK 1. LF UK a VFN v Praze probíhá výzkumný projekt GAČR 17-05292S, 1. 1. 2017–31. 12. 2019 – Nové krevní biomarkery pro včasnou diagnostiku, prognózu a průběh Alzheimerovy nemoci. Účastníky projektu jsou pacienti ve věku 60 a více let s pravděpodobnou AN nebo vaskulární demencí a skupina zdravých osob. Počet vyšetřených osob bude minimálně 150.

Provádí se standardní psychiatrické vyšetření a CT. Dle výsledků jsou pacienti zařazeni do jedné ze tří skupin, popřípadě vyřazeni. Dále podstupují krevní testy, MRI, neuropsychologické vyšetření testovou baterií UDS (Uniform Data Set) a vyšetření čichu testem Sniffin' Sticks (čichový práh, čichová diskriminace a čichová identifikace). Do současnosti bylo vyšetřeno 30 osob, čichovým testem kvůli jeho kognitivní náročnosti pouze 15 osob.

Od těchto vyšetření se očekává možnost zpřesnění diagnostiky neurodegenerativních onemocnění. Čichový deficit má v psychiatrii potenciál jakožto alternativní biomarker AN a dalších poruch. V kombinaci s neuropsychologickou baterií mohou čichové testy napomoci časně diagnostice AN a predikci konverze do demence. Výhodou čichových testů je jejich neinvazivnost a snadné vyhodnocení.

FAKTOROVÁ STRUKTURA INVENTÁŘE GERIATRICKÉ ÚZKOSTI (GAI)

Factor Structure Inventory of Geriatric Anxiety (GAI)

Heissler R.¹, Červenková M.¹, Štěpánková Georgi H.¹,
Kopeček M.¹

¹Národní ústav duševního zdraví, Klecany, Česká republika

Klíčová slova: faktorová analýza, senioři, úzkost,
inventář geriatrické úzkosti, screening

Úvod

Geriatrická úzkost je považována za jednu z nejčastějších psychických poruch ve stáří, která negativně ovlivňuje kvalitu života, komorbiduje s depresí, zvyšuje riziko infarktu a zhoršení kognitivních schopností. Dotazníkové metody hodnotící úzkost dostupné v ČR jsou povětšinou zaměřené na mladší věkové kategorie. Vzhledem ke specifickým rysům geriatrické úzkosti tak vyvstává nutnost zavádět metody určené k použití pro starší jedince. Jednou z těchto metod je Inventář geriatrické úzkosti (GAI) s 20 položkami, který je nyní v procesu standardizace.

Cíl

Zjistit faktorovou strukturu české verze Inventáře geriatrické úzkosti.

Metody

485 zdravých seniorů ve věku 60 a více let, původních účastníků Národní normativní studie kognitivních determinant zdravého stárnutí, absolvovalo inventář GAI. Na analýzu GAI byla použita explorativní faktorová analýza s promax rotací k určení latentních proměnných a McDonaldova omega k ověření vnitřní konzistence faktorů.

Výsledky

Výsledky faktorové analýzy ukázaly na 3 faktory vysvětlující 29,2% variance, které je možné interpretovat jako faktory nadměrných obav, osobnostní a somatický. K dosažení vysvětlení minimálně 60% variance by bylo nutné použít alespoň 7 faktorů, což snižuje jejich interpretovatelnost. Jednotlivé faktory měly vnitřní konzistenci v rozmezí 0,58–0,82, celková vnitřní konzistence inventáře je 0,85.

Závěr

Inventář GAI se jeví být reliabilním nástrojem ke zkoumání úzkosti u seniorské populace, jehož třífaktorová struktura umožňuje zachytit symptomy úzkosti v různých oblastech. Omezením zatím je, že data z GAI jsou dostupná pouze pro zdravé osoby.

Grantová podpora: 18-06199S

KVALITA ŽIVOTA U PORUCH SE ZVÝŠENOU IMPULZIVITOU

Quality of Life in Disorders with Increased Impulsivity

Hořínková J., Barteček R., Linhartová P.

Psychiatrická klinika FN Brno a Lékařské fakulty
Masarykovy univerzity

Klíčová slova: kvalita života, hraniční porucha
osobnosti, ADHD, Parkinsonova nemoc

Kvalita života významným způsobem reflektuje závažnost narušení života poruchou či nemocí a je důležitou determinantou hodnocení efektu terapie.

Cílem studie bylo zhodnotit kvalitu života u pacientů s poruchami, u kterých se může vyskytovat zvýšená impulzivita: hraniční porucha osobnosti (BPD), porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) a Parkinsonova nemoc (PD) ve srovnání mezi sebou a zdravými kontrolami (HC).

Do studie bylo zařazeno 172 participantů (42 BPD, 19 ADHD, 35 PD a 76 HC). Pacienti vyplnili dotazník kvality života Mezinárodní zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Ve statistickém zpracování byl pro každou doménu sestaven obecný lineární model s predikujícími proměnnými: skupina, věk a pohlaví. V dalším zpracování pak byly jednotlivé skupiny srovnávány pomocí ANOVA a TukeyHSD testu.

U všech domén WHOQOL-BREF (Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy, Prostředí) byla diagnóza statisticky významným prediktorem kvality života. U Fyzického zdraví byl dalším prediktorem věk. Pacientské skupiny vykazovaly nižší kvalitu života ve všech doménách. Až na výjimky se skupiny pacientů statisticky významně lišily ve všech doménách oproti zdravým kontrolám. Pořadí kvality života bylo od nejnižší po nejvyšší: BPD, PD, ADHD, HC.

Psychiatrické poruchy charakteru ADHD a BPD vedou stejně jako PD k významnému snížení kvality života. Vnímané snížení kvality života je nejvýznamnější u pacientů s hraniční poruchou osobnosti.

Práce byla podpořena grantem Ministerstva zdravotnictví České republiky číslo 15-30062A.



