

IX.

SJEZD PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP

CIVILIZACE, ČAS A DUŠEVNÍ PORUCHY

7.–10. ČERVNA 2012

HOTEL HARMONY, ŠPINDLERŮV MLÝN

Pořadatelé:

Jiří Raboch, Irena Zrzavecká, Pavel Doubek



SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

CIVILIZACE, ČAS A DUŠEVNÍ PORUCHY

Sborník příspěvků
IX. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP
s mezinárodní účastí

Zlatí partneři



Partner



CIVILIZACE, ČAS A DUŠEVNÍ PORUCHY

Sborník příspěvků
IX. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP
s mezinárodní účastí

Tribun EU
2012

Pořadatelé sborníku

prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

prim. MUDr. Irena Zrzavecká

MUDr. Pavel Doubek

Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta UK

a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

Sekretariát

GUARANT International spol. s r. o.

Opletalova 22, 110 00 Praha 1

guarant@guarant.cz

www.guarant.cz

Za odbornou a jazykovou stránku tohoto sborníku odpovídají autoři jednotlivých příspěvků.

ISBN 978-80-263-0243-8

OBSAH

ÚVODNÍ SLOVO	15
VĚDECKÝ PROGRAM	16
SYMPOZIA	18
Pátek 8. června 2012	18
SYMPOSIUM PSYCHOFARMAKOLOGICKÉ SEKCE:	
JAK BUDEME LÉČIT ZA DESET LET A BUDOUCNOST	
NEUROPSYCHOFARMAKOLOGIE	18
<i>garant doc. Oldřich Vinař</i>	
ČÍM BUDEME LÉČIT ZA DESET LET DEPRESI A ÚZKOST?	18
<i>C. Höschl</i>	
JAK BUDEME LÉČIT V ROCE 2022 ALZHEIMEROVU NEMOC	
A BUDOUCNOST NEUROPSYCHOFARMAKOLOGIE	20
<i>O. Vinař</i>	
VARIA I	27
PROBLÉMY S KLASIFIKACÍ MKN-10 U SEXUÁLNÍCH	
DEVIACÍ.....	27
<i>M. Borzová, Ž. Herrová</i>	
VÝZNAM ANTIEROTICKÉHO KONTEXTU PRO REALIZACI	
DEVIACE TYPU B	30
<i>Ž. Herrová</i>	
SYMPOSIUM SEKCE PRO PSYCHIATRICKOU	
SEXUOLOGII	35
<i>garant prof. Alexandra Žourková</i>	
K ČEMU NÁM JE (SOUČASNÁ) DIAGNOSTIKA V SEXUOLOGII? 35	
<i>M. Hollý, K. Hollá</i>	
ÚVAHA O VYUŽITÍ DBS (HLUBOKÉ MOZKOVÉ STIMULACE)	
V SEXUOLOGII	38
<i>A. Žourková</i>	
SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE A KVALITA ŽIVOTA PO PORANĚNÍ	
MÍCHY	41
<i>T. Šrámková, E. Dragomirecká, R. Fajtová</i>	

SYMPOSIUM SEKCE GERONTOPSYCHIATRICKÉ 46

garant doc. Roman Jiráček

PSYCHÓZY VE VYŠŠÍM VĚKU 46
V. Franková

ZMĚNY BUNĚČNÉHO METABOLISMU U PACIENTŮ
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU 49
J. Hroudová, Z. Fišar, R. Jiráček, L. Wenchich, J. Raboch

NOVÉ FARMAKOLOGICKÉ PŘÍSTUPY K LÉČBĚ ALZHEIME-
ROVY CHOROBY – KTERÉ Z NICH JSOU NADĚJNÉ? 51
R. Jiráček

SYMPOSIUM SEKCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY 53

garant prof. Hana Papežová

ADHD A PPP (PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY)..... 53
P. Uhlíková, H. Papežová, T. Štěpánková

HYPERAKTIVITA A PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY 55
H. Papežová, A. Yamamotoová

PROYOUTH: EVROPSKÁ INICIATIVA PRO PREVENCI A
VČASNOU LÉČBU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY:
HODNOCENÍ ÚČINNOSTI INTERNETOVÉ INTERVENCE
V OVLIVNĚNÍ KVALITY INTERVENCE, PRŮBĚHU A
VYÚSTĚNÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY 58
H. Papežová, J. Hanusová a kolektiv ProYouth

SYMPOSIUM SEKCE SOUDNÍ PSYCHIATRIE 61

garant doc. Karel Hynek

FORENZNÍ ASPEKTY ASPERGEROVA SYNDROMU 61
V. Hort, J. Kocourková

DOMÁCÍ NÁSILÍ U PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ 64
*P. Harsa, D. Kertészová, M. Macák, I. Voldřichová, I. Žukov,
R. Ptáček, K. Fikrle, N. Mrklasová, L. Šrutová, S. Bačkovská*

WORKSHOP ZVÝŠENÝ DOHLED 68

garant doc. Jan Vevera

Z. Fišarová, H. Krejčíková, B. Hrubá, J. Vevera

Sobota 9. června 2012 70

**SYMPOSIUM SEKCE BIOLOGICKÉ PSYCHIATRIE:
ÚZKOSTNÉ PORUCHY Z POHLEDU BIOLOGICKÉ
PSYCHIATRIE 70**

garant doc. Ladislav Hosák

GENETIKA VE VZTAHU K ÚZKOSTNÝM PORUCHÁM..... 70
L. Hosák

ZOBRAZOVACÍ METODY U ÚZKOSTNÝCH PORUCH..... 73
T. Kašpárek, P. Šilhán

NEUROPSYCHOLOGICKÉ NÁLEZY U ÚZKOSTNÝCH PORUCH 76
H. Přikrylová Kučerová

TĚLESNÉ PORUCHY U ÚZKOSTNÝCH ONEMOCNĚNÍ..... 79
M. Maršálek, K. Látalová

REPETITIVNÍ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKÁ STIMULACE
V LÉČBĚ ÚZKOSTNÝCH PORUCH 81
R. Přikryl

SYMPOSIUM AGRESOŘI, HRDINOVÉ A OBĚTI..... 85

garant doc. Jan Vevera

AGRESOŘI A HRDINOVÉ – SHODY A ROZDÍLY SE
ZAMĚŘENÍM NA NEUROBIOLOGII 85
J. Vevera

KONCEPT HRDINSTVÍ VE VÝZKUMNÉ PRAXI 88
J. Vevera, A. Parzelka

VIKTIMIZACE PACIENTŮ TRPÍCÍCH ONEMOCNĚNÍM
SCHIZOFRENNÍHO OKRUHU 91
M. Černý, J. Vevera

**WORKSHOP KOMPLIKOVANÉ TRUCHLENÍ A JEHO
LÉČBA 94**

garant prof. Ján Praško, doc. Klára Látalová

DIAGNOSTIKA KOMPLIKOVANÉHO TRUCHLENÍ..... 94
*J. Praško, A. Grambal, P. Havlíková, D. Jelenová,
D. Kamarádová, K. Látalová, A. Sandoval*

ETIOPATOGENEZE KOMPLIKOVANÉHO TRUCHLENÍ	98
<i>A. Sandoval, J. Praško, A. Grambal, P. Havlíková, D. Kamarádová, K. Látalová, Z. Sigmundová</i>	
FARMAKOTERAPIE KOMPLIKOVANÉHO TRUCHLENÍ	101
<i>P. Havlíková, J. Praško, A. Grambal, D. Kamarádová, R. Kubínek, K. Látalová, A. Sandoval, Z. Sigmundová</i>	
PSYCHOTERAPIE KOMPLIKOVANÉHO TRUCHLENÍ	104
<i>D. Kamarádová, J. Praško, A. Grambal, P. Havlíková, K. Látalová, A. Sandoval, Z. Sigmundová</i>	
KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE KOMPLIKOVANÉHO TRUCHLENÍ	106
<i>J. Praško, A. Grambal, P. Havlíková, D. Kamarádová, K. Látalová, A. Sandoval, Z. Sigmundová</i>	
SYMPOSIUM ČESKÉ NEUROPSYCHOFARMAKOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI: NOVÉ POHLEDY NA LÉČBU BIPOLÁRNÍ DEPRESE	110
<i>garant prof. Eva Češková</i>	
ANTIDEPRESIVA V LÉČBĚ BIPOLÁRNÍ DEPRESE	110
<i>E. Češková</i>	
REPETITIVNÍ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKÁ STIMULACE V LÉČBĚ BIPOLÁRNÍ DEPRESE	113
<i>R. Příkrýl</i>	
PREDIKCE ODPOVĚDI NA ANTIDEPRESIVNÍ INTERVENCE U PA- CIENTŮ S BIPOLÁRNÍ DEPRESÍ – ZMĚNA QEEG KORDANCE	116
<i>M. Bareš, T. Novák, M. Brunovský, P. Stopková, C. Höschl</i>	
SYMPOSIUM SEKCE SOCIÁLNÍ PSYCHIATRIE: ZAPOJENÍ ZÁVAŽNĚ DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH DO LÉČBY A REHABILITACE	120
<i>garant MUDr. Ondřej Pěch</i>	
DUÁLNÍ DIAGNÓZY A ASERTIVNÍ KOMUNITNÍ LÉČBA	120
<i>Z. Foitová</i>	
HODNOCENÍ EFEKTIVITY KOMUNITNÍCH SLUŽEB PRO DUŠEVNĚ NEMOCNÉ	123
<i>P. Hejzlar, M. Halíř</i>	

PŘIPRAVENOST K REHABILITACI	128
<i>O. Pěč</i>	
WORKSHOP SEDM SMRTELNÝCH HŘÍCHŮ	
Z HLEDISKA PSYCHIATRIE: LENOST	131
<i>garant prof. Ján Praško</i>	
LENOST U ÚZKOSTNÝCH PORUCH A PORUCH OSOBNOSTI ...	131
<i>J. Praško, P. Doubek, E. Herman, A. Grambal,</i>	
<i>D. Kamarádová, K. Látalová</i>	
SYMPOSIUM ČESKÉ PSYCHOTERAPEUTICKÉ SPOLEČNOSTI:	
POTŘEBUJE PSYCHIATRIE PSYCHOTERAPII?	134
<i>garant MUDr. Jiří Berka</i>	
POTŘEBUJE ČESKÁ PSYCHIATRIE PSYCHOTERAPII?	134
<i>K. Koblic</i>	
POTŘEBUJÍ ZÁVAŽNĚ DUŠEVNĚ NEMOCNÍ PSYCHOTERAPII?	136
<i>O. Pěč</i>	
MOŽNOSTI PSYCHOTERAPIE V LŮŽKOVÉ PSYCHIATRICKÉ	
PÉČI.....	138
<i>J. Praško, A. Grambal, D. Jelenová, D. Kamarádová,</i>	
<i>K. Látalová, Z. Sigmundová, K. Vrbová</i>	
KAZUISTIKA K TÉMATU „CIVILIZACE, ČAS A DUŠEVNÍ PORUCHY“	
S OHLEDEM NA VZTAH PSYCHIATRIE A PSYCHOTERAPIE.....	140
<i>L. Brodová</i>	
RŮZNÉ ZPŮSOBY POJETÍ ČASU V AMBULANTNÍ	
PSYCHOTERAPEUTICKÉ PÉČI.....	142
<i>J. Berka</i>	
SYMPOSIUM ZÁSTUPCŮ UŽIVATELŮ PÉČE.....	145
<i>garant doc. Jan Vevera</i>	
SPOLUPRÁCE S PACIENTSKÝMI A PŘÍBUZENSKÝMI	
ORGANIZACEMI	145
<i>J. Vevera, T. Uhrová</i>	
LOBBING – PROSAZOVÁNÍ ZÁJMŮ A PRÁV DUŠEVNĚ	
NEMOCNÝCH	147
<i>J. Jaroš</i>	

KOMPLEXNÍ LÉČBA PSYCHOTIKŮ V LEGISLATIVĚ ČR.....	150
<i>J. Závíšek</i>	
SYMPOSIUM SEKCE LŮŽKOVÉ PSYCHIATRIE:	
PSYCHIATRIE A DRG.....	157
<i>garant prim. Jan Tuček</i>	
WORKSHOP FENOMENOLOGICKÁ METODA	
PŘI PRÁCI SE SNY.....	158
<i>garant MUDr. Michal Kryl</i>	
FENOMENOLOGICKÝ PŘÍSTUP PŘI PRÁCI SE SNY	158
<i>M. Kryl</i>	
SYMPOSIUM PSYCHIATRICKÉ KLINIKY FN OLOMOUČ:	
NEUROBIOLOGIE ÚZKOSTNÝCH PORUCH	160
<i>garant prof. Ján Praško</i>	
fMRI U PANICKÉ PORUCHY A HRANIČNÍ PORUCHY	
OSOBNOSTI.....	160
<i>A. Grambal, Z. Tüdös, T. Divéky, Z. Grambalová,</i>	
<i>D. Kamarádová, K. Látalová, J. Praško, P. Hlušík</i>	
EEG A HRV NÁLEZY U PACIENTŮ S PANICKOU PORUCHOU ...	164
<i>D. Kamarádová, T. Divéky, J. Praško, K. Látalová,</i>	
<i>A. Grambal, P. Šilhan</i>	
KLINICKÉ A BIOCHEMICKÉ NÁLEZY U DELIRÍ	
VE FAKULTNÍ NEMOCNICI OLOMOUČ	168
<i>B. Mainerová, R. Horáček, J. Praško, T. Grosmanová, L. Blahut,</i>	
<i>M. Horáková, K. Látalová, D. Kamarádová, A. Grambal</i>	
HRV U BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY.....	170
<i>K. Látalová, J. Praško, T. Divéky, A. Grambal, D. Kamarádová</i>	
SYMPOSIUM SEKCE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ	
PSYCHIATRIE.....	174
<i>garant doc. Ivo Paclt</i>	
ADHD VE SPEKTRU NEUROVÝVOJOVÝCH PORUCH	174
<i>I. Drtílková</i>	
CIRKADIÁLNÍ RYTMY MELATONINU MĚŘENÉHO	
VE SLINÁCH A ANXIÓZNÍ PORUCHY U DĚTÍ	178
<i>I. Paclt, N. Čermáková</i>	

PREVALENCE AUTISMU A PROBLÉM NOVOROZENCŮ S VELMI NÍZKOU PORODNÍ VÁHOU	180
<i>M. Hrdlička, I. Dudová, Š. Beranová</i>	
INTOXIKACE MEDIKAMENTY – SUICIDÁLNÍ NEBO SEBEPOŠKOZUJÍCÍ JEDNÁNÍ?	183
<i>J. Koutek, J. Kocourková</i>	
VARIA II	186
RYCHLOST NÁSTUPU ÚČINKU ANTIPSYCHOTIK – POZNATKY A VÝZNAM PRO PRAXI	186
<i>I. Zedková, M. Hrdlička, I. Dudová, T. Urbánek</i>	
METAKOGNITIVNÍ TRÉNINK A JEHO VYUŽITÍ V DENNÍM STA- CIONÁŘI PRO PACIENTY S PSYCHOTICKOU PORUCHOU	189
<i>R. Smetanová, T. Szymanská, J. Bažant</i>	
VARIA III.....	191
PREVENCE SEBEVRAŽD V AMBULANTNÍ PSYCHIATRII	191
<i>V. Hyrman</i>	
VLIV NOVÝCH ZÁKONŮ ÚČINNÝCH OD R. 2012 NA PSYCHIATRICKOU PRAXI	194
<i>J. Švarc</i>	
TERAPEUTICKÉ VYUŽITÍ ČASOVÉ PERSPEKTIVY	198
<i>E. Bazínková</i>	
WORKSHOP POČÍTAČOVÁ DIAGNOSTIKA A POČÍTAČOVÁ REMEDIACE ADHD SYNDROMU	203
<i>garant prim. Miroslav Novotný</i>	
POČÍTAČOVÁ DIAGNOSTIKA ADHD	203
<i>T. Žilinčík</i>	
KOGNITIVNÍ REMEDIACE POMOCÍ TRÉNINKU PRACOVNÍ PAMĚTI.....	208
<i>P. Škobrtal</i>	

Neděle 10. června 2012..... 214

VARIA IV 214

FARMAKOTERAPIE HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI V ČASE . 214

A. Grambal, Z. Grambalová, D. Kamarádová, J. Praško

HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI A EMOCE V OBRAZE fMRI 218

A. Grambal, Z. Tüdös, Z. Grambalová, D. Kamarádová,

J. Praško, P. Hlušík

PREDIKTORY PSYCHOTERAPEUTICKÉ ODPOVĚDI

U PACIENTŮ S PANICKOU PORUCHOU V OBRAZE fMRI 222

A. Grambal, Z. Tüdös, T. Divéky, Z. Grambalová,

D. Kamarádová, K. Látalová, J. Praško, P. Hlušík

COGMED – POČÍTAČOVÝ TRÉNINK PRACOVNÍ PAMĚTI A

MOŽNÉ VYUŽITÍ K OVLIVNĚNÍ SYMPTOMŮ ADHD..... 227

M. Novotný

FUZZY PŘÍSTUP K URČENÍ PROTOTYPICKÉHO

PROTOKOLU MMPI-2..... 231

P. Škobrtal, I. Bečáková, J. Talašová

**WORKSHOP PŘEPIS TRAUMATICKÝCH A STRESOVÝCH
UDÁLOSTÍ Z DĚTSTVÍ U DOSPĚLÝCH PACIENTŮ 238**

garant prof. Ján Praško, doc. Klára Látalová

TRAUMA A STRESOVÉ UDÁLOSTI V DĚTSTVÍ A JEJICH

VLIV NA PSYCHOPATOLOGII V DOSPĚLOSTI..... 238

D. Kamarádová, T. Divéky, A. Grambal, A. Sandoval,

P. Havlíková, D. Jelenová, J. Praško

DĚTSKÉ TRAUMA JAKO PREDIKTOR ŠPATNÉ

TERAPEUTICKÉ ODPOVĚDI 241

P. Havlíková, A. Grambal, D. Jelenová, D. Kamarádová,

K. Látalová, Z. Sigmundová, J. Praško

FARMAKOTERAPIE U DOSPĚLÝCH PACIENTŮ, KTEŘÍ

ZAŽILI TRAUMATICKÉ UDÁLOSTI V DĚTSTVÍ..... 243

A. Sandoval, A. Grambal, P. Havlíková, D. Jelenová,

D. Kamarádová, K. Látalová, Z. Sigmundová, J. Praško

PŘEPIS DĚTSKÝCH TRAUMAT U DOSPĚLÝCH PACIENTŮ	246
<i>J. Praško, A. Sandoval, A. Grambal, P. Havlíková,</i>	
<i>D. Jelenová, D. Kamarádová, K. Látalová, Z. Sigmundová</i>	

POSTERY..... 250

SPEKTRÁLNÍ ANALÝZA VARIABILITY SRDEČNÍ FREKVENCE U PACIENTŮ S PANICKOU PORUCHOU VE SROVNÁNÍ SE ZDRAVÝMI KONTROLAMI	250
--	-----

*T. Divéky, J. Praško, K. Látalová, A. Grambal,
D. Kamarádová, P. Šilhan*

RIZIKO NEBEZPEČNOSTI U VYBRANÝCH SKUPIN DELIKVENTNÍ MLÁDEŽE.....	254
---	-----

S. Fischer, I. Žukov, R. Ptáček, M. Slavík

fMRI U PACIENTŮ S PANICKOU PORUCHOU PŘED A PO KBT LÉČBĚ.....	256
---	-----

*A. Grambal, Z. Tüdös, T. Divéky, Z. Grambalová,
D. Kamarádová, K. Látalová, J. Praško, P. Hlušík*

ROZDÍLY V DIAGNOSTICKÝCH POSTUPECH A LÉČBĚ NEMOC- NÝCH NA PSYCHIATRICKÉ KLINICE 1. LF UK A VFN V PRAZE A V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ DROMOKAITEIO V ATÉNÁCH ...	260
---	-----

D. Hadjipapanicolaou, I. Žukov, P. Kozelek

DELIRIUM NA CHIRURGICKÉ JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE	264
--	-----

*R. Horáček, J. Praško, B. Mainierová, T. Grosmanová, L. Blahut,
M. Horáková, K. Látalová, D. Kamarádová, A. Grambal*

ZMĚNY ENERGETICKÉHO METABOLISMU BUŇKY VLIVEM PSYCHOFARMAK A PSYCHIATRICKÝCH ONEMOCNĚNÍ	267
---	-----

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

PSYCHOLOGICKÁ A PSYCHIATRICKÁ PÉČE O DĚTI S NESPECIFICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY	269
--	-----

D. Jelenová, J. Praško

STIGMATIZACE PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ STUDENTY MEDICÍNY	271
--	-----

D. Jelenová, A. Sandoval, P. Havlíková, J. Praško

ZVLÁDÁNÍ AKUTNÍHO NEKLIDU U NEDOBROVOLNĚ PŘIJATÝCH NEMOCNÝCH V ROCE 2011 A 2004–2006	274
---	-----

L. Kališová, J. Vevera, A. Nawka, J. Raboch, skupina EUNOMIA

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE PANICKÉ PORUCHY VE SKUPINĚ	276
<i>D. Kamarádová, J. Praško</i>	
sLORETA NÁLEZY U PACIENTŮ S PANICKOU PORUCHOU PŘED A PO LÉČBĚ – SÉRIE KAZUISTIK	278
<i>D. Kamarádová, J. Praško, A. Grambal, T. Divéky</i>	
ZKUŠENOSTI S NAHLÍŽENÍM DO ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE PO PĚTI LETECH	281
<i>M. Kudláček</i>	
PSYCHOEDUKACE U BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY.....	283
<i>K. Látalová, J. Praško</i>	
DELIRIA NA KLINICE PSYCHIATRIE V OLOMOUCI V LETECH 2005–2011	285
<i>B. Mainerová, J. Praško</i>	
LÉČBA KOMPLIKOVANÉHO TRUCHLENÍ	287
<i>J. Praško, D. Kamarádová, A. Sandoval, P. Havlíková, K. Látalová</i>	
PŘEPIS TRAUMATICKÉ ZKUŠENOSTI V IMAGINACI	289
<i>J. Praško, A. Grambal, T. Divéky, D. Jelenová, D. Kamarádová, B. Mainerová, K. Látalová, Z. Sigmundová, K. Vrbová</i>	
MONOTERAPIE A POLYTERAPIE SCHIZOFRENIE A SCHIZO- AFEKTIVNÍ PORUCHY V KLINICKÉ PRAXI	292
<i>L. Sušilová, E. Češková</i>	
DVA TYPY ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ TEENAGERŮ....	295
<i>E. Vaničková, Z. Dušková, J. Votavová, V. Hynčica</i>	
VYUŽITÍ SKUPINOVÉ ARTETERAPIE V DENNÍM STACIONÁŘI PRO PACIENTY S PSYCHOTICKOU PORUCHOU	299
<i>H. Vojtišková, T. Szymanská, R. Smetanová</i>	
DENNÍ STACIONÁŘ PRO PACIENTY S PSYCHOTICKÝM ONEMOC- NĚNÍM – MOŽNÝ PROSTŘEDEK K „TERAPII COMPLIANCE“ V DLOUHODOBÉ ANTIPSYCHOTICKÉ LÉČBĚ	301
<i>K. Vrbová, B. Talová, A. Sandoval</i>	
ZKUŠENOSTI S ADDENBROOKSKÝM KOGNITIVNÍM TESTEM (ACE-R) U GERONTO-PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ	304
<i>I. Žirková, R. Žirko, J. Bažant, Z. Pavelková</i>	

ÚVODNÍ SLOVO

Údajně žijeme v postindustriální společnosti, ve které se ekonomická transformace projevuje přechodem z ekonomiky založené na výrobě na ekonomiku založenou na službách, rozšířením národního a globálního kapitálu a masovou privatizací. Tradiční jsou opomíjeny, mění se civilizační řád. Bill Gates tvrdí, že budoucnost je nejlépe si vymyslet. Tento vývoj začíná narážet na neochotu mnoha lidí tento způsob žití přijmout. Mnozí se začínají ptát po smyslu toho všeho.

Od roku 2008 se rozvíjí globální finanční krize, která se naštěstí zatím našemu státu částečně vyhýbá, avšak celosvětově má zásadní důsledky v duševním zdraví lidstva. Opět začíná přibývat počet dokonaných sebevražd. WFMH vyhlásila za hlavní téma letošního Světového dne duševního zdraví 10. 10. 2012 slogan „Deprese: globální krize“. Duševní poruchy se stávají bezpochyby stále častější. Přispívá k tomu též prodlužující se věk dožití, ale také měnící se životní styl, mezilidské vztahy, zevní prostředí. Světová zdravotnická společnost odhaduje, že do roku 2030 budou neuropsychiatrické poruchy nejvýznamnější zdravotní zátěží lidstva. Veřejnost i hlavní hráči z oblasti zdravotnické politiky si tuto skutečnost čím dále tím více uvědomují a připouští, že do tohoto velmi významného sektoru je třeba více investovat jak pozornosti, tak finančních prostředků. Nedávné zasedání OECD v Paříži bylo věnováno tématu ekonomiky a struktury psychiatrické péče.

Na našem sjezdu budeme mít výjimečnou možnost konfrontovat tyto skutečnosti a diskutovat se známým astronomem, s vedoucími českými politiky i plátcí zdravotní péče, stejně jako se špičkovými zahraničními odborníky zabývajícími se problematikou biorytmů a chronobioterapií a samozřejmě se všemi předními českými i některými slovenskými psychiatry.

Jsme rádi, že se scházíme opět nejen s kolegyněmi a kolegy z oboru, ale také s našimi sestřičkami, se zástupci patientských a příbuzenských organizací, které by měly a budou hrát čím dále tím větší roli v rozvoji našeho oboru a péče o osoby s duševní poruchou. S měnícími se společenskými a ekonomickými změnami vyžaduje i struktura námi poskytované péče další změny. Právě tento rok se zdá být pro rozvoj oboru ve výhledu do roku 2020 velmi významný.

Náš sjezd, který probíhá pod záštitou Světové psychiatrické společnosti a 1. LF UK v Praze, bude též do určité míry přípravou na mezinárodní konferenci WPA, která se bude konat 17.–21. 10. 2012 v Praze pod záštitou předsedkyně Parlamentu ČR.

Přeji všem účastníkům hodně zajímavých a obohacujících zážitků jak odborných tak společenských i lidských.

prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

předseda Psychiatrické společnosti ČLS JEP
Česká psychiatrická společnost o. s.

VĚDECKÝ PROGRAM

Pátek 8. června 2012			
	Kongresový sál	Kinosál	Modrý salónek
08.00–09.30	Symposium Psychofarmakologické sekce Předsedající doc. Oldřich Vlnař	Symposium Varia I Předsedající prof. Petr Weiss	Panelová diskuze Rozvoj psychiatrické péče v ČR Předsedající prof. Jiří Raboch
09.30–09.45	přestávka		
09.45–10.45	Plenární přednáška prof. Anna Wirz-Justice Circadian rhythms are important for health		
10.45–11.00	přestávka		
11.00–12.30	Symposium Sekce pro psychiatrickou sexuologii Předsedající prof. Alexandra Žourková	Symposium Sekce gerontopsychiatrické Předsedající doc. Roman Jirák	Workshop Chronobiologická léčba I Předsedající prof. Anna Wirz-Justice, prof. Jiří Raboch
12.30–12.45	přestávka		
12.45–14.15	Satelitní symposium Pfizer		
	oběd • výstava • postery		
14.15–14.30	přestávka		
14.30–16.00	Symposium Společnosti pro návykové nemoci Předsedající prim. Petr Popov	Symposium Sekce poruch příjmu potravy Předsedající prof. Hana Papežová	Symposium nelékařského zdravotnického personálu Předsedající Bc. Zuzana Fišarová
16.00–16.15	přestávka		
16.15–17.30	Valná hromada PS		Workshop Chronobiologická léčba pro nelékařský zdravotnický personál Předsedající Dr. Vivien Bromundt, Božena Bendová
17.30–17.45	přestávka		
17.45–19.15	Symposium Sekce soudní psychiatrie Předsedající doc. Karel Hynek	Symposium Sekce ambulantní psychiatrie Předsedající Dr. Erik Herman, Dr. Juraj Rektor	Workshop Zvýšený dohled Předsedající doc. Jan Vevera, Bc. Zuzana Fišarová
19.15–19.30	přestávka		
19.30–21.00	Satelitní symposium Janssen-Cilag		

Sobota 9. června 2012			
	Kongresový sál	Kínosál	Modrý salónek
08.00–09.30	Symposium Sekce biologické psychiatrie Předsedající doc. Ladislav Hosák	Symposium Agresori, hrdinové a oběti Předsedající doc. Jan Vevera	Workshop Komplikované truchlení a jeho léčba Předsedající prof. Ján Praško, doc. Klára Látalová
09.30–09.45	přestávka		
09.45–10.45	Plenární přednáška RNDr. Jiří Grygar Století panspermie		
10.45–11.00	přestávka		
11.00–12.30	Symposium České neuropsychofarmakologické společnosti Předsedající prof. Eva Česková	Symposium Sekce sociální psychiatrie Předsedající Dr. Ondřej Pěč	Workshop Sedm smrtelných hříchů z hlediska psychiatrie: Lenost Předsedající prof. Ján Praško, Dr. Pavel Doubek
12.30–12.45	přestávka		
12.45–14.15	Satelitní symposium Medicom		
	oběd • výstava • postery		
14.15–14.30	přestávka		
14.30–16.00	Symposium Psychiatrické kliniky VFN Praha Předsedající prof. Jiří Raboch	Symposium České psychoterapeutické společnosti Předsedající Dr. Jiří Berka	Symposium zástupců uživatelů péče Předsedající doc. Jan Vevera
16.00–16.15	přestávka		
16.15–17.45	Symposium Psychiatrické kliniky FN Hradec Králové Předsedající prim. Ivan Tůma	Symposium Sekce lůžkové psychiatrie Předsedající prim. Jan Tuček	Workshop Fenomenologická metoda při práci se sny Předsedající Dr. Michal Kryl
17.45–18.00	přestávka		
18.00–19.30	Symposium Psychiatrické kliniky FN Olomouc Předsedající prof. Ján Praško, doc. Klára Látalová	Symposium Sekce dětské a dorostové psychiatrie Předsedající doc. Ivo Paclt	Workshop OSPDN
19.30–19.45	přestávka		
19.45–21.15	Symposium Varia II Předsedající prof. Eva Česková	Symposium Varia III Předsedající prim. Petr Popov	Workshop Počítačová diagnostika a počítačová remediace ADHD syndromu Předsedající prim. Miroslav Novotný

Neděle 10. června 2012			
	Kongresový sál	Kínosál	Modrý salónek
08.30–10.00	Soutěž o Cenu výboru PS		
10.00–10.30	přestávka		
10.30–12.00	Symposium Varia IV Předsedající Dr. Aleš Grambal, prim. Miroslav Novotný		Workshop Přepis traumatických a stresových událostí z dětství u dospělých pacientů Předsedající prof. Ján Praško, doc. Klára Látalová

SYMPÓZIA

Pátek 8. června 2012

SYMPOSIUM PSYCHOFARMAKOLOGICKÉ SEKCE: JAK BUDEME LÉČIT ZA DESET LET A BUDOUCNOST NEUROPSYCHOFARMAKOLOGIE

garant doc. Oldřich Vinař

ČÍM BUDEME LÉČIT ZA DESET LET DEPRESI A ÚZKOST?

C. Höschl

Psychiatrické centrum Praha, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Česká republika

Summary

HOW WILL WE TREAT DEPRESSION AND ANXIETY IN TEN YEARS?

Development of new antidepressants and anxiolytics is damped among other things by doubt whether the current animal models of depression and anxiety can transcribe also other than monoaminergic mechanisms of action. Based on the knowledge of neurobiology of depression and anxiety the attempts to influence these phenomena involve modulation of CRF system (alertness, anxiety, sexual behaviour, sleep, stress response), vasopressin (antagonists of VP receptors reduce depression in rodents), glucocorticoid receptors (GR2 and GR1), neurokinin receptors (NK1 antagonists reduce the effect of stress; blockade of NK1 leads to hippocampal neurogenesis), activation of neuronal growth factors (BDNF), use of phosphodiesterase (PDE) inhibitors in depression (rolipram exerted antidepressant effect), modulation of glutamatergic transmission (prominent antidepressant effect of ketamine), and study of the role of hypothalamic peptides in depression (MCH-Melanin Concentrating Hormone; hypocretin – orexin; neuropeptide Y; melanocortin and CART-cocaine and amphetamine regulated transcript). Opioid receptors and ligands of cannabinoid CB1 receptors are also paid attention as well as cytokines (cf. similar phenomenology of some viruses and depression) and galanin. Inhibitors of histone deacetylase (HDAC) and tissue plasminogen activator tPA are also studied. New findings in immune-neural systems interaction put vaccination back into the game. Besides psychopharmacological modalities also stimulation techniques (DBS-deep brain stimulation, rTMS – transcranial magnetic stimulation, VNS – n.vagus stimulation), and other non-pharmacological interventions will be employed.

Key words: depression, anxiety, treatment, future perspectives

Dosavadní léčba deprese i úzkosti je z farmakologického hlediska zaměřena především na serotonin, jenž hraje důležitou roli v regulaci deprese, úzkosti, částečně také v modulaci psychóz, agresivity, spánku, diurnálních rytmtů, příjmu potravy, sexuálních funkcí a v neposlední řadě i osobnostních rysů (Cloninger 1987). Neuronální okruhy nálady však zahrnují i oblasti a spoje v mozku, jež jsou obsluhovány jinou než serotonergní transmisí. Zahrnují *frontální kůru, nucleus acumbens, amygdalu, hippocampus, hypothalamus, přední tegmentální oblast, raphe dorsalis, locus coeruleus* aj. Jejich spoje jsou mj. glutamatergní, gabaerní, dopaminerní a peptidergní. Jejich modulace proměňují kognitivní aspekty jako paměť a příznaky jako beznaděj, bezmocnost, sebeobviňování, sebevražedné tendence aj. Ty, jež souvisejí s averzivní a odměňovací reakcí, modulují anhedonii, úzkost a úroveň motivace. Zapojení hypothalamu implikuje též regulaci spánku, chuti k jídlu, energie a sexuálního chování. *Lc. coeruleus* zodpovídá za vegetativní „adrenalinovou“ reakci.

Vývoj nových antidepresiv je brzděn především tím, že se neví, zda dosud používané animální modely mohou zachytit jiné než monoaminerní mechanismy antidepresivního účinku. Klinické studie jsou extrémně drahé a ekonomicky riskantní. To zvyšuje práh odvahy farmaceutických firem jít do neznáma. Firmy proto snižují riziko podnikání mícháním nového mechanismu se starým (serotoninovým). Profit antidepresiv typu SSRI a SNRI byl tak vysoký, že demotivoval tvůrce pouštět se do rizika hledání něčeho nového. Nicméně ruku v ruce s končícími patenty motivace k inovaci opět stoupá. Stále však nemáme dobrý genetický model pro depresi. Dosavadní animální modely vycházejí ze stresu *zdravých* zvířat.

Z dosavadních neurobiologických poznatků o depresi a úzkosti pocházejí snahy ovlivňovat klinicky tyto fenomény modulací systému CRF (bdělost, úzkost, sexuální chování, spánek, stresová osa), vasopresinu (VP se nachází v amygdale a lůžkovém jádru striae terminalis – BNST; v některých pokusech antagonisté VP rec. snižují depresi u hlodavců), glukokortikoidních receptorů (GR2 a GR1), modulací neurokininových receptorů (NK1 antagonisté snižují účinky stresu a blokáda NK1 vede k hipokampální neurogenезi), působením nervových růstových faktorů (BDNF), využitím inhibitorů fosfodiesterázy PDE u deprese (rolipram vskutku působil antidepresivně), studiím glutamatergní transmise u deprese (výrazný antidepresivní efekt ketaminu), studiím významu hypothalamických peptidů u deprese (MCH-melanin koncentrující hormon; hypokretin – orexin; neuropeptid Y; melanokortin a CART-cocaine and amphetamine regulated transcript).

Exploruje se také směrem ke studiu opioidních receptorů a k ligandům cannabinoidních CB1 receptorů. Svou úlohu sehrávají také cytokiny (podobná symptomatika u některých viróz a deprese) a galanin. Zkoumají se také inhibitory histondiacetylázy (HDAC) a tkáňový plazminogenový aktivátor tPA. Nové poznatky interakce mezi imunitním a nervovým systémem opět vrací do hry vak-

cinaci, a to nejenom ve snaze ovlivnit příznivě demenci Alzheimerova typu, ale i bolest či závislost na kokainu.

Terapeuticky se kromě uvedených pokusů o lékové inovace v nejbližších letech projeví též techniky stimulační (DBS), imunomodulace, a další nefarmakologické postupy (rTMS, VNS aj.).

JAK BUDEME LÉČIT V ROCE 2022 ALZHEIMEROVU NEMOC A BUDOUCNOST NEUROPSYCHOFARMAKOLOGIE

O. Vlnář

Samostatná psychiatrická ordinace, Praha, Česká republika

Summary

THE TREATMENT OF ALZHEIMER'S DISEASE IN 2022 AND THE FUTURE OF PSYCHOFARMACOLOGY

The predictions are made usually by extrapolating the past history up to the present. Nevertheless the history repeats itself under new and sometimes unexpected conditions.

One of the important current trends can be seen in the finding of significant similarities between chronic depressive episode, which began as the first one, when the patient is 65 years old or older, and Alzheimer's disease which seems to be a continuation of the depression. The similarities can be found not only in the clinical course but also in endocrinological and immunological biomarkers. The similarities appear also in the surprisingly fast therapeutic effects of TNF 10 blockers. The concept of involutional melancholia may come back with new justification.

This example serves as a challenge to a reevaluation of the current nosological classification and to broaden the concept of interdisciplinarity among neurophysiology, endocrinology and immunology with emphasis on the common link, which is binding of ligand to its receptor. Neurotransmitter, drug, hormone and antigen are just ligands in this respect.

Předpovídat budoucnost se zpravidla daří, jestliže extrapolujeme dosavadní vývoj, tedy minulost, do budoucna. Hlavní nesnáž takové extrapolace spočívá v tom, že nemůže předvídat, zda podmínky, které determinovaly minulost, budou platit i v budoucnosti. K pádu paradigmatu přispívá objev něčeho nového, zpravidla neočekávaného a takový objev se tedy nesnadno předvídá. O objevu mluvíme, když odhalíme něco, co zde už bylo před naším objevem, ale nevědělo se o tom. Tak byla objevena pevnina kolem jižního pólu nebo mikrobi a buňka. Ty byly objeveny díky vynálezu mikroskopu.

Když syntetizoval Paul Charpentier chlorpromazin, nebyl to objev, ale vynález. Před touto syntézou chlorpromazin v přírodě nebyl. Objevem byl teprve jeho

antipsychotický účinek a objevitelé nedostali Nobelovu cenu, protože se chirurg Laborit přel o prioritu s psychiatry Delayem a Denikerem.

Historie psychofarmakologie je historií spolupráce vynálezců a objevitelů. Když se vynálezce (chemik) dozví o účinku svého vynálezu (léku), udělá na základě této zkušenosti nový vynález a syntetizuje obdobnou molekulu – třeba jen proto, aby syntéza byla jednodušší a její výroba levnější. Stává se, že – ať z jakýchkoli důvodů nově syntetizovaná molekula působí na jiné příznaky nebo na jinou nemoc, než ta, která jí byla vzorem.

V průběhu let se stále více ukazovalo, že nejlepším zdrojem pro inspiraci vynálezců a objevitelů je zkoumání, proč lék způsobuje to, co způsobuje, tedy výzkum jeho mechanismu účinku. Otázku, jak je to možné, že působí na psychiku, nechali psychiatři filosofům, protože její řešení vyžaduje přeskočit „propast“ mezi mozkem a duší. Tato propast zeje nadále a vytváří tak dvě kultury nebo dokonce dva světy C. P. Snowa (Schatz 2012).

Pokládám za pozoruhodné, že to byly zpravidla nežádoucí účinky psychofarmak, které otevřely cestu k objevení jejich mechanismu účinku. Neuroleptika (antipsychotika I. generace) vyvolávají extrapyramidové příznaky a o těch víme, že souvisí se sníženou aktivitou dopaminergních struktur mozku. Usoudíme tedy, že antipsychotika inhibují dopaminové receptory. Reserpin byl sice zaveden jako antihypertenzivum, ale brzo se začal uplatňovat i jako antipsychotikum. V interním lékařství však vyvolával depresivní poruchu a mnozí nemocní končili sebevraždou. Při hledání příčin této vážné komplikace se přišlo na to, že podávání reserpinu vede k vylučování hydroxyindolactové kyseliny močí. Tato kyselina je produktem odbourávání serotoninu. A byl tu objev: nedostatek serotoninu může být příčinou deprese.

Při mém předvídání vývoje nových psychofarmak se soustředím především na vývoj léků užitečných pro léčbu kognitivních poruch. Konec konců, i zde vedla cesta k objevům přes nežádoucí účinky. Anticholinergika, např. skopolamin nebo trihexyfenidyl při akutním podání ve vyšší dávce vyvolají zmatenost, často i delirium. Při chronickém podávání vyvolávají poruchu kognitivních funkcí, kterou jsme nazývali demence. Myšlenka, že kognitivní funkce jsou v pořádku, je-li dostatek acetylcholinu, byla tedy nasnadě a inhibitory acetylcholinesterázy se staly součástí farmakologického armamentária, kterým brzdíme progresi Alzheimerovy nemoci.

Nepokládám za překvapující, že k odhalení mechanismu účinku antipsychotik přispěly jejich nežádoucí účinky. Projevy extrapyramidového syndromu jsou především tělesné a při hledání přírodovědecké kauzality nepřekračujeme onu pomyslnou propast mezi tělem a duší. O pokrok ve výzkumu antidepresiv se postaraly zase užitečné modely deprese u laboratorních zvířat – zároveň však výzkum omezily na dlouhá léta na oblast monoaminů (Holtzheimer et al. 2010).

Význam amyloidu v patogeneze Alzheimerovy nemoci je sice nepochybný, jeho význam pro hledání nových terapeutických možností byl však pravděpodobně

přeceněn – nebo aspoň nevedl k úspěchu, který by byl prakticky užitečný. Amyloid zůstává ve hře jako biomarker, není však dost spolehlivý jako prediktor. Metaanalýza nálezů u 10 000 nemocných potvrdila jistý, ale nevelký predikční potenciál nízké koncentrace amyloidu beta 42 a vysoké koncentrace amyloidu beta 40 v krvi (Kayama 2012), samotný autor této studie však vyzývá k hledání lepších prediktorů.

Alzheimerova nemoc se vyskytuje jednak poměrně vzácně jako jasné hereditární onemocnění, kde lze na rodokmenu vysledovat, že se dědí podle Gregora Mendela a přenáší ji jeden mutovaný gen. Zde je dnes naděje, že budeme umět genom nemocných s vysokým rizikem onemocnění opravit. U většiny nemocných podobně jasnou hereditu nenacházíme. Pokud jde o jejich genetickou podmíněnost, jde o kombinaci mnoha genů a „multifaktoriální“ vliv prostředí. Možnost technologického řešení genovou manipulací vede k určitému optimizmu a zvýhodňuje tedy nemocné, kde medicína dosud skládala zbraně. Na druhé straně – poučení např. výsledky prevence metabolického syndromu – zůstáváme skeptičti k prevenci změnou stylu života stárnoucích lidí třeba zvýšením věku odchodu do důchodu a jejich přesvědčováním, že se nikdy nesmějí přestat něco nového náročného učit a že musí zůstat psychicky a fyzicky aktivní. Lidem na zaslouženém odpočinku budeme proto implantovat do mozku elektrody, které budou udržovat mozek v aktivitě pomocí elektrických impulzů z baterie zašité pod kůži.

V posledních letech pozorujeme vpád – nebo spíš návrat – fyzikálních terapeutických metod. Místo elektrických šoků máme elektrokonvulze mitigované anestetiky a myorelaxanciemi, rTMS, stimulaci bloudivého nervu (VNS) a hlubokou mozkovou stimulaci (DBS). Parkinsonovu nemoc nereagující na dopaminergní farmakoterapii lze léčit elektrickou stimulací mozku z implantovaných elektrod a něco podobného má úspěch i u Alzheimerovy nemoci. Dočkáme se možná toho, že elektrody implantované do mozku budou běžné tak, jako jsou dnes běžné kardiostimulátory. Tak jako chirurgové dnes okupují významnou část kardiologie, budou pravděpodobně neurochirurgové hrát významnou roli při terapii duševních poruch. Asi se tomu však nebude říkat psychochirurgie.

Chemie a psychofarmaka však nebudou z terapie vyřazována. Dráty, vedoucí k implantovaným elektrodám, nemusí vést jen elektrické potenciály. Mohou být nahrazeny ultratenkými kanyly, chemitrodami, kterými budou cíleně do určitých oblastí centrálního nervového systému dodávány chemické substance – neurotransmitéry, enzymy, hormony nebo psychofarmaka.

Víc otázek než odpovědí nám kladou nálezy, podle kterých má na terapeutický účinek antihistaminikum dimebon (Doddy et al. 2008) nebo candesartan, blokátor receptoru pro angiotensin. Nejde při tom o příznivý důsledek snížení krevního tlaku. V kontrolovaném klinickém srovnání (Hajjar 2012), nebyl rozdíl v účinku na krevní tlak mezi candesartanem, ACE inhibítorem lisinoprilem a hydrochlorothiazidem. Vysvětluje se to tím, že candesartan neinhibuje

receptory angiotenzinu typu 2 v mozku, ale selektivně jen typ 1, zatímco lisinopril inhibuje oba typy. Jakým mechanismem zlepšuje zachovaná aktivita receptoru typu 2 naše exekutivní funkce?

Výzkum mající za cíl syntézu nových kognitiv se pohnul rychleji kupředu, když jsme se přestali soustřeďovat jen na boj proti amyloidu v mozku a na větší nabídku acetylcholinu na jeho receptorech. K překvapivému vykročení jiným směrem došlo, když Edward L. Tobinick a H. Gross (2008) začali podávat intrathekálně etanercept, který inhibuje cytokin TNF-alfa. Dosahují dramatického zlepšení kognitivních funkcí během minut i u nemocných s pokročilou demencí. Podobným překvapujícím objevem bylo superrychlé antidepresivní působení intravenózně podaného ketaminu (Zarate et al. 2008), který je t.č. ve 2.fázi klinického hodnocení organizovaného NIMH v USA.

Tyto dva objevy nespojuje jen překvapující rychlý terapeutický účinek a překročení hranic oblastí, ve kterých se do té doby viděl mechanismus účinku kognitiv a antidepresiv. Místo amyloidu a degenerace je tu najednou zánět a místo monoaminů glutamát. Obdobnost obou událostí může mít i hlubší kořeny a důsledky. Také symptomy depresivní poruchy dnes totiž rychle odstraníme inhibicí TNF-alfa a Alzheimerovu nemoc léčíme memantinem, který je smíšeným agonistou-antagonistou NMDA receptoru.

Dojde-li k první episodě depresivní poruchy po 65. roce života nemocného, je zde velké riziko, že deprese přejde do obrazu Alzheimerovy nemoci. Porucha zpětné vazby mezi vysokou koncentrací kortikotropin-releasing hormonu a útlumem jeho syntézy je u obou těchto onemocnění obdobná. Nově se ukazuje, že depresivní nemocní i bez kognitivního deficitu mají v likvoru nižší koncentraci amyloidu beta-42, což je biomarker Alzheimerovy nemoci a znamená, že v mozku je vyšší počet plak (Pomara et al. 2012). Znovu se tak vynořuje kdysi už zažehnaný přízrak involuční melancholie.

Pojem involuční melancholie, (asi si pro ni najdeme jiné jméno) je modelem a východiskem pro další úvahu. Deprese je afektivní poruchou, demence je poruchou kognitivních funkcí. Připomíná to kraepelinskou dichotomií afektivních – periodických poruch a chronických poruch progredujících k *dementia praecox*. Měsíce a léta trvající psychofarmakologická léčba pravděpodobně přispěla k tomu, že dnes máme mnoho chronických depresí na jedné a periodicky probíhajících schizofrenií na druhé straně. Často je pak přejmenováváme na schizoafektivní. Neplatí už „etiologická“ klasifikace duševních poruch, které jsme třídili na organické, psychogenní a endogenní. Za tou endogenností se viděla především heredita. S organicitou souviselo mínění, že každá organická změna vyvolá poruchu kognitivních funkcí a to dnes jejich pečlivé vyšetřování potvrzuje. Dnes je všechno organické a všude nacházíme kognitivní deficit, i když nepatrný. Deficit hmoty mozku vidíme i u poruch psychogenních, kterým jsme dříve říkali neurosy: Genetickou disposici – i když zdaleka ne vyvolanou jediným genem – předpokládáme vždy a hektický život moderní společnosti plný tzv. stresu umožňuje psychogenní „spouštěč“ najít vždy.

Budoucnost psychofarmakologie do značné míry závisí na tom, jak budeme duševní poruchy třídit, protože do klinického hodnocení musíme zařazovat nemocné podle jejich symptomatologie a průběhu. Třídit bychom však měli podle znaků, které jsou „objektivní“ a o kterých je dobrá shoda. „Objektivní“ jsou zpravidla znaky, které registrujeme přírodovědeckými metodami (EEG, biochemie, funkční magnetická rezonance atd.). O shodě rozhoduje konvence prosazená autoritami vědního oboru. Ke shodě dochází díky verbální komunikaci a jde o to, aby diskutující nazývali stejnými slovy to, o čem hovoří. Aby si rozuměli, musí mít stejná slova pro to, co jimi pojmenovávají. Nesnáz při hledání konsenzu už může začínat tím, že Češi, Slováci a Rusové mluví o *duševních* nemocech, tedy o nemocech *duše*. Také Němci mají *Geisteskrankheiten*. Angličané a Francouzi mají *mental disorders*. Anglické *mind* překládáme raději jako *mysl* a ne jako *duše*. I když *mysl* souvisí s *myšlením*, není tak dokonale očištěna od příměsí něčeho emočního, jako tomu je v případě rozumu a racionality. *Teorie mysli je* je blíží přírodovědeckému pojetí než psychologie a dominují v ní kognitivní aspekty psychiky. *Menatlista* v detektivkách supluje za geniálně se vciťujícího psychiatra.

Často vzdáváme úsilí přesněji definovat základní pojmy, se kterými denně pracujeme. Máme jen operacionální definice toho, co je to zdraví a nemoc. Světová zdravotnická organizace se zhostila úkolu definovat bolest tak, že stanovila, že bolest je to, co pacient nazývá bolestí. Očekávám, že k podobnému závěru dospěje diskuse o tom, co je to únava.

Královnou přírodních věd je fyzika, která taky nedovede dobře definovat, co je to hmota. Aby si roztrídila jsoucno, hledala a nalézala stále menší částičky hmoty, na kterou ji lze rozložit – molekuly, atomy, elektrony a celý subatomární svět kvarků. Co je takovým nejmenším elementem psychiky, pokud psychiku pokládáme za jeden z projevů činnosti mozku? Nejmenším elementem nervové činnosti je reflex, tedy reakce na podnět – a jsme u klasického behaviorismu. Přidáme-li k reflexu reflex podmíněný, máme Pavlovovu vyšší nervovou činnost.

V těchto základních elementech není oddělena afektivita od kognitivních funkcí. Motorem je vrozený pud, instinkt, touha po potravě nebo po rozmnožování. Nepodmíněný reflex je pudovým chováním, které nemusí být účelné a „chytřé“. Kognitivní začíná až při spojování nepodmíněného podnětu s podmíněným. „Chytrý“ Pavlovův pes rozeznal elipsu od kružnice. Pavlov ovšem nemluvil o inteligenci psů, ale o vnitřním útlumu. Zjednodušeně řečeno, kognitivní aspekt je dán tím, jaký výkon musel živý tvor na cestě ke svým pudovým cílům. Dosažení cíle je odměnou. Odměna je příjemná a vede k euforii, špatnou náladu máme, když se to nedaří. Ukojení pudu a odměna jsou jen možnými popisy těchto dějů.

Naše nosologie nestojí na třídění skupin podobných elementů. Nevytváříme skupiny, jejichž členové si jsou co nejvíc podobné a co nejvíc se liší od elementů zařazených do jiné skupiny. Věci se mohou podobat nebo lišit velikostí, bar-

vou nebo svou teplotou. Mluvíme o kritériích *divisionis*. Naše nosologická klasifikace zatím třídí klobouky na zelené, tvrdé a nové. Konsensus o kritériích není snadný a diskuse o nich trvají desetiletí, ne-li staletí. Spokojujeme se proto většinou tříděním, které splňuje účel, pro který třídíme. Nemoci bychom měli třídit především proto, aby to pomohlo stanovit indikace pro léčbu. Pokud jde o psychofarmaka, měla by klasifikace nemocí pomoci najít „správný lék pro správného nemocného“. Podivuhodné lékové kombinace, kterými většinou léčíme a diskutujeme o off-label medikaci ukazují, že se současnou klasifikací duševních poruch není něco v pořádku.

Poruchy paměti jsou významnou součástí kognitivních poruch. Paměť však nemá jen nervový systém. Nedávno bylo zjištěno, že T-buňky v kůži chrání před virovou infekcí lépe než cirkulující T-lymfocyty. Tento objev byl publikován v dubnu 2012 pod názvem Vzpomínky zapsané hluboko v kůži (*Memory is skin deep*). V paměti imunitního systému je pravděpodobně uloženo víc paměťových stop než v nervovém systému. Při Alzheimerově nemoci nacházíme poruchy v nervovém i imunitním systému.

Uvažujeme-li o paměti jako o něčem, co patří k funkcím jak nervového, tak imunitního systému, vynořuje se nový úhel pohledu. Scéna je přerámovaná do širšího rámce a díky novému kontextu se stávají zjevnými jiné souvislosti. Imunitní a nervový systém jsme od sebe oddělili kvůli fragmentaci vědních disciplín podle metod, kterých používají. Je však třeba vzít na vědomí, že organizmus má jediný regulační systém. Jeho významným společným jmenovatelem je vazba ligandu na vazebné místo receptoru. Ligandem jsou neurotransmitéry, hormony, antigeny, atd. V. Laufberger jim říkal působky. Ligandem jsou také benzodiazepiny a tetrahydrocannabinol. Psychofarmakologie se bude rozvíjet v takto rozšířeném rámci, který bude používat jinou terminologii, jiný slovník, než který používáme dnes.

Literatura

Doody, R. S. Gavrilova, S. I., Sano, M., Thomas, R. G., Aisen, P. S., Bachurin, S. O., Seely, L., Hung, D.: Effect of dimebon on cognition, activities of daily living, behaviour, and global function in patients with mild-to-moderate Alzheimer's disease: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Lancet* 2008, 372:207-226.

Holtzheimer, O. E., Mayberg, H. S.: Stuck in a Rut: Rethinking depression and its treatment. *Trends Neurosci.*, 2010, 34:1-9.

Kayama, A., *Arch.Neurol.* March 26, 2012.

Pomara, N. *Amer.J.Psychiat.* March 28, 2012

Schatz, G.: The endangered bond. *Science* 335,635,2012.

Tobinick, E. L., Gross, H.: Rapid cognitive improvement in Alzheimer's disease following perispinal etanercept administration. *J. Neuroinflammation* 2008, 5:2.

Zarate, C. A., Jr., Singh, J. B., Carlson P. J., Brutsche, N. E., Ameli, R., Luckenbaugh, D. A., Charney, D. S., Manji, H. K.: A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant major depression. *Arch.Gen.Psychiat.* 2006, 63:856–864.

PROBLÉMY S KLASIFIKACÍ MKN-10 U SEXUÁLNÍCH DEVIACÍ

M. Borzová, Ž. Herrová

Sexuologické oddělení, Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod, Česká republika

Summary

PROBLEMS WITH THE ICF-10 CLASSIFICATION IN SEXUAL DEVIATIONS

This paper is focused on criticism of the contemporary International Classification of Diseases ICD-10 regarding the diagnosis of sexual deviations. Gives alternative for diagnosing these anomalies and explains the necessity of change of the classification, the necessity of replacing listing of symptoms in sexual deviations by the evolutionary model, which is based on results of studies of sexual behavior, thus the sexual modular system.

Key words: *classification, diagnosis, sexual deviation, evolutionary psychology, modular systems*

Cílem tohoto příspěvku je poukázat na nesmyslnost MKN-10 u sexuálních deviací, poukázat na potřebu nové klasifikace a uvést důvody, proč považují náš návrh za rozumnou alternativu současné klasifikace.

MKN-10 je založena na jevové stránce sexuálních deviací. Nespokojíme se s tím, aby samotné symptomy nahrazovaly diagnózu, a to z několika důvodů: neřekne nám to nic o mechanismu deviace daného člověka, o jeho nebezpečnosti, ani o jeho léčbě či prognóze. Symptomy nejsou specifické, ten samý symptom se může projevit u různých deviací a stejně tak se daná deviace s nějakým mechanismem může projevit různými symptomy.

Z evoluční biologie jsou známy pojmy modul a modulární systémy. Modulární systémy u člověka tvoří základnu lidské psychiky a jsou vrozené. Lidský život probíhá tak, že člověk naplňuje tyto modulární systémy. Jedním z nich je sexuální modulární systém (SMS). V sexodiagnostice vyšetřujeme zvlášť jednotlivé komponenty SMS (moduly) – atraktivitu, proceptivitu, nekoitální akceptivitu, koitální akceptivitu a přechody mezi těmito komponentami. Proto svůj model diagnostiky označujeme jako evoluční model.

Systémovou teorii sexuality vytvořili v 60. až 80. letech 20. století Freund a Madlafousek. Kolářský ji dál rozvíjel a vycházel z jejich díla, které bylo v té době uznáváno i zahraničními odborníky.

Atraktivita dle Kolářského znamená vábení všech příslušníků opačného pohlaví zdůrazněním signálů své pohlavní příslušnosti, proceptivita je svádění toho-

to určitého partnera. Muž se naparuje, jakoby se zvětšuje, dělá se chytřejší, schopnější, úspěšnější, vtipnější, žena se jakoby zmenšuje, dělá se bezradnější, dává najevo, že potřebuje mužovu pomoc, mluví tenčím hlasem, směje se jeho vtipům. Běžně se podceňuje význam atraktivity a proceptivity v sexuálním vzrušování, protože se za sex považuje pouze vzrušení a chování v genitální fázi. Chtěla bych také vyzdvihnout význam cudnosti ve fázi proceptivity. Cudnost nemá za cíl „oddálení vzrušení“, jak si to mnozí myslí, ale se evolucí vyvinula jako součást SMS, a i při necitěné erekci je falometricky prokázáno zvýšení překrvení genitálu jako odpověď na takový podnět. Proč se cudnost vyvinula, se s jistotou neví, ale dr. Kolářský vysvětluje zakrytí genitálu jako opatření proti habituaci ze stálého vidění nahoty u pleistocenních lidí. Nekoitální a koitální akceptivitu a konceptivitu souhrnně nazýváme genitalitou a v této fázi jsou již intimní části těla a genitál přístupný pohledu a dotykům, následuje genitální spojení a nakonec orgasmus.

Naplnění jednotlivých motivačních stavů je pro člověka příjemné, navozuje to pocit štěstí. Naplnění jednoho modulu pak dále vyvolává apetenci po naplnění dalšího modulu v daném modulárním systému.

V časopise Psychiatrie z r. 2009 jsem narazila na článek profesora Libigera, kde kritizuje MKN-10 a jeho důvody sdílím. Aby byla diagnóza užitečná, měla by označovat skutečně existující stav, měla by pomáhat rozhodnout o dalším postupu, předpovídat průběh, prognózu, odpověď na léčbu, a měla by mít alespoň hypotetický vztah k etiologii. Současná klasifikace tím, že je založena pouze na jevové stránce sexuálních deviací, je chaotická a není ničím podložena, teorie sexodiagnostiky je podložena evoluční psychologií a výzkumy Freunda, Madlafouska a Kolářského, proto aplikujeme na našem oddělení evoluční model.

Klasifikace sexuálních variací podle jejich podstaty (dle Kolářského a Brichtí-
na, 1999):

A – Atypická náplň SMS

V SMS jsou zadány podněty normálně neerotické. Např. orientace na děti anebo osoby stejného pohlaví, sadismus, masochismus (přirozená je něha, bolest a ponížení nepůsobí eroticky), odlišná pohlavní identita (nepůsobilo by eroticky, kdybychom se měli chovat, jako někdo opačného pohlaví, anebo by nás někdo považoval za osobu opačného pohlaví), atd.

B – koordinační anomálie

SMS má normální obsahovou náplň, ale není mezi všemi složkami normální koordinace. Izolovaný fragment normální genitality je vsazen do neerotického resp. antierotického kontextu. Např. znásilnění neznámé ženy (agrese jako

antierotický kontext), tušerství (dotyk na prsou v neerotickém kontextu), exhibicionismus (expozice genitálu eroticky nevy laděné ženě).

C – chybění části SMS

V SMS nejsou přítomny některé složky. Např. mozek této osoby „nerozumí“ vzorcům erotického chování při atraktivitě a proceptivitě. Sexualita je méně vybíravá, proto nevyklučuje ani ženu nehezkou, blíže příbuznou, eroticky nevy laděnou, nedospělé osoby, někdy ani zvířata.

Zde uvádím hlavní kritické body MKN-10, inspirováno profesorem Libigerem:

Je charakterizovaná neostrými hranicemi – diagnózy se překrývají

(Stejná podstata se může projevit různými jevy a naopak, jeden jev může mít různou podstatu. 1. voyeurství, exhibice, obscénní telefonáty u koordinační poruchy. 2. Exhibovat může stejně jako osoba s deviací typu B, tak i hebefil, ale každý z nich má k exhibici jinou motivaci. 3. Sexuální interakce s prepubertálním dítětem může být spácháno nejenom pedofilem, ale i sexuálním agresorem.)

Způsobuje vyšší proměnlivost diagnózy v čase

(Z toho, že jedna podstata se může projevit různými způsoby, vyplývá, že se může stát, že u jednoho člověka v různém období najdeme různé diagnózy. Pomocí sexodiagnostiky evolučním modelem zjistíme potenciál k pozdějšímu násilí i např. u dnes „neškodného exhibicionisty“.)

Zužuje prostor pro individualizovanou péči

(K deviantům, i když mají stejnou diagnózu, musíme přistupovat individuálně. 1. Například u deviací typu B přistupujeme k léčbě podle toho, kde se nachází překážka v realizaci SMS. 2. Změna pohlavní identity může nastat i v průběhu SMS, na rozdíl od transsexualismu, kde je pohl. identita průběhu celého SMS jednotná.)

Část psychopatologického pole zůstává nepokryta

(Např. diagnózu neúplné sexuality zatím kromě Kolářského a Herrové snad nikdo nepoužívá. Je to variace sexuality, která se často ani neodhalí u sexuálních delikventů, kteří se tím považují za ne deviantní. Někdy v běžném životě potkáváme muže, kteří nejsou schopni „sbalit“ ženu, ale nepovažuje se to za problém sexuální.).

Potřeba komorbidních diagnóz

(Přítomnost deviace, neschopnost s ní naložit a problémy ve vztazích způsobují

postiženému značné utrpení. Z evolučního pohledu jde o nerealizaci vrozených vloh, které jsou přítomny v mozku každého jedince jako určité programy, naplněním kterých prožíváme pocit štěstí a spokojenosti. Často depresivní nálada a poruchy spánku mizejí již při pochopení evolučního mechanismu, a to i v případě jiných motivačních systémů. Někdy odmítání poruchy z morálních důvodů může imitovat obsedantně kompulzivní poruchu.)

Osoba se standardní sexualitou nepotřebuje nějaké zvláštní úsilí, aby se naučila sexuálnímu chování běžnému v naší kultuře, ale osoba s deviantní sexualitou se snaží přizpůsobit svoje chování našim kulturním požadavkům a nějak mu to nefunguje. V lepším případě se sám od sebe naučí realizovat svou sexualitu v mezích zákona (jako např. sex s prostitutkami, hromadný sex, fotomodeling, erotický tanečník, močení a kálení anebo škrcení při erotických aktivitách jako nevědomé vyvolání antierotického kontextu, atd.). Dr. Herrová jako první našla způsob využití motivační teorie v terapeutické praxi při vytváření náhledu sexuálních deviantů a při nalézání možností realizace jejich deviantní sexuality v mezích zákona v rámci náhledové terapie. Nejde tedy o potlačení deviantní sexuality a nahrazení sexualitou normální, ani o kompletní potlačení sexuality u pacienta. Neobíráme pacienty o pocit štěstí při realizaci jejich sexuality, pouze o přesměrování jejich aktivit od delikventní k nedelikventní. Samozřejmě součástí komplexní léčby je i antiandrogenní terapie a ve výjimečných případech kastrace.

Pokud jde o sexuální modulární systém, jde o vysuzovaný mechanismus, ale doufáme, že přijde čas, kdy bude možné jednotlivé modulární systémy prokázat i zobrazovacími metodami. Zatím se opíráme o pozorování, výše uvedené výzkumy a vyšetřovací metody. Doufejme, že se evoluční chápání časem promítne do diagnostiky a léčby sexuálních deviantů ve větším rozsahu. Co se týče ostatních psychických poruch, stojí za zamyšlení, jestli by bylo také možné vysvětlit je teorií motivačních systémů a postavit na tom diagnostiku.

VÝZNAM ANTIEROTICKÉHO KONTEXTU PRO REALIZACI DEVIACE TYPU B

Ž. Herrová

Sexuologické oddělení, Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod, Česká republika

Summary

THE ROLE OF ANTI-EROTIC CONTEXT IN B DEVIATIONS

I am considering possible reasons why psychiatrists and psychologists ignore modern knowledge of evolutionary psychology and sexology. They ignore

motivational systems which had been shaped by natural selection and which guide our behavior without our intentions.

Madlafousek wrote a chapter on motivation into the textbook of psychiatry edited by Cyril Hoschl, Jan Libiger and Jaromír Švestka. This chapter is based on experimental studies with animals as well as with human beings initiated by Kurt Freund's idea concerning the relationship between some sexual deviations and precopulatory activities.

Kolářský's book "How to Understand Sexual Deviations" informs about the results of research and clinical (sexodiagnostic) work of this author. Our contributions demonstrate experiences with practical applications of evolutionary theories on sexual deviations. We seek to demonstrate the crucial role of anti-erotic context in "B" deviations and also the way of our exploiting evolutionary theory in insight therapy of these deviates.

Key words: *sexology, anti-erotic context, modular systems, motivation, sexual deviations, evolutionary psychology*

Při vyšetřování sexuálních agresorů, kteří patří mezi deviace typu B, zjišťujeme, že jejich zájem o genitál ženy startuje v neerotickém kontextu. Možná mnozí z nás mají zkušenost s tím, že akcentace antierotického kontextu při útoku sexuálního devianta byla zaměněna za úmysl oběť oloupit anebo zabít anebo byla připsaná na konto „anetické osobnosti“. Bylo by užitečné všimnout si kontextu, ve kterém dochází k sexuálnímu atakování a rozlišovat mezi opravdovým úmyslem loupit anebo zabít a jen zastrašením. Když vyšetřujeme devianta, který v inkriminované době oběti něco vzal, anebo jí vyhrožoval zabitím a ptáme se ho, proč to udělal, zjišťujeme, že sám dobře neví. **Na loupení a ani na zabití se nepřipravoval.**

Dr. Kolářský o podstatě akcentace antierotického kontextu ve své knize „Jak porozumět sexuálními deviacím“ říká: „Neerotické chování má své subkategorie. Penilní reakce exhibicionistů není na rozdíl od normálů tlumena ženíným neemocionálním neerotickým chováním. Pokročilejšímu vzrušování sexuálních agresorů nepřekáží ani energický odpor ženy. Sexuálního vraha neruší v přípravě vaginální penetrace ani predátorské zacházení se ženou. Hlavním účelem těchto ofenzív je udržet v útlumu některou či některé z prioritních úvodních komponent deviantova sexuálního motivačního systému (SMS) a tím optimalizovat realizaci něčeho z genitality“.

Devianti často antierotický kontext zdůrazňují loupežným přepadením anebo vyhrožováním zabitím. Právě loupežné přepadení nemá žádné známky toho, že jde i o aktivaci SMS. Muž vytrhne ženě tašku z ruky, ženám, které se brání, případně nastříká slzný plyn. Z místa potom rychle odejde. Takovéto přepadení je plně uvědomované, pachatel se na něj připravuje.

Existují 3 varianty „loupeží“ u sexuálních deviantů.

Deviant typu B

1. si motivaci loupeže nemusí plně uvědomovat a současně mu hlavně jde o neuvědomovaný sexuální motiv
2. sexuální motiv si uvědomuje, ale zakrývá ho loupeží
3. motivace mohou přecházet jedna v druhou.

23letý P. D. byl odsouzen na 6 r. a 8 měs. odnětí svobody za to, že se násilně zmocnil cizí věci a za konání, které bezprostředně směřovalo k dokonání trestního činu, kterého se dopustil v úmyslu násilím donutit jiného k sexuálním praktikám.

8/2008 přistoupil zezadu k S. M., strhl ji na zem. Poškozená padla na kolena, snažila se křičet, obviněný jí zakryl ústa.

Poškozená uvedla: Mé kabelky se ani nedotkl. Neustále jsem si ji chránila, protože jsem nechápala, o co jiné by mu mohlo jít. Jak mě tlačil k zemi, několi-krát se na mne zezadu přirazil. Strhl mi sandálu a začal utíkat pryč. Kromě sandály mi nic nesebral. Z toho, že se ze zadu přirážel svojí pánví a o můj zadek, jsem měla obavu, jestli jeho útok nemá sexuální podtón. Při mé výpovědi na policii se policajt zaměřil jen na kabelku.

9/2008 udeřil zezadu J. P. do hlavy, následně ji chytl za ruku a křičel „dej tašku“ a když mu poškozená nechtěla kabelku dát, opakovaně ji udeřil do hlavy a vytrhl jí tašku.

9/2008 Z. H. zakryl oči a ústa, poškozená začala křičet. Následně ji svalil na zem, přilehl ji tělem. Poškozené opakovaně přikazoval, aby byla ticho, že jí neublíží, přikázal jí pustit z ruky kabelku. Poté ležíc na poškozené naznačoval pohyby jako při souloži, přičemž se neúspěšně snažil rozepnout opasek. Zachytil tanga a zeptal se, jestli má silonové punčochy. Po její záporné odpovědi zdvihl kabelku a utekl.

Poškozená uvedla: od první chvíle jsem věděla, že mu nejde o kabelku a úplně mi to došlo, když mě potáhl za kalhotky a zeptal se na silonky. Policajti se zájímali jen o kabelku. Když jsem jim řekla, jak se o mne otíral na zemi, řekli, že to by byl pokus o znásilnění a že to se těžko dokazuje.

6/2009 J. D. shodil na zem, funěl, pánví se o ni otíral, vešel jí rukou pod sukni, snažil se roztrhnout silonky, jeho ruka směřovala do vnitřní strany stehén, k rozkroku. Ztopořil se mu penis, poškozená se snažila volat o pomoc. Obviněný jí zakryl ústa a zvýšeným hlasem řekl „drž hubu krávo“.

Poškozená uvedla: měla jsem pocit, že mě chce znásilnit, že chce ode mne sexuální praktiky jako orální sex. Nic mi nevzal.

On k výše uvedenému řekl:

6/2009: Chytl jsem ji pod sukní, svalil jsem ji na zem. Povedlo se mi dostat k jejímu rozkroku. Obtíral jsem se pánví o její pánevní kost penisem. Já jsem ji chtěl jen trochu osahat na jejích stehnech a chtěl jsem se dotýkat jejího zadku, nohou a bříška, v rozkroku. Když vidím pěknou ženu, mám chuť se s ní seznámit, oslovit ji ale potom od toho ustoupím. Ale někdy mi to nedá a jdu za ní, a potom se jí dotýkám.

8/2008: Velmi se mi líbila a chtěl jsem ji vystrašit tím, že jí vezmu kabelku. Měl jsem pocit, že mi udělá dobře, když se bude bát. Chtěl jsem ji osahávat.

9/2008: Strčil jsem jí ruku do kalhot, nahmatal kalhotky a potáhl za ně, protože se mi to líbilo. Kabelku jsem vzal, nevím proč, vůbec jsem ji nechtěl a zahodil jsem ji.

Měli bychom se zamyslet nad tím, jestli to nebyla akcentace neerotického kontextu u sexuálního devianta typu B, u kterého vážně přechod od pretaktilních k taktilním sexuálním motivacím. V případě standardní sexuality není žádná překážka, přechodu se daří dobře. Po určitém trvání pretaktilní fáze dvoření, dojde k taktilní fázi. Vznikne touha po dotýkání. Tento člověk to tak nemá. Jemu se touha po osahávání aktivuje bez úvodních aktivit dvoření.

Domníváme se, že vzetí kabelky bylo na zastrašení, od toho strachu, tj. z antierotické situace, může jeho modul osahávání startovat bez problémů.

Při loupeži obvykle posuzujeme ovládací schopnosti jako plně zachovalé, při sexuální motivaci často jako podstatně snížené. Obě tyto motivace jako (pseudo)loupež a pokus o osahávání byly dle našeho názoru motivované sexuálně.

Sám pachatel nám to vysvětlit nemůže, to by musel být evolučním sexuologem a musel by mít náhled na mechanismus své deviace.

Zkoumání okolností a všech jevů souvisejících s realizací deviantní sexuality je potřebné pro diagnostiku deviací jako deviantních modulů sexuálního motivačního systému.

Domníváme se, že ve výše uvedeném případě byly pseudoloupeže velmi pravděpodobně motivované sexuálně, aby akcentovaly antierotický kontext.

V jiném případě byla akcentace antierotického kontextu zaměřená za úmysl zavraždit, přičemž vyhrožování zabitím mělo sloužit na znehybnění děvčete. Když se nehýbala, pachatel ji jen osahával. Když se začala hýbat, opět se stal agresivním. Sám nemůže vědět, proč akcentuje antierotický kontext. Sám nepřijde na to, jak souvisí souložení s nehybnou figurínou, kterou v mladistvém věku vymodeloval na to, aby mohl s ní souložit a touto obětí. Když se ho ale někdo naléhavě vyptává, proč ji škrtil a dusil, musí něco říct a tak řekne to, co je psychologicky nejprůchvatnější, a to „aby to neprozradila“.

Jsem si vědoma toho, že sexuolog není kompetentní klasifikovat trestní činy. Za mých mladých časů profesor Guensberger dbal na to, abychom nehodnotili

dokazování trestních činů. Ale poukázat na to, že jak loupež, tak vyhrožování zabitím by mohlo být také motivováno sexuálně, na to bychom měli upozornit, protože jde o akcentaci antierotického kontextu, která je klíčová pro realizaci deviací typu B.

Rozpoznat podstatu loupeže, vyhrožování zabitím ale i to, že člověka neřídí ďábel ale sexuální mechanismus má význam pro diagnostiku, pro náhled, který děláme deviantovi na mechanismus jeho deviace a pro realizaci sexuality v mezích zákona. Není to vůbec těžké, stačí jenom prostudovat Kolářského knížku „Jak porozumět sexuálním deviacím“ a naučit se vysuzovat z jevů a projevů na podstatu třech typů deviací, o které tam dr Kolářský píše.

Vždyť ani gravitaci nevidíme, když padá jablko ze stromu. A jen málokomu není jasné, proč tomu tak je.

SYMPOSIUM SEKCE PRO PSYCHIATRICKOU SEXUOLOGII

garant prof. Alexandra Žourková

K ČEMU NÁM JE (SOUČASNÁ) DIAGNOSTIKA V SEXUOLOGII?

M. Hollý, K. Hollá

Psychiatrická léčebna Bohnice, Ústavní 91, Praha 8, Česká republika

Summary

WHAT DO WE HAVE (CURRENT) DIAGNOSTICS IN SEXUOLOGY FOR?

Objectives: The aim of this presentation is to underline the differences between operational (current) classification of sexual disorders and etiological diagnostical approach. The consequences for clinical praxis and for systematical research are discussed. **Methods:** The method involved a selective literature review. **Results:** Differences in diagnostical approaches are illustrated in the two diagnostic fields. The first field is the female disorders of sexual desire, the second area is male disorders of sexual preferences. New model of female sexual dysfunction published by Rosemary Basson is discussed in detail and there are highlighted its advantages for therapeutic practice. Male's paraphilias are presented (besides operational characteristic) from the perspective of the theory of courtship disorder, also with reference to therapeutic use. Etiological diagnosis of mental and behavioral disorders is usually based on hypotheses which force has not yet been definitively confirmed. It can bring problems caused by the subjective evaluation of diagnostics. **Conclusion:** The authors recommend the use of both concepts and link them. The interaction between etiological and operational models brings new tasks for systematic research.

Key words: Diagnostic Concepts, DSM-IV, ICD-10, Paraphilias, Female Sexual Dysfunction, Desire Disorders

Diagnostické systémy se začaly rozvíjet počátkem 20. století. V roce 1952 se vytvořila USA speciální klasifikace duševních nemocí DSM. Její jednotlivé revize reflektovaly situaci v oboru psychiatrie. Reakcí na potřebu zvýšit reliabilitu diagnostické klasifikace vznikla v roce 1980 ateoretická III. revize DSM. V návaznosti na ní se tento ateoretický koncept implementoval i do Mezinárodní klasifikace nemocí, kapitoly F – duševní poruchy a poruchy chování. Negativním důsledkem této situace je menší zaměřenost na teoretické (často hypotetické) koncepty jednotlivých poruch, což může komplikovat (psycho)terapeutickou klinickou praxi.

V sexuologii, hlavně v oblastech, kde nemáme jednoznačnou farmakologickou léčbu, je velmi důležité mít jednoznačný prostor pro psychoterapii. Pro tuto oblast je výhodné znát etiologické/nozologické koncepty jednotlivých poruch. Příkladem můžou být poruchy sexuální touhy u žen a parafílie.

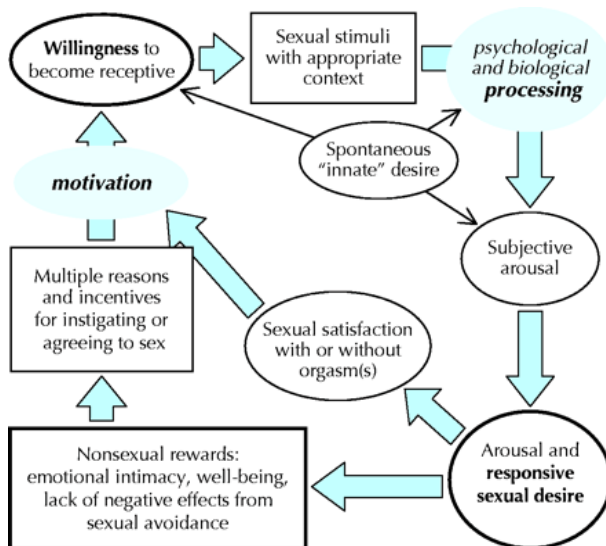
Současné definice diagnózy poruchy sexuální touhy u žen, uváděné jak v DSM IV tak MKN 10, se soustřeďují na „permanentní či opakovaný nedostatek (či ztrátu) sexuálních fantazií a touhy po sexuální aktivitě“, které žena pociťuje jako nepříjemné či jí způsobují interpersonální obtíže. Jednou z nejdůležitějších námitek vůči současným definicím poruch apetence je fakt, že nejsou založeny na pocitech a subjektivním prožívání žen. Bassonová předkládá nové pojetí sexuálního fungování žen, které popisuje jako „sexuální responsivní cyklus“ (obr. 1), o němž se předpokládá, že žena svoji sexuální aktivitu zahajuje z různého důvodu a „pociťování“ sexuální touhy je pouze jednou z mnoha možností. Tento model přitom zdůrazňuje, že sexuální touha může nastat až jako reakce na sexuální vzrušení a nemusí mu vždy předcházet. V neposlední řadě je potřeba zmínit i situační a také kontextuální faktory, jelikož se jednoznačně ukazuje, že tyto okolnosti hrají ve vzniku dysfunkce u žen daleko větší roli než u mužů. Jak MKN-10, tak i DSM-IV předpokládá, že je možné rozlišit psychogenní a organickou etiologií dané poruchy. Nicméně se zdá, že neexistují jednoznačné důkazy o tom, že většina poruch tohoto typu by byla buď biologicky anebo psychologicky podmíněná. Spíše je k dispozici množství studií, které popisují mechanismus, jak psychika ženy ovlivňuje různé systémy na biologické úrovni – imunologické, neurologické a hormonální. Sexuální funkce jsou příkladem jednoznačného vzájemného ovlivňování mysli a těla – tedy psychosomatiky v pravém slova smyslu (Bancroft et al., 2003). V souladu s nejnovějšími poznatky je tedy nutné poruchu sexuální apetence považovat za výsledek mnoha psychologických, biologických a kontextuálních faktorů, které jsou zpracovány v mysli ženy a mohou determinovat její vzrušivost. Biopsychosociální „cyklus sexuální odpovědi“ je zřetelně využitelný v psychoterapeutickém řešení této poruchy, dává možnost cílených intervencí.

U parafílií etiologických teorií několik. Pro (psycho)terapii je nejlépe použitelný koncept poruch dvořené, původně popsán Kurtem Freudem a dále rozpracován Jaroslavem Madlafouskem a Alešem Kolářským. Koncept popírá unitární pojetí sexuality a vnímá ji jako motivační systém složený ze vzájemně propojených dílčích motivačních stavů (obr. 2). Sexuální vzrušení je tedy systematický přechod z jednoho dílčího motivačního stavu do dalšího. To může vysvětlovat i jednotlivé poruchy sexuální preference. Kolářský rozlišuje parafílie na typ:

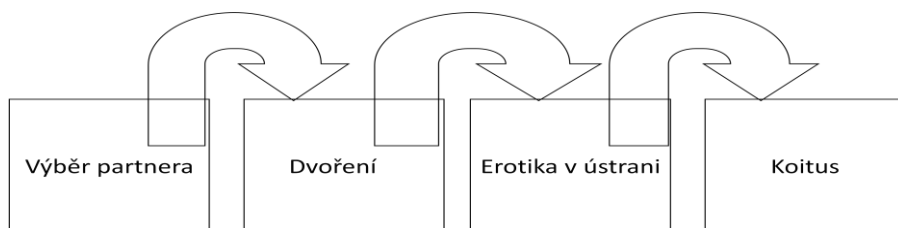
A – obsahová odlišnost sexuálního motivačního systému, erotičnost podnětů obvykle neerotických,

B – koordinační anomálie, kdy chybí propojenost mezi jednotlivými dílčími motivačními stavy,

C – chybění části sexuálního motivačního systému; taková porucha spočívá v tom, že mozek „nerozumí“ určitému typu erotických signálů od protějšku a proto na ně nedokáže obvyklým nevědomým způsobem reagovat.



Obr. 1



Obr. 2

Teoretický koncept je srozumitelný, pomáhá lidem s poruchou sexuální preference lépe identifikovat jejich prožívání sexuality. Je tady dobré připomenout slova Aleše Kolářského, že bez bazálních neurologických znalostí můžeme naše chování při vyšetření patelárního reflexu (pohyb předkolením) vysvětlovat mnoha různými způsoby. Využití tohoto konceptu v psychoterapii dává možnost nalézat sublimační sexuální aktivity a tím snižovat nebezpečnost pacientů s parafilii.

Je tedy zřejmé, že využití teoretických/etiologických/nozologických konceptů má jasné výhody pro klinickou praxi. Kritika jejich využívání plyne z toho, že většina z nich není plně vědecky prokázaných, resp. nejsou obecně přijaté. Je

možné také najít příklady, kdy se používají koncepty, které hraničí se spekulacemi.

Je tedy důležité, aby kliničtí pracovníci byli zakotveni v mezinárodně uznávaných klasifikačních modelech a rovněž znali a využívali teoretické koncepty pro svoji klinickou praxi. Vzájemná interakce mezi oběma přístupy definuje otázky pro další výzkum.

Literatura

Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., Graziottin, A., Heiman, J.R., Laan, E., Meston, C., Schover, L., van Lankveld, J., Schultz, WW. (2003): Definitions of women's sexual dysfunctions reconsidered: advocating expansion and revision (review). *J Psychosom Obstet Gynaecol* 24, 221–9

Jablensky, A., The nature of psychiatric classification: issues beyond ICD-10 and DSM-IV, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1999; 33:137–144

Kolarsky, A., 2008, Jak porozumet sexuálním deviacím (How to Understand Sexual Deviations). Teoretická východiska sexodiagnostiky – cesta k tvorbě náhledu a k realizaci sexuality v mezích zákona, *Galén*, Prague, 108 pages

Kolařský A., Brichtáček S., Holý M. Význam teorie v logice sexodiagnostiky. *Psychiatrie*, 2001, roč. 5, čís. 4, s. 242–247

Rosenhan D.L. On Being Sane in Insane Places, *Science*, Vol. 179 (Jan. 1973), 250–258

ÚVAHA O VYUŽITÍ DBS (HLUBOKÉ MOZKOVÉ STIMULACE) V SEXUOLOGII

A. Žourková

Středoevropský technologický institut (CEITEC) MU, Brno, Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Česká republika

Summary

CONSIDERATION OF DEEP BRAIN STIMULATION (DBS) IN SEX- OLOGY TREATMENT

Stereotactic amygdalotomy or unilateral ventromedial hypothalamotomy had been used in the treatment of sexual aggressivity. The improvement was observed in most cases. In patients with criminal sexual paraphilias, anterior hypothalamotomy was found with favorable results in 50% of patients.

Deep brain stimulation (DBS) of the posteromedial hypothalamus can be considered an effective procedure for the treatment aggressive behavior and

perhaps also for the treatment of severe paraphilias.

Key words: *deep brain stimulation; psychosurgery; stereotactic neurosurgery; paraphilia; aggressivity*

Psychochirurgie doznala rozmachu ve 40. letech 20. století, kdy jednou z jejích indikací bylo i agresivní chování. Za lobotomii byla v r. 1949 Antonioví Egas Mozovi udělena Nobelova cena. Závažné komplikace (včetně úmrtí a trvalého postižení psychiky) tohoto zákroku vedly k opuštění této metody od 50. let 20. století.

V 70. a 80. letech 20. století ji nahradily stereotaktické operace, především v indikaci obsedantně kompulzivní poruchy. V uvedených dekádách byla také aplikována při léčbě agresí a parafilií.

Fountas a kol. (2007) uvedl dobrý efekt u 25 agresivních pacientů s provedenou stereotaktickou amygdalektomií v roce 1966. V Československu v letech 1972–1987 bylo operováno 20 pacientů, úspěšnost operace byla v 50%. Nádvorník, Šramka a Pogády prováděli amygdalektomii a hypotalamotomii (posteriorní u pacientů se sníženým intelektem, anteriorní při výskytu agresivity).

Dieckman (1988) uvedl výsledky ventrální hypotalamotomie u 14 sexuálně agresivních pacientů, došlo k poklesu sexuálního puzení. 8 z nich se dostavilo k následnému vyšetření s časovým odstupem. Došlo k pozitivní konsolidaci sociálních interakcí, přičemž struktura sexuality zůstala nezměněna.

Mkapopoulou a kol. (2008) provedli metanalýzu 13 studií stereotaktické amygdalektomie u parafilií a našli zlepšení v rozmezí 33–100%, komplikace v 0–42%, a v 3,8% úmrtí. Konstatovali, že v případě pečlivě vybraných pacientů jde o vhodnou metodu léčby.

Poslední stereotaktická operace byla u nás provedena Nádvorníkem v roce 2002, jednalo se o patologického sexuálního agresora s homicidiem a obsedantními symptomy v anamnéze. Poté již bylo u nás i v zahraničí od stereotaktických operací v indikaci léčby parafilií upuštěno, výsledky nenaplnily očekávání. A rizika komplikací byla vysoká.

V dalším vývoji stereotaxe přibyla i radiační, Leksellův gamanůž, metoda byla s úspěchem aplikována u obsedantně-kompulzivní poruchy, o jejím užití u parafilií nebyl nalezen žádný odkaz.

V posledních letech se začíná v psychiatrii aplikovat metoda hluboké mozkové stimulace (DBS), jejímiž hlavními indikacemi od 80. let 20. století jsou neurologická onemocnění (esenciální tremor, Parkinsonova nemoc, dystonie, epilepsie, chronická bolest). V psychiatrii je schváleno její užití při léčbě těžkých forem OCD – obsedantně kompulzivní poruchy (1999) a farmakorezistentní deprese (2005).

DBS je založena na principu přímé stimulace příslušných mozkových oblastí prostřednictvím do mozku implantovaných elektrod spojených se stimulatorem v subklavikulární oblasti, který generuje pulzy elektrického napětí. Je

neurochirurgickým zákrokem s využitím zobrazovacích metod, navigačního počítače a atlasů, což umožňuje zacílit jakoukoli intrakraniální strukturu s milimetrovou přesností. Programovatelná kontaktní místa na elektrodách dovolují úpravu stimulace v různých anatomických oblastech. Pooperační fáze zotavení s vypnutou stimulací trvá od jednoho do čtyř týdnů. DBS nezpůsobuje lézi, ale spíše mění komplexní způsob zažihání neuronů v oblasti, a tím modifikuje aktivitu neuronálních okruhů.

K nežádoucím účinkům spojeným s implantací elektrod patří bolestivé stavy, intrakraniální nebo subkutánní krvácení, infekce pooperační rány a pooperační komplikace. Se stimulací spojenými nežádoucími účinky byly pozorovány iritabilita, rozvoj hypomanie i suicidální pokusy, naopak nedošlo ke kognitivním poruchám.

U obsedantně kompulzivní poruchy bylo popsáno 26 pacientů, odpověď na léčbu byla u 22 pacientů. U 20 jedinců s farmakorezistentní depresí byla konstatována response v 50% případů.

DBS je perspektivní metoda u OCD rezistentní ke konvenční léčbě, dochází k významné redukci tíže symptomů OCD, depresivních i úzkostných spojených, se zlepšením kvality života a sociálních kompetencí pacientů. Léčba je minimálně invazivní, dobře tolerovaná, doposud hlášené nežádoucí účinky byly reverzibilní a dobře ovlivnitelné úpravou stimulačních parametrů či dobře léčitelné. Stále se však jedná o léčbu experimentální u zvláště těžkých případů onemocnění.

Franzini a kol (2010) použili DBS posteromediálního hypothalamu u 8 mentálně retardovaných s agresivním chováním. 6 pacientů vykázalo dobrý léčebný efekt. Autoři uzavírají, že DBS je možnou indikací i k ovlivnění agrese.

S výše uvedenými údaji logicky vyvstává otázka možného použití DBS u těžkých parafilií. Doposud v naší zemi v těchto případech převládala dobrovolná irreverzibilní desexualiace, kastrace. Je nám však evropskými orgány vyčítáno její provádění a vyvíjen určitý nátlak, aby bylo od této metody upuštěno.

Lez spekulovat v souvislosti s účinností DBS u pacientů s OCD i agresivitou o možném benefitu i u závažných parafilií. S rozvojem nových zobrazovacích metod mozku (PET, fMRI) také dochází k přesnějšímu nalezení struktur CNS při zpracování sexuálních stimulů a lze očekávat další pokračování výzkumu v této oblasti s cílem zmapovat oblasti zapojené do zpracování specifických sexuálních podnětů. Problematickými zůstávají i ekonomické aspekty léčby (cca 0,5 mil. Kč u jednoho léčeného) a také etické otázky, které se vždy v souvislosti s psychochirurgií vynořují.

Literatura

Kašpárek T.: Psychiatrie a technologie, Psychiatrie pro praxi, 2011, 12:3

Mohr P., Rodriguez M., Slavičková A., Hanka J.: Stimulační metody v terapii

deprese: využití vagové stimulace (VNS) a hluboké mozkové stimulace (DBS), Psychiatrie, 2011, 15: 130–139

Příkrýl R., Kašpárek T.: Hluboká mozková stimulace a její využití u deprese, Čes a Slov Psychiat 2010, 106:179–182

Nádvorník P., Pogády J.: Přínos psychochirurgie k fyziologii mozku, Psychiatrie, 2000, 4:150–151

Žourková A., Kašpárek T.: Vyšetření sexuálního vzrušení pomocí fMRI mozku, In: XXI. Bohnické sexuologické dny, sborník textů, Akademické nakladatelství CERM, Brno, 2010, s.35

Práce byla podpořena projektem CEITEC CZ.1.05/1.1.00/02.0068

SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE A KVALITA ŽIVOTA PO PORANĚNÍ MÍCHY

T. Šrámková^{1,2}, E. Dragomirecká³, R. Fajtová¹

¹Klinika traumatologie, Úrazová nemocnice, Brno, Česká republika;

²Urologická klinika 1. LF a VFN Praha, Česká republika; ³Katedra sociální práce, Filozofická fakulta Karlovy univerzity, Praha, Česká republika

Summary

SEXUAL DYSFUNCTION AND QUALITY OF LIFE AFTER SPINAL CORD INJURY

Objectives: Sexual dysfunction belongs among common problems after spinal cord injury (SCI). Three out of four men after SCI suffer from erectile dysfunction, 95–98 % do not ejaculate. Untreated sexual dysfunctions lower self-confidence, prevent socio-sexual adjustment and negatively influence quality of life (QOL). Our goal was to determine awareness of possible sexual dysfunctions after SCI and to assess individual parameters of sexual life.

Methods: 92 persons at least 6 months after SCI completed 16-item Quality of Sexual Life Questionnaire, QOL measurement WHOQOL-BREF and GDS depression scale. Statistical significance was tested using analysis of variance ANOVA. **Results:** 53 patients (57.6 % out of 92) had sexual life. 65.2% received information on altered sexuality during hospitalization, 77.2 % confirmed they had sufficient information on sexuality. Out of 53 sexually active patients, 45 (84.9 %) mentioned decreased sexual QOL after SCI, 30 (57 %) lower arousal, 17 (32.1 %) decreased sexual desire and 49 (93 %) anorgasmia. 49 patients (94.2 %) performed non-coital sex. 32 (61.5 %) were satisfied with their sexual life. Patients having sexual life did not differ from those who were sexually inactive regarding duration of disability, they were however significantly younger, with lower depression score, higher education and

*better physical health. Sexually inactive patients scored in the range of mild depression. **Conclusion:** Early intervention including information about altered sexuality and timely treatment of sexual dysfunction is important for patients after SCI. Sexual QOL after SCI can be improved by treatment of depression and physical co-morbidity as well.*

Key words: Sexual dysfunction-spinal cord injury-quality of life

Úvod

Sexuální poruchy jsou běžným důsledkem poranění míchy. Až 75 % mužů s poúrazovou transversální míšní lézí trpí erektilní dysfunkcí, 98 % nedosahuje ejakulace. Výskyt sexuálních dysfunkcí je závislý na rozsahu míšního poranění a jeho výšce. Neléčená sexuální dysfunkce po úraze míchy snižuje sebevědomí a sebehodnocení postiženého, snižuje šanci na sociosexuální adaptaci a má negativní vliv na kvalitu života postiženého i jeho partnerky. V současné době se kvalita života v medicíně a psychologii považuje za vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, který je vhodnějším indikátorem zdraví definované jako „stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody“, a ne pouze nepřítomnost nemoci (WHO, 1946), než mortalita a morbidita. V naší práci vycházíme z definice Světové zdravotnické organizace, která kvalitu života chápe jako to, „jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (WHOQOL Group in Orley 1994).