SLEDOVÁNÍ KONVULZIVNÍHO PRAHU V PRŮBĚHU ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE

Hrubá K.¹, Albrecht J.¹, Buday J.¹, Mareš T.¹, Raboch J.¹, Anders M.¹

¹Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Klíčová slova: elektrokonvulzivní terapie, EKT, titrace, konvulzivní práh

Úvod

Elektrokonvulzivní terapie (EKT) je biologickou léčebnou metodou pro léčbu závažných neuropsychiatrických onemocnění. Vzhledem k titraci energie aplikace sledujeme v Centru pro biologickou diagnostiku a léčbu Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze vývoj konvulzivního prahu s cílem minimalizovat vedlejší účinky léčby – neurokognitivní poruchu.

Metody

K nárůst záchvatového prahu v průběhu EKT dochází v průběhu aplikací EKT. Tento jev potvrzují i naše data získaná sledováním parametrů stimulace.

Výsledky

Od 20.2.2017 do 20.2.2018 proběhlo na naší klinice celkem 708 elektrokonvulzivních výkonů (průměrně 8,36 na pacienta; min. 1, max. 17, medián 8, SD 3,4). Nutnost postupného navyšování energie v rámci jednotlivých aplikací se řídilo efektivním záchvatem definovaným jako 20–60 s klonických křečí dle EEG. Od první elektrokonvulze (průměr 145,8 mC, medián 76,8 mC, SD 177,5) je patrný signifikantní nárůst energie do desáté konvulze (průměr 395,8 mC, medián 384 mC, SD 319,4).

Diskuse

Nárůst záchvatového prahu v průběhu jednotlivých aplikací EKT ukazuje nezbytnost navyšování energie od první do desáté elektrokonvulze. Pro minimalizaci vedlejších účinků a zvýšení tolerability i účinnosti je titrace energie v úvodu léčby i jejím průběhu naprosto zásadní.

Podpořeno výzkumnými projekty: RVO VFN 64165, Q27/LF1, MZ VES 15-30439A

ZÁNĚT A C-REAKTIVNÍ PROTEIN U SCHIZOFRENIE A PORUCHY PŘIZPŮSOBNÍ

Inflammation and C-reactive Protein in Schizophrenia and Adjustment Disorder

Hubeňák J., Libiger J., Čermáková E.

Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice
v Hradci Králové

Klíčová slova: zánět, schizofrenie, porucha přizpůsobení

Úvod

O CRP se uvažuje jako o markeru aktivity duševní nemoci. Nálezy studií ale neposkytují konzistentní výsledky v tom, jak se výše CRP liší mezi chronickými a přechodnými duševními poruchami. Naše práce si klade za cíl zjistit, zda CRP je u chronických duševních poruch (schizofrenie) vyšší než u přechodných onemocnění.

Metody

Do retrospektivní studie byli zařazeni pacienti hospitalizovaní na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové v letech 2012-2017. Byli identifikováni všichni hospitalizovaní pro schizofrenie a poruchu přizpůsobení.

Výsledky

Byly získány hodnoty 149 pacientů hospitalizovaných pro poruchu přizpůsobení a od 139 pacientů se schizofrenií. Obě skupiny se lišily v počtu neutrofilů ($p = 0,002$) i lymfocytů ($p = 0,0003$). Pacienti se zvýšením alespoň jedné hodnoty počtu bílých krvinek nad normu měli vyšší CRP než pacienti s normálním počtem bílých krvinek ($p = 0,007$). Schizofrenní pacienti s normálním počtem bílých krvinek neměli vyšší CRP než pacienti s poruchou přizpůsobení a normálním počtem bílých krvinek ($p = 0,72$). Korelace hodnoty CRP a BMI u schizofrenních pacientů s bílými krvinkami v normě byla středně silná ($r = 0,468$) a vyšší než u pacientů s poruchou přizpůsobení ($r = 0,308$).

Diskuze

Hodnota CRP se mezi pacienty se schizofrenií a adaptační poruchou neliší. Výsledky byly korigovány s pomocí hodnot krevního obrazu, kdy vyšší počet neutrofilů je přítomen u schizofrenních pacientů a naopak lymfocytů u pacientů s adaptační poruchou. BMI více koreluje s hodnotou CRP u schizofrenních pacientů a CRP u této populace tak může být ovlivněno chronickým mírným zánětem spojovaným s nadváhou u těchto nemocných. Longitudinální a prospektivní design studie by perspektivně mohl přinést přesnější výsledky.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (FNHK, 00179906).

THE IMPACT OF MINDFULNESS-BASED INTERVENTIONS IN THE WORKPLACE ON REDUCING DEPRESSION: A SYSTEMATIC REVIEW

**Kondrátová L.^{1,2}, Ševčíková M.^{1,3}, Machů V.^{1,4},
Butzer B.⁵, Winkler P.^{1,6}**

¹National Institute of Mental Health, Klecany, Czech Republic

²Institute of Sociological Studies, Faculty of Social Sciences, Prague, Czech Republic

³Department of Medical Psychology and Psychopathology, First Faculty of Medicine, Charles University, Prague, Czech Republic

⁴Department of Social Geography and Regional Development, Faculty of Science, Charles University

⁵Department of Psychology, University of New York in Prague, Prague, Czech Republic

⁶Centre for Global Mental Health, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, UK

Keywords: depression, prevention, mindfulness, workplace, occupational health

Background

Depression is associated with absenteeism, reduced job performance and other costs to employers, and increasing attention is being paid to tackle depression in the workplace. Mindfulness-based interventions (MBIs) are accessible and effective both in the prevention and reduction of depression, however, little is known about the efficacy of MBIs for depression in the workplace.

Objectives

This study aims to synthesize knowledge about the efficacy of workplace-based MBIs in the prevention and reduction of depression.

Methods

A systematic review in line with PRISMA guidelines was conducted to identify randomized-controlled trials (RCTs) of MBIs focused on the prevention and reduction of depression in the workplace. Since the number, heterogeneity and quality of the studies included in the final analysis did not justify meta-analysis a narrative synthesis is provided.

Results

10 RCTs meeting our inclusion criteria were identified. The primary outcomes for most of the included studies were stress and burnout, and target population included health care professionals (n = 5), teachers and university staff (n = 4) and employees of a national insurance carrier (n = 1). Three of the included studies reported significant post-intervention reductions in depression, three studies reported no significant changes in depression, and four studies did not provide post-intervention data and/or statistical analyses for depression. The majority of the included studies were of weak methodological quality.

Conclusions

Our review suggests that MBIs may be effective tools to improve mental health in the workplace. However, further high-quality research is needed, particularly research in which depression is measured as a primary outcome.

TRAJEKTORIE KOGNICE A DEPRESIVNÍHO LADĚNÍ V ZÁVISLOSTI NA FUNKČNÍCH SCHOPNOSTECH STARŠÍCH DOSPĚLÝCH

Trajectory Between Cognition and Depressive Tuning Depending on the Functional Abilities of the Older Adults

Kopeček M., Štěpánková Georgi H.

Národní ústav duševního zdraví, Klecany, ČR

Klíčová slova: aktivity denního života, demence, deprese, kognice, mírná kognitivní porucha

Úvod

Aktivity denního života (ADŽ) mapují funkční schopnosti starších dospělých. Tyto aktivity jsou vedle somatického stavu výslednicí kognitivních funkcí i nálady. Cílem naší práce je prezentovat provázanost těchto domén u jedinců plně funkčních a soběstačných, jedinců před rozvojem ztráty soběstačnosti (stádium mírné kognitivní poruchy – MKP) a po rozvoji ztráty soběstačnosti (stádium demence).

Metody

ADŽ byly hodnoceny pomocí dotazníku FAQ, depresivního ladění pomocí Geriatrické škály deprese (GDS) a kognitivní funkce pomocí Montrealského kognitivního testu (MoCA) 4 roky po sobě. Ze studie NANOK byli vybráni jedinci, kteří 1) měli ve 4 letech po sobě FAQ = 0 (plně soběstační) (n = 132); 2) měli FAQ ≥ 6 (ztráta soběstačnosti na úrovni syndromu demence) v 1. roce sledování (n = 58); 3) měli FAQ ≥ 6 až ve 4. roce sledování (n = 89). Obě skupiny jedinců se závažným funkčním postižením vytvořily modelovou řadu, která ukazuje, jak vypadala kognice a depresivní ladění 3 roky před rozvojem ztráty soběstačnosti a 3 roky poté. Statistická významnost byla hodnocena pomocí t-testu. Pro porovnatelnost jsou výsledky mezi skupinami vyjádřeny jako standardizovaný rozdíl průměru tedy tzv. Cohenovo d; znaménko minus znamená vždy patologický stav.

Výsledky

Rozdíly mezi případy a kontrolní skupinou byly statisticky významné pro všechny sledované proměnné $p < 0,001$. Cohenova d pro MoCA byla -0,98, -0,93, -1,28; pro GDS -0,89, -1,06, -0,99 před rozvojem ztráty soběstačnosti a po rozvoji ztráty soběstačnosti pak Cohenova d pro MoCA byla -1,25, -1,56, -1,51; pro GDS -1,48, -1,3, -1,5. Pro klinickou srozumitelnost uvádíme průměrné hrubé skóre před rozvojem ztráty soběstačnosti MoCA 23, 23, 21; GDS 3, 4, 4 a po rozvoji ztráty soběstačnosti MoCA skór 22, 21, 20; GDS 5, 5, 5.

Závěr

Naše studie poukazuje na provázanost prožívání (kognitivní a depresivní ladění) a chování u starších dospělých i na to, že dostupné psychologické nástroje jsou citlivé k funkčním změnám jedinců.

Podpořeno projektem LO1611.

ÚČINNOST A BEZPEČNOST ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE V LÉČBĚ BIPOLÁRNÍ DEPRESE. RETROSPEKTIVNÍ ANALÝZA KLINICKÝCH DAT.

Efficiency and Safety of Elektroconvulsive Thertapy in the Treatment of Bipolar Depression. Retrospective Analysis of Clinical Dates.

Kostýlková L., Novák T.

NUDZ - Národní ústav duševního zdraví, Klecany,
Česká Republika

Depresivní epizody u bipolární poruchy jsou v porovnání s manickými delší, častější a výrazně více ovlivňují kvalitu života a celkové fungování pacienta. Účinná a ověřená farmakologická léčba bipolární deprese je přitom stále limitovaná nebo jsou užívána léčiva potenciálně problematická, jako jsou antidepresiva. Elektrokonvulzivní terapie (ECT) je neurostimulační metoda, která nadále zůstává nejefektivnější formou léčby unipolární depresivní poruchy. Dosavadní studie ukazují obdobnou účinnost i u bipolární deprese, proti unipolární poruše je však informací o této indikaci z běžné klinické praxe mnohem méně.

V letech 2009–2017 proběhlo v Psychiatrickém centru Praha a Národním ústavu duševního zdraví 303 sérií ECT u 247 pacientů. Z tohoto počtu 31 (12,6%) pacientů (20 žen, 11 mužů; průměrný věk $46,6 \pm 13,1$ let) podstoupilo ECT pro depresivní epizodu bipolární poruchy. Tři pacienti podstoupili 2 série, celkem tak bylo hodnoceno 34 (11,2%) sérií s průměrným počtem $7,8 \pm 2,5$ aplikací u pacientů s diagnózami F31.3 (26,5%), F31.4 (55,9%) a F31.5 (17,6%). V klinickém obraze došlo k odpovědi po 26 sériích (76,5%) a k remisi po 16 sériích (47,1%). Naopak žádného efektu nebylo dosaženo v 8 případech (23,5%). U 2 pacientů byla léčba elektrokonvulzemi předčasně ukončena (rozvoj deliria a hypertenzní reakce), přesmyk do hypománie byl zaznamenán u 1 pacientky. Na základě retrospektivního hodnocení se ECT v léčbě bipolární deprese jeví jako velmi účinná a relativně bezpečná metoda.