Poranění míchy, které postihuje převážně mladé muže, během několika nešťastných vteřin natrvalo změnil život postiženého. Ze zdravého jedince plného plánů do budoucna se stává vozíčkář. Vyjma ztráty hybnosti, citivosti, poruchy močení a stolice postihuje míšní poranění i sexuální funkce. Přijetí trvalé invalidity je dlouhodobý adaptační proces.

Cíl

projektu byl zmapovat kvalitu života a výskyt sexuálních dysfunkcí osob s handicapem ochrnutých po poranění míchy

Metody

Po poskytnutí informovaného souhlasu 92 osob vyplnilo námi vytvořený dotazník Kvality sexuálních funkcí.

Dotazník sexuálních funkcí obsahoval 20 dotazů zaměřených na informovanost a jednotlivé kvality sexuálního života. Byl vyplněn spolu s dotazníkem WHOQOL-BREF, dotazníkem deprese GDS a Škály životní spokojenosti SWLS ochrnutými s transversální míšní lézí, kteří byli nejméně půl roku po úraze. Vyhodnocení bylo provedeno procentuální analýzou a statisticky zpracováno. Průměrný věk ochrnutých byl 37 let (20–66). Od úrazu byli postižení v průměru 10 let (0,25–44). V souboru ochrnutých převládali muži (89%) nad ženami (11%). 83,3% vyšetřovaných bylo ve věku do 47 let (18–27 let 20,4%, 28–37 let

37%, 38 až 47 let 25,9%). V oblasti dosaženého vzdělání 69,4% mělo středoškolské vzdělání, 21,3% vysokoškolské a 9,3% základní vzdělání. Převažovali ženatí/vdané v 44,4% ve srovnání se svobodnými v 30,6%. Převážná většina respondentů žila v domácích podmínkách – 80,6%. Svoji finanční situaci hodnotili respondenti převážně (v 58,9%) jako dobrou. Placenou pracovní činnost vykonávalo 46,3% respondentů, v důchodu bylo 30,6%. Téměř všichni (96,3%) hodnotili svoje postižení jako rozhodně viditelné a jeho vliv na svůj život označilo 40,7% za maximální a 36,1% jako značný. Pouze 0,9% ho považovalo za minimální.

Dle dotazníku WHOQOL-BREF byly hodnoceny čtyři základní domény:

Celková kvalita života a zdraví: Jak hodnotíte svoji celkovou kvalitu života? Jak jste spokojeni se zdravím?

Fyzické zdravím: Jak jste spokojeni s fyzickým zdravím?

Prožívání: zaujímá psychologický aspekt

Sociální vztahy: zaměřuje se na vztahy mezi lidmi. Hodnocení probíhalo na škále od 1 do 5. Čím byl skóre vyšší, tím lepší byla kvalita života.

Úroveň depresivních příznaků byla měřena pomocí škály GDS-15. Tato škála vznikla ve Stanfordu v 80. letech minulého století původně pro geriatrické nemocné. Norma dosahuje 4–5, čím vyšší skóre, tím vyšší míra depresivity, hodnota od 5 výše poukazuje na možný výskyt deprese.

Škála životní spokojenosti (SWLS, Pavot a Diener) zjišťuje celkovou spokojenost se životem na základě pěti otázek, hodnocení od 1 do 7. Skóre 5–9,9 = velmi nespokojen, skóre 10–14,9 = nespokojen, skóre 15–19,9 = trochu nespokojen, skóre 20–24,9 = neutrální, skóre 25–29,9 = trochu spokojen, skóre 30–35,9 = spokojen, skóre 36–42 = velmi spokojen.

Hodnotili jsme postoje ochrnutých ke zdravotnímu postižení, rozpětí odpovědí bylo 1–5. Čím byl vyšší skóre, tím větší byla míra souhlasu s postojem.

Statistické hodnocení bylo provedeno analýzou dle ANOVA

Výsledky

Padesát tři pacienti (58 % z 92) žilo sexuálním životem, z nich 32 (62 %) bylo spokojeno se svým sexuálním životem. Šedesát (65,2 %) dostalo informace o změně sexualitě během hospitalizace. 71 (77,2 %) potvrdilo, že informace o sexuálním životě, získané od lékaře, v médiích a na internetu, považuje za dostatečné. Zhoršenou kvalitu sexuálního života ve srovnání s dobou před úrazem udalo 45 (84,9 %) ochrnutých, problémy v sexu přiznalo 28 (52,8 %). Poruchu vzrušivosti (u mužů erektilní dysfunkci popsal 30 nemocných (57 %). Anorgasmii, u mužů spojenou s anejakulací a infertilitou, jsme zjistili u 49 (93 %). Neokitální sex realizuje 49 (94,2 %) ochrnutých. Ti, co udali, že žijí sexuálním životem, se neliší délkou trvání postižení ($p = 0,606$), liší se věkem, statisticky významně častěji žijí sexuálním životem mladší ochrnutí ($p = 0,001$) Tabulka 1. Liší se skórem depresivity, ti, co žijí sexuálním životem, mají nižší skóre v oblasti normy, ti, co nežijí sexuálním životem mají skóre v oblasti

mírné deprese ($p = 0,000$) a horší zdravotní stav. Statisticky významně častěji žijí sexuálním životem lidé s vysokoškolským vzděláním a ti, co jsou v lepším zdravotním stavu. Sexuálně aktivní jedinci ve srovnání se sexuálně neaktivními byli statisticky významně spokojeni se svým životem (SWLS skóre), měli vyšší skóre kvality života ve všech čtyřech doménách dotazníku WHOQOL-BREF – fyzické, psychologické, sociální a prostředí (Tabulka 2)

Tabulka 1

	Active sex life		Test	p
	Yes	No		
N (male + female)	53 (50 + 3)	39 (35 + 4)	-	-
Age (mean $\pm$ SD)	33,6 $\pm$ 8,2	41,9 $\pm$ 14,8	F = 11,868	0,001
Living with partner (%)	77%	51%	c = 6,838	0,009
Ill or poor health (%)	25%	60%	c = 11,187	0,001
Working (%)	70%	30%	c = 14,064	0,000
Duration of disability < 2 yrs	16%	39%	c = 4,294	0,038

Tabulka 2

	Active sex life		Test	p
	Yes	No		
Satisfaction with life				
SWLS score	17,96	14,32	F = 6,302	0,014
Quality of life: WHOQOL-Bref domains				
QOL – health domain score	13,92	11,98	F = 10,509	0,002
QOL – psych. domain score	15,74	13,57	F = 13,615	0,000
QOL – social domain score	15,37	13,25	F = 11,237	0,001
QOL – environment d. score	14,6	13,32	F = 7,688	0,007
Depression				
GDS score	2,96	6,19	F = 15,917	0,000

Závěr

Sexuálně aktivní jedinci po poranění míchy udali lepší zdraví well-being a sociální zařazení ve srovnání se sexuálně neaktivními jedinci.

Sexuální aktivita souvisela s celkovým zdravotním stavem a fyzickými komorbiditami. Kvalitu sexuálního života je možno zvýšit léčbou deprese a sociální reintegrací. Důležité je informovat ochrnuté po úraze o jejich změněné sexuální funkci a včas zahájit léčbu sexuálních poruch. Nezbytné je léčit depresi a somatické komorbiditativy po úraze míchy. Tím můžeme příznivě ovlivnit sexuální život po úraze míchy.

Literatura

De Franca IS, Coura AS, Basilio NN. et al.: Quality of Life of Adults with Spinal Cord Injury: a study using the WHOQOL-BREF. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(6): 1364–71

Charlifue S., Post MVV, Biering-Sorensen F. et al.: International Spinal Cord Injury Quality of Life Basic Data Set. *Spinal Cord* 2012; Mar 27, doi: 10.1038/sc.2012.27

Kulmann L, Tóth K.: Exploration of Quality of Life Goals in Individuals with Spinal Cord Injury. *Int Rehabil Res* 2012; 35(1): 85–87

Van Leeuwen CM, Kraaijeveld S, Lindeman E, Post MVV: Associations between Psychological Factors and Quality of Life Ratings in Persons with Spinal Cord Injury: A Systematic Review. *Spinal Cord* 2012; 50(3): 174–187

SYMPOSIUM SEKCE GERONTOPSYCHIATRICKÉ

garant doc. Roman Jirák

PSYCHÓZY VE VYŠŠÍM VĚKU

V. Franková

Gerontopsychiatrie, Psychiatrická léčebna Dobřany, Česká republika

Summary

PSYCHOSIS IN LATE LIFE

Various diagnostic categories including dementia, delirium, medical-neurologic conditions, substance abuse, drug-induced psychosis, schizophrenia, delusional disorder and mood disorders can be associated with psychotic symptoms in late-life. Visual or auditory hallucinations, paranoid delusions and misidentifications are typical in dementia with psychotic symptoms. Cholinesterase inhibitors may have significant benefit in ameliorating psychotic symptoms in Alzheimer's disease and Lewy bodies dementia. Antipsychotics are risky and should be avoided. Very-late-onset schizophrenia-like psychosis typically includes delusions of various types and auditory or visual hallucinations. Atypical antipsychotics in lower doses are the drugs of choice. The work is based on available literature and clinical experience of the author.

Key words: *Dementia with psychotic symptoms, Lewy bodies dementia, Very-late-onset schizophrenia-like psychosis, atypical antipsychotics.*

Úvod

V gerontopsychiatrické praxi se setkáváme s různými typy psychóz. Mohou být pokračováním psychotické poruchy z mladšího věku, mohou ale vznikat i nově. Někdy nacházíme souvislost s tělesným onemocněním, poškozením mozku, vlivem léků či psychoaktivních látek. Jindy jde o stavy funkční (primární), bez jasné příčiny. S psychotickými příznaky se u seniorů setkáváme nejčastěji v rámci demence, deliria, organické psychotické poruchy, psychózy vyvolané psychoaktivními látkami nebo léky, schizofrenní poruchy, trvalé duševní poruchy s bludy a afektivní poruchy.

Demence s psychotickými příznaky

Psychotické příznaky se mohou vyskytnout v průběhu demence jakéhokoli typu, nejčastěji ve středně těžkém stadiu. Epidemiologické studie uvádějí prevalenci psychotických poruch u demence mezi 30–50%. Bývají spojeny s agitovaností, agresivitou a jiným problémovým chováním. Jde buď o halucinace, bludy nebo bludnou misidentifikaci. Halucinace jsou typicky zrakové, kdy nemocný vidí lidi nebo zvířata, méně často sluchové. Typicky jde o halucinace, které nejsou bizarní ani systematizované. Bludy bývají nejčastěji paranoidní („kradou mi věci“, „mluví o mně“, „chtějí se mě zbavit“, „partner je mi nevěr-

ný“). I bludy jsou spíše izolované, nebizarní, nesystematizované, často podpořené poruchou paměti, smyslovým deficitem nebo sociální izolovaností. Většinou se vztahují ke konkrétním osobám (rodina, sousedé apod.). Misidentifikace se vyskytuje v podobě záměny osob, kdy nemocný považuje své blízké za cizí osoby (brání se domnělému vetřelci) nebo naopak (objímá ošetřovatelku v domnění, že je to dcera). Jinou formou misidentifikace je nepoznávání vlastního obrazu v zrcadle, vlastního bytu či domu. Může jít o mylné interpretace událostí z televize nebo z radia a jejich vztahování k sobě. Od psychotických příznaků musíme odlišit konfabulace nebo misinterpretace dané kognitivním deficitem. V etiopatogeneze psychotických symptomů u demence se uplatňuje pravděpodobně nedostatek nebo dysfunkce některých neuromediátorů jako serotoninu nebo acetylcholinu. Souvislost mezi psychotickými symptomy u demence a abnormalitami dopaminergního systému nebyla jednoznačně prokázána.

Léčbu psychotických příznaků u demence začínáme vždy nefarmakologickými postupy (úprava prostředí, správný přístup, vhodný program, práce s pečujícím). Uvádí se, že psychotické příznaky vzniklé v průběhu Alzheimerovy demence (AD) mají až v 50% tendenci ke spontánní remisi v průběhu tří měsíců. Léčíme pouze ty příznaky, které jsou obtěžující pro pacienta či jeho okolí. Farmakoterapii psychotických příznaků u AD mírného nebo středně těžkého stupně zahajujeme nasazením inhibitorů cholinesterázy (IChE), těžšího stupně memantinem, které mohou zlepšit jak kognitivní funkce, tak i poruchy chování a psychotickou symptomatiku. Antipsychotika jsou u pacientů s demencí spojena s významně vyšším rizikem cerebrovaskulárních příhod a mortality oproti placebo, měli bychom je podávat jen krátkodobě pro tlumení akutního neklidu nebo ve velmi nízkých dávkách v kombinaci s kognitivní a/nebo SSRI. Volbou jsou atypická antipsychotika (AAP) quetiapin (25–200 mg/den), risperidon (0,5–1,5 mg/den), olanzapin (2,5–10 mg/den), popř. melperon (25–150 mg/den). Již po několika týdnech od dosažení efektu léčby se můžeme pokusit o postupné, pomalé snižování dávky antipsychotika až k případnému vysazení. Psychotické příznaky jsou typické pro demenci s Lewyho tělísky. Nejčastější jsou zrakové halucinace, pseudohalucinace nebo iluze, které se typicky objevují nebo zhoršují večer a v noci. Většinou nejeví tendenci ke spontánní úpravě. Zároveň bývají pacienti přecitlivělí na antipsychotika, často včetně quetiapinu, s rozvojem výrazné extrapyramidové symptomatiky a/nebo nadměrného útlumu. U psychotických příznaků demence s Lewyho tělísky jsou lékem volby IChE.

Schizofrenie, schizofrenní a schizoformní psychózy s pozdním a velmi pozdním začátkem

Schizofrenie bývá často považována za onemocnění, které vzniká v pozdní adolescenci nebo rané dospělosti. Ve skutečnosti se mohou příznaky schizofrenie objevit v kterémkoli věku. Podle období vzniku prvních příznaků pak hovoříme o schizofrenii s časným začátkem (před 40. rokem), o schizofrenní

psychóze s pozdním začátkem (mezi 40. a 60. rokem) a o schizofornní psychóze s velmi pozdním začátkem (po 60. roce) (obraz většinou odpovídá dřívějšímu označení parafrenie).

U chronických psychotiků obvykle s věkem klesá floridnost příznaků, převážná část nabývá charakteru paranoidních forem, oslabují se hostilní a negativistické postoje nemocných, do popředí se dostávají především defekty kognitivních funkcí a osobnosti. Přítomné pozitivní příznaky psychózy mívají menší emoční doprovod a méně ovlivňují chování nemocného. U dobře kompenzovaných pacientů pokračujeme v dříve nasazené antipsychotické terapii, často depotní. Nedostatečně kompenzovaní pacienti mohou profitovat z nasazení AAP.

Schizofrenie s velmi pozdním začátkem má svá určitá specifika, kterými se odlišuje od schizofrenie začínající v ranějším období. Pro klinický obraz jsou typické bludy různých forem (persekuční, reference, kontroly, grandiosity). U 2/3 nemocných nacházíme bludy pronikání skrz neprostupné materiály (nevývratné přesvědčení, že lidi, zvířata, materiály nebo záření pronikají skrz dveře, stěny, strop, podlahu apod.). Halucinace bývají většinou jednoduché sluchové (různé zvuky nebo hluk z vedlejšího bytu apod.). Může jít též o „hlasy“ komentující chování nemocného nebo slyšení obscénních či ponižujících poznámek o něm. Zrakové halucinace se vyskytují hlavně u lidí s poruchou zraku. Jde o halucinace lidí nebo zvířat, mohou ale mít i fantastický, bizarní charakter. Formální poruchy myšlení (zárazy, vkládání myšlenek) a negativní symptomy jsou extrémně vzácné. Kognitivní deficit bývá stejného typu, ale většinou těžšího stupně než u schizofrenie s časným začátkem. Nasazujeme-li nově antipsychotika, pak volíme AAP. Většinou začínáme risperidonem. Další volbou bývá olanzapin, quetiapin, aripiprazol, ev. další AAP (podle profilu potenciálních nežádoucích účinků). Před případnou změnou bychom měli antipsychotikum podávat v dostatečné dávce optimálně 4–6 týdnů, minimálně 2 týdny. Doporučované dávky odpovídají asi polovině až 2/3 dávek doporučených pro mladší populaci.

U katatonních schizofrenních příznaků, život ohrožujících stavů (odmítání jídla a/nebo pití, sebepoškozující jednání, nezvládnutelná agresivita apod.) nebo farmakorezistentních psychóz je indikovaná elektrokonvulzivní terapie.

Závěr

Starší lidé jsou velmi vulnerabilní pro vznik psychotických symptomů. Stav vyžaduje podrobnou anamnézu a důkladné komplexní vyšetření, aby mohla být stanovena správná diagnóza poruchy. Léčba zahrnuje péči o celkový tělesný stav, vhodný program a přístup k nemocnému, úpravu prostředí, práci s pečujícími. Farmakoterapii u psychotických poruch u demence zahajujeme většinou IChE nebo memantinem. Podávání antipsychotik je ve starší spojeno s významnými riziky a musí být proto prováděno s velkou obezřetností.

Literatura

Benešová V. Psychózy v geriatrické praxi. In: Horáček J, ed. Psychotické stavy v klinické praxi. Praha: Academia Medica Pragensis 2003. Pp:89–106.

Jeste DV, Blazer D, Casey D, Meeks T, Salzman C, Schneider L, et al. ACNP White Paper: Update on Use of Antipsychotic Drugs in Elderly Persons with Dementia. *Neuropsychopharmacology* 2008;33(5):957–70.

Howard R. Late-Onset Schizophrenia and Very-Late-Onset Schizophrenia-Like Psychosis: An International Consensus. *American Journal of Psychiatry* 2000;157(2):172–8.

ZMĚNY BUNĚČNÉHO METABOLISMU U PACIENTŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

J. Hroudová¹, Z. Fišar¹, R. Jiráček¹, L. Wenchich², J. Raboch¹

¹Psychiatrická klinika a ²Klinika dětského a dorostového lékařství, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

Summary

CHANGES OF CELLULAR METABOLISM IN PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

According to increasing evidence, mitochondrial dysfunctions contribute to the pathogenesis of Alzheimer's disease (AD). On the molecular level, oxygen and glucose metabolism is altered and energy metabolism is impaired. Mitochondrial abnormalities, and alterations in mitochondrial enzymes, especially complex I and cytochrome c oxidase, were observed. However, the etiology and important aspects of AD have not yet been sufficiently clarified. In our study, cellular respiration and mitochondrial enzyme activities in blood platelets were examined in AD patients and compared to healthy controls. The aim was to find out, whether kinetics of oxygen consumption and enzyme activities are modified. We afford to suggest parameters that could be suitable AD markers. Respiratory rate of mitochondria was measured electrochemically, using oxygraph with Clark-type electrodes. Activities of citrate synthase and complexes of electron transport chain were measured spectrophotometrically. Our results indicate lower respiratory rate in intact platelets as well as significantly lower respiratory capacity of electron transfer system in AD patients. Citrate synthase or complex IV activity was significantly decreased; activities of other complexes were not significantly changed. It is proposed that decrease in oxygen consumption may participate in pathophysiology of AD, and respiratory rate, citrate synthase and complex IV in blood platelets could be speculated as AD markers.

Key words: *Alzheimer's disease, oxidative phosphorylation, high resolution respirometry, citrate synthase, biomarkers*

Cíle

Alzheimerova choroba (AD) je nejčastějším neurodegenerativním onemocněním, je charakterizována narušením řady vyšších korových funkcí, postupnou ztrátou paměti, poruchami myšlení, chápání, úsudku a orientací (Orth and Schapira, 2001). Narůstající důkazy, že mitochondriální dysfunkce souvisí s narušením energetického metabolismu a jsou zahrnuty v patogenezi AD (Parker et al., 1994; Bosetti et al., 2002). Narušená funkce vede nejen ke snížení produkce ATP, ale také ke zvýšené produkci volných radikálů, ke změnám nitrobuněčného kalcia, oxidačnímu stresu a apoptóze. Změny mitochondriálních funkcí byly popsány v mozcích AD pacientů, krevních elementech a fibroblastech.

Měřili jsme aktivitu mitochondriálních enzymů a aktivitu systému oxidační fosforylace v krevních destičkách u pacientů s AD a porovnávali se zdravými kontrolami. Naším cílem bylo zjistit, zda jsou tyto složky energetického metabolismu významně ovlivněny. Další snahou je navržení vybraných parametrů, které by mohly být vhodnými markery AD.

Metody

Do studie byli zařazeni pacienti s počínající AD, jejich kognitivní postižení bylo ohodnoceno pomocí škály mini-mental state examination (MMSE), deprese byla identifikována geriatrickou škálou deprese (GDS); diagnóza AD byla potvrzena výpočetní tomografií mozku. Porovnávací skupinu tvořili zdraví dobrovolníci přibližně stejného věku, bez kognitivního postižení.

Aktivita citrátsyntázy a komplexů elektronového transportního řetězce byla měřena spektrofotometricky. Dýchání mitochondrií, tj. celková aktivita systému oxidační fosforylace (OXPHOS), bylo měřeno v krevních destičkách s použitím oxygrafu s Clarkovými elektrodami. Respirometrické měření s vysokým rozlišením bylo provedeno v intaktních buňkách a také v permeabilizovaných buňkách (v přítomnosti substrátů a inhibitorů OXPHOS). Byl hodnocen respirační kontrolní poměr (flux control ratio, FCR) a rychlost spotřeby kyslíku. Statistická významnost byla hodnocena pomocí Mannova-Whitneyova U testu.

Výsledky

Aktivita komplexu IV a citrátsyntázy byla u pacientů s AD byla výrazně snížena. Nebyly pozorovány změny v aktivitách ostatních komplexů elektronového transportního řetězce, kromě snížení aktivity komplexu II u AD pacientů bez deprese. Fyziologická respirační rychlost byla v intaktních buňkách výrazně snížena stejně jako respirační kapacita elektronového transportního řetězce. V permeabilizovaných buňkách se respirační rychlosti ani respirační kontrolní poměry nelišily v porovnání se zdravými kontrolami.

Závěry

Analyzovali jsme změny parametrů, které jsou měřitelné v periferní krvi a hrají významnou úlohu v energetickém metabolismu buňky. V intaktních krevních destičkách AD pacientů byla kinetika celkové spotřeby kyslíku výrazně snížena a můžeme předpokládat, že snížená spotřeba kyslíku se podílí na patofyziologii AD. Respirometrie s vysokým rozlišením je velmi citlivou metodou umožňující posoudit změny v energetickém metabolismu i v malém množství vzorku.

Na základě dosažených výsledků lze uvažovat o aktivitě citrátsyntázy, aktivitě komplexu IV a respirační rychlosti v intaktních destičkách jako možných markerech AD.

Podpořeno grantem GA UK č. 41310. a výzkumným záměrem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy MSM0021620849.

Literatura

Bosetti F, Brizzi F, Barogi S, Mancuso M, Siciliano G, Tendi EA, Murri L, Rapoport SI, Solaini G. Cytochrome c oxidase and mitochondrial F₁FO-ATPase (ATP synthase) activities in platelets and brain from patients with Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging*. 2002; 23(3): 371–376.

Orth M, Schapira AH. Mitochondria and degenerative disorders. *Am J Med Genet*. 2001; 106(1): 27–36.

Parker WD Jr, Parks J, Filley CM, Kleinschmidt-DeMasters BK. Electron transport chain defects in Alzheimer's disease brain. *Neurology*. 1994; 44(6): 1090–1096.

NOVÉ FARMAKOLOGICKÉ PŘÍSTUPY K LÉČBĚ ALZHEIMEROVY CHOROBY – KTERÉ Z NICH JSOU NADĚJNÉ?

R. Jiráček

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

Summary

NEW PHARMACOTHERAPEUTICAL APPROACHES TO TREATMENT OF ALZHEIMER'S DISEASE – WHICH OF THEM ARE PROMISING?

In the present times we don't know the etiology of Alzheimer's disease, but we are familiar with many pathophysiological chains of neurodegeneration. Currently investigated pharmacotherapeutical strategies are based on this knowledges. First of all the investigations are fixed on anti-amyloid therapies; blockers and modulators of beta- and gamma-secretases, blockers of beta-amyloid oligomerisation and vaccination against beta-amyloid. Another

approaches are tau-protein aggregation blockers, phosphodiesterase inhibitors and others.

Key words: *Alzheimer's disease, beta-amyloid, pharmacotherapy*

V současnosti neznáme etiologii Alzheimerovy choroby, ale známe řadu patogenetických článků. Z jejich ovlivnění vycházejí nové farmakoterapeutické strategie. Jsou zkoumány především antiamyloidní léčiva – blokátory a modulátory beta- a gama-sekretáz, blokátory tvorby amyloidových oligomerů, vakcinace proti beta-amyloidu. Z dalších přístupů jsou ověřovány např. blokátory agregace tau-proteinu, inhibitory fosfodiesteráz a mnoho dalších přístupů.

Podpořeno výzkumným záměrem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy MSM0021620849.

Literatura

Juany Y., Mucke L.: Alzheimer Mechanisms and Therapeutic Strategies. *Cell*, 2012;148:1204–1222.

Lemere CA, Masliah E. Can Alzheimer disease be prevented by amyloid-beta immunotherapy? *Nat Rev Neurol*. 2010 Feb;6(2):108–19.

SYMPOSIUM SEKCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

garant prof. Hana Papežová

ADHD A PPP (PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY)

P. Uhlíková, H. Papežová, T. Štěpánková

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

Summary

ADHD AND ED (EATING DISORDERS)

The most commonly described co-morbidity of ADHD from the group of eating disorders is impulsive eating connected to sleep disturbance. We suggest possible therapeutic modifications for patients with eating disorders and co-morbid ADHD.

Key words: ADHD, eating disorders

ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder) je považované za typické onemocnění dětského věku, které je charakterizováno příznaky nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Onemocnění ADHD lze chápat kromě jiných přístupů i jako na neurovývojovou dysfunkci s genetickým podkladem, který tvoří podle různých studií 60–80%. Ve většině případů však některé příznaky přetrvávají až do dospělosti, i když bývají často kompenzovány a modifikovány zvýšeným volným úsilím. Četnost výskytu ADHD uvádí studie v rozmezí 5–10 % u školních dětí, u 80 % z nich přechází příznaky ADHD do adolescence a u 60 % adolescentů se některé příznaky vyskytují i v dospělosti. Impulzivní chování, které je jedním ze základních příznaků ADHD, se vyskytuje i u některých poruch příjmu potravy. Ve spektru poruch příjmu potravy přibývá tohoto chování směrem od restriktivní anorexie, kde se impulzivita vyskytuje málo, přes purgativní anorexii a bulimii k přejídání a obezitě, kde je impulzivita velmi častá a projevuje se kromě přejídání i dalšími impulzivními příznaky včetně sebepoškozování. Na ADHD lze pohlížet i jako na poruchu sebekontroly, kdy jedinec s ADHD není schopen i přes dobrou znalost a pochopení pravidel a požadovaného výkonu dosáhnout určitého cíle, který vyžaduje opakované vyhodnocení situace, naplánování nové strategie a regulování vlastního chování. Děti s ADHD velmi často selhávají zejména v dosahování vzdálenějších a náročnějších cílů, obtížně plánují a dodržují sled jednotlivých činností. Vzhledem k chronickému selhávání v náročnějších činnostech a nedostatečnému pozitivnímu ocenění mají nedostatečnou motivaci pro dlouhodobé úkoly a preferují snadný zisk v dohledné době. Snadno dostupná odměna v podobě příjmu oblíbené potravy může u těchto jedinců hrát v systému odměňování značnou roli. Dopaminergní neurotransmise má důležitou roli v systému odměňování a

stejný neurotransmiterový systém, resp. jeho změny, jsou považovány za významné v etiopatogenezi ADHD.

Komorbidity u poruch příjmu potravy představují obecně poměrně častý problém, k nejčastějším patří poruchy nálady a úzkostné poruchy. Existuje i několik nových prací, které dokládají signifikantně vyšší výskyt poruch příjmu potravy u dívek s ADHD, zejména se často pojí s obezitou a impulzivním nebo nočním přejídáním. U obézních pacientů s ADHD byl popsán častý výskyt bulimického chování. Každá kombinace ADHD a poruchy příjmu potravy je rizikovým faktorem pro výskyt další komorbidity včetně poruch chování. Nejčastěji popisovanou komorbiditou ADHD z okruhu poruch příjmu potravy je impulzivní přejídání (binge eating), někdy spojované s poruchou spánku. Jedna z teorií vysvětluje toto spojení výskytem změněné aktivity hypokretin-orexinových neuronů v dorsomediálním a laterálním hypotalamu. U dětí s ADHD mají tyto neurony v dorsomediálním hypotalamu nižší aktivitu a v laterálním hypotalamu vyšší aktivitu. Na tyto poznatky navazují další neurofyzilogické, genetické a zobrazovací studie, související s hypokretin-orexinovým systémem, které se zaměřují na agonisty histaminových H1 a H3 receptorů. Genetické a neurofyzilogické studie se zaměřují i na možný vztah ADHD, obezity, prefrontálního kortexu a genů dopaminového systému. Dopaminergní změny v prefrontálním kortexu jsou považované za rizikový faktor pro vznik obezity u ADHD. Ve studii rodin s výskytem dětské obezity nad 97. percentilem s homozygotním výskytem

mutace T-C nukleotidu 811 genu MC4R (C271R), která je spojována s morbidní obezitou, byl nalezen signifikantní rozdíl v prevalenci ADHD mezi homozygotní skupinou a ostatními členy rodin a bylo doporučeno obézní děti rutinně vyšetřovat na výskyt symptomů ADHD.

Vzhledem k obecnému nárůstu nadváhy u dětské a adolescentní populace (od r. 1980 do r. 2002 stoupla nadváha ze 7 % na 16 % u dětí a z 5 % na 16 % u adolescentů) se studie zaměřily i na nadváhu u dětí s ADHD. Cílem studie z r. 2008, která zahrnovala 62 887 dětí ve věku 5–17 let, bylo zjistit prevalenci nadváhy a její souvislost s farmakoterapií ADHD. U dětí s ADHD bez léčby byla nadváha 1,5x častější a u dětí s ADHD léčených psychofarmaky byla nadváha 1,6x častější. Výsledkem studie bylo doporučení před preskripcí medikace posoudit hmotnost a od počátku léčby modifikovat terapeutický přístup, v diskuzi pak byl zvažován také vliv náplně volného času dětí s ADHD.

Pro praxi ze studií vyplývá kromě doporučovaných modifikací terapeutické péče pro pacienty

s komorbidní poruchou příjmu potravy a ADHD také doporučení cíleného vyhledávání ADHD příznaků mezi obézními pacienty s bulimickými příznaky a možnost využití terapie stimulancií u obézních pacientů s bulimickým chováním.

Studie zvažují i terapeutický potenciál léků určených k léčbě ADHD při léčbě poruch příjmu potravy, i když výsledky nejsou jednoznačné, a významně se liší

efekt uvedených léků v závislosti na době podávání. U atomoxetinu je popsán v krátkodobé studii léčby obezity u dospělých žen pokles váhy, u dětí léčených atomoxetinem pro ADHD je popsán podobný pokles váhy v rámci nežádoucích účinků léčby, tento pokles se ale z dlouhodobého hlediska vyrovnává k normě.

Vlastní studie se zaměřuje na výskyt symptomů ADHD u pacientů, léčených na Psychiatrické klinice pro poruchy příjmu potravy. K vyhledávání této komorbidity používáme sebesposuzovací dotazník ADHD, který hodnotí aktuální projevy poruchy a její projevy v dětství, škálu chování pro rodiče/partnera a dotazník EDEQ (Eating Disorder Examination-Questionnaire).

Podpořeno projektem VZP – Komplexní a diferencovaný plán primární prevence u hyperkinetické poruchy (ADHD) a poruch příjmu potravy.

Literatura

1. Agranat-Meged et al. ADHD in obese melanocortin-4-receptor (MC4R) deficient subjects: A newly described expression of MC4R deficiency. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 2008 Sep, epub ahead of print.
2. Biederman et al. Are girls with ADHD at risk for eating disorders? Results from a controlled, five year prospective study. *J Dev Behav Pediatr*, 2007 Aug; 28(4): 302–307.
3. Campbell, Eisenberg. Obesity, attention deficit-hyperactivity disorder and the dopaminergic reward system. *Coll Antropol*, 2007; 31(1): 33–38.
4. Cortese et al. Alertness and feeding behaviors in ADHD: Does the hypocretin/orexin system play a role? *Med Hypothesis*, Aug 2008: epub ahead of print.
5. Waring, Lapane. Overweight in children and adolescents in relation to ADHD: results from a national sample. *Pediatrics*, 2008; 122(1): 1–6.

HYPERAKTIVITA A PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

H. Papežová., A. Yamamotová

Psychiatrická klinika 1, LF UK a VFN Praha a Ústav normální, patologické a klinické fyziologie, 3. LF UK Praha, Česká republika

Summary

HYPERACTIVITY AND EATING DISORDERS

Patients with anorexia nervosa (AN), even when severely underweight, show increased physical activity and often exercise excessively. It seems inconsistent, because long-term starvation and weight loss is normally accompanied by decreased energy and increased physical fatigue. This phenomenon has been often described in clinical studies as an important predictor of the

course and the severity of the disease. Authors are presenting the results of their systematic research of hyperactivity of hospitalized patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa (N=24) monitored by actigraph Actiwatch and its association with clinical factors specific (a hunger, a satiety) and non-specific (an anxiety, a depression) for eating disorders.

Key words: *hyperactivity, eating disorders*

Pacientky s mentální anorexií (AN), přestože trpí výraznou podváhou, vykazují zvýšenou pohybovou aktivitu a často excesivně cvičí. Zdá se to být v rozporu, protože dlouhodobé hladovění a úbytek hmotnosti bývá doprovázen ztrátou energie a zvýšenou tělesnou únavou. Tento fenomén, často popisovaný v klinických studiích jako významný prediktor průběhu a závažnosti onemocnění, byl teprve v posledních letech podroben systematickému zkoumání a to především na animálních modelech.

Je známo, že hlodavci zvyšují pohybovou aktivitu při omezené dostupnosti potravy a proto se předpokládá, že hyperaktivita u mentální anorexie může odrážet mobilizaci starých fylogenetických vzorců chování u predisponovaných osob (Hebebrand et al. 2003, Yamamotová, Papežová 2012). Cílem studie prováděné u hospitalizovaných patientek v Centru pro poruchy příjmu potravy bylo porovnat pohybovou aktivitu u patientek s AN (n=17, BMI=14.3 kg/m², trvání nemoci 2.4 roky) a mentální bulimií (BN) (n=7, BMI=19.8 kg/m², trvání nemoci 2.5 roku). Pohybovou aktivitu jsme měřili pomocí aktigrafu Actiwatch Score, který nosily pacientky po dobu dvou dnů na nedominantní ruce. Sběr dat probíhal v minutových intervalech a výslednou analýzou jsme získali následující parametry: průměrná aktivita za 24 hodin, průměrná denní aktivita (7.30–21.30), průměrná noční aktivita, poměr denní a noční aktivity a hodina maximální denní aktivity (hodnocena cosinorovou analýzou), tj. akrofáze cirkadiálního rytmu. Zároveň jsme u AN sledovali vztahy mezi pohybovou aktivitou a symptomy specifickými pro poruchy příjmu potravy (hlad, chuť, sytost) a nespecifickou symptomatikou (úzkost, deprese, únava, tělesná bolest, potřeba spánku). Pacientky si ve 2 hodinových intervalech (od 8 do 20 hodin) zaznamenávaly intenzitu sledovaných položek na stupnici 0–10.

Pacientky nejvýše skórovaly v položkách sytost (paradoxně nekorelující s hladem), úzkost a deprese a nejméně v položkách hlad a tělesná bolest. Pocit hladu pozitivně koreloval s množstvím denní pohybové aktivity ($r=0.61$, $p=0.003$), zatímco úzkost korelovala s aktivitou negativně (na hranici významnosti). Výsledky patientek s AN se nelišily od skupiny patientek s BN v žádném parametru popisujícím hyperaktivitu ani v subjektivních položkách (hodnoceno t-testem). Korelační analýza závislosti množství denní aktivity na akrofázi pohybového rytmu sice nedosáhla statistické významnosti u žádné diagnózy, ale opačná orientace přímků u AN a BN dovolila proložit data parabolickou funkcí s maximem kolem 13:00 hodiny ($r=0.48$, $p<0.05$). U AN závi-

sel poměr denní a noční aktivity na akrofázi pohybového rytmu ($r=0.66$, $p=0.01$), čím pozdější bylo denní maximum, tím větší byl tento poměr.

Podobnost mezi skupinami AN a BN lze částečně vysvětlit standardním denním režimem na oddělení během hospitalizace i poměrně nízkým průměrným BMI, které může znamenat relativně nedávný přechod pacientek z anorektické do bulimické fáze. Vzhledem k počtu pacientů považujeme získané výsledky za orientační, diskutovány budou další postupy, včetně významu animálních modelů.

Podpořeno: CSM110/2012 a IGA MZ NS/10045-4

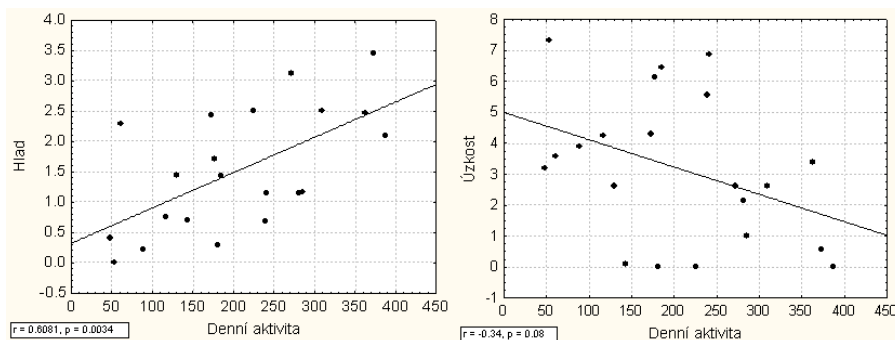
Literatura

Hebebrand J. et al. Hyperactivity in patients with anorexia nervosa and in semistarved rats: evidence for a pivotal role of hypoleptinemia. *Physiology & Behavior* 2003;79:25,37.

Yamamtová A, Papežová H. Předběžné výsledky měření pohybové aktivity u pacientek s poruchami příjmu potravy s použitím aktigrafu. *Psychiatrie* 2012, 16 (Suppl.1):22.

Van Elburg AA, Hoek HW, Kas MJ, van Engeland H. Nurse evaluation of hyperactivity in anorexia nervosa: a comparative study. *Eur Eat Disord Rev.* 2007 Nov; 15(6):425–9.

Hillebrand JJ, van Elburg AA, Kas MJ, van Engeland H, Adan RA. Olanzapine reduces physical activity in rats exposed to activity-based anorexia: possible implications for treatment of anorexia nervosa? *Biol Psychiatry.* 2005 Oct 15; 58 (8):651–7.



Závislost pocitu hladu a úzkosti na průměrném množství denní pohybové aktivity.

PROYOUTH: EVROPSKÁ INICIATIVA PRO PREVENCI A VČASNOU LÉČBU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY: HODNOCENÍ ÚČINNOSTI INTERNETOVÉ INTERVENCE V OVLIVNĚNÍ KVALITY INTERVENCE, PRŮBĚHU A VYÚSTĚNÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

H. Papežová, J. Hanusová a kolektiv ProYouth

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha a Pražské centrum primární prevence, Praha, Česká republika

Summary

PROYOUTH: EUROPEAN INITIATIVE FOR THE PREVENTION AND EARLY TREATMENT OF EATING DISORDERS: EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF INTERNET INTERVENTIONS IN AFFECTING THE QUALITY OF INTERVENTION, THE COURSE AND OUTCOME OF EATING DISORDERS?

Eating disorders are severe mental disorders mainly in young people therefore the ProYouth initiative focused on the promotion of health in young people aged 15 to 25 (mainly healthy eating, body satisfaction, and risk of eating disorders). ProYouth uses a stepped care approach via Internet-based interventions. The main objectives are: 1. To provide information and educate, 2. To assist in early detection of problematic attitudes and risk behaviors, 3. To give tips on help, 4. To offer peer and professional support, 5. To facilitate access to the regular health care system. The ProYouth support the collaboration with local and regional authorities, health and educational institutions (schools, colleges, universities) to build an interdisciplinary network. This strategy is planned to address a total of approx. 600,000 young people across Europe. ProYouth is co-financed by the European Commission's Executive Agency for Health and Consumers in the Health Programme. The project started in the Czech Republic on March 5, 2012 at www.proyouth.eu

Key words: *prevention, internet, outcome of eating disorders*

Podpora zdraví, prevence a včasné intervence u mladých lidí jsou prioritami evropských zdravotních strategií. Dospívání a raná dospělost je zranitelným obdobím pro rozvoj emocionálních a psychických problémů a duševních poruch. Program ProYouth je zaměřen na populaci dospívajících s nezdravým jídelním režimem, nespokojeností s vlastním tělem a poruchami příjmu potravy. Osoby v riziku pro vznik poruch příjmu potravy potřebují podporu různé intenzity. Problémy sahají od menších přechodných problémů až po těžká onemocnění. Mnoho postižených jedinců vyhledá odbornou pomoc pozdě nebo vůbec ne. Důvody mohou být různé: nedostatek znalostí o duševním zdraví a duševních poruchách, nejistota, stud, strach ze stigmatizace, nedostatek znalostí o odborné pomoci, nedostatečný přístup ke zdravotní péči. Opožděné intervence zvyšují riziko chronifikace onemocnění.

ProYouth v ČR je zaměřen na podporu zdraví mladých lidí ve věku 15 až 25 let, především zdravého životního stylu, výživy, spokojenosti s vlastním tělem a prevenci poruch příjmu potravy. Integruje psychoedukaci, prevenci, svépomocné aktivity a včasnou poradenskou a terapeutickou intervenci pomocí internetu. Je připravován od dubna 2011 a postupně realizován v 7 evropských zemích za podpory Evropské komise www.pro-youth.eu. V ČR nás byl program na webových stránkách spuštěn 5. 3. 2012.

Specifická on-line platforma ProYouth nabízí různé moduly. Hlavními cíli tohoto on-line systému jsou:

Poskytovat informace a vzdělávat o duševním zdraví, a poruchách příjmu potravy a podporovat zdraví.

Pomoci mladým lidem odhalovat problematické postoje a rizikové chování včas.

Dát tipy na to, co mladí lidé mohou udělat pro sebe nebo ostatní.

Nabídnout peer programy a odbornou podporu prostřednictvím internetu, působit proti rozvoji poruch příjmu potravy a souvisejících problémů.

Uspadnit přístup k pravidelné péči v systému zdravotní péče (např. poradenství, léčba), a tak omezit čas mezi výskytem příznaků a využitím odborné pomoci.

Implementace programu vyžaduje vývoj různých strategií k získání maximálního počtu škol a studentů ke spolupráci. Nezbytné jsou osobní kontakty a diferencované postupy při vytváření kvalitní interdisciplinární sítě při zapojení všech existujících a funkčních propojení. Mezi příklady spolupráce patří: prezentace programu pro školy, učitele, studenty a osobní výzvy studentů k registraci, organizace setkání a školení učitelů, studentů pedagogických fakult a školních psychologů/poradců, zveřejnění informací o programu ve školních novinách/e-mailech, běžných tištěných a dalších médiích atd., vzdělávání a zapojení studentů "moderátorů". Nelze se tedy omezit jen na distribuci informačních materiálů. Koordinátor programu průběžně sleduje internetové platformy: např. čte zápisy studentů ve fóru, poskytuje data pro poradenství na chatu, zprostředkuje kontakty účastníkům se závažnými příznaky. Centrum pro poruchy příjmu potravy projekt koordinuje: spolupracuje s místními a regionálními orgány, zdravotnickými a vzdělávacími institucemi (školy, vysoké školy, univerzity) na implementaci programu v ČR (a jeho koordinaci s participujícími jinými evropskými zeměmi). Zajišťuje odborníky pro skupinové a individuální diskuze a chaty a chaty pro rodinné příslušníky.

ProYouth je plánován tak, aby umožnil oslovit až 600.000 mladých lidí v celé Evropě a zajistit dlouhodobou udržitelný program. Výzkumné otázky jsou zaměřeny na strategie, které fungují nejlépe v ČR při uplatnění preventivních programů (stakeholder analysis), na spokojenost a využití programu studenty a učiteli. Výzkum sice není prioritou projektu (tou je realizace programu a jeho rozšíření) ale výsledky hodnocení programu jsou zásadní pro rozvoj dalších internetových preventivních programů (sledování redukce klinických případů

poruch příjmu potravy a komorbidit např. ADHD u školní mládeže a času prodlení ve využití adekvátní pomoci dotazníkové baterie (projekt INTACT 2009–2011). Výsledky našich intervencí srovnáváme se zahraničními daty (používáme stejnou metodiku). Účinnost internetových intervencí u poruch příjmu potravy byla popsána v předběžných studiích mezinárodního projektu INTACT na 8. Mezinárodní konferenci o poruchách příjmu potravy a obezitě 2011 v Praze.



Podpořeno programem EU Pro-Youth (2011–2013)

Literatura

Bauer, S., Winn, S., Schmidt, U., & Kordy, H. (2005). Construction, scoring and validation of the Short Evaluation of Eating Disorders (SEED). *European Eating Disorders Review*, 13(3), 191–200.

Carrard, I., Crépin, C., Rouget, P., Grupper, M., Lam, T., & Golay, A. (2008). New technologies for obesity treatment: on-line supported self-treatment program. *Revue Médicale Suisse*, 4, 57–60.

Carrard, I., Fernandez-Aranda, F., Lam, T., Nevonen, L., Liwowsky, I., Volkart, A.C., Rouget, P., Golay, A., Van der Linden, M., & Norring, C. Evaluation of a guided Internet self-treatment program for bulimia nervosa in several European countries. *Eur Eating Disorders Rev* 2011, 19, 2,138–149.

Carrard I, Crépin C,¹ Rouget P, Lam T, Van der Linden M, Golay A. Acceptance and Efficacy of a Guided Internet Self-Help Treatment Program for Obese Patients with Binge Eating Disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2011; 7: 8–18.

European Commission. (2007). Individually Tailored Stepped Care for Women with Eating Disorders. (MRTN-CT-2006-035988).

http://cordis.europa.eu/fetch?CALLER=FP6_PROJ&ACTION=D&DOC=1&CAT=PROJ&QUERY=0129fa727466:97a5:6699eb30&RCN=83032

Moessner, M., Fassnacht, D., & Bauer, S. (under review). Online Assessment of Eating Disorders: The Clinical and Research Inventory for Eating Disorders (CR-EAT). *J of Clinical Psychology*

Percevic, R., Gallas, C., Arikian, L., Mößner, M., & Kordy, H. (2006). Internet-gestützte Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring in Psychotherapie, Psychiatrie und psychosomatischer Medizin. [Internet-based quality insurance and outcome monitoring in psychotherapy, psychiatry and psychosomatic medicine]. *Psychotherapeut*, 51, 395–397.

SYMPOSIUM SEKCE SOUDNÍ PSYCHIATRIE

garant doc. Karel Hynek

FORENZNÍ ASPEKTY ASPERGEROVA SYNDROMU

V. Hort, J. Kocourková

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

Summary

FORENSIC ASPECTS OF ASPERGER'S SYNDROME

Asperger's disorder represents under-diagnosed condition in our forensic literature and praxis. There are discussed the unique features of the affected persons (deficient social awareness, coupled with narrow interests). These characteristics can influence criminal behavior. The authors discussed some problems connected with criminal behavior in persons with Asperger's disorder.

Key words: *Asperger's Syndrome, forensic aspects, criminal behavior*

Cílem sdělení je poukázat na možné forenzní kriminální dosahy tohoto relativně nového psychopatologického konceptu, kterými se naše soudně psychiatrická setkání zatím nezabývala.

Stručně k charakteristice a registraci poruchy: patří do skupiny pervazivních poruch, ve které jsou spolu s dětským autismem hlavními klinickými jednotkami (představuje jeho tzv. vysocefunkční variantu). Jejich rodný list byl vystaven za II. světové války a jako otcové u obou jsou zapsáni Rakušané. Na cestu našim oborem je ovšem vyslali v odlišných situacích. Nejdříve Leo Kanner u dětského autismu v roce 1943 v USA, kde se stal významným dětským psychiatrem (ve své mateřské zemi by pravděpodobně tou dobou asi již nežil) a v roce 1944 ve Vídni pediatri Hans Asperger (kde válka neušetřila jeho bratra, padl jako voják wehrmachtu).

V přeneseném pohledu se původ ze země početí u obou jednotek na jejich klinickém prospívání a uznání zřetelně projevil. Kannerův americký „autismus“, se záhy těšil odbornému i obecnému zájmu, zatímco „válečný“ Aspergerův syndrom naproti tomu dlouho hledal plnohodnotné uznání a teprve v roce 1970 začal být fundovaněji oddělován od autismu. Oficiální uznání, tedy získání jakéhosi občanského průkazu, dosáhl až v současné MKN 10 klasifikaci v r. 1994. Doposud je ale statut jeho uznání méně pevný. Diagnóza je někdy použita spíše jako zbytková, tam kde je postižení intelektu a sociálních projevů méně vyjádřené než u autismu. U starších jedinců diagnóze může konkurovat diagnóza poruchy osobnosti-schizoidní, schizotypní. Pokud však jsou vedle znaků platných pro tyto poruchy naplněna i kriteria pro Aspergerovu poruchu, měla by být uznána tato diagnóza.

Značné popularitě se diagnóza těší v nepsychiatrické sféře, kde jejich společným znakem zdá být obrana před „psychiatrizací“ a ochranností žádající porozumění pro jejich specifické vnímání světa, tedy postoje, které zužují kritické pohledy na společenské a ev. i možné forenzní dosahy jejich jednání.

Asperger sám označil poruchu jako autistickou psychopatii. Předpokládal, že se projevuje nedostatkem empatie, malou schopností navázat přátelství, jednostranným typem konverzace a intenzivním zabráním se do zvláštních zájmů, pro které by mohl být někdy výstižný termín „mladí profesori“, a konečně i nemotorností pohybů. Podobně i současné pojetí koncipuje poruchu podle deficitů ve třech základních oblastech: v sociální, komunikační a zájmové sféře. Jádrem je porucha nastavení postojů v sociálním chování, které ovlivňuje necitlivost k pocitům a záměrům druhých, nedostatek plasticity při „čtení“ interpersonální komunikace, nedostatek intuice, neporozumění – např. ironii, humoru, setrvávání v rigidních postojích. Postižení se přitom ale kontaktům nevyhýbají, bývají však excentričtí, v konverzaci se omezují na úzká témata. Jejich zájmy jsou stereotypní, repetitivně ohraničené. V řečovém projevu bývá různě nápadná neobvyklá prosodie, intonace, plynulost. Nápadně se konečně projevují i nemotorností – jako např. při jízdě na kole, zacházení s míčem, otevírání konzervy apod.

Do teritoria jednání s forenzním dosahem tak mohou Aspergerův syndrom na základě uvedených abnormit posouvat důsledky nedostatků ve dvou klíčových oblastech: mentalizace – to je plynoucí z úrovně schopnosti chápat a rozumět kognitivním, percepčním a afektivním dosahům ve své sociální realitě a druhou oblastí, která je může generovat disociální projevy chování, je nepřiměřené, torpidně sledované zájmové pole s aktivitami, které ignorují sociální důsledky.

Celkové odhady prevalence poruchy uvádějí výskyt kolem 2,6 / 10 000, s výraznou převahou chlapců. V kriminálních sestavách je výskyt Aspergerovy poruchy častější než v běžné populaci. 15% mladistvých hodnocených ve forenzních sestavách ve Švédsku, pocházelo z autistického spektra poruch. Vysoká čísla uvádí např. Forenzní psychiatrické oddělení ve Stockholmu (2001), kde ze 135 delinkventních bylo u 30% při retrospektivním hodnocení podezření na pervazivní poruchu, u 4% byla považována za jistou.

Většina protiprávního – kriminálního jednání u Aspergerů leží v méně závažném spektru projevů, dochází však i k těžkým zločinům. Za častou je považována agresivita (poukázal na ni již sám Asperger u svého pacienta Fritze V. u kterého popsal nečekanou agresivitu a napadání jiných dětí). Ulpívavost a deformované interpretace mohou stát za projevy stalkingu, krádeží a hromadění věcí. Nepřiměřené erotické přibližování za obviněními ze sexuálních deliktů. Fascinace plápolajícím plamínkem za žhářstvím (kdy v konkrétním případě chlapec v dětství po dlouhé chvíli pozoroval kontrolní pláminek plynového ohřívače, později plameny ohýnků, až zapálil plot s následnou velkou škodou). V jiném případě chlapec ohněm jen řešil svou nespokojenost s místní

rozhlasovou stanicí. Měl vyvolenou hudební stanicí, jejíž vysílání mu po přestěhování rodiny rušila ta místní. Když nepřestala po jeho písemných protestech, zašel k ní s kanystrem benzínu a zapálil ji. Možná by nebyl odhalen, kdyby se doma činem nepochlubil nad zprávou o jeho důsledcích v místních novinách. Literatura zaznamenává i vraždící Aspergerovy. Dr. Schwartz-Wattz (2005) z UJK se zamýšlí nad několika případy, příkladem je muž se zvláštní sensitivitou na zacházení se svými brýlemi. Když se jeho soused přišel zeptat, co udělá se svým dluhem a v jakési interakci mu o brýle zavadil, muž odešel do ložnice, kde měl zbraně, vzal revolver a vyprázdnil ho do souseda. Pak vzal další zbraň a střílel oběť do hlavy. Šlo o pachatele bez záznamu v trestním rejstříku. V dětství rodiče měli pochyby, zda se vyvíjí normálně a nechali ho neurologicky i psychiatricky vyšetřit, nebyl stanoven jasný závěr. Bylo zjištěno, že měl úzce zaměřené zájmy, stereotypně sbíral různé články, obíral se zbraněmi, II. světovou válkou, neměl prakticky přátele, byl dobrý v matematice. Dodatečné vystřelení na oběť vysvětlil tím, že viděl hodně filmů, kde zastřelení dovedli být ještě stále nebezpeční. Diagnóza autismu byla stanovena po studiu a konzultacích nad videonahrávkami.

V naší vlastní posudkové praxi se v doložené dokumentaci občas objevil údaj, že pachatel byl v dětství, ve vzdálenější minulosti, v kontaktu se sociální či pedagogickou institucí, která diagnózu pervazivní poruchy zmínila. Ve všech případech profil chování v době trestné činnosti neměl podle našeho názoru pro poruchu specifický vypovídající charakter a zapadal do abnormně se vyvíjející osobnosti. Jeden mladistvý, který byl v době činu evidován jako Aspergerův syndrom, se dopustil sexuálního útoku vůči školákovi, který si vyjel na kole. Dovedl si ho vyčíhat, dostat z kola a zatáhnout do křoví, kde ho osahával. Takové chování zjevně nezapadalo do zkušeností zařízení, kam docházel. Jeho vyjádření svým způsobem komplikovalo posudkové hodnocení pro bagatelizaci případu a argumentaci, která obviněného stavěla do pozice ve světě neorientovaného a neodpovědného jedince. Podobné postoje zaujímal i posuzovaný, aniž šlo rozlišit, zda vycházely z jeho strategie, nebo se na nich podílela permissivita terapeutických vlivů.

Nejzávažnější případ prošel naší zkušeností v posuzování 13 roků starého školáka, který by pravděpodobně dnes k diagnóze Aspergerova syndromu dospěl, stal se však před 20 lety, kdy ho naše klasifikace neznala. Chlapec tehdy, sociálně izolovaný, v rodině jiný, nepřiměřeně citlivý na své teritorium a zájmy, zastřelil otce i matku, kteří mu v tom vadili. Byl by zavraždil i sestru, která si na něj „dovolovala a strkala do něj“, ale ta to kritické ráno odešla včas do školy. Do předpokladu poruchy ale nezapadala jeho obratnost při zacházení s brokovnicí.

Literatura u autorů.

DOMÁCÍ NÁSILÍ U PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ

P. Harsa, D. Kertészová, M. Macák, I. Voldřichová, I. Žukov, R. Ptáček, K. Fikrle, N. Mrklasová, L. Šrutová, S. Bačkovská

Psychiatrická klinika Univerzity Karlovy – 1. LF a VFN v Praze, Česká republika

Summary

DOMESTIC VIOLENCE IN PSYCHIATRIC PATIENTS

Authors describe and review individual manifestations of domestic violence done by and to patients with mental disorders. They draw attention to dangers of such behaviour in situations when the patients are both perpetrators and victims (psychiatric patients themselves are often targeted). The purpose of this text is to summarize contemporary knowledge in this area, referring to qualified sources, including clinical case studies. Another of our aims was to implement a project dealing with the issues of domestic violence in psychiatric patients at our psychiatric clinic.

Key words: *aggression, bullying, domestic violence, battered person syndrome, elder abuse and neglect. Mental disorder, mental illness*

Úvod

Téměř každý den čelíme různým projevům chování, které se projevuje jak v přijatelné (socializované), tak i nepřijatelné (nesocializované, agresivně – násilné) formě. Projevy agrese dělíme na verbální, neverbální, psychické, fyzické, proti lidem, věcem, zvířatům apod.

Agresivita je komplexní fenomén uplatňující se v každodenním životě člověka a má svoje pozitivní i negativní stránky. Každý jedinec agresivitou v různé intenzitě a rozsahu disponuje a nelze ji z našeho života zcela vyloučit. Agresivita je současně i adaptační mechanismus, který nám pomáhá nejenom přežít, ale i překonávat nejrůznější překážky. Agresivní sklony se u člověka vytvářejí v prvních letech života na základě dědičných dispozic, instinktivní výbavy, výchovy, učení, předchozí zkušenosti a vlivu prostředí. Agresivitu je třeba kontrolovat, kultivovat, regulovat a usměrňovat prosociálně účelným směrem tak, aby nedocházelo k narušování vztahů mezi lidmi a norem společnosti.

Problémem bývá nadměrná agresivita projevující se nevhodně, v nedostatečně socializované či destruktivní formě a násilí. Projevy agrese mají bio-psychosociální kontext. Mohou být odrazem určitého psychosociálního vývoje, aktuální situace či konstelace osobnostních dispozic a kognitivních strategií.

Projevy násilí

V současné době se v různých obdobích života můžeme setkávat s mnohými projevy násilí. Podle Koláře (2011) je násilí a šikana velmi častý a negativní jev. Mezi rysy šikany a násilí patří:

Záměrnost (úmyslné jednání, snaha poškodit, ublížit)

Trvání v čase (opakování, trvá delší dobu)

Asymetrie síly (silný x slabý, síla fyzická, psychická, sociální)

Následky (oběť se není schopna bránit, snížené sebevědomí, pochybnosti o sobě, vyhublé chování, deprese, suicidium).

Aby se násilí mohlo rozvinout, je zapotřebí plnění následujících podmínek:

Přítomnost potencionálního agresora

Přítomnost potencionální oběti

Přítomnost takového klimatu skupiny lidí, které šikanování a násilí připustí, resp. mu nezabrání.

Domácí násilí (domestic violence) v současné době velmi častý projev násilí a agrese v rovině partnerských vztahů. K vážným projevům patří tzv. „intimní terorismus,“ kdy má agresor nad obětí absolutní kontrolu a moc.

Projevy agrese jsou převážně fyzické – facky, rány, bití, křik. Další formou násilí bývá tzv. psychický teror, kdy je oběť dlouhodobě psychicky (ale i fyzicky) terorizována, aniž by nejbližší okolí cokoliv pozorovalo. Agresor mívá často „dvojí tvář,“ kdy se snaží na okolí působit seriózním dojmem. Je prokázáno, že častěji se násilí v domácnostech dopouštějí muži (97%). U domácího násilí bývá charakteristická vztahová asymetrie a je rovněž prokázáno, že psychického násilí se více dopouštějí vzdělanější lidé. U bitých žen se může rozvinout syndrom týrané ženy, mají pocit, že za vzniklou situaci si mohou samy. Často se stydí násilí oznámit a svěřit se nejbližším. Týrané ženy bývají netečné, otupělé, málo komunikují, jsou nepřístupné, nezajímají se o sebe a o své okolí. Samy utíkají před konfliktem, často nejsou schopny projevit spontánně emoce vzteku a zlosti. Nejkritičtějším obdobím je období rozchodu a rozvodu. Mezi časté oběti domácího násilí se řadí senioři, zdravotně postižené osoby a osoby s duševní poruchou (Hafem, 2005). Výzkumy a klinická praxe naznačují, že stále ještě chybějí informace, jak se domácímu násilí bránit, resp. jak mu předcházet. U osob s duševní poruchou či nemocí může být schopnost efektivně se bránit domácímu násilí ještě více oslabena než u zdravých jedinců. Často u nich velmi rychle zesilují příznaky tzv. syndromu týrané osoby (battered person syndrome) a symptomy posttraumatické stresové poruchy, včetně zhoršení základních diagnostických příznaků (deprese, psychózy apod.) s následnou dekompenzací duševního stavu. U starších pacientů se můžeme setkat s tzv. syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného seniora (elder abuse and neglect).

Pro názornost uvádíme kasuistiku z psychiatrické ambulantní praxe:

Žena 35 let, absolventka FF UK, vdaná, z manželství tři dcery – 15 let, 12 let, 1 rok. Nyní na MD, aktivní v komunální politice v Praze. Rodiče vysokoškolsí učitelé.

Pachatel domácího násilí (manžel) 40 let, lékař, specialista, přední odborník v klinickém oboru pracující ve fakultní nemocnici, konzultant na odborném pracovišti v zahraničí. Společenský, oblíbený mezi kolegy i přáteli. Ve společ-

nosti vstřícný, zábavný, obětavý, působící dojmem starostlivého otce a manžela.

Oběť domácího násilí kontaktovala občanské sdružení Rosa, pro úzkost, axietu, hypoprosexii, hyposomnii, odeslána do péče psychiatrické ambulance.

Pacientka uvádí nápadnosti v chování manžela před sňatkem (známost 1 rok), výbušný při drobném podnětu, slovní agrese, následně omluvy. Pacientka projevům nevěnovala pozornost, přijímala omluvu.

První fyzické násilí v době těhotenství – úder do obličeje po studijním neúspěchu – nesložil zkoušku. Od prvního těhotenství násilí psychické – urážky, ponižování, nadávky, přidělování financí, vytváření pocitu viny pacientky za danou situaci, obviňování z nevhodného chování, odrazování od studia VŠ, snaha o izolaci od přátel a rodiny, snaha o vytvoření závislosti na manželovi – finanční i citové. Po fyzickém napadení omluvy, usmiřování, dárky, vysvětlována příčina selhání – vina na straně partnerky – provokující chování, nedostatek empatie. Nikdy nepřiznal vinu, k chování byl vyprovokován manželkou.

Poslední fyzické napadení pacientky týden před porodem 3. dcery. Po návratu ze zaměstnání byl manžel podrážděný, jako důvod napadení pacientka uvádí odmítnutí porodu v nemocnici, kde manžel pracoval. Údery do obličeje, krvácející zranění, zakázal pacientce vyhledat lékařskou pomoc, sám pro ni vyhledal pomoc chirurga, spolužáka, žádost o ošetření komentoval – podívej, ujely mi nervy. Pacientka po ošetření tržné rány a fraktury nosní přepážky propuštěna do domácího ošetření. Manžel opět činí manželku odpovědnou za vzniklou situaci.

Po intervenci občanského sdružení Rosa pacientka získala náhled situace, odstěhovala se ze společné domácnosti. S dětmi žije v domě u svých rodičů, kteří měli podezření na neshody v manželství, ale pacientka se snažila po celou dobu násilí tajit, považovala za osobní selhání. Manžel vyvíjí úsilí o prokázání nevinu, snaha pacientku diskreditovat, prezentovat manželku jako duševně nemocnou, neschopnou pečovat o děti.

Pac. není zatím dostatečně kritická k situaci – přetrvává stud a pocit viny, ambivalentní vztah k manželovi, v popředí obava z budoucnosti.

Osvěta a prevence je velmi důležitá. V poslední době lze pozorovat, že stále více obětí násilí se snaží bránit a upozorňovat na něj. Například v minulém roce 699 žen a 11 mužů nechali agresory vykázat z domova.

Edukace a prevence

Důležitá je výchova, edukace, osvěta a schopnost pojmenovat a hovořit o výše uvedených projevech agrese, šikany a násilí. Doporučuje se v případě domácího násilí mít připravený „bezpečnostní plán“, například zajištění tajného úkrytu, signál, fotodokumentaci, mít osobu, které se mohou svěřit, na koho se obrátit a vědět kam se obrátit pro pomoc (policie, odborná pomoc). V naší společnosti existují organizace s podrobnými programy prevence, minimalizace a edukace (Projekt minimalizace šikany, Projekt E-bezpečí, Národní centrum

bezpečnějšího internetu, Horká linka, Linka pomoci, Linka bezpečí, Občanské sdružení Společenství proti šikaně, Krizová centra, Intervenční centra pro osoby ohrožené domácím násilím, Bílý kruh bezpečí, Občanské sdružení Rosa apod.).

Metody a cíle

V rámci pracoviště Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze připravujeme ve spolupráci s některými organizacemi (Rosa, apod.) projekt, který by byl zaměřen na pomoc obětem domácího násilí u psychiatrických pacientů. Jedním z cílů je zkonstruovat vhodný screeningový psychodiagnostický (dotazník, škálu) nástroj pro posuzování projevů a rizik domácího násilí u pacientů s duševní poruchou či nemocí. Dalším cílem bude sestavit pro tyto pacienty program „Nácvik specifických dovedností“ tak, aby duševně nemocní pacienti se učili těmto negativním projevům chování předcházet a efektivněji bránit. Srozumitelně budou zdůrazněny principy jak správně reagovat, jak se chovat, na která odborná pracoviště se obracet, kde hledat odbornou pomoc, apod.

Závěr

Pokusili jsme se o přehled častých projevů násilného chování a agrese v současné době. Tyto projevy bývají o to závažnější, že se jejich oběťmi (někdy i pachatelé) stávají duševně nemocní lidé. Smyslem prezentace bylo upozornit na tyto problémy, stručně se vyjádřit k možnosti prevence a informovat o připravovaném projektu, který se bude realizovat na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze.

Literatura

- Čermák, I. (1999). Lidská agrese a její souvislosti. Žďár nad Sázavou: Nakladatelství Fakta.
- Hollander, E., Stein, D. (1995). Impulsivity and aggression. New York: Willey.
- Kolář, M. (2011). Nová cesta k léčbě šikany. Praha: Portál.
- Praško, J. (2003). Poruchy osobnosti. Praha: Portál.
- Říčan, P. (1999). Krutost jako prožitek a jako motiv. Československá psychologie, 43, 6, s. 543–555.
- Ševčík, D., Šatenková, N.: (2011). Domácí násilí. Praha: Portál.

WORKSHOP ZVÝŠENÝ DOHLED

garant doc. Jan Vevera

Z. Fišarová, H. Krejčíková, B. Hrubá, J. Vevera

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

Summary

PATIENT IN NEED OF ENHANCED SUPERVISION

While pharmacological treatment of patient requiring enhanced supervision (e.g. acutely agitated, violent, suicidal) is discussed, algorithms of the non-pharmacological interventions are underdeveloped. The workshop will target current non pharmacological treatment options and standard care for those patients.

Key words: agitation, aggression, coercive measures, non-pharmacological intervention

Dosud byla velká pozornost věnována především farmakologickému zvládnání neklidu agitovanosti, agresivního chování, sebepoškozování a sebevražedného jednání (1). Nemáme ale k dispozici jednotné vodítka k postupu zdravotnického personálu v takovýchto situacích, i když v zahraničí jsou v terapeutických guidelines rozpracovány (2,3).

Cílem workshopu je seznámit se především s nefarmakologickými intervencemi prováděnými ošetřujícím personálem a připravit materiály pro standardizaci těchto postupů a definovat pojmy, se kterými pracujeme. K efektivní prevenci rizik je nutné především vymezit pojem zvýšený dohled, a to jednak pro zvýšení kvality péče poskytované na psychiatrických odděleních, ale i pro zjednodušení administrativních úkonů, které vyplývají z legislativy.

Na Psychiatrické klinice VFN a 1. LF UK v Praze je zvýšený dohled automaticky u všech hospitalizovaných (bez další indikace lékařem) na akutních příjmových odděleních žen i mužů, která disponují terapeutickými izolacemi.

Trvalá přítomnost nejméně dvou nelékařských zdravotníků (z nichž jeden je vždy specialista bez odborného dohledu) a kamerový systém se záznamem zajišťují kontinuální sledování všech hospitalizovaných. Denní dokumentace u každého nemocného obsahuje tři zápisy za 24 hodin, které mají jednotnou „předdefinovanou“ formu. Jde nejen o záznamy provedení běžných ošetrovateľských činností (hygiena, měření TF, hydratace, alimentace atd.) a o podávání léčivých přípravků, odběrech či vyšetřeních ordinovaných lékařem, ale standardně se zaznamenává popis chování, dodržování režimových opatření a průběh návštěv. Mimo tyto zápisy jsou hlášení neobvyklých nebo nežádoucích událostí, podávání mimořádných ordinací a užití omezovacích prostředků, telefonicky lékaři a písemně do dokumentace opět předepsaným způsobem.

Pokud jde o zvýšený dohled specifikovaný na určitou oblast, uvádí své konkrétní požadavky ošetřující popřípadě žurnální lékař do dokumentace nemocného, přičemž je standardně stanoveno na všech odděleních:

Zvýšený dohled – užívání medikace

manuální kontrola úst

15 minutová observace, nemocný sedí a čeká

Zvýšený dohled – příjem a výdej tekutin

zápis do zvláštní tabulky, celková suma za den ve večerním zápisu sester

příjem u chodících nemocných – pouze to, co vypil pod dohledem

výdej u chodících nemocných je velmi orientační! (moči sám, počet plen, sběr moči)

Zvýšený dohled – strava

zápis o zkonzumovaném množství z porcí podávané stravy

nápadnosti v chování nemocného při jídle

Zvýšený dohled – před ECT

přemístění do izolace k trvalé observaci

Literatura

Vevera J, Černý M. Zvládání agitovanosti a násilného chování, Psychiatr. praxi 2011; 12(2): 69–71.

Allen MH, Currier GW, Carpenter D, et al. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. J Psychiatr Pract 2005;11 (Suppl 1):5–108.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. London: Royal College of Nursing; 2006.

Sobota 9. června 2012

SYMPOSIUM SEKCE BIOLOGICKÉ PSYCHIATRIE: ÚZKOSTNÉ PORUCHY Z POHLEDU BIOLOGICKÉ PSY- CHIATRIE

garant doc. Ladislav Hosák

GENETIKA VE VZTAHU K ÚZKOSTNÝM PORUCHÁM

L. Hosák

Katedra interních oborů, Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ostrava, Česká republika; Oddělení psychiatrické, Fakultní nemocnice Ostrava, Ostrava, Česká republika; Psychiatrická klinika, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Hradec Králové, Česká republika; Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Hradec Králové, Česká republika

Summary

GENETICS OF ANXIETY DISORDERS

The aim of the lecture is to sum up the recent knowledge on the genetic basis of anxiety disorders. The computer database PubMed was used to select proper review articles and metaanalyses. Heritability of anxiety disorders is reported in the range of 0.2–0.4 according to relevant studies. The results of genetic studies in anxiety disorders are generally negative or inconsistent. The research is complicated by clinical and probably etiopathogenetic heterogeneity of individual anxiety disorders. Some genes, e.g. related to the 5-HT neurotransmission, may be important not only in anxiety disorders, but also in mood or personality disorders, which further complicates the research. Also ethnic factors play an important role. In the future, the research should apply genome-wide association studies, which provide a multitude of genetic knowledge and a base for more focused consecutive investigations. Similarly to schizophrenia genetic research, designing of proper endophenotypes in anxiety disorders will facilitate further scientific activity.

Key words: *anxiety disorders; genetics; serotonin; genome-wide associations studies*

Cíl

Cílem příspěvku je podat souhrn nejnovějších genetických poznatků, týkajících se úzkostných poruch.

Metody

K výběru článků byl použit internetový databázový systém PubMed. Jako klí-

čová slova byla vybrána „gene AND anxiety“. Shrnut byl obsah nejnovějších článků, týkajících se jednotlivých úzkostných poruch, preferovány byly souhrny a metaanalýzy.

Výsledky

Heritabilita (dědivost) bývá vyjádřena jako zlomek. V čitateli je rozdíl konkordance dané nemoci u monozygotních a dizygotních dvojčat, ve jmenovateli potom konkordance u dizygotních dvojčat, odečtena od hodnoty 100. Heritabilita úzkostných a neurotických poruch oproti jiným duševním poruchám je relativně nízká, dosahuje dle různých studií hodnot 0,2 až 0,4.

Co se týče posttraumatické stresové poruchy, zde je riziko jejího vzniku 2 až 50 % u postižených osob, v závislosti na psychotraumatizující události. Není však jasno, proč se tato duševní porucha rozvine pouze u někoho. Zde mohou právě hrát roli faktory genetické. Přesné genetické lokusy doposud nejsou známy, přestože výzkum již řadu let probíhá. Doposud bylo provedeno celkem 30 studií, byly zkoumány následující geny – DRD2, DRD4, DAT, 5-HTT, 5-HT2A, FKBP5, BNDF, NPY, GCCR, DBH, CNR1, GABRA2, COMT, APOE, RGS2. Výsledky jsou ovlivněny tím, jak byly příznaky hodnoceny, tj. hodnocení dichotomické či kvantitativní, použití dotazníku nebo klinického vyšetření. Z genetického hlediska se zdá být rozdíl mezi PTSD akutní a chronickou, případně mezi PTSD s častými oproti méně častým reminiscencím. Velký vliv má také případná psychotraumatizace v dětství. Kromě stresoru má také význam socioekonomický status jedince a celkové sociální prostředí, jako například kriminalita či nezaměstnanost.

V případě obsedantně kompulzivní poruchy je heritabilita uváděna ve výši 0,29. Na téma genetiky OCD již bylo publikováno 80 studií. Většina z nich se zabývala serotoninovým a dopaminovým systémem. Problémem je nízký počet nemocných, který jen málokdy přesahoval sto jedinců. Žádný výsledek těchto studií nenabyl celogenomové statistické významnosti. Žádný pozitivní výsledek doposud nebyl replikován, s výjimkou haplotypu genu glutamátového transportéru. Ukazuje se, že OCD je klinicky a zřejmě také etiopatogeneticky různorodá. Tři hlavní příznakové skupiny jsou kontaminace/umývání, symetrie/uspřádávání a kontrolování. Význam má také věk nástupu příznaků, jejich závažnost a průběh poruchy. Je zřejmé, že OCD by mohla mít rodinný (genetický) a sporadický (negenetický) podtyp.

Panická porucha je geneticky polygenní a heterogenní. Významný vliv zde mají etnické faktory a pohlaví, kdy PD převažuje u žen. Na rozvoji této poruchy se významně podílejí faktory prostředí, spíše individuálně prožívané, než sdílené v rodině. Doposud bylo zkoumáno přibližně 350 různých genů ve vztahu k panické poruše. Jde zejména o geny COMT, MAOA, 5-HT, D, NA, ADR2A, CCK-BR, GABA, NPY, BDNF a angiotensinu. Rovněž byla studována genetika endokrinního systému (osa hypothalamus-hypofýza-nadledvina, gonády). Výsledky jsou typicky negativní, nekonzistentní či nereplikované.

Např. význam polymorfismu Val158Met genu COMT byl třikrát replikován, avšak čtyřikrát popřen.

U fobií je heritabilita uváděna v rozmezí 0,2 až 0,39. Pomocí genetických asociačních studií doposud nebyl nalezen žádný relevantní gen. Většina pozitivních nálezů se jeví spíše jako falešně pozitivní. Jako relativně nadějně se jeví geny COMT, DAT a MAOA. Výzkum je komplikován fenotypovými rozdíly jednotlivých fobií. Sociální fobie je zřejmě podmíněna polygenně. Spolu s genetickým výzkumem se zde doporučuje využívat zobrazovací metody mozku, zejména fMRI či PET. Po anxiogenním podnětu jsou relevantní části mozku nadměrně aktivovány u postižených osob. Jako kandidátní geny u sociální fobie jsou uváděny 5-HTT a COMT. Výzkum jiných genů (DAT, DRD2, DRD3, DRD4, ADRB1, MAOA, TPH1 a DDC) doposud úspěšný nebyl. Jako geneticky odlišná se jeví generalizovaná sociální fobie oproti formě negeneralizované. Pro budoucí výzkum jsou nadějně zejména geny ve vztahu ke glutamátu.

Obecně lze shrnout, že genetika má u úzkostných poruch ze všech duševních poruch relativně nejmenší význam. Genetických studií diagnostické skupiny F4 je zatím relativně málo. Také sledované soubory nebyly dostatečně velké. Metodiky prováděných studií jsou odlišné, také zahrnují rozdílná etnika. I v rámci jedné diagnózy lze předpokládat genetické rozdíly mezi jednotlivými podtypy duševní poruchy. Zatím dobře nevíme, které geny máme zkoumat, jelikož naše neurobiologické znalosti úzkostných poruch nejsou dostatečné. Dalším problémem je častá komorbidita jednotlivých úzkostných poruch. Některé geny zřejmě mají význam pro několik úzkostných poruch současně, jiné dokonce tuto diagnostickou skupinu přesahují a týkají se rovněž poruch nálady nebo osobnosti. Také relativně malý význam mají jednotlivé bodové polymorfismy.

Závěr

Závěrem lze uvést, že úzkostné poruchy nejsou prioritou psychiatrické genetiky. Odhalování jednotlivých genů však napomůže lepšímu poznání patofyziologie úzkostných poruch a tím jejich léčbě. Výzkum v budoucnosti by se měl zejména zaměřit na celogenomové asociační studie (GWAS), rovněž na odhalování mikrolezí či mikroduplikací DNA (tzv. copy number variations, CNVs). Stejně jako u schizofrenie, také u úzkostných poruch bude třeba najít vhodné endofenotypy, který by genetický výzkum usnadnily.

Hlavní použítá literatura

Cornelis MC, Nugent NR, Amstadter AB et al. Genetics of Post-Traumatic Stress Disorder: Review and Recommendations for Genome-Wide Association Studies. *Curr Psychiatry Rep* 2010; 12: 313–326.

Nestadt G, Grados M, Samuels JF. Genetics of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin N Am* 2010; 33: 141–158.

Schumacher J, Kristensen AS, Wendland JR et al. The genetics of panic disorder. *J Med Genet* 2011; 48: 361–368.

Smoller JW, Gardner-Schuster E, Covino J. The Genetic Basis of Panic and Phobic Anxiety Disorders. *Am J Med Genet Part C* 2008; 148C: 118–126.

ZOBRAZOVACÍ METODY U ÚZKOSTNÝCH PORUCH

T. Kašpárek¹, P. Šilhán²

¹Psychiatrická klinika LF MU a FNB, Brno, Česká republika; ²Psychiatrické oddělení FNO, Ostrava, Česká republika

Summary

NEUROIMAGING METHODS IN ANXIETY DISORDERS

Neuroimaging methods enabled significant progress in the understanding of the neurobiology of major psychiatric conditions, such as Schizophrenia, Affective disorders, or Dementias. The question remains if they can be that useful even in Anxiety disorders. The aim of the paper is to present a systematic review of the neuroimaging studies that speak of diagnostic validity, neurobiology, physiological correlates of clinical psychopathological phenomena and treatment related issues in Anxiety disorders. Results: neuroimaging is able to differentiate between individual Anxiety disorders, such as Obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders, or between Generalized Anxiety disorder and Social Anxiety disorder. Quite consistent finding in anxiety disorders in amygdalar hyperactivity with reduced cortical, mainly frontal and temporal, regulation of amygdalar activity. Such abnormality correlates with the clinical severity of Anxiety disorders. Normalization of the pathological brain activity is a result of successful treatment, irrespective the treatment modality used. Moreover, the neuroimaging findings are able to guide the development of novel therapeutic approaches, as is the case of the deep brain stimulation of Obsessive-compulsive disorder.

Key words: neuroimaging, anxiety disorders, amygdala, frontal cortex, treatment

Úvod

Zobrazovací metody umožnily významný pokrok v porozumění neurobiologie závažných duševních nemocí, jako jsou demence, psychózy či afektivní poruchy. Jsou však přínosem i pro oblast úzkostných poruch, tradičně pojímaných jako důsledek spíše psychologických a sociálních problémů než biologicky podmíněné nemoci?

Cíle

Cílem práce je podat přehled dosavadních údajů o diagnostické validitě, neurobiologii, fyziologických korelátech klinických psychopatologických fenoménů a důsledcích pro léčbu, které vyplývají z neurovizuálních studií.

Metody

Systematický přehled literárních zdrojů o zobrazovacích metodách u fobických poruch (FP), panické poruchy (PD), obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD) a posttraumatické stresové poruchy (PTSD).

Výsledky

Diagnostická validita úzkostných poruch

Teoreticky se zvažuje, zda mohou mít úzkostné poruchy obdobný neurobiologický substrát vyjádřený abnormální reaktivitou oblastí zapojených do zpracování a regulace úzkosti, tj. zejména limbických, frontálních a inzulárních oblastí. Zobrazovací studie však ukazují, že některé diagnostické jednotky lze od sebe odlišit pomocí hodnocení morfologie či funkce mozku. Ukazuje se, že obsedantně kompulzivní porucha se liší od ostatních úzkostných poruch (konkrétně PD, PTSD) charakterem morfologie bazálních ganglií. Sociální fobie se liší v aktivitě amygdaly od generalizované úzkostné poruchy.

Morfologické změny a neuropatologie

Překvapivě se ukazuje, že nejkonzistentnějším nálezem změn morfologie mozku u úzkostných poruch jako skupiny (meta-analýza 24 voxel-based morfometrických studií u OCD, PD, PTSD) jsou změny bazálních ganglií: redukce šedé hmoty mozkové (GM) u PD a PTSD, nárůst GM u OCD. Všechny diagnostické jednotky přitom vykazovaly redukci GM v oblasti dorzomediálního frontálního kortexu a předního cingula. Jednotlivé studie pak ukazují odchylky v temporálních oblastech, jako je hipokampus, parahipokampální gyrus či amygdala, dalších frontálních či inzulárních oblastech.

PTSD je spojena s redukcí hipokampu a předního cingula.

Samozřejmě je obtížné tyto nálezy interpretovat na neuropatologické úrovni: post-mortem studie, které by takovouto interpretaci umožnily u úzkostných poruch, na rozdíl od afektivních poruch či schizofrenie, chybí a není možné tedy odhadovat, jaké neurobiologické procesy jsou v pozadí změn morfologie a potažmo funkce mozku. Příznivější situace je u PTSD, u které je možné vycházet z poměrně přesvědčivých animálních experimentů, které ukazují na vztah mezi neurotoxickým působením vysokých hladin glukokortikoidů jako důsledek chronického stresu a atrofií neuronů.

Fyziologické koreláty klinických fenoménů, psychopatologie

Pacienti s fobickými poruchami vykazují zvýšenou aktivitu amygdaly při expozici zúzkostňujícím stimulům, což je neuronálním korelátem anxiety. Míra hyperaktivity koreluje s tíží poruchy. Hyperaktivita amygdaly může mít původ

v její dysfunkci nebo v nedostatečné regulaci amygdaly kortikálními, zejména frontálními oblastmi – ukazuje se, že některé poruchy mohou odrážet více primární amygdalární dysfunkci, jiné pak spíše nedostatečnou regulaci její aktivity. Tyto odlišnosti pak mají důsledky i pro klinický obraz a léčbu jednotlivých úzkostných poruch.

Generalizovaná úzkostná porucha na rozdíl od fobických poruch – přesto, že je anxiety vedoucím příznakem této poruchy stejně jako u fobických poruch – vykazuje sníženou reaktivitu amygdaly při expozici zúzkostňujícím stimulům. Tyto nálezy mohou podporovat názory, že generalizovaná úzkostná porucha je podobná spíše depresivní poruše než ostatním úzkostným poruchám.

Nálezy u panické poruchy jsou značně inkonzistentní, což může odrážet i nejednotnou diagnostiku mezi DSM a MKN systémy. Při záchvatu paniky se zdá nejinkonzistentnějším nálezem redukce aktivity kortikálních oblastí, které zodpovídají za regulace emocí, tj. frontální kortex.

Pozorované morfologické změny u PTSD jsou konzistentní se sníženou hipokampální a cingulární / mediální frontální regulací amygdaly, jejíž hyperaktivita je v pozadí četných úzkostných a afektivních příznaků poruchy.

Poměrně nejvíce údajů je dostupných pro OCD. Meta-analýza fMRI studií nalezla změny funkce v orbitofrontální kůře (BA 10, 47), předním cingulu (BA 32), nc. caudatus, putamen, thalamu, motorické oblasti (BA6), inzule, hipokampu, zadním cingulu (BA 30), precuneu (BA7), okcipitálním kortexu i cerebellu. Změny těchto oblastí je možné dát do kontextu neuronálních okruhů: orbitofrontální kůra, nc. caudatus, pallidum a thalamus jsou spojeny inhibiční fronto-striato-thalamickou dráhou a zpětnou excitační vazbu zprostředkovává kortiko-thalamická dráha, která běží cestou předního raménka capsula interna. Hyperfunkce orbitofrontální kůry je považována za podklad obsedantně-kompulzivní symptomatiky, může k ní docházet buď hyperfunkcí kortiko-thalamické dráhy či hypofunkcí kortiko-striato-thalamické dráhy. Přední cingulum, thalamus a limbické oblasti jsou zodpovědné za afektivní a úzkostné příznaky. A dále jsou do patofyziologie zapojeny okruhy kognitivní (drozolaterální prefrontální kortex, parietální kortex) a motorické. Proč může být hyperaktivita orbitofrontální kůry zodpovědná za obsedantně-kompulzivní symptomatiku? Orbitofrontální kůra kóduje reprezentace hodnot (pozitivní, negativní; reprezentace i operace). U OCD jsou popsány typické kognitivní styly, které představují určitý způsob „hodnocení“ – nadměrná percepce zodpovědnosti (inflated perception of responsibility) a nadhodnocení ohrožení (overestimation of danger).

Zobrazování a terapie

Zdraví dobrovolníci ve chvílích, kdy vnímají zúzkostňující stimuly aktivují frontální oblasti, které regulují aktivitu amygdaly. Pacienti se sociální fobií, kteří praktikují kognitivně-behaviorální techniky pro zvládání anxiety (pře-

hodnocení, re-appraisal), taktéž aktivují frontální oblasti, což vede k adekvátní redukci amygdalární aktivity, tj. u těchto pacientů je možná kognitivní kontrola abnormálně aktivních emočních oblastí, byť ji nejsou schopni využívat v každodenních situacích. Při zachované kapacitě regulovat emoce je tedy smysluplné učit pacienty takovéto techniky využívat. Dále se ukazuje, že míra hyperaktivity amygdaly predikuje výsledky léčby. S úspěšnou léčbou se normalizuje i aktivita mediálního prefrontálního kortexu u PTSD.

U OCD vede léčba (SSRI, behaviorální terapie) k poklesu hyperaktivity v orbitofrontální kůře, předním cingulu, nc. caudatus a thalamu, tj. oblastí, které jsou spojeny s patofyziologií nemoci a její klinickou manifestací. Tyto oblasti jsou také cílem neurochirurgických zákroků u pacientů rezistentních k standardní léčbě – cingulotomie (anterior), kapsulotomie (přední raménko), subkaudátová traktotomie, limbická leukotomie (cingulotomie + subkaud. traktotomie). Přesto, že jsou neurochirurgické přístupy alespoň u části rezistentních pacientů účinné, etické a praktické důvody (nevratnost léze) vedly k hledání alternativy. Ta je v současné době k dispozici v podobě chronické hluboké mozkové stimulace (DBS) oblasti předního raménka capsula interna. Na tuto léčbu odpovídá cca 60% pac. rezist. ke konvenční léčbě.

Závěr

Přestože je oblast neurozobrazování u úzkostných poruch výrazně méně rozvinutá, než je tomu u psychotických či afektivních poruch, umožňují tyto metody unikátní vhledy do patofyziologie jednotlivých poruch, které dále umožňují zpřesňování teoretických konceptů geneze klinických projevů těchto nemocí, porozumění mechanismům změny v kontextu léčby, přinášejí nezávislá data opodstatňující léčebné přístupy či přímo umožňují vývoj nových terapeutických metod, jako je tomu v případě hluboké mozkové stimulace u obsedantně kompulzivní poruchy.

NEUROPSYCHOLOGICKÉ NÁLEZY U ÚZKOSTNÝCH PORUCH

H. Příkrylová Kučerová

Psychiatrická klinika, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno, Česká republika; CEITEC MU, Brno, Česká republika

Summary

GENETICS OF ANXIETY DISORDERS

The aim of the lecture is to sum up the recent knowledge on neuropsychological functioning in anxiety disorders.

Anxiety disorders are common with the prevalence varying between 2% and 5% in population-based studies. During past decade, an increasing number of studies addressing neuropsychological functioning in anxiety disorders

have been published. However, the majority of this research has focused on the less prevalent obsessive-compulsive disorder (OCD), whereas less attention has been paid to the others anxiety disorders, such as panic disorder (PD) and social phobia (SP). Research focusing on cognitive functioning in OCD has demonstrated episodic memory impairments for both non-verbal and verbal information. Also, reliable performance deficits have been obtained in tasks tapping executive functioning, also some research has reported normal executive functioning among persons affected by OCD. Only few studies have addressed neuropsychological functioning in the others anxiety disorders, and available evidence presents a mixed pattern of results, such as episodic memory impairments for both visual and verbal information, significant executive dysfunction, deficits in psychomotor speed and verbal fluency.

Key words: anxiety disorders; cognitive functions; neuropsychology

Cíl

Cílem přednášky je podat souhrn nejnovějších poznatků ohledně neuropsychologických nálezů u úzkostných poruch.

Metody

K výběru článků byl použit internetový databázový systém PubMed. Jako klíčová slova byly vybrány „cognitive functions, neuropsychological impairments, anxiety disorders“. Do příspěvku byly zahrnuty nejnovější články a metaanalýzy týkající se neuropsychologické problematiky kognitivních funkcí u úzkostných poruch.

Výsledky

V posledních letech vzrostl počet studií zabývajících se neuropsychologickou problematikou u úzkostných poruch. Nejvíce studií se zaměřilo na onemocnění s nižší prevalencí a to obsedantně kompulzivní poruchu, zatímco daleko méně pozornosti se věnovalo v praxi častějším a běžnějším poruchám, jako je generalizovaná úzkostná porucha (GAD), panická porucha a fóbické poruchy. Výzkum zaměřující se na kognitivní fungování u OCD nalezl narušení epizodické paměti pro verbální i neverbální podněty. Také bylo nalezeno narušení v oblasti exekutivních funkcí u OCD, i když zase jiné výzkumy toto narušení u lidí trpících OCD nepotvrdily. Co se týče kognitivního fungování u ostatních úzkostných poruch, kromě OCD, existuje velmi málo studií a jejich výsledky jsou značně rozporuplné. Co se týče epizodické paměti neuropsychologické výzkumy většinou ukazují signifikantní narušení pro verbální informace, zejména v oblasti vybavování informací, a to zejména u panické poruchy a sociální fobie. Mimo tyto nálezy nacházíme u pacientů s panickou poruchou také významné narušení exekutivních funkcí. Jiné studie (Purcell, 1998) nalézají narušení exekutivních funkcí, pozornosti a epizodické paměti pouze u pacientů

s OCD, zatímco dle této studie pacienti s panickou poruchou jsou naprosto srovnatelní se zdravými kontrolami.

Jiné studie, např. Airaksinem et al. (2004) potvrzují narušení epizodické paměti pro všechny typy informací napříč celým spektrem úzkostných poruch. Autoři této studie nenalezli narušení takových kognitivních domén jako je psychomotorické tempo a slovní plynulost. Také u pacientů trpících generalizovanou úzkostnou poruchou a specifickými fobiemi nenalezli žádné kognitivní narušení.

Tyto rozporuplné výsledky jsou výsledkem metodologických rozdílů týkajících se rozdílného výběru pacientů do výzkumu, různou intenzitou psychického stavu pacientů, rozdílnými neuropsychologickými testy, které byly použity k hodnocení sledovaných kognitivních funkcí, zejména paměti (např. vybavení versus znovupoznání), atd.

Důkazy z neurobiologických studií potvrzují, že mozkové struktury odpovídající za epizodickou paměť jsou u úzkostných poruch jednoznačně alterovány. Například studie s pozitronovou emisní tomografií ukazují abnormální krevní průtok v oblastech středního temporálního laloku zahrnujícího amygdalu a hipokampus u pacientů se sociální fobií, a zapojení hipokampálních a parahipokampálních oblastí u pacientů s panickou poruchou. Neurozobrazovací studie s magnetickou rezonancí našly abnormality v temporálním laloku u pacientů s panickou poruchou a u pacientů s OCD naznačují zapojení frontálně – subkortikálního okruhu.

Závěr

Výsledky studií mapujících neuropsychologické poškození kognitivních funkcí u úzkostných poruch jsou velmi rozporuplné. Nejvíce prozkoumanou poruchou se ukazuje být OCD, na další úzkostné poruchy jako je generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha a fobické poruchy je potřeba zaměřit výzkum v budoucnosti.

I přes výše uvedené rozpory lze shrnout výsledky dosavadních studií, které ukazují na přítomnost narušení epizodické paměti a exekutivních funkcí u pacientů s úzkostnými poruchami.

Hlavní použitá literatura

Airaksinen E, Larsson M, Lundberg I, Forsell Y. Cognitive functions in depressive disorders: evidence from the population-based study. *Psychological Medicine* 2004;34:83–91.

Kwon JS, Kim JJ, Lee DW, Lee JS, Lee DS, Kim MS, et al. Neural correlates of clinical symptoms and cognitive dysfunctions in obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Research* 2003;122:37–47.

Purcell R, Maruff P, Kyrios M, Pantelis C. Neuropsychological deficits in obsessive–compulsive disorder. A comparison with unipolar depression, panic

disorder and, normal controls. Archives of General Psychiatry 1998;55:415–23.

Savage CR, Deckersbach T, Wilhelm S, Rauch SL, Baer L, Reid T, et al. Strategic processing and episodic memory impairment in obsessive–compulsive disorder. Neuropsychology 2000;14:141–51.