*Práce byla podpořena projektem AZV MZ ČR
reg. č. 16-31380A a projektem GAČR reg. č. 17-07070S.*

POROVNÁNÍ KARDIOMETABOLICKÝCH RIZIKOVÝCH FAKTORŮ U SCHIZOFRENIE A BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY

Comparison of Cardiometabolic Risk Factors in Schizophrenia and Bipolar Disorder

Köhler R.^{1,2}, Slováčková B.^{1,2}, Bažant J.³, Hubeňák J.^{1,2}

¹Fakultní nemocnice Hradec Králové, Psychiatrická klinika, Hradec Králové, Česká republika

²Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Katedra psychiatrie, Hradec Králové, Česká republika

³Nemocnice Pardubického kraje, Pardubická nemocnice, Oddělení klinické psychologie, Pardubice, Česká republika

Klíčová slova: schizofrenie, bipolární afektivní porucha, hypercholesterolemie, hypertenze, obezita

Cíl

Nemocní se schizofrenií umírají minimálně o 20 let dříve než běžná populace. Důvodem je vyšší výskyt kardiometabolických rizikových faktorů a vliv medikace. Podobným způsobem jsou zřejmě postiženi i nemocní s bipolární poruchou. Cílem této práce je porovnání prevalence rizikových faktorů u pacientů se schizofrenií a bipolární poruchou a rozhodnutí, zda je účelné tato rizika pravidelně sledovat.

Materiál a metoda

Retrospektivně byla zhodnocena průřezová data 103 pacientů se schizofrenií a 89 pacientů s bipolární poruchou. Hodnocenými parametry byly jednotlivé složky metabolického syndromu, LDL a celkový cholesterol i aktivní kouření. Metodou SCORE byla stanovena úroveň rizika úmrtí pacientů v důsledku kardiovaskulárního onemocnění v následujících deseti letech.

Výsledky

Bipolární skupina byla významně starší, bylo v ní přítomno více žen, byly u ní významně vyšší hodnoty diastolického tlaku, HDL cholesterolu a vyšší riziko úmrtí na KV příhodu. Výskyt metabolického syndromu byl v obou skupinách podobný.

Závěr

Obě skupiny se významně lišily ve výskytu některých kardiometabolických rizikových faktorů. Skupina nemocných s bipolární poruchou pak vykazovala výrazně vyšší riziko úmrtí na kardiovaskulární onemocnění. Pravidelná screeningová vyšetření kardiometabolických rizikových faktorů u obou skupin pacientů se tak jeví jako velmi vhodná.

REAL-TIME fMRI NEUROFEEDBACK U PACIENTŮ S PORUCHAMI REGULACE EMOCÍ

Real-time fMRI Neurofeedback in Patients with Emotional Regulation Disorders

Látalová A.¹, Bednářová B.¹, Linhartová P.¹,
Slavíček T.², Lamoš M.², Kašpárek T.¹

¹Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

²Středoevropský technologický institut CEITEC MU
Brno

Klíčová slova: real-time fMRI neurofeedback,
emoční regulace

Real-time fMRI neurofeedback (rt-fMRI-NF) je inovativní metoda, která lidem umožňuje učit se záměrně regulovat svoji vlastní mozkovou aktivitu v určité konkrétní části mozku. V posledních 10 letech byl rt-fMRI-NF úspěšně využit k léčbě různých psychiatrických a neurologických symptomů, například pro zmírnění motorických symptomů u Parkinsonovy choroby, pro podporu kognitivních funkcí u pacientů se schizofrenií nebo pro redukci ADHD symptomů. V projektu, který probíhá na Psychiatrické klinice LF MU a FN Brno ve spolupráci s výzkumným centrem CEITEC, se zaměřujeme na možnost využití rt-fMRI-NF u pacientů s poruchami regulace emocí. V rámci výzkumu budou pacienti při rt-fMRI-NF sledovat emočně nabitě vizuální podněty (pozitivní – negativní). Společně s nimi jim bude promítána také aktuální úroveň aktivity amygdaly, která jim bude v reálném čase ukazovat míru momentálního emočního arousalu. Pacienti budou mít za úkol regulovat úroveň aktivity amygdaly v souladu s instrukcemi zobrazenými na monitoru. Díky okamžité zpětné vazbě (se zpožděním jedné sekundy) budou pacienti moci průběžně vyhodnocovat úspěšnost použitých strategií, což může výrazně podpořit proces učení vhodných způsobů emoční regulace. V příspěvku prezentujeme princip rt-fMRI-NF, stimulační protokol a výsledky pilotní studie na několika zdravých dobrovolnících.

Příspěvek byl podpořen projektem vysokoškolského specifického výzkumu MŠMT ČR MUNI/A/0976/2017 a projektem institucionální podpory MZ ČR koncepčního vývoje výzkumné organizace (FNBr, 65269705).