Zitterl W, Urban C, Linzmayer L, Aigner M, Demal U, Semler B, et al. Memory deficits in patients with DSM-IV obsessive– compulsive disorder. Psychopathology 2001;34:113–7.

TĚLESNÉ PORUCHY U ÚZKOSTNÝCH ONEMOCNĚNÍ

M. Maršálek, K. Látalová

Psychiatrická léčebna Praha 8 – Bohnice, Česká republika; Psychiatrická klinika, Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc, Česká republika

Summary

SOMATIC SYMPTOMS IN ANXIETY DISORDERS

The main goal of the lecture is to show principal relationships between anxiety, mood and somatic disorders. A hierarchical, bifactor model represents a sum of new knowledge. All symptoms load simultaneously on a general factor associated with psychosocial distress internalization. Specific depression and somatic symptom factors account for meaningful incremental variance in diagnosis and dysfunction, and anxiety variance is primarily associated with the general factor. Different mechanisms by which antidepressants and cognitive-behavioral therapy may improve somatic symptoms are discussed.

Key words: anxiety disorders; somatic symptoms; antidepressants; cognitive-behavioral therapy

Cíl

Sdělení podává přehled o současných názorech na vztah úzkosti, somatických potíží bez organické příčiny a deprese.

Metody

Príspevek byl zpracován za využití internetového databázového systému Pub-Med. Klíčová slova byla „anxiety disorder AND somatic symptoms“. Limit vyhledávání byl zadán pomocí „metaanalýzy, přehledy“.

Výsledky

Hodnocení vztahu úzkostných poruch k tělesným potížím ztěžuje malá specifčnost pojmu úzkost a časté prolínání jejích projevů s depresí na popisné i nozologické úrovni. Za hlavní tělesné projevy úzkosti se považuje nevolnost bez zvracení, bolest břicha, občasné rozostření vidění, dráždivý tračník a prů-

jmy, pachů v ústech, bolest v zádech, časté nucení na moč. Konkordance mezi úzkostí, depresí a somatickými potížemi je nízká. Zdá se, že pojem úzkost je však pro hodnocení příliš široký a lepší vztahy lze najít na úrovni specifitějších podskupin úzkosti. Na jedné straně vznikají modely, vycházející ze specifčnosti úzkostných nozologických jednotek, na druhé straně se pracuje pouze se symptomy nebo syndromy, které jsou považovány za specifitější. Při hodnocení závažnosti potíží se často naráží na rozpor mezi subjektivním hodnocením tělesných potíží a výsledky fyziologických měření. Například u generalizované úzkostné poruchy nedochází ke zvýšení svalového napětí, ale jen ke zvýšení napětí autonomního systému. Rozpor mezi odhadem tělesných potíží a jejich měřením se vysvětluje narušením schopnosti správně vnímat tělo. Zatímco vztahy mezi úzkostí a depresí byly opakovaně sledovány, vztahu k tělesným potížím byla věnována dosud poměrně malá pozornost. Zjišťuje se horší prognóza úzkostných onemocnění, pokud jsou provázena somatickými stesky. Ke kolísání tělesných potíží dochází i v rámci vymezených úzkostných nozologických jednotek. Podle novějších představ je pojícím článkem mezi depresí a úzkostí psychosociálně podmíněná negativní afektivita (NA), která představuje dlouhodobé emoční naladění. K ní se pak připojují specifitější projevy jako deprese nebo úzkost. Úzkost samotnou lze ze všech uváděných poruch v největší míře odvozovat od základního faktoru, blízkého NA. Navrhuje se proto například v nových klasifikacích MKN-11 a DSM-V vytvořit samostatnou skupinu „jednoduché afektivní poruchy“, do které by byly zařazeny onemocnění s poruchou nálady jako generalizovaná úzkostná porucha, fobie, posttraumatická stresová porucha, obsedantně kompulzivní porucha, ale také bipolární afektivní porucha a somatoformní poruchy jako variace stejného základu. V poslední době došlo k pokusu o vytvoření hierarchického dvoufaktorového modelu vztahu úzkosti, deprese a tělesných potíží (Simms et al., 2012). Model byl ověřen na souboru 5 433 osob ze 14 zemí. Základem je všeobecný faktor na bázi internalizace psychopatologie, který má nejužší vazbu k úzkosti. Druhým faktorem jsou specifitější projevy deprese, úzkosti nebo somatických potíží, které však mají výrazné vzájemné přesahy. Výsledky studie svědčí pro to, že potíže lze hierarchicky kvantifikovat. Anxiozní symptomy vyjadřují nejmírnější manifestaci všeobecného internalizovaného faktoru, větší závažnost stavu je vyjádřena v projevech deprese a somatické potíže jsou projevem nejtěžších forem. Podle této představy se řada poruch nálady a tělesných potíží liší spíše kvantitativně než kvalitativně. Jinou otázkou je způsob léčby řady somatických onemocnění, u kterých se předpokládá vztah k úzkostným poruchám. Komorbidita těchto poruch k depresi nebo úzkosti je významně častější, než odpovídá komorbiditě jiných onemocnění. Uvažuje se především o dráždivém tračníku, chronických bolestech zad, bolestech hlavy, fibromyalgii, intersticiální cystitidě, chronických pánevních bolestech, bolestech na hrudi bez kardiálního základu, o faciálních bolestech, tinitu, menopauzálním syndromu nebo o chronickém únavovém syndromu. V léčbě bývají v různé míře úspěšná některá

antidepresiva. Mechanismus jejich působení je však mnohočetný – zlepšují základní komorbidní onemocnění, centrálně i periferně ovlivňují vnímání bolesti (SNRI), anticholinergní působení může zlepšit příznaky dráždivého tračnicku, antidepresiva snižují kyselost žaludku bloádou H₂ receptorů (amitriptylin) apod. Účinnost prokazuje i kognitivně – behaviorální terapie. Studie hodnocení efektů léčby jsou však zatím omezené a chybí především přímá srovnání farmakoterapeutických postupů a KBT.

Závěr

Anxiozní poruchy se zdají být relativně málo specifické a často se překrývají s depresivními a tělesnými projevy. Jejich základní vztah v poslední době vyjadřuje hierarchický dvoufaktorový model, ve kterém se jeví rozdíly mezi jednotlivými klinickými jednotkami úzkosti, deprese a tělesných stavů spíše jako změny kvantitativní než kvalitativní. Nemocní sami jsou schopni rozlišit spíše charakter, než intenzitu tělesných potíží při úzkosti. Léčba antidepresivy u řady tělesných poruch souvisejících s úzkostí působí jednak nepřímou léčbou úzkosti a nálady vůbec, jednak specifickými mechanismy na úzkosti nezávislými.

Hlavní použitá literatura

Simms LJ, Prisciandaro JJ, Krueger RF, Goldberg DP: The structure of depression, anxiety and somatic symptoms in primary care. *Psychol Med* 2012;42:15–28

Lang JP, McTeague LM: The anxiety disorder spectrum: Fear imagery, physiological reactivity, and differential diagnosis. *Anxiety Stress Coping* 2009;22:5–25

Henningssen P, Zimmerman T, Sattel H: Medically unexplained physical symptoms, anxiety and depression: A meta-analysis review. *Psychosom Med* 2003;65:528–533

Jackson JL, O'Maley PG, Kroenke K: Antidepressants and cognitive-behavioral therapy in somatic symptoms. *CNS Spectr* 2006;11:212–222

REPETITIVNÍ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKÁ STIMULACE V LÉČBĚ ÚZKOSTNÝCH PORUCH

R. Příkryl

CEITEC – Středoevropský technologický institut, Masarykova univerzita Brno; Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Česká republika

Summary

REPETITIVE TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION IN TREATMENT OF ANXIETY DISORDERS

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic, often severe, neuropsych-

chiatric disorder leading to a dramatic impairment in interpersonal and occupational functions. rTMS has been tried out in several studies in patients with OCD with different characteristics. Three target areas have already been selected of which the supplementary motor area in particular and the orbitofrontal cortex seem to be the most promising in terms of potential efficacy and could more accurately be targeted with the help of neuronavigational techniques. Larger randomized controlled trials should be conducted in order to better clarify the therapeutic role of rTMS in OCD.

Key words: repetitive transcranial magnetic stimulation, „obsessive-compulsive disorder, OCD, treatment

Cíl

Cílem sdělení je podat souhrn nejnovějších poznatků, které se týkají využití repetitivní transkraniální magnetické stimulace (rTMS) v léčbě úzkostných poruch. Práce se primárně zaměřuje na aplikaci rTMS v léčbě obsedantně kompulzivní poruchy (OCD).

Metody

K výběru článků byla použita databáze Medline, jako klíčová slova byly použity pojmy: „transcranial magnetic stimulation“, „repetitive transcranial magnetic stimulation“, „obsessive-compulsive disorder“ a „OCD“. Výběr článků byl časově limitován roky 1966 až 2011.

Výsledky

Obsedantně kompulzivní porucha (OCD) je závažné duševní onemocnění s častým chronickým průběhem. Její prevalence se pohybuje v rozmezí 2,5 až 4%. Průběh OCD vede k výraznému narušení sociálních i pracovních dovedností, což má značný dopad i na ekonomickou stránku onemocnění. Z klinického pohledu se onemocnění projevuje obsesemi anebo kompulzemi. Obsese jsou zvláštním druhem poruch myšlení, které se vnucují do mysli jedince proti jeho vůli a nedají se potlačit. Jedinec je vnímá jako cizí, narušují jeho myšlení a soustředění. Na rozdíl od bludů má náhled na jejich chorobnost. Kompulze jsou charakterizovány jako opakující se cílevědomé jednání s určitým cílem, které je vykonáváno v důsledku reakce na obsesi s cílem ji neutralizovat. Subjekt má opět náhled na nesmyslnost nebo nadměrnost tohoto jednání.

Za terapii první volby u OCD jsou považována serotonergně působící antidepressiva (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) nebo klomipramin) podávána ve vysoké terapeutické dávce po dostatečnou dobu (minimálně 3 měsíce) anebo kognitivně behaviorální psychoterapie (KBT). Za úspěšnou léčbu OCD v současnosti považujeme značné zlepšení na škále celkového klinického dojmu (CGI) při současném alespoň 35% poklesu celkového skóre škály Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), která hodnotí specificky charakter a intenzitu jednotlivých obsedantně kompulzivních pří-

znaků. V případě farmakorezistence je doporučováno užít antidepresiva ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI), aplikovat intravenózně citalopram či klomipramin nebo nasadit malé dávky antipsychotik druhé generace. Téměř dvě třetiny pacientů však farmakoterapii v dostatečné dávce netolerují nebo jí navzdory přetrvávají reziduální příznaky s negativním dopadem na celkové fungování a kvalitu života pacientů s OCD. Z těchto důvodů je třeba zejména u farmakorezistentních forem OCD hledat alternativní způsoby léčby k farmakoterapii či psychoterapii. Rezistence u OCD je obvykle definována jako minimálně jeden neúspěšný terapeutický pokus antidepresivem ze skupiny SSRI anebo KBT. Nejzávažnější farmakorezistentní formy OCD mohou proto kromě ablativního stereotaktického neurochirurgického zákroku těžit zejména z rozvoje nových neuromodulačních technik mozku jako je repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) nebo hluboká mozková stimulace (deep brain stimulation: DBS).

Neuromodulační stimulace pomocí rTMS představuje inovativní technickou modalitu, která umožňuje neinvazivní přímé, jakožto i prostřednictvím transsynaptického přenosu nepřímé ovlivnění neuronové aktivity korových mozkových oblastí a neuronálních okruhů, které jsou začleněny do etiopatogeneze příslušného neuropsychiatrického onemocnění. Jedná se o metodu, která využívá principu elektromagnetické indukce. Na povrch hlavy se přiloží malá cívka, přes kterou prochází primární proud. Ten vyvolá tvorbu magnetického pole. Oscilace magnetického pole v mozku indukují vznik sekundárního proudu. Velikost sekundárního proudu je funkcí oscilace magnetického pole, tedy jeho velikost závisí na vlastnostech a síle magnetického pole a primárního proudu v cívce. Pro charakteristiku sekundárního proudu platí, že je asi 100 000 krát slabší než primární proud v cívce. Současné cívky produkují magnetické pole o síle 1.5 až 2 Tesla a jsou schopné aktivovat neurony do vzdálenosti 1.5 až 2 cm od povrchu cívky. Vzdálenost, ve které je cívka schopna depolarizovat neurony, je dána tím, že intenzita magnetického pole se snižuje s logaritmem vzdálenosti od cívky. Aby byl indukovaný proud dostatečně intenzivní na vyvolání depolarizace neuronů, musí se v cívce rychle měnit, musí rychle začít a skončit, anebo rychle změnit směr během 300 milisekund. Pro dobré klinické působení je nutné, aby stimuly byly rychlé a opakované. Opakovaná rytmická TMS v jednom místě se nazývá repetitivní transkraniální magnetická stimulace. Pokud ke stimulaci dojde častěji než jednou za sekundu (1 Hz), nazývá se rychlou neboli vysokofrekvenční rTMS. Jako pomalá neboli nízkofrekvenční stimulace je označována rTMS s frekvencí nižší než 1 Hz. Toto rozdělení je založeno na rozdílném fyziologickém účinku a stupni rizika spojeném s pomalou a rychlou stimulací. Podle FDA (U.S. Food and Drug Administration) stimulace o frekvenci nižší než 1 Hz nemají signifikantní riziko, zatímco stimulace o frekvenci vyšší než 1 Hz určité riziko mají. Mechanismus, kterým rTMS ovlivňuje funkci mozku, není dosud zcela objasněn. Existují ale důkazy, že rTMS o vysoké frekvenci (10 až 20Hz) zvyšuje mozkovou excitabili-

tu, zatímco nízkofrekvenční rTMS (1Hz) ji snižuje. Indukované elektrické pole na buněčné úrovni uvádí volné náboje do souvislého pohybu v intra i extracelulárních prostorech. Dochází buď k depolarizaci, nebo hyperpolarizaci buněčných membrán přerušujících externě indukovaný proud. Tím dochází ke změně transmembránového napětí a ke změnám iontových kanálů závislých na napětí. Po proběhlé TMS dochází k souvislé aktivaci neuronů, k metabolickým, hemodynamickým a behaviorálním změnám. TMS vyvolává excitaci hlavně na ohybech kortiko-kortikálních nebo kortikospinálních vláken nebo na nervových zakončeních blízko povrchu kůry mozkové.

Závěr

Většina studií využívající rTMS v léčbě OCD nepřinesla jasné a konzistentní závěry, na základě kterých není možné jednoznačně říci, že rTMS má skutečný terapeutický potenciál v léčbě farmakorezistentní formy OCD. Navíc neexistuje ani konsenzus, která oblast mozku představuje nejvhodnějším stimulační přístup pro rTMS. Velmi nadějnými oblastmi jsou suplementární motorická area nebo orbitofrontální kortex. Práce, které stimulovaly tyto oblasti, totiž dosáhly významného terapeutického efektu při minimálních nežádoucích účincích.

Hlavní použitá literatura

George, M.S., Lisanby, S.H., Sackeim, H.A. Transcranial magnetic stimulation: applications in neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiat*, 1999, 56, pp. 300–311.

George, M.S., Nahas, Z., Kozel, F.A., Li, X., Denslow, S., Yamanaka, K., Míshory, A., Foust, M.J., Bohning, D.E. Mechanism and state of the art of transcranial magnetic stimulation. *J ECT*, 2002, 18, pp. 170–181.

Jaafari N, Rachid F, Rotge JY, Polosan M, El-Hage W, Belin D, Vibert N, Pelissolo A. Safety and efficacy of repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A review. *World J Biol Psychiatry*. 2012 Mar;13(3):164–77. Epub 2011 May 30.

Pigot M, Loo C, Sachdev P. 2008. Repetitive transcranial magnetic stimulation as treatment for anxiety disorders. *Expert Rev Neurother* 8:1449–1455.

SYMPOSIUM AGRESOŘI, HRDINOVÉ A OBĚTI

garant doc. Jan Vevera

AGRESOŘI A HRDINOVÉ – SHODY A ROZDÍLY SE ZAMĚŘENÍM NA NEUROBIOLOGII

J. Vevera

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha; 7. polní nemocnice AČR, VU6900, Česká republika

Summary

VIOLENT AND HEROIC BEHAVIOUR – KEY NEUROBIOLOGICAL FINDINGS

This review summarizes key neurobiological findings on violent, antisocial and heroic behavior. Key areas found to be functionally or structurally affected include dorsal and ventral regions of the prefrontal cortex (PFC), amygdala, hippocampus, angular gyrus, anterior cingulate and temporal cortex. Activity in the subgenual anterior cingulate cortex (sgACC) and the right temporal pole positively correlated with courageous actions. Clinical implications for the management of patients with psychiatric disorders will be discussed.

Key words: Aggression, Courage, Heroism, Neurobiology

Při studiu agrese a násilí se často potýkáme s problémy definic těchto pojmů a dostáváme se do problémů, kdy určité jednání hodnotit jako násilný akt a kdy ho můžeme označit za hrdinský čin. V odborné literatuře můžeme tyto formy chování vymezit (agrese je chování, směřující k přežití a násilí patologická agrese směřující k poškození druhého). Komplikovanější příklady reálného života toto odlišení vždy neumožňují. Příkladem z minulosti je např. biblický hrdina Samson (1), příkladem ze současnosti zase diskuze nad odbojovou činností skupiny bratří Mašínů, která zahrnovala mimo jiné i činy, hodnocené jako vražda ve spánku.

Lze najít mnoho definic hrdinství (viz např. 2), ale za univerzálně akceptovatelné charakteristiky lze považovat především to, že se jedná o osoby s prokazatelnou statečností schopné vykonat významné činy přesahující jejich osobní zájmy. Toto chování ale nalezneme také u některých psychopatů, tedy podskupiny osob s Disociální poruchou osobnosti. Biblický hrdina Samson splňuje 6 ze 7 kritérií pro Antisociální poruchu (podle DSM IV jsou k diagnóze nutná pouze 3 kritéria).

Z vlastností, které s hrdinstvím souvisí, připomeňme, že pro psychopaty je typické, že v okamžicích nebezpečí jsou chladní, neznající strach. V jejich životním stylu nalézáme potřebu stimulace zevního světa, nepřítomnost realis-

tických dlouhodobých cílů, impulzivitu. V interpersonálních vztazích je charakterizuje velikášství a sebepřeceňování, manipulování druhými lidmi. Neschopnost prožívat hlubší emoce a učit se z vlastních chyb má i svá pozitiva: nepociťují pocity úzkosti, deprese, ničeho nelitují, neprožívají pochybnosti, netrápí je výčitky svědomí a pochybnosti o sobě samém, nebezpečným situacím čelí doslova bez mrknutí oka.

Právě díky těmto vlastnostem mohou být krátkodobě velmi úspěšní v různých ozbrojených jednotkách. Velitel britských speciálních sil SAS, analyzoval vojáky, kteří dostali vyznamenání *Victoria Cross* za statečnost tváří v tvář nepříteli. Většinu z nich charakterizovala skromnost, ale byli mezi nimi i muži, u kterých dle jeho popisu považují antisociální poruchu osobnosti za velmi pravděpodobnou (3). Častěji tyto osoby nalézáme v různých paravojenských jednotkách (tzv. kontraktники v Čečenských válkách viz např. 4), které na rozdíl od armády nevyžadují tak silnou disciplínu a schopnost podřídit se autoritě.

Neurobiologie násilí a odvahy

V současnosti vycházíme z poznatku, že násilí, podobně jako jiné druhy chování, nemá centra. Je ale možné hovořit o funkčním systému ovlivňujícím toto chování (5). Mechanismem vzniku násilného chování je útlum inhibičního vlivu prefrontálního kortexu orbitofrontální a frontomediální oblasti (tzv. top down brakes) anebo aktivace podkorových, především amygdalárních okruhů a dalších struktur limbického systému (tzv. bottom up drivers), jak je to znázorněno na obrázku 1. Ve funkčním systému násilného chování se dále uplatňují septum verum, hlava nc. caudatus, thalamus, nc. ventromedialis a nc. posterior hypothalami, tegmentum středního mozku, Varolův most, nc. fastigii a přední části mozečku a Gyrus cinguli (obr. 2).

Amygdala je odpovědná za nevědomé zpracování, ukládání a vybavování emočně významných informací, např. zjišťuje, zda podnětem není něco, čeho se bojíme. Přidává senzorickým informacím emoční náboj a je označována za „centrum emoční paměti“. Zážitek, kde je vyšší aktivace amygdaly, se nezapomenutelně vryje do paměti. Při protnutí spojení s kortexem dochází k tzv. afektivní slepotě. U násilně se chovajících jedinců snížení denzity levé amygdaly.

Hipokampus je základní struktura při ukládání a vybavování informací do deklarativní (explicitní) paměti. Slouží k zapamatování prostých fakt, třeba tváře a amygdala připomene, že se jí máme bát. U násilně se chovajících osob nacházíme redukcí této struktury. **Corpus callosum** zajišťuje komplexní interhemisférickou regulaci pozornosti, celkového nabuzení a emocí. U antisociálních psychopatických jedinců je popisována abnormní funkce a zvětšení této struktury. Výzkumy na zvířatech ukazují, že přibližně dvě třetiny kalózních axonů jsou postnatálně postupně do dospělosti eliminovány, přičemž většina redukcí se týká excitačních, nikoli tlumivých vláken. Časné zastavení tohoto fyziologického procesu axonální redukce („prořezávání“) a zvýšená myelinizace vláken, která přetrvávala přes časnou eliminaci může přispívat k nárůstu objemu kalózní bílé hmoty a ke zvýšené funkční propojenosti mezi hemisférami, které

jsou patrné u psychopatických antisociálních jedinců. Abnormální interhemisférické zpracování informací může přispět k vysvětlení emočního deficitu typického pro psychopatické antisociální jedince. I další studie bílé hmoty našly změny konektivity výše uváděných struktur a otvírají nový pohled na antisociální chování jako na důsledek neurovývojové poruchy.

Právě odvaha je jednou z nezbytně nutných charakteristik hrdinů. Definujeme ji jako schopnost překonat či ovládnout strach. Studie odvahy se úzce dotýkají výzkumu strachu a kognitivní kontroly emocí. Základním mechanismem při eliminaci strachu jsou postupné expozice strach vyvolávajícím podnětem, dokud původní zdroj strachu není minimalizován. Naproti tomu činy označované jako odvážné jsou typické dobrovolným a rychlým překonáním strachu. Izraelská studie zkoumala pomocí fMRI, dotazníků a kožního odporu charakteristiky osob, které si k obličeji přiblížily živého hada (6). Výsledky ukázaly, že pokusné osoby jsou schopny jednat odvážně pokud je ve dvou měřeních – subjektivní škále strachu a kožním odporem (markeru potivosti) rozpor. V okamžiku, kdy začaly skórovat vysoce v obou měřeních tak svému strachu podlehly. Když strach dosáhl určité úrovně a osoby skórovaly vysoce jak v dotaznících (administrovaných zpětně) a zároveň potivosti fMRI ukázovala vysokou aktivaci amygdaly a zároveň vysokou aktivaci předního cingulárního kortexu, který aktivaci amygdaly inhiboval. Právě aktivita předního cingula tedy potlačuje nutkání podlehnout strachu, spouštěné amygdalou a umožňuje nám chovat se statečně.

Ani další výzkum násilí a hrdinství, odvahy nebo morálky (7) nám neumožní vést dělicí čáru mezi těmito fenomény, protože nejde o protiklady ale o prolínající se jevy. Umožní ale lepší pochopení tohoto chování a následně zlepšení terapeutických postupů, jak jsme toho svědky například ve změně přístupu v psychoterapii disociální poruchy osobnosti nebo v nově implementovaných terapeutických programech pro pachatele násilných trestných činů.

Příspěvek byl podpořen grantem: SVV 264 502

Literatura

1. Altschuler EL, Haroun A, Ho B; Weimer A: Did Samson Have Antisocial Personality Disorder? *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:202–203.
2. Campbell J: Tisíc tváří hrdiny: Archetyp hrdiny v proměnách věků. Portál 2000.
3. De la Billiere P: SupremeCourage: Heroic Stories from 150 Years of the Victoria Cross. Little, Brown 2004
4. Bajev H. Přísaha – chirurg pod palbou. Bbart, 2006
5. Siever LJ: Neurobiology of Aggression and Violence. *Am J Psychiatry* 2008; 165:429–442

6. Nili U, Goldberg H, Weizman A, Dudai Y: Fear Thou Not: Activity of Frontal and Temporal. Circuits in Moments of Real-Life Courage., *Neuron* 2010; 6: 949–962.
7. Mendez FM: The neurobiology of moral behavior: review and neuropsychiatric implications *CNS Spectr.* 2009; 14:608–620

KONCEPT HRDINSTVÍ VE VÝZKUMNÉ PRAXI

J. Vevera¹, A. Parzelka²

¹Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha, Česká republika; ²1. LF UK – Postgraduální studium v oboru: Lékařská psychologie a psychopatologie – 1. ročník, Praha, Česká republika

Summary

THE CONCEPT OF HEROISM IN PSYCHIATRIC AND PSYCHOLOGICAL LITERATURE

The aim of this paper is to present the concept of heroism, which is still a relatively unexplored area. Literature research shows that the heroism as a specific phenomenon has hardly been studied. We describe different definitions of the term hero according to nursing heroism, gender differences in heroic actions, a positive psychology view of heroism. It will include the Philip Zimbardo's Heroic Imagination Project, which is the most current research on heroism focusing not only on hero characteristics but mainly on context factors, such as the bystander effect or obedience to authority. Heroism is a dynamic and complex phenomenon influenced both by situational factors and individual traits.

Key words: *heroism, hero, Heroic Imagination Project, the bystander effect, the Situational Awareness Model*

Cílem mého příspěvku bude prezentace konceptu hrdinství, který se postupně stává interdisciplinárním předmětem zájmu. Ve výzkumné praxi můžeme pozorovat ve vymezování pojmu „hrdinství“ dvě vzájemně se doplňující tendence. První z nich zdůrazňuje vnitřní rysy hrdiny s menším důrazem na vliv prostředí, ve kterém se určitý hrdinský akt odehrává. Tento směr se zdá být v souladu s už klasickou definicí hrdinství, podle které hrdina je „člověk vynikající statečností, podivuhodnými skutky, rek, bohatýr, heros“ (<http://psjc.ujc.cas.cz>). Příkladem tohoto způsobu uvažování jsou tři studie autorů Ventera a Sullivana (2010). Pro příklad uvádím jenom jednu. Cílem této studie bylo pochopení, proč a v jakých souvislostech používají dnešní Američané slovo „hrdina“. Badatelé použili jednopoložkový dotazník. Požádali studenty, aby definovali pojem hrdina v rámci minimálně půlstránkové odpovědi.

Autoři uvedli šest již dříve existujících kategorií definic pojmu „hrdina“, podle nichž lze uspořádat odpovědi respondentů. V nynějším přehledu vycházím ze zmíněné studie od Ventera a Sullivana (2010, s. 473–474): 1) reprezentující společenské hodnoty (Campbell, 1949, Smith, 1976), 2) nabízející vzorové chování (Wecter, 1941, Pretzinger, 1976), 3) nabízející obyčejným lidem neobvyklý úspěch nebo zkušenost (Fishwick, 1969), 4) reprezentující ideální obraz sebe samého (Caughey, 1984), 5) spočívající na osobním úspěchu jedince (Boorstin, 1987), 6) jednajících odvážným a altruistickým způsobem (Becker, Eagly, 2004). Výsledky ukázaly, že „nabízení standardu chování“ a „poskytování ideálního sebeobrazu“ byly nejfrekventovanější odpovědi mezi respondenty.

K tomuto výzkumu se vztahují výsledky v databázích, kam patří i případové studie hrdinů a hrdinek. Nejčastěji jsou to oběťaví a charismatičtí členové zdravotnického personálu, obzvláště zdravotní sestry a vynikající lékaři. Jedná se například o ty zdravotníky, kteří pomáhali obětem během II. světové války (Jolley, 2009, Conacher, 2010, Darbyshire, 2011).

Zajímavým modelem hrdinství vyvinutým v rámci pozitivní psychologie je koncepce, podle níž k základním charakteristikám hrdiny patří: odvaha, empatie a upřímnost studentů na akademické půdě (Staats, Hupp, Halley, 2008).

Ve výzkumné praxi se setkáváme často s tím, že koncepce hrdinství bývá vymezována jako součást širší kategorie prosociálního chování, tj. „takového chování, jehož cílem je zlepšit situaci druhé osoby, přičemž pomáhající není povinen poskytnout pomoc na základě své profese“ (Hewstone, Strobe, 2006). Becker a Eagly (2004) mají proti takovému způsobu vymezování určité námitky. Jsou přesvědčeni, že prosociální chování nezahrnuje rizika, kterým pomáhající hrdina je nutně vystaven. Podle Beckera a Eagly (2004) jsou hrdinové jedinci, kteří riskují pro něčí dobro s vědomím toho, že jsou vystaveni možnosti, že zemřou nebo budou trpět. Zmínění autoři uvádějí také – což je pozoruhodné – genderovou perspektivu ve výzkumu hrdinství.

Reprezentantem druhého směru, který za rozhodující považuje vliv situačních faktorů na hrdinské jednání, je Zimbardův „Projekt hrdinské imaginace“ („Heroic Imagination Project“). Jedná se o neziskovou organizaci, která má za úkol podporovat a rozvíjet hrdinskou imaginaci pomocí edukačních programů. Podle toho emeritovaného profesora Stanfordské univerzity, spojovaného především s vězeňským experimentem z roku 1971, jsou situační faktory zodpovědné jak za morálně hodnotné – hrdinské chování, tak i za výskyt morálně špatného, zlého chování (Walker, Frimer, Dunlop, 2010). Podle Zimbarda se každý z nás může stát hrdinou. Všichni máme predispozice k hrdinskému jednání. V jednom ze svých článků tento autor pozměňuje výrok od Hannah Arendtové o „banalitě zla“ a prohlašuje „banalitu hrdinství“ (Franco, Zimbardo, 2006). Stačí jen uvědomit si vliv okolního prostředí na nás. Toto okolí buď

podporuje naše potenciální hrdinské činy, nebo jim brání a omezuje je. Zimbardo vytvořil shrnující koncepci „Situational Awareness Model“, jež se zabývá faktory ovlivňujícími pohotovost k hrdinským činům. Mj. mezi ně patří následující jevy: poslušnost vůči autoritě, efekt přihlížejících, rozptýlená zodpovědnost, konformita, předsudky a diskriminace, sociální role a s nimi spojená očekávání. Metodologie tohoto výzkumu je založena na dotazníkové formě, na jejímž základě Zimbardo a další zkoumají znalost těchto jevů mezi respondenty.

Na základě studia odborné literatury můžeme dospět k závěru, že koncept hrdinství je komplexní jev, který bývá různě definován v závislosti na postoji badatele a možná právě proto standardizované psychometrické nástroje k měření hrdinství dosud chybí.

Príspevek byl podpořen grantem: SVV 264 502

Literatura

Becker, S.W., Eagly, A.H. (2004). The heroism of women and men. *American Psychologist*. April, 163–178.

Blau, K., Franco, Z., Zimbardo, P. (2009). Fostering the heroic imagination: an ancient ideal and a modern vision. *Psi Chi*, 19–21.

Conacher, I. D. (2010). The big idea of Edgar Alexander Pask (1912–66). *J Med Biogr.*, Feb, 18(1): 44–48.

Darbyshire, P. (2011). Nursing heroism in the 21st Century. *BMC Nurs*, Feb, 16:10:4.

Franco, Z., Zimbardo, P. (2006–07). The banality of heroism. *Greater Good*. Fall-Winter, 30–35.

Heroic Imagination Project: <http://heroicimagination.org/>

Hewstone, M., Strobe, W. (2006). *Sociální psychologie*. Portál, 332.

Příručný slovník a databáze lexikálního archivu:

<http://psjc.ujc.cas.cz/search.php>

Staats, S., Hupp, J.M., Halley, A.M. (2008). Honesty and heroes: a positive psychology view of heroism and academic honesty. *The Journal of Psychology*, 142(4), 357–372.

Sullivan, M. P., Venter, A. (2010). Defining heroes through deductive and inductive investigations. *The Journal of Social Psychology*, 150(5), 471–484.

Výrost, J., Slaměník, I. (eds.). (2008). *Sociální psychologie*. Grada, s.290–295.

Walker, J.L., Frimer, J.A., Dunlop, W.L. (2010). Varieties of moral personality: beyond the banality of heroism. *Journal of Personality*, June, 78:3, 907–942.

Zimbardo, P. (2008). Why the world needs heroes? *Europe's Journal of Psychology*, 7(3), 402–407.

VIKTIMIZACE PACIENTŮ TRPÍCÍCH ONEMOCNĚNÍM SCHIZOFRENNÍHO OKRUHU

M. Černý, J. Vevera

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

Summary

VICTIMIZATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

Aims/Objectives: To examine the prevalence of aggressive behavior, victimization and its consequences among people receiving in-patient treatment for severe mental illness. **Methods:** Data on aggressive behavior and victimization, sexual and physical abuse in childhood, posttraumatic stress disorder (PTSD), and substance abuse were obtained from adult in-patients with psychotic disorders and from their collaterals. A total of 167 patients (57.5% men and 42.5% women) participated. **Results:** During preceding 6 months 34% of the men and 34% of the women had engaged in aggressive behaviour and 30% of the men and 39% of the women had been victims of assault. 10% of the men and 37% of the women had been victims of sexual abuse in childhood. 7% of the men and 14% of the women had been victims of physical abuse in childhood. The prevalence of PTSD was 7% of the men and 14% of the women, as result of victimization 1% of the men and 3% of the woman. **Conclusion:** Patients with psychotic disorders are often victims of violent attacks. Gender does not differ in aggressive behavior, but plays role in victimization. Consequences of victimization (e.g PTSD) are underinvestigated and underreported.

Key words: Schizophrenia; Victimization; Assault; Aggression; Violence; Childhood trauma; Sexual abuse; Posttraumatic stress disorder

Cíle

Studie násilného chování u pacientů trpících schizofrenií byly dosud zaměřeny na to, jak často se pacienti chovají násilně ke svému okolí [1–3]. Data z USA a Velké Británie ukazují, že tito pacienti jsou při násilných konfliktech častěji obětí nežli útočníky [4]. Zatímco v těchto zemích je viktimizace (proces, ve kterém se člověk stává obětí trestného činu) pacientů vysoká, v ČR, kde je odlišná organizace zdravotní péče, tato problematika nebyla dosud studována.

Důsledky násilí, viktimizace, fyzického a sexuálního zneužívání na vznik post-traumatické stresové poruchy (PTSD) rovněž nejsou u pacientů se schizofrenií dostatečně studovány a rozpoznávány. Standardizované psychometrické nástroje k měření těchto traumatických zkušeností dosud chybí. Z důvodu nedostatku vhodných diagnostických nástrojů a malém povědomí o komorbiditě PTSD a schizofrenie není významná část pacientů správně diagnostikována a adekvátně léčena.

Naším cílem bylo připravit základní psychometrické nástroje pro měření násilného chování, viktimizace (MacArthur Scale) a jejich důsledků (SCID modul pro PTSD), sexuálního zneužívání a tělesného trestání v dětství (CECA-Q) a použitím těchto nástrojů získat deskriptivní kalibrovaná data o prevalenci násilného chování a viktimizace (v době 6 měsíců před hospitalizací), dále data o fyzickém a sexuálním zneužívání v dětství a adolescenci a PTSD (aktuální a celoživotní prevalence). Na základě získaných dat sledujeme vztahy mezi viktimizací, násilným chováním a PTSD a možné důsledky pro pacienty a poskytovatele péče (možnosti diagnostiky, léčby).

Metody

Data o agresivním jednání a viktimizaci, sexuálním zneužívání, tělesných trestech v dětství, posttraumatické stresové poruše (PTSD) a nadužívání návykových látek byla získána od hospitalizovaných dospělých pacientů na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN s diagnózou F2x – akutní polymorfní psychotická porucha, paranoidní schizofrenie, porucha s bludy, schizoafektivní porucha. Účast ve výzkumné skupině byla nabídnuta všem pacientům z ČR a též těm cizincům, u kterých byla dostupná osoba schopná podat kolaterální informace. Celkem bylo vyšetřeno 167 pacientů (57.5% mužů a 42.5% žen).

Hodnocení bylo prováděno pomocí následujících posuzovacích škál:

Diagnóza: M.I.N.I., verze 5.0.0. (Mini International Neuropsychiatric Interview). K porovnání s daty publikovanými v USA byl ke zjištění PTSD využit SCID modul pro celoživotní a současnou PTSD.

Násilí a viktimizace: MacArthur Interview – historie agresivního jednání a viktimizace pro subjekt a pro osobu blízkou

Zneužívání návykových látek: AUDIT – Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (Alcohol Use Disorders Identification Test). DUDIT – Test pro identifikaci poruch působených užíváním drog (Drug Use Disorders Identification Test).

Fyzické tresty a sexuální zneužívání v dětství: CECA-Q, část 6 a 7 – hodnotí péči, násilné chování, fyzické tresty před dovršením 17-ti let a nechtěné sexuální zkušenosti.

Definice zkoumaného chování

Agresivní chování – v posledních 6 měsících, zahrnuje hození předmětem po jiné osobě; postrkování, vrážení, plácnutí, kopnutí, kousnutí, škrcení, udeření jiné osoby; pokus o fyzické donucení k sexuálnímu kontaktu proti vůli

dotyčné osoby; vyhrožování nožem, střelnou zbraní nebo jinou zbraní, které zmiňuje subjekt a/nebo osoba blízká.

Závažný násilný čin – v posledních 6 měsících, zahrnuje nucení k sexuálnímu kontaktu proti vůli dotyčného; vyhrožování zbraní; použití střelné zbraně nebo nože k poranění jiné osoby; způsobení jakéhokoliv poranění jiné osobě.

Viktimizace je definována jako proces, ve kterém se člověk stane obětí jakéhokoliv agresivního chování (viz výše).

Sexuální zneužívání je kategorizováno podle dotazníku CECA-Q. Závažnost zneužívání je skórována jako mírná, střední a závažná.

Výsledky

Během předcházejících 6 měsíců se 34% mužů a 34% žen projevovalo agresivním chováním, 30% mužů a 39% žen se stalo obětí agresivního jednání. 10% mužů a 37% žen bylo sexuálně zneužíváno a 7% mužů a 14% žen bylo obětí fyzických trestů ve věku do 17 let. Prevalence PTSD byla zjištěna u 7% mužů a 14% žen, jako následek viktimizace bylo PTSD zjištěno u 1% mužů a 3% žen.

Závěr

Pacienti trpící onemocněním schizofrenního okruhu se chovají agresivně a jsou často obětí násilného chování. Nebyl nalezen rozdíl mezi muži a ženami v agresivním jednání, pohlaví ale hraje roli ve viktimizaci. Důsledky viktimizace, jako je např. PTSD, nejsou dostatečně zjišťovány a diagnostikovány.

Příspěvek byl podpořen grantem: SVV 264 502

Literatura

1. Arseneault, L., et al., Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. Arch Gen Psychiatry, 2000. 57(10): p. 979–86.
2. Vevera, J., et al., Violent behaviour in schizophrenia. Retrospective study of four independent samples from Prague, 1949 to 2000. Br J Psychiatry, 2005. 187: p. 426–30.
3. Černý, M. and J. Vevera, Násilné chování a viktimizace pacientů se schizofrenií – přehled studií. Psychiatrie, 2008(Supplementum 1).
4. Hodgins, S., et al., From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization. Psychol Med, 2007: p. 1–13.

WORKSHOP KOMPLIKOVANÉ TRUCHLENÍ A JEHO LÉČBA

garant prof. Ján Praško, doc. Klára Látalová

DIAGNOSTIKA KOMPLIKOVANÉHO TRUCHLENÍ

J. Praško, A. Grambal, P. Havlíková, D. Jelenová, D. Kamarádová, K. Látalová, A. Sandoval

Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika,

Summary

DIAGNOSTICS OF COMPLICATED GRIEF

Objective: Around 9–20% survivors develop long-term and complicated process of mourning which leads to disruption of the daily routine and to the significant stress. The complicated process of mourning is manifested by prolonged sadness, accompanied by some symptoms of stress reaction.

Method: The resources for this literature review were obtained from the National Library of Medicine PubMed database and Web of Science, including the ones published between the years 1991–2011. **Results:** There are four basic types of complicated grief – chronic grief, hypertrophied grief, deferred and traumatic grief. **Conclusions:** Complicated grief interferes in many areas of life and limits it significantly. Therefore the attention should be given to the treatment

Cíle

Cílem tohoto sdělení bylo zjistit různé způsoby, jakým lidé adaptivně a maladaptivně reagují na ztrátu blízkého člověka a jakým způsobem se maladaptivní reakce na ztrátu diagnostikují.

Metody

Zdrojem pro tento přehled bylo literární review získané z databáze PUBMED, Web of Science z publikací mezi léty 1991–2011, další reference byly získány vyhledáním článků s biografických odkazů relevantních informací.

Přehled

Ztráta blízkého člověka úmrtím je jedním z nejbolestivějších zážitků v životě, protože jde o ztrátu definitivní. Proto i emoce spojené s touto ztrátou jsou přirozeně se rozvíjející hluboký smutek a zármutek, pocit opuštěnosti, zoufalství a bezmoc, někdy vedoucí až k pocitu, že život ztratil smysl. Nicméně, většina lidí se traumatu z úmrtí blízké osoby přizpůsobí a jsou schopni pokračovat v dalším plnohodnotném a uspokojujícím životě. Takto postižení lidé prožívají krizi, při které se může objevit řada negativních emocí – od smutku, přes obavy,

nejistotu, hněv, vztek až agresí, pocity viny a „pocity viny za přežití“. Často je tento proces provázen i řadou tělesných příznaků úzkosti, proto je někdy chybně považován za nemoc. Přízpůsobení se takové ztrátě je samozřejmě obtížné a někteří lidé se adaptivním způsobem přizpůsobit nedokáží. Místo toho se u nich rozvíjí komplikované truchlení se syndromem chronické stresové reakce (Langner a Maercker 2005). Lidé mohou komplikovaný zármutek prožívat celé roky i desetiletí. Celá řada prací naznačuje, že komplikované truchlení prožívá menší část truchlících (9–20%), kteří zažívají ztrátu příbuzného nebo jiné důležité osoby s příznaky neodeznívajícího komplikovaného procesu spojeného s významným stresem a postižením, s vysokým rizikem rozvoje deprese, úzkostných poruch, závislosti na alkoholu a suicidálním rizikem (Prigerson et al. 2008). Komplikovaný zármutek se projevuje přetrvávajícím pocitem truchlení po zemřelé osobě, potížemi s přijetím ztráty, trpkostí, nedostatkem důvěry a ztrátou smyslu v životě, které trvají nejméně 6 měsíců po úmrtí. Komplikovaný zármutek je spojen s negativními psychickými a somatickými důsledky (Prigerson et al. 2008). Formální diagnostická kritéria pro komplikovaný zármutek (nebo prodlouženou poruchu truchlení) byla navržena do DSM-V. Mezi kritérii, která určují diagnózu komplikovaného zármutku, se musí objevovat dlouhodobé a handicapující truchlení, chřadnutí, touha po zemřelém a musí se objevovat následujících 8 příznaků několikrát denně nebo musí mít výrazné stresující závažnost:

- potíže smířit se s úmrtím
- od úmrtí neschopnost důvěřovat druhým
- nadměrná hořkost související s úmrtím
- pocity stísněnosti při změnách
- odcizení od dříve blízkých osob
- pocit, že život bez zemřelého ztratil smysl
- pocit, že budoucnost bez zemřelého nenabízí nic k naplnění
- od úmrtí pocity napětí a lítostivosti

Komplikovaný zármutek se může objevit společně s dalšími poruchami jako je deprese nebo posttraumatická stresová porucha a je spojen se suicidalitou a sebepoškozováním (Zhang et al. 2006), nicméně zdá se, že jde o odlišnou poruchu, která vyžaduje jiné léčebné strategie. Přesto, že truchlení a smutek po ztrátě blízké osoby mají individuální rysy a reakce na ztrátu blízké osoby souvisí s osobností člověka, s předchozí životní zkušeností, osobním významem ztráty, jeho zdravotní situací, dostupnou sociální sítí, celkovou životní situací a dalšími okolnostmi ztráty, lze v tomto procesu najít určité zákonitosti. Truchlení lze rozčlenit do několika fází:

Počáteční šok a otřes, popírání ztráty, její nepřijetí, které se objevují zpravidla bezprostředně po ztrátě. Pozůstali si připadají zmatení, otupělí, omráčení. Tento stav může trvat minuty, dny až týdny a může se projevovat protestováním, nevěřícností nebo „očekáváním návratu“ zemřelého.

Fáze sebekontroly se objevuje zpravidla do večera dne pohřbu, kdy příprava pohřbu znemožňuje pozůstalým prožít plně zármutek.

Přechodné období akutní nepohody a sociální izolace, trvající týdny až měsíce, ve kterém se postižený často vrací ve vzpomínkách k zemřelé osobě, izoluje se částečně od světa, vlnovitě přicházejí tělesné příznaky distresu, objevuje se hněv, podrážděnost, pocity viny, neklid až agitovanost, ztráta dalších cílů a motivace; přítomna bývá regrese – truchlící pláče, někdy jsou apatičtí, úzkostní, zoufalí, nejsou schopni se zařadit do pracovního procesu, někdy trpí poruchami spánku a nechutenstvím.

Adaptace, restituce a reorganizace vlastního života, která může trvat měsíce až roky, během kterých se postižení loučí se starou rolí a nacházejí si novou, vrací se potěšení v životě, opět se zapojují do plných sociálních kontaktů. Tato fáze různě dlouhou dobu, obvykle odeznívá do roka, pozůstalí získávají ztracenou sebekontrolu, začínají zvládat nároky běžného života a smiřují se s tím, co se stalo, i když nezapomínají.

Základním pocitem při truchlení je osamělost, a to i v případě, že truchlí více osob. V době vzplanutí silných emocí se může objevit také hněv, pocity vzteku na sebe za nemožnost zabránit smrti, strach z neschopnosti představit si svůj další život. Pro pomoc je důležité pozůstalému normalizovat i pocity hněvu na zemřelou osobu (označit je za přirozené), včetně přesunu hněvu proti jiným osobám, jako je zdravotní personál, příbuzní nebo Bůh. Fungování je však omezeno jen částečně. Toto omezení nebrání každodennímu fungování, soběstačnosti, ani starání se o blízké.

Na tělesné úrovni se může objevit řada vegetativních příznaků, jako je třes, pocit sevřeného hrdla, objevuje se změna intonace (zejména když se mluví o zemřelém), dušnost a dechová nedostatečnost, svalová ochablost, únava, pocit úbytku energie. Někdy je patrná zpomalenost v pohybech, svírání u srdce, přecitlivělost v reakci na senzorické podněty, nespavost, nechutenství, či naopak přejídání. Objevují se depresivní myšlenky („Už mě nikdo nepotřebuje!“, „Bez něho nedokážu žít“), odmítání skutečnosti, že to byl omyl, někdy krátkodobé pocity chaosu a desorientace, zabývání se představou zemřelého. Také se mohou objevit pocity přítomnosti zemřelého až iluzorní nebo pseudo-halucinatorní zážitky, které jsou většinou příjemné, a dotýčný si uvědomuje jejich nereálnost. Časté mohou být sny o zemřelém.

V chování se může objevit celá řada změn. Častý je pláč. Typické je vzdychání, hledání a volání (i v duchu), mohou se objevit maladaptivní únikové reakce (alkohol, drogy, léky, denní snění, hyperaktivita, náboženské zanícení a mystika, únik do nemoci, nebo krajní forma úniku – sebevražda). Bývají také změny v sexuálním životě, může dojít ke ztrátě apetence, ale i promiskuitě. Poměrně častá bývá rezignace na sociální kontakty. Také se objevuje záměrné vyhýbání se vzpomínkám na zemřelého, související jak s bolestí ze ztráty, tak s ambivalentními nebo negativními emocemi k zemřelému. V chování se může objevit

jak rychlé zbavování se věci zemřelého, tak vyhledávání míst nebo předmětů, které zemřelého připomínají.

Kromě přirozeného procesu truchlení se mohou objevit komplikované procesy truchlení:

Chronické truchlení se objevuje častěji v případech, kdy vztah mezi truchlícím a zemřelým byl velmi těsný, ambivalentní nebo závislý, nebo když chybí truchlícímu podpůrná sociální síť.

Hypertrofované truchlení vzniká nejčastěji po náhlé, nečekané smrti blízkého, kdy projevy smutku jsou extrémně intenzivní. Tradiční smuteční rituály nejsou schopny ztláčit úzkost a projevy distresu. Hypertrofovaný smutek u jednoho člena rodiny může výrazně narušit její stabilitu.

Odložené truchlení se projevuje chybějícím nebo inhibovaným procesem smutnění, což je výsledek dlouhodobého vyhýbání se bolestným emocím nebo popření. Hněv a pocity viny se však objevují často a komplikují průběh.

U traumatického truchlení je smutek jak hypertrofický, tak chronický. Typické je popírání smrti blízkého, úzkostné příznaky, intruzivní zabývání se zemřelou osobou a okolnostmi úmrtí, to se střídá s vyhýbáním se bolestnými emocím a depersonalizací, objevuje se zvýšená vulnerabilita, dysforie. Tyto projevy jsou neúměrně intenzivní a trvají dlouhou dobu, narušují fungování postiženého, často vedou k sociální izolaci a znemožňují plně vykonávat každodenní činnosti.

Závěr

Komplikované truchlení interferuje s mnoha oblastmi života a významně omezuje kvalitu života. Proto jeho diagnóza a léčba je potřebná pro vyrovnaní se se ztrátou blízkého.

*Podpořeno granty IGA MZ ČR NS 10301-3/2009 a
IGA MZ ČR NT 11047-4/2010*

Literatura

Langner R, Maercker A. Complicated grief as a stress response disorder: evaluating diagnostic criteria in a German sample. *J Psychosomatic Res* 2005;58:235–242.

Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK. Prolonged grief disorder: a case for inclusion in DSM-V. In: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, Stroebe W (Eds.), *Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and Intervention*. American Psychological Association, Washington, DC 2008;165–186.

Zhang, B., El-Jawahri, A., Prigerson, H.G. Update of bereavement research: evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated grief. *Journal of Palliative Medicine* 2006;9:1188–1203.

ETIOPATOGENEZE KOMPLIKOVANÉHO TRUCHLENÍ

A. Sandoval, J. Praško, A. Grambal, P. Havlíková, D. Kamarádová, K. Látalová, Z. Sigmondová

Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

ETIOLOGY OF COMPLICATED GRIEF

Uncomplicated or natural grief consists of painful but moderate disruptions of daily life over the first months after the loss. Natural grief reactions are characterized by disturbances of cognitive, emotional, physical or interpersonal functioning. growing body of literature provides evidence that a minority of individuals (9% to 20%) that experience the loss of a relative or a significant other may report symptoms of unresolved grief that are associated with significant distress and impairment, heightened risk for depression, anxiety, alcohol and tobacco consumption, and suicidal ideation.

Vulnerability to complicated grief has been rooted in attachment disturbances. Complicated grief symptoms were significantly associated with an insecure attachment style among caregivers of terminally ill spouses. An anxious, as opposed to secure or dismissively avoidant, attachment style was associated with chronic grief after a loss. Childhood abuse and serious neglect were significantly associated with complicated grief in widowhood, suggesting that early childhood experiences that disrupt primary attachment bonds can determine long lasting vulnerability to complicated grief. Patient's complicated grief was associated also with high levels of separation anxiety in adulthood and with frequent comorbid depression. The frequent comorbidity with depression and the association with both depressive and manic lifetime symptoms do not support the independence of complicated grief from mood disorders. A mismatch develops between the bereaved person's mental representations about their self, the deceased, and the world, and the reality of the death. It is proposed that this discrepancy between established mental representations of attachment and the actuality of the death leads to greater occurrence of intrusive thoughts and attention to loss-related events.

Key words: *uncomplicated/complicated grief, vulnerability, early childhood experiences, comorbidity*

Cíle

Cílem našeho sdělení bylo pročíst literaturu a zjistit možné etiopatogenetické faktory, které se mohou podílet na tom, že část osob, které zažijí ztrátu důležité osoby v životě, rozvine maladaptivní proces komplikovaného truchlení.

Metody

Zdrojem informací pro toto sdělení je literární review získané z databáze PUBMED, Web of Science z publikací mezi léty 1991–2011.

Výsledky

Zranitelnost k rozvoji komplikovaného truchlení významně souvisí s nedostatečně bezpečnou vztahovou vazbou u jedinců, kteří ztratili blízkou osobu. Úzkostná vazba, na rozdíl od bezpečné nebo vyhýbavé vztahové vazby je spojena s traumatickým truchlením po ztrátě (Shear et al. 2007). Zneužívání v dětství nebo závažné zanedbávání jsou významně spojené s komplikovaným smutkem u vdov, což může svědčit pro to, že časně dětské zážitky, které narušují primární vztahovou vazbu, se mohou podílet na dlouhodobé zranitelnosti k rozvoji komplikovaného truchlení po ztrátě. Komplikované truchlení je rovněž spojeno s vysokou úrovní separační úzkosti v dospělosti a často je komorbidní s depresí. Častá komorbidita s depresí a spojení jak s depresivními tak manickými příznaky v anamnéze ukazuje, že komplikované truchlení ve své etiopatogenezi bude souviset s afektivními poruchami.

Jeden ze současných modelů komplikovaného truchlení soudí, že separační stres se stává silným a persistentním pro nedostatečné emocionální zpracování ztráty, které je důsledkem selhání aktualizovat schémata vztahové vazby (Shear et al. 2007). Dochází k vnitřnímu nesouladu, který se rozvíjí mezi reprezentací sebe sama, závislosti na zesnulém, potřebami adaptovat se ve světě a realitou, když pozůstaly na to zůstal sám. Tato diskrepance mezi utvořenými mentálními reprezentacemi vztahů a aktuální ztrátou vede k objevení se intruzivních myšlenek a zaměřování pozornosti k událostem spojeným se ztrátou (Boelen and Huntjens 2008).

Charakteristickým znakem traumatického zážitku je nesoulad mezi informacemi v pracovním modulu, základním pocitem bezpečí a realitou. Zpracování traumatu vyžaduje integraci různorodých informací týkající se trápení do nového kognitivně afektivního rámce (Ehlers 2006), v tomto případě pracovního modulu vztahové vazby. Do prožívání akutního smutku patří oscilující intruze a příznaky znecitlivění či vyhýbání se, což jsou příznaky charakteristické pro akutní stresovou reakci. Nicméně trauma spojené se ztrátou milovaného člověka se liší v důležitých aspektech od traumatu z ohrožující události. Ztráta milovaného člověka je trvale probíhající realita, která vzbuzuje smutek a stesk a vytváří zvýšenou pozornost pro vše, co souvisí se ztracenou osobou. Představy, myšlenky a vzpomínky na zesnulého, i když jsou dotěrné, evokují hořkosladkou směs smutku a touhy. Poruchy soustředění a výpadky paměti jsou jedny z mnoha příznaků, které se mohou objevit při traumatu ze ztráty. Traumatizovanou část psychiky současnost nezajímá. Žije v minulosti a zabývá se něčím docela jiným – ztrátou zemřelého. Objevují se pocity nesmyslnosti všeho, neschopnost radovat se, poruchy spánku, snížená chuť k jídlu. Mohou se objevit i sebevražedné myšlenky, pokud postižený touží po splnutí s mrtvým.

Zaměstnávající myšlenky a vzpomínky spojené se smutkem, jsou spíše zaměřené na osobu, než na událost. Tak tomu bývá většinou u žen. U mužů se častěji objevuje tendence minulou situaci „řešit“, např. hledáním viníka ve zdravotnické péči před smrtí blízké osoby. Objevují se rovněž otázky po smyslu života, zda smrtí život definitivně končí nebo je po životě něco dalšího. Otázky jak naplnit svůj život bez zemřelého. Velmi přitažlivá bývají religiózní řešení, představy o dalším životě po životě. Mohou přinášet útěchu a uklidňovat. Jak již bylo zmíněno výše, po ztrátě se vyhýbání objevuje běžně. Nicméně, se smutkem související vyhýbání se je užíváno k regulaci bolestivé touhy nebo uvědomení si trvalosti, nikoliv reakcí na podněty, které spouštějí strach. Vysoce stresující zážitky aktivují vyhledávání blízkosti. Dostupnost osoby spojené se vztahovou vazbou zmírňuje strach a jiné dysforické emoce související s traumatickou zkušeností, pomáhá obnovit normální rutinu a pomáhá regulovat chování i biologické procesy. Když je stresorem ztráta vazebné figury, volání po milovaném zůstává bez odpovědi. Výsledkem je zintenzivnění hledání blízkosti, které se stane ústředním zájmem u pozůstalé osoby. Neschopnost integrovat trvalou ztrátu vazebné osoby vede k rozvoji komplikovaného truchlení (Shear et al. 2007). Akutní smutek je očekávanou biologickou i psychologickou reakcí na smrt blízkého člověka (Stroebe a Schut 1999). I když jde o bolestivé a rušivé prožívání, z výzkumů vyplývá, že tato reakce obvykle uspokojivým způsobem ustoupí. Integrace ztráty probíhá, jak se zdá, v procesu oscilující pozornosti směřující směrem k a vzápětí od myšlenek a vzpomínek na zesnulého. Velikost oscilace je zpočátku velmi velká, kolísá mezi intruzivními vzpomínkami na jedné straně a popíráním a znečitlivěním na straně druhé. Oscilující proces je postupně strháván a tlumen do snesitelného rytmu zapojování a odpojování myšlenek a vzpomínek na zesnulého (Shear et al. 2007). Shear et al. (2007) zdůrazňují, že tento proces přirozeného kolísání je pro proměnu modulu vztahové vazby optimální. Období odpojení jsou důležitá pro obnovu uspokojivých vztahů a denního fungování. Přirozené oscilace vyvolané mechanismy pro zpracování silných emocí jdou ruku v ruce s dvojím procesem vyrovnávání se, který je nutný k efektivnímu přizpůsobení se ztrátě. Stroebe a Schut (1999) zdůrazňují, že úmrtí je často doprovázeno řadou problémů v životě, které souvisí jak se ztrátou, tak s jinými okolnostmi, a tedy řešení akutního zármutku musí postupovat ruku v ruce s vyrovnáváním se s napětími souvisejícími se životem. Tito autoři navrhli zajímavý „model dvojího procesu“ vyrovnávání se se ztrátou. Podle tohoto modelu efektivní zvládnutí vyžaduje jak zpracování samotné ztráty, tak zvládnutí dalších souvisejících stresorů. Tento model předpokládá, že dvě skupiny stresorů je nejlépe řešit současně s důrazem na kolísání mezi oběma procesy. Tento model rozšiřuje Horowitzův nerovnovážný model, který se zaměřuje více na psychologický a biologický proces integrace traumatu. Stroebeův a Schutův model (1999) předpokládá, že truchlení funguje nejlépe, když zvládací procesy kopírují tento vnitřní oscilační proces. Pro léčbu z toho vyplývá, že přirozený proces zpracování smutku může být zesílen,

pokud jsou ztráta a řešení současných stresorů řešeny současně (Shear et al. 2007).

*Podpořeno granty IGA MZ CR NS 10301-3/2009 a
IGA MZ ČR NT 11047-4/2010*

Literatura

Boelen PA, Huntjens RJC. Intrusive images in grief: an exploratory study. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2008;15: 217–226.

Ehlers A. Understanding and treating complicated grief: what can we learn from posttraumatic stress disorder? *Clin Psychol: Sci Prac* 2006;13:135–140.

Shear K, Monk T, Houck P, Melhem N, Frank E, Reynolds C, Sillowash R. An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257(8):453–461.

Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud* 1999;23:197–224.

FARMAKOTERAPIE KOMPLIKOVANÉHO TRUCHLENÍ

P. Havlíková, J. Praško, A. Grambal, D. Kamarádová, R. Kubínek, K. Látalová, A. Sandoval, Z. Sigmundová

Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

PHARMACOTHERAPY OF COMPLICATED GRIEF

There are lack of studies of pharmacotherapy of complicated grief without comorbidity with other psychiatric disorder. There is one open study with paroxetin and nortriptyline. There are several little studies with pharmacotherapy of chronic grief comorbid with depression. Chronic depression may develop following bereavement-about 15% of the bereaved are depressed at 1 year. Several studies of psychotropic medications have demonstrated improvement in depression ratings, but little data exists for selective serotonin reuptake inhibitor treatment in bereavement-related depression. In the bereaved, approximately 40% meet criteria for major depression within a month of the death. At a year, approximately 15% of the bereaved are depressed and at 2 years, the figure is approximately 7%. Open-label trials of medication for bereavement-related depression have shown promising results for desipramine, nortriptyline, paroxetine, escitalopram and bupropion SR. One double-blind controlled trial supports the use of nortriptyline, but interpersonal psychotherapy did no better than placebo. In all these trials,

depressive symptoms improve more than bereavement symptoms. Effective open-label treatments for traumatic grief include paroxetine, nortriptyline, and a form of psychotherapy called traumatic grief treatment.

Cíle

Cílem této práce bylo zjistit, zda existují nějaké důkazy svědčící pro efektivitu farmakoterapie u komplikovaného truchlení samotného nebo komplikovaného truchlení v komorbiditě s další psychiatrickou diagnózou.

Metody

Zdrojem pro tento přehled bylo literární review získané z databáze PUBMED, Web of Science z publikací mezi léty 1991–2011, další reference byly získány vyhledáním článků s biografickými odkazy relevantních informací.

Výsledky

Studie farmakoterapie traumatického truchlení, které není komplikované další psychickou poruchou, jsou velmi ojedinělé. Existuje otevřená pilotní post hoc studie u pacientů s traumatickým truchlením (po ztrátě člena rodiny) léčených paroxetinem. Tito byli srovnáni s dřívějším souborem pacientů léčených nortriptylinem. Oba léky byly efektivní a jejich účinnost byla srovnatelná (Zygmunt et al. 1998). Vzhledem k menší toxicitě paroxetinu při předávkování autoři studie doporučují preferovat SSRI.

Pouze kolem 25% pacientů diagnostikovaných podle kritérií pro traumatické truchlení nevykazuje další psychickou poruchu. Řada pacientů s depresivní poruchou a bipolární afektivní poruchou vykazuje také známky komplikovaného smutku a depresivní epizoda přichází v souvislosti se ztrátou blízké osoby. Kritéria pro depresivní poruchu splňuje po ztrátě blízké osoby kolem 40% pozůstalých do měsíce po ztrátě. Po roce je depresivních kolem 15% truchlících a po dvou letech kolem 7%. Se ztrátou blízké osoby může také souviset rozvoj panické poruchy a agorafobie, posttraumatické stresové poruchy a generalizované úzkostné poruchy. Všechny časté komorbidní psychické poruchy mají řadu kontrolovaných studií s použitím antidepresiv, zejména pak SSRI a SNRI. Studii, které by léčili pacienty s komplikovaným truchlením s komorbiditou s další poruchou jsou však ojedinělé. Otevřené studie u depresí souvisejících z úmrtí blízké osoby ukazují na dobrý efekt u desipraminu, nortriptylinu, paroxetinu, escitalopramu a bupropionu (Hensley 2006). Po těchto antidepresivech došlo k významnému zlepšení v depresivních skórech. Jen málo dat je o efektivitě SSRI v této indikaci (Hensley et al. 2009). Jedna starší otevřená studie zkoumala účinnost nortriptylinu u depresí po ztrátě blízkého ve vyšším věku a prokázala dobrou účinnost (Pasternak et al. 1991). V další studii u 80 truchlících s depresí po ztrátě blízkého starších 50 let Reynolds et al (1999) porovnávali podávání nortriptylinu, placebo a kombinace nortriptylinu s interpersonální psychoterapií. Nortriptylin byl účinnější než placebo a kombina-

ce nortriptylinu s interpersonální terapií vykazovala nejlepší počet vyřazených ze studie, nebyla však účinnější než nortriptylin sám. Interpersonální terapie nebyla účinnější než placebo.

Forte et al. (2004) ve své souhrnné studii zkoumali 74 studií, které hodnotily výsledky léčby příznaků, které souvisí s úmrtím. Nicméně jen osm z těchto studií se věnovalo farmakoterapii a z nich jen 4 byly srovnány s kontrolní (neléčenou) skupinou. Výsledky těchto studií prokázaly zlepšení depresivních příznaků a kvality spánku, tyto změny přetrvávaly po tu dobu, dokud pacienti užívali medikaci.

Benzodiazepiny nutno vždy zvážit, podávat jen krátkodobě v případě silných úzkostných reakcí, protože za cenu okamžité krátkodobé úlevy vlastně blokuji přirozenou smutkovou práci a celý proces truchlení spíše prodlouží.

Závěr

Zdá se, že farmakoterapie antidepressiv může pomoci při léčbě komplikovaného truchlení, důkazů pro toto tvrzení je však málo, pokud uvažujeme traumatické truchlení bez další komorbidity. Proto léčbou volby u traumatického truchlení bez další komorbidní psychické poruchy je psychoterapie. Více víme o účinku antidepressiv u pacientů s komorbiditou traumatického truchlení s depresí. Specifická psychoterapie u těchto komorbidních případů významněji nezvyšuje efektivitu farmakoterapie antidepressiv, nicméně významně zlepšuje adherenci k farmakoterapii. Proto pokud je truchlení komplikováno depresí, je na místě specifická psychoterapie a podávání antidepressiv, podobně je tomu při následné posttraumatické stresové poruše nebo při komorbidní úzkostné poruše.

*Podpořeno granty IGA MZ ČR NS 10301-3/2009 a
IGA MZ ČR NT 11047-4/2010*

Literatura

Hensley PL, Slonimski CK, Uhlenhuth EH, Clayton PJ: Escitalopram: an open-label study of bereavement-related depression and grief. *J Affect Disord.* 2009;113(1-2):142-149.

Hensley PL: Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *J Affect Disord.* 2006 May;92(1):117-124.

Pasternak RE, Reynolds CF 3rd, Schlernitzauer M, Hoch CC, Buysse DJ, Houck PR, Perel JM: Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *J Clin Psychiatry.* 1991;52(7):307-310.

Reynolds CF 3rd, Miller MD, Pasternak RE, Frank E, Perel JM, Cornes C, Houck PR, Mazumdar S, Dew MA, Kupfer DJ: Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and

continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 1999;156(2):202–208.

Zygmunt M, Prigerson HG, Houck PR, Miller MD, Shear MK, Jacobs S, Reynolds CF: A post hoc comparison of paroxetine and nortriptyline for symptoms of traumatic grief. *J Clin Psychiatry* 1998;59(5):241–245.

PSYCHOTERAPIE KOMPLIKOVANÉHO TRUCHLENÍ

D. Kamarádová, J. Praško, A. Grambal, P. Havlíková, K. Látalová, A. Sandoval, Z. Sigmundová

Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

PSYCHOTHERAPY OF COMPLICATED GRIEF

A syndrome of complicated grief has been proposed for inclusion in the fifth version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association. In contrast to uncomplicated grief, people with complicated grief seem to be in a state of chronic mourning. People going through normal or uncomplicated grief reactions after a death usually do not need or benefit from specific interventions other than support—indeed these may be contraindicated. The potentially severe implications for people who develop complicated grief suggest, however, that special treatment may be indicated. But are these interventions effective? The results of the studies indicate that specific interventions at an early stage may be helpful for people at risk who have experienced a sudden loss.

Kolem 9–20 % pozůstalých rozvine dlouhodobý a komplikovaný proces truchlení, který vede k narušení fungování a významnému stresu v prožívání. Na rozdíl od ostatních, kde probíhá truchlení přirozeným způsobem, komplikované truchlení je porucha projevující se prodlouženým zármutkem doprovázeným některými příznaky stresové reakce. Na rozdíl od nekomplikovaného truchlení, které zvykle nevyžaduje pomoc od psychiatra či psychologa, je u komplikovaného smutku intervence žádoucí.

Cíle

Cílem našeho sdělení je popsat výzkumně ověřené psychoterapeutické přístupy k léčbě komplikovaného truchlení a informovat o jejich základních přístupech.

Metody

Zdrojem pro tento přehled bylo literární review získané z databáze PUBMED, Web of Science z publikací mezi léty 1991–2012, další reference byly získány

vyhledáním článků s biografických odkazů relevantních informací.

Výsledky

Syndrom komplikovaného truchlení je doporučen jako nová klinická jednotka do DSM-V (Zhang et al. 2006). Na rozdíl od nekomplikovaného procesu truchlení má komplikované truchlení chronický ráz. Navrhovaná kritéria vyžadují, aby pozůstalá osoba prožívala trvalou a narušující touhu po zemřelém spojení s psychickým chřadnutím. Pacient musí prožívat 4 z 8 příznaků, které jsou časté, vážně stresující nebo narušující život. Jsou to potíže přijmout úmrtí, neschopnost od úmrtí důvěřovat ostatním lidem, nadměrná hořkost, pocit neschopnosti pokračovat ve vlastním životě, odtažení se od ostatních lidí, se kterými dříve prožíval blízkost, pocit, že život je dnes smysl, názor, že budoucnost je bez vyhlídek, pocity neklidu od úmrtí. Tyto příznaky musí přetrvávat nejméně 6 měsíců a mají za následek značné poškození v společenské, pracovní či v jiné důležité oblasti fungování. Komplikovaný zármutek je spojen se zvýšeným rizikem rakoviny, vysokého krevního tlaku, srdečních příhod, a sebevražedných tendencí a dalšími nepříznivých vlivy na zdraví a chování, jako je zvýšené kouření a zneužívání alkoholu (Prigerson et al. 1997) Komplikované truchlení je spojeno se zvýšeným rizikem rozvoje depresivní poruchy, i když jde jasně odlišit od deprese (Boelen et al. 2003).

Lidé procházející normálním procesem truchlení po úmrtí blízkého obvykle nepotřebují ani nemají užitek ze žádných speciálních psychotherapeutických intervencí kromě podpory, dokonce se zdá, že cokoliv navíc může být kontraindikováno (Jordan a Neimeyer 2003). Randomizovaná kontrolovaná studie Groota et al. (2007) ukazuje, že použití KBT programu o čtyřech sezeních u truchlících příbuzných po suicidiu v rodině je sice za 13 měsíců v některých parametrech lepší (snižuje pocity viny), ale nikoliv významně účinnější než, když truchlení probíhá bez léčby. Pokud však lidé procházejí komplikovaným procesem truchlení, potenciálně závažné důsledky naopak speciální léčbu vyžadují. Co víme o tom, jak je tato léčba účinná?

Psychotherapeutické intervence po léčbu traumatického truchlení byly vyvinuty teprve nedávno a proto hodnocení v randomizovaných kontrolovaných studiích je zatím na počátku. Studie, které dosud byly provedeny, se týkají jak kognitivně behaviorálních přístupů včetně internetových programů, tak interpersonální psychotherapie, skupinové psychotherapie a krátké psychodynamické psychotherapie. U KBT přístupů, které používají kognitivní restrukturalizaci, expozice podnětům truchlení se zábranou vyhýbání, emoční propracování ztráty nebo reskripci traumatu, byl zjištěn robustní efekt. programy mají obvykle kolem 12 setkání a mohou být prováděna i s více členy rodiny. Trvají podle intenzity práce zpravidla od 5–10 týdnů. Úspěšné výsledky ukazuje u traumatického smutku i KBT po internetu. Léčba je úspěšná i v případech, kde se objevila komorbidita traumatického truchlení s depresí nebo některou z úzkostných poruch. Tyto studie uvádějí významný pokles příznaků kompli-

kovaného truchlení ve srovnání s kontrolními skupinami. Jedna KBT studie uvádí rovněž 1,5letou katamnézu KBT po internetu, která ukazují udržení výsledků akutní léčby (Wagner a Maercker 2007).

Závěr

Jakmile dojde k diagnostikování komplikovaného truchlení, je vhodné použití specifické psychoterapie. První výsledky studií svědčí pro to, že kognitivně behaviorální terapie, interpersonální psychoterapie, skupinová psychoterapie a krátká psychodynamické psychoterapie mohou odstranit příznaky traumatického truchlení.

*Podpořeno granty IGA MZ CR NS 10301-3/2009 a
IGA MZ ČR NT 11047-4/2010*

Literatura

Boelen PA, Van Den Bout J, de Keijser J. Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study with bereaved mental health care patients. *Am J Psychiatry* 2003;160:1339–41.

de Groot M, de Keijser J, Neeleman J, Kerkhof A, Nolen W, Burger H. Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2007 doi: 10.1136/bmj.39161.457431.55.

Jordan JR a Neimeyer RA. Does grief counselling work? *Death Studies* 2003;2:765–786.

Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF 3rd, Shear MK, Day N, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry* 1997;154:616–623.

Zhang B, El-Jawahri A, Prigerson HG. Update on bereavement research: evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *J Palliat Med* 2006;9:1188–203.

Wagner B, Maercker A: A 1.5-year follow-up of an Internet-based intervention for complicated grief. *J Trauma Stress*. 2007;20(4):625–629.

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE KOMPLIKOVANÉHO TRUCHLENÍ

J. Praško, A. Grambal, P. Havlíková, D. Kamarádová, K. Látalová, A. Sandoval, Z. Sigmundová

Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY OF COMPLICATED GRIEF

Around 9–20% survivors develop long-term and complicated process of mourning which leads to disruption of the daily routine and to the significant stress. Unlike uncomplicated grief, the complicated process of mourning is manifested by prolonged sadness, accompanied by some symptoms of stress reaction. Complicated grief requires the help of an expert such as a psychologist or a psychiatrist on the contrary of the uncomplicated one, where the intervention is not necessary. Range of cognitive behavioral strategies can be used for the treatment. The intervention consists of the following approaches: (1) describing the circumstances of the death, (2) using the life-imprint method to explore the biography and life imprint of the deceased, (3) keeping a daily diary of social activities and sleep hygiene, (4) cognitive restructuring of dysfunctional thoughts, such as responsibility for the death and feelings of guilt, (5) communication within the family, (6) gender-specific coping with bereavement, and (7) bond with the deceased.

Ztráta blízkého člověka úmrtím je jeden z nejbolestivějších zážitků v životě. Nicméně, většina lidí se přizpůsobí traumatu z úmrtí blízké osoby, a je schopna pokračovat v dalším plném a uspokojujícím životě. Přizpůsobení se takové ztrátě je samozřejmě obtížné a někteří lidé se adaptivním způsobem přizpůsobit nedokáží. Místo toho se u nich rozvíjí komplikované truchlení se syndromem chronické stresové reakce. Truchlíci osoby se zážitkem komplikovaného truchlení zažívají trvalé zpracovat smrt blízkého, zažívají intenzivní touhu po osobě, která zemřela, mají pocity viny, hněvu a hořkosti vztahující se ke ztrátě, opakující bolestné emoce, jsou zaujatí myšlenkami a představami zemřelého, mívají pocity odcizení a osamělosti a omezující vyhubavé chování. Chování související s attachmentem, s vyhledáváním mateřské blízkosti a silnou reakcí na separaci, je typické pro kojence i savce všeho druhu. Truchlení je proces, který vyplývá ze ztráty vazebné postavy. Podle některých autorů je teorie vazby založena na dvou základních principech (Waters and Waters 2006):

1) Dobře fungující vztahová vazba poskytuje bezpečnou základnu, která slouží k optimalizaci autonomie a zacílení aktivity, poskytuje podporu a bezpečí v době stresu.

2) Vztahové vazby jsou internalizovány ve formě pracovních modelů, které tvoří bezpečnou základnu.

Vazbové figury lze spolehlivě identifikovat jako jedince, ke kterým se snažíme být blízko, když jsem v nouzi, od kterých se nechceme separovat a u kterých můžeme získat podporu a povzbuzení, pro objevování světa a zvládání nových výzev. Po ztrátě takové osoby vede k velkému narušení, které lze snadno rozpoznat jako akutní zármutek. Odeznění akutního žalu vyžaduje úspěšné přizpůsobení, které přesahuje samotnou fyzickou ztrátu a pokud neproběhne bez závad, objevují se významné praktické a psychologické aspekty komplikovaného smutku.

Cíle

Cílem sdělení je popsat kognitivně behaviorální model traumatického truchlení a ověřené kognitivně behaviorální strategie, které umožňují traumatické truchlení úspěšně léčit.

Metody

Zdrojem pro tento přehled bylo literární review získané z databáze PUBMED, Web of Science z publikací mezi léty 1991–2011, další reference byly získány vyhledáním článků s biografickými odkazy relevantních informací. Údaje z literatury jsme porovnávali s našimi zkušenostmi při léčbě pacientů s traumatickým truchlením. Ve sdělení prezentujeme integraci vlastních zkušeností s informacemi získanými z literatury.

Výsledky

Nekomplikované procesy truchlení a smutku probíhají většinou za účasti blízkých osob. Jen zřídka vyžadují psychiatrickou nebo psychoterapeutickou intervenci, v zásadě je rodina a přátelé schopna dostatečně pomoci zpracovat ztrátu. U komplikovaného procesu truchlení je vhodná intervence odborníka. Lékař potřebuje pomoci pacientovi uvědomit si a sám před sebou pojmenovat hlubší význam ztráty, kterou utrpěl. Cílem terapie je přijmout ztrátu jako realitu, prožít si plný zármutek, zadaptovat se ve světě, ve kterém schází ten, kdo umřel, citově se odpoutat od zemřelého a případně investovat energii do jiných vztahů. Dalším cílem je snížení chronického napětí, reintegrace a přijetí ztráty jako části životní historie znovunalezení nebo vybudování základních zvládacích schopností, obnovení vlastní integrity a zbavení se pocitu, že je pacient svůj život sám nezvládne. Terapie se snaží podpořit normální průběh procesu truchlení a pomáhá smutkové práci tím, že (Shear 2010):

Informuje, co může postižený v tomto období očekávat, které problémy se mohou objevit a co jsou přirozené reakce na ztrátu, informuje o procesu komplikovaného truchlení a možnostech léčby;

Podporuje plné vyjádření všech emočních stavů (včetně bolesti, hněvu a ambivalentních pocitů k zemřelému) pomocí rozmluvy o zemřelém, psaním dopisů na rozloučení, hraním rolí apod.;

Potupně pomáhá najít novou roli v životě, vytvořit novou sociální síť a najít aktivity, které postiženému dávají smysl a potěšení.

K léčbě je používána řada strategií, běžné používaných v kognitivně behaviorální jako je psychoedukace, stanovení problémů a cílů, probírání historie vztahů, včetně zpřítomnění zážitků, obrazů, okolnosti úmrtí a jejich důsledků, zpracování sebeobviňování, postupné odstranění vyhýbavého chování a myšlení, použití zážitkových metod k facilitaci rozloučení se (imaginace, terapeutické dopisy, prázdna židle), zapojení příbuzných, zvýšení denní aktivity, facilitace optimálních interpersonálních funkcí. Kognitivně behaviorální terapie může pomoci explorací, artikulací a zpracováním reality ztráty (Fleming a

Robinson 2001). Několik studií ukázalo, že taková léčba má významný účinek u osob trpících komplikovaným zármutkem (Boelen 2005, Wagner et al. 2006). K léčbě patří:

- Vytvoření terapeutického vztahu a pocitu bezpečí pacienta;
- Popis ztráty, vztahu se zemřelou osobou, analýza tohoto vztahu, a popis reakce na ztrátu;
- Postupná expozice silným emocím, které pacient potlačoval;
- Kognitivní rekonstrukce s cílem upravit maladaptivní myšlenky, pocity viny, osamělosti, obavy se selhání v budoucnosti, korigovat kognitivní omyly a odstranit kognitivní vyhýbání;
- Posílení nebo nácvik potřebných dovedností pro další život a tím zvýšení pocitů kompetence;
- Mobilizace nebo vytvoření sociální sítě.

Závěr

Komplikované truchlení je proces spojený se závažnými změnami na úrovni emoční, tělesné, kognitivní a chování. Úkolem terapeuta je pomoci pacientovi vyrovnat se se ztrátou blízké osoby a umožnit mu další fungování v běžném životě. Důležitá je tedy nejen práce na emocionální úrovni (umožnit vyjádřit všechny pocity související se zemřelým, ať už pozitivní či negativní), ale i na úrovni kognitivní s cílem úpravy maladaptivních myšlenek (často pocitů viny či nemožnosti dalšího života bez zemřelého). Nedílnou součástí terapie pak má být práce s vyhýbavými strategiemi, které se po ztrátě často objevují, způsobují ztrátu sociálních dovedností a kontaktů, čímž znemožňují zařazení zpět do každodenního života.

Podpořeno grantem IGA MZ ČR NT11047-4

Literatura

Boelen PA. Complicated grief: assessment, theory, and treatment. Utrecht: Paul A Boelen 2005.

Wagner B, Knaevelsrud C, Maercker A. Internet-based cognitivebehavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Stud* 2006;30:429–53

Fleming S, Robinson P. Grief and cognitive-behavioral therapy: the reconstruction of meaning. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research. Consequences, coping and care*. Washington DC: American Psychological Association, 2001:647–70.

Shear K. Complicated grief treatment: the theory, practice and outcomes. *Bereavement Care*. 2010; 29(3):10–14.

Waters HS, Waters E. The attachment working models concept: among other things, we build script like representations of secure base experiences. *Attach Hum Dev* 2006;3:185–197.

SYMPOSIUM ČESKÉ NEUROPSYCHOFARMAKOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI: NOVÉ POHLEDY NA LÉČBU BIPOLÁRNÍ DEPRESE

garant prof. Eva Češková

ANTIDEPRESIVA V LÉČBĚ BIPOLÁRNÍ DEPRESE

E. Češková

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

Summary

ANTIDEPRESSANTS IN THE TREATMENT OF BIPOLAR DEPRESSION

The aim of the study was to assess the treatment with antidepressants in hospitalized patients suffering from bipolar depression. Methods: Charts of patients consecutively hospitalized between January 2009 and December 2010 at the Psychiatric Department in Brno with the diagnoses F31 (according to the ICD 10) were reviewed. Results: Totally 73 hospitalizations with this diagnosis were realized. On admission the most frequently used therapy was the combination of antidepressants with mood stabilizers (13/73, 17.8%), at discharge the combination of antipsychotics and mood stabilizers (18/73, 24.7%). At discharge the second most frequently treatment was the combination of antipsychotics with antidepressants (12/723, 16.4%). The most frequently used antipsychotics were quetiapin and olanzapine, other atypical antipsychotics were used exceptionally. The most frequently used antidepressants were SSRIs and newer antidepressants venlafaxine and mirtazapine. In spite of controversial opinion on use of antidepressants in bipolar disorder the common clinical practice shows its utility in a subgroup of patients.

Key words: bipolar depression, pharmacotherapy, atypical antipsychotics, antidepressants, combination, augmentation

Cíle

Názory na léčbu bipolární deprese antidepresivy se mění a doporučené postupy léčby bipolární deprese patří rozhodně k nejdynamičtějším. Rozhodli jsme se proto zjistit, jak často a jakými antidepresivy léčíme bipolární depresi na psychiatrické klinice v Brně.

Metody

Byly analyzovány chorobopisy nemocných konsekutivně hospitalizovaných v období od ledna 2009 do prosince 2010 na psychiatrické klinice v Brně s diagnózou F31 (MKN 10). Zaměřili jsme se na léčbu, se kterou nemocní přišli do nemocnice a na léčbu při propuštění z hospitalizace. Z použitých psychofar-

mak byla sledována léčba rozdělená do čtyř skupin: 1. stabilizátory nálady (MS), do kterých jsme zařadili lithium (li), valproát (val), lamotrigin (ltg), karbamazepin (kar), 2. antipsychotika (AP), 3. antidepresiva (AD) a 4. vzájemné kombinace uvedených skupin

Výsledky

Během dvouletého období bylo realizováno 73 hospitalizací pro bipolární depresi. Z celkového počtu 73 hospitalizací se jednalo o současnou epizodu mírné nebo středně těžké deprese (F31.3) u 56% (41/73), současnou epizodu těžké deprese bez psychotických příznaků (F31.4) u 31% (23/73) a současnou epizodu těžké deprese s psychotickými příznaky (F31.5) u 13% (9/73) hospitalizací.

Léčba

Léčba jednotlivými skupinami léků je uvedena v tabulce 1.

Antidepresiva

Antidepresiva a jejich vzájemné kombinace

Při přijetí byla AD podávána u 6,8% (5/73) hospitalizací: v monoterapii 1 x sertralin, 1x trazodon, v kombinaci 1 x mirtazapin + mianserin, 1 x mirtazapin + escitalopram a 1 x trazodon + sertralin.

Při propuštění byla 1x podávána kombinace venlafaxin + mirtazapin. použita u 24,7% (18/73) hospitalizací:

Antidepresiva + antipsychotika (AD+AP)

Při přijetí byla kombinace AP a AD podávána u 8,2% (6/73) hospitalizací: 4 x quetiapin/olanzapin + SSRI, 1 x quetiapin + venlafaxin, 1 x chlorprothixen + SSRI (sertralin). Při propuštění byla tato kombinace podávána u 16,4% (12/73) hospitalizací. Nejčastěji, tj. 8 x byla použita kombinace s quetiapinem: 4 x quetiapin + bupropion, 1 x quetiapin + escitalopram, 1 x quetiapin + venlafaxin + trazodon, 1x quetiapin + venlafaxin + mirtazapin, 1 x quetiapin + prothiaden. Dále byly podávány následující kombinace: 1 x olanzapin + venlafaxin, 1 x olanzapin + escitalopram, 1 x olanzapin + escitalopram + mirtazapin a 1 x aripiprazol + mianserin.

Antidepresiva a stabilizátory nálady (AD+MS)

Při přijetí byla kombinace AD a MS aplikována u 17,8% (13/73) hospitalizací: 2 x sertralin + ltg, 1 x trazodon + kar, 2 x mirtazapin + val, 1 x venlafaxin + ltg, 1 x escitalopram + val, 2 x venlafaxin + val, 1 x dibenzepin + val, 2 x sertralin + trazodon + li, 1 x escitalopram + venlafaxin + val.

Při propuštění byla kombinace podávána u 8,2% (6/73) hospitalizací: 1 x mirtazapin + val, 1 x venlafaxin + val, 1 x bupropion + ltg, 1 x escitalopram + mirtazapin + val, 2 x sertralin + trazodon + li.

Antidepresiva + antipsychotika + stabilizátory nálady (AD+AP+MS)

Při přijetí byla kombinace AD+AP+MS podávána u 15,1% (11/73) hospitalizací: 4 x quetiapin + escitalopram + val, 3 x quetiapin + venlafaxin/paroxetin + ltg, 3 x olanzapin + venlafaxin/escitalopram/moklobemid + val, 1 x ziprasidon

+venlafaxin +val.

Při propuštění byla tato léčebná strategie aplikována u 15,1% (11/73) hospitalizací: 2 x quetiapin + escitalopram + val, 2 x quetiapin + escitalopram + trazodon + val, 1 x quetiapin + venlafaxin + ltg, 1 x quetiapin + escitalopram + li, 1 x olanzapin + escitalopram + val, 1 x olanzapin + venlafaxin + li, 1 x olanzapin + escitalopram + li, 1 x chlorprothixen + mirtazapin + li, 1 x quetiapin + sertralin + trazodon + ltg.

Stabilizátory nálady a jejich vzájemné kombinace

Při přijetí byly MS v monoterapii nebo v kombinaci podávány u 15,1% (11/73) hospitalizací, při propuštění u 17,8% (13/73) hospitalizací:

Antipsychotika a jejich vzájemné kombinace

Při přijetí byla AP v monoterapii, event. jejich kombinace podávána u 15,1% (11/73) hospitalizací, při propuštění u 17,8% (13/73) hospitalizací.

Antipsychotika a stabilizátory nálady

Při přijetí byla kombinace AP + MS podávána u 15,1% (11/73) hospitalizací, při propuštění 24,7% (18/73) hospitalizací

Tab. 1.: Podávání antidepresiv a dalších lékových skupin u nemocných hospitalizovaných pro bipolární depresi v období 2009–2010.

	Přijetí	Propuštění
Monoterapie AD	2/73	0
Kombinace AD	3/73	1/73
Mono + komb AD	6,8% (5/73)	1,3% (1/73)
AD+AP	8,2% (6/73)	16,4% (12/73)
AD (+AD) + MS	17,8% (13/73)	8,2% (6/73)
AD+AP+MS	15,1% (11/73)	15,1% (11/73)
Monoterapie a kombinace MS	15,1% (11/73)	17,8% (13/73)
Monoterapie a kombinace AP	15,1% (11/73)	16,4% (12/73)
Kombinace AP a MS	15,1% (11/73)	24,7% (18/73)
Bez terapie	6,8 % (5/73)	0
Celkem	100% (73)	100% (73)

Legenda. AP... antipsychotika, AD...antidepresiva, MS...stabilizátory nálady

Závěr

Kombinace lze považovat za standard v léčbě bipolární deprese vyžadující hospitalizaci. Antidepresiva přes nedostatek důkazů jsou stále hlavně u závažnější deprese užívána, přinejmenším jakou součást kombinací. Kombinace některých atypických antipsychotik

(quetiapinu a olanzapinu) s novějšími antidepresivy nebo stabilizátory nálady se stávají preferovanou strategií, podobně jako u unipolární deprese.

*Tato práce vznikla díky projektu CEITEC (CZ.1.05/1.1.00/02.0068)
z Evropského fondu regionálního rozvoje.*

Literatura

1. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines of the biological treatment of bipolar disorder: update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. *World J Biol Psychiatry* 2010; 11: 81–109.
2. Češková E, Doubek P, Praško J. Bipolární afektivní porucha. V: Doporučené postupy psychiatrické péče III. Brno: Tribun EU, 2010, 124–140.

REPETITIVNÍ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKÁ STIMULACE V LÉČBĚ BIPOLÁRNÍ DEPRESE

R. Příkrýl

CEITEC – Středoevropský technologický institut, Masarykova univerzita Brno; Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Česká republika

Summary

REPETITIVE TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION IN TREATMENT OF ANXIETY DISORDERS

In the last years new data have been published on the acute treatment of depression of bipolar affective disorder. They have been subsequently involved in the guidelines and treatment algorithms of bipolar affective disorder. Unfortunately, they often led to conflicting conclusions and recommendations due to limitations of the available literature. As a general approach during depressive episodes in bipolar disorder most guidelines suggest lithium, lamotrigine or quetiapine monotherapy as first-line choice. If psychotic features are present, to add an antipsychotic such as olanzapine, quetiapine or risperidone. The use of an antidepressant with caution, always in combination with quetiapine, lamotrigine or mood stabilizer. Although the existing data supporting rTMS as a potential treatment for bipolar mania are intriguing, clinicians and patients are likely to be more interested in its potential for bipolar depression.

Key words: repetitive transcranial magnetic stimulation, bipolar depression, bipolar disorder, treatment

Cíl

Cílem sdělení je podat souhrn nejnovějších poznatků, které se týkají využití repetitivní transkraniální magnetické stimulace (rTMS) v léčbě bipolární deprese.

Metody

K výběru článků byla použita databáze Medline, jako klíčová slova byly použity pojmy: „transcranial magnetic stimulation“, „bipolar depression“ a „bipolar disorder“. Výběr článků byl časově limitován roky 1966 až 2011.

Výsledky

Bipolární afektivní porucha je závažné duševní onemocnění, které je charakterizované výskytem epizod depresivních, manických či smíšených. Bipolární deprese představuje značnou zátěž pro pacienty i jejich příbuzné. Přetrvávající depresivní příznaky vedou k funkčnímu omezení pacientů a snížení kvality života. Doporučené algoritmy pro akutní léčbu bipolární deprese jsou odlišné, což je pak důvodem pro jejich omezené využití v běžné klinické praxi. Poslední dekáda může být z pohledu vývoje léčebných možností bipolární deprese považována za významné období. Nastala totiž změna algoritmu prvního terapeutického kroku v akutní léčbě bipolární deprese na základě ověření účinnosti některých antipsychotik druhé generace v této indikaci. Většina vodítek akutní léčby depresivní epizody bipolární afektivní poruchy navrhuje do prvního terapeutického kroku monoterapii lithiem, lamotriginem nebo quetiapinem. Použití antidepresiv je s opatrností doporučeno pouze ve vodítkách NICE, ovšem vždy jen v kombinaci s quetiapinem, lamotriginem nebo jinými antimaniky. Při výskytu psychotických příznaků jsou jednoznačně doporučována antipsychotika olanzapin, quetiapin nebo risperidon. Pokud pacient užívá antidepresivní medikaci a došlo u něj k rozvoji depresivní epizody, většina vodítek doporučuje po ověření adherence navýšit dávku stávajícího léku na maximální nebo přidat quetiapin. V případě částečné terapeutické odpovědi na zvolený lék první volby je v druhém kroku doporučováno posoudit míru adherence k léčbě a současně optimalizovat denní dávku medikace. Pokud se týká časového rámce, kdy by mělo dojít k posouzení léčebné odpovědi, většina vodítek se shoduje na intervalu čtyř týdnů. Do algoritmu druhého kroku jsou řazeny kombinační strategie léků uvedených v první volbě nebo kombinace s karbamazepinem či modafinilem. Elektrokonvulzivní léčba je rovněž řazena všemi vodítky do druhého kroku a měla by být speciálně zvažována zejména v případě výskytu těžké deprese, přítomnosti sebevražedných myšlenek, katatonních příznaků nebo u žen s psychotickými příznaky nebo v průběhu gravidity. Pro farmakorezistentní pacienty jsou kromě elektrokonvulzivní léčby vyhrazeny i vzájemné kombinace většího počtu psychofarmak s různými mechanismy účinku jakou jsou například kombinace antidepresiv ze skupiny inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu, venlafaxinu či bupropionu s lithiem, antikonvulzivy nebo antipsychotiky. Jako alternativu u farmakorezistentních bipolárních depresí vodítka doporučují rovněž augmentaci stávající farmakologické léčby pomocí repetitivní transkraniální magnetické stimulace (rTMS).