STIGMATIZACE ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE V ČESKÉ REPUBLICE

Stigma of Electroconvulsive Therapy in Czech Republic

Mádlová K.¹, Kališová L.¹, Zajícová M.¹

¹Psychiatric Department of the 1. Medical Faculty
of Charles University and General Hospital, Prague,
Czech Republic

Úvod

Elektrokonvulzivní terapie (EKT) je účinná léčebná metoda v terapii závažných stavů v psychiatrii. Na celém světě ji podstoupí více než 1 milion osob ročně. (1) V roce 1938 ji uvedli do praxe italští lékaři Ugo Cerletti a Lucio Bini. Od té doby byla EKT značně modifikována a modernizována. Metoda využívá ultrakrátkých pulzů, aplikaci předchází somatické vyšetření specialistou, probíhá za celkové anestezie a myorelaxace pod dohledem anesteziologa. Těmito a dalšími opatřeními se podařilo docílit snížení výskytu vedlejších účinků na minimum. Přesto je EKT veřejností často nazírána jako středověká metoda s malou účinností, která vymaže osobnost a paměť, používá se jako trest, proti vůli nemocného a je znamením moci psychiatrů. Nejprve je nutné se ptát, jak stigma vzniklo. Jako logické se zdá vysvětlení, že šlo s největší pravděpodobností o souhru těchto faktorů: 1) Metoda měla v počátcích používání závažnější nežádoucí účinky (zejména somatické komplikace, např. zlomeniny apod.) (2) V době rozvoje psychofarmak od 50. let 20. století (především TCA, IMAO) se od metody upustilo, protože se zdálo, že jí už nebude v psychiatrii potřeba. (2, 3) Nárůst negativního postoje veřejnosti k EKT je dán zejména zobrazením metody ve filmu a jiných médiích (literatuře, hudbě, na internetu). Atraktivnost metody pro negativní umělecké zobrazení je zřejmá. Zejména film EKT zobrazoval jako mučící, trestající, bolestivou a celoživotně zničující. (3) První vlašťovkou v zástupu stigmatizujících kusů byl zřejmě jinak skvělý snímek režiséra českého původu Miloše Formana *Přelet na kukaččím hnízdem* z roku 1973. Pozadu nezůstal ani tisk a hudba. Nelichotivý obraz EKT byl využit také antipsychiatrickými hnutími, jejichž úsilí o postavení EKT mimo zákon v 70. až 90. letech 20. století v USA vyústilo až v politické represe. (4)

Cíl

Cílem studie bylo zjistit, jak vnímá veřejnost v České republice používání elektrokonvulzivní terapie (EKT) v psychiatrii.

Metoda

Nově vytvořený dotazník obsahuje 8 otázek, které monitorují znalost EKT a jejího používání v současné době v moderní psychiatrii. Dotazník byl sdílen pomocí webových stránek, případně distribuován v papírové formě mezi lékaře mimo obor psychiatrie, studenty medicíny před absolvováním stáže na psychiatrii a laickou veřejnost. Hodnotili jsme také vliv sociodemografických faktorů – věku, pohlaví, vzdělání a velikosti místa bydliště (vesnice až velkoměsto).

VÝSLEDKY

Soubor je tvořen celkem 556 respondenty, jejichž průměrný věk je 28 let, z toho 61% žen, poměrně počty vysokoškolsky vzdělaných osob a ostatních. Byli dotazováni zdravotníci mimo obor psychiatrie, studenti medicíny před začátkem stáže na psychiatrii, laická veřejnost, tedy náhodně dotázané osoby. Většina respondentů o metodě již slyšela a jen 7% z nich si myslí, že už se metoda nepoužívá. Většinou lidé informace o EKT získávali z médií (film, tisk, internet). Přibližně třetina dotázaných nevěří v účinnost metody, stejně tak přibližně 30% respondentů si myslí, že je metoda psychiatrii zneužívána (např. ji používají zatrest). Většina respondentů je přesvědčena, že má metoda vážné a trvalé nežádoucí účinky. Přesto by většina z nich souhlasila s aplikací metody příbuznému, jestliže by to bylo doporučeno lékařem. Dokonce někteří studenti medicíny si myslí, že metoda může mít za následek smrt, vyvolat tělesnou nemoc a také jinou duševní chorobu.

ZÁVĚR

EKT je účinná metoda v léčbě závažných duševních poruch. Do dnešní doby je však pohled na EKT ovlivněn médiem, zejména filmovým zpracováním. Řada lidí se v důsledku negativního stereotypu této metody obává, jejich přesvědčení se ale nezakládá na realitě. Lidé se obávají, že metoda může nevratně poškodit mozek, paměť, změnit navždy

osobnost. Zajímavým faktem je skutečnost, že řada pracovníků ve zdravotnictví a studentů medicíny je též ovlivněna veřejným stigmatem EKT.

DISKUZE

Výsledky potvrzují spíše negativní postoj laické veřejnosti k EKT, dále je však zarážející podobný názor u odborníků a studentů medicíny. Zdá se, že nejefektivnějším způsobem jak zmírnit stigmatizaci EKT je zlepšit informovanost široké veřejnosti o této metodě a to prostřednictvím těch médií, ze kterých lidé informace nejčastěji čerpají. To znamená internet, konzultace médií s odborníky z řad psychiatrů, či rozhovory se známými osobnostmi, které podstoupily EKT. Dále je potřeba zlepšit edukaci studentů ve zdravotnictví. Samozřejmostí je stálá modernizace metody za účelem snížení nežádoucích účinků.

Přehled literatury:

1. Ottoson, J., O., Fink, M.: Ethics in electroconvulsive therapy. New York: Brunner-Routledge; 2004.
Senter, N., W., Winslade W., J., Liston, E., H., et al.: Electroconvulsive therapy: The evolution of legal reputation. Am J Soc Psychiatry. 1984.
American Psychiatric Association. Second edition. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2001. The practice of ECT: Recommendation for treatment, training and privileging.
2. Healy, D.: The antidepressant drama. In: Weisman, M., M., editor. Treatment of depression: Bridging the 21st century. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2001.
3. Payne, N., A., Prudic J.: Electroconvulsive therapy: Part II. A biopsychosocial perspective. J Psychiatr Pract. 2011
4. Abrams, R. Electroconvulsive therapy, 3rd edition. New York: Oxford university press; 2002.
Takács, R., Ungvari, G., S., Gazdag, G.: Electroconvulsive therapy on hungarian websites. Psychiatria Danubina, 2012.
Rose, D., S., Wykes, T., H., Bindman, J., P., Fleischmann, P., S.: Information, consent and perceived coercion: patients' perspectives on electroconvulsive therapy. British journal of psychiatry; 2005.
McDonald, A., Walter, G.: Hollywood and ECT. International review of psychiatry; 2009.
Payne, N., A., Prudic, J.: Electroconvulsive therapy: Part I. A Perspective on the evolution and current practice of ECT. J Psychiatr Pract. 2009.
Abrams, R.: Electroconvulsive therapy, 3rd edition. New York: Oxford university press; 2002

THE APPLICATION OF SELF-DISTURBANCE SCALE IN SCHIZOPHRENIA

Melicharová J.^{1,2}, Kozáková E.^{1,2}, Šimková E.¹,
Mikriukov I.^{1,2}, Schinková K.^{1,2}, Španiel F.^{1,3},
Mohr P.^{1,3}, Mishara A.⁴, Zaytseva Y.^{1,3}

¹National Institute of Mental Health, Klecany,
Czech Republic

²Department of Psychology, Faculty of Arts, Charles
University, Prague, Czech Republic

³3rd Faculty of Medicine, Charles University, Prague,
Czech Republic

⁴The Chicago School of Professional Psychology,
Los Angeles, CA

Background

The self-disturbances (SDs) concept is considered to be part of the Schneider's first rank symptoms, i.e., thought-withdrawal, thought-insertion, thought-broadcasting, somatic-passivity experiences, mental/motor automatisms, disrupted unitary self-experience (Mishara et al., 2016). SDs were originally described by W. Mayer-Gross (1928), who observed them in psychotic patients.

Methods

We classified Mayer-Gross' findings on SDs into the following categories: experience is new/compelling (aberrant salience), reduced access/importance of autobiographical past, cognitions/emotions occur independently from self's volition, foreign agents have power over self and developed an SDs scale based on these categories and cognitive domains (perception, motor, speech, thinking etc.). Scale is applied as a measure of the frequency of the experiences. In our current study on phenomenology and neurobiology of psychotic symptoms, we administered the scale to a study group of patients with schizophrenia (N = 80) and healthy volunteers (N = 170).

Results

The qualitative analysis revealed that SDs are present in several domains in schizophrenia patients. Most frequently they refer to SDs in perceptions, thoughts as alien and deviations in time and space perception. Moreover, perceptual disturbances were also observed in healthy individuals.

Conclusions

The scale aims to identify self-disturbances in different stages of schizophrenia and to stratify them based on the cognitive domains. Additional quantitative analysis is planned to discern more details to phenotype SDs.

Supported by the grant projects MH CR AZV 17-32957A and MEYS NPU4NUDZ: LO1611.

References

- Mayer-Gross W, Stein J. Pathologie der Wahrnehmung. Psychopathologie und Klinik der Trugwahrnehmungen. In: Bumke O, ed. *Handbuch der Geisteskrankheiten* Berlin, Germany: Springer; 1928.
- Mishara A, Bonoldi I, Allen P, et al. Neurobiological Models of Self-Disorders in Early Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2016;42(4):874-880.

POZITIVITA BORNA DISEASE VIRU (BDV) U PACIENTŮ S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ A JEJÍ VLIV NA KOGNITIVNÍ FUNKCE

Positivity of Borna Disease Virus in Patients with Alzheimer Disease and its Influence on Cognition

Racková S.¹, Racek J.²

¹Psychiatrická ambulance, Slovanská 69, 326 00 Plzeň

²Oddělení klinické biochemie a hematologie, Fakultní nemocnice LF UK v Plzni, Alej svobody 80, Plzeň

Úvod

Borna disease virus je RNA virus z řádu Mononegavirales s vysokou afinitou k centrální nervové soustavě. Jeho pozitivita je spojována s etiologií a průběhem psychických poruch. Virus způsobuje latentní infekci, přímým působením virových proteinů a nepřímým vlivem zánětu ovlivňuje hladiny neurotransmiterů. Demence je onemocnění, kde je za jeden z faktorů ovlivňující její průběh, jsou považována infekční onemocnění: vyšší pozitivita herpetických infekcí u pacientů s Alzheimerovo demencí, vliv infekce na kognitivní funkce.

Cílem práce bylo stanovit výskyt BDV infekce (cirkulující imunokomplexy CIC a antigeny Ag) v séru u pacientů s Alzheimerovo demencí a srovnat s pozitivitou u pacientů bez demence. Byla zjišťována souvislost BDV infekce a dalších zánětlivých parametrů: CRP (C-reaktivní protein), IL-6 (interleukin 6) s vlivem na kognitivní funkce měřené pomocí MMSE (Mini Mental State Examination).

Do studie bylo zařazeno 53 pacientů s Alzheimerovo demencí (prům. věk 83,04 roku), kontrolní soubor 19 jedinců bez demence (prům. věk 83,4 roku). U souboru pacientů byly 2× provedeny náběry (CRP, IL-6, BDV infekce: BDV CIC a BDV Ag). Byl hodnocen psychický stav škálou MMSE na počátku a po 6 měsících.

Výsledky

Pozitivita BDV byla prokázána v 11,3% pacientů s demencí a v 5,3% u kontrol, rozdíl nebyl signifikantní. Pozitivita BDV CIC u pacientů s demencí korelovala statisticky významně s poklesem MMSE za 6 měsíců ($p = 0,024$).

Závěr

Nebyl zjištěn rozdíl v pozitivitě BDV infekce mezi souborem demenčních pacientů a kontrolním souborem. Pozitivita BDV infekce u pacientů s demencí byla však spojena statisticky významně s rychlejším poklesem kognitivních funkcí měřených MMSE.