Neuromodulační stimulace pomocí rTMS představuje inovativní technickou modalitu, která umožňuje neinvazivní přímé, jakožto i prostřednictvím transsynaptického přenosu nepřímé ovlivnění neuronové aktivity korových mozkových oblastí a neuronálních okruhů, které jsou začleněny do etiopatogeneze příslušného neuropsychiatrického onemocnění. Jedná se o metodu, která využívá principu elektromagnetické indukce. Na povrch hlavy se přiloží malá cívka, přes kterou prochází primární proud. Ten vyvolá tvorbu magnetického

pole. Oscilace magnetického pole v mozku indukují vznik sekundárního proudu. Velikost sekundárního proudu je funkcí oscilace magnetického pole, tedy jeho velikost závisí na vlastnostech a síle magnetického pole a primárního proudu v cívce. Pro charakteristiku sekundárního proudu platí, že je asi 100 000 krát slabší než primární proud v cívce. Současné cívky produkují magnetické pole o síle 1.5 až 2 Tesla a jsou schopné aktivovat neurony do vzdálenosti 1.5 až 2 cm od povrchu cívky. Vzdálenost, ve které je cívka schopna depolarizovat neurony, je dána tím, že intenzita magnetického pole se snižuje s logaritmem vzdálenosti od cívky. Aby byl indukovaný proud dostatečně intenzivní na vyvolání depolarizace neuronů, musí se v cívce rychle měnit, musí rychle začít a skončit, anebo rychle změnit směr během 300 milisekund. Pro dobré klinické působení je nutné, aby stimuly byly rychlé a opakované. Opakovaná rytmická TMS v jednom místě se nazývá repetitivní transkraniální magnetická stimulace. Pokud ke stimulaci dojde častěji než jednou za sekundu (1 Hz), nazývá se rychlou neboli vysokofrekvenční rTMS. Jako pomalá neboli nízkofrekvenční stimulace je označována rTMS s frekvencí nižší než 1 Hz. Toto rozdělení je založeno na rozdílném fyziologickém účinku a stupni rizika spojeném s pomalou a rychlou stimulací. Podle FDA (U.S. Food and Drug Administration) stimulace o frekvenci nižší než 1 Hz nemají signifikantní riziko, zatímco stimulace o frekvenci vyšší než 1 Hz určité riziko mají. Mechanismus, kterým rTMS ovlivňuje funkci mozku, není dosud zcela objasněn. Existují ale důkazy, že rTMS o vysoké frekvenci (10 až 20 Hz) zvyšuje mozkovou excitabilitu, zatímco nízkofrekvenční rTMS (1 Hz) ji snižuje. Indukované elektrické pole na buněčné úrovni uvádí volné náboje do souvislého pohybu v intra i extracelulárních prostorech. Dochází buď k depolarizaci, nebo hyperpolarizaci buněčných membrán přerušujících externě indukovaný proud. Tím dochází ke změně transmembránového napětí a ke změnám iontových kanálů závislých na napětí. Po proběhlé TMS dochází k souvislé aktivaci neuronů, k metabolickým, hemodynamickým a behaviorálním změnám. TMS vyvolává excitaci hlavně na ohybech kortiko-kortikálních nebo kortikospinálních vláken nebo na nervových zakončeních blízko povrchu kůry mozkové.

Závěr

Léčba bipolární deprese prostřednictvím augmentace repetitivní transkraniální magnetickou stimulací představuje zajímavou alternativu pro léčbu zejména farmakorezistentních forem tohoto onemocnění. Literárních údajů podporující větší využití rTMS v léčbě bipolární deprese je však málo. Dosud byly provedeny pouze dvě randomizované zaslepené studie s reprezentativním vzorkem pacientů. Jejich výsledky jsou však rozporuplné a nepřesvědčivé. Podobně jako ve studiích s unipolární depresí byla nejčastěji využita vysokofrekvenční stimulace levého dorzolaterálního prefrontálního kortexu nebo nízkofrekvenční stimulace pravého dorzolaterálního prefrontálního kortexu. Pozitivní zkušenosti s aplikací rTMS u bipolární deprese vycházejí většinou jen z malých ote-

vřených studií. Na základě těchto faktů není proto možné jednoznačně říci, že rTMS má skutečný terapeutický potenciál v léčbě bipolární deprese.

Hlavní použitá literatura

Demitrack MA. The use and clinical significance of transcranial magnetic stimulation in the treatment of major depression. *Psychopharm Rev.* 2007;42(6), pp. 43–50.

George, M.S., Lisanby, S.H., Sackeim, H.A. Transcranial magnetic stimulation: applications in neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiat*, 1999, 56, pp. 300–311.

George, M.S., Nahas, Z., Kozel, F.A., Li, X., Denslow, S., Yamanaka, K., Mishory, A., Foust, M.J., Bohning, D.E. Mechanism and state of the art of transcranial magnetic stimulation. *J ECT*, 2002, 18, pp. 170–181.

Gilmer WS, Zarnicki JN. Review of Transcranial Magnetic Stimulation for Bipolar Disorder. *Psychopharm Review* 2012, 47(4), pp. 25–31.

PREDIKCE ODPOVĚDI NA ANTIDEPRESIVNÍ INTERVENCE U PACIENTŮ S BIPOLÁRNÍ DEPRESÍ – ZMĚNA QEEG KORDANCE

M. Bareš, T. Novák, M. Brunovský, P. Stopková, C. Höschl

Psychiatrické centrum Praha a Katedra lékařské psychologie a psychiatrie, 3. lékařská fakulta, Universita Karlova, Praha, Česká republika

Summary

THE PREDICTION OF RESPONSE TO ANTIDEPRESSIVE INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH BIPOLAR DEPRESSION-THE CHANGE OF QEEG CORDANCE

Objectives: The aim of the study was to examine whether the change of quantitative EEG (QEEG) theta prefrontal cordance after one week of various antidepressive interventions predicts response to a 4-week treatment in patients with bipolar depression. **Methods:** We investigated 20 inpatients who completed a 4-week treatment. EEG data were monitored at baseline and after 1 week of treatment. QEEG cordance was computed at 3 frontal electrodes (Fp1, Fp2, Fz) in theta frequency band. Depressive symptoms were assessed using Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). **Results:** Seven of 8 responders (reduction of MADRS $\geq 50\%$) and only 2 of 12 non-responders had decreased prefrontal theta cordance value after the first week of treatment ($p=0.02$). The positive and negative predictive values of cordance reduction for response were 0.78 and 0.91, respectively. We also found significant differences in cordance value reductions between responders and non-responders after week 1 and higher baseline cordance in responders. **Conclusion:** The change in prefrontal theta cordance was associ-

ated with subsequent change in depressive symptoms and potentially might be a useful tool in the early detection of acute response to antidepressive interventions in bipolar depressed patients

Cíle

Bipolární afektivní porucha (BAP) je relativně častým a závažným psychiatrickým onemocněním, které je rozloženo rovnoměrně mezi pohlavími a jehož celoživotní prevalence se pohybuje kolem 2%. Za situace komplikovaných léčebných algoritmů (Fontoulakis et al., 2008) a nezdárka smíšených výsledků pro jednotlivé léčebné intervence u BAP, nepřekvapuje relativně nízký počet studií zabývajících se predikcí akutní odpovědi na léčbu u BAP a u bipolární deprese (BD) zvláště. Dostupné práce většinou komentují klinické či neurobiologické prediktory efektu léčby thymostabilizéry a zvláště lithiem event. prediktory relapsu či rekurence u BAP (Treuer a Tohen, 2010). Vzhledem k určité podobnosti patofyziologie bipolární a unipolární deprese a pozitivním výsledkům v ověření predikční kapacity redukce prefrontální QEEG kordance v pásmu theta vzhledem k odpovědi na léčbu u pacientů s unipolární depresí (Bares et al., 2008,2010), bylo cílem komentované studie ověřit tentýž parametr u pacientů trpících BD. Byla ověřována souvislost mezi redukcí prefrontální kordance po 1. týdnu antidepressivní intervence a odpovědí na 4-týdenní léčbu.

Metody

a. Zařazovací a vyřazovací kritéria

Do pilotní studie byli zařazeni pacienti ve věku 18–65 let, hospitalizovaní na klinice Psychiatrické centra Praha, kteří trpěli depresivní epizodou bipolární afektivní poruchy typu I, II podle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-IV). Dalšími zařazovacími kritérii byly skóre ≥ 20 bodů v Hodnotící stupnici deprese podle Montgomeryho a Asbergové (MADRS), ≥ 4 body ve škále Globálního klinického dojmu (CGI) a ≤ 12 bodů v Youngově škále pro hodnocení mánie (YMRS). Vylučovací kritéria (zkrácená verze) byla: 1. Přítomnost unipolární deprese, psychotické onemocnění, depresivní epizoda BAP s psychotickými příznaky, smíšená epizoda BAP a další komoribidity na ose I a II, 2. riziko suicidia, 3. nutnost přídatné psychiatrické či nepsychiatrické léčby v období studie, která by mohla ovlivnit EEG záznam či ECT v období 2 měsíců před zahájením studijní léčby, 4. nutnost změny antidepressivní intervence v průběhu studie, 5. přesmyk do hypománie v průběhu studie.

b. Antidepressivní intervence, délka léčby v průběhu studie

Antidepressivní intervence byla volena na základě úvahy ošetřujícího lékaře a zahrnovala antidepressiva, thymostabilizéry či atypická antipsychotika. Dávkování psychofarmak použitých v léčebné intervenci bylo flexibilní, závislé na klinickém stavu pacienta, výskytu nežádoucích účinků, dosažené plasmatické hladiny aj. V případě použití thymopropylaktik v antidepressivní indikaci by

mělo být dosaženo terapeuticky účinných hladin na konci 1. týdne léčby. Délka antidepressivní intervence byla 4 týdny. Pokud pacient pokračoval v předchozí thymostabilizační léčbě (>2 měsíce), její dávka nebyla měněna 1 týden před zařazením do výzkumného projektu. Jako konkomitantní psychiatrická léčba byla povolena aplikace zolpidemu a hydroxyzinu (do 150 mg p.d.) či oxazepamu do 30 mg p.d. v případech závažné nespavosti či úzkosti. Anxiolytická medikace nasazena před zařazením do studie mohla být ponechána.

c. Náběr EEG dat, velikost populace, statistická analýza

Kordance, která je relativně novou metodou QEEG, dává do vzájemného vztahu komplementární informace o absolutním ($\mu\text{V}/\text{Hz}$) a relativním (%) výkonovém spektru pro zvolenou povrchovou elektrodu ve zvoleném frekvenčním pásmu (Leuchter et al. 1994). Detailní popis výpočtu kordance byl podán v pracích Leuchtera a Cooka a našich publikacích, na které odkazujeme (Bares et al. 2010).

EEG záznamy použité ke kalkulaci kordance byly natáčeny v den zahájení léčby (před podáním 1. dávky nové léčby) a po jejím 1. týdnu. Byly analyzovány průměrné hodnoty kordance ze tří frontálních elektrod (Fp1, Fp2 and Fz) v pásmu theta (4–8 Hz). EEG hodnotitel nebyl seznámen s výsledky hodnotících škál a vice versa kliničtí hodnotitelé nebyli seznámeni s výsledky analýzy kordance. Depresivní psychopatologie byla hodnocena pomocí škály MADRS při zahájení léčby, po jejím 1. týdnu a na konci léčby. Primárním ukazatelem výsledku byla změna skóru MADRS. Odpověď na léčbu byla definována jako redukce skóru $\geq 50\%$ v škále MADRS, bez přítomnosti skóru v YMRS ≥ 12 bodů. Plánováno bylo zařazení cca 20 pacientů, při předpokladu obdobného „effect size“ jako v předchozích studiích u pacientů s unipolární depresí (Bares et al., 2008; Bares et al., 2010). V statistickém zpracování bude použito neparametrických metod. Byly kalkulovány pozitivní a negativní prediktivní hodnoty (PPV, NPV) redukce kordance vzhledem k odpovědi a počet potřebných k léčbě. Receiver operating curve (ROC) analýzy byly provedeny k vyhodnocení predikční účinnosti.

Výsledky

Vstupní demografické a léčebné charakteristiky a klinické výsledky:

Do studie bylo zařazeno 24 subjektů, z nichž 4 (3 ženy a 1 muž) ji nedokončili pro přesmyk do hypománie resp. z horšení symptomů vyžadujících změnu intervence. Celkově byla analyzována data 20 pacientů (13 žen, 7 mužů, průměrný věk $47 \pm 12,1$ roku). Nebyly zaznamenány signifikantní rozdíly mezi respondéry a nonrespondéry na léčbu v demografických a klinických vstupních parametrech. Osm z 20 pacientů odpovědělo na 4 týdenní léčbu.

Predikční účinnost redukce prefrontální kordance po 1. týdnu léčby: Sedm z 8 respondérů a pouze dva z 12 nonrespondérů redukovali hodnotu kordance po 1. týdnu léčby (Fisher Exact Test, $p=0,02$). Při použití přítomnosti redukce kordance po 1. týdnu léčby jako indikátoru odpovědi na 4-týdenní léčbu byla

její PPV 0,78 (95% CI, 0,55–0,87) a NPV 0,91 (95% CI, 0,72–0,98). Plocha pod křivkou (AUC) analýzy ROC, která popisuje chování prediktoru v různých hodnotách, byla 0,8 (95CI% 0,57–0,94, $p=0,006$), tj. v oblasti dobré diskriminace. Počet potřebných k diagnóze odpovědi byl 2.

Dále jsme detekovali významný rozdíl mezi respondéry a nonrespondéry v hodnotách vstupní kordance (Mann-Whitney U Test, $U=19$, $p=0,03$) stejně jako ve změně kordance (Mann-Whitney U Test, $U=19$, $p=0,03$) po 1. týdnu léčby (redukce kordance u respondérů). ROC analýza hodnot basální kordance pro predikci odpovědi dosáhla také hodnoty 0,8. Při analýze redukce prefrontální kordance a vstupní kordance logistickou regresí byla prediktorem pouze redukce kordance ($\chi^2=10,86$, $df=1$, $p=0,007$; správně klasifikováno bylo 85% případů). Byla nalezena významná korelace mezi redukcí MADRS (%) v celém souboru na konci studie a změnou prefrontální kordance po 1. týdnu léčby (Spearman's Rho, $r_s=-0,42$; $p=0,04$), a naopak korelace mezi basální kordancí a redukcí MADRS nalezena nebyla.

Závěr

V souhrnu lze konstatovat, že výsledky studie poukazují na možnost, že změna prefrontální kordance po 1. týdnu léčby souvisí se změnou depresivních symptomů u pacientů trpících BD a může být užitečným nástrojem v predikci a detekci akutní odpovědi na antidepresivní intervence.

Literatura

Bares M, Brunovsky M, Kopecek M, Novak T, Stopkova P, Kozeny J, Sos P, Raja V, Hoschl C. Early reduction in prefrontal theta QEEG cordance value predicts response to venlafaxine treatment in patients with resistant depressive disorder. *Eur Psychiatry* 2008; 23:350–355.

Bares M, Brunovsky M, Novak T, Kopecek M, Stopkova P, Sos P, Krajca V, Hoschl C. The change of prefrontal QEEG theta cordance as a predictor of response to bupropion treatment in patients who had failed to respond to previous antidepressant treatments. *Eur Neuropsychopharmacol* 2010; 20:459–466.

Fountoulakis KN, Grunze H, Panagiotidis P, Kaprinis G. Treatment of bipolar depression: an update. *J Affect Disord* 2008; 109:21–34.

Leuchter AF, Cook IA, Lufkin RB, Dunkin J, Newton TF, Cummings JL, Mackey JK, Walter DO. Cordance: a new method for assessment of cerebral perfusion and metabolism using quantitative electroencephalography. *Neuroimage* 1994; 1:208–219.

Treuer T, Tohen M. Predicting the course and outcome of bipolar disorder: A review. *Eur Psychiatry* 2010; 25:328–333.

SYMPOSIUM SEKCE SOCIÁLNÍ PSYCHIATRIE: ZAPOJENÍ ZÁVAŽNĚ DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH DO LÉČBY A REHABILITACE

garant MUDr. Ondřej Pěč

DUÁLNÍ DIAGNÓZY A ASERTIVNÍ KOMUNITNÍ LÉČBA

Z. Foitová

Denní sanatorium Fokus Praha, Dejuické psychoterapeutické centrum Praha, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví Praha, Česká republika

Summary

DUAL DIAGNOSES AND ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT

Author introduces the concepts of dual disorders and assertive community treatment to the Czech general mental health settings. She describes the sequential, parallel and integrated models of treatment, introduces the stages of treatment and main principles of integrated treatment and argues for the need of integrated treatment approach. She also talks about the main characteristics of the assertive community treatment as they are internationally described, incl. the Dutch version of ACT called FACT. In the end the author points out that despite we meet dual patients in our everyday practice we have not adopted an integrated treatment approach within the general mental health services neither established any real assertive community services.

Key words: *dual diagnosis, dual disorder, assertive community treatment, FACT*

Pod pojmem **duální diagnóza** rozumíme současný výskyt dvou (a více) duševních poruch u jednoho pacienta. Přitom se nerozlišuje, zda poruchy vznikly nezávisle na sobě či ve vzájemné příčinné souvislosti, ani která z diagnóz je primární (3). Za duální diagnózu se tedy považuje souběh duševní poruchy a závislosti na návykové látce (ev. více návykových látkách nebo patologickém hráčství).

Nejčastější je komorbidita závislosti s poruchou osobnosti, dále s úzkostnou poruchou, psychotickou poruchou (schizofrenií) a depresí (3). Tyto údaje jsou u nás systematicky sledovány jen zřídka, a to spíše v zařízeních adiktologických (terapeutické komunity), nikoli v dalších psychiatrických službách (denní stacionáře, všeobecné psychiatrické ambulance). Tam by statistická čísla ukázala ještě vyšší výskyt – až 50% pacientů s bipolární poruchou, 50% pacientů se schizofrenií, 30% pacientů s depresí, 25 % s úzkostnou poruchou a 25% pacientů s fobií trpí kromě této diagnózy rovněž problémy způsobenými alkoholem či jinými návykovými látkami (2).

V lůžkových zařízeních (PL, PO) je psychiatrická komorbidita patrně zachycena, nikoli však pod pojmem duální diagnóza, což má své důsledky v přístupu k pacientům a plánování jejich léčby.

V USA je zaznamenáván vysoký podíl osob, u nichž se současně vyskytuje duševní onemocnění a návyková nemoc. Podle amerických statistik trpí duální diagnózou až 50% lidí v centrech duševního zdraví a léčby závislostí (1). Až polovina z nich se obvykle nedostává (žádná) péče, třetina z nich projde léčbou buď závislosti, nebo duševní poruchy, a pouze asi 10% se dostane léčba obou poruch. Jen ovšem asi 2% projdou tzv. integrovanou léčbou, která se považuje za jedinou vědecky podloženou formu.

Modely léčby

Léčba pacientů s komorbidní závislostí a jinou duševní poruchou může probíhat třemi způsoby:

- a) léčba sekvenční (následná)
- b) léčba paralelní
- c) léčba integrovaná

Ad a): Pacienti jsou léčeni pro tu poruchu, jejíž závažnost momentálně převažuje, a podle toho jsou i překládáni na specializovaná pracoviště (oddělení v léčebnách, ambulantní či doléčovací zařízení). Riziko recidivy druhé diagnózy, když není zohledněna; riziko nedodržení návaznosti a vypadnutí pacienta z léčby.

Ad b): Pacient dochází souběžně do zařízení pro léčbu duševní poruchy a do zařízení pro léčbu závislosti (např. komunita pro poruchy osobnosti a AT ambulance, nebo terapeutická komunita pro léčbu závislosti a 1x týdně docházková skupina v denním stacionáři pro léčbu psychóz). Nároky na zřetelné rozdělení zodpovědnosti mezi dvě zařízení a na komunikaci mezi nimi. Obtížně dosažitelná dostupnost časová a místní.

Ad c): Pacient je léčen pro obě diagnózy ve stejném zařízení (např. klient terapeutické komunity pro závislé, který má dg. schizofrenie, má upravený léčebný plán a režim s ohledem na průběh psychózy a je zároveň medikován lékařem komunity) nebo stejným terénním týmem (tým motivuje pacienta k abstinenci od návykové látky a zároveň medikaci antipsychotiky, edukuje o psychóze i závislosti). Nejvyšší nároky na tým (vzdělání, pružnost intervencí), pacienta samého (řešení obou problematik) i program (individuální uzpůsobení nároků narušuje zřetelnost pravidel a hranic).

Potřeba integrované léčby

Již asi 30 let je známo, že návykové poruchy se velmi často vyskytují u pacientů s vážným duševním onemocněním jako např. rekurentní deprese, bipolární porucha či schizofrenie. Asi polovina duševně nemocných se někdy v průběhu života potýkala také s problémy s alkoholem či drogami; podíl ještě vzroste, připočteme-li tabák a hazardní hry. U pacientů s duálními diagnózami se sym-

ptomy jednotlivých poruch prolínají, střídají a jedna porucha zhoršuje průběh druhé. Pacient prožívá obě poruchy jako propojené a zotavení z jedné z nich je nemyslitelné bez léčby druhé. Postupně se tak ukázalo, že sekvenční či paralelní léčba je málo účinná; podle některých autorů (1) je integrovaná léčba jediná prokazatelně efektivní. To je založeno na a) zvýšení vstřícnosti programu vůči pacientovi (větší porozumění oproti separovaným programům), b) zjednodušení zodpovědnosti (za terapeutický plán a jeho výsledky nese zodpovědnost jeden klinický pracovník nebo tým) a c) efektivita (budování vztahu pacienta k jednomu terapeutovi či týmu zvyšuje šanci na setrvání v programu a absolvování léčby obou poruch; pružnější nastavení intervencí týmu k pacientovi). Průkazných dat je stále málo, neboť zařízení a terapeutické týmy používají různé postupy, které nejsou jednotně standardizované (1).

Principy integrované léčby

Integrace: multidisciplinární týmy

Asertivita: když pacient nekontaktuje služby, musí služby za ním

Léčba podle fáze: intervence musejí odpovídat fázi, v níž se nachází pacient, jinak jsou neefektivní

Pochopení a přesvědčení: pacient musí věřit a mít motivaci

Dlouhodobý výhled: vize překlenující období od rozhodnutí ke skutečnému zahájení abstinence

Algoritmy: nezbytná je pružnost – změnit přístup, který u konkrétního pacienta nepřináší změnu, na jiný

Stádia léčby

Zapojování do léčby

Přesvědčování

Aktivní léčení

Prevence relapsu

Až 75% pacientů s duální diagnózou nepřichází do fáze aktivní léčby, nýbrž do fáze zapojování či přesvědčování (1). Tomu je přirozeně nutno uzpůsobit služby. Jestliže se u některých pacientů s vážnou duševní poruchou potýkáme s problémem odmítání choroby a nedodržování léčby, pak u pacientů se závislostí často chybí k léčbě motivace; u duálních pacientů se tyto překážky kombinují. Jednou z mála možností, jak oslovit vysoce náročné pacienty, je asertivní komunitní přístup.

Asertivní komunitní léčba (ACT)

Týmy asertivního komunitního léčení poskytují specializovanou formu mobilní asertivní léčby pro osoby s více zneschopňujícím duševním onemocněním. Mají jasné charakteristiky a jejich efektivita je jednoznačně doložena. Od vzniku v 70. letech v USA je ACT popsána jako (4):

Týmový přístup: všichni klienti sdílení týmem. Case load: 8–12

Dostupnost: 24/7

Multidisciplinarita: je zásadní; komplexní orientace se zdůrazněním medicínské probl.– klíčový je psychiatr a psych.sestra

Přímé poskytování služeb: sám tým – nemusí zprostředkovat další

Asertivita: mobilita, práce v terénu; velký důraz na asertivní vyhledávání a kontaktování pacientů

Ukončení: není nutno ukončovat službu

Efektivita: doložena (EBP)

Použitelnost: pro část cílové skupiny s nejzávažnějšími problémy

Dnes již působí i specializace ACT – např. na duální diagnózy (Holandsko – FACT týmy) (5).

Závěr

Ačkoliv se bezesporu s těmito pacienty setkáváme v každodenní praxi, nejsme připraveni pracovat s nimi integrativně a zcela zásadně nám chybí hlavně služby pro nejvíce problematické, nespolupracující a komorbidní pacienty.

Literatura

Drake R.E. et al.: Integrovaná léčba duálních diagnóz. Hazelden, Dartmouth 2010, USA. Český CRPDZ Praha, 2011

Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislostí. PCP Praha, 1996

Nevšímal P. (ed.): Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe. Středočeský kraj a Magistrát hl.m.Prahy ve spolupráci s TK Magdaléna, o.p.s., 2007

Stuchlík J.: Case management. Komunití psychiatrie v praxi. Projekt MATRA III, CRPDZ Praha 2005

Van Veldhuizen J.R. : FACT: A Dutch Version of ACT. Community Mental Health Journal, vol.43, No.4, Aug.2007

HODNOCENÍ EFEKTIVITY KOMUNITNÍCH SLUŽEB PRO DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

P. Hejzlar^{1,2}, M. Halíř¹

¹občanské sdružení Péče o duševní zdraví, Pardubice, Česká republika;

²Psychiatrické oddělení, Pardubická krajská nemocnice a.s., Pardubice, Česká republika

Summary

EFFECTIVENESS EVALUATION OF COMMUNITY SERVICES FOR MENTALLY ILL

The article concerns with advantages for professional social services' development thank to effectiveness review. It comments and explain the imple-

mentation of Camberwell Assessment of Needs into community mental health care services provider's evaluation process. The study results are presented.

Key words: community services for mentally ill, effectiveness evaluation, assessment of need

Úvod

Pomáhat někomu v sociální oblasti je obtížné vzhledem k pestrosti potíží a projevů, které odpovídají široké škále mezilidských situací a způsobů života. Stejně tak je obtížné jednoznačně ověřit, že pomoc je účinná. Toto ověřování, hodnocení efektivity, je přitom klíčové pro zkvalitňování sociálních služeb, protože jeho výstupy umožňují plánovat změny v kapacitě, pracovních postupech a organizaci služeb.

V posledních 20 letech se v České republice pomalu rozšiřují možnosti a dostupnost rehabilitačních programů pro vážně duševně nemocné. Rehabilitační služby jsou převážně komunitního charakteru a bývají registrované jako sociální služby (např. regionální komunitní týmy, chráněná bydlení či volnočasové kluby) nebo spadají do kategorie služeb zaměstnanosti (chráněné dílny). Rehabilitace má podpořit zotavení nemocného z duševní choroby a získání smysluplných sociálních rolí a aktivit.

Péče o duševní zdraví (PDZ) je nejvýznamnější poskytovatel komunitních služeb pro duševně nemocné ve východních Čechách. V šesti okresech Pardubického a Královéhradeckého kraje provozuje regionální komunitní týmy, které jsou mobilní a schopné pomáhat duševně nemocným v místě jejich bydliště. Právě mobilní komunitní služby byly předmětem hodnocení efektivity, o kterém dále v textu.

Hodnocení efektivity služeb pro duševně nemocné

V oblasti komunitních služeb, podobně jako třeba v psychoterapii, narážíme na problém, jak efektivitu služeb sledovat a poměřovat. Na jednom pólu je tendence k co neobjektivnějšímu měření, které často opomíjí komplexnější proměnné subjektivního rázu. Na druhé straně jsou subjektivní výpovědi zpochybnitelné z hlediska metodologie a neposkytují dostatečný prostor pro srovnávací studie a porovnání v čase.

Hodnocení potřeb a jejich saturace během péče stojí na pomezí objektivních a subjektivních přístupů. Reprezentantem této skupiny šetření je *Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb* (CAN, Camberwell Assessment of Need). Vychází z vlastní definice potřeb coby „schopnosti mít nějaký prospěch ze zdravotní a sociální péče“. Potřeba se mění z přání na dynamický koncept schopnosti čerpat podporu.

Formulář CAN šetří celkem 22 oblastí sociálních a zdravotních potřeb. CAN je nástroj, který nabízí odpovídající psychometrické kvality a je nenáročný na administraci a zaškolení. Je také pomocníkem při plánování individuální péče o nemocného. Kromě pohledu samotného probanda šetří i pohled poskyтова-

tele péče či blízké osoby (příbuzného, pečovatele). Do českého prostředí CAN převedl kolektiv autorů Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví v roce 2006. Pilotní praktické odzkoušení provedly Fokusy Mladá Boleslav, Vysočina a Ústí nad Labem.

Cíle

Zhodnocení efektivity služeb v Péči o duševní zdraví

Zmíněné sdružení PDZ vyvinulo některé vlastní dotazníkové nástroje k hodnocení kvality služeb. Šetříme spokojenost uživatelů se službami s využitím jednoduché škály. Druhou oblastí šetření je míra dosahování vytyčených cílů sociálních služeb. Výhodou vlastních nástrojů je jejich flexibilita: možnost upravit na míru naši praxi. Nevýhodou je to, že nejsou standardizované, což snižuje jejich reliabilitu i validitu. Proto od roku 2009 zařazujeme do interního systému sledování efektivity služeb nástroj CAN. Výběr vedl ke CANu mj. proto, že je výhodný z hlediska dlouhodobého sledování probanda. Doporučené období pro opakovanou administraci je půl roku bez omezení celkové doby sledování. CAN nabízí kvantifikaci výstupů v jednoduchém záznamovém archu a statistické zpracování. Nabízí pohled na změnu v čase čerpání služby. Předpokládáme, že klienti vstupují do péče s neuspokojenými potřebami, na které by efektivně a kvalitně poskytovaná služba měla reagovat, načež při opakované administraci poklesne naléhavost potřeb. Právě tento aspekt CAN se nám jeví jako vhodný pro sledování efektivity služeb s ohledem na kvalitu života klientů.

Vlastní šetření, metody

CAN administrujeme při vstupu klienta do služby ve fázi formulace zakázky a přípravy plánu poskytování služby, poté je opakována po každém uplynulém půlroce. CAN aplikujeme u klientů léčených pro onemocnění schizofrenního okruhu a zároveň u těch, kde předpokládáme dlouhodobější spolupráci. Prvním šetřením (tj. administrace při vstupu) prošlo dosud 82 osob (35 žen, 47 mužů). Druhým šetřením (tj. administrace po půl roce ve službách) prošlo dosud 47 (20 žen, 27 mužů). Počet osob, které prošly už třetím až pátým kolem šetření, je pro účely sledování prozatím nevýznamný počet (pod 30 osob).

Data získáváme na dvou úrovních:

A. **profil potřeb** – struktura (mapa) oblastí, ve kterých klienti potřebují intervenci

Sledovali jsme četnosti skóru 2 (závažný problém, nezávisle na tom, zda je či není poskytována pomoc – *nenaplněná potřeba*) a tím dostali křivku „závažných“ oblastí. Poté jsme postupovali součtem všech skóre napříč celou sledovanou skupinou a dostali tak „celkový skóre závažnosti dané oblasti“ (v CAN domény).

B. **sledování změn v čase**

B1. kvalitativní popis = oblasti, v nichž dochází k významným změnám. Zde jsme sledovali změny v jednotlivých oblastech (doménách) mezi prvním a druhým kolem a získali významné rozdíly pro každou z 22. oblastí.

B2. kvantitativní zpracování statistickými metodami = t-test. T-test byl proveden ve dvou verzích. První nepárový (porovnání všech výstupů 1. a 2. kola s $N_1=82$ a $N_2=47$) a párový s $N=47$. Skórování provádí zvlášť klient a zvlášť pracovník.

Výsledky

Pozn. – vzhledem k omezeným možnostem rozsahu příspěvku vynecháváme grafickou prezentaci výsledků. Grafy budou zařazeny během přednášky.

A. PROFILY POTŘEB:

Profil oblastí, kde existuje závažný problém z *pohledu klienta*, vykázal průměrný skór 6,23, průměrná odchylka činila 6,93. Nadprůměrné skóry byly zaznamenány v doménách č. 4 denní činnosti, č. 14 přátelé a č. 15 intimní vztahy.

Z *pohledu pracovníka* činil průměrný skór nenaplněných potřeb 7,82, směrodatná odchylka 8,13. Nadprůměrné skóry jsme zaznamenali v doménách č. 4 denní činnosti, č. 14 přátelé, č. 15 intimní vztahy a č. 21 peníze. Z pohledu klienta i pracovníka tedy nadprůměrné skóry vyšly v téměř shodných oblastech.

B. POPIS ZMĚN MEZI 1. A 2. KOLEM

Výsledky jsou vyjádřeny procentuálně a popisují nejvýraznější pozitivní a negativní trend z pohledu klienta a pracovníka. Procentuální vyjádření volíme, protože skupiny 1. a 2. kola nejsou stejně velké. Čísla v tabulkách níže lze interpretovat, že v dané oblasti uvádí zlepšení x% klientů/pracovníků a vice versa.

Tabulka 1. Změny mezi první a druhým kolem šetření z pohledu klienta

POZITIVNÍ TREND	NEGATIVNÍ TREND
DENNÍ ČINNOSTI – 45%	PSYCHOTICKÉ SYMPTOMY – 8%
FINANČNÍ DÁVKY – 28%	PÉČE O DĚTI – 4%
PENÍZE – 23%	DOPRAVA – 4%
PŘÁTELE – 22%	

Tabulka 2. Změny mezi první a druhým kolem šetření z pohledu pracovníka

POZITIVNÍ TREND	NEGATIVNÍ TREND
DENNÍ ČINNOSTI – 44%	PÉČE O SEBE – 5%
FINANČNÍ DÁVKY – 32%	PÉČE O DOMÁCNOST – 4%
INTIMNÍ VZTAHY – 31%	DROGY – 4%
PŘÁTELE – 29%	PÉČE O DĚTI – 4%
PENÍZE – 27%	

B2. KVANTITATIVNÍ STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ

Nejprve k výsledkům nepárového t-testu výsledků z pohledu klienta a z pohledu pracovníka. Z pohledu pracovníka vychází t-test jako statisticky významný ($p < 0,001$), nicméně při nízkém Ftestu (0,2) nelze prohlásit celé za

vypovídající. Ftest variuje mezi 0 a 1, a čím bližší je hodnota k jedničce, tím menší je variabilita rozptylu, která snižuje statistickou hodnotu t-testu. Dalo by se říci, že při takto nízkém F by se t-test neměl ani použít. Výsledky t-testu nemusí nutně znamenat, že k posunu došlo vlivem poskytování sociálních služeb. Výsledek spíše ovlivnila velká variabilita rozptylu.

A nyní k výsledkům párového t-testu. Data jsou srovnána, že na řádcích vždy leží výsledky jednoho probanda, takže fakticky porovnáváme výsledky jedné skupiny ve dvou časech. Z pohledu klienta i z pohledu pracovníka jde o statisticky významný výsledek. V případě pohledu klienta o „velice významný“ ($P=0,0029$), z pohledu pracovníka o „silně statisticky významný“ ($P<0,001$). Při párovém srovnávání můžeme prohlásit, že změny v čase jsou statisticky významné. Jelikož se jedná o snížení skóre, které odpovídá celkové závažnosti potřeb klienta, aby se mu dostávalo pomoci, lze prohlásit, že po půl roce ve službách dochází k statisticky významným změnám v souvislosti s poskytovanými službami. Neboli, že zlepšení sociální situace klienta je způsobeno specifickým postupem práce, která v jeho prospěch byla provedena.

Tabulka 3. Párový t-test z pohledu klienta a pracovníka

Z pohledu klienta		Z pohledu pracovníka	
P	0,0029	P	<0,001
T	3,1497	t	5,6617
Df	46	df	46
Ftest	0,797	Ftest	0,792
Rozdíl průměru 1. a 2. kolo	1,47	Rozdíl průměru 1. a 2. kolo	2,96
95% interval význ.	0,53–2,41	95% interval význ.	1,91–4,01
N	47	N	47
Průměr 1. kolo	8,28	Průměr 1. kolo	11,06
Průměr 2. kolo	6,81	Průměr 2. kolo	8,11
SD1	4,15	SD1	4,45
SD2	4	SD2	4,28

Závěr

Zavedení standardizovaného nástroje CAN rozšířilo možnosti i vypovídací hodnotu šetření efektivity služeb v občanském sdružení Péče o duševní zdraví. Na reprezentativním vzorku uživatel služeb jsme ověřili, že pomoc reaguje na potřeby klientů a že je efektivní, tedy vede k poklesu nenaplněných potřeb v různých sociálních a zdravotních oblastech. Výsledky statistického zpracování svědčí pro účinnost specifických pracovních postupů a o individuálním přístupu k naplňování potřeb klientů služeb. K diskusi zůstává, zda tento efekt lze přičítat pouze využívání sociálních služeb. Do budoucna se proto nabízí provést srovnávací šetření mezi vzorkem lidí, kteří služby využívají, a skupinou nemocných, kteří z nejrůznějších důvodů služby využívat nechťejí nebo k nim nemají přístup.

PŘIPRAVENOST K REHABILITACI

O. Pěč

ESET, Praha, Česká republika

Summary

READINESS FOR REHABILITATION

Readiness for rehabilitation is a promising concept that can be used for out-patient psychiatric practice as well as in community settings providing psychosocial rehabilitation for patients with severe mental illness. The readiness deals with the necessary degree of patient motivation to accomplish the task and his ability to take responsibility for his decisions. Readiness assessment will help clinicians better distinguish which patients are eligible for rehabilitation and what interventions are needed to increase the readiness.

Key words: *rehabilitation, severe mental illness, community psychiatry*

Cíle

Pro psychiatrickou ambulanční praxi se pomalu zvyšují možnosti pro závažně duševně nemocné indikovat psychiatrickou rehabilitaci a doporučovat pacienty k ní u neziskových sociálních služeb. V současné době jsou dostupné zhruba na třetině území ČR. Indikace a příprava závažně duševně nemocných pro psychiatrickou rehabilitaci však není vždy jednoduchá a přímočará. Při nesprávné indikaci a nedostatečné přípravě existuje riziko selhání pacienta v rehabilitaci spojenou s retraumatizací a zesílením vnitřní stigmatizace. Za překážku v možnosti zapojení pacientů do psychiatrické rehabilitace lze na jednu stranu považovat kognitivní dysfunkce a přetrvávající schizofrenní negativní i pozitivní symptomy (Hoffmann et al., 2003) nebo kapacitu pro učení (Fiszdon et al., 2005) a vzhledem k těmto překážkám jsou rozvíjeny specifické terapeutické intervence. Na druhou stranu existují přístupy, které berou v potaz zejména nedostatek motivace a omezené volné kapacity pacientů pro uskutečnění změn a kroků v rehabilitaci.

Bostonská škola psychiatrické rehabilitace (Farkasová et al., 2000) v posledních zhruba deseti letech začala uvádět do praxe koncept připravenosti k rehabilitaci, který obsahuje vyhodnocení připravenosti (readiness assessment) k rehabilitaci, event. při nedostatečné připravenosti naplánováním intervencí a podpor, které k větší připravenosti vedou, tzv. vývojem připravenosti (readiness development).

Metody

Autoři z bostonské školy (Farkasová a kol. 2000) definují připravenost jako nutnou mírou motivace pacienta splnit úkol a jeho způsobilost převzít odpovědnost za jeho rozhodnutí. Rozlišili několik typů připravenosti, jsou to: Připravenost ke změně (např. vůbec něco změnit na své aktuální situaci)

Připravenost zapojit se do specifického programu nebo k určitému provozovateli služby.

Připravenost pokračovat v kontinuálním procesu rehabilitace (pacient může být připraven do rehabilitace vstoupit, nikoliv však v něm dlouhodobě pokračovat).

Zabývali se rovněž různými vlastnosti, aspekty a předpoklady připravenosti. Jejich zjištění lze shrnout do následujících bodů:

Připravenost popisuje motivaci a odhodlání ke změně, ale ne kapacitu pro změnu.

Připravenost podléhá změnám v čase. Je např. různá v různých ročních obdobích, příznivější jsou jarní měsíce. Připravenost podléhá změnám zhruba v intervalu 4–6 týdnů, pacient může např. po tomto období počáteční připravenost ztratit.

Připravenost je různá vzhledem k různým prostředím (jiná připravenost je např. vzhledem k domácímu prostředí, jiná k pracovnímu prostředí).

Při vyšetření připravenosti je pacient zahrnut do tohoto procesu.

Vyšetření připravenosti neznamená vyloučit nějakou osobu z procesu rehabilitace. U pacientů nepřipravených je zapotřebí pracovat na vývoji připravenosti k rehabilitaci.

Připravenost se vyšetřuje pomocí tzv. indikátorů připravenosti, těmi jsou:

Potřeba změny (míra nespokojenosti ze současné situace)

Rozhodnutí ke změně (do jaké míry je osoba rozhodnuta učinit změny v životě, motivace)

Sociální stažení (do jaké míry je osoba otevřená ke kontaktu s ostatními)

Uvědomění si sebe sama

Uvědomění si prostředí (do jaké míry je si osoba vědoma rozdílu mezi prostředím, uvědomění si možného budoucího lepšího prostředí).

Vývoj připravenosti je navržen jako komplex a kombinace přístupů tak, aby pomáhal jedinci zvýšit vlastní povědomí o zotavení, rehabilitaci, prostředích, o sobě nebo o psychiatrických službách a podporách za pomoci účasti v různých zkušenostech, které jsou ušity na míru osobním preferencím a potřebám. Záměrem je vybrat ty aktivity, které nejpravděpodobněji pozitivně ovlivní faktory, které byly identifikovány během procesu vyšetření připravenosti a které mají vliv na jedincovu sebedůvěru, naději a motivaci. Pacient je povzbuzován k tomu, aby byl aktivním účastníkem plánování a vykonávání aktivit a zjišťování dopadu na každodenní životní zkušenosti. Dostává se mu rovněž pomoci v zajištění specifikované zaangažovanosti od členů rodiny, přátel, sousedů a ostatních přirozených opor. Jako specifické aktivity k dosažení připravenosti se doporučují skupinové programy či zapojení do svépomocných skupin uživatelů.

Výsledky

Prediktivní validita indikátorů obsažených v konceptu připravenosti jako jejich schopnost odlišit skupiny nemocných, které budou či nebudou pokračovat v rehabilitačním procesu byla ověřena v několika studiích s kontrolními vzorky (Cohen et al., 1997). Rogers et al. (2001) v randomizované studii s 242 pacienty se závažnou duševní poruchou zjistili schopnost vyhodnocovacího nástroje konstruovaném na principech indikátorů připravenosti rozlišit skupinu pacientů, kteří pokračují v rehabilitaci. V podmínkách našich rehabilitačních praxí, kde je tento koncept na některých místech postupně zaváděn, nejsou prozatím výzkumem podložené výsledky.

Závěr

Připravenost k rehabilitaci je slibným konceptem, který si zaslouží další pozornost pro ambulantně psychiatrickou praxi i pro zařízení komunitní péče, orientované na psychiatrickou rehabilitaci. Vyšetření připravenosti může být důležitou pomůckou k indikaci pro psychiatrickou rehabilitaci u závažně duševně nemocných a k případnému nalezení vhodných postupů pro vývoj této připravenosti.

Literatura

Cohen MR, Anthony WA, Farkas MD. Assessing and developing readiness for psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services* 1997; 48(5):644–646.

Farkas M, Soydan AS, Cagne C. *Introduction to Rehabilitation Readiness*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University, 2000.

Fiszdon JM, McClough JF, Silverstein SM, Bell MD, Jaramillo JR, Smith TE. Learning potential as a predictor of readiness for psychosocial rehabilitation in schizophrenia *Psychiatry Research* 2006; 143: 159–166.

Hoffmann H, Kupper Z, Zbinden M, Hirsbrunner HP. Predicting vocational functioning and outcome in schizophrenia outpatients attending a vocational rehabilitation program *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:76–82.

Rogers ES, Martin R, Anthony W, Massaro J, Danley K, Crean T, Penk W. Assessing Readiness for Change Among Persons with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal* 2001; 37 (2): 97–112.

WORKSHOP SEDM SMRTELNÝCH HŘÍCHŮ Z HLEDISKA PSYCHIATRIE: LENOST

garant prof. Ján Praško

LENOST U ÚZKOSTNÝCH PORUCH A PORUCH OSOBNOSTI

J. Praško¹, P. Doubek², E. Herman³, A. Grambal¹, D. Kamarádová¹, K. Látalová¹

¹Klinika psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika; ²Psychiatrická klinika 1. LF UK, Česká republika; ³Psychiatrická ambulance Praha 6, Psychiatrická klinika 1. LF UK, Neurologické oddělení a Neuropsychiatrické centrum Nemocnice Na Františku, Česká republika

Summary

LAZINESS IN ANXIETY DISORDERS AND PERSONALITY DISORDERS

Laziness in the past was considered a sin, or even an illness. In certain times, usually before the decline of culture, laziness was considered a privilege of the rich people. Before the ruin of the Roman Empire the lazy patricians rested on the sofa and asked servants to rotate them on the place. The most common "vices" associated with pleasure laziness include: (1) justify the disadvantages of activity and inactivity benefits, (2) delaying unpleasant activities; preference for lounging, (3) consider inactivity as a "reward", or "comfort" (4) adoption inactivity as a lifestyle.

A significant negative influence can be called "comfort society". People highlight inactivity as the main form of relaxation, learn themselves to experience inactivity like the best enjoyment, looking passively look on television, consuming alcohol or operate as a clubbable loungers. Laziness belongs the style of life, very typical of consumer society living in luxury. This style is very well adopted in our anxiety and personality disorder patients; it can be a part of etiopathogenesis or maintain factors of their problems.

Cíle

Cílem této prezentace je ukázat, jak se lenost propojuje s psychopatologií úzkostných a neurotických poruch a poruch osobnosti.

Metody

Na internetu, v učebnicích psychopatologie a psychoterapie a ve vlastní práci s pacienty a se sebou samými v sebereflexi jsme hledali projevy lenosti a jejich vztah k etiopatogenezi poruchy a mechanismy, kterým lenost danou poruchu pomáhá udržovat.

Výsledky

Lenost (lat. *acedia* nebo *pigritia*) je označení pro duchovní apatii či neochotu k jednání plynoucí z nedostatku motivace jednat. Lenost je opakem čínorodosti. Lenivý člověk nevyužívá potenciál svých schopností, není ochotný jednat nebo se starat. Lenost byla od minulosti byla považována za neřest nebo dokonce za nemoc. Lenost v psychologickém slova smyslu je nedostatek aktivity. Je to nemoc, protože každý zdravý člověk má přirozenou touhu po pohybu a činnosti. Lenost a její následek nuda totiž svým řádem a ukázněností ani náznakem nepředpokládají svobodu v jejím pravém slova smyslu, která je založena na aktivitě, náhodě, užívání si, ale jaksí, naoko“ nabízí možnost odlišné volnosti, tedy spoutané a nekompromisní svobody. Církevní otcové nazývají tuto sedmou a poslední náklonnost ke zlému zakyslost, „octovatost“, latinsky *acedia*. Projevuje se především útekem od duchovních záležitostí. Také je nazývána poledním démonem nebo pokušením uprostřed dne, protože zasahuje člověka ve středním věku, uprostřed životního "dne". Lenost v mravním smyslu spočívá v tom, že se člověk vyhýbá činnosti, která je jeho povinností. Leno ch dělá, jen to, do čeho se mu chce. V některých dobách, zpravidla před úpadkem dané kultury, byla lenost pokládána za výsadu bohatých. V době před zánikem Říše římské se líní patricijové nechávali otáčet na lenošce. Mezi nejčastější „zlozvyky“ související se slastí leností patří:

- (1) zdůvodňování si nevýhod aktivity a výhod neaktivity;
- (2) odkládání nepříjemných činností; upřednostňování lenošení;
- (3) pokládání nečinnosti za „odměnu“; „pohodu“;
- (4) přijetí nečinnosti jako životního stylu.

Podle Scotta Pecka:

„Je to pasivní neschopnost milovat. Lenost je jediná překážka duchovního růstu. Když ji přemůžeme, překonáme též všechny ostatní překážky. Lenost vede ke snaze vyhnout se nevyhnutné strasti, hledat vždy nejlehčí řešení, únik. Lenost je opak lásky. Lenost je projev entropické síly v životě každého z nás. Lenost je všudypřítomná. Lenost je například neochota vstoupit do nových oblastí myšlení a přijmout novou, zralejší zodpovědnost i za sebe samého.“

Významný negativní vliv může mít tzv. „společnost pohody“. Lidé zdůrazňují nečinnost jako hlavní formu odpočinku, učí se nečinnost si „užívat“ a aby ji naplnili nějakým obsahem, často pasivně přihlížejí televizi, konzumují alkohol nebo provozují život kavárenských či hospodských povalečů. Jakákoliv činnost spojená s námahou je jim programově odporná a snaží se ji vyhnout. Lenost tak patří ke stylu života, velmi typickému pro konzumní společnost žijící v nadbytku. Pro část společnosti je pohodlnější malá nebo příspěvek než ná-maha každodenního vstávání a práce. Podobně jako ve Starém Římě se objevují mladí lidé, kteří hrdě prohlašují, že nikdy nepracovali. Lenošení může být příjemné až slastné, ale taky spojené s úzkostí a sebeobviňováním. Nechuť k činnosti se objevuje také u řady psychických poruch. Projevy lenosti u úz-

kostných poruch a poruch osobnosti více souvisejí s nízkou sebedůvěrou. Nejčastěji zlozvyky spojenými s leností vyplývající z úzkosti a depresi patří:

- (1) odkládání činnosti ze strachu ze selhání;
- (2) sebevýčitky nahrazují aktivitu;
- (3) autosugesce neschopnosti něco dělat;
- (4) úzkostné vyhýbání se aktivitě.

Strach a nízká sebedůvěra u úzkostných lidí vede k obavám a bezmoci, které se mohu řešit odkládáním činnosti a bezradným nicneděláním. Úzkostní lidé se postupně stávají méně aktivními, hůře soustředěnými na činnosti, své napětí pak uklidňují útoky na lednici.

Závěr

Lenost patří mezi „hříchy, které mohou souviset s rozvoji neurotické poruchy, podílet se na etiopatogenezi neurotických poruch i poruch osobnosti a zdárně udržovat problémy v životě, na které si pak pacienti stěžují, aniž by uvažovali o vlastní změně. Lenost také patří ke „hříchům“, které potkávají i nás psychiatry a psychoterapeuty a podílí se na míře stresu, který ve své práci i ve svých vztazích prožíváme.

*Podpořeno granty IGA MZ CR NS 10301-3/2009 a
IGA MZ ČR NT 11047-4/2010*

SYMPOSIUM ČESKÉ PSYCHOTERAPEUTICKÉ SPOLEČNOSTI: POTŘEBUJE PSYCHIATRIE PSYCHOTERAPII? garant MUDr. Jiří Berka

POTŘEBUJE ČESKÁ PSYCHIATRIE PSYCHOTERAPII?

K. Koblic

Středisko psychoterapeutických služeb Břehová, Praha, Česká republika

Summary

DOES CZECH PSYCHIATRY NEED PSYCHOTHERAPY?

The paper presents facts that may suggest Czech psychiatry seems not to need psychotherapy. It offers different explanations, mentions data regarding efficiency of psychotherapy including new neuroscientific findings. The author emphasizes the potential Czech psychiatry has in consolidation of roles of Czech psychotherapy.

Key words: *psychotherapy in Czech psychiatry, roles of psychotherapy*

Souhlasné odpovědi na otázku z názvu znějí na oficiálních jednáních o koncepcích, o kompetencích, zaznívají ve vyjádřeních pacientů a autor předpokládá, že by zazněly v odpovědích většiny posluchačů.

Přesto skutečností naznačujících odpověď nesouhlasnou najdeme mnoho: mizivý podíl témat týkajících se psychoterapie na programu tohoto psychiatrického sjezdu a dalších odborných akcí či v obsahu českých odborných periodik,

psychoterapie v pregraduálním curricula budoucího lékaře většinou nabízí obraz odtržené, podivně neobjektivní disciplíny (nikoliv obor přínosný svými pohledy na nosný vztah pacientem),

v práci ambulantního psychiatra (často psychoterapeuticky vzdělaného) většínou převažuje preskripce psychofarmak,

psychiatr u lůžka je zavalen povinnostmi jinými a psychoterapií jsou často pověřováni pracovníci nekvalifikovaní.

Těžko je představitelné, že by druhou nejžádanější dovedností bylo pro české psychiatry zacházení s protipřenosem, což zjistili Langsley a Yager (in Gabbard, 2009) v rozsáhlém dotazníkovém šetření mezi americkými psychiatry v 80. letech 20. století.

O vysvětleních můžeme pouze spekulovat. Autor doufá, že nejde pouze o finance, byť výnosnost jiných, nepsychotherapeutických činností psychiatra je podstatně větší (a to i tehdy, když nehovoříme o přímých či nepřímých příspěvcích farmaceutických firem) a finance jsou v chronicky podfinancované péči o duševní zdraví významné.

Jedním z možných vysvětlení je přetrvávající dichotomie. Na straně jedné „objektivní“ přírodní vědy a evidence based medicine, s doporučenými postupy a důrazem na racionalitu. Na straně druhé psychoterapie, která má subjektivitu a emocionalitu v samém základu. Trápení našich pacientů se nás osobně týká jak tím, že pracujeme s aktuálním vztahem, tak tím, že obtíže našeho pacienta každý v nějaké formě známe a proto nás vystavují mnoha znejišťujícím situacím. Psychoterapie je emočně náročná.

Minimálně od Eysenckových provokujících závěrů z 50. let 20. století přetrvává pseudoprobém účinnosti psychoterapie. Seriózní studie a metaanalýzy, které účinnost psychoterapie dokazovaly, byly přehlíženy (např. Hogland, 1999). S rozvojem sofistikovaných zobrazovacích metod v neurovědách dokazujících např. celoživotní plasticitu neuronální sítě, existenci zrcadlicích neuronů či modifikaci genové exprese emočními zkušenostmi se ukázalo, že psychoterapie významně mění funkce a struktury mozku (např. Fuchs, 2004) a podařilo se dokumentovat neurobiologické změny související s emoční reaktivitou psychoterapii (Buchheim et al, 2012).

Účinnost psychoterapie byla a je nepochybná. Pochybná je často ale její praxe. Ve zdravotnictví je vzdělávání v psychoterapii i její praktické provádění vymezeno a formálně relativně bez problémů. Mimo zdravotnictví je ovšem pole legislativně neorané (m.j. Vaněk, 2003) a mezi šamany a zaříkavači tam kromě psychologů psychoterapii na živnostenský list nabízejí i psychiatři.

Chceme-li zachránit a dále rozvíjet seriózní disciplínu, je podle názoru autora nezbytné psychotherapeutickou činnost mimo zdravotnictví vymezit. A potřebuje-li česká psychiatrie psychoterapii, může v tomto vymezování pomoci.

Literatura

Buchheim A, Viviani R, Kessler H, Kaechele H, Cierpka M, et al. (2012) Changes in prefrontal-limbic function in major depression after 15 months of long-term psychotherapy. PloS ONE 7(3): e33745

Fuchs T (2004) Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue. Curr Opin Psychiatry 17: 479–485

Gabbard GO in Gabbard GO ed (2009) Protiprenos. Problematika v psychiatrické léčbě. Vydavatelstvo F, Trenčín

Hogland P (1999) Psychotherapy research. J Psychother Pract Res 8: 257–263

Vaněk J (2003) Pacient, psychiatr a jejich psychoterapie. Čes. a slov. Psychiatr, 99, 2003, Suppl. 2: 8–9

POTŘEBUJÍ ZÁVAŽNĚ DUŠEVNĚ NEMOCNÍ PSYCHOTERAPII?

O. Pěč

ESET, Praha, Česká republika

Summary

DO PERSONS WITH SEVERE MENTAL ILLNESS NEED PSYCHOTHERAPY?

A concept of psychopharmacological treatment predominates as an essential therapeutic intervention in clinical practice of inpatient and outpatient psychiatric care. Although the importance and effect of a range of psychosocial interventions is known and many of them are evaluated as "evidence based", their use in practice is still very small. Only an integrative biological, psychotherapeutic and rehabilitation approaches can address drug-resistant symptoms, cognitive dysfunction, frequent relapses, failure in social roles, social incompetence, disturbed interpersonal relationships, non-compliance, and unemployment. Moreover there is a body of research results and novel concepts that support the integration of biological and psychotherapeutic approaches: additive effect of psychotherapeutic approaches to biological ones, results of longitudinal observation studies in schizophrenia, concept of recovery, or correlates between psychodynamic concepts and research findings in neuroscience.

Key words: *psychotherapy, severe mental illness, schizophrenia, psychosocial intervention, recovery*

Cíle

Ačkoliv je znám význam a efekt řady psychosociálních intervencí pro závažně duševně nemocné a řada z nich je vyhodnocena jako „evidence based“, jsou využívány v praxi zatím je velmi málo. V klinické praxi lůžkové a ambulantní psychiatrické péče převládá pojetí psychofarmakologické léčby jako zásadní terapeutické intervence, Klinická vyšetření se často vyhýbají rozhovoru o obsahu psychotických symptomů a emočním vlivu, které tyto symptomy mají, soustřeďují se spíše na frekvenci a intenzitu symptomů (McCabeová, 2006). Bez zapojení psychotherapie a psychosociálních intervence vůbec je obtížné zvládat farmakoresistentní symptomy, kognitivní dysfunkce, časté relapsy, selhávání v sociálních rolích, sociální inkompetence, narušené interpersonální vztahy, nespokojenosti při léčbě či nezaměstnanost.

Metody

Autor příspěvku uvádí v přehledu důvody pro komplexní léčbu u závažně duševně nemocných jako podklad pro diskusi.

Výsledky

Mezi výsledky výzkumu či novější koncepty podporující integraci biologických přístupů a psychotherapeutických či psychosociálních intervencí patří: výsledky metaanalytických studií svědčících pro aditivní efekt psychotherapie a psychosociální intervencí, s největším efektem v oblasti myšlení, negativních symptomů, spolupráce při léčbě, frekvenci relapsů závěry studií dlouhodobě sledující kohorty schizofrenních pacientů s výsledkem převahy signifikantního zlepšení po třiceti letech sledování (Hardingová, 2003) a rozdíly ve výsledcích léčby mezi různými systémy péče novější doklady o rané traumatizaci u pacientů s psychotickým onemocněním (Read et al., 2005)

koncept zotavení (recovery), který umožňuje propojení klinického modelu (ústup symptomů a obnova kognitivních a sociálních funkcí) s modelem psychotherapeuticko-rehabilitačním (nalezení smyslu, aktivní přijetí nemoci, přijetí zodpovědnosti, obnovení významu sama sebe)

koreláty mezi psychodynamickými koncepty a výsledky výzkumu v oblasti neurověd /koncept fragmentace a ztráty diferenciací mezi vnitřním a vnějším obsahem ve vztahu k dyskonektivitě u schizofrenie a nálezů mechanismu tzv. „corollary discharge“ / (Ford et al., 2007)

Závěr

Řada nálezů, výsledků výzkumu a novějších konceptů svědčí pro potřebu hledání těsnějšího propojení biologických a psychotherapeutických přístupů i u závažně duševně nemocných. Význam této integrace může být jak teoretický, tak i klinický.

Literatura

McCabe R. Conversation analysis. In M.Slade and S.Priebe (eds.) Choosing Methods in Mental Health Care

Mental Health Research from Theory to Practice (pp. 24–46). London: Routledge, 2006,

Harding CM. Changes in schizophrenia across time: paradoxes, patterns, and predictors. In C. Cohen (Ed.), Schizophrenia into Later Life: Treatment, Research and Policy (pp. 19–42). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2003.

Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications Acta Psychiatr Scand 2005; 112:330–350.

Ford JM, Gray M, Faustman WO, Roach BJ, Mathalon DH. Dissecting corollary discharge dysfunction in schizophrenia. Psychophysiology 2007; 44:522–529.

MOŽNOSTI PSYCHOTERAPIE V LŮŽKOVÉ PSYCHIATRICKÉ PÉČI

J. Praško, A. Grambal, D. Jelenová, D. Kamarádová, K. Látalová, Z. Sigmundová, K. Vrbová

Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

POSSIBILITY OF PSYCHOTHERAPY IN INPATIENTS' PSYCHIATRIC CARE

The possibilities of psychotherapy in inpatients' psychiatric care are described and discussed. International best-practice guidelines for the management of first-episode psychosis have recommended the provision of psychoeducation for multifamily groups, which could be started from the beginning of the illness when patient is hospitalized in the ward. Several studies shown that an inpatient treatment program for depressive patients with both brief and intensive psychotherapy plus pharmacotherapy is superior to standard treatment. The results, which add to a growing body of evidence, suggest that this combination treatment may offer an advantage over treatment with medication and clinical management for more severely depressed patients. Patients in combined treatments starting from the acute depression in inpatient departments reduced their depressive symptoms between baseline and 2 and 5-year follow-up significantly with a faster decrease early in the follow-up phase. The time rate of change and acceleration on the rating scale was higher for in patients in the combination therapy group.

Key words: *Psychotherapy, Inpatients, Schizophrenia, Bipolar disorder, Depression, Personality disorders, Alcohol and drug abuse, Eating disorders*

Zdá se, že nedostatek psychoterapeutické péče v akutní a doléčovací psychiatrické péči patří mezi oblasti, na které si stěžují jak pacienti, tak jejich příbuzní (Längle et al. 2003). Pacienti si stěžují jak na chybení systematické psychoterapie, tak na nedostatečný zájem psychiatrů či personálu o jejich potřeby a problémy – péče je redukována na podávání léků a režim.

Cíle

Cílem tohoto sdělení je diskutovat důležitost psychoterapie na psychiatrických odděleních, a to nejen na speciálních psychoterapeutických odděleních (Kratohvil 2005) nebo v léčbě závislých či u poruch příjmu potravy, ale i na akutních psychiatrických a na doléčovacích odděleních psychiatrických oddělení a v psychiatrických léčebnách.

Metody

Zdrojem pro tento přehled bylo literární review získané z databáze PUBMED, Web of Science z publikací mezi léty 1991–2011, další reference byly získány vyhledáním článků s biografickými odkazy relevantních informací, pročtením kapitol v monografiích o psychoterapii Yaloma a Kratochvíla (Yalom 2005, Kratochvíl 2005). Údaje s literatury jsme porovnávali s našimi zkušenostmi ze skupinové a individuální psychoterapie v lůžkové psychiatrické péči na akutním, doléčovacím i speciálním psychotherapeutickém oddělení kliniky.

Výsledky

Nedostatek psychotherapeutické péče a redukující biologický model souvisí zejména u pacientů s psychotickým onemocněním, s bipolární poruchou i s rekurentní depresivní poruchou se syndromem „rotujícího pacienta“, který necítí dostatečnou motivaci k užívání medikace, záhy ji vysazuje a opět je na psychiatrické oddělení přijímám, u depresivních a chronicky úzkostných pacientů pak s nedořešením problémů v sociální oblasti, neschopností se vyrovnat s vlastními pocity insuficience a tendenci spoléhat pouze na podávanou medikaci, která často nestačí při významnější stresu pacienta v domácím prostředí nebo v zaměstnání. Psychoedukace a specifická psychoterapie u psychotických a bipolárních pacientů a jejich rodinných příslušníků přitom může zvýšit následnou adherenci při užívání léků (McWilliams et al. 2010). Efekt je zesílen, pokud následuje systematická psychoedukace po propuštění z hospitalizace. Přitom právě psychoterapie je schopna zvýšit jejich zvládací schopnosti a snížit počet rehospitalizací i nových epizod ve dvouletých (Praško et al. 2004) a pětiletých katamnézách (Zobel et al. 2011). Intenzivní psychotherapeutický program ve srovnání s běžnou farmakologickou a režimovou léčbou rovněž významněji snižuje závažnost psychopatologie již během samotné hospitalizace (Schramm et al. 2007). Význam psychoterapie narůstá zejména u pacientů s chronickou depresí a s komorbidní poruchou osobnosti.

Závěr

Z výsledků literárního studia i vlastní zkušenosti vyplývá, že psychotherapeutická péče, ať individuální nebo skupinová na akutních a doléčovacích psychiatrických odděleních, může mít zásadní význam pro léčbu a stabilitu remise u pacientů s afektivními i psychotickými poruchami, podobně jako má rozhodující význam u úzkostných poruch a poruch osobnosti.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NT11047-4

Literatura

- Kratochvíl S: Skupinová psychoterapie v praxi. 3. vydání, Galén, Praha 2005.
- Längle G, Baum W, Wollinger A, Renner G, U'Ren R, Schwärzler F, Eschweiler GW: Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: the patients' view. Int J Qual Health Care. 2003;15(3):213–221.

McWilliams S, Egan P, Jackson D, Renwick L, Foley S, Behan C, Fitzgerald E, Fetherston A, Turner N, Kinsella A, O'Callaghan E: Caregiver psychoeducation for first-episode psychosis. *Eur Psychiatry*. 2010;25(1):33–38.

Schramm E, van Calker D, Dykieriek P, Lieb K, Kech S, Zobel I, Leonhart R, Berger M: An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *Am J Psychiatry* 2007;164(5):768–777.

Yalom ID a Leszcz M: Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Portál, Praha 2005.

Zobel I, Kech S, van Calker D, Dykieriek P, Berger M, Schneibel R, Schramm E: Long-term effect of combined interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy in a randomized trial of depressed patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;123(4):276–282.

KAZUISTIKA K TÉMATU „CIVILIZACE, ČAS A DUŠEVNÍ PORUCHY“ S OHLEDEM NA VZTAH PSYCHIATRIE A PSYCHOTERAPIE

L. Brodová

Centrum rodinné terapie, Dětská psychiatrická klinika, FN Motol, Praha, Česká republika

Summary

RELATIONSHIP AMONG CIVILISATION, TIME, MENTAL DISEASE, PSYCHIATRY, PSYCHOTHERAPY – CASE RE-PORT

This case report illustrates the relationship among main topics of the conference. It is based on my professional experience as a systemic therapist.

Key words: case

Části příběhu, na něž měla rozhodující vliv **civilizace**:

Třicetiletá (tj. na rozdíl od necivilizovaných MLADÁ) žena, zdravotní sestra (tj. – na rozdíl od necivilizovaných – žena VE VÝDĚLEČNÉM ZAMĚSTNÁNÍ), každých pár let MĚNILA MÍSTO POBYTU tak, že PŘÍŠLA O VZTAHOVÉ VAZBY kromě té k manželovi (na rozdíl od necivilizovaných, kteří buď migrují se svou komunitou nebo žijí uprostřed ní usedle). Její potíže ji přivedli do INSTITUCÍ – do Psychiatrické ambulance a pak na Psychiatrickou kliniku (na rozdíl od necivilizovaných, kteří by byli v takovém případě v péči šamana, který je odevždy zná, a kteří by zůstali ve své komunitě).

Její představa, co by pro ni bylo v tu chvíli dobré, se dost lišila od toho, o čem byli přesvědčeni lékaři – a ona se snažila dosáhnout, ABY JÍ LÉKAŘI BRALI

VÁŽNĚ (na rozdíl od necivilizovaných, kde je zvykem se léčícímu bez dalšího podvolit)

Části příběhu, na něž měla rozhodující vliv **duševní porucha**:

Tato paní se v práci spřátelila se stejně migrující kolegyní a přemluvila ji, že půjdou pracovat na onkologické oddělení. Kolegyně začala trpět KANCERO-FOBIÍ. Neléčila se. Nakonec SPÁCHALA SEBEVRAŽDU – spolykala uprostřed zimního lesa uklidňující léky a zmrzla.

To s naší klientkou otrásllo. Rodina zemřelé kamarádky ji obviňovala. Ona tehdy DEPRESIVNĚ REAGUJE NA STRES

Vyhledala pomoc v Psychiatrické ambulanci, lékařce vyprávěla, že sama šla také do lesa, vzala si jeden Lexaurin a chvíli tam v mrazu seděla – říkala, že tak chtěla porozumět tomu, co asi její kamarádka prožívala. Při další kontrole se svěřila, že do lesa šla ještě jednou. Stále nemůže přestat myslet na to, co se stalo. Lékařka myslela na hlubší DEPRESI, obávala se suicidality, doporučila hospitalizaci a naše žena s tím souhlasila.

Na klinice dostala ANTIDEPRESIVNÍ MEDIKACI.

Části příběhu, nejvíce ovlivněné **časem**:

Paní by ráda s někým z odborníků o své situaci PRAVIDELNĚ mluvila. Ti vysvětlují, že s psychoterapií má cenu začít až ZA TŘI TÝDNY, dříve léky nezabere. Ona má ale všeho plnou hlavu, ZNOVU si říká o pohovory. Jinak by raději z oddělení odešla.

(Ještě něco dalšího velmi důležitého je doufám ovlivněno časem, to však uvedu až na závěr)

Části příběhu ovlivněné vším dohromady a mnohými dalšími faktory:

Lékařka paní upozorní, že by musela změnit charakter hospitalizace z dobrovolné na nedobrovolnou. Paní se lekne – co když někdo usoudí, že ji nelze propustit nikdy?

Z oddělení ve strachu uteče. Kam teď? Domů? To lékaře hned napadne. A její útěk jim dá za pravdu – ona ukázala, že podléhá svým obavám, jedná podle nich, už na psychiatrii bude muset (možná navždy) zůstat. Tedy domů rozhodně ne. Jede nazdařbůh tramvají a vystoupí uprostřed sídliště. Co dál? Nakonec ji stejně jistě najdou. Rodina ji také těžko pochopí. Nevidí jiné východisko než se zabít.

Jeden výškový panelák nalezne otevřený a dostane se do nejvyššího patra. Zdá se, že by to šlo dostat se i na střechu. Přece jen, než skočí, chtěla by se rozloučit s manželem – vojákem z povolání – zaklepe tedy na nějaké dveře, smí-li si zavolat. Ti lidé ji vezmou dál a přemluví ji, že se zavolá pomoc.

Když přijede lékařka, sloužící na krizovém centru s výjezdovou povinností, paní je v rodině, pije kávu a povídají si.

Bez problémů odjede s lékařkou do krizového centra – lékař, sloužící na klinice, z níž utekla, souhlasí s tím, že pacientka zatím zůstane v krizovém centru.

Pokud vím, po ukončení pobytu v krizovém centru nebyl důvod, aby se vrátila na lůžko. Paní pokračovala úspěšně v ambulantní péči jak psycho-, tak farmakoterapeutické.

A ten slibovaný **časový** doplněk?

Tohle se stalo dávno. Myslím, že v roce 1994.

Doufám pevně, že **civilizace** a **čas** udělaly v pojetí léčby **duševních poruch**, (a také v rozvoji kooperativní domluvy mezi lidmi) takové změny, že by se dnes odehrál jinak. Že **psychiatrie** a **psychoterapie** už mohou spolupracovat někdy současně, někdy třeba i následně, prostě jak je třeba.

RŮZNÉ ZPŮSOBY POJETÍ ČASU V AMBULANTNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÉ PÉČI

J. Berka

Psychiatrická ambulance, Vojtova 23, Brno, Česká republika

Summary

DIFFERENT WAYS OF THE TIME CONCEPT IN OUTPATIENT PSYCHOTHERAPY

- 1. Linear (one-dimensional) time: Feeling the lost of the best years of the life; negative experience the long-windedness of therapy*
- 2. Relative time: Excessive need of time for to do the common activities; negative experience at situations associated with feeling of the threat*
- 3. Time „till“ and time „already“ : The unconscious blocking of the passage to higher level of the individual development.*

Key words: *Negative experience of the time, anxiety of the threat, strength of the Self*

Ve své praxi se při provádění individuální psychoterapie setkávám s problematikou vnímání a hodnocení času. Nejčastěji se vyskytují tato tři pojetí:

1. Čas lineární:

Pacienti vnímají linearitu času jako negativní v souvislosti s trváním příznaků choroby a trváním její léčby. Často hovoří o čase promarněném či ztraceném v důsledku omezení, které s sebou choroba přináší. Bývají zaskočení až roztrpčeni jednak tím, že se téměř vždy jedná (ve srovnání s léčbou jiných známých onemocnění) o dlouhodobou záležitost, která může trvat i několik let, a ještě

hůře nesou poznatek, že pravděpodobnost uzdravení ve smyslu medicínského termínu *restitutio ad integrum* není tak jednoznačná, jak očekávali. Nejčastější jsou výroky tohoto typu: „Trpím už několik let, to se opravdu nenajde něco, co by mi konečně pomohlo a zbavilo mě těch strašných stavů?“ „Jsem z práce zvyklý na to, že když má něco být do 31. března, tak to do té doby je. Nedokážu se srovnat s tím, že to trvá tak dlouho a nemá to jasnou perspektivu.“ „No to je hrozné, ubíhají mi nejlepší léta života, opravdu to nejde urychlit, není něco, čím by si člověk mohl rychle pomoci sám?“ Vínou na tomto má mimo jiné nedostatečná obecná informovanost populace o duševních chorobách a jejich léčení. To je ostatně i náš vnitřní, odborný problém. Ve vztahu psychiatrie a psychoterapie dosud výrazně nedostatečné využívání té druhé, a ve vztahu jednotlivých psychotherapeutických přístupů donedávna dominující nevraživosti až animozity mezi jednotlivými školami, jejich instituty a představiteli. V poslední době se v této věci prosazuje zdravý rozum v podobě integrovaných přístupů respektujících potřebu průřezového působení na všech třech základních úrovních fungování psychiky, a to jak na úrovni podtextu, tedy nevědomí, tak na úrovni prožitku a projevu (chování). Významný vliv na celkovou compliance pacienta má účinek doprovodné medikace. Pokud se daří medikací příznaky výrazně utlumit či úplně odstranit, je tím proces terapie pochopitelně pozitivně facilitován. Ve vlastním procesu psychoterapie interpretují u pacientů tyto jejich reakce jako součást jejich základní nevědomé problematiky, kdy je zevně zesilován stav nejistoty, která je ohrožující. Neschopnost nebo snížená schopnost výkonu určitých očekávaných činností v důsledku choroby se tím mění z prožitku ještě možného, i když nepříjemného omezení na prožitek selhání a tím ohrožení, čímž se bludný kruh nemoci zacyklovává. Reálná symptomatika je pak vnímána a nevědomě zpracovávána jako zevní potvrzení patologního stereotypu, resp. jeho východiska v podobě nedostatečně stabilního Self, tedy sebepojetí.

2. Čas relativní

Je všeobecně známo, že prožívání délky časového úseku je výrazně ovlivněno emočním labelingem činnosti či situace v něm obsažené. V symptomatice uváděné pacienty se objevuje pocit dlouhého, někdy až nekonečného trvání určitých situací; zvláště těch, které jsou pro ně nepříjemné. Říkají: „Na všechno potřebuji spoustu času, nedokážu se vejít do potřebného rozmezí.“ Tento jev interpretují jako blokaci opět na bázi poruchy sebepojetí, nebo dle klasické Freudovy terminologie jako vychýlení poměru sil v dynamickém konfliktu mezi tzv. zdravou a nezdravou složkou na úrovni nevědomí.

Často také popisují tyto pocity např. při cestování veřejnou dopravou, ale i v mnoha jiných ne zcela obecně nepříjemných situacích. Při rozboru se velmi často ukáže, že se nejedná ani tak o konkrétní situaci (i když často také, například úřední jednání či různé zkoušky či pohovory, tedy průchod testovací situací), ale o tom, že právě tato situace je asociačně spojena s pocitem ohrožení.

Relativní délku prožívání času v takových případech interpretuji jako projev mechanismu ohrožení pro symbolickou neschopnost úniku z této situace. Někdy hodně hluboko v nevědomí se mísí pocit strachu ze setrvání v dotyčné situaci se strachem z jejího opuštění, navíc je-li tam další nevědomá symbolika. Další terapeutická práce by v takových případech měla vést k posilování Self a následně postupy vedoucími k horizontalizaci na nevědomé úrovni a její projekci do vědomé reality.

3. Čas „až“ a čas „už“

Toto pojetí času snad nejsilněji souvisí s vývojově psychologickou problematikou. Jinou terminologií řečeno se jedná o problematiku fixace vývoje osobnosti na nižších stádiích. V projevech pacientů se často objevují výroky typu: až se stane to a to, až dosáhnu toho či toho, tak...

Toto interpretuji jako projev nedostatečné síly a stability Self, a tedy prožívání neschopnosti či omezené schopnosti k provedení něčeho, o čem je pacientovi na vědomé úrovni jasné, že by toho schopen být měl. Mechanismem blokace je nevědomá potřeba podmíněnosti něčeho něčím, což je jinými slovy projev vnitřní nezralosti. Tedy: i když vědomě vím, že bych určité věci měl být schopen, nevědomě jsem blokován a sekundární racionalizace pak vyrobí odůvodnění v podobě „až“. Princip blokace spočívá v poměru sil ve Freudem formulovaném dynamickém konfliktu v nevědomí, kdy se prosadí nezdravá, blokující složka falešného sebepojetí, která mechanismem nadměrné a zbytečné obrany nepouští pacienta do situací, které mají z hlediska reality nesprávný labeling ohrožení. Toto je samozřejmě základní schéma patogeneze osobnostních a následně úzkostných poruch. Terapeutický postup by měl nejprve věnovat maximální pozornost dynamickému procesu odkrývání, formulování a následného rozpracování patogenních stereotypů ve vazbě na jejich vznik v procesu raného vývoje.

Dále je nutno takto získané informace promítnout a aplikovat na konkrétní symptomatiku zabrždění.

V dalším je nutno pracovat na restrukturalizaci, tedy s Kohutem řečeno obnově Self jakožto basálního předpokladu úspěšného průchodu realitou s vědomím skutečného statutu (dospělý, svéprávný, samostatný jedinec) a z něj vyplývajících rolí, pro které je tento status atributem. Zde se také projevuje jev prožívání odpovědnosti a přijetí její potřebné míry. Na této bázi je pak možno rozvíjet již na úrovni projevu žádoucí konkrétní postupy v realitě.

Závěrem

Prožívání času v různých podobách je v individuální ambulantní psychoterapii jedním z důležitých jevů. I když se jedná „jen“ o příznak, promítá se sem basální problematika stability Self a tím sebepojetí, následně pak prožitek dyskomfortu až omezení chorobnými příznaky.

SYMPOSIUM ZÁSTUPCŮ UŽIVATELŮ PÉČE

garant doc. Jan Vevera

SPOLUPRÁCE S PACIENTSKÝMI A PŘÍBUZENSKÝMI ORGANIZACEMI

J. Vevera^{1,2}, T. Uhrová¹

¹Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha, Česká republika; ²7. polní nemocnice AČR, VU6900, Česká republika

Summary

COLLABORATION OF PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THE CZECH MEDICAL ASSOCIATION JEP AND ORGANIZATIONS OF MENTAL HEALTH SERVICE USERS

This review summarizes activities of Psychiatric Association of the Czech Medical Association J. E. Purkyně and organizations of mental health service users together with family organizations.

Key words: Psychiatric Association, insurance, mental health service users

Výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP (dále PS) pravidelně jedná s organizacemi uživatelů péče. Zástupci Výboru se účastnili semináře v Senátu ČR, na kterém byla založena MISE, organizace, která zastřešuje různé skupiny uživatelů péče, a nadále s touto organizací koordinujeme svůj postup. Vyměňujeme si představy, jak má vypadat kvalita péče z pohledu uživatelů a jejich zástupce jsme pozvali k připomínkování vodítek péče na Sjezdu v Karlových Varech. Symposia zástupců uživatelů péče jsou součástí odborného programu na našich konferencích a dražby děl uživatelů se stávají tradicí společenského programu.

Rychlá pomoc

Na webu PS je záložka pro uživatele péče (www.psychiatrie.cz). Na ní jsou k dispozici údaje o poskytovatelích péče, kontakty na psychiatry a na organizace uživatelů, rovněž odkazy na různé informace o duševních poruchách. Uživatelé poukazovali na dlouhé čekací doby na prvovýšetření a proto jsme zřídili speciální službu, seznam psychiatrů, kteří jsou ochotni poskytnout termín vyšetření do maximálně do 10 dní. O této službě jsme informovali také v časopise PS (a informace jsou stále na webu).

Změny v Legislativě

Dosáhli jsme společně pozitivních změn v legislativě, o kterých se můžete dočíst na webu společnosti v sekci Dění v oboru:

1/ Ve spolupráci s uživateli péče se nám podařilo prosadit, aby v zákoně O zdravotních službách č. 372/2011 Sb. § 28 odst. 3 písm. k) stálo: Pacient má

při poskytování zdravotních služeb dále právo **na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.**

2/ Uživatelé péče podpořili stanovisko výboru k oznamovací povinnosti
Předseda společnosti prof. J. Raboch jménem výboru oslovil legislativní výboru Parlamentu ČR s žádostí, aby oznamovací povinnost dle paragrafu 386 odst. 1 Trestního Zákona neměli psychiatr, klinický psycholog a psychoterapeut, kteří se dozvědí od svého pacienta při výkonu praxe, že spáchal trestný čin přijetí úplatku (§ 331) a podplácení (§ 332). Domníváme se, že ustanovení nedůvodně postihuje psychoterapeuty a psychiatry a narušuje důvěru mezi nimi a jejich klienty.

Jednání s pojišťovnami

Uživatelé péče nás podpořili v prosazování nové kategorie – Intenzivní psychiatrická péče. Ta je určena pro pacienty, kteří aktuálně ohrožují ostatní pacienty, zdravotní personál nebo sebe do té míry, že i přes dosavadní hospitalizaci a medikaci nadále pokračují v suicidálních či heteroagresivních aktivitách. Bodová datace na tato intenzivní lůžka je 2 až třináásobná oproti dosavadní akutní péči. (Předpokládaná hodnota OD intenzivní péče bez režijních nákladů je 3200 bodů). Uživatelé péče rovněž podpořili zařazení preventivního programu Itareps do Seznamu výkonů.

Zkušenosti z Psychiatrické kliniky v Praze

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN se od r. 1992 spolupodílí na práci organizace pro pacienty s poruchami příjmu potravy (SAPP www.asociaceppp.eu) a od začátku roku jsme 2010 začali pravidelně organizovat setkání s veřejností a uživateli péče (psychiatrie.lf1.cuni.cz). Společně s nevládní organizací Opona jsme v r. 2010 a 2011 zorganizovali destigmatizační akci Paralelní zkušenosti poukazující uměleckými prostředky na sociální vyčleněnost našich pacientů. Součástí byly výstavy, které dosud můžete vidět na webu:

(www.paralelnizkusenosti.cz) a také experimentální interaktivní film „Do vlastních rukou“, který se za pomoci audiovizuálních podnětů a propojení reality s fiktivním prostředím filmu snaží přiblížit pocity a prožitky lidí trpících schizofrenií a je umístěn na PK. Součástí byly samozřejmě také přednášky nejenom odborníků, ale i organizací uživatelů.

Spolupráce s uživateli péče a dalšími nevládními organizacemi se podle našich zkušeností ukázala jako velmi užitečná nejen při destigmatizačních a edukačních kampaních, ale především v prosazování konkrétních zájmů při změnách legislativy a jednáních s pojišťovnami.

LOBBING – PROSAZOVÁNÍ ZÁJMŮ A PRÁV DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH

J. Jaroš

výkonný ředitel, Občanské sdružení KOLUMBUS, Ústí nad Labem, Česká republika

Summary

LOBBYING: FIGHTING FOR RIGHTS OF PEOPLE WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS

*Organization of Mental health service **users** together with Family organizations and professional psychiatric organization working together to advocate proper attention and financial resources for mental health. Examples of successful lobbying and future plans will be discussed.*

Key words: *Users of mental health service together, lobbying, financial resources*

Cíle

Přednáška představí osobní zkušenosti s lobbingem na místní, krajské a celostátní úrovni.

Prezentovat možnosti, metody a při realizaci prosazování zájmů a práv, jak samotných uživatelů, psychiatry, psychology a ale i široké veřejnosti. Cílem přednášky je, mimo jiné, představit několik možností jak přispět k zrovnoprávnění psychiatrie s dalšími zdravotnickými obory na ministerské úrovni. Dalším cílem je uvést konkrétní příklady jednání se senátory, poslanci, krajskými zastupiteli a zástupci samospráv na úrovni magistrátů a obecních zastupitelstev.

Lobbování (z angl. lobby, původně vrátnice, předsíň, v přeneseném smyslu zájmová skupina) je soustavné prosazování skupinových zájmů zejména v médiích, na veřejnosti, u orgánů státu a jeho představitelů. V širší podobě je lobbování součástí public affairs, tzv. managementu veřejných záležitostí.

Název se patrně odvozuje od prastarého zvyku, že se prosebníci (římsí klienti) shromažďovali v předsíni vlivných osob, panovníků a později i poslanců apod. V historických společnostech se tedy jednalo o způsob, jak se poddaní a podřízení snažili ovlivnit rozhodování mocnějších ve svůj prospěch, případně ve prospěch své skupiny. V moderních demokratických státech, kde se státní moc chápe jako delegovaná občany ve volbách a zprostředkovaná volenými zástupci (např. poslanci), je styk poslanců s voliči nezbytný a žádoucí. Je ústavně zaručen jako petiční právo. Proto mají volení funkcionáři a poslanci své kanceláře a hodiny pro veřejnost.

Metody

Účast uživatelů na komunitním plánování sociálních služeb pro uživatele psychiatrické péče magistrátů, měst i obcí.

Prosazování komunitních služeb pro osoby s duševním onemocněním při vytváření Střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb jednotlivých Krajských úřadů.

Osobní jednání uživatelů psychiatrické péče, za podpory odborníků, se zastupiteli obecných, městských a krajských.

Oslovení zdravotních pojišťoven s požadavky zdravotní péče o osoby s duševním onemocněním z pozice plátců zdravotního pojištění.

Jednání s ministry, jejich náměstky a vedoucími odboru o problematice péče o duševní zdraví. Jedná se především o ministerstva zdravotnictví a MPSV.

Osobní jednání s poslanci a senátory o potřebách pacientů s duševním onemocněním, předložení konkrétních legislativních opatření, včetně jejich odůvodnění.

Aktivní účast na schůzích výboru pro zdravotnictví a výboru sociálního Sněmovny parlamentu ČR, dtto senátních výborů.

Snaha, aby si některý z poslanců nebo senátoru osvojil naše návrhy na změny, před tzv. druhým čtením v Parlamentu.

K prosazování zájmů vytvořit databázi kazuistik, podporujících jednotlivé požadavky naší cílové skupiny.

Kandidatura při volbách do zastupitelstev.

Prosazování vyjádření k aktuálním kauzám. Dokumenty o životě osob s duševním onemocněním. Příklady dobré praxe – dokument vytvořený samotnými uživateli psychiatrické péče.

Výsledky

Výsledkem dlouhodobého lobbingu ve prospěch osob se zdravotním postižením – duševně nemocných, bude zviditelnění problematiky péče o duševní zdraví v ČR.

Komunitní plány přijetí návrhů uživatelů – zapojením samotných uživatelů psychiatrické péče se nám daří prosazovat naše návrhy na zkvalitnění sociálních služeb v daném regionu. Např. do komunitního plánu města Ústí nad Labem jsem prosadil pět požadavků osob s duševním onemocněním, z šesti předložených. Také se informujeme o sociálních službách pro uživatele z jiných regionů a dobré nápady se snažíme prosadit i jeden. Například do komunitního plánu města Brna se nám povedlo doplnit svépomocné služby Pacientských důvěrníků.

V roce 2011 byl projednáván nový zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)i, který jsme měli možnost připomínkovat. S ohledem na množství nových §, respektive se jedná

o zákon úplně nový, jsme se rozhodli prosazovat naši připomínku k právům pacientů.

Ve spolupráci s Psychiatrickou společností LK JEP, s právníky z Centra advokacie duševně nemocných a dalších subjektů se do zákona podařilo prosadit v zákonu následující

ČÁST ČTVRTÁ

POSTAVENÍ PACIENTA A JINÝCH OSOB V SOUVISLOSTI S POSKYTOVÁNÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Hlava I

Práva a povinnosti pacienta a jiných osob

Práva pacienta

§ 28

Odst. 3 písmeno

k/ na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

Podařilo se nám přesvědčit předsedu výboru pro zdravotnictví MUDr. Borise Šťastného. Aby si tuto naši připomínku osvojil a zařadil do 2. čtení navrhovaného zákona.

Jako zástupce pacientské organizace jsem při setkání s panem ministrem zdravotnictví nastínil problematiku péče o duševní zdraví a nepřijetí koncepce psychiatrie ministerstvem. Byl jsem odkázán na jednání s náměstkem pro zdravotní péči. K tomuto jednání jsem přizval zástupkyni rodičovské organizace Sympathea a za Psychiatrickou společnost doc. MUDr. Jana Veveru. Při více jak hodinovém setkání byl pan náměstek seznámen se situací v péči o duševní zdraví a jedním z důležitých výstupů bylo, aby PS předložila návrhy na nové zdravotnické úkony, které jsou potřeba z pohledu odborníků a pacientů. V březnu 2012 toto úsilí (lobbing) slavilo úspěch, když se několik nových úkonů podařilo dohodnout se zdravotními pojišťovnami (např. intenzivní péče, ITAREPS). Další úkony, jako terénní psychiatrická sestra, krizová centra jsou v jednání, ale je potřeba začít lobbovat u zdravotních pojišťoven.

Již jsme první jednání absolvovali s OZP a domnívám se, že tudy vede cesta. Uživatelé psychiatrické péče jako plátců zdravotního pojištění se musí snažit prosadit takovou zdravotnickou péči, která je adekvátní 21. století, tedy snížení ústavních lůžek (především v psychiatrických léčebnách), rozvoj denních Stacionářů, více terénních služeb (psychiatrická sestra, výjezdní krizový tým).

Jako další výsledek mého jednání se senátory, je jejich nabídka dělat jejich poradce pro oblast duševního zdraví. Zatím se na mně obrátili ve dvou případech a já je oslovil ve třech věcech.

Jako problém vnímám, že se „obec“ okolo psychiatrie nedokáže shodnout co vlastně společně požadujeme a není k tomuto vytvořen základní dokument, s kterým by většina souhlasila a stála za ním.

Další z metod lobbingu uvedu při své přednášce na sjezdu.

Závěr

Slovo lobbing je v České republice často v médiích propíráno jako něco nezdravého, semeniště korupce a další negativní přívlastky.

Já se naopak domnívám, že pokud je lobbing používán jako nástroj pro prosazování zájmů osob se zdravotním postižením, nejen osob s duševním onemocněním, jde o dobrou věc. Důležitou součástí těchto aktivit je zapojení samotných pacientů, respektive patientským organizací do tohoto procesu.

Jako důležitý fakt vnímám společný postup s odbornou psychiatrickou společností, rodičovskými organizacemi, poskytovateli zdravotnických a sociálních služeb a dalšími subjekty.

Za účelem koordinace při prosazování péče o duševní zdraví pro 21. století vznikla v březnu 2011 na konferenci v Senátu k Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením, MISE pro duševní zdraví. Jedná se o volnou platformu v oblasti péče o duševní zdraví. Tato platforma vznikla na základě aktivity tří organizací: Občanské sdružení KOLUMBUS – celorepublikové sdružení uživatelů psychiatrické péče, o.p.s. SYMPATHEA – rodičovské sdružení a ČAPZ (Česká asociace pro duševní zdraví).

Přeji si, aby zněl jeden společný hlas při prosazování zájmů nás osob s duševním onemocněním, jednotlivé aktivity byly koordinovány, osobní zájmy a nevraživosti nepřevážili nad společnými potřebami nás uživatelů, psychiatrů, poskytovatelů péče a další odborné veřejnosti. Také nesmíme zapomenout na širokou veřejnost a ve společnosti postupně odbourávat stigma psychiatrie.

KOMPLEXNÍ LÉČBA PSYCHOTIKŮ V LEGISLATIVĚ ČR

J. Závíšek

předseda OSDN, Česká republika

Summary

THERAPY OF PSYCHOSIS – LEGISLATIVE ISSUES

Patients suffering from psychotic disorders required complex care. Different legislative procedures accompanied to proper care will be presented and discussed.

Key words: *psychosis, legislative issues, complex care*

1. Úvod

V obecných rozpravách jak odborná tak laická část zastoupená příbuznými, kteří pečují o psychotiky, se shodují v tom, že u těchto pacientů nelze oddělit zdravotní a sociální služby.

Rodinní příslušníci cítí křivdu vůči svým blízkým s duševní poruchou, že v Česku se tato zásada komplexního přístupu léčby v praxi nenaplnuje.

Absence psychosociální intervence a neexistující výstupy podle platných zákonů zdravotní a sociální péče vytváří u příbuzných, kteří pečují o chronické psychotiky stresující otázku: "Co bude s našimi blízkými, až my zde nebudeme!"

Tato nervy drásající otázka je vyvolávána absolutním nedostatkem sociálních služeb chráněného bydlení, domovů se zvláštním režimem a odlehčovací službou. Když pečující o schizofrenika musí neodkladně na několik dnů sám do lůžkové zdravotní péče, zjistí po návratu doslova zhroucený zdravotní stav, který s nemocným nezměrným úsilím tvořili.

Neexistující odlehčovací služby vč. podpory odbornou terénní službou vytváří z rodinných pečovatelů nové adepty na psychiatrickou péči.

2. Současná platná legislativa, která se vztahuje na komplexní léčbu:

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (ZoZS)

Vyhl. č. 99/2012 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb

Vyhl. č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (ZoSS)

Vyhl. č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

3. Komplexní léčbu zajišťují dvě základní složky, které jsou na sobě závislé:

farmakoterapie

psychoterapie

4. 3.1 Farmakoterapie se obecně hodnotí tak, že má v Česku vysokou úroveň. Je podpořena řadou odborných studií na aplikaci léků všech generací pacientů i účinných látek dle vývoje. Má zajištěnou vysokou personální odbornost.

3.2 Psychoterapie je složkou léčby, která má hodnocení negativní. Laiky i odborníky.

5. Zásadní nedostatky v psychoterapii – psychosociální intervenci v lůžkové péči:

lůžková péče – nevykazuje výstupy psychosociální intervence podle ZoSS a vyhl. 505/2006 Sb. v návaznosti na ZoZS.

Důkazem jsou chybějící záznamy ve zdravotnické dokumentaci a v propouštěcí zprávě.

6. Požadavky legislativy na lůžkovou péči.

ZoZS: § 47 odst. 2

Pokud není pacient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen obejít se bez pomoci další osoby, může být propuštěn z jednodenní nebo lůžkové péče až po předchozím včasné vyrozumění osoby, která tuto péči zajistí. Má-li být propuštěn pacient, u něhož není zajištěna další péče, poskytovatel o tom včas informuje obecní úřad obce s rozšířenou působností příslušný podle adresy místa trvalého pobytu pacienta, a má-li pacient trvalý pobyt na území hlavního města Prahy, informuje Magistrát hlavního města Prahy; obdobně postupuje u nezletilých pacientů se závažnou sociální problematikou v rodině.

V návaznosti na předchozí ust. ZoSS v § 92 stanoví:

Obecní úřad obce s rozšířenou působností

c) na základě oznámení poskytovatele zdravotních služeb zjišťuje, zda je nezbytné poskytnout osobě umístěné ve zdravotnickém zařízení služby sociální péče a zprostředkovává možnost jejich poskytnutí; v případě, že nelze služby sociální péče osobě poskytnout, sděluje neprodleně tuto skutečnost poskytovateli zdravotních služeb, v jehož zdravotnickém zařízení je osoba umístěna,

K tomu § 52 odst. 1. ZoSS :

Ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.

7. Ambulantní péče

Schází článek mezi ordinací ambulantního psychiatra a pacientem v jeho přirozeném prostředí. Tímto článkem má být psychiatrická sestra, případně všeobecná sestra. Ta má sledovat a vyhodnocovat zdravotní stav pacienta, pomoci psychoterapeutických postupů udržovat pacienta ve stavu mimo ohrožení jeho života, zajistit psychologickou pomoc rodině, zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních podle zákona o sociálních službách, a tak zamezit psychickému napětí v hmotné nouzi a při vzniku zdravotních komplikací zajistit potřebnou pomoc.