Podpořeno MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice Plzeň – FNPL, 00669806)

POČÍTAČOVÁ DIAGNOSTIKA SYNDROMU ADHD U DĚTÍ A DOSPĚLÝCH

Computer Diagnostics of Adhd Syndrome in Children and Adults

Škobrtal P.^{1,2}, Novotný M.¹, Novotný M. jr.¹

¹Centrum duševního zdraví, s.r.o., Jeseník,
Česká republika

²Ostravská univerzita v Ostravě, Ostrava,
Česká republika

Klíčová slova: ADHD, diagnostika, IVA PLUS,
Conners CPT II

Z hlediska diagnostiky a terapie ADHD jednoznačně dominuje komplexní psychiatrické vyšetření, založené na klinické zkušenosti, výcviku v psychiatrii a na medicínském vzdělání. Toto vyšetření nelze nahradit žádnou škálou, ani jiným profesně erudovaným vyšetřením, prováděným např. psychologem, neurologem nebo pedagogem (Paclt, 2009). Pro diagnostiku ADHD neexistují specifické neurobiologické nebo neuropsychologické testy (Roslert, et al., 2006).

IVA PLUS je 13 minutový počítačový test pozornosti, určený pro děti od 6 let až do dospělosti. Umožňuje diagnostiku ADHD nejen u dětí, ale také u dospělých. Může být použit pro hodnocení kognitivních deficitů spojených s následky mrtvice, poranění hlavy, poruchami spánku a dalších zdravotních problémů. Pracuje současně s vizuálními i akustickými podněty. Tento test lze využít k diagnostice subtypů ADHD u dětí i dospělých, při vyšetření pozornosti při podezření na agravaci příznaků kvůli sekundárnímu zisku z nemoci, nebo při hodnocení pokroku při terapii.

Conners CPT II je 15 minutový test pozornosti, měří vizuální pozornost, impulzivitu a vigilanci. Používá se na diagnostiku ADHD, jako screeningový nástroj a při hodnocení pokroku kognitivního tréninku, anebo léčby medikamenty. Czerny, Laughin a Griffioen (1999) zjistili, že úspěšnost CPT II při rozlišení ADHD od jiné psychiatrické diagnózy je cca 75%.

DEPRESIVITA, SUBJEKTIVNÍ STÍŽNOSTI NA PAMĚŤ A MĚŘITELNÁ OBJEKTIVNÍ ZMĚNA PAMĚTI VE STARŠÍM VĚKU

Depressivity, Subjective Memory Problems and Measurable Objective Change of Memory in Older Age

Štěpánková Georgi H., Šulc Z., Heissler R.

Národní ústav duševního zdraví, Klecany

Klíčová slova: depresivita; subjektivní stížnosti na paměť; stáří; změna; kognitivní testy

Deprese patří mezi nejčastější duševní poruchy vyššího věku. Subjektivní stížnosti na paměť jsou běžné u mladších i starších dospělých. Ve starším věku nabývají na významu pro větší výskyt kognitivních poruch. Cílem naší studie je zjistit, jak u seniorů souvisí depresivita a stížnosti na paměť reportované jako součást standardních screeningových metod a změny výkonů v testech v doméně paměti a jazyka v období 4 let.

Soubor 384 zdravých starších osob (věk 60 a více let) byl v roce 2012 a 2015 vyšetřen screeningem Geriatrická škála deprese (GDS15) a Mini-Mental State Examination (MMSE) a baterií testů mj. paměti a jazyka: Montrealský kognitivní test (MoCA), Filadelfský test verbálního učení, Povídka, Číselný rozsah, Bostonský test pojmenování, Kategorická verbální fluence-zvířata (VF-zvířata), Fonémická verbální fluence (VF-KPS). Součástí MMSE je dotaz na obtíže s pamětí, v GDS15 je dotaz na porovnání vlastní paměti s ostatními lidmi. Stížnosti z MMSE a GDS15 jsme analyzovali ve vztahu k změně výkonů 2012–2015. Podle míry reportovaných obtíží s pamětí byl soubor rozdělen do tří skupin (0, 1, 2 stížnosti).

Subjektivní stížnosti souvisely se zhoršením v MMSE. Při stanoveném hraničním skóru GDS15 – 5/6 depresivita souvisela se zhoršením v MoCA, VF-zvířata a VF- KPS. Osoby, které uvedly více stížností na paměť, reportovaly i více depresivních symptomů. Výsledky naznačují, že pro úvodní záchyt skutečného zhoršování výkonů paměti je vhodná kombinace obou dotazů, tj. z MMSE a GDS15, a zařazení screening depresivity.

Grantová podpora: 17-14829S a 18-06199S.

COMORBIDITY OF SCHIZOPHRENIA AND SOCIAL PHOBIA - IMPACT ON QUALITY OF LIFE, HOPE, AND PERSONALITY TRAITS: A CROSS SECTIONAL STUDY

Komorbidity schizofrenie a sociální fobie-vliv na kvalitu života, naději a osobnostní rysy: “Cross sectional study”

Vrbová K.¹, Praško J.¹, Holubová M.^{1,2}, Šlepecký M.³,
Ocisková M.¹

¹Department of Psychiatry, Faculty of Medicine and Dentistry, University Palacky Olomouc, University Hospital Olomouc, Czech Republic

²Department of Psychiatry, Hospital Liberec, Czech Republic

³Department of Psychology Sciences, Faculty of Social Science and Health Care, Constantine the Philosopher University in Nitra, Slovak Republic

Introduction

The most common comorbid disorder in schizophrenic patients is a social phobia. It is usually an unrecognized problem that may be associated with a high distortion in managing claims of life.

Objectives

The purpose of the study was to explore whether the comorbidity of social phobia affects symptoms severity, positive and negative symptoms, self-stigma, hope, and quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders.

Methods

This is a cross-sectional study in which all participants completed the Internalized Stigma of Mental Illness scale, Adult Dispositional Hope Scale, Liebowitz Social Anxiety Scale, Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory-II, Positive and Negative Syndrome Scale, Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Temperament and Character Inventory – Revised, and the demographic questionnaire. The disorder severity was assessed both by a psychiatrist and by the patients.