Absence psychiatrické sestry je v řadě případů příčinou sebepoškozování duševně nemocných. Při nekontrolovaném vzplanutí choroby poškozují své zdraví až s tragickými následky včetně svého okolí. Zde je hlavní příčina, která zesiluje stigma osob s duševní poruchou ve společnosti.

8. Požadavky legislativy na ambulantní péči v psychiatrii.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

§ 64 Sestra pro péči v psychiatrii

Sestra pro péči v psychiatrii vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta, který má patologické změny psychického stavu. Dále může

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. provádět návštěvní službu a poskytovat ošetrovatelskou péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta,
2. poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi, který má patologické změny psychického stavu, vyžadující stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí,
3. sledovat dodržování léčebného režimu pacienta, hodnotit známky zhoršování onemocnění, vyhodnocovat, zda pacient není nebezpečný sobě nebo svému okolí, a
4. informovat lékaře, případně zajistit nezbytná opatření pro bezpečnost pacienta a jeho okolí;

c) pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo klinického psychologa

1. v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při krizové intervenci,
2. v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při zajišťování psychologické pomoci rodině,

§ 54 Činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí

Všeobecná sestra uvedená v § 55 až 67 po získání specializované způsobilosti vykonává činnosti podle § 4 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje a organizuje ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče v oboru specializace, případně zaměření. Přitom zejména může

- a) bez odborného dohledu a bez indikace
2. sledovat a vyhodnocovat stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílet se na jejich řešení,

§ 4 Všeobecná sestra

(1) Všeobecná sestra vykonáva činnosti podľa § 3 odst. 1 a ďalej bez odborného dohľadu a bez indikácie, v súlade s diagnózou stanovenou lekárom poskytuje, prípadne zaisťuje základnú a špecializovanú ošetrovateľskú starostlivosť prostredníctvom ošetrovateľského procesu. Prítom zejména môže

k) orientačne hodnotiť sociálnu situáciu pacienta, identifikovať potrebnosť spolupráce sociálneho alebo zdravotne-sociálneho pracovníka a zprostredkovať pomoc v otázkach sociálnych a sociálne-právnych,

9. Dôsledky nedodržení cit. zákonů a vyhlášek v péči o psychotické pacienty.

Čes. A Slov. Psychiatrie č.2/2010 – Prof. MUDr. Ján Praško, CSc.: STIGMA PSYCHIATRIE

"Vysoký tlak na lôžka a tlak na to, aby hospitalizácia bola čo najkratšia, obmedzujú psychoterapeutickú aktivitu v nemocniciach.

Ani počas hospitalizácie, ani v ambulancii nemá na psychoedukáciu ani psychoterapiu nikdo čas. Vzápätí pacient kolabuje a je znovu krátke hospitalizovaný.

Mnoho pacientů se frekventovaně točí mezi psychiatrickou hospitalizací a domovom.

Fenómén „rotujúciho pacienta“ nepriňaší našemu oboru zrovna najlepšiu povest."

Česká a Slovenská psychiatrie č.5/2011 – MUDr. Martin Anders, PhD.: Úvodník

„I nezkušený analytik si musí všimnúť tolerovaného faktu, že ambulantní lekáři čerpajú finance za zdravotní sestru, ačkoli ji v ambulanci nemají.“

10. Vzťah medzi nedostatkom sociálnych služieb a špatnou psychoterapiou pro psychotiky.

Lékařská zpráva při propouštění pacienta z lůžkového zařízení má též stanovit stupeň závislosti na pomoci jiné osoby (§ 8/2 ZoSS) a vyjmenovat schopnosti zvládat základní životní potřeby (§ 9 ZoSS a přílohy č. 1. vyhlášky č.505/2006 Sb., k tomuto zákonu). Má to být jedním z výstupů psychosociální intervence. Personálně jsou na to lůžková zařízení vybavena.

Protože se tak nekoná, nemají jak obce s rozšířenou působností, tak následně kraje podklady pro tzv. komunitní plánování SS.

Příloha č. 1 vyhl. 505/2006 Sb., VYMEZENÍ SCHOPNOSTÍ ZVLÁDAT ZÁKLADNÍ ŽIVOTNÍ POTŘEBY

a) Mobilita:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujímat polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu, chůzí po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používat dopravní prostředky včetně bariérových.

b) Orientace:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se časem, místem a osobou, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně v nich reagovat.

c) Komunikace:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna porozumět se a porozumět, a to mluvenou srozumitelnou řečí a psanou zprávou, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům, používat běžné komunikační prostředky.

d) Stravování:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nápoj nalít, stravu naporcovat, naservírovat, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim.

e) Oblékání a obouvání:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

f) Tělesná hygiena:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna použít hygienické zařízení, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

g) Výkon fyziologické potřeby:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna včas používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky.

h) Péče o zdraví:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetrovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky.

i) Osobní aktivity:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vstupovat do vztahů s jinými osobami, stanovit si a dodržet denní program, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí jako např. vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

j) Péče o domácnost:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, maniplovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek

Pro stanovení vyjmenovaných základních životních potřeb je důležitý

§ 2a

Pokud osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat alespoň jednu z aktivit, která je pro schopnost zvládat základní životní potřebu vymezena v příloze č. 1 k této vyhlášce, není schopna základní životní potřebu zvládat, a to bez ohledu na příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Ambulantní psychiatr, pokud nemá tyto údaje o stupni závislosti na pomoci jiné osoby od lůžkového zařízení, musí je stanovit sám.

Když nemá sestru, která je ve spojení s pacientem, nezbyvá, než stanovit základní životní potřeby a od nich odvozený stupeň závislosti ve spolupráci s osobou, která žije s pacientem.

Objektivní určení stupně závislosti je dáno skutečností, že jediným nástrojem pro určení Dg. schizofrenie a od toho odvozených postupů léčby je proti jiným chorobám pohovor a pozorování. Takový postup bude vždy zatížen subjektivním náhledem.

V závěru nechť je uveden příspěvek našeho předního odborníka oboru prof. MUDr. J. Libigera, který přednesl na semináři 13. 11. 2003: **"TRANSFORMACE OBORU PSYCHIATRIE"** pořádaném Psychiatrickou společností – Sborník str. 45:

„Psychiatrie je podle mého názoru velmi specifickým oborem medicíny, v mnoha směrech odlišným od ostatních. Efektivita práce je zde do značné míry ovlivněna tím, že v terapii a v práci s psychiatrickým pacientem je od začátku nezbytné ovlivnit jeho chování a porozumět jeho prožívání nemoci; K tomu je zapotřebí i spolupráce profesionálů v dalších oblastech než jen v psychiatrii a dokonce v medicíně, tedy týmová interdisciplinární spolupráce, jak již o tom byla řeč. Podle mého názoru v naší psychiatrii výrazně chybí – a to zde zatím zdůrazněno nebylo – právě nezdravotničtí profesionální pracovníci, jako ergoterapeuti, sociální pracovníci atd., kteří by byli financováni v průběhu péče transparentním způsobem. Efektivita práce lékaře v naší psychiatrii je nízká především právě v důsledku neexistence dostatečného zázemí nezdravotnických, ale také administrativních a pomocných profesí.“

SYMPOSIUM SEKCE LŮŽKOVÉ PSYCHIATRIE: PSYCHIATRIE A DRG

garant prim. Jan Tuček

Summary

PSYCHIATRY AND DRG

The goal of both presentations is to introduce new way of funding psychiatry through DRG. Presentations will point on various limitations of this system and possible ways of its adjustments will be discussed. As part of the presentation will be show also practical exercise.

Key words: Psychiatry, DRG

Cílem prezentací je seznámit odbornou veřejnost s novým systémem financování psychiatrie, které systém DRG představuje. Jedná se o tzv. prospektivní hrazení zdravotní péče. Filozofií tohoto systému je platit jednotlivé případy a cenu si stanovit podle důvodu hospitalizace, pro stejný důvod hospitalizace má být celonárodně určena stejná cena. Vychází z principů kódování podle Mezinárodní klasifikace nemocí. Ukazuje se, že DRG je vhodným nástrojem pro hrazení akutních hospitalizací, vhodnost placení péče v psychiatrii bývá zpochybňována. V praktické části budou představeny možnosti tzv. upcodingu a jeho dopady na poskytovatele péče.

WORKSHOP FENOMENOLOGICKÁ METODA PŘI PRÁCI SE SNY

garant MUDr. Michal Kryl

FENOMENOLOGICKÝ PŘÍSTUP PŘI PRÁCI SE SNY

M. Kryl

Psychoterapeutické oddělení, Psychiatrická léčebna Šternberk, Česká republika

Summary

PHENOMENOLOGICAL METHOD FOR WORKING WITH DREAMS

The phenomenological method is one of the alternative ways of working with dreams in psychotherapy. It was developed in the 1950s by the Swiss psychiatrist Medard Boss, a co-founder of daseinsanalytical psychotherapy, which draws on Heidegger's philosophy. Dream analysis makes it possible for the dreamer to understand a range of references and correlations related to the underlying phenomena which determine the person's being-in-the-world (In-der-Welt-Sein). This may also facilitate the understanding of mental illness or ailments which the patient has sought help for. The workshop also involves a practical demonstration of phenomenological dream interpretation.

Key words: *psychotherapy, working with dreams, philosophical anthropology, daseinsanalysis.*

Motto: Z hlediska filozofické antropologie není člověk chápán jako jeden z mnoha živočišných druhů, člověku není vlastní přírodní způsob bytí, je z něj vykloněn, vyznačuje se rozumějším odstupem, vztahem vůči všemu, včetně své vlastní existence. Lidská existence je život, který si rozumí (Růžička 2010).

Psychoterapeut se pacientem setkává v situaci, kdy ten, který k němu přichází, je „zúžený ve svých lidských možnostech být autenticky sám sebou“. V procesu antropologicky/existenciálně orientované psychoterapie dochází k pokládání otázek po pacientově způsobu bytí ve světě. K tomu dochází v odkrývajícím otevřeném dialogu, formou otázek a odpovědí, ale také mlčením a trpělivým nasloucháním.

Jedinečnou metodou, jak lépe a nemocného je práce se sny, která byla rozpracována v rámci jedné z nejvýznamnějších antropologicky/existenciálně zaměřených psychoterapeutických škol *daseinsanalýzy* svým zakladatelem Medardem Bossem (Boss, 2002). Jde o originální fenomenologickou koncepci výkladu lidského snění, kdy se prostřednictvím sdělovaného snového materiálu (za

přispění citlivého dotazování terapeuta) začínají pacienti samému odkrývat četné významy a odkazovací souvislosti směřující k základům určujícím jeho bytí ve světě – fenoménům. Takovými (ontologickými) fenomény jsou v *daseinsanalýze* základní bytostná určení jako je smrtelnost (konečnost lidského bytí), vrženost (nemožnost volby zrození), tělesnost (fyzická stránka existence) a další. Snový svět *daseinsanalýza* chápe jako něco, co patří nejvlastnější lidské skutečnosti, je stejně významný jako bdělá dimenze existence.

Růžička rozděluje lidské sny na aktuálně tematické, centrální a osudové (Růžička, 2003). První ze jmenovaných jsou svázány s každodenní existencí, časově se vztahují k současnosti. Centrální sny mají mohutnější záběr a vyznačují se velkým časovým rozpětím, postihují vzdálené významové souvislosti (traumata, významné vztahy, důležité životní předěly apod.). Osudové (též základní) sny vypovídají o rozhodujících volbách a skutečích.

Fenomenologický výklad snů v rámci *daseinsanalytické* psychoterapie se do značné míry drží původní Bossovy metodiky spočívající v kladení otázek: Kde se sen odehrává, kdo a co se v něm objevuje a co to, co se děje a objevuje pro spícího znamená.

Součástí dílny bude v případě zájmu ze strany účastníků ukázka výkladu snu nebo snového zlomku.

Literatura

Boss, M.: *Včera v noci se mi zdálo*. Triton, Praha 2002.

Condrau, G.: *Freud a Heidegger. Daseinsanalytická teorie neuróz a psychoterapie*. Triton, Praha 1998.

Růžička J.: *Ego-analýza, kritická studie*, Triton, Praha 2010.

Růžička J.: *Péče o duši v perspektivách psychoterapie*. Triton, Praha 2003.

SYMPOSIUM PSYCHIATRICKÉ KLINIKY FN OLOMOUC: NEUROBIOLOGIE ÚZKOSTNÝCH PORUCH

garant prof. Ján Praško

fMRI U PANICKÉ PORUCHY A HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI

A. Grambal¹, Z. Tüdös², T. Divéky¹, Z. Grambalová³, D. Kamarádová¹, K. Látalová¹, J. Praško¹, P. Hlušík³

¹Klinika Psychiatrie, LF Univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika; ²Radiologická klinika, LF Univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika; ³Neurologická klinika, LF Univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

fMRI IN PATIENTS SUFFERING FROM PANIC DISORDER OR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Aim: The aim of our study was to find mechanisms of anxiety related stimuli processing in patients suffering from panic disorder (PD) and borderline personality disorder (BPD). **Method:** Panic disorder patients were studied in fMRI during the exposition of threat-related words compared with neutral words and emotional faces (anxiety, surprise and neutral) compared with fixation points. BPD patients were studied in fMRI during the exposition of negative schemas related words compared with positive schemas related words and emotional faces (anxiety, angry, neutral) compared with fixation points. **Results:** In PD patients, anxiety faces activity in right/left amygdala was 261 voxels / 88 voxels, Neutral faces activity right/left amygdala was 592 vox / 224 vox. In BPD patients, schemas oriented words and emotional faces activated amygdala and limbic system. Most of activity showed right amygdala to angry and neutral faces and words. The difference between the activation of aggressive and neutral faces was not significant. **Conclusion:** PD and BPD patients responded to emotional faces and anxiety related stimuli by amygdala activation. In both disorders there is a bilateral amygdala activity, with an obvious right-sided dominance, as evidence for the involvement of the right amygdala and limbic system in pathological processing of anxiety.

Key words: Borderline personality disorder, panic disorder, emotion faces, fMRI

Cíle

Nalezení společných mechanismů zpracování zúzkostňujících podnětů u pacientů s panickou poruchou a hraniční poruchou osobnosti

Metody

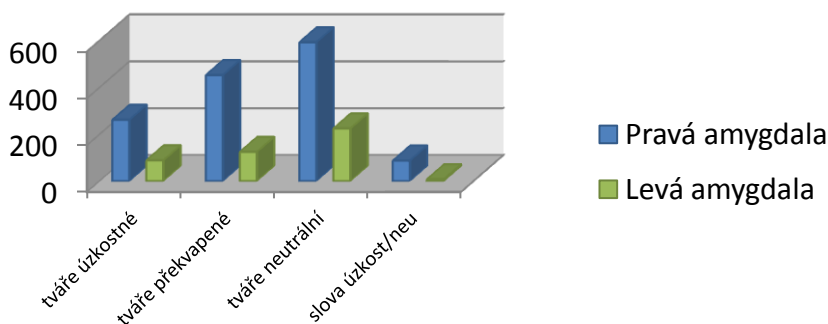
Pacienti s panickou poruchou a hraniční poruchou osobnosti reagují nadměrnou úzkostí na některé běžné podněty. U pacientů s hraniční poruchou osobnosti se panická porucha vyskytuje komorbidně v 15–30%. Úzkost navozují některé situace, ve kterých dochází k rozvoji negativních automatických myšlenek, na ně navazujících emocí, tělesných reakcí a vyhýbavé nebo zabezpečovací chování, které vede často ke zhoršování a udržování obtíží, uzavírá se bludný kruh dysfunkce. Úzkostná reaktivita vzniká také na nevědomé úrovni, kdy některé podněty aktivují starší nevědomé zkušenosti a limbický systém reaguje úzkostí bez předchozího racionální zpracování. Do studie panickou poruchou bylo zařazeno 22 pacientů, doporučených na Klinikou psychiatrie FN v Olomouci. Pacienti byli vyšetřeni pomocí fMRI, kde byli vystaveni akustické stimulaci slovy a vizuální stimulaci emočními tvářemi. Míra psychopatologie byla hodnocena na počátku stupnicemi pro míru deprese (BDI), úzkosti (BAI) a celkového klinického dojmu (CGI). Byla hodnocena aktivita amygdaly. Pacienti pro zařazení do studie splňovali následující vstupní kritéria: (a) výzkumná MKN-10 kritéria pro panickou poruchu, diagnóza byla potvrzena pomocí interview MINI (b) věk 18–65 let; (c) obě pohlaví; (d) podepsání informovaného souhlasu se studií. Vylučující kritéria: (a) depresivní epizoda (pacient splňuje kritéria pro depresivní epizodu (b) vyšší riziko suicidality; (c) organická psychická porucha; (d) psychotické onemocnění v anamnéze; (e) závislost na návykových látkách; (f) závažné tělesné onemocnění; (g) užívání nepředepsané medikace; (h) těhotenství nebo laktace; (i) epilepsie či patologické EEG; (j) nespolupracující pacient; (k) disociální porucha osobnosti. Vstupní kritéria byla potvrzena dvěma nezávislými posuzovateli. Oblast zájmu byla dle hypotézy (reaktivita amygdaly souvisí s tíží příznaků u panické poruchy) omezena na amygdalu (ROI analýzy – Region Of Interest). Pro stimulaci byly užity úzkostné, překvapené a neutrální tváře srovnávané s fixačními body, dále úzkostňující slova srovnávané s neutrálními slovy. K analýze dat byl použit software FSL 5.9.8, k hodnocení oblasti zájmu FSL view 3.1.8. Do studie s pacienty trpícími hraniční poruchou osobnosti bylo zařazeno 10 žen motivovaných k následné psychoterapeutické léčbě, v ambulantní péči PSY FNOL, s dg. emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ, bez KI pro vyšetření, pravoruké, věk 25,5 let. Míra psychopatologie byla hodnocena pomocí klinických stupnic pro úzkost, depresivní ladění, preferenci užívání končetin a specificky pomocí indexu závažnosti hraniční poruchy osobnosti. CGI (Clinical Global Impression rating scale), BDI – Beck depression inventory, BAI – Beck anxiety inventory, HI – Handless inventory a BPDSI – Borderline personality severity index. Pacienti byli vyšetřeni ve Fakultní nemocnici Olomouc pomocí funkční magnetické rezonance přístrojem Siemens Magnetom Avanto 1.5 Tesla, vyšetřen byl celý mozek, snímány byly morfologické anatomické reference a funkční data (BOLD – Blood Oxygen Level Dependent) s repetičním časem TR=2500ms, stimulace tvářemi trvala celkem 12 min a slovy 4,25 min, celé vyšetření asi

40 minut. Data byla analyzována pomocí softwaru FSL Feat – FMRIB Software Library – analýza funkčních dat, hodnocena pomocí FSL View. Oblast zájmu byla omezena na amygdalu. Vyšetření pacientů s hraniční poruchou osobnosti bylo zaměřeno na základní komponenty obrazu HPO a to nedostatečnou mentalizaci – ve fMRI vyšetřovanou pomocí vizuální stimulace emočními tvářemi a negativní kognitivní schémata reprezentující jádrová přesvědčení – ve fMRI stimulace negativními a pozitivními hodnotícími výrazy. Pacienti s HPO byli vystaveni emočním vizuálním a auditivním podnětům. Do studie byli zařazeni pacienti splňující kritéria: a) ICD-10 výzkumná kritéria pro hraniční poruchu osobnosti, b) Věk 18–65 let, c) Muži a ženy, d) Písemný informovaný souhlas, zařazovací kritéria potvrzena dvěma nezávislými hodnotiteli. Vylučovacími kritérii byla: a) Depresivní porucha (ICD-10 pro depresivní poruchu), b) Vysoké riziko akutní suicidality, c) Organická psychická porucha, d) Psychotická porucha v minulosti, e) Závažné somatické onemocnění, f) Epilepsie nebo patologické EEG. Vylučujícími kritérii v průběhu studie byly: a) naplnění vylučovacích kritérií, b) Nespolupracující pacient, c) Rozhodnutí výzkumníka na základě zdravotních problémů.

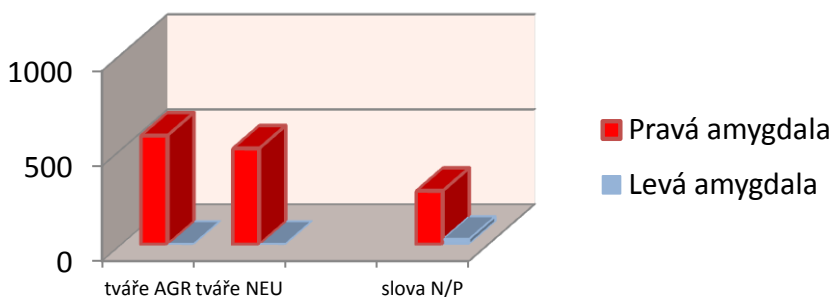
Výsledky

Celkem bylo pomocí fMRI vyšetřeno 22 pacientů s panickou poruchou. Pacienti byli analyzováni skupinově pro oblast zájmu amygdaly (ROI – Region Of Interest). Aktivita amygdaly byla hodnocena pro různé emoční tváře – zúzkostňující, překvapené a neutrální a pro úzkost navozující a neutrální slovní podněty. Průměrný věk pacientů a panickou poruchou byl $35,2 \pm 12,6$ let, ze 71 % ženy. BAI bylo $26,6 \pm 9,5$. Jedna žena a jeden muž preferovali levou ruku, zbývající pacienti pravou. Všechny typy emočních tváří a zúzkostňující slova amygdalu aktivovaly. Výraznější aktivita byla v oblasti pravé amygdaly ve srovnání s levou. U panické poruchy nejvíce aktivují amygdalu neutrální, následně překvapení a zúzkostňující tváře, úzkost navozující slova ve srovnání s neutrálními aktivují méně (viz obr. 1). Klinické hodnocení u pacientů s hraniční poruchou osobnosti bylo realizováno pomocí několika běžných klinických stupnic a škály specifické pro HPO. CGI – Clinical Global Impression rating scale $4,3 \pm 0,5$, BDI – Beck depression inventory, $25 \pm 11,2$, BAI – Back anxiety inventory $35,6 \pm 10,3$, HI – Handless inventory, 5/5 pravoruká preference, BPDSI – Borderline personality severity index $184 \pm 40,5$. Patientky s HPO reagovaly nejvíce na agresivní tváře, aktivace byla zjevná při hodnocení celého mozku (FSL Feat, $P 0,05$ corr, $Z 1,5$). Úzkostné tváře aktivovaly nejméně – amygdala při analýze ROI (Region Of Interest) byla při užití hladině citlivosti bez reakce. Při expozici emočním tvářím a slovům se u pacientů s HPO aktivovala amygdala, hipocampus a další limbické struktury. Více aktivní byla při zpracování úzkosti pravá amygdala. Diference mezi aktivací agresivními a neutrálními tvářemi byla nevýznamná, výsledek podporuje nedostatečnou mentalizaci u pacientů s HPO. Slova odvozená od negativních jádrových pře-

svědčení aktivují amygdalu více než pozitivní, aktivita je lateralizována ve prospěch pravé amygdaly (viz obr. 2).



Obr. 1 Pacienti s panickou poruchou, aktivace ve voxlech.



Obr. 2 Pacienti s hraniční poruchou osobnosti, aktivace ve voxlech.

Závěr

Pacienti s panickou poruchou i hraniční poruchou reagují na emoční tváře a zúzkostňující, nebo na negativní na schémata orientovaná slova aktivací amygdaly. U panické poruchy nejvíce aktivují amygdalu neutrální, následně překvapení a zúzkostňující tváře, u hraniční poruchy je aktivnější amygdala u agresivních a srovnatelně neutrálních tváří, úzkostné tváře při prahu užité analýzy neaktivují. U obou poruch dochází k aktivitě amygdaly oboustranně, se zjevnou pravostrannou dominancí, co svědčí pro zapojení pravé amygdaly a limbického systému do patologického zpracování podnětů a prožívané úzkosti.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NS 10301-3/2009

Literatura

Phillips KA, Gunderson JG: Personality disorders, in The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry, 3rd ed. Edited by Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999, pp 795–82

Koenigseberg, H.W., Kaplan. R.D., Gilmore, M.M. et al. The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients. Am. J. Psychiatry 1985; 142: 207–212.

EEG A HRV NÁLEZY U PACIENTŮ S PANICKOU PORUCHOU

D. Kamarádová¹, T. Divéky¹, J. Praško¹, K. Látalová¹, A. Grambal¹, P. Šilhan²

¹Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika; ²Fakultní nemocnice Ostrava, Česká republika

Summary

EEG AND HEART RATE VARIABILITY SPECTRAL ANALYSIS FINDINGS IN PATIENTS WITH PANIC DISORDER

Introduction: Both EEG and HRV can be used for measuring state of organism called hyperarousal that is often associated with panic disorder. Using EEG we can find changes in brain electrical activity. HRV allows us to measure activity of autonomous nervous system. **Methods:** The resources for this literature review were obtained from the National Library of Medicine PubMed database and Web of Science, including the ones published between the years 1991–2011. **Results:** There is no specific EEG pattern in patients with panic disorder, nevertheless frequent findings is frontal asymmetry in alpha activity. During examining deeper structures there were repeatedly demonstrated changes in activity of amygdala, hippocampus and parahippocampus. Another studies finds changes in inter and intra-hemispherical coherence in frontal, prefrontal and frontotemporal regions. HRV studies confirm expected finding of autonomic dysregulation in patients with panic. **Conclusions:** Patients with panic disorder show changes both in electrical brain activity and activity of autonomic nervous system.

Cíle

Cílem naší práce bylo zkoumání biologických změn u pacientů trpících panickou poruchou. Zajímalo nás také, jestli a jak tyto změny ovlivní terapii.

Metody

K jejich zkoumání jsme použili dvě metody. První z nich, HRV (heart rate variability) zkoumá komponenty R-R intervalu na EKG. Pomocí spektrální analýzy

dat je možné získaná data rozdělit do 3 základních komponent spektra dle frekvencí (VLF – very low frequency, LF – low frequency a HF – high frequency). R-R interval je ovlivňován změnami aktivity sympatického a parasympatického nervového systému. K jeho změnám tedy dochází v průběhu mnoha fyziologických i patologických procesů a může být spojen s morbiditou a mortalitou (Lucini et al. 2002). Pomocí EEG můžeme měřit mozkovou elektrickou aktivitu. Standardní EEG nám umožňuje sledovat jen kortikální změny, nicméně v dnešní době již existují softwarové produkty, které pomocí matematických modelů umožňují sledovat i aktivitu hlubších struktur. Jedním z těchto programů je sLORETA (standardized low resolution brain electromagnetic tomography). V naší práci jsme zkoumali změny u pacientů hospitalizovaných na psychoterapeutickém oddělení Fakultní nemocnice v Olomouci. Pacienti splňovali diagnostická kritéria pro panickou poruchu s nebo bez agorafobie dle MKN-10. Jednalo se o pacienty resistantní na léčbu psychofarmaky. Mezi vylučující kritéria patřil věk vyšší než 60 let nebo nižší než 18, současná depresivní, psychotická či organická psychická porucha, vysoká míra suicidality, psychotické onemocnění v anamnéze, abusus návykových látek, těhotenství či laktace a závažné somatické onemocnění. Měření byla prováděna vždy na začátku terapie a po jejím skončení (po 6 týdnech). Diagnóza byla potvrzena pomocí MINI (Mini-international neuropsychiatric interview). Intenzitu příznaků jsme hodnotili pomocí BAI (Beckův inventář úzkosti), BDI (Beckův inventář deprese) a CGI (Clinical Global Impression). HRV bylo hodnoceno v ortostatickém experimentu ve třech polohách. V těchto polohách pacienti setrvali vždy 5 minut. Nejprve bylo snímání prováděno vleže, poté vestoje a poté opět vleže. Data byla poté zpracována pomocí rychlé Fourierovy transformace a hodnocena ve třech pásmech (VLF = 0,0033–0,04 Hz odpovídající zejména sympatické a renin-angioten-aldosterovové ose; LF = 0,04–0,15 Hz odpovídající sympatické a baroreceptorové aktivitě; a HF = 0,15–0,40 Hz reprezentující aktivitu parasympatiku). K hodnocení byl použit mikropočítačový systém VarCorPF7. Výsledky spektrální analýzy byly logaritmicky transformovány k použití do statistické analýzy. Ke statistické analýze byla použita sloupcová statistika ke zjištění průměrů, mediánů a rozptylů, průměry hodnot v jednotlivých komponentách byly porovnány pomocí t-testů. Dále byly provedeny korelační analýzy a pomocí χ^2 nebo Fisherova přesného testu byla porovnávána kategorická data. Za významnou byla považována 5% hladina statistické významnosti. EEG bylo snímáno u pacientů v klidu, při zavřených očích, při standardní montáži 10/20, pomocí 19 elektrod. K monitoraci byl použit přístroj Walter Graphitek PL-Winsor 3.0. Získaná data byla poté přenesena do programu Wavefinder 1990–2007 ver. 2.07, kde byly ze záznamu odstraněny artefakty. Takto upravená data byla nakonec zpracována pomocí programu sLORETA. Pacienti podstoupili 6 týdenní psychoterapeutický program pomocí kognitivně behaviorální terapie (Soukupová a Praško, 2001).

Výsledky

Monitoraci HRV podstoupilo 31 pacientů (72,2% bylo žen). Všichni pacienti užívali psychofarmaka (26 pacientů antidepresiva s průměrnou dávkou $23,27 \pm 8,83$ mg paroxetinového equivalentu, 10 pacientů antipsychotika v dávce $1,87 \pm 1,99$ mg haloperidolového equivalentu a benzodiazepiny 10 pacientů s dávkou $11,5 \pm 6,7$ mg diazepamového equivalentu denně). V průběhu terapie nedošlo k významným změnám v oblasti farmakoterapie. Průměrné BAI skóre pacientů před zahájením léčby bylo 29,9 a po skončení 22,1 bodů. Hodnoty BDI pak byly 21,1 na počátku a 16,2 na konci terapie. Z této skupiny podstoupilo EEG měření 13 probandů (92% bylo žen), průměrný věk (37,1 let). Průměrné BAI skóre na počátku léčby bylo 27,4 a na konci 19,2. Průměrné BDI skóre bylo na počátku 21,7 a na konci 13,5 bodů. V průběhu terapie se objevila tendenci ke zvyšování hodnot všech 3 komponent HRV v průběhu ortostatického testu. Statisticky významných hodnot však bylo dosaženo jen v HF1 komponentě (obr. 1). Při EEG monitoraci jsme našli změny v absolutním zastoupení frekvenčních pásem alfa-2 (10,5–12 Hz) (obr. 2) a beta-3 (21,5–30 Hz) (obr. 3). Snížení absolutního výkonu alfa-2 frekvenčního pásma bylo v oblasti předního cingula (obr. 2), může být interpretováno jako změna v regulaci autonomního nervového systému. Zvýšení výkonu beta-3 pásma v superiorním frontálním laloku lze dát do souvislosti s posílením kognitivní kontroly emocí. Nicméně nálezy leží mimo hranici statistické významnosti.

Závěr

Naše nálezy podporují teorii vlivu psychoterapie na mozkovou aktivitu a aktivitu autonomního nervového systému.

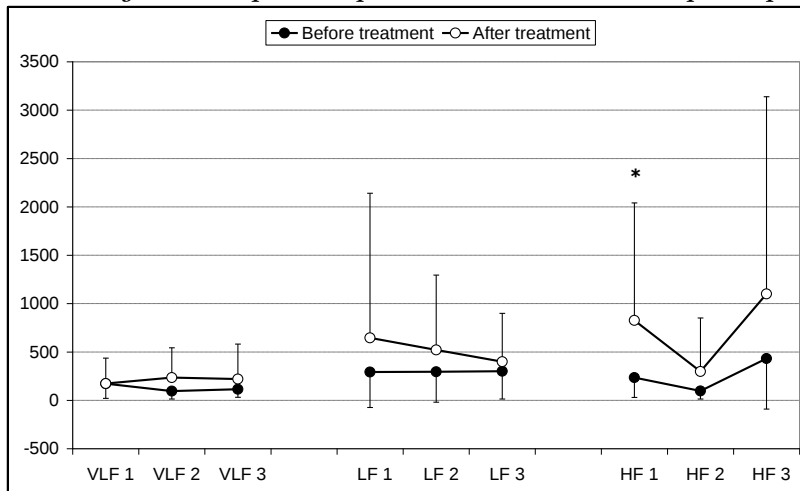
Podpořeno IGA MZ ČR NT11047

Literatura

Lucini D, Mela GS, Malliani A, Pagani M: Impairment in cardiac autonomic regulation preceding arterial hypertension in humans. *Circulation* 2002; 106: 2673–2679.

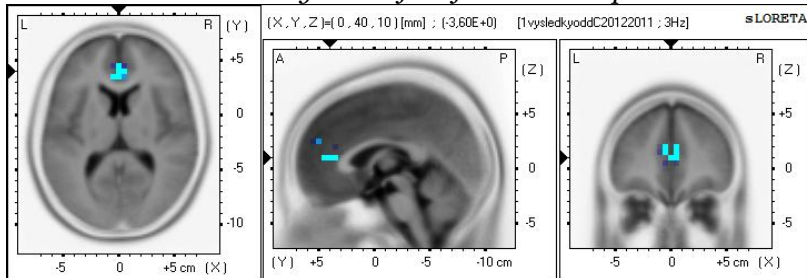
Soukupova N and Prasko J: Skupinová KBT u panické poruchy. *Psychiatrie* 2001;5(suppl 4): 32–35.

Obr. 1: Hodnoty HRV komponent v průběhu ortostatického testu před a po léčbě

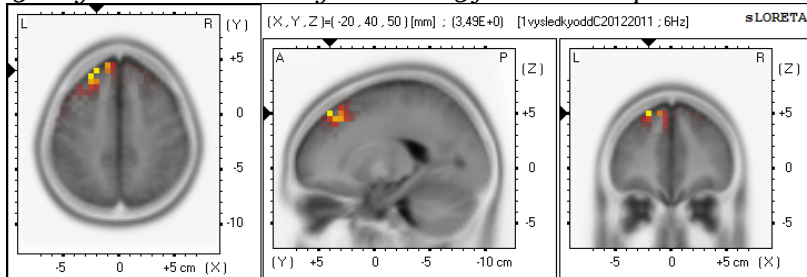


VLF= very low frequency band (0.0033–0.04 Hz); LF= low frequency band (0.04–0.15 Hz); HF= high frequency band (0.15–0.40 Hz); 1= 5 minut leh; 2= 5 minut stoj; 3= 5 minut leh, * pair t-test: $p < 0.05$

Obr. 2: Pokles v absolutním výkonu alfa-2 frekvenčního pásma



Obr. 3: Zvýšení v absolutním výkonu beta-3 frekvenčního pásma



KLINICKÉ A BIOCHEMICKÉ NÁLEZY U DELIRIÍ VE FAKULTNÍ NEMOCNICI OLOMOUC

B. Mainierová¹, R. Horáček², J. Praško¹, T. Grosmanová², L. Blahut², M. Horáková², K. Látalová¹, D. Kamarádová¹, A. Grambal¹

¹Klinika psychiatrie a ²Chirurgická klinika, Oddělení centrální intenzivní péče, Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

CLINICAL AND BIOCHEMICAL FINDINGS IN DELIRIAS IN UNIVERSITY HOSPITAL OLOMOUC

There was a prospective cohort study in setting of 12 bed acute psychiatric care unit and 12 bed surgery intensive care unit in university hospital. Patients were 107 consecutive delirious patients in acute psychiatry unit and 140 consecutive delirious patients on surgery intensive care unit. Patients were assessed daily for delirium and treated with usual delirium treatment according the guidelines. The laboratory blood tests included

Key words: Delirium, Surgery intensive unit, Psychiatric ward, Biochemistry

Přesná etiopatogeneze deliria není uspokojivě vysvětlena. Mezi předpokládané patofyziologické mechanismy patří defekt syntézy, blokády nebo dysbalance určitých neurotransmiterů; porucha průchodu iontů excitabilní neuronální membránou; závažné změny ve vnitřním prostředí, v koncentraci iontů a obsahu vody, osmolaritě a pH; přítomnost falešných neurotransmiterů; narušená syntéza makromolekul nutných pro obnovu strukturálních a funkčních částí neuronů. Zhoršení mozkového oxidačního metabolismu vede ke snížené syntéze neurotransmiterů zvláště acetylcholinu. Cholinergní deficit je pro vznik deliria patrně nejvýznamnější, protože acetylcholin je neurotransmitter potřebný pro normální kognitivní funkce, pozornost a normální cyklus spánku a bdění. S věkem související snížení funkce acetylcholinového systému zvyšuje pravděpodobnost vzniku deliria. K dalším předpokládaným patogenetickým faktorům patří hyperkortizolémie, hyperfunkce dopaminergního a beta-endorfinového systému, zvýšení centrální noradrenergní aktivity a poškození intra-neuronálních enzymatických systémů. Lze předpokládat i určitou roli glutamátu a neuropeptidů

Cíle

Cílem naší studie bylo zjistit typické biochemické nálezy u pacientů s různými typy deliria, kteří byli hospitalizovaní na klinice psychiatrie a na jednotce intenzivní pooperační chirurgické péče ve Fakultní nemocnici Olomouc a zjistit, které faktory mohou souviset s délkou deliria.

Metody

Jde o kohortovou studii na 12 lůžkovém akutním psychiatrickém oddělení, kam se dostávají pacienti zpravidla překladem ze somatického oddělení, kde se rozvinul delirantní stav, který není schopno somatické oddělení zvládnout a na 12 lůžkové jednotce intenzivní chirurgické péče Fakultní nemocnice Olomouc, kam se dostávají pacienti po operačním zákroku. U pacientů byly hodnoceny laboratorní testy (jako jsou hodnoty natria, kalía, chloridů, fosforu, urey, kreatininu, hematokritu, krevní obraz, CRP, celková bílkovina, albumin a laboratorní markery renální nebo hepatální dysfunkce) a jejich hodnoty byly vztaženy k délce a závažnosti deliria. Pacienti s deliriem souvisejícím s vysazením alkoholu byli analyzováni zvlášť. Výsledky jsou nyní statisticky analyzovány, budou diskutovány.

Výsledky

Pro delirium různé etiologie bylo ve sledovaném období léčeno celkem 198 pacientů; vesměs převládalo abstinenční delirium po odnětí alkoholu – 107 pacientů. Delirium se na jednotce intenzivní chirurgické pooperační péče objevilo u 140 z 5642 pacientů (2,48%), kteří v období dvou let prošli jednotkou intenzivní chirurgické péče. Analýza biochemických dat a jejich vztah k délce a závažnosti deliria aktuálně probíhá a bude prezentována.

Závěr

Delirium souvisí s celou řadou různorodých patologických biochemických nálezů, jejichž podíl na jeho vývoji a udržování, případně na délce jeho trvání může být významný.

*Podpořeno granty IGA MZ CR NS 10301-3/2009 a
IGA MZ ČR NT 11047-4/2010*

Literatura

Ely EW, Stephens RK, Jackson JC, Thomason JW, Truman B, Gordon S, Dittus RS, Bernard GR. Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: a survey of 912 health-care professionals. Crit Care Med 2004;32:106–112.

Praško J: Literární přehled o etiologii a léčbě deliria tremens. In: Havlůj J (ed): Intenzivní péče o život ohrožující stavy v psychiatrii. Praha, PCP, 1991.

Praško J, Havlůj J, Bašný Z, Seifertová D: Diagnostika a terapie deliria tremens v podmínkách JIPP. Protialkoholický Obzor 1991; 25: 35–41.

Meagher DJ. Delirium: optimising management. BMJ 2001;322:144–149.

Massie MJ, Holland J, Glass E: Delirium in terminally ill cancer patients. Am J Psychiatry 1983; 140: 1048–1050.

HRV U BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY

K. Látalová, J. Praško, T. Divéky, A. Grambal, D. Kamarádová

Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

HEART RATE VARIABILITY SPECTRAL ANALYSIS FINDINGS IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER

Introduction: Autonomic nervous system (ANS) dysfunction and reduced heart rate variability (HRV) have been reported in a wide variety of psychiatric disorders, but have not been well characterized in bipolar patients in remission. We recorded cardiac activity and assessed HRV in bipolar outpatients in remission. **Methods:** Autonomic nervous system (ANS) has been evaluated during orthostatic change in three positions (1 – lie down 5 minutes, 2 – stand up 5 minutes, 3 – lie down 5 minutes). The functioning of the ANS has been measured by the diagnostic systems that are using the power spectral analysis which quantifies the heart rate variability (HRV) was assessed using time domain, frequency domain, and nonlinear analyses in 23 bipolar patients in remission. **Results:** We found highly statistically significant negative correlations between level of dissociation measured by DES and most of parameters of ANS. We found negative correlations between the age of the patient and activity of ANS, and negative correlations between activity of ANS and duration and onset of disorder. **Conclusions:** Autonomic dysregulation is associated with bipolar disorder in remission and has relation to level of dissociation and probably to age of patients and age of onset and duration of disorder.

HRV je jednoduchá metoda umožňující zkoumání aktivity sympatiku a parasympatiku pomocí zkoumání R-R intervalu EKG. Získaná data je poté možné rozdělit do 3 základních komponent spektra dle frekvencí (VLF – very low frequency, LF – low frequency a HF – high frequency). Dle současných vědeckých poznatků VLF (0,0033–0,04 Hz) odpovídá zejména sympatické a renin-angioten-aldosterovové ose; LF (0,04–0,15 Hz) odpovídá sympatické a baroreceptorové aktivitě a HF (0,15–0,40 Hz) reprezentuje aktivitu parasympatiku. Dysfunkce autonomního nervového systému a redukce variability srdečního tepu (HRV) byla popsána u celé řady psychických onemocnění. Pacienti s depresí často popisují symptomy způsobené špatnou funkcí autonomního nervového systému, jakými jsou například sucho v ústech, průjem nebo nespavost. Dysregulace autonomního nervového systému může vysvětlit, proč mají pacienti s depresí vyšší riziko rozvoj kardiovaskulárního onemocnění (Carney et al. 2005). U pacientů s bipolární mánií nebyly do této chvíle změny

aktivity autonomního nervového systému dostatečně popsány (Voss et al. 2006).

Cíle

Cílem naší práce bylo nalezení změn v aktivitě autonomního nervového systému, měřeného pomocí HRV.

Metody

Do naší studie byli vybíráni pacienti hospitalizovaní na Klinice psychiatrie, Fakultní nemocnice v Olomouci. Všichni byli hospitalizováni s diagnózou bipolární afektivní poruchy. Pacienti splňovali diagnostická kritéria bipolární afektivní poruchy dle MNK-10. Diagnóza byla dále potvrzena pomocí dotazníku MINI (MINI-international neuropsychiatric interview). Vyšetřovaní pacienti se nacházeli v remisi, což bylo potvrzeno vyšetřením zkušeným psychiatrem, skóre v CGI-S (Clinical Global Impression – Severity) bylo menší než 2. Tíže symptomů byla hodnocena pomocí Young Mania Rating Scale (YMRS), Hamilton Rating Scale for Depression (HRDS) a DES (Dissociative Experience Scale). Další informace byly získány pomocí interview. HRV bylo hodnoceno v ortostatickém experimentu ve třech polohách, ve kterých bylo pacientovi snímáno EKG vždy po dobu 5 minut (vleže, ve stoji, vleže). Data byla poté zpracována pomocí rychlé Fourierovy transformace.

Výsledky

Do studie bylo zařazeno 23 probandů s diagnózou bipolární afektivní poruchy, tč. v remisi. Věk probandů se pohyboval mezi 23 až 70 roky (52% žen; průměrný věk $46,17 \pm 14,11$). Věk nástupu nemoci byl $32,8 \pm 8,09$ let; průměrná délka trvání nemoci byla $13,52 \pm 9,15$ let, počet předchozích manických epizod byl $2,61 \pm 2,15$, počet předchozích depresivních epizod byl $2,65 \pm 1,82$ a počet hospitalizací byl $2,65 \pm 2,85$. Všichni námi měření pacienti užívali psychofarmaka. 21 pacientů užívalo stabilizátory nálady (průměrná definovaná dávka stabilizátoru nálady byla $0,91 \pm 0,45$ denního ekvivalentu). Antipsychotika užívalo 17 probandů (průměrná definovaná dávka antipsychotik byla $1,01 \pm 0,56$ denního ekvivalentu). 9 pacientů užívalo antidepresiva (průměrná definovaná dávka antidepresiv byla $1,33 \pm 0,56$ denního ekvivalentu) a 8 z nich také užívalo benzodiazepiny (průměrná definovaná dávka benzodiazepinů byla $0,91 \pm 0,53$ denního ekvivalentu). Při analýze HRV jsme nenašli statisticky významnou negativní korelaci mezi úrovní disociace a většinou parametrů autonomního nervového systému, jen v parametru HF jsme našli statisticky významný rozdíl mezi měřeními v průběhu ortostatického testu (obr. 1). Dále jsme našli negativní korelaci mezi věkem pacientů a aktivitou autonomního nervového systému a negativní korelaci mezi aktivitou autonomního nervového systému a délkou trvání, a také nástupem nemoci (tab. 1)

Závěr

Dle našich nálezů souvisí aktivita autonomního nervového systému u pacientů s bipolární afektivní poruchou v remisi s mírou disociace, věkem pacienta, věkem nástupu nemoci a délkou jejího trvání.

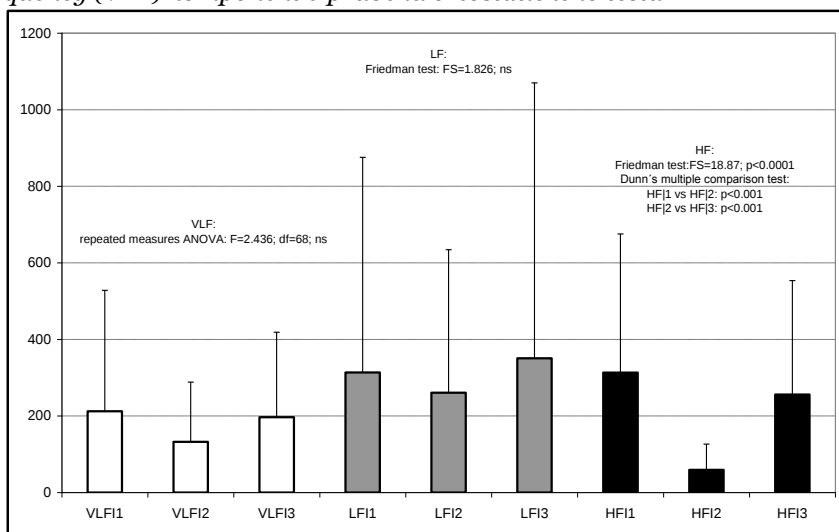
Podpořeno IGA MZ ČR NT11047

Literatura

Carney RM, Freedland KE, Veith RC. Depression, the autonomic nervous system, and coronary heart disease. Psychosom Med. 2005 May–Jun;67 Suppl 1:S29–33.

Voss A, Baier V, Schulz S, Bar KJ. Linear and nonlinear methods for analyses of cardiovascular variability in bipolar disorders. Bipolar Disord. 2006;8(5 Pt 1):441–452.

Obr. 1: Změny high-frequency (HF), low-frequency (LF) a very low-frequency (VLF) komponent v průběhu ortostatického testu



Legenda:

VLF = very low frequency band (0.0033–0.04 Hz); LF = low frequency band (0.04–0.15 Hz); HF = high frequency band (0.15–0.40 Hz);

Podmínky měření: |1= 5 minut leh; |2= 5 minut stoj; |3= 5 minut leh

Výsledky:

Bez statistické významnosti změn VLF komponenty

Bez statistické významnosti změn VLF komponenty

Statisticky vysoce významný rozdíl ve 3 měřeních HF komponenty

Tab. 1: Korelace demografických dat, klinických charakteristik a parametrů autonomního nervového systému u pacientů s bipolární afektivní poruchou v remisi

		VLF 1	VLF 2	VLF 3	LF 1	LF 2	LF 3	HF 1	HF 2	HF 3
Age	r	-0.12 ^P	0.06 ^P	-0.32 ^P	-0.31 ^S	-0.23 ^P	-0.36 ^S	-0.40 ^P	-0.43 ^P	-0.47 ^S
	p	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	p<0.05	p<0.05
Age of disorder onset	r	-0.14 ^P	0.03 ^P	-0.45 ^P	-0.26 ^S	-0.10 ^P	-0.30 ^S	-0.38 ^P	-0.37 ^P	-0.43 ^S
	p	ns	ns	p<0.05	ns	ns	ns	ns	ns	p<0.05
Mood stabilizer index	r	-0.30 ^P	-0.35 ^P	-0.21 ^P	-0.35 ^S	-0.01 ^P	-0.37 ^S	-0.19 ^P	-0.22 ^P	-0.20 ^S
	p	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Antipsychotic index	r	0.01 ^P	-0.28 ^P	0.23 ^P	0.26 ^S	0.25 ^P	-0.04 ^S	0.13 ^P	0.20 ^P	0.11 ^S
	p	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Antidepressant index	r	-0.01 ^P	-0.26 ^P	-0.33 ^P	-0.25 ^S	-0.56 ^P	-0.11 ^S	0.23 ^P	-0.12 ^P	0.17 ^S
	p	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Benzodiazepine index	r	0.77 ^P	0.68 ^P	0.06 ^P	0.20 ^S	-0.21 ^P	0.51 ^S	0.82 ^P	0.33 ^P	0.63 ^S
	p	p<0.05	ns	ns	ns	ns	ns	p<0.05	ns	ns

P=Pearson r; S=Spearman r; ns=no significant

SYMPOSIUM SEKCE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE

garant doc. Ivo Pačt

ADHD VE SPEKTRU NEUROVÝVOJOVÝCH PORUCH

I. Drtílková

Psychiatrická klinika FN Brno a MU v Brně, Česká republika

Summary

ADHD IN THE SPECTRUM OF NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS

Autism spectrum disorders (ASD) are frequently marked by symptoms consistent with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), namely inattention, hyperactivity, and impulsivity. Psychopathological, neuropsychological, brain imaging and genetic studies suggest possible pathophysiological links between ASD and ADHD. Thus, standard diagnostic procedures for both disorders should assess the presence of potential comorbid symptoms of the other disorder. Individuals with co-occurring ASD and ADHD symptoms are more severely impaired, with significant deficits seen in social processing, adaptive functioning, and executive control. Recent work has also demonstrated high rates of ASD symptoms in a subset of children with ADHD.

Key words: ADHD, autism, comorbid disorders, psychopathology

Úvod

Neurovývojové poruchy bývají diagnostikovány v časném dětství a obvykle provázejí jedince během dospívání i dospělosti, často s modifikovanými nebo minimalizovanými příznaky. Na jejich etiopatogenéze se významně podílí genetika, společně s různými environmentálními vlivy, které mohou negativně ovlivnit neurovývojový proces. Poruchy genů, které se uplatňují při vývoji nervového systému, jsou příčinou abnormního vývoje neuronálních sítí a dysfunkční neurotransmise, s následným vznikem různých typů kognitivně-behaviorální dysfunkce, se specifickými neuropsychologickými deficity. Typickými vlastnostmi neurovývojových poruch je jejich častý familiární výskyt a vysoká, vzájemná komorbidita.

V dětské psychiatrii jsou mezi neurovývojové poruchy zařazovány následující diagnostické kategorie s typickým výskytem v dětství:

Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, poruchy komunikace (dysfázie, receptivní, expresivní...)

Specifické vývojové poruchy školních dovedností, poruchy učení

Dyslexie, dysgrafie, dysorthografie, dyskalkulie), dysmúzie, dyspinxie

Specifická vývojová porucha motorické funkce,

dyspraxie, syndrom neobratného dítěte
Pervazivní vývojové poruchy. Autistické spektrum či kontinuum.
Dětský autismus, Aspergerův syndrom, Atypický autismus
Hyperkinetické poruchy, ADHD syndrom
Porucha pozornosti s hyperaktivitou, hyperkinetická porucha chování
Tikové poruchy
Přechodná a chronická porucha, Tourettův syndrom
Mentální retardace

Vedle těchto diagnóz jsou v psychiatrii mezi neurovývojové poruchy často zařazovány schizofrenie, OCD nebo deprese, i když se jejich průběhová trajektorie poněkud liší od poruch s typickým začátkem v časném dětství. V neurologii a pediatrii se mezi neurovývojová onemocnění zařazují také případy vrozené epilepsie, dětská mozková obrna, některá neurodegenerativní onemocnění (například parkinsonismus, při mutaci genu pro Nurr – 1 protein, který je důležitý při vývoji dopaminergních neuronů) a vrozené poruchy s abnormitami na různých chromozomech.

Owen et al. se domnívají, že tyto poruchy mohou reprezentovat určité kontinuum geneticky a environmentálně podmíněného neurovývojového poškození, jehož různé klinické symptomy reflektují predominantní matici a závažnost abnormálního vývoje mozku, s následnými poruchami funkce. U autismu jsou prominentní symptomy v oblasti sociální komunikace, u ADHD v narušení inhibiční kontroly a u mentální retardace je v popředí porucha v kognitivní oblasti. Různé typy kognitivní dysfunkce jsou však přítomny u většiny neurovývojových poruch.

V etiopatogenéze mohou hrát roli některé jednoduché, nukleotidové (SNP) a VNTR polymorfismy (variable number of tandem repeat polymorphisms) nebo některé variace v počtu kopií (inserce nebo delece, které mohou zahrnovat více genů v regionu), které mohou být variabilně exprimovány jako více typů neurovývojových poruch (Belsky et al. 2010). Jedinci, s postižením ve více oblastech (nesplňující kritéria pro diagnózu v DSM IV), jsou klasifikováni jako vícečetné, podprahové “not otherwise specified” poruchy, protože současná, deskriptivní klasifikace ignoruje možnost, že se jedná o komplexní set symptomů, který reprezentuje jednu neurovývojovou poruchu, s mnohotvárnou manifestací. Byly proto navrhovány různé strategie pro diagnostiku dětí s komplexními symptomy, například: Deficits in Attention, Motor Control, and Perception (DAMP) (Gillberg, 2003), Multiple Complex Developmental Disorder (Towbin, Dykens, Pearson, & Cohen, 1993), Multidimensionally impaired (Kumra et al., 1998), různé Dysregulační syndromy (Althoff, Rettew, Ayer, & Hudziak, 2010; Brotman et al., 2006), a Atypical brain development. (Gilger & Kaplan, 2001; B. Kaplan, Crawford, Cantell).

Autoři jsou si vědomi, že by bylo obtížné a předčasné tyto hypotézy o etiopatogenetických mechanismech duševních poruch implikovat v současné praxi.

Upozorňují však na kontinuitu mezi „dětskými a dospělými“ psychickými poruchami a na nutnost větší komunikace mezi pedopsychiatrií a psychiatrií dospělých v teoretické i praktické oblasti

Například ADHD, která více než u poloviny postižených přechází v mírně modifikované podobě do dospělosti, nemá pro tuto věkovou skupinu v současné MKN 10 příslušnou diagnostickou kategorii a psychiatrii nejsou dostatečně erudováni v její diagnostice a léčbě. Dospělí jedinci s ADHD jsou obvykle mylně diagnostikováni jako různé poruchy osobnosti nebo jsou léčeni pro komorbidní diagnózy (úzkostné poruchy, závislosti...) a základní diagnóza uniká.

ADHD a poruchy autistického spektra (PAS).

V současné pedopsychiatrii je věnována značná pozornost „modelovým“ neurovývojovým poruchám, kterými jsou dětský autismus a ADHD; jejich etiopatogenéze, molekulárně genetickým nálezům a jejich vzájemné komorbiditě.

Dosavadní kritéria DSM IV vylučovala diagnostikovat společně s autismem ADHD, symptomy ADHD byly chápány u těchto dětí jako konsekvence autistického spektra s variabilní prezentací. Skupinou expertů pro přípravu nového manuálu DSM V je však navrhována změna a možnost současné diagnostiky obou poruch.

Odhaduje se, že 30–80% dětí s autismem má ADHD, avšak méně dětí s ADHD splňuje některá diagnostická kritéria pro poruchy autistického spektra.

Leyfer et al., zjistili v souboru 109 jedinců s autismem u 31% přítomnost ADHD. Číslo se zvýšilo až na 55%, pokud byli do této skupiny zahrnuti i jedinci se podprahovými příznaky ADHD. U 65 % jedinců s příznaky ADHD byl přítomen subtyp s převažující poruchou pozornosti. Autisté jsou většinou více hyperaktivní v dětství, v průběhu let se hyperaktivita obvykle snižuje. Murray (2010) uvádí, že současné výzkumy ukazují, že přes 50% jedinců s PAS má diagnostická kritéria pro ADHD. Pacienti s komorbidními symptomy mají závažnější postižení, zejména signifikantní deficit v sociálních schopnostech, adaptačních mechanismech a exekutivních funkcích a často se u nich objevují motorické problémy. Farmakologické studie uvádějí u této komorbidní skupiny příznivý efekt metylfenidátu, atomoxetimu a guanfacinu, avšak ve srovnání s dětmi s čistou ADHD je účinnost léčby poněkud nižší a také medikace bývá hůře tolerovaná.

Jedinci s ADHD, i jedinci s PAS, mají deficit v oblasti exekutivních funkcí a problémy v sociálním kontextu. Problémy v sociální reciprocitě jsou nejvíce typickým příznakem u PAS, ale současně se vyskytují u části dětí s ADHD. Menší část dětí s ADHD vykazuje i další problémy z autistické triády, jako jsou problémy řeči a jazyka, omezené zájmy a repetitivní chování. U obou poruch se také často objevuje agresivita, disruptivní chování a problémy vázané na školu. Buhler et al (2011) cituje starší studii Greena (1996), ve které bylo 22% dětí s ADHD (ve srovnání s kontrolními subjekty) klasifikováno jako sociálně dys-

funkčních. U těchto dětí byla přítomna závažnější psychopatologie než u ADHD bez sociální dysfunkce a širší spektrum psychiatrické komorbidity. Mezinárodní projekt „Biology of Autism“ zaměřený na případy komorbidního výskytu ADHD a autismu je cílen na detekci genetických, rizikových variant (endofenotypů) ve vztahu k typu osobnosti a poruchám neuropsychologických funkcí, jako je kognitivní, motorické a jazykové postižení. Neuropsychologické testy by mohly být potenciálně využity k predikci individuálního rizika vývoje jedné nebo obou poruch.

V literatuře je často diskutována otázka, zda podskupina dětí s ADHD a sociální dysfunkcí reprezentuje subtyp, který přesahuje z kategorie ADHD a navazuje na symptomatiku okruhu PAS.

Dědičnost u autismu i ADHD svědčí pro multifaktoriální typ, kde je fenotyp determinován více geny a dalšími faktory, působícími zejména v časných fázích vývoje. Autismus i ADHD často mají tendenci k výskytu ve stejných rodinách. Většina molekulárně-genetických studií zkoumala dosud obě poruchy samostatně, teprve nedávné studie jsou zaměřeny na detekci genetických variant u jedinců s PAS/ADHD.

Výsledky studií ukazují na možný význam některých pleiotropních genů a epigenetických mechanismů, které mohou souviset se symptomovým překrýváním obou diagnostických kategorií a jejich komorbiditou. Omezené důkazy pro překrytí ADHD a PAS jsou u chromosomů 5p13, 9q33, 16p13 kde je nadějně hledat pleiotropní geny. Asi 16 jednoduchých nukleotidových polymorfizmů (single nucleotide polymorphisms-SNPs) spojených s ADHD by se mohly podílet na PAS a 25 SNPs spojených s PAS mohou být předmětem zájmu ADHD.

Během roku 2011 bylo v literatuře diskutováno, zda lze považovat syntetický oxytocin za jeden z časných, specifických biomarkerů pro vznik neurovývojových poruch. Od roku 2003 jsou známé práce Hollander a dalších, kteří popisují vztah mezi autistickými poruchami a abnormalitami v systému peptidů, zejména sníženou hladinou oxytocinu. U jedinců s PAS byly nalezeny dysfunkční varianty genu pro oxytocinový receptor a popsána souvislost autismu s aberantní metylací oxytocinového receptoru.

V dubnu 2011 byla publikována studie, která ukazuje na možný vztah mezi indukcí porodu syntetickým oxytocinem a výskytem ADHD (Kurth et al 2011). Autoři se hypoteticky domnívají, že u geneticky disponovaných jedinců, jejichž mozek se teprve vyvíjí a jejich nezralý oxytocinový systém je vulnerabilní, může „názor“ syntetického oxytocinu způsobit down-regulaci oxytocinového systému s následným snížením produkce přirozeného oxytocinu a následnými neurovývojovými problémy.

Literatura

Owen MJ, Donovan MC, Thapar A et al. Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia. The British Journal of Psychiatry 2011;198: 173–175

Belsky J, Jonassaint C, Pluess M, Stanton M, Brummett B, Williams R. Vulnerability genes or plasticity genes? *Molecular Psychiatry*. 2009;14(8):746–754.

Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S, Davis NO et al. Comorbid Psychiatric Disorders in Children with Autism: Interview Development and Rates of Disorders. *J Autism Dev Disord*. 2006; 36:849–861

Buhler E, Bachman CH et al. Differential diagnosis of ASD and ADHD by means of inhibitory control and theory of mind. *J Autism dev disorder*. 2011; 41: 1718–1726.

Kurth, L, Haussmann R. Perinatal Pitocin as an early ADHD biomarker: neurodevelopmental risk? *Journal of Attention Disorders*, 2011 ; 15 (5) 423–431.

CIRKADIÁLNÍ RYTMY MELATONINU MĚŘENÉHO VE SLINÁCH A ANXIÓZNÍ PORUCHY U DĚTÍ

I. Paclt, N. Čermáková

Psychiatrická klinika 1. LF UK, Praha, Česká republika

Summary

CIRCADIAN RHYTHMS OF SALIVA MELATONIN AND ANXIOUS CHILDREN

*Anxiety disorders are the most frequent psychiatric disorders in children. Changes in rhythms of symptoms during the day may be influenced by genetic, biological and psychological factors. Some changes of melatonin rhythm may hypothetically change the activity of arousal in anxiety children by changing their emotional state. In our present study we identify one group of one group of anxiety children and a control group. Most changes of melatonin daily rhythms are supposed in the anxiety group, especially in sleeping time, and more prominent changes in the anxious group with prominent hyperactivity and conduct disorders symptoms. **Methods:** Forty-three control children and eleven anxiety children, all 6–12 years old, participated in the study. The saliva specimens were collected in four different sessions during the school year, at the time of the spring and autumn equinox, when the natural light lasted 11.2 ± 0.9 h. **Results and conclusions:** In our study more symptoms of conduct disorder elevated negative correlations between psychopathology and saliva level of melatonin in anxiety samples. We hypothesize that comorbidity anxiety with impulsivity and conduct disorders might have elevated correlations between psychopathology of anxiety and plasma melatonin level.*

Cíle

Biologické teorie duševních poruch u dětí jsou v poslední době rozhodující pro léčbu a pozitivní prognózu. Málo známou problematikou dětského věku jsou

úzkostné poruchy, které se vyskytují u 8–10 % dětí středního věku. Časté jsou generalizované úzkostné poruchy, separační anxieta a některé další. V naší studii se zabýváme generalizovanou úzkostnou poruchou, která se vyznačuje variabilní intenzitou úzkostných symptomů v průběhu dne a časté jsou také poruchy spánku. Vedle uvedených příznaků se objevují často méně významné příznaky psychomotorické instability, zejména ve škole. Je otázkou, zda tyto změny v intenzitě a frekvenci příznaků mohou souviset s cirkadiálními rytmy melatoninu. Cirkadiální systém je ovlivňován některými geny jako například Clock genem a polymorfismus tohoto genu může být asociován s větším rizikem pro hyperaktivitu. Cirkadiální rytmy jsou koordinovány oscilátorem v suprachiasmatickému hypotalamu a toto jádro reguluje více fyziologických funkcí jako je teplota, spánkové cykly, REM spánek a sekreci hormonu glandula pinealis. V uvedené studii se zabýváme skupinou dětí s úzkostnou poruchou ve srovnání s normami. Měříme 24 hodinový cyklus melatoninu ve slinách a koreluje s vybranými posuzovacími škálami. Zajímá nás možná souvislost cyklu spánku a bdění dětí s úzkostnou poruchou v pivotní studii a předpokládáme změny cyklu melatoninu v čase a korelaci mezi příznaky úzkostné poruchy a průběhem melatoninového cyklu.

Metody

Sledovali jsme 43 zdravých dětí a 11 dětí s generalizovanou úzkostnou poruchou ve věku 6–12 let. IQ bylo měřeno Wechslerovým testem inteligence. Úzkostná porucha byla hodnocena dětskou škálou manifestované úzkosti a Gittelman-Klein 1985 pacienti byli kompletně vyšetřeni strukturovaným vyšetřením CPRS-Fish 1985 byla užita kritéria DSM-IV. Všechny děti byly vyšetřeny Connersovou škálou pro rodiče.

Experimentální podmínky: Studie byla prováděna ve venkovském penzionu poblíž Prahy, vzorky slin byly získány ve čtyřech odlišných výzkumných setkáních v průběhu školního roku v období jarní a podzimní rovnodennosti, kdy přirozené světlo trvá po dobu $11,2 \pm 0,9$ hodin. Sběr slin začínal v sobotu ráno v 8 hodin a probíhal 24 hodin, ve dvou hodinových intervalech, do neděle do 8 hodin. Děti byly v sobotu uloženy do postele ve 22 hodin a bylo používáno osvětlení max. 50 luxů a ostatní světla byla vypnuta. Vzorky byly zpracovány běžným způsobem radioimunoassay. RK-DSM, Buhlman Laboratories AG Switzerland Srovněj, Nováková et al. 2011.

Výsledky

Průměrná hladina melatoninu za 24 hodin je u dětí s úzkostnou poruchou statisticky významně nižší než u skupiny kontrolní $p < 0,05$. Děti s úzkostnou poruchou vykazují statisticky významně negativně korelaci mezi faktorem poruch chování a hladinou melatoninu v 10 a 12 hodin a za třetí noční křivka u dětí s anxiózní poruchou vykazuje nižší amplitudu (vzhledem k malému počtu pacientů nelze statisticky hodnotit).

Závěr

Uvedené výsledky pilotní studie připouští možnost odlišnosti 24 hodinové křivky melatoninu u dětí úzkostných ve srovnání s dětmi kontrolními (malý počet pacientů). Faktor poruch chování v Connersově škále negativně koreluje s hladinou melatoninu v 10 a 12 hodin.

Literatura

Nováková M, Paclt I, Ptáček R, Kuželová H, Hájek I, Sumová A, Salivary (2011) Melatonin Rhythm as a Marker of the Circadian System in Healthy Children and Those With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorders. *Chronobiol Int.* 28 (7): 630–637

Paclt I, Ptáček R, Kuželová H, Čermáková N, Trefilová A, Kollárová P, Čálková T, Csemy L, Číhal L: *Neuroendocrinol Lett* (2011) Circadian rhythms of saliva melatonin in ADHD, anxious and normal children. 32(6): 790–798

PREVALENCE AUTISMU A PROBLÉM NOVOROZENCŮ S VELMI NÍZKOU PORODNÍ VÁHOU

M. Hrdlička, I. Dudová, Š. Beranová

Dětská psychiatrická klinika, Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta a FN Motol, Praha, Česká republika

Summary

AUTISM PREVALENCE AND A PROBLEM OF NEWBORNS WITH VERY LOW BIRTH WEIGHT

In the introductory part of the article, new data on prevalence of autism spectrum disorders (ASD) are summarized. ASD prevalence has currently been estimated as high as 1% of general pediatric population. In the second part of the article, studies of children with very low and extremely low birth weight who seem to be at increased risk of autism are reviewed. The prevalence of ASD has even been estimated as high as 8% in this at risk sample. Screening for ASD in very and extremely preterm children may help to improve the early diagnostics of autism and consecutive care in this special population.

Key words: *autism, autism spectrum disorders, prevalence, very low birth weight, extremely low birth weight*

Úvod

Cílem první části příspěvku je seznámit odbornou veřejnost s aktuálními fakty o nárůstu prevalence poruch autistického spektra (PAS). V druhé části příspěvku se autoři zaměří na populaci novorozenců s velmi nízkou porodní váhou, kde je riziko výskytu PAS ještě specificky zvýšeno. Přehledová práce je

založena na rešerši literatury pomocí databází PubMed a Scopus. Získané práce byly analyzovány vzhledem k relevanci tématu a podrobeny kritickému analýze.

Narůstající prevalence autismu

Po desetiletí bývalo zvykem psát o dětském autismu (DA) jako o vzácné psychiatrické diagnóze. Historická data z šedesátých a sedmdesátých let ukazovala prevalenci DA ve výši 4,4/10 000 dětí. Prevalence DA se v devadesátých letech (1990–97) zdvojnásobila (na 10/10 000 dětí) a prevalence všech PAS byla v průměru 27,5/10 000 dětí, aniž by to vzbudilo větší pozornost odborné veřejnosti. Studie po roce 2000 přinesly však významný nárůst, který vzbudil oprávněný zájem odborníků i laiků – prevalence PAS se v nich pohybovala od 57,9 do 264 na 10 000 dětí. Někteří autoři tak dnes udávají průměrnou prevalenci PAS jako 1% populace.

Nejpřesvědčivější pokus o analýzu tohoto znepokojivého trendu přinesl nedávno časopis Nature (Weintraub, 2011). Podle autorky přibližně 54% nárůstu případů PAS jde na vrub vysvětlitelným faktorům: 25% rozšíření diagnostiky také o případy, které by dříve dostaly pouze diagnózu mentální retardace; 15% zvýšenému povědomí a znalostem rodičů i odborníků o autismu (což i časově koresponduje s celosvětovým rozšířením Internetu); 10% zvýšenému věku rodičů při zakládání rodiny a 4% geografickému shlukování rodin s postiženými dětmi a odborné pomoci (jako příklad autorka uvádí oblast západního Hollywoodu). Ovšem 46% nárůstu zůstává nadále nevysvětleno. Weintraubová se však nedomnívá, že by vysvětlení spočívalo v nových faktorech znečištění životního prostředí, jak mnozí navrhuji.

Zajímavé vysvětlení se zakládá naopak na vysokém podílu dědičnosti v etiopatogenezi autismu (více než 90%) a souvisí s celosvětovým růstem odvětví IT v posledních dvou desetiletích. V polovině roku 2011 publikoval tým holandských vědců studii, z které vyplynulo, že PAS se vyskytují až třikrát častěji u dětí v průmyslové oblasti Nizozemí s vysokým zastoupením IT technologií než v oblastech málo průmyslových (Roelfsema et al., 2011). Rozdíl byl statisticky vysoce významný. Studie byla natolik sofistikovaná, že kromě autismu zkoumala i výskyt u dalších kontrolních pediatrických problémů, jako byla ADHD a dyspraxie, a tam žádný rozdíl nebyl zjištěn. Autoři pokládají za nejpravděpodobnější vysvětlení, že IT technologie přitahují do regionu potenciální rodiče s určitým typem intelektuální výbavy, který je výhodou v high-tech odvětvích, ale zároveň s sebou nese rizikový genetický faktor pro vznik autismu.

Předčasně narozené děti

Nezralost novorozenců lze klasifikovat podle týdne těhotenství do 4 stupňů:

Lehká nezralost: 36.–37. týden těhotenství;

Střední nezralost: 32.–35. týden těhotenství;

Těžká nezralost: 28.–31. týden těhotenství;

Extrémní nezralost: pod 28. týden těhotenství.

Novorozence podle porodní hmotnosti lze pak rozdělit do 4 kategorií:

Novorozenec s normální hmotností – nad 2500 g;

Novorozenec s nízkou porodní hmotností – 1500–2500 g;

Novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností – 1000–1500 g;

Novorozenec s extrémně nízkou porodní hmotností – pod 1000 g.

Se stoupající nezralostí a klesající porodní hmotností vzrůstá i počet zdravotních komplikací a mortalita. U dětí pod 750 g činí mortalita 25–40%, u dětí 750–999 g 10–20%, výrazně klesá ve skupině 1000–1499 g na 3–5% a ve skupině 1500–1999 g je již do 1%. Pro představu – počet nezralých novorozenců s porodní hmotností do 1500 g zůstává v posledních letech přibližně stejný, a to přibližně 1,2% ze všech narozených dětí (Dokoupilová et al., 2009).

Děti s velmi nízkou a extrémně nízkou porodní hmotností a výskyt autismu
Problematicke souvislosti velmi nízké a extrémně nízké porodní hmotnosti (resp. těžké a extrémní nezralosti) se zvýšenou prevalencí PAS je věnována pozornost zejména v posledním desetiletí. V literární rešerši jsme našli 8 publikovaných studií z let 2002–2011. Polovina studií užívala jako zařazovací kritérium porodní hmotnost (jedna studie <1000 g, dvě studie ≤ 1500 g, jedna studie ≤ 2000 g), druhá polovina gestační týden (dvě studie <26 týdnů, jedna studie <28 týdnů, jedna studie ≤ 31 týdnů). Studie používaly rozdílné screeningové či diagnostické metody. Ve všech studiích vyšel v různé míře zvýšený záchyt PAS v rizikové skupině. Vyberme dvě nejzajímavější studie.

V britské studii bylo ve věku 11 let screenováno 219 dětí předčasně narozených ve věku <26 týdnů a porovnáno se 153 spolužáky. Byl použit screeningový nástroj Social Communication Questionnaire. Ve screeningu vyšlo pozitivně 15,8 % subjektů oproti 2,9 % kontrol. Při následném telefonním či online zhodnocení pomocí semistrukturovaného interview DAWBA (Development and Well Being Assessment) byla potvrzena u 8 % subjektů z celkového souboru diagnóza PAS v porovnání s nulovým výskytem u kontrolního vzorku (Johnson et al., 2010).

V clevelandské studii bylo ve věku 8 let screenováno rovněž 219 dětí předčasně narozených s porodní váhou <1000 g a porovnáno se 176 kontrolami náhodně vybranými podle věku a pohlaví. Byl použit testový nástroj Parent Child Symptom Inventory (CSI-4). Bylo identifikováno 8 subjektů (3,65 %) s diagnózou PAS oproti 1 dítěti s PAS (0,57 %) v kontrolní skupině (Hack et al., 2009).

Závěr

Dosavadní studie podporují hypotézu o zvýšeném výskytu PAS u rizikových novorozenců. Je třeba dalších studií, které by užívaly standardizované screeningové nástroje a pokud možno i následné klinické vyšetření k verifikaci diagnózy. Dostupná data však vedou k doporučení, že by skupina předčasně narozených dětí s velmi nízkou a extrémně nízkou porodní váhou měla být prospektivně klinicky sledována se zřetelem na potenciální riziko autismu.

Práce podpořena grantem COST LD11028.

Literatura

Dokoupilová, M., Fišárková, B., Novotná, L., Kopasová, E., Kaiserová, L., Müller, L.: Narodilo se předčasně. 1.vyd., Praha, Portál 2009. 320 s.

Johnson, S., Hollis, C., Kochhar, P., Hennesy, E., Wolke, D., Marlow, N.: Autism spectrum disorders in extremely preterm children. J. Pediatr., 156, 2010, s.525–531.

Hack, M., Taylor, H.G., Schluchter, M., Andreias, L., Drotar, D., Klein, N.: Behavioral outcomes of extremely low birth weight children at age 8 years. J. Dev. Behav. Pediatr., 30, 2009, č.2, s.122–130.

Roelfsema, M.T., Hoekstra, R.A., Allison, C., Wheelwright, S., Brayne, C., et al.: Are autism spectrum conditions more prevalent in an information-technology region? A school-based study of three regions in the Netherlands. J. Autism Dev. Disord., epub ahead of print June 17, 2011.

Weintraub, K.: Autism counts. Nature, 479, 2011, s.22–24.

INTOXIKACE MEDIKAMENTY – SUICIDÁLNÍ NEBO SEBEPOŠKOZUJÍCÍ JEDNÁNÍ?

J. Koutek, J. Kocourková

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

Summary

DRUG OVERDOSE – SUICIDAL OR SELF-HARM BEHAVIOR?

The authors deal with medication intoxication in children and adolescents. In this medical states is necessary to distinguish between intoxication of suicidal character and self-harm that has no suicide basis. Self-harm and suicidal behaviour has some different and some of the same characteristics. As self-harm behaviour may occur drug overdose. Both groups have feelings of hopelessness and depression, have suicidal thoughts and fantasies, are more aggressive, affective unstable and show borderline personality pathology, underestimate risk of self-harm behaviour and tend to conceive death less final. The difference is in attitude to death.

Key words: intoxication, suicidal behavior, self-harming

Podle údajů zdravotnické statistiky představuje podíl úmyslného sebepoškození u dětí a dospívajících 23 % ze všech sebepoškození jako příčiny hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Většinu těchto sebepoškození představují intoxikace, nejčastěji medikamenty. Lze předpokládat, že část těchto úmyslných sebepoškození je tvořena suicidálními pokusy, dále intoxikacemi bez suicidálního úmyslu, určitý velmi malý podíl mohou tvořit tzv. faktivní poruchy (Mün-

chhausenův syndrom). Jak suicidální jednání, tak i sebepoškození nesuicidálního charakteru nepředstavuje samostatnou psychiatrickou diagnózu, může být spojeno s různými duševními poruchami. Je též determinováno spolupůsobením řady rizikových faktorů, jejichž identifikace je důležitá pro oblast diagnostiky, terapie i prevence. Odlišení suicidálního a nesuicidálního charakteru intoxikace v rámci diagnostického vyšetření je významné pro stanovení léčebného plánu. Podstatný rozdíl mezi oběma výše uvedenými formami intoxikace je v postoji ke smrti. Suicidální pokus je definován jako každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním koncem. Sebeпоškození je pak nejčastěji sebezraňování bez vědomé suicidální motivace, v němž často dochází k narušení tělesné integrity, bez závažného letálního dosahu.

V suicidologické literatuře je též užíván termín parasuicidium. To je definováno jako čin, který nevede ke smrti a při němž osoba záměrně zahájí neobvyklé jednání, jež by bez zásahu druhých vedlo k sebeпоškození. Motivace parasuicidálního jednání je heterogenní a zahrnuje touhu manipulovat druhými a vyvolat žádoucí změny, neverbální sdělení stavu úzkosti nebo touhu uniknout z napjaté situace. Takový člověk si buď vůbec nepřeje zemřít, nebo si v této věci není tak zcela jistý. Jednou z forem tohoto autoagresivního jednání může být i předávkování léky, které představuje neindikované, nepřiměřené nebo nadměrné užití léků, bez zřetelného suicidálního úmyslu. Předávkování léky bývá často opakované. Může jít o léky, které byly pacientovi předepsány, které patří jinému členu rodiny, nezřídka psychofarmaka, může jít i léky náhodně vybrané.

U osob s projevy sebeпоškození i u těch se suicidálním chováním nacházíme některé shodné charakteristiky. Situace je o to složitější, že často nacházíme u pacienta sebeпоškození i suicidální chování, které se může vyskytnout najednou, nebo u stejné osoby v různé době. Obě skupiny prožívají depresi a pocity beznaděje, mají suicidální myšlenky a fantazie, jsou agresivnější, afektivně nestabilní a projevují hraniční osobnostní patologii, podceňují riziko autodestruktivního chování a mají tendenci pojmát smrt méně definitivně.

Při hodnocení suicidálního či sebeпоškozujícího jednání musíme mít na paměti fakt, že dítě v závislosti na věku nemusí realisticky a přesně chápat způsoby sebeпоškozujícího či sebevražedného jednání a jeho následky. Na jedné straně může přeceňovat nebezpečnost některých léků, na straně druhé může toxicitu podcenit a nikoli vážně míněné sebeпоškozující jednání může skončit tragicky. Intoxikace farmaky bývá nejčastěji použitý způsob suicidálního jednání v dětském a adolescentním věku. Důvodem je jejich snadná dostupnost, kdy v téměř každé domácnosti lze najít několik balení nepoužitých prošlých léků, snadno je lze koupit v každé lékárně. Nejčastěji bývají použita psychofarmaka a analgetika. Zejména u analgetik si děti nemusí být vědomy nebezpečí, které z předávkování může plynout. Důvodem je to, že v některých rodinách je konzumace analgetik běžná. Dítě tak může tuto konzumaci brát jako něco normálního, a nemusí si být vůbec vědomo případné toxicity. Při hodnocení vážnosti

suicidálního pokusu z hlediska závažnosti úmyslu zemřít musíme počítat s tím, že dítě a dospívající může tento úmysl při vyšetření snižovat i zvyšovat, případně simulovat nebo zcela disimulovat. Intoxikace medikamenty je méně častý způsob nesuicidálního sebepoškození, nejčastěji se setkáváme s pořezáním žiletkou nebo jiným ostrým předmětem, časté je rovněž např. polykání různých drobných předmětů. Při intoxikaci medikamenty chtějí naši pacienti dosáhnout uvolnění, nebo naopak bolesti, která by přehlušila jejich psychický diskomfort.

Kasuistická ukázka I.

16 letá dívka požíla asi 40 tablet různých léků, které našla doma, šlo o benzodiazepiny, Brufen a Paralen. Chtěla skutečně zemřít. Myslí si, že po smrti něco je, něco lepšího, neví přesně, co. Léky snědla večer, v noci se jí udělalo špatně, zvracela, svěřila se rodičům. Jako motiv uvedla konflikt s rodiči, kvůli známám na víceletém gymnasiu. Má pocit, že je ošklivá, chlapci o ni nejeví zájem. Manželství rodičů je dlouhodobě konfliktní, rodiče uvažovali i o rozvodu. Dívka se v minulosti opakovaně sebepoškozovala, pořezávala si žiletkou předloktí, nikdo o tom nevěděl.

Kasuistická ukázka II.

17 letá dívka, byla hospitalizována pro intoxikaci medikamenty. Již několik měsíců se opakovaně předávkovala léky, které našla doma, zejména Paralem, Lexaurinem, někdy Stilnoxem, které užívá její matka. Tentokrát léků požíla více, po hádce s matkou. Motala se, tím na to matka přišla. Zemřít nikdy nechtěla, někdy se cítila uvolněně, někdy jí bylo špatně, měla pocit, že to přehluší starosti. Rodiče se rozvedli v jejích 10 letech, žije pouze s matkou, se kterou má konflikty, s otcem se nestýká. Je v učebním oboru, kde ji to nebaví. Někdy se také pořezává.

Závěr

Při intoxikaci medikamenty v dětském a dorostovém věku musíme odlišit intoxikaci suicidálního charakteru a sebepoškození, které nemá suicidální podklad. Suicidální a sebepoškozující jednání má některé rozdílné a některé shodné charakteristiky. Shoda je v některých osobnostních rysech, rozdíl je v postoji ke smrti, kdy u sebepoškozujícího jednání není přítomen cíl zemřít.

*Podpořeno dotací MZd ČR a projektem koncepčního rozvoje
výzkumné organizace 00064203.*

Literatura u autorů.

RYCHLOST NÁSTUPU ÚČINKU ANTIPSYCHOTIK – POZNATKY A VÝZNAM PRO PRAXI

I. Zedková¹, M. Hrdlička¹, I. Dudová¹, T. Urbánek²

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

²Psychologický ústav, Akademie věd, Brno, Česká republika

Summary

ONSET OF ACTION OF ANTIPSYCHOTICS – CURRENT RESEARCH FINDINGS AND ITS RELEVANCE FOR CLINICAL PRACTICE

Objectives: A growing body of literature has investigated the time course of antipsychotic (AP) action. Our study assessed the time to 'first improvement' associated with APs in patients with early-onset schizophrenia and related psychotic disorders. **Methods:** This study involved a systematic chart review of all patients receiving routine clinical care in our department, with selected atypical APs (AAPs) and typical APs (TAPs), for schizophrenic psychoses, between 1997 and 2007. Our review identified 296 teenage patients (141 males, 155 females; mean age 16.0 $\pm$ 1.5 years). The time to first improvement could be estimated in 258 patients: 195 patients (76%) had been treated with AAPs and 63 patients (24%) with TAPs. **Results:** The mean time to first improvement was 6.9 ($\pm$ 4.2) days in the AAP group and 5.8 ($\pm$ 3.5) days in the TAP group; the difference was significant at the trend level ($p = 0.063$). Differences among drugs were not significant ($p = 0.680$). **Conclusions:** Our findings support the early onset of AP action hypothesis and reveal a significant group level trend indicating TAPs having faster onset of action than AAPs.

Key words: schizophrenia, antipsychotics, onset of action, adolescence

Úvod

Praktická otázka, jak rychle lze očekávat nástup účinku antipsychotik, vzbudila v posledních dvou desetiletích značnou pozornost výzkumníků. Studie, původně zaměřené na nástup účinku antidepresiv, vedly k vytvoření metodologie měření nástupu účinku (Thase, 2001). Nástup účinku, označovaný v literatuře též jako *doba do nástupu účinku* (*the time to efficacy*) nebo *doba do prvního zlepšení* (*time to first improvement*), je však odlišný od *doby do odpovědi na léčbu* (*the time to response*), stejně jako od *doby do dosažení remise* (*the time to remission*). Pro dvojitě slepé studie byl nástup účinku stanoven jako „první statisticky signifikantní rozdíl mezi skupinami léčenými aktivním lékem a placebem“ (Thase, 2001). Pro retrospektivní studie byla však stanovena metodologie odlišná. Jako *doba do nástupu účinku* neboli *první zlepšení* byla definována „doba od nasazení antipsychotika (baseline) do dne, kdy se

v dokumentaci objevila první zmínka o zlepšení stavu pacienta“ (Kasper, 2001).

Poměrně dlouhou dobu byla považována za platnou *hypotéza opožděného nástupu účinku* antipsychotik, z níž pak vycházely také doporučené postupy v léčbě. Časné změny při léčbě antipsychotiky byly přikládány nespecifickému efektu na chování pacienta (např. sedaci). Přibývá však výzkumů (klinických studií i zobrazovacích studií mozku), které dokládají, že nástup účinku antipsychotik je časný (Agid, 2006).

Cílem naší studie bylo vyhodnotit *dobu do prvního zlepšení (rychlost nástupu účinku)* konkrétních typických a atypických antipsychotik (TAP a AAP) u pacientů se schizofrenií s časným začátkem a s příbuznými psychotickými onemocněními.

Metody

Byla provedena retrospektivní studie zahrnující všechny pacienty, kteří byli na Dětské psychiatrické klinice UK 2. LF a FN Motol léčeni vybranými AAP (risperidon, olanzapin, ziprasidon, quetiapin, clozapin) a TAP (haloperidol, perphenazin, sulpirid) pro schizofrenní onemocnění v letech 1997–2007. Zařazení konkrétního antipsychotika do studie bylo dáno frekvencí, s jakou bylo ve stanoveném období užíváno. Kritériem pro zařazení antipsychotika bylo jeho použití alespoň u pěti pacientů. Sulpirid byl ve shodě s většinou autorů klasifikován jako TAP, i když existují i opačné názory. *Doba do prvního zlepšení* byla posuzována ve shodě s metodologií stanovenou pro retrospektivní studie – viz definice výše uvedená (Kasper, 2001).

Vstupní kritéria byla definována následovně: (1) diagnóza schizofrenního onemocnění F 20–29, (2) kvalita dokumentace umožňující vyhodnocení zkoumaných parametrů, (3) zahájení AP medikace po přijetí na Dětskou psychiatrickou kliniku (tj. medikace nebyla nasazena ambulantně před přijetím).

Ve stanoveném časovém intervalu 1997–2007 bylo nalezeno 296 adolescentních pacientů (141 dívek, 155 chlapců, průměrný věk $16,0 \pm 1,5$ let). Dobu do prvního zlepšení bylo možno vyhodnotit u 258 pacientů, z nichž 195 pacientů (76 %) bylo léčeno AAP a 63 pacientů (24 %) TAP. Nejvíce pacientů bylo léčeno risperidonom (96 pacientů) a olanzapinem (64 pacientů). Počty pacientů užívajících ostatní posuzovaná antipsychotika byly následující: ziprasidon (16 pacientů), quetiapine (12 pacientů), clozapine (7 pacientů), haloperidol (15 pacientů), perphenazine (28 pacientů) a sulpirid (20 pacientů).

Výsledky

Průměrná denní dávka jednotlivých AP na konci prvního týdne byla následující: 2,9 ($\pm 1,4$) mg risperidonu, 13,4 ($\pm 5,0$) mg olanzapinu, 81,9 ($\pm 18,7$) mg ziprasidonu, 570,8 ($\pm 293,4$) mg quetiapinu, 119 ($\pm 62,8$) mg clozapinu, 8,0 ($\pm 3,9$) mg haloperidolu, 21,2 ($\pm 13,7$) mg perphenazinu a 287,5 ($\pm 147,7$) mg sulpiridu.

Průměrná *doba do prvního zlepšení* byla ve skupině AAP 6,9 ($\pm$ 4,2) dnů a ve skupině TAP 5,8 ($\pm$ 3,5) dnů. Rozdíl mezi skupinami AAP a TAP byl statisticky významný na úrovni trendu ($p=0,063$).

Z hlediska jednotlivých léků byla *doba do prvního zlepšení* 7,1 ($\pm$ 4,2) dnů u risperidonu, 6,7 ($\pm$ 4,2) dnů u olanzapinu, 6,5 ($\pm$ 5,2) dnů u ziprasidonu, 6,1 ($\pm$ 4,4) dnů u quetiapinu, 7,4 ($\pm$ 3,0) dnů u clozapinu, 5,2 ($\pm$ 2,4) dnů u haloperidolu, 5,9 ($\pm$ 3,8) dnů u perfenazinu a 6,0 ($\pm$ 3,9) dnů u sulpiridu. Rozdíly mezi jednotlivými léky nebyly signifikantní ($p=0,680$).

Diskuse

Stejně jako řada výzkumů, které v poslední době ukázaly, že odpověď na léčbu antipsychotiky začíná během prvních dvou týdnů, podporují i výsledky naší studie platnost *hypotézy časného nástupu jejich účinku*. TAP jako skupina vykazuje sice oproti AAP dle výsledků naší analýzy statisticky na úrovni trendu rychlejší nástup účinku, rozdíl mezi jednotlivými antipsychotiky (jak TAP, tak AAP) však nebyl signifikantní.

Retrospektivní design nese oproti prospektivním, dvojité slepým randomizovaným klinickým studiím několik výhod, které jej činí vhodným doplňkem ve spektru výzkumů v dané oblasti. Hlavní výhodou je dobrá reflexe klinické praxe (nedochází ke zkreslení dat zúženým výběrem vzorku v důsledku přísných vstupních kritérií). Další významnou výhodou je možnost srovnat nástup účinku u více AAP a TAP najednou. Na tento aspekt se dvojité slepé studie obvykle nezaměřují.

Retrospektivní studie, včetně naší, však nemohou ze své podstaty překročit určité limity. Jedná se zejména o absenci kontrolní skupiny a randomizace, či rozdílné velikosti jednotlivých skupin. Fakt, že v některých skupinách (ziprasidon, quetiapin, clozapin a haloperidol) bylo méně než 20 pacientů, snížil pravděpodobnost zachycení statisticky významného rozdílu mezi skupinami.

Sníženou přesnost měření, tedy v našem případě absenci použití posuzovacích škál, lze vnímat i jako výhodu. *První zlepšení*, měřené pomocí záznamu v dokumentaci odkazuje totiž zřetelně ke klinicky pozorovatelné změně, což snižuje bias nadhodnocení parametru. Na druhou stranu symptomy, posuzované jako indikátory *prvního zlepšení*, byly značně heterogenní a jejich klinická váha mohla být tedy rozdílná.

Téma nástupu účinku AP vzbuzuje důležité otázky. Do jaké míry toto zlepšení přetrvává? Jak souvisí s pozdějším celkovým výsledkem léčby? V tomto ohledu se vedle studií, které se na základě časné odpovědi zabývají identifikací respondérů (případně nonrespondérů) na léčbu konkrétním AP (např. Kinon, 2010) objevují nově také studie, zkoumající trajektorie odpovědi na léčbu AP (např. Staufer, 2011).

Literatura

Agid O, Seeman P, Kapur S (2006) The „delayed onset“ of antipsychotic action – an idea whose time has come and gone. *J Psychiatry Neurosci*, 31 (2): 93–100.

Kasper S, Rosillon D, Duchesne I (2001) Risperidone olanzapine drug outcomes studies in schizophrenia (RODOS): efficacy and tolerability results of an international naturalistic study. *Int Clin Psychopharmacol*, 16: 179–87.

Kinon, BJ, Chen L, Ascher-Svanum H, Stauffer VL, Kollack-Walker S, Zhou W, Kapur S, Kane JM (2010) Early response to antipsychotic drug therapy as a clinical marker of subsequent response in the treatment of schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 35:581–90.

Stauffer V, Case M, Kollack-Walker S, Ascher-Svanum H, Ball T, Kapur S, Kinon, BJ (2011) Trajectories of response to treatment with atypical antipsychotic medication in patients with schizophrenia pooled from 6 double-blind, randomized clinical trials. *Schizophr Res*, 130: 11–19.

Thase ME (2001) Methodology to measure onset of action. *J Clin Psychiatry*, 62, Suppl 15: 18–21.

METAKOGNITIVNÍ TRÉNINK A JEHO VYUŽITÍ V DENNÍM STACIONÁŘI PRO PACIENTY S PSYCHOTICKOU PORUCHOU

R. Smetanová^{1,3}, T. Szymanská^{1,2}, J. Bažant^{1,2}

¹Psychiatrická klinika, FN Hradec Králové, Česká republika; ²Lékařská fakulta v Hradci Králové, UK v Praze, Česká republika; ³Rehabilitační klinika, FN Hradec Králové, Česká republika

Summary

THE USE OF METACOGNITIVE TRAINING IN THE DAY HOSPITAL FOR THE PATIENTS WITH PSYCHOTIC DISORDERS

Metacognitive training for schizophrenia patients was developed by Steffen Moritz and Todd S. Woodward. Metacognition is ability to think over own processes of thinking. The aim of this training is to convey scientific knowledge on cognitive biases to patients and to provide corrective experiences in an engaging and supportive manner. Metacognitive training is a part of therapeutic program in our day hospital for the patients with psychotic disorders twice a week for the duration of one hour. In eight independent modules are patients learned in attributional style, empathy, metamemory processes and self-esteem, changing beliefs and avoiding hasty decision-making. We suppose that reinforcement of metacognitive abilities in patient with schizophrenia can prevent relapse of psychosis.

Key words: metacognition, metacognitive training for schizophrenia patients, psychosis

Cíle

Metakognitivní trénink pro pacienty se schizofrenií (Metacognitive Training for Schizophrenia Patients; MCT) vytvořili Steffen Moritz a Todd S. Woodward.¹ Metakognice je schopnost uvažovat o vlastních procesech myšlení. Cílem metakognitivního tréninku je zlepšit schopnost pacientů uvědomit si, jak zkresleně hodnotí skutečnost a pomoci jim, aby kriticky reflektovali, komentovali a měnili svůj současný přístup k řešení běžných problémů. Míra postižení metakognice se u pacientů se schizofrenií liší – pacienti s paranoidními příznaky dělají častěji chyby než pacienti s jinými příznaky.² Metakognitivní trénink představuje propojení psychoedukace, kognitivní remediacce a kognitivně-behaviorální psychoterapie.

Metody

V denním stacionáři pro pacienty s psychotickou poruchou na Psychiatrické klinice FN Hradec Králové máme roční zkušenosti s využitím metakognitivního tréninku. Do programu denního stacionáře je metakognitivní trénink zařazen 2x týdně jednu hodinu.

Během čtyřtýdenního cyklu pacienti absolvují všech 8 modulů. Jednotlivé moduly využívají formu skupinové psychoterapie. Tématy modulů jsou: jak si vysvětlujeme události, unáhlené závěry, změna přesvědčení, jak se vcítit do druhého, paměť, sebevědomí a nálada. Jedná se o volně dostupnou, zábavnou a interakční metodu.

Výsledky

Znalosti získané při metakognitivním tréninku dále posilujeme během skupinové a individuální psychoterapie a v rámci edukace. V souladu s výše zmíněným výzkumem Fritha se metakognitivní trénink jeví obzvláště vhodný pro pacienty s paranoidními příznaky.

Závěr

Výzkumy z posledních deseti let ukazují nezávislost mezi postižením metakognice a exekutivních funkcí u pacientů se schizofrenií.³ Zaměření na psychotické zkreslení kognitivních postupů, spíše než na limitace a deficity kognice doprovázející psychózu, odlišuje trénink od běžné rehabilitace kognitivních funkcí. Předpokládáme, že posílení schopnosti metakognitivního uvažování může působit preventivně a bránit relapsu psychózy.

Literatura

¹Moritz S, Woodward TS. Metacognitive Training for Schizophrenia Patients (MTC): A Pilot Study on Feasibility, Treatment Adherence, and Subjective Efficacy. *German Journal of Psychiatry*. 2007;10:69–78.

²Frith CD: Schizophrenia and theory of mind: editorial. *Psychol Med* 2004;34:385–389.

³Pickup GJ. Relationship between Theory of Mind and Executive Function in Schizophrenia : A Systematic Review. *Psychopathology*. 2008;41:206–213.

VARIA III

PREVENENCE SEBEVRAŽD V AMBULANTNÍ PSYCHIATRII

V. Hyrman

soukromá praxe, Vancouver, B. C., Kanada

Summary

SUICIDE PREVENTION IN OFFICE PRACTICE

In addition to identification of persons at high risk, removing access to the means of suicide, treatment of underlying illness or constant supervision, psychotherapeutic techniques such as motivational interviewing or DBT can be effective in suicide prevention.

A technique is presented, whereby interpreting the suicidal tendency or a tendency to self-harm having a subconscious purpose of appealing for help from a higher power, can effectively reduce and eliminate suicidal risk.

Our emotional patterns serve a purpose. Pain and fear protect us, anxiety motivates us. We repeat emotional patterns that worked for us in the past, many of them established in early childhood. If it does not work, we try harder, so we get more emotional. Suicide is an emotional problem, not a rational one.

For little children, adults were the higher power. Many experienced that adults, i.e. higher powers, could ignore them when they were crying, when they were demanding attention, but they would spring to action when they saw a little child in a harm's way. So for these people, putting oneself in a harm's way or doing oneself harm, is encoded in their subconscious as the most powerful way of getting help from higher powers.

Finding the higher power needed, getting the goals by other means (the feeling itself is not accomplishing it), or giving up on it, as not all our goals are attainable, resolves the problem.

There are many higher powers available, both external and internal.

Whole society is a much higher power than any individual. There are segments of society that may help, like family, friends or professionals, to name just a few. There also many internal higher powers a suicidal patient could use, including acceptance, forgiveness, generosity, courage and wisdom, just waiting to be used.

I have hospitalized only one patient for suicidal risk in 19 years. This was the only patient who actually committed suicide during that time. He spent 6 weeks in a hospital and 3 weeks after discharge he hung himself. Having treated at least 300 suicidal patients during these years, I feel now confident and comfortable treating suicidal patients.

Key words: Suicide, prevention, non-coercive means, psychotherapy

Cíle

Obvyklá prevence sebevražd spočívá v identifikování rizikových pacientů, zabránění sebevraždy odstraněním letálních prostředků a léčbou duševních poruch. Chci seznámit posluchače s jednoduchou psychoterapeutickou technikou, která se mi osvědčila.

Metody

Používám jednoduchý postup k léčbě emocionálních poruch a poruch osobnosti, který se mi osvědčil i u sebevražedných sklonnů. Tento postup lze rozdělit na 5 etap.

1. Podrobné vyšetření a vytvoření terapeutického vztahu – bez toho to nejde.

2. Diagnosta. Místo DSM IV diagnózy, jako hraniční porucha osobnosti, sdělte pacientovi, že si myslíte, že je příliš citlivý, až tak přecitlivělejší, že mu to škodí. Když naprosto souhlasí, pokračujte.

3. Poučování – zjednodušená teorie citů. = tři pravidla na porozumění emocím či citům:

- Všechny pocity mají dobrý účel. I ty nejhorší pocity mají dobrý účel. Na příklad bolest. Neradi vnímáme bolest, ale kdybychom nebyli schopni vnímat bolest, tak bychom tu nebyli, byli bychom mrtví. Stejně tak strach. Plakání je nejdůležitější citovou reakcí pro novorozence; bez toho by máma nevěděla kdy ho nakrmit nebo přebalit.

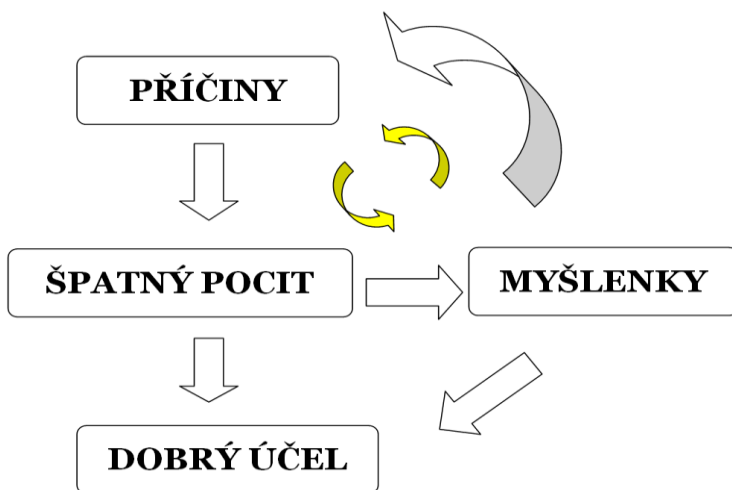
- Co pracovalo v minulosti by mělo pracovat zase, tak opakuji stejné emocionální reakce, které jsme se naučili v dětství. Některé emocionální reakce jsou zděděné.

- Když to nefunguje, přidat. City, které nedosáhnou svého účelu, často se zesilují a rozběhnou se do neovladatelnosti. Například když matka ignoruje plačící dítě, dítě rove víc a víc.

4. Namalujete diagram, ukazující jak soustředění na příčiny špatných pocitů je zhoršuje a nevede nikam.

Něco způsobí špatný pocit, to je příčina. Špatný pocit má dobrý účel. Špatný pocit vede k myšlenkám, které se mohou soustředit na příčinu či na účel. Emocionální lidé se soustřeďují na příčiny. Čím víc člověk myslí na to, co ho trápí, tím hůř se cítí. Soustředění se na příčinu zhoršuje špatný pocit a nedosahuje svého účelu. Je to začarovaný kruh vedoucí nikam či ke zkáze. Soustředění se na účel těch špatných pocitů může najít řešení, či resignaci, když cíl je nedosažitelný.

Všeobecně, špatný pocit o čemkoli má účel to zlepšit. Kdybychom byli šťastní a spokojeni se vším, nebylo by třeba cokoliv měnit. Mohli bychom sedět celé dny na pohovce, ani bychom nemuseli sáhnout po dálkovém ovladači a změnit kanál u televize. Účelem strachu je bezpečí, účelem bolesti sebeochrana, účelem úzkosti výkon a účelem sebepoškození je dostat pomoc od vyšší moci.



Etapa 5. Teď je třeba aplikovat tu teorii na pacientovy specifické problémy a navrhnout akční plán.

Sebevražda je extrém v sebeubližování, konec spektra sebepoškozujících chování, jako zanedbávání osobní hygieny, kouření, drogování, bezohledné řízení, rvačky anebo jiné riskování života. Co by mohlo být dobrým účelem sebepoškozování? Domnívám se, že účelem je dostat pomoc od vyšší moci. Pro děti dospělí, obvykle rodiče, jsou vyšší moc. Ti můžou ignorovat dítě, když pláče, když se vzteká, ale zasáhnou, když je v nebezpečí. Pro některé lidi, kteří to v dětství zažili, sebeohrožování je zakódováno v podvědomí jako nejmocnější prostředek k dostání pomoci od vyšší moci.

Někteří lidé nevěří na vyšší moc. Těm je třeba vysvětlit, že vyšších mocí je celá řada. Celá společnost je vyšší moc než jedinec. Různé segmenty společnosti mohou pomoci s různými problémy. Může to být rodina, přátelé, zaměstnavatel, lékař, banka, atd. To jsou zevní vyšší moci. Existují však také četní vnitřní vyšší moci, které sebevražedný člověk nevyužívá, jako schopnost odpouštět, přijímat porážky a chyby, tolerance, odvaha, moudrost.

Mnozí pacienti trpí kvůli jejich názoru na život. Někteří si myslí, že život je boj, že se musí o všechno prát, musí vyhrávat, jinak ztratí a prohrajou. Ti často způsobí škodu ostatním lidem a ta škoda se jim vrací, takže jsou na tom špatně a prohrávají. My je považujeme za psychopaty a nemáme je rádi.

Další skupina jsou ti, kteří vidí život jako práci, dřinu, zaměstnání. Ti jsou velmi často zklamáni, neb život je jinak. V práci dostanete své úkoly, a když je vykonáte, dostanete zaplacené. Pokud ne, vyhazov. Výsledek záleží na Vás. Jste za to zodpovědní. V životě ať děláte, co děláte, jednou jste dole, jednou nahoře. Tito pacienti jsou často úzkostní či depresivní. Úzkostní z toho, že se bojí udě-

lat chyby a dostat vyhazov, depresivní z toho, že zapláceno nedostanou. Často se cítí ukřivdění a štěstí jim nepřeje.

Lidé, kteří, chápou život jako hru, k nám nechodí. Ve hře výsledek nezáleží jen na našem chování, ale též na tom co všichni ostatní hráči dělají, na štěstí a vlivech mimo naši schopnost ovládat nebo i znát. Samozřejmě, ve hře záleží na tom, jak hrajeme, ale výsledek pod kontrolou nemáme, to by nebyla hra. Z výsledku se můžem radovat či poučit, ale zodpovědní za něj nejsme. Účelem hry není vyhrát, ale si jí užít a umožnit ostatním si to taky užít. Když hraju tenis, chci protihráče, který hraje asi tak dobře jako já, takže někdy vyhraju a někdy prohraju. Kdyby účelem tenisu bylo vyhrát, vybral bych si protihráče z mateřské školky a vítězil bych pořád, ale zábavné by to moc nebylo.

Každý den je začátek nové hry. Jediná pravidla jsou, že nakonec všichni umřeme, ale mezi dneškem a smrtí přežijeme všechno.

Sebevražda je také extrém v odmítání a často je reakcí na odmítnutí. Když se zabiju, to znamená, že vás už nikdy nechci vidět, radši budu pod drnem, což se týká všech. Nicméně, nezabiju se, neboť doufám, že vás zase uvidím.

Výsledky

V ambulanci vidím přes 200 nových pacientů ročně, z nich 10 až 20 procent má sebevražedné sklony. Za posledních 19 let jsem poslal do nemocnice jednoho pacienta pro riziko sebevraždy, podrželi ho tam šest týdnů, a po třech týdnech po propuštění se oběsil. Ten byl jediný, který se mi zabil.

Závěr

Psychoterapeutická technika se zaměřením na účel, spíše než důvod sebevražedných pocitů a myšlenek, může být účinnější než tradiční technika zabraňování sebevražd násilnými prostředky.

VLIV NOVÝCH ZÁKONŮ ÚČINNÝCH OD R. 2012 NA PSYCHIATRICKOU PRAXI

J. Švarc

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha, Česká republika

Summary

IMPACT OF NEW LAWS ON PSYCHIATRIC CARE IN CZECH REPUBLIC

New laws concerning the health service are effective from the year 2012 in Czech Republic, esp. the health care law. The lecture summarizes the impact of the new laws on psychiatric care in Czech Republic.

Key words: *psychiatric care, health care law*

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování – účinný k 1. 4. 2012

zastřešuje zdravotní péči, definuje řadu pojmů (lege artis, poskytovatel, individuální léčebný postup...); ukládá řadu povinností zdravotníkům (zejm. informovat řadu určených osob o řadě vzniklých situací...) na základě práv pacientů (např. znát informace o péči, jména zdravotníků...). Pro psychiatrickou praxi je mj. důležité: Zachování mlčenlivosti je upraveno obdobně jako dosud. Sdělování údajů pro potřeby trestního řízení se nadále řídí § 8 tr. řádu (povinná mlčenlivost platí i při dožádání OČTŘ). Právo vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele neznamena povinnost poskytovatele mu je zajišťovat. Nemožnost vyhovět právu na nepřetržitou přítomnost jiných osob či psa je třeba odůvodnit v léčebném řádu.

Do 30. 3. 2012 směli do zdravotnické dokumentace nahlížet "znalci v oboru zdravotnictví v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku zadaného orgány činnými v trestním řízení nebo soudy." Dle § 1 odst. 2 nového zákona do dokumentace mohou bez souhlasu pacienta nahlížet "znalci ve zdravotnických oborech ... v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku pro potřebu trestního řízení nebo pro řízení před soudem podle jiných právních předpisů". Nahlížet do dokumentace tedy mohou i tzv. "privátní" znalci a de facto se každý může dostat do zdravotnické dokumentace kohokoli (s kým zahájí soudní řízení) přibráním znalce!

Dle § 35 nezletilému (nesvéprávnému) pacientovi se zdravotní služby poskytují se souhlasem jeho zákonného zástupce a vždy je však třeba zjistit názor nezletilého (nesvéprávného) a zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Je-li názor nezl. (nesv.) pacienta na poskytování služeb, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit jeho další zdravotní stav nebo kvalitu života, v rozporu s názorem jeho zákonného zástupce, poskytovatel to oznámí soudu do 24 hodin za účelem ustanovení opatrovníka. Totéž se má oznámit soudu, jde-li o nezletilého pacienta, jehož zákonnými zástupci jsou rodiče, není-li souhlas obou rodičů k poskytnutí zdravotních služeb, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav nebo kvalitu života. Řešení vidím jedině ve zrušení (nejen změně) tohoto kontroverzního ustanovení.

Pro lůžkovou psychiatrii je podstatný § 45 odst. 4: Poskytovatel je povinen informovat Policii ČR, že pacient svévolně opustil zdravotnické zařízení lůžkové péče, a přerušением poskytování zdravotních služeb je vážně ohroženo zdraví nebo život pacienta nebo jiných osob.

Pacienta lze bez jeho souhlasu hospitalizovat dle § 38, jestliže ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak, nebo jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a neumožňuje, aby vyslovil souhlas.

Pacientovi lze bez jeho souhlasu poskytnout pouze neodkladnou péči, která je v přímé souvislosti s důvodem hospitalizace, v případě, kdy zdravotní stav neumožňuje pacientovi tento souhlas vyslovit nebo jde o léčbu vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta. Jinou péčí (např. somatickou) tedy provádějme se souhlasem, popř. neprovádějme.

Zákon vymezuje v § 39 šest omezovacích prostředků a podmínky jejich použití.

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách – účinný k 1. 4. 2012

řeší mj. terapeutické kastrace, sterilizace, asistované reprodukce, změnu pohlaví transsexuálů, psychochirurgické výkony, genetická vyšetření; léčbu krví nebo jejími složkami; lékařskou posudkovou činnost; ověřování nových postupů.

Terapeutická kastrace nesmí být provedena osobě zbavené způsobilosti k právním úkonům a osobě ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody! Jinak ji lze provést po dovršení věku 25 let u muže, který v minulosti spáchal násilný sexuální motivovaný trestný čin, pokud odborné lékařské vyšetření prokázalo specifickou sexuální deviaci a vysokou pravděpodobnost opakování takového tr. činu, a pokud nebyly úspěšné jiné léčebné metody. Takový muž se dle českého trestního práva musí nacházet v ochranném léčení nebo zabezpečovací detence nebo ve výkonu trestu. Mimo písemné žádosti žadatele se nyní požaduje kladné stanovisko odborné komise MZ a souhlas soudu! Dle autora je souhlas soudu nadbytečný a nedořešený alibismus a zákaz tohoto výkonu osobám ve výkonu trestu a vazby a nesvéprávným je diskriminací těchto pacientů.

Ustanovení o ochranném léčení (OL) – původně mělo jít o samostatný zákon:

§ 84: povinnost zajistit OL ústavní (tzn. neodmítat přijmout pacienty a nepropouštět na reverz pacienty, kteří mají do léčebny nařízeno OL ústavní).

§ 87 odst. 3 povinnost zajistit při přijetí písemné seznámení pacienta s jeho právy, povinnostmi, předpokládanou dobou léčení, možností změny formy OL, s individuálním léčebným plánem, s vnitřním řádem (pokud podání těchto informací nevylučuje jeho zdravotní stav).

§ 87 odst. 2: povinnost do 24 h oznámit soudu, který ochranné léčení nařídil, že pacient v OL ústavním se svémocně ze zdravotnického zařízení vzdálil nebo byl přeložen do jiného zařízení, pacient v OL ambulantním se nedostavil ve stanoveném termínu do ambulance (byl-li pacientovi ustanoven soudem opatrovník, tuto skutečnost mu rovněž oznámit).

§ 86: povinnost vydávat písemné propustky při povolení propustky.

§ 88: povinnost pacienta oznámit adresu, na které se bude zdržovat na propustce, a toto místo pobytu dodržet. Pokud odmítne sdělit adresu, lékař propustku nevystaví.

§ 89: náklady za nepojištěné hradí ministerstvo – fakturování á 3 měsíce.

Další ustanovení: Pacient je při výkonu OL povinen podrobit se individuálnímu léčebnému postupu; podrobit se osobní prohlídce (vykonává osoba stejného pohlaví), umožnit kontrolu osobních věcí. Tyto postupy se zaznamenají do zdravotnické dokumentace. Poskytovatel je oprávněn zakázat konkrétní návštěvu, použití telefonu, předávání korespondence, kontrolovat balíky pacienta; pacientovi nelze zakázat osobní, písemný ani telefonický styk s vyjmenovanými institucemi (právní zástupce aj.)

Zákon č. 374/2011 Sb., o záchranné službě – účinný k 1. 4. 2012

se týká jen poskytovatelů akutní lůžkové péče, kterým vzniknou povinnosti zřídit kontaktní místo pro spolupráci s ZS a nepřetržitě spolupracovat s operačním střediskem ZS.

§ 89a zákona č. 361/2000 Sb., o silničním provozu – novelizace k 1. 1. 2012

K 1. 1. 2012 nabyla účinnosti novela zákona č. 361/2000 Sb., o silničním provozu (zákonem č. 297/2011 Sb.). Nový § 89a zní: *"Lékař, který zjistí, že žadatel o řídičské oprávnění (dále "ŘO") nebo držitel řídičského oprávnění je zdravotně způsobilý k řízení motorového vozidla (dále "MV") s podmínkou nebo není zdravotně způsobilý k řízení MV, je povinen o této skutečnosti neprodleně informovat obecní úřad s rozšířenou působností příslušný podle obvyklého bydliště nebo místa studia žadatele o řídičské oprávnění nebo držitele řídičského oprávnění."*

Není dotčena povinnost informovat o tom jako dosud samotného pacienta a posuzujícího lékaře, pokud je znám. Oznámení by mělo obsahovat identifikační údaje pacienta, zda je zdravotně nezpůsobilý či zdravotně způsobilý s podmínkou (s jakou), zda je v době oznámení hospitalizován, zda je v době oznámení schopen chápat smysl psaného textu, zda je známo, byl-li zbaven způsobilosti k právním úkonům a pokud ano, zda je známo, kdo je opatrovníkem.

Stále je účinná vyhláška MZ č. 277/2004 Sb. o zdravotní způsobilosti k řízení MV, která jmenuje duševní poruchy vylučující držení ŘO a stavy umožňující držení ŘO jen po odborném vyšetření (psychiatrem). Stejně jako dosud posouzení způsobilosti provádí posuzující (rozuměj praktický) lékař, který je oprávněn nařídit provedení odborného vyšetření.

Jak v praxi dodržet zákon a neznemožnit většinu pacientů řízení MV? Např. nezjišťovat, zda má pacient ŘO! Právní odd. Lékařské komory ČR vydalo stanovisko, že všechny povinnosti hlášení neschopnosti řídit MV se týkají lékaře, jen pokud mu pacient prokazatelně sdělí, že je držitelem ŘO. Není povinností lékaře tuto informaci zjišťovat. Za porušení oznamovací povinnosti zákon o silničním provozu neukládá sankci, a to ani za opomenutí zaslání informace obecnímu úřadu, ani v případě, kdy lékař nedojde k závěru o nezpůsobilosti řízení MV a později by se nezpůsobilost projevila. Další praktická možnost je

hlásit „*Je způsobilý s podmínkou...*“ – např. s podmínkou abstinence od návykových látek nebo užívání předepsaných léků nebo dodržování podmínek ambulantní léčby apod.

§ 99 odst. 5 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník – novelizace k 1. 1. 2012
Soud může změnit ústavní OL na zabezpečovací detenci v případě, že vykonávané ústavní OL nezajišťuje dostatečnou ochranu společnosti, a to zejména vzhledem k útěku, napadání zaměstnanců a jiných osob v OL, nebo vzhledem k chování pachatele ve výkonu OL, v němž se projevuje jeho negativní postoj k OL.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění – novelizace k 1. 1. 2012 a k 1. 4. 2012
změnil výši regulačních poplatků k 1. 1. 2012. K 1. 4. 2012 přináší povinné elektronické aukce, zákaz bonusů a slev v lékárnách, povinnost pojišťoven zajistit pacientům dostupnost hrazených služeb v místě a čase, zákon začíná definovat "standard a nadstandard" – podrobnosti nad rámec sdělení.

TERAPEUTICKÉ VYUŽITÍ ČASOVÉ PERSPEKTIVY

E. Bazínková

Centrum duševního zdraví Jeseník + Šumperk, Česká republika

Summary

THERAPEUTIC USE OF TIME PERSPECTIVE

The time perspective is often described as unconscious personality settings that everyone holds to time, with whereby is connected continuous experience in the categories of time, and which assisting in lending to our lives an order, logic and sense. It is a multidimensional, partially flexible cognitive process which models and concurrently is modelled on social and cultural environment whereof we live. Simply speaking, it reflects the extent to which a person is oriented to the actual stimuli, to the past experience or to expected consequences. It is closely related to values and attitudes of individuals and significantly affects its decision making and becomes therefore the subject of many research studies abroad, especially in relation to risk behaviors such as drug use or excessive alcohol consumption. In the Czech Republic, the results of similar surveys haven't been published yet.

In their own study, we compared the time perspective of clients PL Šternberk alcohol department and individuals who were for alcohol dependence excluded by the help of scale of alcohol dependence (ADS). In accordance with foreign studies, we found a significant difference between these two groups.

Work with a time perspective helps us uncover unconscious processes and

core beliefs client. Since, as mentioned above, partially flexible cognitive process, it can change during therapy and reinforce in the desired direction. From this perspective, its use seems to be very beneficial, not only in the treatment of addiction.

Key words: Time perspective, Balanced time perspective, Cognitive process

Pojmy časová perspektiva nebo také časová orientace nejsou v psychologii a psychoterapii ničím novým, zabývali se jimi například již Wilhelm Wundt nebo William James, žádný z nich ji však neučinil ústředním tématem své práce. Zejména v posledních letech se toto téma však dostává do popředí zájmu v oblasti výzkumu i praxe.

V následujícím výkladu budu vycházet z konceptu časové perspektivy amerického sociálního psychologa Philipa Zimbarda, protože právě tento byl v zahraničí v průběhu posledních let nejvíce rozvíjen jak po teoretické stránce, tak i v oblasti výzkumu. U nás dosud nebyly publikovány studie zabývající se touto tematikou, můžeme se s ní však setkat alespoň v některých diplomových a dizertačních pracích.

Zimbardo a Boyd (2009) časovou perspektivu definují jako často nevědomé osobnostní nastavení, které každý jedinec zaujímá vůči času, s jehož pomocí je spojeno kontinuální prožívání v časových kategoriích, a které pomáhá našemu životu propůjčit řád, logiku a smysl. Je to multidimenzionální částečně flexibilní kognitivní proces, který modeluje a zároveň je modelován sociálním a kulturním prostředím. V současnosti nejpoužívanějším nástrojem ke zjišťování časové perspektivy je Zimbardův inventář časové perspektivy (ZTPI), který vznikl v roce 1997 a v průběhu následujících let byl dále rozvíjen a zdokonalován. Konečná verze ZTPI obsahuje 56 položek, které jsou rozčleněny do 5 subškál dle druhu časové perspektivy rozčleněny do 5 subškál. Jednotlivé položky mají podobu oznamovacích vět v první osobě, dotazovaný jedinec pak na pětistupňové škále hodnotí, nakolik s daným výrokem souhlasí.

Základními druhy časové perspektivy jsou přítomná, minulá a budoucí. Přítomná se dále dělí na hédonistickou a fatalistickou, minulá na pozitivní a negativní.

Přítomná hédonistická časová perspektiva odráží požitkářský a lehkovážný přístup k životu, je spojena se snahou o okamžité uspokojení potřeb, užívání si příjemného a minimalizace nepříjemného. I přes racionální vědomí možných důsledků lidé, u nichž převládá tento druh časové perspektivy své jednání často nekorigují a je u nich proto vyšší riziko rozvoje závislostí. Na druhou stranu však bývají energičtí, spontánní a schopni improvizovat. **K přítomné fatalistické časové perspektivě se pojí** pocity bezmoci a beznaděje, přesvědčení, že život člověka ovlivňují vnější síly, které sám nedokáže ovlivnit. Převládající přítomná fatalistická časová perspektiva pozitivně koreluje například s depresivitou a úzkostností. Někdy bývá uváděn ještě třetí typ přítomné časové perspektivy, a to tzv. holistická časová perspektiva. Ta se podstatně liší od he-

donistické a fatalistické. Je to tzv. absolutní přítomnost, centrální koncept Buddhismu a meditace, vzdálený od západního lineárního chápání světa. Absolutní přítomnost v sobě jistým způsobem zahrnuje i minulost a budoucnost. Pro minulou pozitivní časovou perspektivu je typický vřelý pohled na vlastní minulost s důrazem na udržování vztahů s rodinou a přáteli, minulá negativní časová perspektiva je pak spojena se všeobecným negativním postojem vůči minulosti. Přílišná orientace na minulost bývá spojena např. s nadměrnou konzervativností, opatrností, vyhýbáním se změnám, brání také vzniku a osvojování nových strategií řešení problémů.

Budoucí časová perspektiva odráží obecnou orientaci jedince na budoucnost. Jsou pro ni typické přizpůsobování aktuálního jednání na základě jeho očekávaných důsledků, schopnost odolávat okamžitému pokušení. Je důležitá pro úspěch ve studiu či práci. Na druhou stranu se k ní ale může pojit také nízká potřeba sociálních kontaktů a časový tlak. Zvláštní kategorií v rámci budoucí časové perspektivy je transcendentální budoucí perspektiva, která je typická pro východní náboženství a filozofii.

Ukazuje se, že specifická časová perspektiva není adaptivní ve všech situacích, a že jednostranná časová orientace přináší zvýšená rizika psychických i tělesných onemocnění. Ukázala se například jako prediktor neuróz, nízké sebekontroly či problémů v mezilidských vztazích. U psychiatrických pacientů nacházíme silnější orientaci na negativní minulost a fatalistickou přítomnost, současně také nižší orientaci na pozitivní minulost než je tomu v běžné populaci. Silná orientace na fatalistickou přítomnost a negativní minulost mohou souviset se smýšlením o sebevraždě či sebevražedným jednáním. Patrně nejvíce uskutečněných výzkumů se týká časové perspektivy ve vztahu k rizikovému chování – nadužívání alkoholu, drog, rychlá jízda autem (např. Keough, Zimbardo & Boyd (1999), Levy & Earleywine (2004), Fieulaine & Martinez, F. (2010) a další) a životní spokojenosti.

V letech 2010–2011 jsem uskutečnila výzkumnou studii týkající se časové perspektivy ve vztahu k závislosti na alkoholu. Studie se zúčastnilo 34 klientů protidrogových oddělení PL Šternberk se základní diagnózou F10.2 a 34 jedinců z běžné populace, kteří tvořili kontrolní skupinu. Oběma skupinám byl předložen dotazník ZTPI a ADS. Výzkumný soubor dosahoval signifikantně vyšších skóre v oblasti přítomné časové perspektivy než kontrolní skupina a zároveň kontrolní skupina dosahovala vyšších skóre v budoucí časové perspektivě než výzkumný soubor.

Pro psychické a fyzické zdraví jednotlivce i jeho sociální fungování je optimální tzv. vyvážená časová perspektiva. Vyváženost je v tomto případě definována jako mentální schopnost flexibilně přecházet mezi druhy časové perspektivy v závislosti na charakteru úkolu, situaci a osobních zdrojích.

Ačkoli je časová perspektiva relativně stabilní osobnostní charakteristika, lze ji měnit. Častou komplikací změny je však to, že jsou výše popsány časové rámce, jejich konkrétní obsah a užívání, většinou nevědomé. Jako základ pro vytvoře-

ní aktuálního profilu časové perspektivy slouží výše zmíněný Zimbardoův dotazník časové perspektivy (ZTPI). Na základě tohoto profilu lze s časovou perspektivou dále pracovat, například ji posilovat v žádoucím směru.

Zimbardo a Boyd (2009) nabízí několik kroků k posílení jednotlivých druhů časové perspektivy. Jedná se o úkoly v duchu kognitivně-behaviorálních technik, některé z nich jsou velmi jednoduché, jiné naopak náročnější. Na prvním místě autoři uvádí cvičení „Kdo jsem?“ k posílení přítomné časové perspektivy, jehož podstatou je odpovídání na otázky „Kdo jsem?“, „Kde jsem?“, „Kdy jsem?“ a „Jak se cítím?“, a to na každou pětkrát. K posílení vztahu k minulosti autoři uvádí cvičení „Kdo jsem byl?“. V něm klient dvacetkrát po sobě zodpovídá otázku: „Kdo jsem byl?“. Následuje vyjmenování tří významných životních událostí a zamyšlení se nad tím, jaké ponaučení do dalšího života přináší.

Podobně jako v předchozích případech je základem posílení budoucí časové perspektivy cvičení „Já budu“. Ve cvičení se čtrnáctkrát opakuje věta „Já budu“, kterou má dotyčný doplnit. Následuje stanovení pěti významných cílů do budoucna s určením doby, kdy by jich chtěl dosáhnout. Výsledky cvičení si buď může dotazovaný klient nechat sám pro sebe, nebo je možné je rozebrat v rámci terapie, lze se k nim také s odstupem času vracet a sledovat tak případné změny.

Jak již bylo zmíněno na začátku, časová perspektiva není v psychologii a psychoterapii novým pojmem. Při práci s klienty ji využíváme často i intuitivně. Pomáhá nám odhalovat nevědomé procesy a jádrová přesvědčení klienta. V terapii ji lze využít několika způsoby, můžeme se buď přizpůsobit převládající časové perspektivě klienta a pracovat s ním tedy v rovině, která je pro něj nejpřirozenější, nebo nejprve pracovat na dosažení vyvážené časové perspektivy, to znamená na jejím posílení v požadovaném směru, či kombinovat obě tyto možnosti.

Zdroje

Apostolidis, T., Fieulaine, N., Simonin, L. & Rolland, G. (2006). Cannabis use, time perspective and risk perception: Evidence of a moderating effect [Electronic version]. *Psychology and Health*, 21(5), 571–592.

Boniwell, I., & Zimbardo, P. (2004). Balancing Time Perspective in Pursuit of Optimal Functioning [Electronic version]. *Positive psychology in practice*, 165–178. New Jersey: John Wiley&Sons.

Fieulaine, N., & Martinez, F. (2010). Time under control: Time perspective and desire for control in substance use [Electronic version]. *Addictive behaviors*, 35, 799–802.

Hulbert, R. J., & Lens, W. (1988). Time Perspective, Time Attitude, and Time Orientation in Alcoholism: A Review [Electronic version]. *The International Journal of the Addictions*, 23(3), 279–298.

Keough, K. A., Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Who's smoking, drinking and using drugs? Timeperspective as a predictor of substance use [Electronic version]. *Basic and Applied Social Psychology*, 21, 149–164.

Levy, B., & Earleywine, M. (2004). Discriminating reinforcement expectancies for studying from future time perspective in the prediction of drinking problems [Electronic version]. *Addictive behaviors*, 29, 181–190.

Wills, T.A., Sandy, J. M., & Yaeger, A.M. (2001). Time perspective and early-onset substance use: A model based on stress-copingtheory [Electronic version]. *Psychology of Addictive Behaviours*, 15 (2), 118–125.

Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable Individual-differences metric [Electronic version]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1271–1288.

Zimbardo, P.G., & Boyd, J. (2009). Die neue Psychologie der Zeit und wie sie Ihr Leben verändern wird. Heidelberg: Spektrum.

WORKSHOP POČÍTAČOVÁ DIAGNOSTIKA A POČÍTAČOVÁ REMEDIACE ADHD SYNDROMU

garant prim. Miroslav Novotný

POČÍTAČOVÁ DIAGNOSTIKA ADHD

T. Žilinčík

Centrum duševního zdraví Jeseník, Česká republika

Summary

USE OF THE CPT TESTS IN THE DIAGNOSIS OF ADHD

The aim of this report is to give a brief overview of computational methods used in the diagnosis of ADHD (IVA PLUS, Conners CPT II, PASAT) and to compare the advantages and disadvantages of each program. The diagnosis rule, never doing the conclusions just based on one test, is also true for the ADHD syndrome. These methods will not compete with each other; every method maps the problem from another perspective, what allows to obtain a comprehensive insight into the problem of the individual patient. After a brief theoretical introduction followed by practical demonstration of individual tests, each participant will have the opportunity to try the test he is interested in.

Key words: ADHD, CPT tests, IVA-PLUS

Cieľom tohto príspevku je podať stručný prehľad počítačových metód, ktoré používame pri diagnostike ADHD (IVA PLUS, Conners CPT II, PASAT) a porovnať výhody a nevýhody jednotlivých programov. V diagnostike platí pravidlo, že nikdy nerobíme závery len na základe jedného testu, platí to i pre problematiku ADHD. Jednotlivé metódy si navzájom nekonkurujú; každá metóda mapuje problematiku z inej perspektívy, čo umožňuje získať komplexný vhľad do problému konkrétneho pacienta. Po stručnom teoretickom úvode bude nasledovať praktické predvedenie jednotlivých testov, pričom každý účastník bude mať možnosť vyskúšať si test o ktorý má záujem, sám na sebe.

IVA PLUS

Počítačový program IVA-PLUS (Integrated Visual and Auditory Continuous Performance Test) je test pozornosti, ktorý meria súčasne vizuálnu i sluchovú pozornosť; štandardizovaný na vzorke 1700 osôb bez psychologických alebo zdravotných problémov. Je určený pre deti od 6 rokov vyššie až do dospelosti, umožňuje presnú diagnostiku syndrómu ADHD podľa 3 subtypov klasifikácie DSM-IV, môže byť tiež použitý pri hodnotení kognitívnych deficitov spojených s následkami mŕtvice, poranení hlavy, poruchami spánku, depresie, zneužívania návykových látok a ďalších zdravotných problémov.

3 subtypy ADHD podľa DSM –IV:

ADHD – primárne nepozorný typ

ADHD – primárne hyperaktívne-impulzívny typ

ADHD – kombinovaný typ

Administrácia testu trvá zo zácviikom približne 20 minút, podnetový materiál pozostáva z asi 500 stimulov prezentovaných v pseudonáhodnom poradí. Pred administráciou testu je nutné vyšetriť IQ testovanej osoby, aby mohli byť použité najvhodnejšie vekové normy pre hodnotenie výsledkov. Počas testu sa neustále strieda tzv. vysokofrekvenčný blok s nízkofrekvenčným blokom, každý blok pritom obsahuje 50 stimulov, tieto dva bloky tvoria dohromady 1 quintil (100 stimulov) a 5 quintilov tvorí hlavnú časť testu.

Úlohou probanda je klikáť na „jedničky“ (buď sa objavajú na monitore alebo má zareagovať na slovo „jeden“ ktoré sa ozve z reproduktorov) a ignorovať „dvojky“ (prezentované vo vizuálnom alebo sluchovom móde, tak ako jedničky). Vyššie spomínaný vysoko-frekvenčný blok je konštruovaný tak, aby provokoval k chybám z impulzivity. Proband je nútený nepretržite klikáť na jedničky a vo chvíli keď sa objaví dvojka, musí náhle utlmiť svoju aktivitu, čo je pre impulzívnych jedincov ťažké.

1 1 1 1 1 2 1 1 1 1 2 1 1 1 1 1 2 1 1 1 1 1 2 1 1 1 1 1 2 1 1 1 1 1 2 1 1 1 1 1 2 1 1 1 1 1 2 1

Naopak, nízkofrekvenčný blok provokuje k nepozornosti, pri sérii dvojok sa od probanda očakáva, aby „nezaspal“ a vyčkával až sa objaví jednička

2 2 2 2 2 1 2 2 2 2 2 1 2 2 2 2 2 1 2 2 2 2 2 1 2 2 2 2 2 1 2 2 2 2 2 1 2 2 2 2 2 1 2 2 2 2 2 1 2

Tieto stimuly (jedničky i dvojky) sú zároveň v obidvoch blokoch pseudonáhodným spôsobom prezentované vo vizuálnom alebo auditívnom móde, takže je skoro nemožné, že by vyšetrovaná osoba odhalila princípy testu.

Jedinečnosť testu IVA PLUs spočíva práve v kombinácii vizuálnych a sluchových podnetov. Môžeme uviesť niekoľko dôvodov, prečo je tento postup optimálny pre diagnostiku ADHD:

bolo potvrdené výskumami, že probandi, ktorí podstúpili testovanie počítačovými metódami (bez ohľadu či majú ADHD), majú väčší sklon k chybám z impulzivity pri vystavení sluchovým podnetom v porovnaní s zrakovými stimulmi

metódy, ktoré pracujú s čisto zrakovým podnetovým materiálom, vykazujú vysoký počet falošne negatívnych diagnóz ADHD (napríklad Conners CPT) testy pozornosti založené na sluchovej modalite (napríklad PASAT) majú dobré psychometrické vlastnosti, avšak probandi ich subjektívne prežívajú ako veľmi neprijemné a často odmietajú opätované testovanie po určitej dobe

Vyhodnotenie výsledkov je jednoduché, pretože pripomína škálu IQ. Priemerné hodnoty nadobúdajú hodnotu 100, so štandardnou odchýlkou 15, hodnoty nižšie ako 60 signalizujú deficit v danej oblasti. Hlavným výstupom z IVA Plus sú dve škály – celková škála kontroly impulzov a celková škála pozornosti. Deficit na škále kontroly impulzov svedčí pre diagnózu ADHD, hyperaktívne – impulzívny typ. Analogicky, deficit na celkovej škále pozornosti poukazuje na ADHD, primárne nepozorný typ. Deficit na oboch škálach znamená ADHD, zmiešaný typ, tento subtyp sa v praxi vyskytuje najčastejšie.

Celková škála kontroly impulzov sa skladá z 3 subškál:

predvídavosť – miera kontroly impulzov, definovaná podľa 3 rôznych chýb z impulzivity

konzistencia – nerozpornosť odpovedí počas dlhšieho časového úseku; určuje, do akej miery kolíše rýchlosť reakcii na podnety

unaviteľnosť – porovnáva počet správnych odpovedí v prvých 200 pokusoch s počtom správnych odpovedí v posledných 200 pokusoch; vplyvom fyzickej únavy sa ku koncu testu zvyšuje chybovosť

Celková škála pozornosti sa taktiež skladá z 3 subškál:

pozornosť – miera pozornosti definovaná 2 rôznymi typmi chýb

fokus – je podobná škále konzistencia, avšak je citlivejšia na výrazné výpadky pozornosti trvajúcej niekoľko sekúnd

rýchlosť spracovania informácií – priemerný reakčný čas na podnety, na ktoré proband odpovedal správne – podľa autorov táto škála koreluje s celkovým IQ, čo sa ukazuje ako diskutabilné

Súčasťou testu sú tiež **validizačné škály** (celkový počet škál je 26), ktorými je možné posúdiť motiváciu probanda k testovaniu a/alebo prípadnú agraváciu symptomov:

comprehension – počet bezdôvodných, nevyprovokovaných chýb – najcitlivejšia škála pre diagnostiku ADHD, je však nutné interpretovať s rezervou, môže tiež znamenať nezáujem o test (náhodné odpovede)

persistence – škála motivácie, resp. odporu k testovaniu. Na konci testu probanda vyzveme aby urobil „ešte jednu vec“. Znova zmeriame reakčný čas na podnety a zároveň zistíme prípadný odpor k testovaniu.

Ďalšie doplnkové škály

balance (vyváženosť) – reflektuje učebný štýl danej osoby; určuje ktorá zmyslová modalita je človeku bližšia, či preferuje vizuálne alebo sluchové podnety

readiness – určuje, za akých okolností podáva jedinec lepší výkon – či sa mu pracuje lepšie pod veľkým tlakom (potrebuje neustály prísun nových podnetov), na druhej strane spektra je človek, ktorý pracuje síce pomaly, ale pritom s výdržou

Medzi nevýhody IVA PLUS patrí to, že slúži predovšetkým na identifikovanie deficitov v oblasti pozornosti a kontroly impulzov a veľmi málo rozlišuje nadpriemerné výkony v týchto oblastiach.

Conners CPT II

Počítačový program Conners CPT II je test pozornosti určený pre deti od 6 rokov až do dospelosti, ktorým sa meria schopnosť vizuálnej pozornosti, impulzivity a vigilancie. Je založený na multimodálnom prístupe v súlade s princípmi klasifikácie DSM-4, používa sa hlavne na diagnostiku ADHD u detí i dospelých osôb a pri hodnotení pokroku pri liečbe tejto poruchy. Uplatnil sa tiež vo výskume aj ako skríningový nástroj. Inštrukcia je jednoduchá, probandovi sú monitory prezentované rôzne písmená v náhodnom poradí, a proband má reagovať na všetky s výnimkou písmena „X“. Test sa skladá zo 6 blokov, jeden blok obsahuje 3 sub-bloky, každý sub-blok obsahuje 20 stimulov. Časové intervaly medzi jednotlivými stimulmi sú 1;2; a 4 sekundy, celková doba administrácie je cca 15 minút. Conners CPT bol štandardizovaný na vzorke 2521 ľudí rozdelených do 3 skupín – 1920 zdravých osôb, 378 pacientov s ADHD a 223 pacientov s neurologickým onemocnením. Najdôležitejším výstupom testu je tzv. Confidence Index (počítaný zvlášť pre ADHD a pre neurologické onemocnenie), ktorý určuje, s akou pravdepodobnosťou trpí proband syndrómom ADHD, resp. neurologickým onemocnením. Výskumy ukazujú, že test dokáže validne diferencovať osoby s poruchami pozornosti jak od zdravé populácie, tak i od iných psychiatrických diagnóz. Podľa profilu výkonov v jednotlivých oblastiach je možné určiť, o aké subtypy ADHD v rámci DSM-4 sa jedná. Reliabilita testu je vysoká (split-half reliabilita 0,73–0,95; korelácia test-retest pre ADHD Index 0,89; pre Index neurológie 0,92 (obidve na hladine $p < 0.01$)). Program obsahuje tiež funkcie minimalizovania falošne pozitívnych diagnóz a funkciu minimalizovania falošne negatívnych diagnóz, ktoré je možné uplatniť najmä v rámci screeningového vyšetrenia, tieto funkcie nie je možné použiť súčasne.

Porovnanie s inými testami pozornosti:

Nevýhoda oproti IVA PLUS je iba jeden hlavný index prítomnosti ADHD, vďaka čomu je schopný určiť prítomnosť subtypu ADHD, zmiešaný typ, avšak v prípade ostatných 2 subtypov dáva nejednoznačné výsledky – príliš často sa stáva, že index pravdepodobnosti diagnózy ADHD vychádza na 50 percent a profil výsledkov na čiastkových škálach (pozri nižšie) vyžaduje zapojenie intuície a klinickú skúsenosť pri vyhodnocovaní. Na rozdiel od IVA a PASATu však nie je tak nezáživný a frustrujúci, osvedčuje sa preto pri hodnotení pokroku liečby aj ako skríningový nástroj. Výhodou je tiež to, že je schopný zmerať eventuálne nadpriemerné výkony v oblasti pozornosti a vigilancie.

Ako sa prejavujú deficit v oblasti pozornosti a impulzivity:

nepozornosť – pomalé reakcie spolu s vysokým počtom ommision a zároveň vysoký počet commision

impulzivita – rýchle reakcie, mnoho commision chýb a málo ommision chýb

Škály:

Confidence index – pravdepodobnosť, že proband má ADHD

Ommision – vynechanie – proband neklikol na písmeno na ktoré mal kliknúť príliš pomalá reakcia môže spôsobiť jak vynechanie (ommission) na určitom stimule a zároveň perseveráciu na nasledujúcom stimule

Commision – počet kliknutí na písmeno X, na ktoré nemal klikat' u normálnych jedincov je viac commision chýb na začiatku, s postupom času sa počet chýb znižuje

Hit RT (reaction time) – priemerný reakčný čas v priebehu celého testu
norma: od 100 milisekúnd do 900 ms

Hit RT Standard Error – konzistencia odpovedí, tj. priemerná odchýlka od priemerného reakčného času

Variability of Standard Error – rozloženie odchýlok v priebehu testu
napr. vplyv únavy – na začiatku konzistencia odpovedí ku koncu veľké výkyvy

Detectability – miera, ako dokáže proband rozlišovať medzi X a ostatnými písmenami

Perseverácie

- reakcie rýchlejšie ako 100 ms; u človeka je to nemožné
- impulzívna reakcia – proband nevydrží čakanie na podnet
- náhodná odpoveď
- oneskorená odpoveď na predošlý podnet

Hit Reaction Time Block Change – porovnanie priemerného reakčného času medzi 6 blokmi stimulov

Hit Standard Error Block Change – porovnanie, ako sa mení konzistencia odpovedí medzi jednotlivými blokmi

Hit Reaction Time ISI Change – určuje zmenu reakčného času v závislosti na tom, jak sa menia intervaly medzi stimulmi (medzi jednotlivými podnetmi je vždy pauza 1 sekunda, 2 sek. a 4 sek.)

obvyčajne čím väčší interval, tým sa reakcia na podnet spomaľuje

Hit Standard Error ISI Change – určuje zmenu konzistencie odpovedí v závislosti na dĺžke intervalu medzi stimulmi (1 sek., 2 sek., 4 sekundy)

obvyčajne čím väčší interval, tým nižšia je konzistencia odpovedí

Index Beta – validizačná škála, posudzuje spôsob akým proband odpovedal na podnety, či neklikal náhodne

- T-skór viac ako 60 – proband je úzkostný, bojí sa, že urobí chybu a klikne na X preto kliká málo (alebo sabotuje test)
- T-skór menej ako 40 – nezáleží mu tom, či klikne na X, hlavne aby nevynechal žiadne písmeno (alebo úmyselne sabotuje test)

PASAT

Počítačový program PASAT (Paced Auditory Serial Addition Test) je test vytrvalé pozornosti (sustained attention). Proband je vyzvaný, aby poslouchal sérii čísel, a udelal součet z posledních dvou čísel, které slyšel. Standardní forma testu obsahuje 4 série po 50 čísel, časový interval se s každou sérií zkracuje (2,4; 2,0; 1,6 a 1,2 sekundy). Po administraci program vygeneruje výsledky ve formě T-skórů pro danou věkovou kategorii. Normy pro standardní verzi programu PASAT byli vytvořené na základě metaanalýzy 3 výzkumů, na celkovém vzorku 1488 osob. Je možné také vytvořit si vlastní formu testu, a určit počet sérií, počet čísel a časové intervaly mezi čísly. V klinické praxi se program osvědčil při evaluaci pacientů s roztroušenou sklerózou. Testu PASAT má výborné psychometrické vlastnosti, nicméně je probandy subjektivně často prožíván jako nepříjemný, z toho důvodu se někdy stává, že odmítají re-test po určité době.

KOGNITIVNÍ REMEDIACE POMOCÍ TRÉNINKU PRACOVNÍ PAMĚTI

P. Škobrtal

Katedra psychologie a patopsychologie PdF UP, Olomouc, Česká republika

Summary

THE COGNITIVE REMEDIATION THROUGH THE USE OF WORKING MEMORY TRAINING

In our article, we focus on theoretical approaches to concept of working memory. We introduce some definition and theories of working memory. The essential part of our article is concentrated on relationship between deficits in working memory and mental disorders. We also focus on methods of cognitive remediation. The working memory training is one of these methods. We bring some reviews from recent studies, which show, that working memory training has a positive impact on people, who suffer from mental disorders, such as schizophrenia, ADHD, etc.

Key words: *working memory, cognitive remediation, working memory training*

Pracovní paměť

Abychom byly schopni provádět složitou kognitivní činnost, musíme mít v každém okamžiku přístup k velkému množství informací. Pokud např. čteme nějaký text, potřebujeme neustále v mysli uchovávat obsah předchozích vět, abychom mohli smysluplně spojovat aktuálně čtené informace s předcházejícími. Tento pracovní prostor, který nám dovoluje přistupovat k informacím, které se kontinuálně mění, se označuje jako pracovní paměť. Pracovní paměť slouží k dočasnému uložení informací v naší mysli po velmi krátkou dobu, abychom byli schopni s těmito informacemi pracovat (Baddeley, 1986). Pojem pracovní paměť se začal užívat z toho důvodu, aby byla potvrzena skutečnost, že tento paměťový subsystém neslouží pouze k pasivnímu uložení informací, ale slouží současně také k manipulaci s nimi. V pracovní paměti probíhá aktuální mentální aktivita. Pracovní paměť hraje důležitou úlohu v porozumění čtenému textu a při řešení matematických úkolů, je nezbytná pro udržení a ovládání pozornosti, plánování a organizování aktivit, zapamatování si instrukcí a řadu dalších činností, vyžadujících pro své úspěšné zvládnutí myšlení, porozumění a učení. Současné výzkumy rovněž naznačují, že existuje vztah mezi pracovní pamětí a fluidní inteligencí.

Existuje několik modelů pracovní paměti. Někteří autoři, jako třeba Cowan (1995, 2005) a Ericsson a Kintsch (1995) považují pracovní paměť za součást dlouhodobé paměti, zatímco jiní autoři mluví o pracovní paměti jako o jednom z podsystémů krátkodobé paměti. V současné literatuře je často citovaný model Baddeleyeho a Hitcha. Původní model navržený Baddeleyem a Hitchem (1974) se skládal ze tří hlavních komponent:

centrální výkonné složky, dvou podřízených složek:

- a) auditivní smyčky,
- b) vizuálně-prostorového skicáře.

V roce 2000 Baddeley rozšiřuje svůj model pracovní paměti o tzv. epizodickou vyrovnávací paměť (epizodický buffer).

Centrální výkonná složka kontroluje a reguluje kognitivní procesy, má následující funkce:

- a) spojuje informace z různých zdrojů do souvislých epizod
- b) koordinuje činnost podřízených složek
- c) přepíná mezi strategiemi pro řešení úkolů a strategiemi pro získávání informací
- d) má na starost selektivní pozornost

Centrální výkonná složka kontroluje kognitivní procesy. Auditivní smyčka zpracovává verbální a zvukové informace. Baddeley (1974, 2000) předpokládá ve svém modelu, že jakákoli verbální nebo zvuková informace vstupuje automaticky do fonologické smyčky, která se skládá ze dvou částí: krátkodobé fonologické paměti a artikulační přípravné komponenty. Auditivní smyčka se uplatňuje se při percepci řeči (krátkodobá fonologická paměť) a její produkci (artikulační přípravná komponenta). Auditivní smyčka má vztah i k psanému

jazyku, protože i psaný jazyk může být transformován do podoby fonologického kódu pomocí vnitřní řeči a poté uložen do fonologické paměti. Vizuálně-prostorový skicář uchovává informace o tom, co vidíme. Jedná se o dočasné úložiště, které slouží k manipulaci s vizuálními a prostorovými informacemi, jako je např. barva, tvar, rychlost aj. Epizodickou vyrovnávací paměť (epizodický buffer) si můžeme představit jako paměťový subsystém, který integruje informace pocházející z různých zdrojů (Baddeley, 2000). Tento subsystém pracovní paměti slouží k propojení s ostatními subsystémy a podílí se na formování integrovaných a chronologicky uspořádaných jednotek prostorových, vizuálních a zvukových informací. Baddeley (2000) předpokládá, že epizodická vyrovnávací paměť je propojena s dlouhodobou pamětí.

Projevy deficitu pracovní paměti u duševních poruch

Deficity pracovní paměti se projevují nejčastěji jako poruchy paměti a pozornosti. S deficitem pracovní paměti se setkáváme u duševních poruch jako je schizofrenie, ADHD/ADD, traumatického poranění mozku, autismu, afázie, dyslexie a řady dalších. ADHD je charakterizována nepozorností, impulzivitou a hyperaktivitou. Deficity pracovní paměti byly u ADHD popsány jak pro verbální tak pro vizuálně-prostorový subsystém pracovní paměti (viz např. Mariani, Barkley, 1997; McInnes, Humphries, Hogg-Johnson, Tannock, 2003) a také pro exekutivní složku pracovní paměti (Reeve, Schandler, 2001).

Kromě ADHD se také u schizofrenie předpokládá defekt pracovní paměti. U pacientů trpících schizofrenií je uváděna špatná výkonnost pracovní paměti, a to jak ve verbální, tak prostorové sféře, viz např. studie Asarnow et al. (1994) nebo Barch, Csernansky (2002) aj. Lidé s diagnostikovanou schizofrenií taktéž selhávají v testu WCST (Wisconsin Card Sorting Test). Pacient selhává v běžné komunikaci, není si jistý tím, o čem mluví nebo o čem mluví druzí, nepamatuje si své plány, úmysly, není schopen dokončit úkol, na kterém pracuje apod.

Mnoho studií, jako např. Cain, Oakhill a Bryant (2004), nebo Smith-Spark, Fisk, Fawcett a Nicolson (2003) poukazují na skutečnost, že rovněž dyslexie je spojena s deficitem pracovní paměti. U dyslexií se předpokládá, že takto postižení jedinci mají problémy zejména v auditivní smyčce, protože selhávají v úlohách zaměřených na zapamatování si určitého materiálu, jako je třeba rozsah čísel, viz např. studie Cain et al. (2004) a další. Jiné studie se zaměřili na deficity v oblasti centrální výkonné složky, např. Palmer (2000) nebo Swanson (1999). U dyslektiků se setkáváme také s problémy v oblasti pozornosti, jak dokazují studie např. Cain et al (2004) a Palmer (2000). U jedinců trpících afázií byly zjištěny rovněž deficity v oblasti pracovní paměti. Tyto deficity byly patrné zejména u úloh, měřících efektivitu fonologické smyčky, viz např. studie Dollaghan a Campbell (1998). Gathercoleová et al. (1999) a další ve svých výzkumech prokázali, že kapacita pracovní paměti je důležitá jak pro naučení se, tak i pro používání jazyka. Lidé s afázií mají obecně problémy s kapacitou fonologického subsystému pracovní paměti, jak dokládají ve svých studiích Montgomery (2003) nebo Gill et al. (2003) a řada dalších.

Trénink pracovní paměti

S poznatkem, že pracovní paměť může být trénována, přišel Dr. T. Klingberg, z Karolinska Institute ve Stockholmu. Do této doby panovala mezi vědci a odborníky zabývajícími se pracovní pamětí v tomto ohledu skepse. Dokonce i Baddeley (2000) ve svém modelu pracovní paměti řadí jednotlivé složky pracovní paměť mezi tzv. fluidní systémy, tj. systémy dané geneticky nepodléhající učení ani tréninku. Pilotní Klingbergova studie na dětech s ADHD byla publikována v roce 2002. Jednalo se o dvojité slepou studii za použití placeba.

V prvním experimentu tvořilo výzkumný soubor 14 dětí s ADHD ve věku 7–15 let, rozdělených do dvou skupin – kontrolní a testovou, vždy po 7 dětech. Obě tyto skupiny prodělaly trénink pracovní paměti v podobě počítačového programu. Klingberg se svými spolupracovníky se zaměřili na to, zda může být kapacita pracovní paměti navýšena pomocí kognitivního tréninku a zda může být takto redukována motorická aktivita dětí s ADHD.

Počítačový trénink se řídil dvěma principy (Klingberg, 2002):

Probandi pracovali na samé hranici jejich možností, přičemž obtížnost se adaptivně měnila tak, aby klient byl maximálně zatěžován vzhledem k jeho možnostem a přitom nebyl zbytečně frustrován příliš vysokou obtížností.

Probandi absolvovali trénink v rozsahu minimálně 20 min denně, 4–6 dnů v týdnu po celkovou dobu 5 týdnů.

Těchto 14 dětí trpících syndromem ADHD prodělalo trénink vizuálně-prostorového rozsahu pracovní paměti, vizuálně-prostorové verze číselného rozsahu a prostorově verbálních úkolů. Léčba placebem spočívala v tom, že byl použit stejný program, u něhož však byla nastavena nízká obtížnost a trénink trval maximálně 10 min denně. Se subjekty byly před a po tréninku administrovány testy na zjištění rozsahu pracovní paměti a stavu prefrontálních funkcí – Ravenovy progresivní barevné matice, impulzivita dětí byla posuzována pomocí Stroopova testu. Stupeň motorické aktivity byl měřen za použití infračervené kamery. Předchozí studie ukázaly, že takto měřená motorická aktivity koreluje s hyperaktivitou u dětí s ADHD. V druhém experimentu se Klingberg s kolektivem zaměřili na to, zda u mladých lidí bez ADHD a deficitů v oblasti pracovní paměti dojde po aplikaci tréninku pracovní paměti k navýšení její kapacity.

Při porovnání test-retestových změn ve skupině, která prodělala trénink oproti skupině, u které bylo aplikováno placebo, se ukázal pozitivní efekt tréninku pracovní paměti jako statisticky signifikantní. Zlepšení bylo patrné u všech dětí, které prodělaly trénink. Signifikantní zlepšení bylo zaznamenáno zejména u vizuálně-prostorových úkolů, Ravenových progresivních matic a hyperaktivity. Obdobných výsledků bylo dosaženo také se skupinou mladých dospělých lidí, kde zkoumal závislost rozsahu pracovní paměti a reakčního času. Zjistil, že během tréninku s tím jak narůstal rozsah pracovní paměti, docházelo současně u probandů ke zkracování reakčního času. Klingbergovy výsledky podnítili celou řadu dalších studií v této oblasti, které potvrdily pozitivní vliv trénování

pracovní paměti na ostatní kognitivní funkce a na zmírnění symptomů dané psychické poruchy, viz např. Klingberg (2005) nebo Westerbergova (2007) a řada dalších.

Deficit pracovní paměti je součástí skupiny kognitivních deficitů vyskytujících se u schizofrenie, vedle rychlosti zpracovávání informací, bdělé pozornosti, verbálního učení, vizuálního učení, intelektových schopností a sociální kognice. Tento kognitivní deficit ovlivňuje průběh onemocnění a výsledný stav pacienta. Cílem je kognitivní funkce člověka postiženého schizofrenií nikoliv vrátit do premorbidního stavu, ale dosáhnout jejich zlepšení. McGurková et al. (2007) provedla meta-analýzu 26 studií, zabývajících se kognitivní remediací u schizofrenie prostřednictvím tréninku pracovní paměti (ve studii bylo zahrnuto celkem 1 151 pacientů). Zjistila střední effect size (0,41) u kognitivní výkonnosti, o něco menší effect size (0,35) u psychosociálního fungování mírný effect size (0,28) u zbylých symptomů. Druhý nejvyšší effect size (0,52) zjistila u verbální pracovní paměti. Nejvyšší effect size (0,54) zjistila u sociální kognice. Predikci dopadu kognitivní remediaci na běžný život schizofrenních pacientů se zabýval Kurtz et al. (2008). Dospěl k závěru, že kognitivní remediaci má pozitivní dopad na dovednosti v běžném životě, kognitivní funkce a na pozitivní a negativní symptomy schizofrenie. Rok po ukončení kognitivní remediaci prováděl retest, na jehož základě dospěl ke zjištění, že nejlepším prediktorem pozitivního dopadu kognitivní remediaci na běžný život pacientů byla kapacita verbální pracovní paměti.

Závěr

Pracovní paměť je trénovatelná jak prokázaly studie McGurkové et al. (2007) a Klingberg (2002, 2005). Westerbergová (2007) prokázala pozitivní dopad intenzivního tréninku pracovní paměti na výkonnost pracovní paměti a pozornosti u pacientů po mozkové mrtvici. Dále jak zjistil Kurtz (2008), je kapacita pracovní paměti nejlepším prediktorem efektu kognitivní remediaci v běžném životě. Navíc již existují důkazy o tom, že trénování pracovní paměti má i své biologické koreláty. McNabova et al. (2009) svou studií prokázala, že trénink pracovní paměti vedoucí ke zvýšení kapacity pracovní paměti je doprovázen změnou hustoty kortikálních dopaminových D1 receptorů.

Literatura

- ASARNOW, R. F., ASAMEN J., GRANHOLM, E., SHERMAN, T., WATKINS, J. M., WILLIAMS, M, E. (1994). *Cognitive/neoropsychological studies of children with schizophrenic disorder*. Schizophrenia Bulletin. 20, 647–669.
- BADDELEY, A. D. (2000). The episodic buffer: A new component of working memory? Trends in cognitive science. 4, 417–423.
- BADDELEY, A. D. (2006). Working Memory: An overview. In Pickering, S. J. (Ed.), *Working memory and education*. (1–31). New York: Academic Press.
- BADDELEY, A. D., HITCH, G. J. L. (1974). Working Memory. In Bower, G. A. (Ed.), *The psychology of learning and motivation: advances in research and theory*. (47–89). New York: Academic Press.

- COWAN, N. (1995). *Attention and memory: An integrated framework*. New York: Oxford University Press.
- BARCH, D. M., CSERNANSKY, J. G. (2002). Working and long-term memory deficits in schizophrenia: Is there a common prefrontal mechanism? *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 478–494.
- CAIN, K., OAKHILL, J., BRYANT, P. (2004). Children's reading comprehension ability: Concurrent prediction by working memory, verbal ability, and komponent skills. *Journal of Educational psychology*. 96, 31–42.
- COWAN, N. (2005). *Working memory capacity*. New York: Psychology Press.
- DOLLAGHAN, C., CAMPBELL, T. (1998). *Nonword repetition and child langure impairment*. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 41, 1136–1146.
- GATHERCOLE, S. E., SERVICE, E., HITCH, G. J., ADAMS, A., MARTIN, A. J. (1999). *Phonological short-term memory and vocabulary development: Further evidence on the nature of the relationship*. *Applied Cognitive Psychology*. 13, 65–77.
- GILL, C. B., KLECAN-AKER, J., ROBERTS, T., FREDENBURG, K. A. (2003). *Following directions: Rehearsal and vizualization strategies for children with specific langure impairment*. *Child Language Teaching and Therapy*. 19, 58–104.
- KLINGBERG, T., FORSSBERG, H., WESTERBERG, H. (2002). *Training of Working Memory in Children with ADHD*. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 24 (6), 781–791.
- KLINGBERG, T. et al. (2005). Computerized Training of Working Memory in Children With ADHD – A Randomized, Controlled Trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 44(2), 177–186.
- KURTZ, M. M. et al. (2008). Symptoms Versus Neurocognition as Predictors of Change in Life Skills in Schizophrenia after Outpatient Rehabilitation. *Schizophrenia Research*. 102(1), 303–311.
- MARIANI, M. A., BARKLEY, R. A. (1997). Neuropsychological and academic functioning in preschool boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*. 13, 11–129.
- MCGURK, S. R. et al. (2007). *A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia*. *American Journal of Psychiatry*. 164, 1791–1802. 144
- MCINNES, A., HUMPHRIES, T., HOGG-JOHNSON, S., TANNOCK, R. (2003). Listening comprehension and working memory are impaired in attention-deficit hyperaktivty disorder irrespective of langure impairment. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 31, 427–443.
- MONTGOMERY, J. W. (2003). Working memory and comprehension in children with specific langure impairment: chat we know so far. *Journal of Communication Disorders*. 36, 221–321.
- PALMER, S. (2000). Phonological recording deficit in working memory of dyslexic teenagers. *Journal of Research in Reading*. 23, 28–40.
- PLHAKOVA, A. (2002). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- SMITH-SPARK, J. H., FISK, J. E., FAWCETT, A. J., NICOLSON, R. I. (2003). Investigating the central executive in adult dyslexy: Evidence from phonological and visuospatial working memory performance. *European Journal of Cognitive psychology*. 15, 567–587.
- SWANSON, H. L. (1999). Reading comprehension and working memory in learning-disabled readers: Is the phonological loop more important than the executive system? *Journal of Experimental Child Psychology*. 72, 1–31.
- WESTERBERG, H. et al. (2007). Computerized working memory training after stroke – A pilot study. *Brain Injury*. 21(1), 21–29.

Neděle 10. června 2012

VARIA IV

FARMAKOTERAPIE HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI V ČASE

A. Grambal^{1,2}, Z. Grambalová³, D. Kamarádová¹, J. Praško¹

¹Klinika Psychiatrie, LF Univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika; ²Radiologická klinika, LF Univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika; ³Neurologická klinika, LF Univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

PHARMACOTHERAPY OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER DURING THE TIME

Aim: In patients suffering from borderline personality disorder (HPO) primarily psychotherapeutic care is indicated. Pharmacotherapy is considered as adjuvant and often controversial way of treatment. The aim of study is to report the pharmacological approach in Olomouc. **Method:** The paper examines the state in 2007 and 2011 in BPD patients at the Department of Psychiatry, University Hospital. Our study included outpatients and inpatients treated in all departments. Inclusion criteria were diagnosis BPD. Medication was assessed according to the documentation at discharge or during outpatient care according to the transcript record. Patients **Results:** In most cases are BPD patients treated according to current guidelines. The treatment consists of SSRI antidepressants, anticonvulsants and second-generation of antipsychotics. Problem can be considered in some cases with medication dosage, combination, administration of benzodiazepine anxiolytics, hypnotics. **Conclusion:** BPD patients are treated according to current recommendations. Inpatients are more medicated than outpatients. The reason is probably in relation with the severity of the symptoms.

Key words: Borderline personality disorder, pharmacotherapy

Cíle

Cílem bylo zhodnotit aktuální farmakologické přístupy k HPO, jejich vývoj v čase a srovnání s doporučenými postupy.

Metody

Mezi ambulantními pacienty se vyskytují poruchy osobnosti v 30–50 % (Koenigsberg et al. 1985) a přibližně 15 % hospitalizovaných pacientů přichází pro problémy primárně související s poruchou osobnosti a více než polovina hospi-

talizovaných pacientů trpí komorbidní poruchou osobnosti. Hraniční porucha osobnosti (HPO) je nejčastější poruchou osobnosti v psychiatrické péči. Přibližně 15–20 % hospitalizovaných pacientů a 30–60 % všech léčených poruch osobnosti tvoří pacienti s HPO (Phillips a Gunderson 1999). Hraniční porucha je považována za závažné, chronické onemocnění s vysokou prevalencí vedoucí k disabilitě. Míra rezistence na zavedenou léčbu je vyšší než u depresivních a úzkostných poruch. Kognitivně behaviorální terapie (KBT) běžně užívá kognitivní restrukturalizaci, nácvik komunikace, nácvik kontroly impulzivity, přepracování schémat a další metody, které u 50 % pacientů, kteří dokončí léčbu, vede ke zmírnění příznaků. Navzdory své účinnosti, má KBT přístup svá omezení. Na začátku asi čtvrtina pacientů léčbu pomocí KBT odmítne, nebo ji brzy ukončí pro její systematickост, náročnost a provokaci úzkosti. 25 % pacientů léčbu nedokončí z jiných důvodů. Odhaduje se, že pouze 30 % pacientů vykazuje zlepšení při užití nejběžnější terapie serotoninovými preparáty. Psychoterapie byla doporučena v Amerických doporučených postupech jako hlavní terapeutická modalita u této poruchy. Přesto jsou z řady důvodů stále hledány možnosti farmakoterapie u pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Charakter osobnosti je utvářen v dětství a je reprezentován kognitivními schématy, tj. zjednodušeným a rigidním hodnocením sebe a okolí. Schémata se udržují prostřednictvím opakovaných interakcí jedince s vnějším světem, který je hodnocen zkresleným způsobem – kognitivními omyly. V terapii se negativně projevují v přístupu k psychoterapii, silným přenosem, vyvoláváním protipřenosu. Významně se kognitivní omyly a názorová nestabilita podílejí také na měnícím se vztahu k medikaci, pociťovaném efektu, užívání, neužívání i nadužívání psychofarmak a dalších rozměrech farmakoterapie. U pacientů s hraniční poruchou osobnosti farmakoterapie považována za adjuvantní a často se jedná o kontroverzní oblast léčby. V současnosti existuje málo důkazů o možném přínosu farmakoterapie u HPO, přesto je nejen v ČR v léčbě HPO dominantním léčebným přístupem. U pacientů s HPO se v praxi často řídíme léčbou založenou na empirickém podkladě, resp. naší vírou v její efekt předávanou staršími kolegy. Důležité pro dlouhodobou compliance a možný efekt je dobrá snášenlivost užití medikace, proto je vždy důležité změnu s pacientem konzultovat a dále se nekritickým způsobem průběžně dotazovat na efekt terapie, zda pacient léky užívá a na možné nežádoucí účinky. Vzhledem k časté komorbiditě poruch příjmu potravy s hraniční poruchou osobnosti a nízkému věku pacientů, je nutné zvažovat především možné změny hmotnosti, ale také informace v příbalovém letáku, dále diskuze a informace dostupné prostřednictvím internetu. Významným rizikem při léčbě pacientů s HPO je tendence ke zneužívání medikace a možné užití vyšších dávek při suicidálním jednání, proto více než u jiných pacientů je důležité myslet na bezpečnost medikace při předávkování. Po změně medikace u pacientů s HPO často pozorujeme brzké, ale přechodné zlepšení které je dáváno do souvislosti s placebo efektem. Je potřeba kriticky nahlížet na většinu farmakologických studií u pacientů s HPO, kde

převažují studie krátkodobé a nezaslepené. Možnosti farmakoterapie jsou omezené a výsledek zpravidla částečný (APA 2001, 2006). Pokud se rozhodneme pro farmakoterapii, pak 1. doporučeným krokem bývají antidepresiva SSRI/SNRI, 2. krokem je přidání nízké dávky antipsychotika, 3. krokem zvýšení dávky antipsychotika nebo přidání lithia nebo jiného stabilizátoru nálady. Sdělení se zabývá aktuálním stavem a vývojem farmakoterapeutických intervencí u pacientů s HPO na Klinice psychiatrie FN Olomouc. Jedná se o retrospektivní studii. Zahrnuti byli pacienti léčení ambulantně i za hospitalizace na všech odděleních. Kriteriem pro zařazení byla dg. HPO při propuštění, nebo u ambulantních pacientů dg. HPO uvedená v dokumentaci v době sledování. Medikace byla hodnocena dle dokumentace při propuštění, nebo v průběhu ambulantní péče dle záznamu na konci zkoumaného roku. Srovnávána byla farmakoterapie u pacientů s HPO léčených na Klinice psychiatrie v Olomouci v roce 2007 a 2011. Zahrnuti byli pacienti léčení ambulantně i za hospitalizace na všech odděleních – akutním uzavřeném, doléčovacím uzavřeném a psychotherapeutickém otevřeném, starší 18-ti let. Kriteriem pro zařazení byla dg. HPO při propuštění, nebo u ambulantních pacientů dg. HPO uvedená v dokumentaci ve sledovaném roce. Medikace byla hodnocena dle dokumentace při propuštění, nebo v průběhu ambulantní péče dle záznamu na konci zkoumaného roku. Hodnocena a srovnána byla terapie v roce 2007 a 2011

Výsledky

Kritéria pro zařazení splnilo celkem 91 pacientů, 73 % tvořily ženy, průměrný věk pacientů byl $24 \pm 6,2$ let. U ambulantních pacientů došlo v období 2007 až 2011 k redukci indikace BDZ a jiných lékových skupin, lékem 1. volby byla antidepresiva (2/3 pacientů), antipsychotika II. generace (1/3 pacientů) a stabilizátory nálady, jejichž zastoupení se nezměnilo (Tab. 2). Došlo k nárůstu pacientů bez medikace a redukci pacientů s neodůvodněnými kombinacemi psychofarmak (Tab. 1). Hospitalizovaní ve srovnání s ambulantními pacienty užívali 2 x častěji APII a stabilizátory, častější bylo také užití BDZ. V období 2007 a 2011 došlo k nárůstu užívání stabilizátorů nálady na dvojnásobek (Tab. 2) Problematickým je v některých případech dávkování medikace, jejich kombinace, podávání benzodiazepinových anxiolytik, hypnotik, v minulosti také vazoaktivních látek a nootropik. Vzhledem k často problematické lékové compliance pacientů s HPO nelze odhadnout reálné užívání předepsané medikace a hodnotit tak efekt léčby. Farmakoterapie HPO se považuje za adjuvantní, nedostatečně prokázanou, přesto je v praxi hojně užívána a nedostatečně substituuje doporučené psychotherapeutické přístupy.

Závěr

Pacienti s HPO jsou ve většině případů léčení dle současných doporučení, v léčbě se nejčastěji užívají SSRI/SNRI antidepresiva, antipsychotika II. generace, stabilizátory nálady a kombinace léků. Mezi roky 2007 a 2011 došlo k re-

dukci kombinace psychofarmak, k omezení užívání BDZ, naopak k nárůstu užívání stabilizátorů nálady. Hospitalizovaní pacienti jsou více medikováni než ambulantní pacienti, tato skutečnost pravděpodobně souvisí s tíží příznaků pacientů.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NS 10301-3/2009

Literatura

Phillips KA, Gunderson JG: Personality disorders, in The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry, 3rd ed. Edited by Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999, pp 795–82

Koenigseberg, H.W., Kaplan. R.D., Gilmore, M.M. et al. The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients. Am. J. Psychiatry 1985; 142: 207–212.

Počet psychofarmak	AMB 2007 (%)	AMB 2011 (%)	HOSP 2007 (%)	HOSP 2011 (%)
0	9	23	5	16
1	45	34	27	28
2	13	27	33	36
3	18	4	16	20
4	5	4	11	0

Tab. 1: Počet indikovaných psychofarmak (AMB – ambulantní pacienti, HOSP – hospitalizovaní pacienti)

	AMB 2007	AMB 2011	HOSP 2007	HOSP 2011
POHLAVÍ	15/7	21/5	12/6	18/7
Ž/M	(22)	(26)	(18)	(25)
SSRI	63	61	67	68
SNRI %				
STAB %	19	11	17	33
APII %	31	31	72	60
BDZ %	22	0	11	8
JINÉ %	27	4	22	4

Tab. 2: Zastoupení jednotlivých lékových skupin v léčbě HPO (AMB – ambulantní pacienti, HOSP – hospitalizovaní pacienti, Ž – ženy, M – muži, STAB – stabilizátory nálady, APII – antipsychotika 2. generace, BDZ – benzodiazepinová anxiolytika, JINÉ – farmaka nezařazena do předchozích)

HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI A EMOCE V OBRAZE fMRI

A. Grambal^{1,2}, Z. Tüdös², Z. Grambalová³, D. Kamarádová¹, J. Praško¹, P. Hlušík³

¹Klinika Psychiatrie, LF Univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika; ²Radiologická klinika, LF Univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika; ³Neurologická klinika, LF Univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND EMOTIONS IN fMRI

Aim: BPD is associated with impaired interpretation of emotional expression in social contacts, empathy, mentalization and negative self-image and negative evaluation of outside world – negative cognitive schemas. The aim of our study is to understand the neurobiological basis of the negative self-image and strong emotional response to common stimuli in BPD patients.

Method: Ten patients suffering from BPD were studied in fMRI during the exposition of negative schemas related words compared with positive schemas related words and emotional faces (anxiety, angry, neutral) compared with fixation points. Psychopathology was assessed using Clinical Global Impression rating scale (CGI), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Borderline personality severity index (BPDSI). fMRI data was analysed by FSL 5.9.8 – Feat software. **Results:** Schemas oriented words and emotional faces activated amygdala and limbic system. Most of activity showed right amygdala to angry and neutral faces and words. The difference between the activation of aggressive and neutral faces was not significant. **Conclusion:** Results supports the insufficient mentalization in PBD patients. Amygdala and limbic system play an important role in BPD. Results are consistent with previous findings in BPD patients.

Key words: Borderline personality disorder, emotion faces, fMRI

Cíle

Emoční tváře a na schémata zaměřená slova budou u pacientů s HPO vytvářet úzkost, která se v obraze fMRI projeví zvýšením BOLD signálu v oblasti limbických struktur. Cílem studie je nalézt neurobiologický korelát psychoterapeutického a klinického pohledu na HPO.

Metody

Charakter osobnosti je utvářen v dětství a je reprezentován kognitivními schémata, tj. zjednodušeným a rigidním hodnocením sebe a okolí. Schémata se udržují prostřednictvím opakovaných interakcí jedince s vnějším světem, který

je hodnocen zkresleným způsobem, jedná se o tzv. kognitivními omyly. Kognitivní omyly vedou k závěrům, které určují chování jedince a to je u nemocného s hraniční poruchou osobnosti (HPO) pro okolí často nepochopitelné. Mezi základní kognitivní omyly řadíme nepodložené závěry, zkreslený výběr faktů, nadměrná generalizace, zveličování a bagatelizace, vztahovačnost, dichotomní myšlení, čtení myšlenek, negativní predikace, diskvalifikace pozitivního, katalymní myšlení, značkování. U pacientů s HPO se vyskytuje většina kognitivních omylů v extrémní podobě a negativně ovlivňují jejich mezilidské vztahy, zaměstnání, volnočasové aktivity. V terapii se negativně projevují v přístupu k psychoterapii, silným přenosem, vyvoláváním protipřenosu. Kognitivní omyly formují negativní přesvědčení (očekávání), která prostřednictvím změny chování vedou často ke svému naplnění, vzniká uzavřený kruh HPO. Důsledkem je realita, která je v souladu s negativními přesvědčeními, dojde k potvrzení obav pacienta. Pacienti s HPO pociťují beznaděj, vlastní existenci hodnotí jako zbytečnou, nesmyslnou, východiskem se zdá suicidium. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti reagují pod vlivem silných emocí nepřiměřeně na běžné podněty z okolí. HPO je spojena s poruchou interpretace emočních výrazů v sociálním kontaktu, vcítění se, mentalizací. Terapie zaměřená na zvýšení schopnosti mentalizace (MBT – Mentalization Based Therapy) je jedním z psychoterapeutických přístupů, jež u pacientů s hraniční poruchou osobnosti prokázala terapeutický efekt. Pacienti s HPO pod vlivem nenaplněných dětských potřeb negativně hodnotí sebe a vnější svět – převládá u nich aktivita tzv. negativních schémat a odvozených přesvědčení, které vedou k velkému psychickému utrpení a negativním důsledkům v životě, jakými jsou časté konflikty s okolím, nestabilní vztahy a sociální izolace, nízké sebehodnocení, pocity prázdnoty a nesmyslnosti života. Na pochopení a snížení vlivu negativních schémat v životě nemocných je zaměřena aktuálně nejvíce uznávaná metoda, na schémata zaměřená psychoterapie, vycházející a užívající principy KBT (SFT – Schema Focused Therapy). Nedostatečná mentalizace u pacientů s HPO se mimo jiné projevuje neadekvátním hodnocením emočních výrazů v kontaktu s lidmi, negativním emocím, tělesným reakcím a důsledkům v chování. Posledních 20 let je neurobiologický podklad HPO intenzivně zkoumán pomocí morfologických a funkčních zobrazovacích metod. Výzkum navázal na původní studium pacientů s posttraumatickou poruchou, kde jsou nálezy obdobné s pacienty trpícími HPO. psychoterapeutického hlediska a dnes i z pohledu zobrazovacích metod leze na HPO pohlížet jako na chronickou posttraumatickou poruchu. Studie s využitím fMRI užívají často sady standardizovaných emocionálních obrazů, které by měly vyvolat emoční reakce. U zdravých jedinců byla nalezena aktivace v oblasti amygdaly (Morris et al, 1998), předního cingula, stejně jako ventromedialního prefrontálního kortexu. PET studie odhalily neurální koreláty různých emočních stavů, jako je smutek, stud, pocit viny, a hněv. Pomocí standardizované emocionální stimulace z mezinárodního

afektivního systému obrazů) Herpertz et al. (2001) zjistili zvýšenou aktivitu v amygdale šesti pacientů s BPD bez komorbidní psychiatrické poruchy ve srovnání s kontrolami. Ve větším vzorku 12 pacientů s BPD a komorbidní úzkosti a depresí byly tyto nálezy replikovány. Jiným způsobem emoční stimulace je prezentace standardizovaných fotografií tváří, které vyjadřují konkrétní emoce jako hněv, strach, nebo smutek. Donegan et al. (2003) zjistili, rozdílnou reaktivitu na tyto podněty pro dvě skupiny HPO. Pro HPO s posttraumatickou poruchou (PTSD) byla typická lateralizace amygdaly – hyper-reaktivita levostranně, u pacientů s PTSD byla nalezena bilaterální hyper-reaktivita amygdaly. V cingulu byla nalezena deaktivace v reakci na hrůzné tváře u pacientů s HPO a komorbidní PTSD, ale ne u pacientů pouze s HPO bez PTSD. Naše vyšetření proto bylo zaměřeno na základní komponenty obrazu HPO a to nedostatečnou mentalizaci – ve fMRI vyšetřovanou pomocí vizuální stimulace emočními tvářemi a negativní kognitivní schémata reprezentující jádrová přesvědčení – ve fMRI stimulace negativními a pozitivními hodnotícími výrazy.

Pacienti s HPO byli vystaveni emočním vizuálním a auditivním podnětům. Do studie byli zařazeni pacienti splňující kritéria: a) ICD-10 výzkumná kritéria pro hraniční poruchu osobnosti, b) Věk 18–65 let, c) Muži a ženy, d) Písemný informovaný souhlas, zařazovací kritéria potvrzena dvěma nezávislými hodnotiteli. Vylučovacími kritérii byla: a) Depresivní porucha (ICD-10 pro depresivní poruchu), b) Vysoké riziko akutní suicidality, c) Organická psychická porucha, d) Psychotická porucha v minulosti, e) Závažné somatické onemocnění, f) Epilepsie nebo patologické EEG. Vylučujícími kritérii v průběhu studie byly: a) Naplnění vylučovacích kritérií, b) Nespolupracující pacient, c) Rozhodnutí výzkumníka na základě zdravotních problémů

Do studie bylo zařazeno 10 žen motivovaných k následné psychoterapeutické léčbě, v ambulantní péči PSY FNOL, s dg. emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ, bez KI pro vyšetření, pravouké, věk 25,5 let. Míra psychopatie byla hodnocena pomocí klinických stupnic pro úzkost, depresivní ladění, preferenci užívání končetin a specificky pomocí indexu závažnosti hraniční poruchy osobnosti. CGI (Clinical Global Impression rating scale), BDI – Beck depression inventory, BAI – Back anxiety inventory, HI – Handless inventory a BPDSI – Borderline personality severity index. Pacienti byli vyšetřeni ve Fakultní nemocnici Olomouc pomocí funkční magnetické rezonance přístrojem Siemens Magnetom Avanto 1,5 Tesla, vyšetřen byl celý mozek, snímány byly morfologické anatomická reference a funkční data (BOLD – Blood Oxygen Level Dependent) s repetičním časem TR=2500ms, stimulace tvářemi trvala celkem 12 min a slovy 4,25 min, celé vyšetření asi 40 minut. Data byla analyzována pomocí softwaru FSL Feat – FMRIB Software Library – analýza funkčních dat, hodnocena pomocí FSL View. Oblast zájmu byla omezena na amygdalu. Pacienti byli vystavováni emočním tvářím vyjadřujících úzkost, agresi, nebo neutrální emoce. Dále byli vystaveni auditivním podnětům – slo-

vům hodnotícím pozitivně nebo negativně v souladu s negativními nebo pozitivními schémata.

Výsledky

Klinické hodnotící stupnice CGI – Clinical Global Impression rating scale $4,3 \pm 0,5$, BDI – Beck depression inventory, $25 \pm 11,2$, BAI – Back anxiety inventory $35,6 \pm 10,3$, HI – Handless inventory, 5/5 pravoruká preference, BPDSI – Borderline personality severity index $184 \pm 40,5$. Pacientky s HPO reagovaly nejvíce na agresivní tváře, aktivace byla zjevná při hodnocení celého mozku (FSL Feat, $P 0,05$ corr, $Z 1,5$). Úzkostné tváře aktivovaly nejméně – amygdala při analýze ROI (Region Of Interest) byla při užití hladině citlivosti bez reakce. Při expozici emočním tvářím a slovům se u pacientů s HPO aktivovala amygdala, hipokampus a další limbické struktury. Více aktivní byla při zpracování úzkosti pravá amygdala. Diference mezi aktivací agresivními a neutrálními tvářemi byla nevýznamná, výsledek podporuje nedostatečnou mentalizaci u pacientů s HPO. Slova odvozená od negativních jádrových přesvědčení aktivují amygdalu více než pozitivní, aktivita je lateralizována ve prospěch pravé amygdaly (Obr. 1).

Závěr

Pacienti s HPO výrazně aktivují limbický systém při vystavení emočním tvářím a slovům, výsledky jsou v souladu s předchozími nálezy. Naznačují souvislost mezi nedostatečnou mentalizací, negativním sebehodnocením a silnými emocemi.

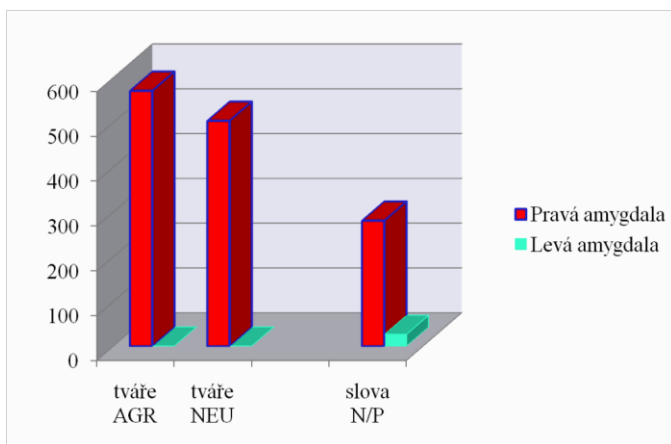
Podpořeno grantem IGA MZ CR NS 10301-3/2009

Literatura

Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, Fulbright RK, Lacadie C, Skudlarski P, Gore JC, Olson IR, McGlashan TH, WExler BE. Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*. 2003;54:1284–93

Morris JS, Öhman A, Dolan RJ. Conscious and unconscious emotional learning in the human amygdala. *Nature*. 1998;393:467–70

Herpertz SC, Dietrich TM, Wenning B, Krings T, Erberich SG, Willmes K, Thron A, Sass A. Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biological Psychiatry*. 2001;50:292–8



Obr. 1: Pacienti s HPO – reakce na emoční tváře a slova, AGR – agresivní tváře, NEU – neutrální tváře, N/P – slovní hodnocení negativní srovnáno s pozitivním, aktivace udávána ve voxlech

PREDIKTORY PSYCHOTERAPEUTICKÉ ODPOVĚDI U PACIENTŮ S PANICKOU PORUCHOU V OBRAZE fMRI

A. Grambal^{1,2}, Z. Tüdös², T. Divéky¹, Z. Grambalová³, D. Kamarádová¹, K. Látalová¹, J. Praško¹, P. Hlušík³

¹Klinika Psychiatrie, LF Univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika; ²Radiologická klinika, LF Univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika; ³Neurologická klinika, LF Univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

TREATMENT EFFECT PREDICTION OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN PANIC DISORDER PATIENTS – fMRI STUDY

Aim: The aim of our study was to predict CBT treatment effect in patients suffering from panic disorder. **Method:** Patients were studied in fMRI during the exposition of threat-related words compared with neutral words and emotional faces (anxiety, surprise and neutral) compared with fixation points. Inpatients were treated with CBT (5 hours per week group CBT, 1 hour per week individual CBT) and existing pharmacotherapy (SSRI antidepressants) for 5 weeks. Patients were studied before and after CBT treatment. **Results:** Post treatment activity of amygdala in responders group showed the most significant change during exposure surprised faces in the right

amygdala. Smaller change was found in anxiety and neutral faces, then at the words exposition. The lower decrease of activity was in the left amygdala. Psychopathology rating scales showed decrease – BAI mean pre/post treatment was 39/30, BDI mean pre/post treatment was 26/18, PDSS mean pre/post treatment was 14/9 and CGI mean pre/post was 6/5. **Conclusion:** The scores of psychopathology rating scales decreased in patient treated with CBT and medication and correlated with decrease of amygdala activity. Good therapeutic response in patients with panic disorder was predicted by stronger activation to emotional faces, especially to anxious faces.

Key words: Panic disorder, prediction, CBT, fMRI

Cíle

Cílem naší studie bylo nalézt prediktory terapeutické odpovědi u pacientů s panickou poruchou léčených kognitivně-behaviorální psychoterapií.

Metody

Panická porucha je závažné a často handicapující onemocnění s vysokou celoživotní prevalencí mezi 4,1–8,8% (Bandelow 2003). Navzdory rozsáhlému výzkumu etiologie a léčby panické poruchy, zůstávají pacienti s panickou poruchou rezistentní na léčbu pro psychiatra výzvou. Mnoho pacientů zažívá další panické záchvaty, agorafobické vyhýbavé chování a stále přetrvávající stres a omezení v životě. Podle klinických studií u 20–40% pacientů léčených standardní léčbou příznaky nadále přetrvávají. Více než třetina pacientů má chronický nebo rekurentní průběh poruchy, což vede k osobním i společenským ztrátám. S vysokým rizikem chronického průběhu poruchy bývá spojeno 6 důležitých proměnných (1) závažnost panických záchvatů, (2) přítomnost agorafobie, (3) komorbidní deprese, (4) komorbidní porucha osobnosti, (5) delší trvání nemoci a (6) ženské pohlaví. V přirozených podmínkách je procento chronifikovaných pacientů ještě vyšší, protože pacienti vybíráni do studií jsou zpravidla méně nemocní, mladší a netrpí dalšími komorbidními poruchami. Důvod rezistence k léčbě u pacientů s panickou poruchou není dostatečně známý. Řada rizikových faktorů pro horší průběh léčby byla již popsána, jako je delší trvání poruchy, vyšší počáteční závažnost, závažná agorafobie, časté návštěvy pohotovosti, celkové horší psychické zdraví, nezaměstnanost, opožděná odpověď na medikaci a nízká spolupráce při léčbě v kognitivně behaviorální terapii. Dosud chybí studie, které by zkoumaly prediktory úspěchu komplexní léčby panické poruchy u těchto pacientů. Tyto prediktory mohou být biologické, psychologické či sociální povahy. Do studie bylo zařazeno 22 pacientů trpících panickou poruchou/agorafobií, doporučených na Klinikou psychiatrie FN v Olomouci, byli léčeni kombinací stávající antidepresivní medikace SSRI (pokud byli léčeni také benzodiazepinovými anxiolytiky, byly jim postupně vysazeny) a skupinové kognitivně behaviorální terapie (KBT). Za hospitalizace byli léčeni KBT skupinovou (5 hodin týdně) a KBT individuální (1 hodina

týdně) po dobu 5-ti týdnů – program pro úzkostné poruchy, kde v rámci jsou v rámci skupinové terapie řešena témata: formativní vlivy v dětství, dospívání, osobnostní rysy vedoucí ke zranitelnosti vůči stresu, dále bludné kruhy příznaků, kognitivní restrukturalizace, jádrová přesvědčení, schémata a práce s nimi, řešení problémů, plánování času, plánování budoucnosti, nácvik relaxovaného dýchání a zvládání panického záchvatu. Ambulantně léčení pacienti byli zařazení do skupinové terapie zaměřené na léčbu panické poruchy, po dobu 8 týdnů, s četností setkání 1 x týdně v délce 2 hodin skupinově, kde byl program strukturovaný obdobně jako při ústavní léčbě, ale vzhledem k nižšímu počtu sezení byl více zaměřen na specifické projevy a zvládání panické poruchy. Počet pacientů hospitalizovaných a ambulantních byl v poměru 1/3. Pacienti byli pomocí fMRI vyšetřeni před zahájením léčby a po léčbě. V průběhu vyšetření fMRI byli pacienti vystaveni akustické stimulaci slovy. Byla použita slova provokující úzkost jako např. rakovina, panika, hrůza a slova neutrální jako např. hranice, odstup, příprava. Dále byli pacienti stimulováni vizuálně, emočními tvářemi vyjadřujícími úzkost, překvapení a neutrální emoce. Před vyšetřením ve fMRI jim byly sděleny jednotné instrukce – zamezení pohybu hlavy, pokusit se vcítit do emocí viděných tváří, vnímat vlastní emoce u stimulace slovy. Míra psychopatologie byla hodnocena na počátku, v průběhu a na konci stupnicemi pro míru deprese (BDI), úzkosti (BAI) a celkového klinického dojmu (CGI). Byla srovnána aktivita amygdaly před léčbou a po léčbě s klinickými stupnicemi. Pacienti byli zařazení po splnění zařazovacích kritérií, při nenaplnění vylučujících kritérií a po podepsání informovaného souhlasu. Zařazovací kritéria byla: (a) výzkumná MKN-10 kritéria pro panickou poruchu, diagnóza byla potvrzena pomocí interview MINI (b) věk 18–65 let; (c) obě pohlaví; (d) podepsání informovaného souhlasu se studií. Vylučující kritéria byla: (a) depresivní epizoda (pacient splňuje kritéria pro depresivní epizodu) (b) vyšší riziko suicidality; (c) organická psychická porucha; (d) psychotické onemocnění v anamnéze; (e) závislost na návykových látkách; (f) závažné tělesné onemocnění; (g) užívání nepředepsané medikace; (h) těhotenství nebo laktace; (i) epilepsie či patologické EEG; (j) nespolupracující pacient; (k) disociální porucha osobnosti. Vstupní kritéria byla potvrzena dvěma nezávislými posuzovateli. Funkční analýza dat byla omezena na oblast zájmu, která souvisela s testovanou hypotézou. Hypotézou bylo, že reaktivita amygdaly před léčbou predikuje terapeutickou odpověď a větší aktivita bude predikovat nedostatečnou odpověď. Analýza byla omezena na amygdalu (ROI analýzy – Region Of Interest). Srovnávána byla aktivita před léčbou a po léčbě – zjišťován byl rozdíl aktivity. Dále na základě Pro stimulaci byly užity úzkostné, překvapené a neutrální tváře srovnávané s fixačními body, dále úzkostňující slova srovnávané s neutrálními slovy. K analýze dat byl použit software FSL 5.9.8, k hodnocení oblasti zájmu FSL view 3.1.8.