Results

The study included 61 patients of both genders. Clinically, the patients with comorbid social phobia had the earlier onset of the illness, more severe current psychopathology, more intense anxiety, and higher severity of depressive symptoms. The patients with comorbid social phobia had the significantly lower quality of life, lower mean level of hope and experienced a higher rate of the self-stigma compared to the patients without this comorbidity. They also exhibited higher average scores of personality trait harm avoidance and a lower score of personality trait self-directedness.



Jmenný rejstřík

A

Adamčeková Z. 67
Albrecht J. 25, 26, 31, 44, 54, 79, 91
Alexová A. 81
Anders M. 25, 26, 27, 28, 31, 54, 79,
82, 91

B

Bakhouché Y. 83
Bankovská Motlová L. 29
Bareš M. 30, 37
Barrett B. 75
Barteček R. 53, 84, 90
Bažant J. 96
Bednářová B. 53, 97
Bezdíček O. 48
Bičíková M. 47
Breznoščáková D. 35, 43
Brichcín S. 32
Broulíková H.M. 75
Březina R. 32
Buday J. 25, 26, 31, 54, 79, 91
Buňatová P. 41
Butzer B. 93

C

Cikánková T. 85

Č

Čapek V. 67
Čerešňáková S. 47, 79
Čermáková E. 92
Čermáková P. 55
Červenková M. 89
Češková E. 33
Čuprová P. 88

D

Dezortová M. 67
Domkářová L. 74
Doudová Z. 58
Dragašek J. 34
Dubá J. 82
Dudová I. 34

F

Ferenčáková L. 35
Fišar Z. 83, 85, 88
Fojtíček M. 36
Formánek T. 55, 81
Forman H. 36
Franková V. 37
Frydrychová Z. 86

G

Goetz M. 64

H

Hajda M. 87
Hanuš Z. 83
Harsa P. 88
Heissler R. 89, 103
Hejzlar M. 37
Herman E. 38
Hill M. 47
Hlinka J. 67
Hložek T. 45
Holanová P. 38
Hollý M. 59
Holubová M. 104
Hořínková J. 84, 90
Hosák L. 39
Hrdlička M. 39
Hroudová J. 40, 83, 85
Hrubá K. 91
Hubeňák J. 41, 92, 96

Ch

Chmelařová D. 41
Chrtková D. 42
Chvíla L. 42

I

Ibrahim I. 67
Izáková L. 43

J

Javůrek T. 42
Jiráček R. 88

K

Kalinová T. 83
Kališová L. 26, 44, 75, 98
Kalvach Z. 44
Karbusická M. 82
Kašpárek T. 46, 53, 97
Klířová M. 45
Kmoč V. 45
Knejzlík J. 46
Knejzlíková T. 46
Knytl P. 47
Kocourková J. 47, 49
Koeser L. 75
Köhler R. 96
Kolek M. 82
Kondrátová L. 75, 93
Kopeček M. 48, 89, 94
Kostýlková L. 95

Koutek J. 47, 49
Kozáková E. 100
Králiková E. 49, 50, 67
Králová M. 43, 50
Křenek P. 84
Kubinová M. 44
Kuhn M. 53

L

Lacinová B. 51
Lacinová E. 45
Lambertová A. 52
Lamoš M. 97
Látalová A. 53, 97
Látalová K. 52, 87
Libiger J. 92
Linhartová P. 46, 53, 84, 90, 97
Lukavský J. 48

M

Mádllová K. 44, 98
Machů V. 93
Mareš T. 25, 26, 31, 54, 79, 91
McCrone P. 75
Melicharová 100
Michalec J. 44, 88
Mikriukov I. 100
Mishara A. 100
Mladá K. 55
Mohr P. 47, 100
Mravčík V. 55

N

Novák P. 56
Novák T. 37, 56, 95
Novotná B. 57
Novotný M. 102
Novotný M. jr. 102

O

Ocisková M. 104

P

Pajuelo D. 67
Pánková A. 67
Papežová H. 57, 58
Papežová S. 58
Pavlát J. 59
Páv M. 59, 75
Pěč O. 60
Petr T. 60
Pokora J. 61
Poljaková J. 62
Popov P. 62
Praško J. 104

Pretl M. 63
Provazníková Z. 63
Ptáček R. 64, 65, 74

R

Raboch J. 25, 26, 31, 54, 64, 65, 74,
79, 88, 91
Racek J. 101
Racková S. 101
Roboch Z. 42
Rydlo J. 67

S

Sadílková K. 63
Sejbalová P. 66, 78
Schinková K. 100
Slaviček T. 97
Slováčková B. 96
Smetáčková I. 65
Světlák M. 46
Syrovátko J. 66

Š

Šerý O. 39
Ševčíková M. 93

Šimková E. 100
Škobrtal P. 102
Škoch A. 67
Šlepecký M. 104
Šolle Z. 66
Španiel F. 67, 100
Štěpánková Georgi H. 48, 86, 89,
94, 103
Štěpánková L. 67
Šulc Z. 48, 103
Švandová L. 64
Švarc J. 59, 68

T

Tintěra J. 67
Turek T. 69, 70
Tušková E. 81

U

Uhlíková P. 70, 71
Ustohal L. 71, 72

V

Vaněk D. 72
Vaškovicová M. 88

Vevera J. 73
Vítková M. 42
Vňuková M. 64, 65, 74
Volavka J. 73
Voráčková V. 47
Vrbová K. 104
Vyskočilová J. 74

W

Weissenberger S. 65, 74
Winkler P. 55, 75, 93

Z

Zajícová M. 98
Zaytseva Y. 100
Zelman M. 76
Zendulka O. 76
Zvěřová M. 77, 88
Zvolská K. 67

Ž

Židková M. 45
Žourková A. 78