Výsledky

Celkem bylo pomocí fMRI vyšetřeno 22 pacientů a provedeno 40 měření (před léčbou, po léčbě, nebo kompletní). 4 pacienti se nedostavili k druhému vyšetření z důvodu nedostatečné motivace, u dvou pacientů došlo k poškození výsledků hodnotících stupnic a u 3 pacientů byla fMRI data částečně poškozena. Kompletní data včetně vyšetření pomocí fMRI před léčbou a po terapii byla získána u 14 pacientů. Na základě poklesu v hodnotící stupnici úzkosti BDI (Beck Anxiety Inventory) o 25% mezi zahájením a ukončením léčby byli pacienti rozděleni na respondéry (8 pacientů) a nonrespondéry (6 pacientů). Pacienti s úplnými daty byli testováni na změnu aktivity amygdaly v průběhu terapie ve dvou skupinách – odpovídající a neodpovídající na léčbu. Průměrný věk respondérů byl $30,8 \pm 7,2$ let, z 82 % ženy (9/11), věk nonrespondérů byl průměrně $41,7 \pm 13,4$ let, ženy tvořily 57% vyšetřených. BAI pacientů reagujících na léčbu před zahájením terapie bylo $26,6 \pm 10,5$ a po léčbě $12,3 \pm 7,9$ a nonrespondérů před léčbou $26,7 \pm 5,8$ a po léčbě $28,9 \pm 10,8$. V první skupině byla jedna žena s preferencí levé ruky, ve druhé muž, zbývající pacienti hodnotili jako dominantní pravou ruku. U respondérů došlo po léčbě k poklesu aktivity v pravé amygdale, k nejvýraznější změně došlo při expozici překvapeným tvářím. Menší, srovnatelná změna byla nalezena u úzkostných a neutrálních tváří, nejmenší pak u slov. Nižší, mezi jednotlivými tvářemi a slovy srovnatelný pokles byl v oblasti levé amygdaly. U nonrespondérů došlo k výrazně nižšímu poklesu aktivity v oblasti pravé amygdaly, v případě úzkostných a neutrálních emočních tváří ke změně nedošlo. Snížení aktivity, ale výrazně nižší, bylo pouze u tváří překvapených, výrazněji pak u slov. U pacientů odpovídajících na terapii došlo k výraznějšímu, diferencovanému snížení aktivity pravostranné amygdaly a k méně výraznému a mezi jednotlivými typy stimulace obdobnému snížení aktivity levé amygdaly. Výsledky svědčí pro roli pravostranné amygdaly v patologické reakci na emoční podněty. Dále pro snížení aktivity amygdaly u pacientů odpovídajících na terapii a pro stabilní reaktivitu na emoční tváře u pacientů neodpovídajících na terapii.

Po srovnání respondérů a nonrespondérů před léčbou, byly nalezeny rozdílné aktivity pravostranné i levostranné. Pro dobrou terapeutickou odpověď u pacientů s panickou poruchou svědčí vyšší aktivace emočními tvářemi levostranné i pravostranné, nejvýrazněji pravostranná a levostranná aktivace amygdaly úzkostnými tvářemi, dále levostranná aktivace překvapenými a pravostranná neutrálními. Oproti předpokladu je výraznější aktivace amygdaly spojena s lepší terapeutickou odpovědí na terapii (Obr. 1).

Závěr

Všechny typy emočních tváří a zúzkostňující slova amygdaly aktivovaly. Výraznější aktivita byla v oblasti pravé amygdaly ve srovnání s levou. Po léčbě došlo k poklesu aktivity v amygdalách bilaterálně, výrazněji vpravo. Výraznější aktivace amygdaly před léčbou je predikuje dobrou terapeutickou odpověď.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NS 10301-3/2009

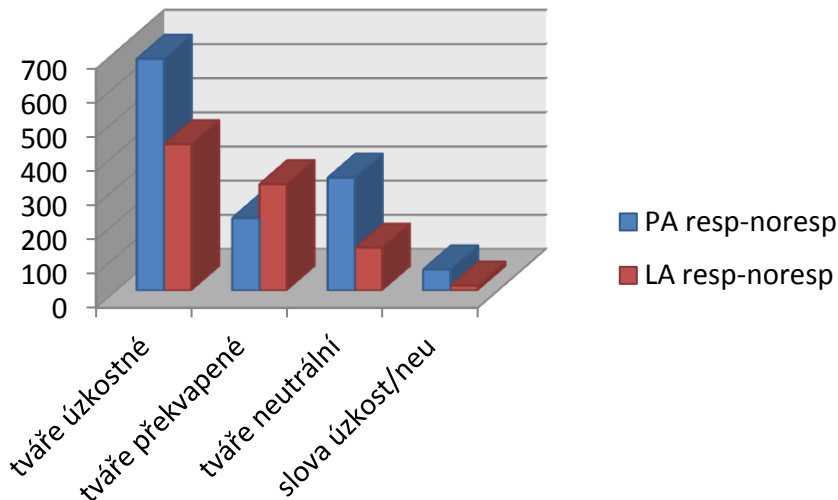
Literatura

Bandelow B, Behnke K, Lenoir S, et al. Sertraline vs. paroxetine in the treatment of panic disorder: results of an acute, double-blind non-inferiority comparison. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:405–413.

Richard J. et al. Brain regions showing increased activation by threat-related words in panic disorder, *Neuroreport* Vol 14 No 3 March 2003

Donegan NH et al. Amygdala Hyperreactivity in Borderline Personality Disorder: Implications for Emotional Dysregulation, *Biological Psychiatry* 54:1284–1293 2003

Shinoda N, Kodama K, Sakamoto T, et al. Predictors of 1-year outcome for patients with panic disorder. *Compr Psychiatry* 1999; 40: 39–43.



Obr. 1: Rozdíl aktivity respondérů a nerespondérů ve voxlech, PA – pravá amygdala, LA – levá amygdala.

COGMED – POČÍTAČOVÝ TRÉNINK PRACOVNÍ PAMĚTI A MOŽNÉ VYUŽITÍ K OVLIVNĚNÍ SYMPTOMŮ ADHD

M. Novotný

Centrum duševního zdraví Jeseník + Šumperk, Česká republika

Summary

COGMED – A COMPUTERIZED TRAINING OF WORKING MEMORY AND ITS EFFECT ON THE SYMPTOMS OF ADHD

Cogmed working memory training is a complex 5-week-program that helps both children and adults with the attention deficits by increasing their working memory capacity. It is a computer software that resembles a game. Children users train at home with the assistance of their parents, other relatives or people that are close to them or the family (these people are called training aide). The entire program (TREATMENT PLAN) consists of an Initial Interview, the Start-up Session, 25 days of training within 5 weeks with weekly coach calls or face-to-face meeting with Cogmed Coach, the Wrap-up Session a month after finishing the training and a Follow-up Session 6 months after finishing the training. When the client finishes the training, he can choose to use a "light version" of the program which lasts 12 months. The therapist, or rather the Coach, supervises the training using the Training Web where he sees the progress of the client immediately (the outputs are transmitted through the Internet to his computer). The significant feature of the system is continuous and automatic adjustment of the program to the client's working memory capacity. The first use of the program came from the findings of the crucial role of the working memory deficits in children with ADHD. Therefore, the researches of the effectiveness of this training focus mainly on children with this disorder or on children with attention deficits in general from pre-school age. The studies repeatedly confirm the normalization of the working memory level after the successfully finished training with generalization of the effect on entire symptomatology of ADHD (Klingberg et al., 2005). Other researches show improvement of cognitive functions in people with brain damage after the successfully finished training (Westerberg, 2007). The imaging methods showed increased activity in the medial frontal gyrus and in the superior and inferior parietal cortex after the finished training (Olesen, 2003). Another study showed increased density of cortical dopamine D1 receptors and increase in D1 binding potential in the prefrontal and parietal cortex. This proved that the mental training can affect neurotransmission in vivo (McNab et al., 2009). Our lecture briefly introduces the program itself, overview of the researches, principles of operating the program and casuistry of the trained ADHD children.

Cogmed trénink pracovní paměti je komplexní pětítýdenní program, který napomáhá dětem i dospělým s deficitem pozornosti tím, že trénováním zvyšuje kapacitu jejich pracovní paměti. Jedná se o počítačový software podobný hře. Dětský uživatel trénuje doma ve spolupráci s rodiči, dospělý za asistence blízké osoby. Kompletní program zahrnuje úvodní interview, první sezení, 25 dní tréninku během 5 týdnů s telefonáty či návštěvami u osobního trenéra, závěrečné sezení po měsíci a kontrolní sezení po šesti měsících. Po ukončení tréninku samotného klient využívá 12 měsíců odlehčenou verzi programu. Terapeut, respektive trenér, má o pokrocích uživatele přehled díky výstupům přenášeným po internetu do jeho počítače. Podstatným znakem systému je průběžné automatické přizpůsobování aktuální kapacity pracovní paměti uživatele. První využití programu vyšlo ze zjištění zásadní role deficitu pracovní paměti u dětí s ADHD. Proto se výzkumy efektivity tohoto tréninku zaměřují především na děti s touto poruchou či s deficitem pozornosti obecně, a to již od předškolního věku. Studie opakovaně potvrzují normalizaci úrovně pracovní paměti po proběhlém tréninku s generalizací efektu na kompletní symptomatiku ADHD (Klingberg et al., 2005). Další výzkumy prokazují po ukončeném tréninku zlepšení kognitivních funkcí u lidí s poškozením mozku (Westerberg, 2007). Na zobrazovacích metodách byla po tréninku zjištěna zvýšená aktivita v mediálním frontálním gyru a v superiorních a inferiorních parietálních kortexech (Olesen, 2003). Jiná studie prokázala zvýšení denzity korových dopaminových D1 receptorů a zvýšení D1 vazebného potenciálu v prefrontálním a parietálním kortexu, čímž bylo doloženo, že mentální trénink může ovlivnit neurotransmisi in vivo (McNab et al., 2009). V přednášce představujeme stručně program samotný, přehled výzkumů, princip ovládání a kasistiky trénovaných ADHD dětí.

Deficit pracovní paměti u dětí je považován za centrální deficit u ADHD – zodpovědný za kognitivní i behaviorální potíže (Barkley, 1997; Castellanos, Tan-nock, 2002; Rapport et al., 2000; Westerberg et al., 2004; Martinussen et al., 2005).

Souvisí s defektní funkcí frontálního kortexu (Rubia et al., 1999; Schweitzer et al., 2000; Zametkin et al., 1990).

Studie předškolních dětí ukazují, že deficity pracovní paměti jsou asocio-vány s obtížemi v dosahování úspěchů v oblasti chování i školních dovedností, a to u dětí s ADHD i bez (Aronen et al., 2005, Taylor et al., 2000, Gathercole, Pickering, 2000, Jarvis, Gathercole, 2003, Gathercole et al., 2004).

Z výsledků vyplývá, že i mírný deficit pracovní paměti může ovlivnit schopnost dítěte regulovat své chování a dosahovat školních úspěchů.

Pracovní paměť lze trénovat!

Klingberg et al. (2002): Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, N = 14 dětí s ADHD.

Cílem studie bylo zjistit, zda je možné tréninkem zvýšit kapacitu PP u dětí s ADHD. A pokud je deficit PP jádrovým deficitem u ADHD, zda ovlivňuje i ostatní symptomy tohoto onemocnění.

Metoda

N = 14 s diagnostikovaným ADHD, 7–15 let, dvojité zaslepený, randomizovaný výběr. Experimentální skupina: program s algoritmem adaptivní zátěže. Kontrolní skupina: program bez algoritmu adaptivní zátěže (konstantní nízká úroveň). 2 probandi v experimentální a 3 v kontrolní skupině zároveň užívali stimulancia.

Intervence: Kognitivní remediace počítačovým programem Cogmed trénink pracovní paměti.

Výsledky

Signifikantní zvýšení PP u trénovaných úloh na vizuálně-prostorovou PP, ale i netrénovaných úloh na tzv. prostorový rozsah (subtest WMS-III). Signifikantní zlepšení v Ravenově (IQ) i Stroopově (pozornost, interference, inhibice odpovědi) testu.

U experimentální skupiny došlo rovněž k signifikantnímu snížení počtu pohybů hlavy oproti skupině kontrolní.

Klingberg et al. (2005): J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, Replikační dvojité slepé, randomizované, kontrolované studie, N = 53 dětí s ADHD

Výsledky

Došlo k signifikantnímu zvýšení kapacity pracovní paměti (Wechsler) ($19\% \sim ES = 0.93$)

Dále ke zlepšení komplexního uvažování (Raven), zvýšení schopnosti inhibice reakce (Stroop), snížení symptomů nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity (posuzovací šk.)

V další studii se Thorel et al., 2009: Training and Transfer Effects of Executive Functions in Preschool Children, věnoval možnostem tréninku pracovní paměti u předškolních dětí

Cílem studie bylo zjistit, zda je možné zvýšit kapacitu pracovní paměti nebo schopnosti inhibice odpovědi u předškolních dětí počítačovým tréninkem pracovní paměti (PP) nebo inhibičních funkcí (IF).

Metoda: N = 64, 4–5 let, semi-randomizovaný výběr: 4 skupiny: 2 experimentální (1. PP, 2. IF), 2 kontrolní (1. aktivní – komerční PC hra; 2. pasivní – pouze test před a po). Použité programy byly vyvinuté ve spolupráci s Cogmedem: 25 sezení, 5 dní v týdnu/5 týdnů, 15 minut/sezení, algoritmus adaptivní zátěže. **Výsledky:** Trénink PP může být efektivní i u dětí mezi 4 a 5 lety a zvyšuje jak PP, tak pozornost.

Trénink vizuální PP se projevil i u netrénované verbální PP, a to dokonce s velkým efektem (Effect size dle Cohena d : 0.91–1.15).

Trénink IF neprokázal signifikantní změny oproti kontrolní skupině

Kasuistika I.

14 letý chlapec s dg ADHD s komorbiditou poruchy chování, dg stanovena pomocí Connors škály, počítačovými testy IVA plus, CPT II. PASAT, natočen EEG graf korelující pro nezralost a převahu theta aktivity centro temporálně s dg hyperkinetický sy.

Těžké poruchy chování, vystřídal postupně 3 školy v závěru sociální kurátor usiloval o jeho umístění do diagnostického ústavu pro mládež. Rodina motivována pro absolvování kognitivní remediace, chlapec absolvoval celý program s vysokým indexem zlepšení (Improve index = 24, při normě 14) Klinicky se objevil velký zvrat, ve škole se z žáka hodnoceného dostatečně a nedostatečně z většiny předmětů stal žák hodnocený dobře a někdy chvalitebně. Chlapce se podařilo zařadit do oddílu basketbalu, ačkoliv před tréninkem pracovní paměti jakékoliv sportovní aktivity odmítal (trpěl kvůli nadváze 96 kg posměchem vrstevníků). Přestal se rvát se spolužáky a rodiče jeho spolužáků, kteří psali petice k jeho umístění do výchovného ústavu se výrazně zklidnili i díky tomu že jejich děti nepřicházely ze školy pokoušané naším klientem.

Kasuistika II.

10 letý chlapec s dg ADHD, impulsivní subtyp, (Connors škály, počítačové testy IVA plus, CPT II. PASAT, EEG graf) výrazně selhávající ve škole s nízkou úrovní sebevědomí s komorbidní dyslexií a dysgrafií absolvoval kognitivní remediaci počítačovým testem pro trénink pracovní paměti COGMED. Po tréninku pracovní paměti (Improve index 20) došlo k výraznému snížení impulsivity. Klinický efekt: přestal nosit poznámky, přestal se prosazovat ve škole nepředvídatelnými agresivními akty, které měly „záluďný charakter“. Po ročním zhodnocení chlapec udržel zlepšení ve školním prospěchu a nevrátil se k agresivnímu hyperkompenzačnímu chování. V počítačových testech IVA plus, CPT II. a PASAT došlo k dalšímu zlepšení. EEG aktivita byla hodnocena ve smyslu objevení se prae alfa aktivity 8 Hz a snížení četnosti vřetem theta aktivity.

Kasuistika III.

9 letá holčička smíšený subtyp dle DSM IV R, (Connors škály, počítačové testy IVA plus, CPT II. PASAT, EEG graf) výrazně se projevující infantilismy při normálním intelektu. Po tréninku pracovní paměti (Improve index 26) došlo k výraznému klinickému zlepšení schopnosti sebeprosazení v třídním kolektivu. Zlepšení prospěchu z hodnocení dobře a chvalitebně na hodnocení výborně a ojediněle chvalitebně. Nejlepší zlepšení v tělesné výchově, kde učitel zkonstatoval, že žačka byla před rokem vylučována spolužáky ze soutěživých her pro impulsivitu neobratnost a pomalost, a musela být hájena pedagogem. Po ročním tréninku je kolektivem vrstevníků akceptována, přestože je stále neobratná. V počítačových testech IVA plus, CPT II. a PASAT došlo k dalšímu zlepšení. EEG aktivita byla hodnocena ve smyslu objevení se drivingu při fotostimulaci

vzestupně na 5 a 10 Hz a sestupně na 15-10 a 5 Hz a objevení se alfa atenuační reakce včetně rebound fenomenu, což před tréninkem zaznamenáno nebylo. Celkem kognitivní remediaci absolvovalo 17 dětí s dg ADHD. U všech došlo ke zlepšení na improve indexu, u některých až na 29 bodů. Ani jeden proband nebyl neúspěšný jak na improve indexu, tak klinicky. Domníváme se, že metoda může být významným přínosem k tréninku kapacity pracovní paměti i když výsledky nelze přeceňovat pro malý počet probandů. Nespornou výhodou metody je tréninkový, nefarmakologický přístup, čemuž je naše kultura příznivě nakloněna.

FUZZY PŘÍSTUP K URČENÍ PROTOTYPICKÉHO PROTOKOLU MMPI-2

P. Škobrtal¹, I. Bečáková², J. Talašová³

¹Katedra psychologie a patopsychologie PdF UP, Olomouc, Česká republika;

²Katedra matematické analýzy a aplikací matematiky PřF UP, Olomouc, Česká republika; ³Katedra matematické analýzy a aplikací matematiky PřF UP, Olomouc, Česká republika

Summary

THE FUZZY APPROACH TO DETERMINATION OF THE MMPI-2 PROTOTYPE PROTOCOLS

The MMPI-2 questionnaire is one of the key methods used for detecting significant personality features and mental disorders. It is a complex questionnaire and its interpretation includes two parts, quantitative and qualitative. The crucial part of the quantitative interpretation is the determination of a code type of a given protocol. In our article, we introduce a mathematical model to determine the protocol code type, which takes into consideration, in addition to clinical scales, results of other scales according to the original interpretation manual for MMPI-2. The model is based on a linguistically defined base of rules. Using the base of rules, the model is also able to detect the prototypic protocols, which are the most similar to the tested protocol.

Key words: MMPI-2, fuzzy set, fuzzy expert system

Dotazník MMPI-2 je jednou z klíčových metod, sloužící ke zjišťování důležitých vlastností osobnosti a psychických poruch. Jedná se o komplexní dotazník, jehož interpretace má dvě části, kvalitativní a kvantitativní. Podstatou kvantitativní interpretace je určení tzv. kódového typu protokolu. V našem příspěvku představujeme matematický model pro určení kódového typu dotazníku, který zohledňuje kromě klinických škál také výsledky dalších škál dotazníku, tak jak je uvedeno v příručce k interpretaci MMPI-2. Základem našeho matematického modelu je jazykově definovaná báze pravidel. Na jejím základě dochází

k výběru prototypických protokolů, které nejvíce odpovídají protokolu administrovaného dotazníku.

Problém

Základem interpretace dotazníku MMPI-2 je určení kódového typu. Existuje celkem 55 kódových typů. Kódový typ je určen jednou nebo dvěma klinickými škálami s nejvyšším T-skórem větším než 65. V případě, kdy je v protokolu jen jedna z klinických škál vyšší než 65 T-skórů, mluvíme o tzv. spike profilu. Dobře definovaný kódový typ je takový, jehož jedna nebo dvě nejvyšší klinické škály dosahují hodnot vyšších než 65 T-skóru a jsou alespoň o 5 bodů vyšší než ostatní klinické škály, v opačném případě jde spíše o triádu a nelze při interpretaci užít kódového typu (Greene, 2002).

Aby bylo možné vyjít při interpretaci z charakteristiky příslušného kódového typu, je nutné nejprve srovnat protokol pacienta s prototypickým protokolem daného kódového typu. Prototypické protokoly obsahují skóry pro všechny klinické, obsahové, doplňkové a další škály, které jsou normálně skórovány. Pokud se některý skór či skóry získaného protokolu liší více než o jednu standardní odchylku (tj. o 10 T-skórů) od skórů prototypického protokolu příslušného kódového typu, nelze použít charakteristiku kódového typu (Greene, 2002). Cílem naší práce bylo vytvořit matematický model, který by při určování kódového typu bral v úvahu i výsledky dalších škál dotazníku, tak jak to požaduje originální příručka.

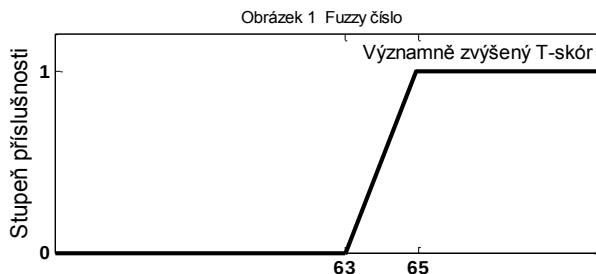
Metoda

Jako metodu pro řešení vytyčeného problému jsme zvolili matematický model vycházející z teorie fuzzy množin. Kromě určení kódového typu náš model dále poskytuje také informaci o tom, kterým dalším prototypickým protokolům se daný protokol nejvíce podobá. Tím poskytuje psychologovi informaci nejen o tom, na kolik procent se daný protokol shoduje s protokolem prototypickým, ale také mu podává informaci o dalších podobných protokolech, čímž mu poskytuje větší prostor pro následnou klinickou rozvahu.

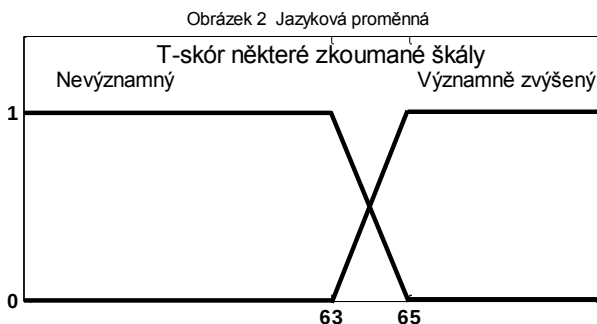
Základní myšlenka fuzzy množin by se dala vyjádřit slovy, že nejsme-li schopni stanovit přesné hranice třídy vymezené vágním pojmem, nahradíme jednoznačné rozhodnutí o náležení či nenáležení každého prvku této třídy mírou z intervalu $\langle 0,1 \rangle$, která popisuje stupeň jeho náležení dané třídě. Menší míra bude vyjadřovat, že daný prvek leží někde na okraji třídy a obráceně. Tuto míru nazýváme stupněm příslušnosti daného prvku k dané třídě. Třída, v níž je každý prvek charakterizován stupněm příslušnosti k této třídě, se nazývá fuzzy množina (Zadeh, 1965).

Speciálním případem fuzzy množiny je fuzzy číslo. Na obrázku č. 1 je znázorněn příklad nejjednoduššího fuzzy čísla modelujícího pojem „významně zvýšený T-skór“. Z obrázku je patrné, že hodnoty vyšší než 65 jsou s jistotou považovány za významně zvýšené (stupeň příslušnosti je jedna), zatímco T-

skóry menší než 63 významně zvýšené určitě nejsou (stupeň příslušnosti takových prvků je nulový). Oblast mezi těmito hodnotami je zatížena nejistotou, přechod mezi absolutním náležením a absolutním nenáležením je dodefinován lineárně.



Teorie fuzzy množin představuje také dobrý nástroj pro modelování hodnot jazykových proměnných vycházejících z přirozeného jazyka a pro tvorbu jazykově definovanýchází pravidel (Novák, 1990). Jazykovou proměnnou rozumíme takovou proměnnou, jejímiž hodnotami jsou slova a významy těchto slov jsou matematicky modelovány fuzzy množinami (Novák, 1990; Talašová, 2003). Příkladem jazykové proměnné může být T-skór některé zkoumané škály, jehož hodnotami jsou jazykové termíny „Nevýznamný“ a „Významně zvýšený“ modelované pomocí fuzzy čísel na obrázku č. 2.



Vztah mezi jazykovými proměnnými lze vyjádřit jazykově definovanou funkcí (bází pravidel). Jedná se o systém jazykově definovaných pravidel typu „Jestliže – pak“, která umožňují popsat i složité závislosti mezi vstupními a výstupními jazykovými proměnnými, např. „Jestliže T-skór nejvíce zvýšené škály je významně zvýšený, T-skór druhé nejvíce zvýšené škály je nevýznamný a rozdíl mezi první a druhou škálou je dost velký, pak se jedná o kódový typ

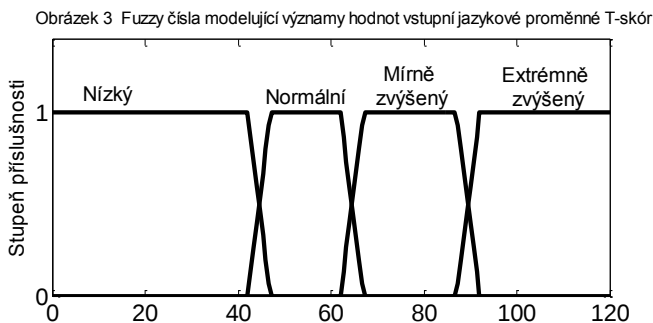
spike“. Tato pravidla jsou definována expertně, případně získávána ze známých dat.

Proces dosazování pozorovaných jazykových hodnot vstupních jazykových proměnných do báze pravidel a hledání odpovídající jazykové hodnoty výstupní jazykové proměnné se označuje jako přibližné usuzování. Jedna z nejznámějších metod přibližného usuzování je Mamdaniho metoda (Talašová, 2003). Báze pravidel spolu s použitým algoritmem přibližné dedukce tvoří tzv. fuzzy expertní systém (Dubois, Prade, 2000).

Výsledky

Pro určování kódového typu protokolu je nejdříve uspořádáno deset hlavních klinických škál na základě dosaženého T-skóru od nejvyšší po nejnížší. Dále jsme nadefinovali 6 jazykových proměnných: T-skór první nejvyšší škály, T-skór druhé nejvyšší škály, T-skór třetí nejvyšší škály, Rozdíl mezi první a druhou nejvyšší škálou, Rozdíl mezi druhou a třetí nejvyšší škálou a Tvar kódového typu. Na základě těchto 6 jazykových proměnných a dostupné metodiky určování kódového typu jsme sestavili bázi pravidel. Každé pravidlo popisuje jednu z možností, tj. kdy se jedná o kódový typ hrot (spike), pár, triádu nebo nepatologický protokol. Hodnoty předem uspořádaných klinických škál testovaného protokolu se dosazují do takto sestavené báze pravidel, která s využitím Mamdaniho metody přibližné dedukce určí, o jaký kódový typ se může jednat.

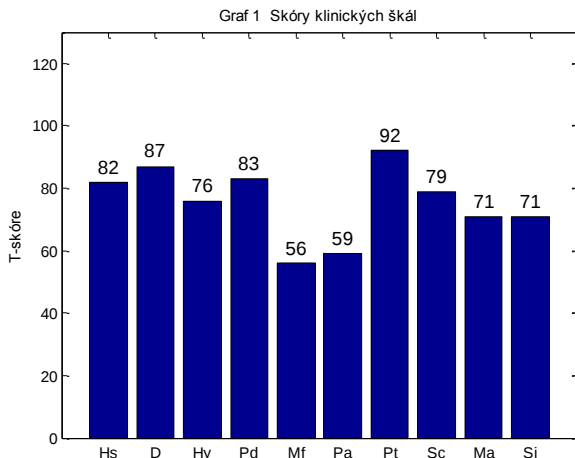
Ve druhé etapě náš model porovnává skóry daného dotazníku se skóry prototypických protokolů. Každý prototypický protokol jsme popsali pomocí 79 vstupních jazykových proměnných reprezentujících T-skóry dosažené v jednotlivých škálách. Každá vstupní jazyková proměnná nabývá čtyř jazykových hodnot: Nízký, Normální, Mírně zvýšený a Extrémně zvýšený, viz obrázek 3.



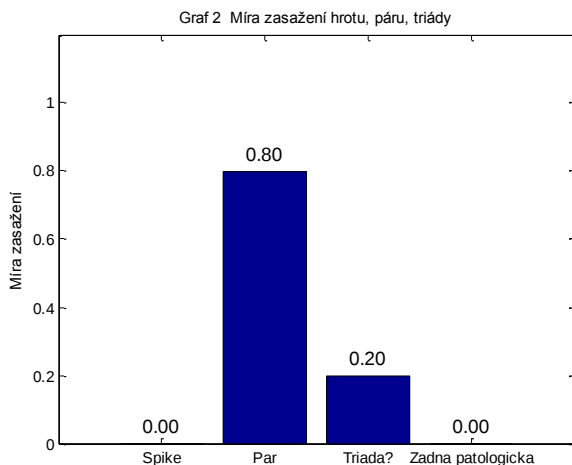
S využitím takto definovaných jazykových proměnných bylo sestaveno 55 pravidel. Každé pravidlo odpovídá jednomu z 55 prototypických protokolů, např. „Je-li T-skór ? škály nízký a T-skór L škály nízký a ... a T-skór škály APS normální, pak se jedná o prototypický protokol kódového typu 1.“ Společně

s upraveným Mamdaniho algoritmem pro přibližnou dedukci vytvořila takto definovaná báze pravidel druhý expertní systém našeho matematického modelu.

Chování modelu demonstrujeme na příkladě analýzy jednoho z testovaných protokolů. Na grafu č. 1 jsou znázorněny T-skóry klinických škál. Původní program vyhodnotil daný protokol jako kódový typ 2-7/7-2.

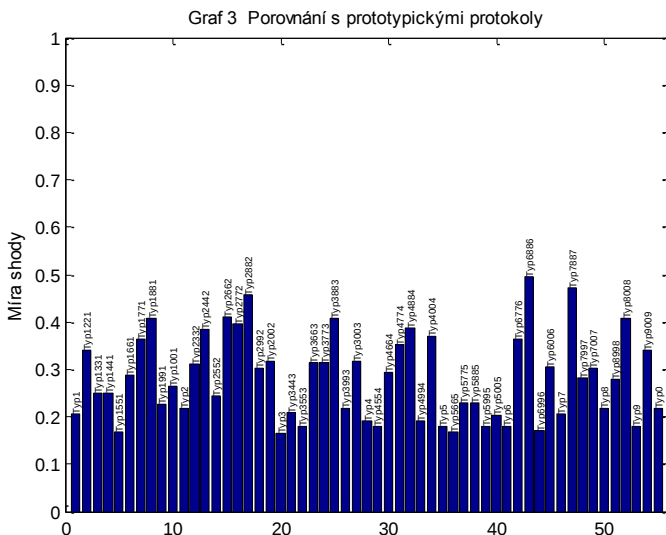


Náš matematický model tedy reagoval na skutečnost, že mezi druhou nejvyšší a třetí nejvyšší škálou je rozdíl menší než požadovaných 5 T-skórů snížením míry možnosti toho, že se jedná o pár (viz graf č. 2).



Jako tři prototypické protokoly vykazující nejvyšší shodu s protokolem testovaným byly naším programem určeny následující prototypické protokoly: typ

6-8/8-6 s mírou shody 0,49, typ 7-8/8-7 s mírou shody 0,47 a typ 2-8/8-2 s mírou shody 0,45.



Diskuse

Naše práce sledovala využití fuzzy množin při interpretaci výsledků dotazníku MMPI-2. Konkrétně jsme se zaměřili na proces určování kódového typu, na jehož základě je protokol posléze interpretován. Za tímto účelem jsme se rozhodli vytvořit matematický model, který by v první fázi určil, o který kódový typ se jedná. Poté měl zhodnotit, zda daný protokol odpovídá prototypickým skórum pro tento kódový typ, a zároveň poskytnout informace o tom, ke kterým prototypickým protokolům má náš protokol nejbližší. Zde jsme narazili na problém. Při konstrukci matematického modelu jsme jednotlivé jazykové proměnné vytvářeli na základě jednotlivých škál, které dotazník MMPI-2 obsahuje. Ne všechny škály, které jsou v dotazníku obsaženy, byly převedeny do české verze. Dále nebyly doposud vytvořené české prototypické protokoly, tudíž jsme byli nuceni vycházet z amerických prototypických protokolů. K porovnávání protokolů pacientů s prototypickými protokoly jsme z toho důvodu použili jen 79 škál z celkového počtu všech škál uvedených u prototypických protokolů. V našem modelu nebylo žádným způsobem ošetřeno agravování či bagatelizace psychopatologických symptomů, nereflektovali jsme výsledky faktorových škál atp. K tomuto zjednodušení nás vedl fakt, že MMPI-2 je se všemi svými škálami a indexy velice složitý. Z toho důvodu jsme se rozhodli začít pracovat se zjednodušeným modelem, který by byl následně rozpracováván a prohlubován. Domníváme se, že i přes tato zjednodušení je náš model

využitelný, třebaže je nutné výše zmíněné okolnosti brát při jeho použití v potaz. Model je v současné době dále rozpracováván a zpřesňován.

Závěr

V našem příspěvku jsme se zabývali možností aplikace fuzzy expertního systému při určování kódového typu dotazníku MMPI-2. Výše popsaným způsobem jsme podrobili analýze celkem 100 náhodně vybraných protokolů psychiatrických pacientů. U 26 ze 100 protokolů jsme došli k rozdílným závěrům v porovnání s původním programem, pokud jde o určení kódového typu. Pokud jde o porovnání daného protokolu s prototypickým protokolem příslušného kódového typu, je třeba námi získané výsledky interpretovat opatrně. Některé protokoly se lišily od třech nejvíce podobných protokolů jen v řádech desetinných míst. Mnohé se však lišily od prototypického protokolu pro daný kódový typ značně a z toho důvodu nešlo u těchto protokolů použít při interpretaci charakteristiku příslušného kódového typu, jak ji navrhoval původní program. Domníváme se, že výsledky naší práce jsou pro klinickou oblast psychologie, zejména pak diagnostiku, velice cenné a měly by být dále rozpracovávány.

Literatura

- DUBOIS, Didier; PRADE, Henri. *Fundamentals of Fuzzy Sets*. Norwell: Kluwer Academic Publishers, 2000. 672 s. ISBN 0-7923-7732-X.
- GREENE, L. Roger. *The MMPI-2: an interpretative manual*. Boston: Allyn & Bacon, 2002. 696 s. ISBN 0-205-28416-7.
- NOVÁK, Vilém. *Fuzzy množiny a jejich aplikace*. Praha: SNTL, 1990. 296 s. ISBN 80-03-00325-3.
- TALAŠOVÁ, Jana. *Fuzzy metody vícekritériálního hodnocení a rozhodování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 179 s. ISBN 80-244-0614-4.
- ZADEH, Lotfi Askar. Fuzzy sets. *Information and Control*. 1965, 8, s. 338–353. ISSN 0019-9958.

WORKSHOP PŘEPIS TRAUMATICKÝCH A STRESOVÝCH UDÁLOSTÍ Z DĚTSTVÍ U DOSPĚLÝCH PACIENTŮ

garant prof. Ján Praško, doc. Klára Látalová

TRAUMA A STRESOVÉ UDÁLOSTI V DĚTSTVÍ A JEJICH VLIV NA PSYCHOPATOLOGII V DOSPĚLOSTI

D. Kamarádová, T. Divéky, A. Grambal, A. Sandoval, P. Havlíková, D. Jelenová, J. Praško

Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

TRAUMA AND DISTRESSING EVENTS IN CHILDHOOD AND THEIR INFLUENCE ON PSYCHOPATHOLOGY IN ADULTHOOD

Childhood psychic trauma appears to be an important etiological factor in the development of a number of psychiatric disorders both in childhood and in adulthood. If one looks only at the clinical manifestations of trauma in a given day in the life of the traumatized child, one could diagnose conduct disorder, borderline personality, major affective disorder, attention deficit hyperactivity, phobic disorder, dissociative disorder, obsessive-compulsive disorder, panic disorder, adjustment disorder, and even such conditions, as yet unofficial in the nomenclature, as precursors of multiple personality or acute dissociative disorder, and not be wrong. It seems that four characteristics related to childhood trauma that appear to last for long periods of life are important, no matter what diagnosis the patient eventually receives. These are visualized or otherwise repeatedly perceived memories of the traumatic event, repetitive behaviors, trauma-specific fears, and changed attitudes about people, life, and the future. The childhood trauma can be divided into two basic types: The first type (type I trauma) includes full, detailed memories, "omens," and misperceptions. The second type (type II trauma) includes denial and numbing, self-hypnosis and dissociation, and rage. Crossover conditions often occur after sudden, shocking deaths or accidents that leave children handicapped. In these instances, characteristics of both type I and type II childhood traumas exist side by side.

Key words: childhood trauma, memories, dissociation, psychiatric disorders, therapeutic resistance

Do psychiatrické péče přichází pacienti s úzkostnými poruchami, afektivními poruchami a poruchami osobnosti, kteří popisují ve své anamnéze významné stresující zážitky v dětství a dospívání, jako je fyzické, sexuální nebo psychické zneužívání, týrání, prožitky odmítání, zahanbování, nezájmu či chladu ze stra-

ny svých blízkých. Velmi často vykazují vysokou míru disociativních fenoménů, které brání plnému zpracování stresových událostí (Pastucha et al. 2009a, 2009b, Praško et al. 2009). Ve studii v populaci se ukázal vztah mezi disociací, sexuálním zneužíváním v dětství a rozvojem psychických poruch v dospělosti (Mulder et al. 1998). U řady nebyly v dětství naplněny základní dětské potřeby, jako je bezpečí, přijetí či ocenění. Tito pacienti hůře profitují s běžných farmakoterapeutických i psychoterapeutických intervencí a často jsou léčebně rezistentní.

Cíle

Naše sdělení popisuje projevy, které jsou charakteristické pro psychopatologii lidí, kteří v dětství zažili traumatizaci a nyní rozvinuli psychickou poruchu.

Metody

Zdrojem informací pro toto sdělení je literární review získané z databáze PUBMED, Web of Science z publikací mezi léty 1991–2012. Tyto informace jsme porovnávali s naší klinickou zkušeností s pacienty, kteří v dětství zažívali závažnou psychotraumatizaci a nyní se léčí pro rozvinutou psychickou poruchu.

Výsledky

Traumatické události v dětství či opakovaný nebo chronický stres se zdají být důležitým etiopatogenetickým faktorem, který se podílí na vývoji řady psychiatrických poruch v dětství i dospělosti. Pokud hodnotíme klinické manifestace traumatu z dětství v určitém období života, můžeme diagnostikovat poruchy přizpůsobení, poruchy osobnosti (často hraniční), afektivní poruchy, fobie, disociativní poruchy nebo konverzní poruchy, obsedantně – kompulzivní poruchu, panickou poruchu a další. Řada pacientů s psychotickou poruchou rovněž prožila významné traumatické události v dětství. To, která porucha se rozvine, může souviset s vrozenou vulnerabilitou i dalšími psychosociálními vlivy prostředí, nebo stresory v období před vznikem poruchy. Je otázkou, zda mají tyto různé manifestace něco, co je spojuje, bez ohledu na to, jaká porucha se nakonec objeví. Zdá se, že je možné vymezit čtyři charakteristické rysy, které souvisí s traumatizací v dětství, které se pak mohou objevovat po dlouhou dobu, někdy po celý život, bez ohledu na to, jakou psychickou poruchu pacient rozvine. Mezi tyto základní charakteristické rysy patří opakovaně se objevující vzpomínky na traumatické události, opakované chování, které s traumatem souvisí, typické obavy a změněné, často negativní nebo úzkostné postoje k sobě, k druhým lidem, životu a budoucnosti. Zpracování traumatu z dětství může probíhat dvěma základními způsoby: první typ (typ I) se projevuje vzpomínkami na traumatické události, často detailními, vnímáním „znamení“ ohrožení v situacích, které trauma připomínají, kognitivním zkreslením události v současnosti s nadměrným vnímáním ohrožení i v neutrálních jevech. Objevuje se častěji po psychickém týrání a jednorázových traumatických událostech. Dru-

hý typ (typ II) se projevuje popřením, odcizením, disociativními fenomény, výbuchy vzteku. Je typičtější pro sexuální zneužívání nebo fyzické týráním v dětství. Smíšené projevy obou typu se často objevují po náhlých, šokujících úmrtích, náhlé ztráty rodičů, opuštění dětí apod.

Dalším charakteristickým rysem, kterým může traumatizace v dětství ovlivňovat současnost, je značná rezistence traumatizovaných pacientů k léčbě, ať je vedena farmakologicky nebo psychoterapeuticky. Zdá se, že bez psychoterapeutických postupů, které pomáhají traumata z dětství zpracovat, je léčba neúplná, pacienti jen málo reagují na použité léčebné postupy a často relabují.

Závěr

Pacienti s různými psychickými poruchami, kteří zažili silné trauma nebo opakovanou psychotraumatizaci v dětství, mají kromě příznaků identifikované poruchy další společné charakteristiky, které se projevují buď vybavováním fenoménů souvisejících s traumatem nebo naopak vysokou mírou disociace, případně dochází k smíšenému obrazu, ve kterém se objevují obojí fenomény. Tito pacienti bez ohledu na typ poruchy jsou rezistentní k běžným způsobům léčby, často relabují nebo jejich problémy jsou chronické. Bez zpracování traumatických události bývá léčba obtížná a často je neúspěšná.

*Podpořeno granty IGA MZ CR NS 10301-3/2009 a
IGA MZ ČR NT 11047-4/2010*

Literatura

Pastucha P, Prasko J, Grambal A, Latalova K, Sigmundova Z, Sykorova T, Tichackova A: Panic disorder and dissociation – comparison with healthy controls. *Neuroendocrinol Lett* 2009a; 30(6):774–778.

Pastucha P, Prasko J, Grambal A, Latalova K, Sigmundova Z, Tichackova A: Dissociative disorder and dissociation – comparison with healthy controls. *Neuroendocrinol Lett* 2009b; 30(6):769–773.

Prasko J, Raszka M, Adamcova K, Grambal A, Koprivova J, Kudrnovska H, Latalova K, Vyskocilova J: Predicting the therapeutic response to cognitive behavioural therapy in patients with pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder. *Neuroendocrinol Lett* 2009; 30(5):615–623.

Mulder RT, Beautrais AL, Joyce PR, et al. Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 806–811.

Terr LC: Childhood Traumas: An Outline and Overview. *AmJ Psychiatry* 1991; 148:10–20.

DĚTSKÉ TRAUMA JAKO PREDIKTOR ŠPATNÉ TERAPEUTICKÉ ODPOVĚDI

*P. Havlíková, A. Grambal, D. Jelenová, D. Kamarádová, K. Láta-
lová, Z. Sigmundová, J. Praško*

*Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci, Fa-
kultní nemocnice Olomouc, Česká republika*

Summary

CHILDHOOD TRAUMA AS A PREDICTOR OF POOR THERAPEU- TIC RESPONSE

Studies have reported high rates of childhood trauma or abuse in people with psychiatric illness. The deleterious effects of childhood abusive experiences on growth and development have been well documented and are associated with a variety of later psychiatric difficulties, including depression, anxiety, affect dysregulation, identity disturbance, social isolation, self-destructive behavior, alcohol and drug abuse, eating disorders, and various physiological changes. Dissociative defences in general seem to be used in the presence of a psychological need to escape overwhelming experiences such as trauma and abuse. Professionals frustrated by their inability to understand the patient's complex clinical presentation and failure to respond to standard treatment modalities may come to view such patients as difficult and untreatable. Acknowledging the reality of the abuse casts a new light on such situations: the clinician is then able to sympathize with the patient's effort to cope with overwhelming circumstances and to help the patient understand their impact. This shift in attitude is essential for the treatment of such patients and makes the often difficult task not only more tolerable but much more productive.

Key words: *Childhood trauma, Pharmacoresistance, Psychotherapeutic resistance, Poor response*

Pacienti, kteří se léčí pro psychickou poruchu a zažili vážné psychotraumatizující zkušenosti v dětství, vykazují během obvyklých způsobů léčby značnou terapeutickou rezistenci, ať jsou léčeni pomocí psychofarmak, psychoterapie nebo jejich kombinace. V pozadí této rezistence leží reminiscence na traumatické události, které se objevují po minimálních spouštěcích, disociativní fenomény nebo obojí. Ale i pokud se podaří dosáhnout významného zlepšení v příznacích diagnostikované psychické poruchy, dochází často k relapsů. Bez psychoterapeutického zpracování traumatických událostí bývá kvalita jejich života, schopnost snášet zátěž i vytvářet smysluplné vztahy významně narušena.

Cíle

Cílem našeho snažení bylo zjistit, zda traumatizace v dětství souvisí s odpovědí na léčbu u různých psychických poruch. Důvodem bylo naše opakované zjištění, že u farmakorezistentních pacientů nebo pacientů rezistentních na psychotherapii, lze zpravidla traumatizaci v dětství zjistit.

Metody

Zdrojem pro toto sdělení bylo literární review získané z databáze PUBMED, Web of Science z publikací mezi léty 1991–2012, další reference byly získány vyhledáním článků z biografických odkazů relevantních informací. Dalším krokem bylo porovnání získaných literárních informací s naší opakovanou klinickou zkušeností při léčbě těchto pacientů.

Výsledky

Ráda studii popisuje potíže v identifikaci traumatických události v dětství u jednotlivých pacientů pro jejich stud, popření, přesvědčení, že se s tím už dávno vyrovnali a se současnými psychickými nebo tělesnými příznaky to nesouvisí, nebo obavy z kriminalizace blízkých. Ve většině případů oběti zneužívání nebo jiného závažného stresu se stydí, cítí za to vinní, někdy navzdory pošpinění nebo jsou přesvědčení, že si za to nějakým způsobem mohli. Často neradi na to vzpomínají a myslí si, že tak dávné události nemohou souviset se současným utrpením z psychické poruchy. Psychiatři léčící takové pacienti si nemusí být vědomí toho, co se stalo a pokud se pacient nesvěří, nerozumí tomu, proč pacient neodpovídá na standardní léčbu. Často pak usuzují, že pacient musí také trpět poruchou osobnosti, není k léčbě dostatečně motivovaný, je farmakorezistentní apod. Pokud se podaří, že pacient najde takovou důvěru k lékaři, že se mu svěří, lékař má šanci více porozumět, vcítit se a méně pacienta značkovat. Část psychiatrů bohužel v této situaci reaguje také vyhnutím se zpracování traumatu, zpravidla to racionalizují tím, že je to dávno a co se stalo, už se změnit nedá. Takto mohou minout nejdůležitější šanci pro optimalizaci léčby.

Traumatické zážitky v dětství souvisí s vysokou mírou disociativních příznaků v dospělosti. Míra disociace, související těsně s traumatickými zážitky v dětství, může být důvodem rezistence na léčbu u pacientů s panickou poruchou, OCD, depresivní poruchou, bipolární afektivní poruchou i schizofrenií. U panické poruchy a OCD souvisí míra disociace jak s léčbou psychofarmaky tak psychotherapii.

Přepřipracování intruzivních zážitků z dětství se ukázalo jako významná terapeutická strategie u pacientů se sociální fobií (Wild et al. 2008), poruchami osobnosti (Weertman a Arntz 2007), poruchami příjmu potravy (Ohanian 2002), u specifické fobie, obsedantně kompulzivní poruchy (Lipton et al. 2010) a depresivní poruchy (Brewin et al. 2009).

Závěr

V literatuře jsme objevili celou řadu sdělení a studií, které potvrzují naši klinickou zkušenost, že pacient s psychickou poruchou v dospělosti, který zažil traumatické nebo stresující události v dětství, je častěji v dospělosti hůře reaguje na léčbu, má častěji reziduální příznaky a častěji relabuje než pacient se stejnou psychickou poruchou, které traumatické události v dětství nezažil.

*Podpořeno granty IGA MZ CR NS 10301-3/2009 a
IGA MZ ČR NT 11047-4/2010*

Literatura

Wild J, Hackmann A, Clark DM: Rescripting early memories linked to negative images in social phobia: a pilot study. *Behav Ther.* 2008;39(1):47–56.

Weertman A, Arntz A: Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders: a controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. *Behav Res Ther.* 2007;45(9):2133–2143.

Ohanian V: Imagery rescripting within cognitive behavior therapy for bulimia nervosa: an illustrative case report. *Int J Eat Disord.* 2002;31(3):352–357.

Brewin CR, Wheatley J, Patel T, Fearon P, Hackmann A, Wells A, Fisher P, Myers S: Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. *Behav Res Ther.* 2009;47(7):569–576.

Lipton MG, Brewin CR, Linke S, Halperin J: Distinguishing features of intrusive images in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 2010;24(8):816–822.

FARMAKOTERAPIE U DOSPĚLÝCH PACIENTŮ, KTEŘÍ ZAŽILI TRAUMATICKÉ UDÁLOSTI V DĚTSTVÍ

A. Sandoval, A. Grambal, P. Havlíková, D. Jelenová, D. Kamarádová, K. Látalová, Z. Sigmundová, J. Praško

Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

PHARMACOTHERAPY OF ADULT PATIENTS WHO EXPERIENCED TRAUMATIC EVENTS DURING CHILDHOOD

Childhood trauma and its consequences are highly prevalent among patients with affective disorders, personality disorders, dissociative disorders, bulimia, PTSD and also in psychotic disorders and severely affect the course and

outcome. More robust evidence is mounting to support the role of childhood trauma in the etiology of many of psychiatric disorders, but more research is needed to understand the underlying mechanisms. Physical abuse as a child is connected with difficulties in building an therapeutic alliance and predicted poor service engagement. Patients with a history of childhood trauma have a more severe clinical profile compared with those without these experiences, worse overall functioning, and lower remission rates. Treatment approaches appropriate for this population need to be further evaluated and implemented into routine practice. Variation in genes implicated in the synthesis and signal transduction of catecholamines (norepinephrine and dopamine) may interact with environmental factors to affect the outcome of antidepressant or antipsychotic treatment. Stressors in early life may interact with polymorphisms in SLC6A2 to influence response to antidepressant treatment. In the long-term, a combination of psycho- and pharmacotherapy was superior in terms of sustained remission rates to standard psychiatric treatment.

Key words: Childhood trauma, Psychosis, Affective disorders, Anxiety disorders, Pharmacotherapy, Gene-environment interaction

Traumatizace v dětství a její důsledky jsou častým skrytým problémem u pacientů s afektivními poruchami, poruchami osobnosti, bulimií, posttraumatickou stresovou poruchou, disociativními nebo konverzními poruchami ale také u pacientů s psychotickým onemocněním (Schäfer a Fisher 2011). Tento faktor může vážně narušovat průběh samotné poruchy, snižovat dále kvalitu života, ovlivňovat významně interpersonální vztahy a snižovat terapeutickou spolupráci i terapeutický výsledek při léčbě psychofarmaky (Lecomte et al. 2008). Traumatizace v dětství se může podílet na etiopatogenezi mnoha psychických poruch, dosud však máme málo informací, jaké všechny mechanismy se na tom mohou podílet. Tělesné týrání v dětství je spojeno s problémy při budování terapeutického vztahu a následně problémy při spolupráci s užíváním medicíny jak u pacientů s afektivními a úzkostnými poruchami, tak u pacientů, kteří trpí psychózou.

Cíle

Cílem našeho hledání bylo zjistit, zda jsou nějaké informace o farmakoterapii dospělých pacientů, kteří zažili traumatické události v dětství, které by ukázaly nějaké odlišnosti od léčby farmakou u pacientů bez traumatizace v dětství.

Metody

Zdrojem pro toto sdělení bylo literární review získané z databáze PUBMED, Web of Science z publikací mezi léty 1991–2012, další reference byly získány vyhledáním článků s biografickými odkazy relevantních informací.

Výsledky

Variace v genech, které souvisí se syntézou a transdukcí signálu u katecholaminů (noradrenalinu a dopaminu) mohou mít interakci s faktory prostředí a měnit odpověď na antidepresivní či antipsychotickou léčbu. Stres v časném věku může mít interakci s polymorfismem SLC6A2 a ovlivňovat reakci na antidepresivní léčbu (Xu et al. 2011). Léčba je mnohem úspěšnější, pokud je použita kombinace farmakoterapie s psychoterapií zaměřenou na zpracování traumatických zážitků v dětství a jejich důsledků na současné interpersonální vztahy (Zobel et al. 2011). Při léčbě deprese nebo úzkostných poruch u pacientů s anamnézou časného traumatu v dětství (jako je ztráta rodiče, fyzické nebo sexuální zneužívání, odmítání rodiči, psychické týrání) bývá specifická psychoterapie účinnější než farmakoterapie, nicméně nejúčinnější je jejich kombinace (Nemeroff et al. 2003)

Závěr

Traumatizace v dětství se může objevit u pacientů s různými psychickými poruchami včetně pacientů s psychózou. Tento faktor může významně snižovat terapeutickou spolupráci i terapeutický výsledek při léčbě psychofarmakou. Traumatizace v dětství může být faktorem, který souvisí se syntézou a transdukcí signálů u katecholaminu a následně může ovlivňovat terapeutickou odpověď na léčbu antidepresivů či antipsychotiky. Léčba pacientů s afektivními, úzkostnými nebo psychotickými poruchami, kteří byli v dětství závažně traumatizováni je úspěšnější, pokud kombinujeme farmakoterapii s psychoterapií.

*Podpořeno granty IGA MZ CR NS 10301-3/2009 a
IGA MZ ČR NT 11047-4/2010*

Literatura

Lecomte T, Spidel A, Leclerc C, MacEwan GW, Greaves C, Bentall RP: Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophr Res* 2008;102(1–3):295–302.

Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME, Klein DN, Rush AJ, Schatzberg AF, Ninan PT, McCullough JP Jr, Weiss PM, Dunner DL, Rothbaum BO, Kornstein S, Keitner G, Keller MB: Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2003;100(24):14293–14296.

Schäfer I, Fisher HL: Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in patients with psychosis: clinical challenges and emerging treatments. *Curr Opin Psychiatry* 2011;24(6):514–518.

Xu Z, Zhang Z, Shi Y, Pu M, Yuan Y, Zhang X, Li L: Influence and interaction of genetic polymorphisms in catecholamine neurotransmitter systems and

early life stress on antidepressant drug response. *J Affect Disord.* 2011;133(1–2):165–173.

Zobel I, Kech S, van Calker D, Dykieriek P, Berger M, Schneibel R, Schramm E: Long-term effect of combined interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy in a randomized trial of depressed patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;123(4):276–282.

PŘEPIS DĚTSKÝCH TRAUMAT U DOSPĚLÝCH PACIENTŮ

J. Praško, A. Sandoval, A. Grambal, P. Havlíková, D. Jelenová, D. Kamarádová, K. Látalová, Z. Sigmundová

Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

RESCRIPTING OF CHILDHOOD TRAUMAS IN ADULT PATIENTS

The basic principles in the treatment of patients who have developed mental disorders, contributed to by childhood and adulthood stressful events, include establishment of a therapeutic relationship, explanation of and education on what is happening with the patient and decreasing or removing stigmatization and feelings of guilt. The therapist helps the patient understand how the symptoms are related to burdening events of the childhood and current problems. As a rule, rescripting is initiated only after cognitive processing of basic attitudes (core beliefs) and derived rules. The therapeutic process may be divided into several steps (a) creating a therapeutic atmosphere (security and control, acceptance, appreciation); (b) imaginal exposure to painful experiences; (c) expressing the child's needs; (d) experiencing a better end – imagery rescripting of the story; and (f) general calming. The therapist's task is to help the patient to recall his or her memories of the stressful event and express an adequate affective experience, and then help him or her reprocess the experience so that its consequences were less painful.

Key words: *Childhood trauma, Childhood needs, Exposure, Imaginal rescripting, Cognitive behavioral therapy, Affective disorders, Anxiety disorders, Personality disorders*

Přepis traumát v imaginaci jako strategie v léčbě vznikl adaptací postupů prodloužené expozice, imaginativní práce s dětskými zážitky používané v terapii zaměřené na schémata, přepsání traumatického příběhu či představy v imaginaci a práce s nočními můrami (Foa a Kozak 1986, Holmes et al. 2007). Mezi základní principy patří vytvoření terapeutického vztahu, vysvětlení a edukace o tom, co se s pacientem děje a zmírnění či odstranění stigmatizace (Weertman a Arntz 2007). Terapeut pomáhá postiženému pochopit, jak příznaky souvisejí

se zatěžujícími událostmi z dětství a aktuálními problémy v životě. Zdůrazňuje potřebu postupné emoční rekonstrukce bolestných zážitků. K přepisu traumatického zpravidla přistupujeme až po kognitivním zpracování základních postojů (jádrových přesvědčení) a odvozených pravidel.

Cíle

Cílem prezentace je vysvětlit indikace, důvody a principy reskripce traumatických událostí v dětství u dospělých pacientů trpících psychickou poruchou. Dalším cílem je demonstrovat tento přístup a provést s účastníky workshopu nácvik této dovednosti.

Metody

Hlavním metodou vedení workshopu je zážitkové učení. Účastníci budou informováni o teorii zabývající se indikacemi, smyslem a praktických krocích přepisu traumatických událostí v imaginaci. Poté jim bude prezentovaná dovednost názorně předvedena a v malých skupinách si ji vyzkouší pomocí hraní rolí.

Terapeutický postup můžeme rozdělit do několika kroků:

(1) Vytvoření terapeutické atmosféry (bezpečí a kontrola, přijetí, ocenění)

Prvním krokem je navození terapeutické atmosféry s *vytvořením pocitů bezpečí a kontroly* pro pacienta. Tyto pocity vytvářejí základní platformu pro další práci a umožňují pacientovi mít nad zpracováním události kontrolu. Na počátku je nejdůležitější emoční podpora a zklidnění. Cílem je dosáhnout vnitřní stabilizace postiženého pomocí uvolnění emočního napětí. Pomáhá klid a vyrovnanost terapeuta, zdůraznění, že postižený udělal dobře, že vyhledal pomoc, osobní zájem, empatické naslouchání, uznání starostí a obav, umožnění vyjádřit negativní emoce (Arntz et al. 2007). Po vytvoření základního pocitu bezpečí terapeut nabízí práci na bolestných zážitcích z dětství nebo dospívání, o kterých již mluvili dříve. Dále sděluje, že probírání těchto bolestných zážitků může být stresující a proto žádá pacienta, aby kdykoliv se bude cítit příliš zahlcený, aby to řekl, a pak společně odvedou pozornost od tématu, zklidní se a budou pokračovat, až se pacient bude cítit připraven na pokračování (Brevin et al. 2009). Terapeut zdůrazňuje, že je důležité, aby celý průběh zpracování bolestných zážitků měl pacient sám pod kontrolou, že to budou dělat jen a pouze jeho vlastním tempem. Zdůrazňování pacientovy kontroly nad zpracováním události se pak opakuje v průběhu celé terapie a pomáhá vymanit se z pocitu oběti, se kterým často pacient přichází do léčby.

Dalším důležitým pocitem pro pacienta v sezení je *pocit přijetí*. Pak terapeut projevuje empatický zájem o to, co se pacientovi bolestného přihodilo a zaměřuje se otázkami na dětství a dospívání. V tomto kroku jde zejména o vytvoření stručného popisu nejdůležitějších bolestných zážitků z dětství a adolescence. Pacient je zpravidla popisuje stručně, samotné vzpomínky jej rozrušují, často silněji emočně reaguje, pláče, od detailnějšího popisu rychle odvádí pozornost.

Často se objevují silné pocity viny, studu, cítí se ocejchovaný, vyvržený od jiných, odlišný, nebo má pocity bezmoci či naopak zlosti na blízké nebo na sebe. Je důležité, aby se pacient cítil terapeutem přijatý. Pocity viny se snaží terapeut zmírnit poukázáním na bezmoc dítěte se ubránit a na to, že bylo věci dospělých, aby dítěti neublížovali a jejich povinností bylo dítě bránit. Pro pocity studu je potřebné vyjádřit pochopení a pak je normalizovat. Přijímající atmosféra je zásadní pro snížení pocitu viny, studu a zloby na sebe. Pokud se pacient cítí přijímán se všemi svými pocity a myšlenkami terapeutem (i s tím, že by se chutí za své dětství pomstil, že přeje agresorovi jen to nejhorší), začíná se postupně lépe přijímat sám. Pacient potřebuje cítit přijetí ze strany terapeuta po celou dobu.

Třetím základním pocitem při vytváření terapeutické atmosféry je *pocit ocenění*. Je velmi důležité pacienta *povzbudit a pochválit* za jeho odvahu o bolestných zážitcích mluvit a vyjádřit pochopení pro to, jak je takový popis obtížný a stresující. Pokud popisuje, jak bolestné zážitky zvládal, překonával stres, pokusil se cokoliv změnit, svěřit se někomu, dokázal se přitom učit, pomáhat druhým, starat se o sourozence – všechno jsou to důvody pro opakované vyjádření ocenění. Ocenění postupně pomáhá vytvořit pocit zvládnání. Tento vnitřní postoj, pak pomáhá postupně neutralizovat celoživotní pocity prohry, bezmoci a nezvládnání, se kterými se sám pacient často nemohl vyrovnat.

(2) Expozice bolestným zážitkům v imaginaci

Vrátíme se k jedné z důležitých událostí, které pacient v dětství prožil. Žádáme ho, aby si zavřel oči a popisoval v přítomném čase, co se děje. Pomáháme mu, aby popisoval nejen vnější události, ale také vnitřní prožívání: myšlenky, emoce, chování i tělesné reakce. Jednotlivé prožitkové systémy opakovaně střídáme, což pomáhá k vynoření bolestných zkušeností z popření a disociace a umožňuje je dále integrovat jako vědomou součást psychiky.

(3) Vyjádření potřeb dítěte k osobě, která měla ochraňovat

Dalším krokem bývá vyjádření dětských potřeb, které nebyly v dětství v dané situaci saturovány. Pacient sděluje terapeutovi, co tehdy potřeboval, nejdůležitější svoje potřeby, které by chtěl naplnit.

Zážitek lepšího konce v imaginaci – přepis příběhu

Dalším krokem bývá přepracování příběhu tak, aby pacient zažil pocity jiného, lepšího konce. Pokud je možné si představit, že pacient vyřeší situaci jiným způsobem sám, tak jej požádáme, aby to v imaginaci zvládnul novým způsobem. Pokud je to nepředstavitelné, může si představit sebe sama, jako dospělého, který chrání malé dítě v traumatické situaci. Další možností je, že v imaginaci do situace vstoupí jiná osoba nebo terapeut. Pacienta se zeptáme, zda v minulosti byla také osoba, které důvěřoval, měl ji rád a která by ho mohla v traumatické situaci ochránit. Často to bývá prarodič, ale někdy některý z rodičů nebo teta. Ptáme se, co by tento člověk mohl udělat, aby mu v situaci pomohl. V imaginaci se opět vracíme do traumatické situace a necháváme vstoupit „ochránce“. Pacienta necháme vyprávět, co se děje, když vstoupil ochránce,

tak se chová k agresorovi (zpravidla jej pacifikuje) a jak se pak následně chová k samotnému traumatizovanému dítěti (zpravidla uklidňuje, objímá, dává najevo bezpečí a lásku).

(5) Celkové zklidnění

Zážitek v imaginaci je znovu slovně probrán, zařazen do kontextu celého příběhu pacienta. Důležité je pochválit pacienta za to, že měl odvahu do zážitku vstoupit i za to, jak se mu podařilo jej přepsat. V případě objevení se napětí nebo tělesných příznaků úzkosti je vhodné s pacientem relaxovat nebo provést imaginaci bezpečného místa. Většinou však po rekapitulaci zážitku a posílení od terapeuta je pacient zklidněn a zažívá celkovou úlevu.

Výsledky

V závěru workshopu bude interaktivní diskuze, kde budou účastníci reflektovat svojí zkušenost s vyzkoušenou strategií a diskutovat vlastní pohledy.

Závěr

Interaktivní zážitkový workshop přináší zkušenost s důležitou kognitivně behaviorální strategií, jejíž účinnost byla u práce s dětskými traumaty ověřena ve studiích a kterou lze použít i v rámci jiných psychoterapeutických přístupů.

*Podpořeno granty IGA MZ ČR NS 10301-3/2009 a
IGA MZ ČR NT 11047-4/2010*

Literatura

Arntz A, Tiesema M, Kindt M: Treatment of PTSD: a comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2007;38(4):345–370.

Brewin CR, Wheatley J, Patel T, Fearon P, Hackmann A, Wells A, Fisher P, Myers S: Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. *Behav Res Ther*. 2009;47(7):569–576.

Foa EB, Kozak MJ: Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bull* 1986; 99: 20–35.

Holmes EA, Arntz A, Smucker MR: Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: images, treatment techniques and outcomes. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2007;38(4):297–305.

Weertman A, Arntz A: Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders: a controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. *Behav Res Ther*. 2007;45(9):2133–2143.

POSTERY

Spektrální analýza variability srdeční frekvence u pacientů s panickou poruchou ve srovnání se zdravými kontrolami

T. Divéky¹, J. Praško¹, K. Látalová¹, A. Grambal¹, D. Kamarádová¹, P. Šilhan²

¹Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika; ²Fakultní nemocnice Ostrava, Česká republika

Summary

HEART RATE VARIABILITY SPECTRAL ANALYSIS IN PATIENTS WITH PANIC DISORDER COMPARED WITH HEALTHY CONTROLS

Methods: We measured HRV in 31 panic disorder patients and 20 healthy controls. Patients were treated with psychotropics. Autonomic nervous system has been evaluated during orthostatic change in three positions (1st – supine 5 minutes, 2nd – standing 5 minutes, 3rd – supine 5 minutes). Intensity of symptoms was assessed using CGI (Clinical Global Impression), BAI (Beck Anxiety Inventory) and BDI (Beck Depression Inventory) and DES (Dissociative Experience Scale). The functioning of the ANS has been measured by the microcomputer diagnostic system that is using power spectral analysis which quantifies the heart rate variability. HRV was assessed using time domain, frequency domain, and nonlinear analyses. **Results:** There were highly statistically significant differences between panic patients and control group in all components of power spectral analysis in 2nd and 3rd VLF components and in HF components of 2nd of experiment. We have found highly statistically significant negative correlations between level of dissociation measured by DES and some parameters of ANS. **Conclusions:** Autonomic dysregulation is associated with panic disorder and has the relation with the level of dissociation, dosage of antidepressants and age of the onset of disorder.

Key words: panic disorder, heart rate variability, healthy controls, autonomic nervous system; power spectral analysis

Cíle

Cílem studie bylo komponenty R-R intervalu na EKG (HRV- heart rate variability) u pacientů s panickou poruchou a zdravých kontrol a zjistit vztah mezi jednotlivými komponentami HRV spektra (VLF, LF a HF) k míře disociace v patientské skupině. Naše hypotézy byly, že (a) pacienti s panickou poruchou

a zdravé kontroly se budou lišit v jednotlivých komponentách HRV; (b) hodnoty jednotlivých komponent budou klesat s věkem; (c) hodnoty komponent budou negativně korelovat s věkem počátku panické poruchy; (d) hodnoty komponent budou negativně korelovat s dávkami psychofarmak; (e) hodnoty komponent budou negativně korelovat s mírou disociace měřenou pomocí DES.

Metody

Pacienti s panickou poruchou s nebo bez agorafobie byli rekrutováni z psycho-terapeutického oddělení kliniky psychiatrie FNOL a museli splňovat: (a) MKN-10 výzkumná kritéria pro panickou poruchu s nebo bez agorafobie; (b) byli non-responderi na SSRI (užívání nejméně 6 týdnů před zahrnutím do studie v terapeutických dávkách); (c) věk 18–60 let a (d) podepsali informovaný souhlas. Vylučovacími kritérii byly: (a) depresivní porucha; (b) suicidalita; (c) organická psychická porucha; (d) psychotická porucha v anamnéze; (e) abusívny návykových látek; (f) závažné tělesné onemocnění; (g) těhotenství nebo laktace. Vstupní kritéria byla potvrzena dvěma nezávislými posuzovateli. Diagnóza panické poruchy byla hodnocena pomocí MINI. Hodnocení závažnosti psychopatologie bylo hodnoceno pomocí posuzovacích stupnic BAI, BDI a CGI, míra disociace pomocí dotazníku DES. HRV bylo hodnoceno v ortostatickém experimentu ve třech polohách, ve kterých bylo pacientovi snímáno EEG vždy po dobu 5 minut (vleže, ve stoji, vleže). Ve spektrální analýze pomocí Fourierovy transformace byla HRV hodnocena ve třech pásmech (VLF = 0,0033–0,04 Hz odpovídající zejména sympatické a renin-angioten-aldosterovové ose; LF = 0,04–0,15 Hz odpovídající sympatické a baroreceptorové aktivitě; a HF = 0,15–0,40 Hz reprezentující aktivitu parasympatiky). K hodnocení byl použit mikropočítačový systém VarCorPF7. Výsledky spektrální analýzy byly logaritmicke transformovány k použití do statistické analýzy. Ke statistické analýze byla použita sloupcová statistika ke zjištění průměrů, mediánů a rozptylů, průměry hodnot v jednotlivých komponentách byly porovnány pomocí t-testů. Dále byly provedeny korelační analýzy a pomocí χ^2 nebo Fisherova přesného testu byla porovnávána kategorická data. Za významnou byla považována 5% hladina statistické významnosti. Studie byla přijata etickou komisí Fakultní nemocnice v Olomouci.

Výsledky

Klinická a demografická data: Do studie bylo přijato 31 pacientů s panickou poruchou (72,2% žen) s průměrným věkem $39,45 \pm 10,32$ let. Průměrný věk počátku nemoci byl $32,71 \pm 11,48$ let. Všichni pacienti užívali psychofarmaka (26 pacientů antidepresiva s průměrnou dávkou $23,27 \pm 8,83$ mg paroxetिनového equivalentu, 10 pacientů antipsychotika v dávce $1,87 \pm 1,99$ mg haloperidolového equivalentu a benzodiazepiny 10 pacientů s dávkou $11,5 \pm 6,7$ mg diazepamového equivalentu denně). Do studie také vstoupilo 20 zdravých kontrol

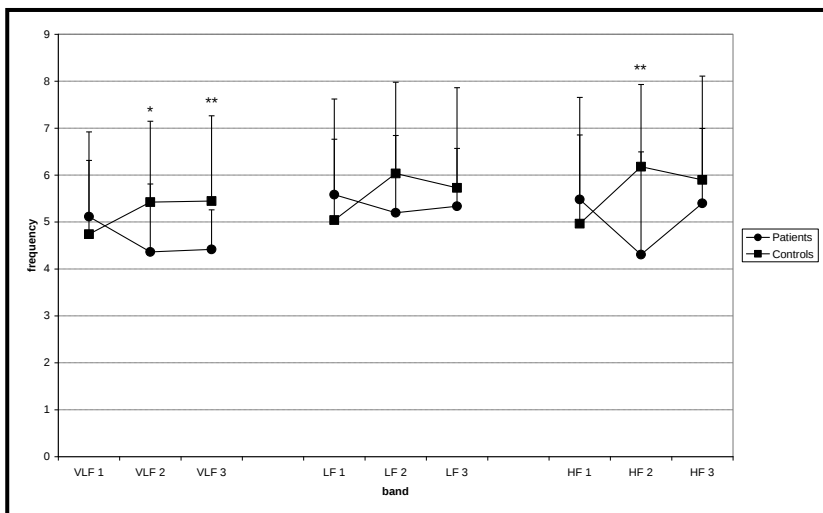
(76,2% žen) s průměrným věkem $35,33 \pm 12,11$ let). Mezi skupinami nebyl statistický významný rozdíl ve věku ani pohlaví.

Aktivita autonomního nervového systému: Statisticky významný rozdíl mezi HRV u pacientů s panickou poruchou a kontrolami byl zjištěn u VLF komponenty ve stoje a v následném lehu (2. a 3. pozice ortostatického testu) a ve stoje (2. pozice) a u HF komponenty ve stoje (2. pozice) (nepárový t-test) (viz. Obrázek 1). Rovněž významný byl rozdíl mezi oběma skupinami v poměru LF/HF (sympatikus / parasympatikus) (Tabulka 1)

Korelace mezi demografickými a klinickými daty a autonomním nervovým systémem: Nebyla zjištěna žádná korelace mezi věkem a parametry HRV u skupiny pacientů. Negativní korelace byla zjištěna mezi VLF v první a třetí poloze a u LF ve třetí poloze u zdravých kontrol. Statisticky významná korelace byla zjištěna také mezi věkem počátku panické poruchy a LF a HF ve druhé poloze. Dávky antidepressiv negativně korelovaly s LF ve všech třech polohách a s HF ve všech třech polohách a pozitivně s poměrem LF/HF v první a třetí poloze ortostatického experimentu. Mezi dávkami benzodiazepinů a antipsychotik a jednotlivými parametry HRV nebyla zjištěna významnější korelace.

Vztah mezi mírou disociace a HRV: Statisticky významná negativní korelace byla zjištěna mezi DES a LF v první poloze a HF v první a třetí poloze.

Obrázek 1: Změny ve VLF, LF, a HF komponentách během ortostatického testu u pacientů s panickou poruchou a zdravých kontrol



VLF= very low frequency band (0.0033–0.04 Hz); LF= low frequency band (0.04–0.15 Hz); HF= high frequency band (0.15–0.40 Hz); 1= supine 5 minutes; 2= standing 5 minutes; 3= supine 5 minutes, *unpair t-test: $p < 0.05$ ** unpair t-test $p < 0.05$

Tabulka 1: Poměr LF/HF u pacientů s panickou poruchou a u kontrol

	LF/HF-1	LF/HF-2	LF/HF-3
Pacienti	0,1016	0,8891	-0,06025
SD	0,922	1,157	0,7977
Kontroly	0,07679	-0,1453	-0,1699
SD	0,5597	0,5419	0,5673
Nepárový t-test:			
t, df	t=0.1079 df=49	"t=3.732 df=49"	t=0.5331 df=49
p- hodnota	0,9146	0,0005	0,5964

Závěr

V našem sledování jsme našli rozdíly mezi parametry HRV u pacientů s panickou poruchou a zdravých kontrol. Zdá se, že pacienti s panickou poruchou reagují na ortostatický experiment odlišně než zdravé kontroly; hlavní charakteristikou je pokles baroreceptorové aktivity a pokles komponenty spojených s aktivitou parasympatiku a zvýšený poměr mezi aktivitou sympatického a parasympatického systému. Hodnoty jednotlivých komponent jsou nižší u pacientů, u kterých panická porucha začala dříve v jejich životě a u těch, kteří užívají vyšší dávky antidepressivní medikace. Rovněž negativně korelují s mírou disociace. V tomto počtu pacientů je však obtížné odlišit, který z hodnocených parametrů (výše antidepressivní medikace, míra disociace) se nejvýznamněji podílí na poklesu HRV komponent. Bez hodnocení pacientů bez medikace je to nemožné rozhodnout.

Limitací studie je nízký počet sledovaných osob a to, že všichni pacienti užívali psychotropní medikaci, která může významně snižovat jednotlivé parametry HRV, přestože od ní očekáváme zlepšení psychického stavu. Další práce by se měla soustředit na pacienty s panickou poruchou, kteří žádná psychofarmaka neužívají.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NS 10301-3/2009

Literatura

Baker B, Khaykin Y, Devins G, Dorian P, Shapiro C, Newman D: Correlates of therapeutic response in panic disorder presenting with palpitations: Heart rate variability, sleep, and placebo effect. *Canadian J Psychiatry* 2003; 48(6): 381–387.

Esler M, Eikelis N, Schlaich M, Lambert G, Alvarenga M, Kaye D, El-Osta A, Guo L, Barton D, Pier C, Brencley C, Dawood T, Jennings G, Lambert E.. Human sympathetic nerve biology: parallel influences of stress and epigenetics in essential hypertension and panic disorder. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1148:338–348.

Yeragani VK, Pohl R, Berger R, Balon R, Ramesh C, Glitz D, Srinivasan K, Weinberg P. Decreased heart rate variability in panic disorder patients: A study of power-spectral analysis of heart rate. *Psychiatry Res.* 1993; 46: 89–103.

RIZIKO NEBEZPEČNOSTI U VYBRANÝCH SKUPIN DELIKVENTNÍ MLÁDEŽE

S. Fischer, I. Žukov, R. Ptáček, M. Slavík

Psychiatrická klinika 1. LF Univerzita Karlova; Pedagogická fakulta Univerzita J. E. Purkyně; Policejní akademie ČR; Česká republika

Summary

RISK FOR DANGEROUSNESS AT SELECTED GROUPS OF DELINQUENT YOUTH

The article deals with results of research studies realized in selected groups of delinquent youth. Relations between the factors that are crucial for forensic psychological and psychiatric practice in terms of efficiency of treatment with delinquent individuals were observed as part of these investigations. There were analyzed following questions: the risk for dangerousness, the level of sophistication and the treatment amenability and motivation in relation to the correction of delinquent behavior. Findings and results are applicable in the forensic psychology practice and for diagnostic and treatment to juvenile delinquents.

(Supported by GACR 406/09/0367)

Key Words: *Juvenile Delinquency; Tendencies to Violence and Aggressively; Risk for Dangerousness; Adaptation Disorders; Treatment Amenability*

Cíle

Otázka míry nebezpečnosti nositelů delikventního chování je velmi důležitým problémem forenzní psychologické a psychiatrické praxe. Posouzení míry nebezpečnosti má význam jak z hlediska intervence, tak zejména z hlediska terapie, zaměřené na korekci antisociálních forem chování do společensky akceptovatelné podoby. V období let 2009–2011 jsme realizovali několik výzkumných šetření u různých vybraných skupin delikventní mládeže. Charakteristiku těchto skupin blíže popisujeme dále u použitých metod.

V rámci výzkumných šetření byla jednak sledována a analyzována problematika biopsychosociálních příčin potíží výše popsanych osob se přijatelným způsobem adaptovat na požadavky společnosti, týkající se uplatnění a seberealizace. Dále byla také podrobena šetření a analýze otázka možností práce s delikventní mládeží. Konkrétně byly zkoumány, a vzájemně porovnávány, následující tři okruhy problémů:

Míra rizika nebezpečnosti, typický osobnostní rys delikventní subkultury. Posuzovací stupnice pro interview byla sycena strukturovanými dotazy, šetřícími míru tendence k násilí a agresivitě, plánovitost a rozsah trestné činnosti, a psychopatologické rysy osobnosti, sofistikovanost, úroveň morální vyspělosti. Posuzovací stupnice pro interview byla sycena strukturovanými dotazy, šetřícími

cími úroveň regulativů chování, schopnost rozumět normám, a schopnost pociťovat vinu a nést odpovědnost za své chování
Možnost léčby a motivace a ochota k léčbě. Posuzovací stupnice pro interview byla sycena strukturovanými dotazy, šetřícími míru psychopatologie chování, míru motivace a zájmu o změnu, porozumění problémům, a zájem o normální společenské vazby

Metody

Pro výzkum byla využita vlastní modifikace diagnostických nástrojů RSTI (Risk Sophistication Treatment Inventory) a HARE PCL (Hare Psychopathy Checklist). Jako nástroj pro šetření byl použit strukturovaný rozhovor. Strukturované dotazy sytící sledované osobnostní rysy byly konstruovány formou intervalové škály. Pro zjištění statisticky významných odlišností u sledovaných osobnostních rysů, byl využit Fisherův LSD test na hladině významnosti $\alpha=0,05$ (pro vícenásobnou komparaci).

Výzkum byl realizován u následných skupin respondentů ve věku 15 až 26 let: delikventní mládež v ústavní výchově (N=84); delikventní populace mladistvů a mladí (blízcí věku mladistvých) vězni (55); závislí na psychoaktivních nealkoholových látkách (N=48), a u kontrolní skupiny (N=100).

Výsledky

U všech sledovaných položek byly opakovaně zjištěny a potvrzeny statisticky významné odlišnosti mezi sledovanými skupinami delikventní mládeže a kontrolní skupinou. Statisticky významné odlišnosti pak byly zjištěny také mezi jednotlivými sledovanými skupinami delikventní mládeže. Nejvyšší míra rizika nebezpečnosti byla dle očekávání zjištěna u skupiny mladistvých a mladých vězňů. Ti se v míře rizika nebezpečnosti statisticky významně liší od dalších skupin delikventní mládeže. Rozborem jednotlivých položek byly pak největší odlišnosti pozorovány v psychopatologických osobnostních rysech. Totéž platí pro problematiku porozumění normám, schopnosti cítit vinu, a nést odpovědnost za své chování. Otázka možnosti léčby a motivace ke změně se více pozitivně (statisticky významně) projevuje u mládeže v ústavní výchově, a u mládeže se závislostním chováním (nealkoholové psychoaktivní látky).

Závěr

Míra rizika nebezpečnosti a úroveň morální vyspělosti a potřebných osobnostních předpokladů je z hlediska změny delikventního chování do společensky přijatelné formy jedním ze zásadních problémů forenzní psychologické praxe. U všech sledovaných skupin delikventní mládeže je z hlediska porovnání s jedinci z většinové populace značně vysoká. V případech vězňů můžeme usuzovat na vyšší zastoupení jedinců, v jejichž osobnostních rysech se projevuje zatvrzelost (Tough-Mindedness). Dále je zde zastoupen vyšší počet osob trpících specifickými poruchami osobnosti (zejména F60.2; F60.3). U jedinců

v ústavní výchově, a u osob zneužívajících psychoaktivní látky, jsou dominantními příčinami delikvence častěji sociální faktory (zejména patologické jevy v prostředí rodiny). To potvrzuje i zjištěná míra motivace k léčbě a nápravě společensky nepřijatelného chování.

V případě převažujících sociálních determinant delikvence můžeme hovořit o existující určité reálné možnosti dosáhnout korekce antisociálně zaměřeného chování do společensky akceptovatelné podoby. Platí to pro případ, kdy negativní zážitky v průběhu dětství a dospívání nevyústily v příznaky přetrvávající poruchy osobnosti (Fischer, Žukov, Ptáček, 2011). Bohužel, v případech, kdy je delikventní chování determinováno vrozenými biologickými a psychickými faktory, je perspektiva značně negativní. Zjištění a výsledky jsou využitelné pro forenzní psychologickou praxi. Použité metody jsou využitelné pro diagnostiku možností a perspektivy terapeutické práce s delikventní mládeží.

Podpořeno projektem GAČR 406/09/0367

Literatura

FISCHER, S., ŠKODA, J. Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada Publishing, 2009, ISBN 978-80-247-2781-3.

FISCHER, S., ŽUKOV, I., PTÁČEK, R. Enduring personality disorder by impact of negative events in childhood and adolescence. In. NEEDHAM, I. (ed.) *Violence in Clinical Psychiatry*. Amsterdam (Nederland): Kavanah Publisher, 2011, ISBN 978-90-5740-099-5.

GRISSE, T. ET AL. Mental health screening and assessment in juvenile justice. Guilford Press: New York, 2005.

HARE, S. D., COX, D. N, HARE, R.D. *Hare Psychopathy Checklist*. New York. 2003

SALEKIN, T. R. ET AL. *Risk Sophistication Treatment Inventory*. PAR Inc.: Lutz (FL), 2010.

fMRI U PACIENTŮ S PANICKOU PORUCHOU PŘED A PO KBT LÉČBĚ

A. Grambal^{1,2}, Z. Tüdös², T. Divéky¹, Z. Grambalová³, D. Kamarádová¹, K. Látalová¹, J. Praško¹, P. Hlušík³

¹Klinika psychiatrie, ²Radiologická klinika a ³Neurologická klinika, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

fMRI CHANGES IN PATIENTS WITH PANIC DISORDER BEFORE AND AFTER CBT TREATMENT

Aim: The aim of our study was to examine if CBT and medication change the activity of amygdala in patients suffering from panic disorder. **Method:** 22 patients were studied in fMRI during the exposition of threat-related words compared with neutral words and emotional faces (anxiety, surprise and neutral) compared with fixation points. Inpatients were treated with CBT (5 hours per week group CBT, 1 hour per week individual CBT) and existing pharmacotherapy (SSRI antidepressants) for 5 weeks. Patients were studied before and after CBT treatment. **Results:** Anxiety faces pre-treatment activity in right/left amygdala was 261 voxels / 88 voxels, post treatment activity was 212 vox / 68 vox. Neutral faces pre-treatment activity right/left amygdala was 592 vox / 224 vox, post treatment activity was 105 vox / 154 vox. Psychopathology rating scales showed decrease – BAI mean pre/post treatment was 39/30, BDI mean pre/post treatment was 26/18, PDSS mean pre/post treatment was 14/9 and CGI mean pre/post was 6/5. **Conclusion:** The scores of psychopathology rating scales decreased in patient treated with CBT and medication. Post treatment activity of amygdala showed decrease
Key words: Panic disorder, treatment effect, CBT, fMRI

Cíle

Cílem naší studie bylo zjistit změny aktivity amygdaly na fMRI po stimulaci emočními tvářemi nebo slovy před léčbou a po léčbě KBT a medikací.

Metody

Do studie bylo zařazeno 22 pacientů trpících panickou poruchou/agorafobií, doporučených na Kliniku psychiatrie FN v Olomouci, byli léčeni kombinací stávající antidepresivní terapie SSRI (pokud byli léčeni také benzodiazepinovými anxiolytiky, byly jim postupně vysazeny) a skupinové kognitivně behaviorální terapie (KBT). Za hospitalizace byli léčeni KBT skupinovou (5 hodin týdně) a KBT individuální (1 hodina týdně) po dobu 5-ti týdnů, nebo ambulantně 2 hodiny týdně skupinově, specificky pro panickou poruchu po dobu 8 týdnů. Počet pacientů hospitalizovaných a ambulantních byl v poměru 1/3. Pacienti byli pomocí fMRI vyšetřeni před zahájením léčby a po léčbě. V průběhu vyšetření fMRI byli pacienti vystaveni akustické stimulaci slovy a vizuální stimulaci emočními tvářemi. Míra psychopatologie byla hodnocena na počátku, v průběhu a na konci stupnicemi pro míru deprese (BDI), úzkosti (BAI) a celkového klinického dojmu (CGI). Byla srovnána aktivita amygdaly před léčbou a po léčbě s klinickými stupnicemi.

Pacienti pro zařazení do studie splňovali následující vstupní kritéria: (a) výzkumná MKN-10 kritéria pro panickou poruchu, diagnóza byla potvrzena pomocí interview MINI (b) věk 18–65 let; (c) obě pohlaví; (d) podepsání infor-

movaného souhlasu se studií. Vylučující kritéria: (a) depresivní epizoda (pacient splňuje kritéria pro depresivní epizodu) (b) vyšší riziko suicidality; (c) organická psychická porucha; (d) psychotické onemocnění v anamnéze; (e) závislost na návykových látkách; (f) závažné tělesné onemocnění; (g) užívání nepředepsané medikace; (h) těhotenství nebo laktace; (i) epilepsie či patologické EEG; (j) nespolupracující pacient; (k) disociální porucha osobnosti. Vstupní kritéria byla potvrzena dvěma nezávislými posuzovateli.

Oblast zájmu byla dle hypotézy (reaktivita amygdaly souvisí s tíží příznaků u panické poruchy) omezena na amygdalu (ROI analýzy – Region Of Interest). Srovnávána byla aktivita před léčbou a po léčbě – zjišťován byl rozdíl aktivity. Pro stimulaci byly užity úzkostné, překvapené a neutrální tváře srovnávané s fixačními body, dále zúzkostňující slova srovnávané s neutrálními slovy. K analýze dat byl použit software FSL 5.9.8, k hodnocení oblasti zájmu FSL view 3.1.8.

Výsledky

Celkem bylo pomocí fMRI vyšetřeno 22 pacientů a provedeno 40 měření (před léčbou, po léčbě, nebo kompletní). 4 pacienti se nedostavili k druhému vyšetření z důvodu nedostatečné motivace, u dvou pacientů došlo k poškození výsledků hodnotících stupnic a u 3 pacientů byla fMRI data částečně poškozena. Kompletní data včetně vyšetření pomocí fMRI před léčbou a po terapii byla získána u 14 pacientů. Na základě poklesu v hodnotící stupnici úzkosti BDI (Beck Anxiety Inventory) o 25% mezi zahájením a ukončením léčby byli pacienti rozděleni na respondéry (8 pacientů) a nonrespondéry (6 pacientů). Pacienti s úplnými daty byli testováni na změnu aktivity amygdaly v průběhu terapie ve dvou skupinách – odpovídající a neodpovídající na léčbu. Průměrný věk respondérů byl $30,8 \pm 7,2$ let, z 82 % ženy (9/11), věk nonrespondérů byl průměrně $41,7 \pm 13,4$ let, ženy tvořily 57% vyšetřených. BAI pacientů reagujících na léčbu před zahájením terapie bylo $26,6 \pm 10,5$ a po léčbě $12,3 \pm 7,9$ a nonrespondérů před léčbou $26,7 \pm 5,8$ a po léčbě $28,9 \pm 10,8$. V první skupině byla jedna žena s preferencí levé ruky, ve druhé muž, zbývající pacienti hodnotili jako dominantní pravou ruku. U respondérů došlo po léčbě k poklesu aktivity v pravé amygdale, k nejvýraznější změně došlo při expozici překvapeným tvářím. Menší, srovnatelná změna byla nalezena u úzkostných a neutrálních tváří, nejmenší pak u slov. Nižší, mezi jednotlivými tvářemi a slovy srovnatelný pokles byl v oblasti levé amygdaly (Obr. 1). U nonrespondérů došlo k výrazně nižšímu poklesu aktivity v oblasti pravé amygdaly, v případě úzkostných a neutrálních emočních tváří ke změně nedošlo. Snížení aktivity, ale výrazně nižší, bylo pouze u tváří překvapených, výrazněji pak u slov (Obr. 2). Celkově lze říci, že u pacientů odpovídajících na terapii došlo k výraznějšímu, diferencovanému snížení aktivity pravostranné amygdaly a k méně výraznému a mezi jednotlivými typy stimulace obdobnému snížení aktivity levé amygdaly. Výsledky svědčí pro roli pravostranné amygdaly v patologické reakci na emoční

podněty. Dále pro snížení aktivity amygdaly u pacientů odpovídajících na terapii a pro stabilní reaktivitu na emoční tváře u pacientů neodpovídajících na terapii.

Závěr

Všechny typy emočních tváří a zúzkostňující slova amygdaly aktivovaly. Výraznější aktivita byla v oblasti pravé amygdaly ve srovnání s levou. Po léčbě došlo k poklesu aktivity v amygdalách bilaterálně, výrazněji vpravo. KBT u pacientů s panickou poruchou vedla k poklesu aktivity amygdaly při stimulaci emočními tvářemi a slovy. Snížení aktivity odpovídalo snížení míry psychopatologie a svědčí pro normalizaci reaktivity úzkostných okruhů mozku.

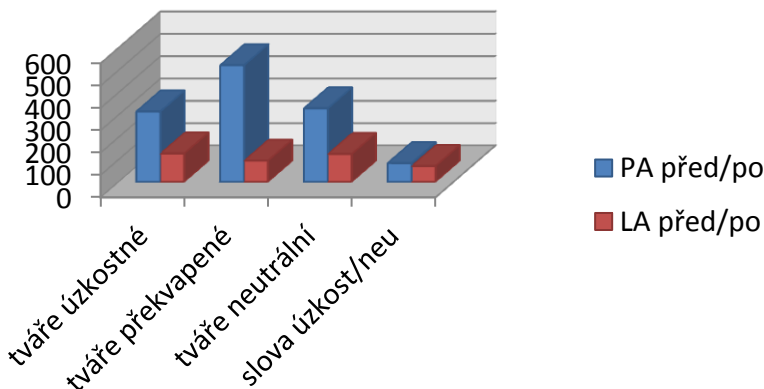
Podpořeno grantem IGA MZ CR NS 10301-3/2009

Literatura

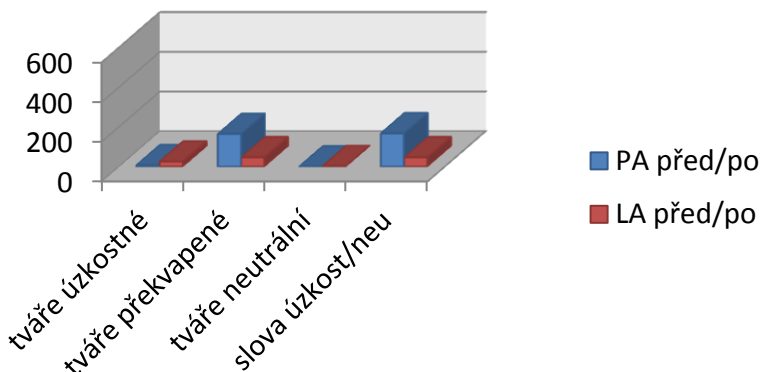
Bandelow B, Behnke K, Lenoir S, et al. Sertraline vs. paroxetine in the treatment of panic disorder: results of an acute, double-blind non-inferiority comparison. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:405–413.

Richard J. et al. Brain regions showing increased activation by threat-related words in panic disorder, *Neuroreport* Vol 14 No 3 March 2003

Donegan NH et al. Amygdala Hyperreactivity in Borderline Personality Disorder: Implications for Emotional Dysregulation, *Biological Psychiatry* 54:1284–1293 2003



Obr. 1: Pacienti reagující na terapii (pokles BAI po léčbě o minimálně 25%), rozdíl aktivity amygdaly před a po terapii ve voxlech, PA – pravá amygdala, LA – levá amygdala



Obr. 2: Pacienti nereagující na terapii (pokles BAI po léčbě o méně než 25%), rozdíl aktivity amygdaly před a po terapii ve voxlech, PA – pravá amygdala, LA – levá amygdala

ROZDÍLY V DIAGNOSTICKÝCH POSTUPECH A LÉČBĚ NEMOCNÝCH NA PSYCHIATRICKÉ KLINICE 1. LF UK A VFN V PRAZE A V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ DROMOKAITEIO V ATÉNÁCH

D. Hadjipapanicolaou, I. Žukov, P. Kozelek

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

Summary

THE DIFFERENCES IN DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC PROCEDURES BETWEEN THE PSYCHIATRIC CLINIC OF THE 1ST MEDICAL FACULTY, CHARLES UNIVERSITY AND GTH IN PRAGUE AND PSYCHIATRIC HOSPITAL DROMOKAITEIO IN ATHENS

Having in mind the differences of the financial situation of the hospitals and the different culture background of both countries, we can find some differences in the procedures of diagnosis and therapy concerning the two hospitals. The Psychiatric hospital Dromokaiteio was established in 1889. Nowadays, is consisted of 11 departments and has 340 beds capacity. In 2010 there were hospitalized 1906 patients. The Psychiatric clinic GTH was built during 1840–1844. Nowadays, it has 130 beds capacity and it is consisted of 7 departments. Every year there are hospitalized about 1350 patients.

In Greece, involuntary psychiatric examination of the patients is held by two specialized psychiatrists. In both hospitals an aggressive patient can be restrained on the bed by special straps and only after the doctor's decision.

Isolation rooms with cameras for monitoring of the high risk patients are not used in Greece. The pharmacological treatment is almost the same in both hospitals. In GTH, the ECT as well as the rTMS are used regularly as a way of effective treatment. In Dromokaiteio, the ECT and rTMS are not used and no one of the young psychiatrists has the appropriate knowledge to use them. Despite of the differences in diagnostic and therapeutic procedures between these both hospitals the attitude of the doctors toward the patients and toward the mental problems are the same.

Key Words: Dromokaiteio hospital, Psychiatric clinic Prague, history, operating differences, biological treatment, involuntary hospitalization, diagnostics

S ohledem na rozdílnou ekonomickou situaci nemocnic, systém zdravotního pojištění, historické vlivy rozdílných psychiatrických škol a rozdílné kulturní pozadí, lze najít některé odlišnosti v diagnostických a léčebných postupech v obou uvedených zařízeních.

V byzantském období a v době turecké okupace se byla v Řecku péče o duševně choré v kompetencích policie a klášterů. První zákony regulující péči o tyto pacienty vznikly v roce 1862 a následovaly francouzskou legislativu z roku 1858. První ústav pro choromyslné byl založen v roce 1914 a v ředitelské funkci ho vedl policejní důstojník. V následujících letech vznikala pak další zařízení. V tomto období byla kapacita těchto zařízení v Řecku nedostatečná, ústavy byly pacienty přeplněny, ústavy trpěly také nedostatkem ošetřujícího personálu a léčba byla zaměřena pouze psychofarmakologicky. V roce 1904 se lékaři začali v oboru psychiatrie školit a atestovat, ačkoliv byla psychiatrie díky Prof. Katsarasovi součástí pregraduálního studia již od roku 1904. Do roku 1955 pak nebyl obor neurologie a psychiatrie řeckým státem oficiálně uznáván. Se vznikem řeckého národního zdravotního systému v roce 1983 a za pomoci financování Evropské unie došlo teprve k rozsáhlým změnám v péči o psychiatrické pacienty.

Psychiatrická léčebna Dromokaiteio byla založena v roce 1889, nicméně zpočátku nešlo o veřejné zařízení. Jeho vznik finančně podpořil zámožný obchodník Dromokaitis, jehož manželka trpěla duševní chorobou. Jeho jméno také nese ústav doposud.

V současnosti má tento ústav 11 oddělení s celkovou kapacitou 340 lůžek. Jedno oddělení je vyhrazeno pro velmi krátké pobyty (do 1 měsíce) a má 36 lůžek. Na toto akutní oddělení jsou většinou pacienti přijímáni nedobrovolně a po měsíci jsou překládáni na další oddělení. Dále je zde 5 oddělení pro krátké pobyty (do 3 měsíců) s kapacitou 130 lůžek. Pro dlouhodobou péči jsou vyhrazena 2 oddělení, jedno mužské a jedno ženské. Najdeme zde také gerontopsychiatrické oddělení s kapacitou 40 lůžek, které je zároveň jediným gerontopsychiatrickým pracovištěm v Řecku. V léčebně je také jeden stacionář pro dospělé pacienty a jedno interně-neurologické oddělení s 20 lůžky. Všechna oddě-

lení, včetně akutního pro velmi krátké pobyty, jsou otevřená. Pacienti mohou oddělení opustit a vydat se do přilehlé zahrady, nemohou však opustit areál ústavu bez lékařem vystavené propustky.

Léčebna slouží dva dny v týdnu pro nedobrovolná vyšetření a přijetí nemocných a zbytek týdne pak pro dobrovolné příjmy. V roce 2010 bylo v Dromokaitiu hospitalizováno 1906 pacientů. Slouží zde 44 lékařů, z nichž je 24 v odborné přípravě.

Historie psychiatrické péče v Praze začala v roce 1783 s nástupem Josefa II., který založil ústav pro duševně nemocné kněze připojený k Nemocnici Milosrdných bratří. Později v roce 1789 byla v nově vzniklé nemocnici na Karlově vyčleněna jedna budova pro péči o duševně nemocné seniory. Císař Josef II. založil také v roce 1870 Všeobecnou nemocnici na Karlově náměstí, která dostala později statut fakultní. V roce 1826 byl vybrán jako kapacitně lépe pro péči o duševně choré vyhovující Augustiánský klášter Sv. Kateřiny a jako ústav se stal autonomním v roce 1829. Prvním vedoucím lékařem se stal Prof. Karel Damian Schroff, stoupenec terapeutických postupů Philippa Pinela.

V pozdějších letech (1832–1836) vedl již kliniku Dr. Rilke následován v dalších 15 letech Dr. Riedelem, který započal s výukou psychiatrie a obor se tak osamostatnil v rámci akademického studia medicíny. Tehdy měla Nemocnice Sv. Kateřiny na tehdejší poměry nedostačující kapacitu kolem 200 lůžek. Proto začal Dr. Riedel v roce 1837 připravovat plány na vznik zcela nového ústavu. Tento byl zbudován v letech 1840–1844 a otevřen jako tzv. Nový dům, který do dnešních dnů zůstává hlavní budovou Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN. Pracovala zde řada známých psychiatrů, kromě Prof. Riedela zakladatele psychiatrie jako samostatného oboru studia medicíny i Prof. Pick, který popsal jeden z typů fronto-temporálních demencí, Prof. Janský, objevitel čtvrté krevní skupiny AB, Doc. Roubíček, který zavedl EEG vyšetřování nemocných v Československu nebo Doc. Freund, který zavedl falopletysmografické vyšetření do sexodiagnostiky.

V současnosti má Psychiatrická klinika v Praze kapacitu 130 lůžek a je zde každý rok na 7 odděleních hospitalizováno v průměru 1350 nemocných. Klinika má jedno uzavřené příjmové oddělení pro ženy (16 lůžek) a jedno pro muže (33 lůžek), uzavřené gerontopsychiatrické oddělení s 24 lůžky, oddělení pro poruchy příjmu potravy (16 lůžek), uzavřené koedukované doléčovací oddělení (30 lůžek) a dále pak tři stacionáře (pro PPP, pro dospělé pacienty a pro adolescenty). K dispozici nejsou oddělení následné péče, která je realizována v Psychiatrické léčebně Bohnice, maximální délka pobytu je 56 dní.

Klinika slouží k dobrovolným i nedobrovolným příjmům a vyšetření nemocných po celý týden.

V Řecku je nedobrovolné vyšetření a přijetí nemocného vedeno dvěma atestovanými psychiatry. Do 48 hodin od vstupu musí být písemně uvědomena prokuratura. Pokud prokurátor rozhodne o zadržení pacienta v ústavu, musí toto do tří dnů potvrdit příslušný soud. V České republice může o nedobrovolném

přijetí pacienta rozhodnout pouze jeden lékař a jeho odborná způsobilost v oboru není podmínkou.

Agresivní nemocný může být fyzicky omezen pouze v lůžku, pokud lékař rozhodne, že je nebezpečný sobě či svému okolí. K omezení se užívají speciální kurty a to pouze na základě písemného rozhodnutí lékaře. Během dne musí službu konající lékař sepsat zprávu o tělesném a psychickém stavu omezeného pacienta. V Řecku se neužívají prostory terapeutické izolace nemocného s monitorovacím kamerovým systémem převážně z důvodu negativního postoje menšiny personálu, který je přesvědčen, že monitorování pacienta je proti lidským právům. Zdravotnická dokumentace není vedena elektronicky.

Na Psychiatrické klinice je elektronický systém využíván k vedení dekurzu a preskripci medikamentů. U vysoce rizikových neklidných nemocných je také využívána terapeutická izolace vybavená kamerovým monitoringem.

Do 24 hodin od přijetí musí nemocní v Dromokaiteio podstoupit RTG vyšetření hrudníku, laboratorní vyšetření krve a EKG. Ve VFN nejsou tato vyšetření prováděna povinně u všech nemocných.

Farmakologická léčba je v obou zařízeních s výjimkou parenterálního podávání antidepresiv, které se v Řecku neužívá, takřka stejná. Kvůli špatné ekonomické situaci Řecku jsou poslední rok v Dromokaiteio ordinována výhradně generika. O typu léků, které se mohou užívat, rozhoduje nemocniční lékárna v závislosti na rozpočtu. Medikamentózní léčba souvisí více se syndromologickou diagnostikou, na kterou je v Řecku kladem výrazně větší důraz.

V nefarmakologické léčbě lze nalézt výraznější rozdíly. Ve VFN je elektrokonvulzivní léčba využívána systematicky a pravidelně jako efektivní způsob léčby nejzávažnějších psychických poruch. V Dromokaiteio se ECT nevyužívá a nikdo z mladých lékařů nemá k její aplikaci odpovídající znalosti a školení. Negativní postoj k elektroléčbě je v Řecku spojen primárně se sociální stigmatizací metody, která je považována za brutální a překonanou. Tento postoj zastává nejen nelékařský personál, ale také někteří lékaři a velké množství pacientů. Také další stimulační metoda, rTMS, která je ve VFN využívána, v Řecku užívána není a lékaři o tomto způsobu léčby nejsou ani dostatečně informováni.

Náklady na léčbu a hospitalizaci jsou v Řecku plně hrazeny ze zdravotního pojištění pacienta, v České republice musí nemocný platit navíc tzv. regulační poplatky za vyšetření, pobyt v nemocnici a recept.

Za povšimnutí stojí také rozdíly v odborné přípravě mladých lékařů v obou zařízeních. Lékař v přípravě na atestaci nesmí v Řecku pečovat o vlastní pacienty a nesmí také preskribovat medikaci bez svolení vedoucího lékaře. V České republice může mladý lékař nemocné vyšetřovat i léčit, svůj postup pak konzultuje se školitelem.

I přes některé rozdíly v diagnostice a léčbě mezi výše uvedenými psychiatrickými zařízeními, je přístup lékařů k nemocným a psychickým poruchám stejný.

Literatura

1. Missouridou E.: The psychiatric hospital of Attica and the history of Psychiatric Nursing in Greece, General article, Nosileftiki 2008, 47(3), S 294–303.
2. Bobíková L. et al.: The Story of the Clinic and the Heroes of the Story, In The Guestbook: The Story Of The Psychiatric Ward In Prague With Portraits Of Famous People, Gasset Publishing House, Praha, 2007, ISBN: 978-80-903682-7-9, S 8–29.

Klíčová slova: léčebna Dromokaiteio, Psychiatrická klinika Praha, historie, provozní rozdíly, biologická léčba, nedobrovolná hospitalizace, diagnostika

DELIRIUM NA CHIRURGICKÉ JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE

R. Horáček¹, J. Praško², B. Mainerová², T. Grosmanová¹, L. Blahut¹, M. Horáková¹, K. Látalová², D. Kamarádová², A. Grambal²

¹Chirurgická klinika, Oddělení centrální intenzivní péče a ²Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

DELIRIUM IN SURGERY INTENSIVE UNIT

Background: We need to identify modifiable risk factors for prolongation of delirium in the surgery intensive unit (SICU), such as other somatic illnesses, electrolyte dysbalance, blood account, hypotension, causes of delirium, type of delirium etc. **Methods:** There was a prospective cohort study in setting of 12 bed surgery intensive care unit in university hospital. Patients were 140 consecutive delirious patients of age 68.21 ± 12.07 . The main outcome measure was duration of SICU delirium. Patients were assessed daily for delirium with a validated chart review method at least 6 times a day. They were evaluated by Riker SAS score. Some of the somatic parameters was measured continually – blood pressure (IBP), heart rate, respiratory rate, peripheral blood oxygen saturation. Other parameters such as body temperature were monitored every 1–4 hours. The laboratory blood tests were taken every day. **Results:** Delirium occurred in 140 of 5642 patients (2.48 %). There was the median duration of SICU delirium 48 hours with a range of 12–240 hours. Statistical analysis shows that hyperactive subtype of delirium and treatment with antipsychotics was associated with increased delirium duration.

Delirium je klinický syndrom, který je projevem akutní, etiologicky nespecifické globální dysfunkce mozku. Etiologicky se jedná o organické poškození mozku, i když tyto změny a mechanismy nejsou zcela známy. Projevuje se řadou

psychických a behaviorálních příznaků. Delirium může vzniknout u každého závažného somatického onemocnění a je nejčastější psychickou komplikací na somatických odděleních, především na jednotkách intenzivní péče.

Delirium vzniká generalizovanou redukcí oxidačních pochodů a neurotransmitterovou dysbalancí v mozku. Jeho přesná etiopatogeneze není uspokojivě vysvětlena. Předpokládané patofyziologické mechanismy zahrnují: narušení uvolňování nebo tvorby chemické energie nutné pro metabolismus mozku; defekt syntézy, blokády nebo imbalance určitých neurotransmitérů; porucha průchodu iontů excitabilní neuronální membránou; závažné změny ve vnitřním prostředí, v koncentraci iontů a obsahu vody, osmolaritě a pH; přítomnost falešných neurotransmitérů; narušená syntéza makromolekul nutných pro obnovu strukturálních a funkčních částí neuronů. Zhoršení mozkového oxidačního metabolismu vede ke snížené syntéze neurotransmitérů zvláště acetylcholinu. Cholinergní deficit je nejdůležitější pro vznik deliria, protože acetylcholin je nezbytným pro normální kognitivní funkce, pozornost a normální cyklus spánku a bdění. S věkem související snížení funkce acetylcholinového systému zvyšuje pravděpodobnost vzniku deliria. K dalším předpokládaným patogenetickým faktorům patří hyperkortizolémie, hyperfunkce dopaminergního a beta-endorfinového systému, zvýšení centrální noradrenergní aktivity a poškození intraneuronálních enzymatických systémů. Lze předpokládat i určitou roli glutamátu a neuropeptidů. Selektivní ztráta některých neuronálních populací v ascendentním retikulárním aktivačním systému CNS (zvláště ve frontálním kortexu, hippocampu a locus coeruleus) a snížení funkce acetylcholinového systému jsou zodpovědné za zvýšené riziko vzniku deliria u starých osob.

Cíle

Cílem naší studie bylo zjistit rizikové faktory, které souvisí s délkou deliria na jednotce intenzivní chirurgické péče. Jako proměnné jsme sledovali demografické faktory (věk, pohlaví), primární somatické onemocnění, dávky léků a laboratorní faktory, jako jsou hladiny elektrolytů, albuminu, celkové bílkoviny, krevní obraz, krevní tlak a další.

Metody

Jde o kohortovou studii na 12 lůžkové jednotce intenzivní chirurgické péče Fakultní nemocnice Olomouc, kam se dostávají pacienti po operačním zákroku. Do studie byli zařazeni pacienti, u kterých se na jednotce intenzivní chirurgické péče rozvinulo pooperační delirium tak, jak přicházeli za sebou v období dvou let. Pacienti byli léčeni standardními metodami podle somatického stavu, jako je úprava dysbalance iontů, podávání antibiotik u infekčních febrilních stavů, tišení bolesti apod. delirium bylo zvládáno zpravidla pomocí antipsychotik v případě nealkoholické etiologie, nebo benzodiazepinů či clomethiazolu v případě deliria tremens. Hlavním sledovaným kritériem byla délka deliria,

jehož přítomnost byla hodnocena každé 4 hodiny pomocí hodnotící stupnice, která strukturuje oblasti, na které se má zacvičená zdravotní sestra ptát a které má sledovat, jako jsou jednotlivé složky orientace, psychomotorické tempo, neklid, agresivita. Pacienti byli hodnoceni pomocí Riker SAS skóre. Některé somatické parametry byly hodnoceny kontinuálně, jako je krevní tlak, pulz, dechová frekvence, periferní saturace krve kyslíkem. Další parametry, jako je tělesná teplota byly hodnocena jednou za 1–4 hodiny. Laboratorní testy (jako jsou hodnoty natria, kalía, chloridů, fosforu, urey, kreatininu, hematokritu, krevní obraz, CRP, celková bílkovina, albumin a laboratorní markery renální nebo hepatální dysfunkce) byly zjišťovány každý den.

Výsledky

Delirium se objevilo u 140 z 5642 pacientů (2,48%), kteří v období dvou let prošli jednotkou intenzivní chirurgické péče. Průměrný věk pacientů, u kterých se delirium rozvinulo, byl $68,21 \pm 12,07$ let. 71,4 % bylo mužů. Průměrné trvání deliria bylo 48 hodin s rozmezím od 12 do 240 hodin. Jeden pacient zemřel (tj. 0,71% souboru, měl 61 let, zemřel na respirační komplikace při deliriu tremens). Délka deliria se nelišila mezi muži a ženami. Statistická analýza ukázala, že hyperaktivní subtyp deliria trval významně déle než hypoaktivní subtyp. Také se ukázalo, že u pacientů léčených antipsychotiky trvalo delirium déle, nelze však ze získaných dat rozhodnout, zda to je proto, že delirium bylo závažnější, proto pacienti dostávali vyšší dávky antipsychotik, nebo proto, že podávání vyšších dávek antipsychotik vede k prodloužení deliria.

Závěr

Průměrná délka deliria, které se rozvine pooperačně na jednotce intenzivní chirurgické péče je 48 hodin. Hyperaktivní delirium trvá déle než delirium hypoaktivní. Pacienti léčení vyššími dávkami antipsychotik jsou zpravidla ve změněném stavu vědomí delší dobu.

Podpořeno projektem IGA MZ ČR NT 11047-4/2010

Literatura

Dubois MJ, Bergeron N, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. *Intensive Care Med.* 2001;27(8):1297–1304.

Ely EW, Stephens RK, Jackson JC, Thomason JW, Truman B, Gordon S, Dittus RS, Bernard GR. Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: a survey of 912 healthcare professionals. *Crit Care Med* 2004;32:106–112.

Gaudreau JD, Gagnon P, Roy MA, Harel F, Tremblay A. Association between psychoactive medications and delirium in hospitalized patients: a critical review. *Psychosomatics* 2005; 46:302–316.

ZMĚNY ENERGETICKÉHO METABOLISMU BUŇKY VLIVEM PSYCHOFARMAK A PSYCHIATRICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

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

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

Summary

CHANGES OF CELLULAR ENERGY METABOLISM EFFECTED BY PSYCHOTROPIC DRUGS AND BY PSYCHIATRIC DISORDERS

Mitochondrial dysfunctions are concerned in a range of diseases, neurodegenerative and psychiatric disorders included. We examined *in vitro* effects of pharmacologically different antidepressants and mood stabilizers on both mitochondrial enzyme activities (citrate synthase, and complexes of electron transport chain) and cellular respiration. Enzyme activities were measured spectrophotometrically, kinetics of oxygen consumption by mitochondria was measured electrochemically.

Results demonstrated increased activity of citrate synthase, significantly decreased activities of respiratory electron transport chain complexes I and IV. Changes of respiratory rate were observed only by antidepressants in higher concentrations.

Based on this, we tested selected mitochondrial functions in blood platelets of patients in depressive episode, patients after long-term treatment, and healthy controls. Decreased activities of complex I and complex II of electron transport chain were observed, and decrease in capacity of cellular respiration in intact blood platelets was detected.

Significant changes were observed both in effects of psychopharmaca on isolated mitochondria and in intact platelets of depressive patients. We can conclude that changes of mitochondrial function participate in the pathophysiology of depression and contribute to therapeutic and/or adverse effects of antidepressants and mood stabilizers.

Key words: mood stabilizers; antidepressants; depression; oxidative phosphorylation; high resolution respirometry

Cíle

Narušená funkce mitochondrií vede k poškození neuronů a může souviset se vznikem poruch nálady. Předpokládáme, že energetický metabolismus buňky se podílí na patofyziologii poruch nálady a na terapeutických nebo vedlejších účincích antidepresiv (Stork and Renshaw, 2005; Fišar and Hroudová, 2010). Cílem naší práce bylo zjistit, které mitochondriální funkce jsou ovlivněny v *in vitro* experimentech (Hroudová and Fišar, 2010). Následně jsme sledovali vybrané parametry v krevních elementech u pacientů v době deprese, ve stavu remise a u zdravých kontrol. Snahou studie je navrhnout parametry, které by

byly vhodné pro předpověď účinnosti léčby psychofarmaky nebo pro kvantifikaci tíže deprese.

Metody

In vitro účinky farmakologicky odlišných antidepresiv a stabilizátorů nálady na energetický metabolismus byly studovány v mitochondriích izolovaných ze zvířecích mozků. Aktivita enzymů citrátového cyklu a komplexů elektronového transportního řetězce byly měřeny spektrofotometricky. Aktivita systému oxidační fosforylace byla měřena elektrochemicky (pomocí oxygrafu s Clarkovými elektrodami).

Do preklinické studie byli zařazeni depresivní pacienti; tíže jejich deprese byla ohodnocena pomocí Hamiltonovy škály deprese (HRSD-21). Kontrolní skupina byla tvořena zdravými dobrovolníky. Změny buněčného dýchání byly měřeny v krevních destičkách pacientů v depresivní epizodě, ve stavu remise (či částečné remise) a porovnávány se zdravými kontrolami. Byl hodnocen respirační kontrolní poměr (flux control ratio, FCR) a rychlost spotřeby kyslíku. Respirometrie s vysokým rozlišením byla použita s intaktními i permeabilizovanými buňkami (v přítomnosti substrátů a inhibitorů OXPHOS).

Vzorky byly porovnávány s kontrolami, statistická významnost byla hodnocena pomocí Wilcoxonova párového testu nebo Mannova-Whitneyova U testu.

Výsledky

Všechny testované látky zvyšovaly nebo neovlivňovaly aktivitu citrátsyntázy. Protikladem byla snížená aktivita komplexů elektronového transportního řetězce, nejvýraznější u komplexů I a IV.

Respirační rychlost mitochondrií byla studovanými antidepresivy při vyšších koncentracích inhibována, stabilizátory nálady ji téměř neovlivnily.

V krevních destičkách u pacientů v depresi byla zjištěna snížená aktivita citrátsyntázy před léčbou, ale nikoli po úspěšné farmakoterapii. Aktivita komplexu I byla významně snížena a zvyšovala se spolu se zlepšením klinického stavu. Aktivita komplexu II byla snížena jak před, tak po léčbě. Aktivita komplexu IV byla nižší u nonrespondérů. Předběžná data ukazují, že fyziologická respirace v destičkách depresivních pacientů není odlišná od kontrol; k jejímu snížení ale dochází po léčbě antidepresivy. Maximální kapacita respiračního systému byla snížena u depresivních pacientů před i po léčbě antidepresivy. Poměr fyziologické respirace k maximální kapacitě respirace byl významně zvýšen před léčbou antidepresivy.

Závěry

In vitro účinky antidepresiv a stabilizátorů nálady zahrnují výrazné změny mitochondriální funkcí, které mohou přispívat k terapeutickým a/nebo vedlejším účinkům antidepresiv a stabilizátorů nálady.

Depresivní porucha před započítím léčby měla významný vliv na aktivitu citrátsyntázy, komplexu I a respiračního poměru v intaktních destičkách; léčba vedla k normalizaci těchto parametrů. Oproti tomu léčba neměla vliv na snížení aktivity komplexu II a vedla ke snížení fyziologické respirace intaktních destiček.

Předpokládáme, že změny v aktivitě citrátsyntázy, komplexu I, II a IV elektronového transportního řetězce a v respirační rychlosti se podílejí na patofyziologii deprese nebo účincích antidepresiv. Navrhnuté parametry by mohly sloužit jako markery tohoto onemocnění.

Podpořeno grantem GA UK č. 41310 a výzkumným záměrem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy MSM0021620849.

Literatura

Hroudova J, Fisar Z. Activities of respiratory chain complexes and citrate synthase influenced by pharmacologically different antidepressants and mood stabilizers. *Neuro Endocrinol Lett.* 2010; 31(3): 336–42.

Stork C, Renshaw PF. Mitochondrial dysfunction in bipolar disorder: evidence from magnetic resonance spectroscopy research. *Mol Psychiatry.* 2005; 10(10): 900–919.

Fišar Z, Hroudová J. Intracellular signalling pathways and mood disorders. *Folia Biol (Praha).* 2010; 56(4): 135–48.

PSYCHOLOGICKÁ A PSYCHIATRICKÁ PÉČE O DĚTI S NESPECIFICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY

D. Jelenová, J. Praško

Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ASPECTS OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE IN CHILDREN

Inflammatory bowel disease (IBD) often leads to psychiatric sequelae. Medical records of all children with IBD hospitalized in University Hospital Olomouc were reviewed in the last 5 years. There were 183 children with IBD. 43 % children with Crohn's disease (out of 78 diagnosed children) and 45 % children with ulcerative colitis (out of 105 diagnosed children) received psychological or psychiatric care. Depression and anxiety symptoms were found to be common. Psychiatric medications (mostly antidepressants – SSRI, or antipsychotics) were prescribed to 16 % children with Crohn's disease and 10 % children with ulcerative colitis. In comparison with literature review,

the usual psychological/psychiatric care of children with IBD seems to be underestimated. Further research might be helpful with the vision of developing guidelines and screening tools with focus on psychosocial factors.

Key words: inflammatory bowel disease, Crohn's disease, ulcerative colitis, anxiety, depression

Úvod

Nespecifické střevní záněty (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida) podobně jako jiná chronická somatická onemocnění jsou provázeny psychickými obtížemi častěji než obecná populace. Úzkostné nebo depresivní příznaky vykazuje až třetina pacientů, přičemž úzkostné projevy jsou častější u nově diagnostikovaných, depresivní pak u chronických pacientů. Mezi další časté psychické obtíže patří psychická nezralost, závislost na rodičích, stažení se, nízké sebevědomí. Také některé osobnostní rysy se častěji pojí s onemocněním IBD. Psychosomatické faktory mají podpůrný vliv na průběh imunitních pochodů, psychický stres je stále považován za jeden z činitelů ovlivňujících četnost a tíži relapsů.

Cíle

Cílem naší práce bylo zmapovat četnost a obsah psychiatrických a psychologických intervencí u dětí hospitalizovaných na Pediatrické klinice Fakultní nemocnice Olomouc s diagnózou Crohnova choroba (CD) nebo ulcerózní kolitida (UC) v posledních 5 letech. Na podkladě těchto zjištění a srovnáním se závěry z aktuálních zahraničních publikací bychom chtěli zpracovat a navrhnout další směřování výzkumu.

Metody

S využitím databáze NIS Fakultní nemocnice Olomouc jsme prostudovali všechny záznamy dětí léčených na Dětské klinice pro CD nebo UC v období X/2007–X/2011. Zpracovali jsme údaje z psychologických a psychiatrických intervencí. V současné době probíhá screeningové vyšetření na anxieta a depresivitu u aktuálně hospitalizovaných dětí – psychopatologie je měřena pomocí dotazníků CDI (Sebeposuzovací škála depresivity u dětí – Children Depression Inventory) a CMAS (Škála zjevné úzkosti pro děti – Children's Manifest Anxiety Scale) a ŠAD (Škála na měření úzkosti a úzkostnosti u dětí). Provedli jsme rešerši využitím bibliografické databáze MEDLINE. Porovnali jsme publikovaná data z aktuálních publikací s běžnou praxí v našich nemocnicích.

Výsledky

Ve sledovaném období X/2007–X/2011 bylo celkem vyšetřeno 671 dětí ve věku do 18 let s pracovní dg. K50 nebo K51. U 183 dětí byla potvrzena diagnóza UC (78 dětí) nebo CD (105 dětí), jednalo se o děti ve věku 2–18 let.

Na podkladě doporučení ošetřujícího lékaře byla psychologická nebo psychiatrická intervence poskytnuta 45 dětem s diagnózou CD (43 % pacientů) a 35 dětem s UC (45 % dětí). V případě CD podstoupilo 42 % dětí psychologickou intervenci (v počtu 1–36, průměr 4, medián 2), u UC to bylo 44 % dětí (v počtu 1–53, průměr 11, medián 8). Nejčastěji se jednalo o psychologické vyšetření s podpůrnou psychoterapií (v polovině případů), příp. krizovou intervencí a ojediněle o systematickou psychoterapii. Psychiatrické vyšetření bylo provedeno u 10 % dětí s CD a 13 % dětí s UC. V průběhu sledování užívalo 16 % dětí s CD psychofarmaka, v medikaci převládaly antidepresiva (15x SSRI), atypická antipsychotika (1x) a atomoxetin (1x). Děti s UC byly léčeny psychofarmaky v 10 %, v medikaci taktéž převládaly antidepresiva (13x SSRI, 1x SNRI) a atypická antipsychotika (1x).

Psychologické intervence proběhly s určitým odstupem od termínu stanovení diagnózy (v případě Crohnovy choroby byl průměr 1,8 roku, medián 3 měsíce; u ulcerózní kolitidy průměr 1,5 roku, medián 7 měsíců). Nejčastějším závěrem psychologického vyšetření depresivní nebo subdepresivní prožívání a/nebo anxieta.

Závěr

Dětští pacienti s IBD mívají časté psychické obtíže, které mohou významně interferovat s compliancí, rizikem relapsů, celkové kvality života dětí i jejich rodin. Psychosomatickým faktorům je vhodné věnovat zvýšenou pozornost. Ve srovnání s údaji ve světě je naše psychotherapeutická i psychofarmakologická péče o děti s IBD podceňena. Vytvoření systematických postupů a screeningu s důrazem na psychosociální faktory by mohly přispět ke zvýšení kvality života dětí s IBD.

Klíčová slova: nespecifické střevní záněty, Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, úzkost, deprese

STIGMATIZACE PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ STUDENTY MEDICÍNY

D. Jelenová, A. Sandoval, P. Havlíková, J. Praško

Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

STIGMATIZATION OF PSYCHIATRIC PATIENTS BY MEDICAL STUDENTS

In the Czech Republic people with mental illness are still stigmatized in general population and also by healthcare workers. Medical students filled in 95 questionnaires. Psychiatric education (both school subject and reading book,

watching documentary) as well as personal involvement (family member, close friend) seemed to be associated with lower stigmatization score. Therefore, detailed analyses of educational domains that reinforce stigma will be the starting point for anti-stigma action.

Key words: *stigmatization, stereotype, mental illness, medical students*

Úvod

Duševní onemocnění představují v běžné populaci značné zastoupení, přesto lidé s nálepkou psychiatrický pacient patří v současnosti v ČR k vysoce stigmatizovaným. Strach z negativního značkování okolím prožívá až 90 % pacientů¹, přičemž největší starosti se týkají znehodnocování v práci, mezi přáteli, v rodině a ve zdravotnickém zařízení. K rozvoji stigmatizace přispívá nedostatek informací, které jsou mnohdy navíc v médiích interpretovány zavádějícím způsobem. Odborná veřejnost taktéž stigmatizuje. Dokonce některé studie popisují u mediků zvyšování stigmatizace po absolvování předmětu psychiatrie.²

Cíle

Naše pilotní studie si klade za cíl zmapovat postoje k psychiatrickým pacientům mezi studenty Všeobecného lékařství Univerzity Palackého v Olomouci. Zaměřovali jsme se na zjištění postojů k lidem s duševní poruchou a k psychiatrům. Zajímaly nás osobní zkušenosti studentů včetně filmů, literatury, dokumentů. Rozšíření tohoto výzkumu spolu s využitím zkušeností z aktuálních zahraničních destigmatizačních aktivit by mělo vést k nastínění možností, jak přispět k odstranění stigma.

Metody

Anonymně jsme oslovili studenty Všeobecného lékařství Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Dotazníky v tištěné podobě studenti vyplňovali během stáží na Klinice psychiatrie, odkaz na internetovou verzi byl rozeslán na společné emaily vybraných studentských ročníků. Papírovou formu dotazníků vyplnilo všech 53 studentů Všeobecného lékařství a Lékařské psychologie, kteří byli přítomni ve vybraných vyučovacích hodinách. Přes internet bylo doručeno 45 dotazníků – vyřazeny byly 2 dotazníky pro duplicitu a 1 dotazník studenta z jiného studijního oboru než Všeobecné lékařství. Celkem bylo zpracováno 95 dotazníků. Dotazník obsahuje 6 postojových otázek s desetibodovou škálou odpovědi od „určitě ne“ po „určitě ano“; 2 otevřené otázky určené k popisu charakteristiky psychiatrických pacientů a psychiatrů; a ostatní otázky se zaměřují na způsob utváření postoje, zkušenosti s psychiatrickými pacienty v osobním či studijním/pracovním životě přímou nebo nepřímou cestou (knihy, filmy, dokumenty).

Výsledky

Z celkového počtu 95 zpracovaných dotazníků převažovaly v 65 % ženy. Respondenti byli ve věku 21–27 let (průměr 23 let). Vyjmenovat několik duševních poruch dokázalo 98 % studentů. Známé osobnosti uvedlo 81 % studentů, nejčastěji P. Muka, I. Bartošovou a M. Kopeckého. 72 % studentů absolvovalo předmět s problematikou duševně nemocných. Osobní zkušenost s psychiatrickými pacienty při studiu nebo v práci má 45 % studentů. 74 % respondentů osobně zná někoho, kdo byl nebo je v péči psychiatra (člen rodiny nebo blízký kamarád/známý). Součet skóre na 6 postojoyých otázek (minimální stigmatizování odpovídá hodnotě 6, maximální 60) se pohyboval mezi 10 a 48 body, průměr 27, medián 28. Průměrné nižší skóre dosahovali studenti s osobní zkušeností s člověkem s duševním onemocněním (25 vs. 31 bodů u studentů bez zkušenosti), taktéž studenti, kteří absolvovali předmět věnující se psychiatrii nebo duševně nemocným (26 vs. 30 bodů) a rovněž studenti se zájmem o povolání psychiatra (23 vs. 28 bodů). Film s psychiatrickou tematikou zhlédlo 83 % respondentů (1/2 z nich viděla *Přelet nad Kukaččím hnízdem* a/nebo *Čistá duše*). 28 % respondentů uvedlo název knihy s psychiatrickou tematikou. 35 % zhlédlo dokumentární pořad. Studenti, kteří uvedli přečtenou knihu nebo zhlédnutý dokument věnující se duševně nemocnému skórovali průměrně níže oproti těm, kteří neuvedli knihu či dokument. Mezi studenty nebyl zaznamenaný rozdíl v souvislosti se zhlédnutím filmu.

Přítomnost psychiatra znejišťuje 22 % respondentů. Na druhou stranu 21 % respondentů kladně odpovědělo na otázku, zda chtějí být psychiatry.

Závěr

Osobní zkušenosti s psychiatrickými pacienty a formální či neformální vzdělávání je spojeno s nižší mírou stigmatizace. Klíčem k destigmatizaci jsou zdravotnická osvěta a výchova, poučení laické veřejnosti i odborníků. O destigmatizaci v řadách zdravotnického personálu lze usilovat profesionálním vzděláváním pregraduálního i postgraduálního typu.

Literatura

Adamcová K, Praško J, Raszka M. Oddálení léčby u pacientů s panickou poruchou. *Čes a slov Psychiatr* 2010;106(3): 145–149;

Totic S, Stojiljkovic D, Pavlovic Z, Zaric N, Zarkovic B, Malic L, Mihaljevic M, Jasovic-Gasic M, Maric NP. Stigmatization of 'psychiatric label' by medical and non-medical students. *Int J Soc Psychiatry*. 2011 Jun 30

Klíčová slova: stigmatizace, stereotyp, duševní onemocnění, studenti medicíny

ZVLÁDÁNÍ AKUTNÍHO NEKLIDU U NEDOBROVOLNĚ PŘIJATÝCH NEMOCNÝCH V ROCE 2011 A 2004–2006

L. Kališová, J. Vevera, A. Nawka, J. Raboch, skupina EUNOMIA

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

Summary

TREATMENT OF ACUTE AGITATION IN PATIENTS ADMITTED INVOLUNTARILY TO PSYCHIATRY IN 2011 AND 2004–2006.

This presentation brings detailed information about frequency and type of medication used for control of agitated and aggressive behavior in patients admitted involuntarily to acute psychiatric wards in 2011 and 2004–2006. Data concerning year 2011 were gathered retrospectively using computerised database of the Psychiatric Department of the General Faculty Hospital in Prague. Data monitoring the use of involuntary medication in 2004–2006 derives from the EUNOMIA international study dataset. We did not find major differences between two periods followed. Haloperidol and diazepam in i.m. application have been the most frequently used agents.

Key words: *involuntary medication, agitation, aggression*

Cíle

Cílem sdělení je poskytnout srovnání týkající se používání medikace na tlumení akutního neklidu a agresivního jednání u nedobrovolně přijatých nemocných v roce 2011 a v letech 2005–2006.

Metody

Data týkající se roku 2011 byla získána podrobným sledováním pacientů přijatých nedobrovolně na Psychiatrickou kliniku 1. LF UK a VFN.

Informace o těchto nemocných byly získány retrospektivně použitím počítačové dokumentace MEDEA 1.

Soubor nedobrovolně přijatých v letech 2004–2006 vychází z databáze vytvořené v rámci projektu EUNOMIA (*European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Practice*). U skupiny nedobrovolně přijatých nemocných, zařazených do této studie, jsme sledovali detailně používání omezovacích opatření včetně medikace bez souhlasu pacienta, která v naprosté většině případů znamenala podání léku za účelem tlumení akutního neklidu. Do projektu EUNOMIA byli zařazení nedobrovolně přijatí nemocní ze 2 akutních oddělení Psychiatrické kliniky a 2 akutních oddělení PL Bohnice (1).

Výsledky

V rámci projektu EUNOMIA bylo sledováno 202 nedobrovolně přijatých osob, neklidová medikace byla podána 91 z nich (61%), u 54 osob byla podána opakovaně (59%).

Medikace tlumící neklid byla nejčastěji aplikována pacientům s diagnózou F 2x.x /okruh psychóz/, dále F 1x.x /zejména odvykací stavy s deliriem, toxické psychózy/, F 3x.x /afektivní poruchy – manické stavy/ a F 6x.x /poruchy osobnosti/. Nejčastěji byl podán haloperidol (46%), dále diazepam (14%), levopromazin (12%), tiaprid (6%), olanzapin (5%), ziprasidon (5%), chlorpromazin (5%), klonazepam (5%) a promethazin (2%). V praxi se nejčastěji používala kombinace haloperidolu s diazepamem.

V roce 2011 bylo na uzavřená oddělení Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN přijato 895 pacientů, z nichž 118 (13%) bylo přijato nedobrovolně. U 77 (65%) nedobrovolně přijatých nemocných byla aplikována neklidová medikace a u 44 (57%) z nich byl podán lék tlumící neklid opakovaně. Aplikace neklidové medikace byla, podobně jako o 5 let dříve, výrazně nejčastější u osob s psychotickými poruchami (F2x.x dle ICD 10), dále u poruch souvisejících s užíváním návykových látek (F1x.x) a u manických stavů (F3x.x). Nejhojněji podanou látkou byl diazepam (45%), dále haloperidol (34%), olanzapin (8%), levopromazin (7%), klonazepam (3 %), zuclopenthixol acutard (3%) a 1x byl podán aripiprazol (0%). Vůbec nejvíce frekventované bylo intramuskulární podání haloperidolu v kombinaci s diazepamem.

Závěry

Ze našich výsledků vyplývá, že během posledních 5–6 let nedošlo v medikamentózním tlumení akutního neklidu k výrazným změnám, přestože byly uvedeny na trh některé nové preparáty. Naším cílem je podávat lék, který tlumí neklid rychle, efektivně a nemocný ho dobře toleruje. K tlumení akutního neklidu /nejčastěji jako projevu psychotického onemocnění/ používáme převážně intramuskulárně podanou medikaci, přestože řada studií prokazuje obdobný efekt perorální aplikace. V mnoha sledovaných případech bylo podání léku kombinováno s dočasným omezením nemocného v pohybu pomocí kurtů. V praxi časté používání kombinace typického antipsychotika s diazepamem odpovídá mezinárodně doporučeným postupům (2). Výhodou této kombinace je spolehlivý a ověřený účinek, přidání anxiolytika umožňuje nižší dávku antipsychotika a s tím spojené mírnější nežádoucí EPS účinky. Některé výzkumy upozorňují na nepředvídatelnost a případnou nevhodnost používání intramuskulárně podaného diazepamu a doporučují používání nejlépe lorazepamu (ten v ČR není registrovaný), či případně vhodnějšího klonazepamu (3). Naše výsledky tato doporučení dosud neodrážejí.

Literatura

Raboch J, Kalisová L, Nawka A, Kitzlerová E, Onchev G, Karastergiou A, Magliano L, Dembinskas A, Kiejna A, Torres-Gonzales F, Kjellin L, Priebe S, Kallert T W. Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries. *Psychiatr Serv* 2010; 61: 1012–1017.

Nawka A. Neklidová medikace – teorie a praxe. *Psychiatr praxi* 2012; 13(2): 69–74.

Veveřa J, Černý M. Zvládání agitovanosti a násilného chování, *Psychiatr. praxi* 2011; 12(2): 69–71.

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE PANICKÉ PORUCHY VE SKUPINĚ

D. Kamarádová, J. Praško

Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika; Lékařská fakulta, Univerzita Palackého, Olomouc, Česká republika

Summary

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY OF PANIC DISORDER IN GROUP

In this poster we try to describe step by step the cognitive-behavioral group therapy of patients with panic disorder. We are explaining the concept of cognitive model of panic disorder, vicious circle, cognitive reconstruction, control of breathing and exposure. In the poster we also present personal experience with group cognitive-behavioral therapy and stories of patients who have undergone the therapy. We also try to point to possible complications that may occur during the therapy.

Key words: *Panic disorder, Cognitive-behavioral therapy, Group therapy, Breath control, Interoceptive exposure, Exposure in vivo, Cognitive reconstruction, Schemas, Problem solving*

Cíle

Cílem naší práce je přehledně prezentovat základní principy skupinové kognitivně behaviorální terapie pacientů s panickou poruchou. Snažíme se osvětlit základní koncept kognitivního modelu panické poruchy, dále prezentujeme bludný kruh příznaků, princip kognitivní restrukturalizace, kontrolovaného dechu a expozic. Také se věnujeme možným problémům, které mohou v léčbě nastat.

Metody

Přehled literatury byl získán z databáze National Library of Medicine PubMed

a Web of Science, zahrnuty byly články vydané mezi lety 1991–2011, další informace byly získány studiem bibliografických článků příslušného tématu. Autoři částečně vycházejí i z vlastní praxe.

Výsledky

Alternativním postupem k individuální kognitivně behaviorální terapii (KBT), umožňujícím léčit více pacientů najednou je skupinová KBT (Bergström et al. 2010), jejíž účinnost je u panické poruchy podobná, jako u individuální KBT (Telch et al. 1993). V dalším textu se soustředíme na popis programu, který probíhá ambulantní formou na Klinice psychiatrie ve Fakultní nemocnici Olomouc. Jde o podobný program, jaký byl používán v Psychiatrickém centru v Praze (Soukupová a Praško 2001), obohacený o práci s kognitivními schémata. V průběhu každého setkání se nejprve věnujeme kontrole domácích úkolů a poté pracujeme s pacienty střídavě ve velké a poté v malé skupině. V prvním setkání skupiny se věnujeme psychoedukaci. Pacientům prezentujeme bludný kruh panických záchvatů společně s důsledky a hledáme možnosti jeho přerušení. Podstatnou část sezení věnujeme identifikaci tělesných příznaků úzkosti a jejich začlenění do bludného kruhu. Již při prvním sezení provádíme s pacienty interoceptivní expozici formou hyperventilace (kterou poté provádneme v opakování v dalších setkáních). Před samotnou hyperventilací se věnujeme nácviku kontrolovaného dechu a Östovy relaxace. Ve druhém setkání pacientům prezentujeme KBT model panické poruchy a edukujeme je o principech reakce „boj nebo útek“. Společně probíráme význam jednotlivých příznaků úzkosti a jejich fyziologickou podstatu. Ve třetím setkání se již věnuje práci s myšlenkami. Spolu s pacienty provádíme nejprve jejich identifikaci a poté restrukturalizaci. Ve třetím setkání se také podrobněji věnujeme principu expozic, prezentujeme habituační křivku. Plánujeme s pacienty in vivo expozice. Pacienti mají za domácí úkol identifikaci vlastních automatických myšlenek. Tomuto tématu se dále věnujeme i ve čtvrtém setkání, kdy se již více zaměřujeme na myšlenky týkající se panických záchvatů. S pacienty také sestavujeme hierarchii expozic. V pátém setkání hlouběji rozpracováváme obě témata – automatické myšlenky a expozice. V šestém setkání již přistupujeme k identifikaci jádrových schémat a podmíněných předpokladů. V sedmém setkání mapujeme vliv na život a snažíme se o jejich akomodaci. V osmém setkání společně hledáme možné změny související s novým pohledem sama na sebe. V devátém setkání se věnujeme shrnutí celého kurzu a plánování budoucnosti. Desáté setkání probíhá po desíti měsících, kdy společně rekapitulujeme změny v životě. V průběhu terapie může nastat celá řada problémů. Jako první nutno zmínit přenosové a protipřenosové fenomény, které mohou průběh skupinové terapie významně ovlivnit. Dalším problémem jsou pacienti, kteří ve skupině fungují spíše kontraproduktivně, neplní domácí úkoly a jejich obtíže se v průběhu skupiny spíše stupňují. Tito pacienti zvykle potřebují dlouhodobější vedení a krátká KBT skupina je pro ně nedostatečná.

Závěr

K léčbě pacientů trpících panickou poruchou je možno použít i skupinovou formu terapie, která nabízí spoustu výhod. Specializovaná kognitivně behaviorální terapie panické poruchy a agorafobie může adekvátně nahradit individuální psychoterapii

Podpořeno IGA MZ ČR NT11047

Literatura

Bergström J, Andersson G, Ljótsson B, Rück C, Andréewitch S, Karlsson A, Carlbring P, Andersson E and Lindefors N: Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: a randomised trial. BMC Psychiatry 2010;10:54.

Telch MJ, Lucas JA, Schmidt NB, Hanna HH, LaNae Jaimez T, Lucas RA: Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. Behav Res Ther 1993;31(3):279–287.

Soukupová N a Praško J: Skupinová KBT u panické poruchy. Psychiatrie 2001;5(supl 4): 32–35.

sLORETA NÁLEZY U PACIENTŮ S PANICKOU PORUCHOU PŘED A PO LÉČBĚ – SÉRIE KAZUISTIK

D. Kamarádová, J. Praško, A. Grambal, T. Divéky

Klinika Psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika; Lékařská fakulta, Univerzita Palackého, Olomouc, Česká republika

Summary

sLORETA FINDINGS IN PATIENTS WITH PANIC DISORDER BEFORE AND AFTER CBT TREATMENT – CASE SERIES

Introduction: Panic is considered as a state of hyperarousal, the EEG has had a prominent place in anxiety studies. sLORETA (standardized low resolution brain electromagnetic tomography) is now widely used research method investigating the electrical activity of the brain with zero localization error and ability to reconstruct multiple resources. **Method:** We measured patients with Panic disorder. Diagnosis was confirmed by M.I.N.I. (MINI-international neuropsychiatric interview). Patients were treated both by psychotropics and CBT (cognitive behavioral therapy) for six week. The symptoms intensity was assessed using BAI (Beck Anxiety Inventory) and BDI (Beck Depression Inventory). They were also examined by EEG at the beginning and after 6 weeks of therapy. **Results:** We found decreased absolute power in alfa-2 (10.5–12 Hz) activity in anterior cingulate (Brodmann

area 32), and increased absolute power in beta-3 (21.5–30 Hz) activity in superior frontal gyrus (Brodmann area 8). **Conclusions:** Our findings suggest that cognitive behavioural psychotherapy can cause changes in brain activity. Increase of beta-3 activity may be interpreted as a gain conscious control of emotions, decrease of alpha-2 activity is an expected finding, because the anterior cingulate seems to be important in regulation of autonomic reaction of the organism

Key words: Panic disorder, sLORETA, cognitive behavioural therapy

Cíle

Cílem naší práce je nalezení rozdílu v sLORETA nálezů z pacientů s panickou poruchou před a po léčbě kognitivně-behaviorální terapií.

Metody

Subjekty: Vyšetřili jsme 13 pacientů, kteří splňovali kritéria panické poruchy podle klasifikace MKN-10. Diagnóza byla dále potvrzena pomocí M.I.N.I. (Mini-international neuropsychiatric interview). Probandi byli vybíráni z pacientů hospitalizovaných na psychotherapeutickém oddělení Kliniky Psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc. Mezi vylučující kritéria patřil současný výskyt depresivní epizody, vysoké riziko suicidálního jednání, organické psychické onemocnění, anamnéza psychotického onemocnění, závislost na alkoholu či drogách, nespolupráce pacienta, vyšší věk než 65 let nebo menší než 18 let. V průběhu léčby pacienti užívali standardní dávky léků ze skupiny SSRI. Závažnost symptomů byla měřena pomocí Beckova inventáře úzkosti (BAI – Beck Anxiety Inventory) a Beckova inventáře deprese (BDI – Beck Depression Inventory). Pacienti podstoupili standardní léčbu formou skupinové kognitivně-behaviorální terapie (Soukupová a Praško, 2001). Skupina čítala maximálně 12 členů. Skupinová terapie probíhala každý pracovní den, trvala 2 hodiny. Celkový počet hodin strávených při skupinové kognitivně-behaviorální psychoterapii byl 60 hodin.

EEG monitorace a zpracování dat: EEG bylo snímáno za standardních podmínek, při zavřených očích, na přístroje EEG Walter. Nahrávání trvalo 20 minut. Signál byl snímán pomocí 19 elektrod, při standardním typu zapojení 10–20. Nahraný záznam byl poté přenesen do programu Wavefinder 1990–2007 ver. 2.07. Pomocí tohoto softwaru byly odstraněny artefakty. Výsledná data byla poté vložena do programu sLORETA (standardized low resolution brain electromagnetic tomography). Analýza byla provedena pomocí rychlé Fourierovy transformace pro každé z frekvenčních pásem od 1,5–30 Hz s 1Hz rozlišením. Definováno bylo 8 základních frekvenčních pásem.

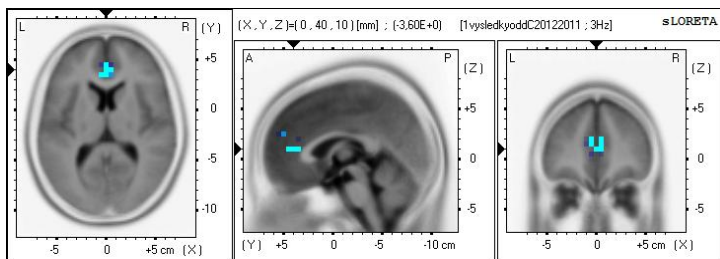
Výsledky

Demografická data: Skupina se sestávala ze 13 probandů (12 žen a 1 muž), průměrný věk byl 37,1 let. Průměrná délka trvání nemoci byla 3,8 let. Průměr-

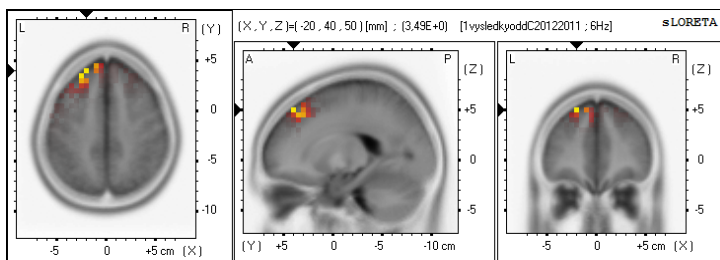
né BAI skóre na počátku léčby bylo 27,4 a na konci léčby 19,2 bodů. Průměrné BDI skóre na počátku bylo 21,7 a při ukončení léčby 13,5.

sLORETA nálezy: Ve srovnání před léčbou jsme našli změny v absolutním výkonu frekvenčních pásem alfa-2 (10,5–12 Hz) a beta-3 (21,5–30 Hz). Snížení absolutního výkonu alfa-2 frekvenčního pásma bylo v oblasti předního cingula (obr. 1). Dalším nálezem byl průkaz zvýšení absolutního výkonu frekvenčního pásma beta-3 v oblasti superiorního frontálního gyru (obr. 2). Výsledky leží mimo hranici statistické významnosti (Tab.1).

Obr.1



Obr.2



Tab. 1

	t(0.01)	t(0.05)	t(0.10)	ExtremeP
One-Tailed (A>B):	6.889	5.790	5.167	0.60260
One-Tailed (A<B):	-6.802	-5.700	-5.159	0.15060
Two-Tailed (A<>B):	7.409	6.203	5.701	0.26720

Závěr

Naše nálezy naznačují, že kognitivně behaviorální terapie může způsobit změny v mozkové aktivitě. Zvýšení beta-3 aktivity v superiorním frontálním gyru by mohlo být interpretováno jako zvýšení vědomé kontroly nad emocemi. Snížení alfa-2 aktivity v oblasti předního cingula je také očekávaným nálezem, neboť přední cingulum se zdá být zásadní v regulaci autonomní reakce organismu. Práce je limitována malým počtem subjektů a nelze tedy na podkladě jejich výsledků stanovit jednoznačné závěry.

Podpořeno IGA MZ ČR NT11047

Literatura

Soukupova N and Prasko J: Skupinová KBT u panické poruchy. Psychiatrie 2001;5(suppl 4): 32–35.

ZKUŠENOSTI S NAHLÍŽENÍM DO ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE PO PĚTI LETECH

M. Kudláček

Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta UK, Praha, Česká republika

Summary

THE EXPERIENCES WITH INTROSPECTION TO MEDICAL DOCUMENTS AFTER FIVE YEARS

The aim of this poster is to collect data of doctors-psychiatrists about their experiences with introspection to medical documents. This survey follows in inquiry before four years, which was published in 2010. The questionnaire survey will discover how doctors come to with this obligation and whether they can take advantage of therapeutic process. Continued outcomes will be showed by snippets on the poster. Data will be analyzed in statistical software SPSS. Content analysis will be carried out by program ATLAS.ti. Outcomes of this survey will be published in a special medical journal.

Key words: Medical documents, therapeutic process, survey, content analysis

Od uzákonění práva pacientů na nahlížení do zdravotní dokumentace uplynulo právě pět let. Právě v psychiatrii bylo možné pozorovat – s nadsázkou bychom mohli mluvit o autostigmatizaci – jistou nervozitu z ukotvení této povinnosti/práva v našem právním řádku. Vedle tohoto institutu totiž se totiž psychiatrie jako obor i lékaři samotní dostali pod – do jisté míry kontraproduktivní – tlak pochybných organizací, které si vytýkly za cíl „chránit lidská práva“ pacientů. Psychiatrie se tím dostala do defenzivního postavení, jež ji nutí vytvářet různé obranné mechanismy vůči mnohdy vzájemně se vylučujícím se požadavkům těchto „nevládních“ institucí, které však mají neuvěřitelnou – mimo jiné i díky mediální podpoře – moc. Do této situace vstupuje „vládní“ požadavek v podobě zákona, který lékařům ukládá povinnost umožnit pacientům nahlédnout a seznámit se s vlastní zdravotní dokumentací. Patří tento požadavek mezi instrumenty, které lékařům ještě více zkomplikují život a vnesou napětí do vztahu lékař–pacient, nebo lékařům poskytne nástroj, který jim umožní vykročit z již zmíněné defenzivní role a využít jej jako terapeutický nástroj? Již v průběhu sběru dat v roce 2008 se ukázala jistá rozpolcenost v názorech na tuto otázku, která – dle mého – pramenila z malých zkušeností s tímto nástrojem. Od té

doby však uplynuly již čtyři roky, a proto se vracíme na „místo činu“, abychom mohli prozkoumat, jak se změnilo anebo nezměnilo nahlížení lékařů-psychiatrů na tento institut. Právě na položenou otázku se pokusím odpovědět shromážděním dat a jejich vizualizací pomocí posteru.

Cíl

Cílem prezentace posteru je longitudinální sledování vývoje názorů lékařů-psychiatrů na právo pacienta nahlédnout do vlastní zdravotní dokumentace. Poster tak navazuje na anketní šetření, (Kudláček, 2008), z roku 2008, jehož výsledky byly publikovány v odborném časopise (Kudláček 2010). Dotazníkovým šetřením má být zjištěno, jakým způsobem se s touto povinností lékaři vypořádávají a zda li jsou schopni tuto mnohdy náročnou proceduru využít v terapeutickém procesu.

Metody

Data budou sbírány anonymně formou dotazníkového šetření. Dotazník bude konstruován tak, aby umožnil vysledovat některé korelace mezi stanovenými proměnnými a ověřil možné hypotézy. Vede častější využívání této možnosti pacienty k lepšímu vnímání lékaři, anebo celou práci s tímto instrumentem vnímají jako komplikaci jejich vlastní práce. Spočívají komplikace spíše v technicko-administrativní náročnosti, anebo v samotném vysvětlování pacientům. V dotazníku bude možné svůj názor formou dvou až tří vět. Vedle vyplnění dotazníku bude respondent moci svůj názor napsat několika slovy na ústřížek, který umístí na poster. Zpracování dat bude provedeno pomocí statistického software – SPSS. Slovní vyjádření budou analyzována obsahovou metodou a zpracována pomocí programu ATLAS.ti.

Výsledky

Výsledky budou průběžně – viz metody – zveřejňovány pomocí posteru. Následná analýza bude publikována v odborném časopise.

Literatura

KUDLÁČEK, M. Stojedenáctka – protivník nebo spojenec?. In: *Psychiatrie – časopis pro moderní psychiatrii*. vol. 14. No. 1. ISSN 1211-7579. str. 4–6
JANOUSEK, J. (kol.). *Metody sociální psychologie*. Praha: SPN. 1986; 256.
KONOPÁSEK, Z. (1997): Co si počít s počítačem v kvalitativním výzkumu: Program Atlas/ti v akci. *Biograf* (12): 106 odst. Dostupné na adrese www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=1205

Klíčová slova: Zdravotní dokumentace, terapeutický proces, dotazníkové šetření, obsahová analýza

PSYCHOEDUKACE U BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY

K. Látalová, J. Praško

Klinika Psychiatrie FNOL v LF UP v Olomouci, Česká republika

Summary

PSYCHOEDUCATION IN BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

Background: Structured psychological interventions should be considered for patients with bipolar disorder once they are past the acute phase or a relapse, with the aim of reducing the likelihood of future relapses. **Method:** The PubMed, Web of Science and Scopus databases were searched for articles containing the following key words: “bipolar disorder” and “psychoeducation”. The resources were confronted with our own experiences with psychoeducation in bipolar patients and only most relevant information was included in the text. **Results:** Studies on psychoeducation in bipolar disorder demonstrate significant effects on rehospitalization rates, compliance and knowledge. Compared with mood stabilizer treatment alone, combination treatment of CBT and mood stabilizers has been shown to reduce the number of bipolar episodes, reduce the duration of episodes that do occur, and reduce the number of hospital admissions due to episodes. Patients treated with the combination also showed higher social functioning.

The aim of the group psychoeducational program of the Psychiatric clinic in Olomouc is to familiarize patients with the essence of bipolar disorder, the part and principles of pharmacotherapy, the recognition of the warning signs of relapse. Patients consider this program as a meaningful and helping them to better understanding what happened in their life

Key words: Psychoeducation, bipolar disorder, groups, pharmacotherapy compliance, warning signs, social rhythms, emotional expressivity, social skills

Současné psychoedukční bipolární afektivní poruchy přístupy vycházejí ze tří základních bodů: onemocnění má vysokou rekurenci a značně narušuje pacientovi schopnosti; stabilizátory nálady a antipsychotika druhé generace mají omezenou efektivitu a jsou zatížena vysokou nespokojeností pacienta při užívání a důležitou roli v provokaci dalších epizod má psychosociální stres. Nález několika dlouhodobých studií následující nepříznivá východiska. Čtyřicet procent ambulantních pacientů relabuje do jednoho roku, 60 % do dvou let a 73 % do dvou let. Nejméně 50 % pacientů má během epizod subsyndromální poruchu nálady. U téměř 60 % pacientů vzniknou do čtyř- pěti let od první epizody potíže v zaměstnání, vztahové nebo jiné společenské problémy. První rok po akutní epizodě je pro pacienty nejtěžší. Pouze 26 % z nich dosáhne plné remise onemocnění a pouze 24 % dosáhne plného funkčního uzdravení. V této vysoce riziko fázi může být psychosociální intervence užitečná a posilovat profylaktic-

ký efekt farmakoterapie. Většina dlouhodobých sledování dokládá že, už jeden rok po akutní epizodě polovina až dvě třetiny pacientů užívá doporučenou medikaci nepřesně, nepravidelně nebo vůbec ne. Pouze 21 % pacientů léčených lithiem jej užívají dlouhodobě. Často mezi důvody neužívání léků patří nepříjemné vedlejší účinky (nárůst hmotnosti, únava, pocit útlumu), závislost na psychoaktivních látkách, nedostatečná podpora ze strany rodiny nebo okolí. Někteří pacienti si stěžují, že stabilizátory potlačují jejich citové vzrušení a pocity nevázanosti a tím pádem nemají dostatečný antidepresivní účinek. Nespolupráce při užívání léků je ukazatelem špatné prognózy, náhlé vysazení lithia je jedním z nejsilnějších spouštěčů rychlého cyklování. Psychoterapie je při terapii bipolární afektivní poruchy léčbou doplňkovou. Hlavní je léčba farmakologická. Psychoterapeutický přístup k této poruše vychází ze tří oblastí.

Monitorování prodromů bipolární poruchy

Pacienti trpící BAP jsou schopni poměrně úspěšně monitorovat prodromální příznaky. Protože prodromy mohou předcházet rozvoji mánie až o týdny, je jejich včasné zjištění důležité (Lam et al, 2001). Časný zásah je schopen zabránit plnému rozvoji mánie.

Narušení sociálních zvyklostí

Velmi důležitou roli v nástupu BAP hrají životní události, které narušují cyklus spánku – bdění. V průběhu 8 týdnů, které předcházejí manickou epizodu, prožije významná část pacientů událost, která naruší rytmické sociální návyky. Bipolární pacienti rovněž častěji recidivují při cestování přes časová pásma

Emoce rodinných příslušníků

Intenzita vyjadřování emocí je považována za měřítko účasti a postojů rodiny. Je tím míněna intenzita s jakou okolí dává najevo, co cítí. Silně vyjadřované emoce pacienti neoceňují, rozumí jim jako „přehnané péči“, „montování se do jejich záležitostí“, „starání se o věci, po kterých nikomu nic není“ Víme spolehlivě, že silné vyjadřování emocí má negativní průběh na léčení bipolární poruchy negativní vliv. Vyšší míra kritiky či nadměrná emoční účast rodičů nebo životních partnerů, vyšší, nadměrná nebo neoprávněná kritika či vede k horším výsledkům. Roste počet atak, přetrvávají reziduální příznaky. Na jedné straně může samo pacientovo onemocnění zvyšovat negativně míru vyjadřování emocí a na druhé straně je možné, aby se příbuzní sami po vysvětlení tohoto nežádoucího způsobu chování zbavili. Pozitivním ovlivněním chování rodin (snížení úrovně vyjadřování emocí) tak dochází k výraznému snížení rizika relapsu. Míra vyjadřování emocí není stabilním a neměnným ukazatelem a lze ji ovlivnit psychoedukací, nácvikem řešení problémů a komunikace.

Byla zjištěna rovněž souvislost mezi hlubšími osobními postoji (kognitivní schémata) a četností recidiv. Postoje typu „měl bych být stále úspěšný ve všem, co dělám“, „měl bych být stále šťastný“ apod. vedou k tomu, že se pacienti snaží být nadměrně úspěšní na úkor pravidelné stravy, dostatečného spánku či tělesné aktivity. Korekce těchto dysfunkčních postojů (kognitivní restruktura-ce) vede k úpravě každodenních návyků, které pak umožňují redukovat stresu-

jící události. V souvislosti s psychoterapeutickou léčbou pacientů s bipolární poruchou byla zkoumána řada postupů různých škol, nejdůkladněji byla studována psychoedukaci, interpersonální, rodinnou a kognitivně behaviorální terapii. U některých pacientů je indikována psychodynamická psychoterapie. I přes specifitu níže zmíněných psychoterapeutických postupů většina psychiatrů používá eklektický, kombinovaný přístup, který odráží potřeby a požadavky jednotlivých pacientů.

DELIRIA NA KLINICE PSYCHIATRIE V OLOMOUCI V LETECH 2005–2011

B. Mainierová, J. Praško

Psychiatrická klinika Fakultní Nemocnice Olomouc, Olomouc, Česká republika; Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci, Olomouc, Česká republika

Summary

DELIRA AT PSYCHIATRIC CLINIC IN OLOMOUC IN YEARS 2005–2011

Delirium tremens presents a most severe complication of alcohol withdrawal, which may, due to electrolyte dysbalance, acute cardiac and respiratory failure, to fatal complications and should be managed at ICU. Our aim is to identify factors such as laboratory anomalies, somatic comorbidity, administered medication and its dosage or socioeconomic status, that may predict duration or severe complications of the delirium tremens. We were retrospectively studying data of 109 patients admitted at our acute ward in years 2005–2011 and diagnosed and treated as alcohol withdrawal delirium. Our first results have shown there is no correlation in gender, previous psychiatric hospitalizations or body parameters and length of the hospitalization, but there is a strong evidence correlation in ALT and GGT values.

Key words: *delirium tremens, predicting factors, duration, clomethiazole, diazepam, haloperidol, laboratory tests*

Úvod

Delirium tremens je závažný stav nejčastěji vznikající jako komplikace odvykacího stavu u pacientů se syndromem závislosti na alkoholu, nebo také při pijáckém excesu. Jedná se však o stav, který, vzhledem k možným komplikacím typu minerálového rozvratu, srdeční či respirační insuficience, či dokonce zástavy, může pacienta ohrozit i na životě. Proto by pacienti s deliriem tremens měli být léčeni na jednotkách intenzivní péče, což však vzhledem k často přítomnému psychomotorickému neklidu a hlavně organizaci psychiatrické péče v České republice není ve většině případů možné. Většinou bývají tito pacienti

léčení na akutních, uzavřených psychiatrických odděleních, což s sebou přináší rizika jak pro pacienty, tak pro ošetřující personál.

Na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Olomouci je ročně hospitalizováno v průměru 18,3 pacientů s touto diagnózou, přijímání jsou buď z terénu, či jako překlady v rámci konzilií ve Fakultní nemocnici. V terapii nejčastěji užíváme clomethiazol do 5400mg pro die, dále diazepam do 80mg nebo jeho kombinace s haloperidolem či tiapridem. Současná korekce změn vnitřního prostředí či interní komorbidit je také samozřejmostí. Naše akutní oddělení, kam tyto pacienty přijímáme, nemá k dispozici žádné zařízení k monitoraci základních vitálních funkcí vyjma přenosného oxymetru, nicméně v případě komplikací je prakticky okamžitě dosažitelný intenzivistický resuscitační tým.

Cíle

Cílem naší práce je identifikace možných faktorů, které mají vliv na délku trvání, průběh, prognózu či závažnou komorbiditu pacientů s deliriem tremens.

Metody

Naše práce je založena na retrospektivním sběru dat z elektronické i psané dokumentace všech 109 pacientů – 16 žen a 93 mužů, hospitalizovaných na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Olomouci v letech 2005 až 2011, kteří byli léčeni a definitivně dle MKN 10 diagnostikováni jako F10.4, tedy poruchy způsobené alkoholem – odvykáci stav s deliriem. Zaměřili jsme se na základní demografické – pohlaví, věk, psychiatrickou hereditu, vzdělání, zaměstnání, stav, počet předchozích psychiatrických hospitalizací včetně těch pro delirium tremens, tělesné parametry, laboratorní hodnoty platné v době diagnostikování deliria tremens, tzn. ne starší než 24 hodin – elektrolyty, jaterní enzymy, krevní obraz, ledvinné funkce, a také psychiatrickou i somatickou komorbiditu a druh preferovaného alkoholu. Dále jsme sledovali podávanou medikaci pro léčbu deliria, a to jak typ léčiva, tak jeho dávkování a kombinace. Vše jsme porovnávali s délkou hospitalizace, délkou trvání deliria a případnými komplikacemi vyúsťujícími v překlad na somatické oddělení či jednotku intenzivní péče, popřípadě fatální zakončení.

Výsledky

Vzhledem k množství zpracovávaných dat není ještě v době odeslání abstraktu statistika zcela kompletní. Nicméně první výsledky naznačují, že není přímý korelát mezi věkem, pohlavím, počtem předchozích psychiatrických hospitalizací včetně těch pro delirium tremens a ani preexistující somatickou komorbiditou a délkou hospitalizace. Naopak je zde pozitivní korelace mezi délkou pobytu a hodnotami GGT a ALT.

Závěr

Dlouhé trvání deliria tremens s sebou nese problematiku celkového vyčerpání, závažných somatických komplikací, ale také komplikací v podobě prolongovaného neklidu či agrese, jakožto rizika pro ošetřující personál. Objasnění faktorů majících vliv na délku trvání, průběh a prognózu deliria tremens, jež jsme v počátku a během léčby schopni ovlivnit, je jednou z cest, jak se těmito komplikacím vyhnout.

LÉČBA KOMPLIKOVANÉHO TRUCHLENÍ

J. Praško, D. Kamarádová, A. Sandoval, P. Havlíková, K. Látalová
Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika; Lékařská fakulta, Univerzita Palackého, Olomouc, Česká republika

Summary

THERAPY OF COMPLICATED GRIEF

In this poster we try to describe basic principles of treatment of complicated grief. Although in medical practice professionals meet this problem quite often, only little attention is paid to it in the literature. Uncomplicated grief does not require attention of the specialist and patient can get over it just with the help of family and friends. For the treatment of complicated grief we can use both psychotherapy and pharmacotherapy.

Cíle

Toto sdělení si dává za cíl prezentovat jednotlivé ověřené psychoterapeutické a farmakoterapeutické možnosti péče o pacienty s komplikovaným truchlením.

Metody

Zdrojem pro tento přehled byly literární review získané z databáze PUBMED, Web of Science z publikací mezi léty 1991–2012, další reference byly získány vyhledáním článků s biografických odkazů relevantních informací.

Výsledky

Ztráta blízkého člověka je pro každého jedince bolestná situace, které se však v průběhu života nelze obvykle vyhnout. Způsobů jak se vyrovnat s touto ztrátou je mnoho a vyskytují se mezi nimi výrazné kulturní rozdíly. Lidé, kteří procházejí normálním procesem truchlení, nepotřebují pomoc odborníka, postačuje pomoc rodiny. Jakákoliv intervence může být naopak kontraindikováno (Jordan a Neimeyer 2003). Komplikované truchlení má na rozdíl od nekomplikovaného chronický ráz a vyžaduje pozornost odborníka a to buďto z řady psychiatrů nebo psychologů. Odhaduje se, že u 9–20 % pozůstalých dojde k narušení fungování a významnému stresu. Máme možnost volit ze dvou

základních terapeutických přístupů. Prvním je farmakoterapie. K této otázce zatím neexistuje dostatek validních studií. Zygmunt et al (2008) ve své otevřené pilotní post hoc studii srovnávali účinky paroxetinu a nortriptylinu u pacientů po ztrátě blízké osoby. Účinky obou farmak byly srovnatelné. K farmakoterapeutické intervenci je vhodné přistoupit v případě, kdy je truchlení komplikováno jiným psychickým onemocněním – např. depresí či záchvaty úzkosti. V těchto případech je indikováno použití antidepresiv či benzodiazepinů. Podávání benzodiazepinů by mělo být vždy zváženo, protože z dlouhodobého hlediska celkový proces truchlení prodlužují. Druhou možností je použít některý z psychoterapeutických přístupů. Terapeutické postupy věnující se této problematice byly vytvořeny teprve nedávno a zatím neexistuje dostatek kvalitních studií, které by jejich účinnost prokazovaly, a umožňovaly by validní srovnání. Nejvíce pozornosti je věnováno kognitivně behaviorální terapii, interpersonální psychoterapii, skupinové psychoterapii a krátké psychodynamické psychoterapii. Jednou z možností jak můžeme napomoci práci se smutkem je podle Blumenfelda a Tiamsona (2006) potvrzení ztráty, umožnění prožívání bolesti (neodvádění pozornosti od bolestivých témat), normalizace bolesti, uklidnění pacienta pomocí poukázání na minulé zkušenosti, důslednou monitoraci nebezpečných signálů během terapie (např. suicidální rozvahy) a edukace rodiny o procesu truchlení. Důležitým problémem, kterému je potřeba se v průběhu psychoterapie věnovat je vyhybavé chování, které se po ztrátě často vyskytuje. Vyhybání se společnosti a některým situacím rychle vede ke ztrátě sociální kontaktů a tím k izolaci, se všemi negativními důsledky. Úkolem terapeuta tedy není jen pomoci pacientovi vyrovnat se se ztrátou blízké osoby, ale i pomoci mu se zařazením do běžného fungování. Při léčbě komplikovaného truchlení mohou významně pomoci citlivě použité následující strategie:

Řízené truchlení

Jde o variantu expozice v představách. Tato strategie je zaměřená na zmírnění nadměrného smutku tím, že pacienta vedeme k opakovanému a dlouhotrvajícímu kontaktu s podněty, které v něm vyvolávají vzpomínky na zemřelého, jak v představách, tak ve skutečnosti.

Terapeutické dopisy

Smyslem psaní dopisů je prožít a pochopit vlastní pocity ztráty, ujasnit si vztah se zemřelým a zvládnout silnou emoční zkušenost, která souvisí se ztrátou (Prasko et al. 2009). Důležité je převyprávění příběhu o ztrátě blízkého, které postupně vzniká v průběhu čtení a diskuze v terapeutických sezeních a samostatným psaním pacienta.

Prázdná židle

Jde o techniku původně užívanou v gestalt terapii a v psychodramatu. Na prázdné židli sedí zemřelý. Postižený pak k této prázdné židli říká nejdříve bez cenzury vše, co by dotyčné osobě nestihl, zapomněl nebo potřeboval sdělit.

Přepis v imaginaci

Během rozhovoru s klientem probíráme traumatickou ztrátu a její důsledky.

Požádáme pak pacienta, aby si zavřel oči a popisoval v přítomném čase, co se dělo. Pomáháme mu, aby popisoval nejen vnější události, ale také vnitřní prožívání: myšlenky, emoce, chování i tělesné reakce. Jednotlivé prožitkové systémy opakovaně střídáme, což pomáhá k vypořádání bolestných zkušeností z popření a disociace a umožňuje je dále integrovat jako vědomou součást psychiky. Následujícím krokem bývá přepracování ztráty nebo jejích důsledků tak, aby postižený zažil pocity jiného, lepšího konce. U traumatické ztráty zpravidla směřujeme k budoucím událostem, které by mohlo traumatické truchlení blokovat. Pokud je možné si představit, že pacient vyřeší situaci sám, tak jej požádáme, aby to v imaginaci zkusil novým způsobem.

Závěr

Komplikované truchlení je závažný chronický proces, který ovlivňuje celkové fungování pacienta v běžném životě. K léčbě je možno použít některý z nově vyvinutých psychoterapeutických postupů. Léčba psychofarmaky by měla zůstat vyhrazená na situace, kdy je stav komplikován depresí, úzkostmi, popř. pokud dojde k rozvoji posttraumatické stresové poruchy.

Podpořeno IGA MZ ČR NT11047

Literatura

Jordan JR a Neimeyer RA. Does grief counselling work? *Death Studies* 2003;2:765–786.

Zygmunt M; Prigerson HG; Houck PR; Miller MD; Shear MK; Jacobs S; Reynolds CF: A post hoc comparison of paroxetine and nortriptyline for symptom of traumatic grief. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998 May; 59 (5): 241–245.

Prasko J, Diveky T, Mozny P, Sigmundova Z: Therapeutic letters – changing the emotional schemas using writing letters to significant caregivers. *Acta Nerv Super Rediviva* 2009; 51(3–4): 163–167.

PŘEPIS TRAUMATICKÉ ZKUŠENOSTI V IMAGINACI

J. Praško, A. Grambal, T. Divéky, D. Jelenová, D. Kamarádová, B. Mainierová, K. Látalová, Z. Sigmundová, K. Vrbová

Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

RESCRIPTING OF THE TRAUMATIC EXPERIENCE IN IMAGINATION

Many of patients describe traumatic experiences from childhood or later in their life. Without the systematic processing these experiences the treatment

is unsuccessful and their problems persist. We describe our approach in processing these painful events during the therapy. Among basic principles belongs the creation of collaborative therapeutic relation, psychoeducation what happens with the patient and reducing stigmatization and guilt feelings. Therapist helps the patient to understand, how symptoms connected with the past traumatic events and how they are interconnected with actual problems. The transcription of traumatic events follows after cognitive restructuring of core schemas and conditional assumptions. Therapeutic process can be divided into of several steps: (a) creation of therapeutic atmospheres (with feelings of security and control, acceptance, approbation); (b) exposition to the painful memories in imagination; (c) expression of negative emotion to the aggressors, or persons that they didn't guard against stress or trauma; (d) formulation the needs of the child to significant adult person; (e) experience better end in imagination – transcription of the story; (f) general calm down. The aim of therapist is to help the patient memorizing the stressful events and expressing affective experience and then help him/her to rescript experience to less painful.

Key words: trauma, children needs, anxiety disorders, affective disorders, personality disorders, psychotherapy, predisposition, precipitation, exposure therapy, trauma re-scripting, case reports

Někteří pacienti s psychickými poruchami popisují významné traumatické zážitky v dětství nebo v průběhu dalšího života. Bez systematického zpracování těchto traumatických událostí bývá léčba neúspěšná a jejich potíže chronifikují.

Cíle

V tomto sdělení popisujeme vlastní přístupy při zpracování těchto bolestných událostí

Metody

Zdrojem pro tento přehled byly literární review získané z databáze PUBMED, Web of Science z publikací mezi léty 1991–2012, další reference byly získány vyhledáním článků s biografických odkazů relevantních informací. Údaje z literatury jsme porovnávali s našimi zkušenostmi. Ve sdělení prezentujeme integraci vlastních zkušeností s informacemi získanými z literatury.

Výsledky

I když přepracování či přepis zážitků v imaginaci bylo dlouhodobě součástí KBT, v posledních letech zájem o tento přístup významně narůstá zejména u pacientů se stresujícími intruzivními vzpomínkami a představami, jako jsou pacienti, kteří zažili nadměrný stres či zneužívání v dětství nebo traumatické události v dospělosti. Zdá se, že tento postup významně zkracuje terapii i utrpení pacienta a vede k rychlejší úzdavě, než tradiční expoziční přístupy

Mezi základní principy patří vytvoření terapeutického vztahu, vysvětlení a edukace o tom, co se s pacientem děje a zmírnění či odstranění stigmatizace a pocitů viny. Terapeut pomáhá postiženému pochopit, jak příznaky souvisejí s traumatickými událostmi a aktuálními problémy v životě. K přepisování traumatických událostí zpravidla přistupujeme až po kognitivním zpracování základních postojů (jádrových přesvědčení) a odvozených pravidel.

Terapeutický postup můžeme rozdělit do několika kroků: (a) Vytvoření terapeutické atmosféry (bezpečí a kontrola, přijetí, ocenění); (b) Expozice bolestným zážitkům v imaginaci; (c) Exprese negativních emocí k agresorům, nebo osobám, které neuměly ochránit; (d) Vyjádření potřeb dítěte k důležité dospělé osobě; (e) Zážitek lepšího konce v imaginaci – přepis příběhu; (f) Celkové zklidnění. Úkolem terapeuta je pomoci pacientovi znovu si projít vzpomínky na stresující události a zároveň vyjádřit příslušný afektivní prožitek a pak mu pomoci zážitek přepracovat tak, aby jeho dopad byl méně bolestný. V textu popisujeme několik ukázek přepisování traumatických vzpomínek v imaginaci.

Závěr

Řada pacientů s poruchami osobnosti, depresí, disociativními poruchami nebo úzkostnými poruchami, ale také pacientů se psychotickou poruchou zažila v dětství traumatické události. Návrat k traumatickým událostem v dětství a jejich emocionální zpracování je často nejdůležitějším přístupem, který umožňuje zvýšit adaptaci osobnosti a zmírnit rezistenci k léčbě u pacientů, kteří v dětství zažili významné stresující zážitky. Úkolem terapeuta je pomoci pacientovi znovu si projít vzpomínky na stresující události a zároveň vyjádřit příslušný afektivní prožitek a pak mu pomoci zážitek přepracovat tak, aby jeho dopad byl méně bolestný. Po opakovaném přepisování události pacient cítí úlevu a zároveň trauma přestává fungovat v jeho obavách a postojích. Samotný přepis stresující události však neznamená celou léčbu. V dalších krocích je potřebné pacientovi pomoci řešit současné životní problémy, které dlouhodobě díky traumatickým vzpomínkám nebo disociaci řešit nedokázal nebo si je nepřipouštěl.

Podpořeno IGA MZ ČR NT11047

Literatura

Arntz A, Weertman A: Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behav Res Ther.* 1999; 37(8): 715–740.

Brewin CR, Wheatley J, Patel T, Fearon P, Hackmann A, Wells A, Fisher P, Myers S: Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. *Behav Res Ther.* 2009; 47(7): 569–576.

Prasko J, Diveky T, Mozny P, Sigmundova S: Therapeutic letters – changing the emotional schemas using writing letters to significant caregivers. *Act Nerv Super Rediviva* 2009;51(3–4):163–167.

MONOTERAPIE A POLYTERAPIE SCHIZOFRENIE A SCHIZO-AFEKTIVNÍ PORUCHY V KLINICKÉ PRAXI

L. Sušilová¹, E. Češková²

¹Farmakologický ústav LF MU, Kamenice 5/A19, Brno, Česká republika;

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

Summary

MONOTHERAPY AND POLYTHERAPY OF SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOAFFECTIVE DISORDER IN CLINICAL PRACTICE

Antipsychotic combinations are commonly prescribed despite the lack of evidence for its efficacy and safety. **Objectives:** In this study we surveyed the current practice of treatment of the patients diagnosed with schizophrenia and schizoaffective disorder, hospitalized at the Psychiatric Clinic of Brno-Bohunice Hospital in the years 2006–2010. **Methods:** In this retrospective study there were surveyed patients diagnosed with schizophrenia and schizoaffective disorder hospitalized at the Psychiatric Clinic of Brno-Bohunice Hospital in 2010, and their previous repetitive hospitalizations since 2006. Antipsychotic monotherapy was categorized into a) conventional monotherapy and b) atypical monotherapy. Antipsychotic polypharmacy was categorized according to the type of combinations as follows: a) conventional and conventional, b) atypical and atypical, and c) atypical and conventional. The data were acquired from the medical records of the patients, which included these demographic data: a) sex, 2) age, 3) hospitalization, 4) hospitalization duration and 5) psychiatric medication, and they were analyzed in Excel. **Results:** 265 patients were included in our study using 573 medication history records. The results show that in the years 2006–2010 a decrease in the number of patients treated with monotherapy and an increase in the number of patients treated with polytherapy are evident. Only about a third of the patients were treated with monotherapy – 40% (2006), 32% (2007), 28% (2008, 2009), 20% (2010). Most of the patients were treated with antipsychotic polytherapy – 60% (2006), 68% (2007), 72% (2008, 2009), 80% (2010). Psychiatric medications in other therapeutic classes used as supplement antipsychotic medications in the treatment of schizophrenia from 2006 to 2010 were as follows: antidepressants (5–12%), mood stabilizers (6–11%), anti-anxiety drugs (45–54%), hypnotics (30–40%). **Conclusions:** In this retrospective study we found that with the patients hospitalized for schizophrenia and schizoaffective disorder, antipsychotic polytherapy is very frequent. In the years 2006–2010 there are evident a decrease in the number of patients treated with monotherapy and an increase in the number of patients treated with polytherapy. There is a rising tendency in the incidence of antipsychotic combinations, especially at the

expense of atypical antipsychotic combinations. The combination of antipsychotics with other psychopharmacs is relatively same.

Key words: Schizophrenia, antipsychotics, monotherapy, polytherapy, antidepressants, mood stabilizers

Cíle

V Stanovení léčebných strategií u hospitalizovaných pacientů, poměr antipsychotické léčby v mono a polyterapii ve sledovaném období a augmentační léčba dalšími psychofarmaky.

Metody

Retrospektivně jsme zhodnotili léčbu antipsychotiky podávanou v monoterapii a polyterapii a augmentační léčbu dalšími psychofarmaky ze skupiny stabilizátorů nálady, anxiolytik a hypnotik, která byla podávána pacientům v průběhu hospitalizace 2006–2010 na psychiatrické klinice Brno-Bohunice. Monoterapie antipsychotiky byla tříděna na (1) monoterapie klasická (2) monoterapie atypická. Polyfarmacie antipsychotiky byla tříděna podle typu kombinací: (1) klasická a klasická (2) atypická a atypická (3) atypická a klasická

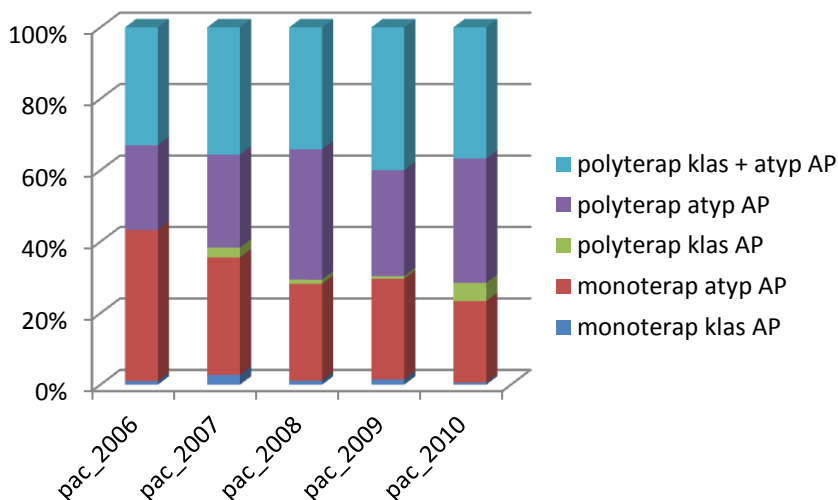
Data byla získána z chorobopisného materiálu pacientů, zahrnovala demografické údaje (pohlaví, věk) a podávanou medikaci v průběhu hospitalizace. Data zahrnovala 573 hospitalizací v období 2006–2010. Celkový počet sledovaných pacientů byl 264, z toho 173 mužů a 91 žen. Data byla analyzována v programu Excel.

Výsledky

V jednotlivých letech 2006–2010 byla celkově atypická a klasická antipsychotika podávána přibližně ve stejném zastoupení, atypická v 70–75 %, klasická antipsychotika v 25–30 %. Lékaři předepisovali monoterapii antipsychotiky v námi sledovaném období takto: 40 % (2006), 32 % (2007, 2008), 28 % (2009), 20 % (2010) z toho atypická antipsychotika v monoterapii převažovala: 42 % (2006), 33 % (2007), 27 % (2008), 28 % (2009), 23 % (2010). Antipsychotika klasická v monoterapii se vyskytovala v zanedbatelném zastoupení 1 % (2006, 2008, 2009, 2010), 3 % (2007). V jednotlivých letech převažovala polyterapie (kombinace antipsychotik) nad monoterapií a jevila vzestupnou tendenci: 60 % (2006), 68 % (2007), 72 % (2008, 2009), 80 % (2010). Převažovala kombinace antipsychotik atypických s klasickými: 33 % (2006), 35 % (2007), 35 % (2008), 36 % (2010), 40 % (2009) hospitalizací. Užití kombinace atypických antipsychotik jevila vzestupnou tendenci: 24 % (2006), 26 % (2007), 36 % (2008), 30 % (2009), 35 % (2010). Kombinace klasických s klasickými byla podávána takto: 3 %, 1 % (2008, 2009), 5 % (2010). (Graf 1). Podávání ostatních psychofarmak k antipsychotické léčbě měla toto zastoupení anxiolytika 49 % (2006), 46 % (2007), 45 % (2008), 54 % (2009), 45 % (2010), hypnotika 41 % (2006), 36 % (2007), 39 % (2008), 30 % (2009), 35 %

(2010). Stabilizátory nálady 6 % (2006), 7 % (2007), 8 % (2008), 8 % (2009), 11 % (2010) a antidepresiva 5 % (2006), 11 % (2007), 8 % (2008), 8 % (2009), 9 % (2010). Z výsledků je patrné, že podávání těchto psychofarmak má v jednotlivých letech přibližně stejné zastoupení.

Graf 1



Závěr

Ačkoli chybějí důkazy o výhodách polyterapie nad monoterapií a většina standardů doporučuje léčbu monoterapií, naše výsledky ukazují, že polyterapie je často užívanou praxí a má vzrůstající tendenci.^{1,2} Vysoký výskyt kombinací antipsychotické léčby u pacientů v nemocniční péči je dán průběhem, chronicitou onemocnění a farmakorezistencí.

Tato práce vznikla díky projektu CEITEC (CZ.1.05/1.1.00/02.0068) z Evropského fondu.

Literatura

- ¹Freudenreich O, Goff DC. Antipsychotic combination therapy in schizophrenia. A review of efficacy and risks of current combinations. *Acta Psychiatr Scand.* 2002 Nov;106(5):323–30.
- ²Correl, C.U., Antipsychotics polypharmacy, part 1: Shotgun approach or target cotreatment? *J. Clin. Psychiatri* 2008, Apr; 69(4), 674–675

Klíčová slova: Schizofrenie, antipsychotika, monoterapie, polyterapie, antidepresiva, stabilizátory nálady

DVA TYPY ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ TEENAGERŮ

E. Vaníčková¹, Z. Dušková², J. Votavová³, V. Hynčica⁴

¹Ústav zdraví dětí a mládeže, Univerzita Karlova v Praze – 3. lékařská fakulta, Česká republika; ²Dětské krizové centrum v Praze, Česká republika;

³Participace, DUHA, Praha, Česká republika; ⁴Oddělení biostatistiky a informatiky, Státní zdravotní ústav, Praha, Česká republika

Summary

TWO TYPES OF SELF HARM BY TEENAGERS

One epidemiological descriptive study was realized between 951 respondents – 411 boys and 540 girls where visited primary schools (22.5 %) and secondary schools (77.5 %) in six region of Czech Republic. The results show that 10.9 % teenagers have the experience with self harm – more boys than girls. The answer on the question “do you self make the pain – the pain physical or mental?” was surprising. 21.2 % respondents (more girls than boys) were answered yes. The analysis of empiric data enabled to the identification and the description of two typed of self harm of teenagers. The first one “classical” type of self harm has in the case history active form of interpersonal violence (frequently sexual abuse and cyberbullying); it is typical cutting. The second one is “decorative” type of self harm, scratching, branding. In case history is passive form of interpersonal violence: neglect, deprivation and child maltreatment. For this type of self harm is typical maladaptive behavior us educated form of situation behaviour.

Key words: self harm, teenager, descriptive epidemiological study, types of self harm, interpersonal violence

Cíle

Všichni zahraniční autoři se shodují, že interpersonální forma násilí bývá nejčastějším spouštěčem záměrného sebepoškozování dětí; na prvním místě se uvádí intrafamiliální model sexuálního zneužití (až dvě třetiny), na druhém místě brutální a dlouhotrvající šikana nebo na třetím místě uváděné dlouho trvající domácí násilí, kdy se dítěti nedostává pozitivní podpory od jeho klíčové osoby. (M. Kriegellová 2008) Nicméně skutečnost o roli autoritářské výchovy, tělesných trestech a pasivní formě interpersonálního násilí zůstává v kauzalitě záměrného sebepoškozování neobjasněná. Cílem studie bylo přispět k popisu příčin a rizik záměrného sebepoškozování teenagerů.

Na první českou populační studii u teenagerovské populace s cílem deskripce epidemiologických dat o záměrném sebepoškozování realizované v roce 2010 navázal v následném roce nový projekt. Jeho cílem byla analýza empirických dat odborníků pracujících v různých typech zařízení s odstupňovanou mírou sensitivity a odbornosti. Analýza dat se týkala četnosti, příčin a forem záměrného sebepoškozování u teenagerovské populace s cílem potvrdit a po-

psat rozdíl zvládnání traumatu navozeného aktivním či pasivním interpersonálním násilím na dětech, které jako nejčastější riziko záměrného sebepoškozování bylo identifikováno.

Česká populační data korespondují s daty dalších evropských zemí, kde byl v posledních pěti letech zaznamenán významný nárůst tohoto typu násilí, který je některými odborníky přičítán pouze na konto kulturního fenoménu vycházejícího z trendu současných subkultur mladé generace (subkultura EMO, Gothic a dekorativní modifikace – zejména branding a skarifikace), nicméně cílem studie byla identifikace vlivu kauzality násilí na rozvoj určitého typu záměrného sebepoškozování. (Vaníčková E., Hynčica V., Votavová J. 2010)

Metody

Metodou práce byla v prvním roce realizace epidemiologické deskriptivní studie mezi teenagery formou jejich dobrovolného vyplnění anonymního dotazníku obsahujícího 38 otázek s uzavřenou volbou odpovědí. Data byla matematicko-statisticky zpracována. Na sběru dat se podílel Národní parlament dětí a mládeže.

Sledovaný soubor tvořilo celkem 951 teenagerů, z toho 411 chlapců (43,2 %) a 540 dívek (56,8 %) z celé České republiky; konkrétně byly zastoupené tyto kraje ústecký, olomoucký, severomoravský, jihomoravský, pardubický a hlavní město Praha. Část respondentů v počtu 214 (22,5 %) navštěvovala základní školu a větší část respondentů 737 (77,5 %) navštěvovala střední školu. Věk teenagerů se pohyboval v pásmu 13–18 let.

V druhém roce se na analýze dat kromě řešitelského akademického pracoviště podílelo Dětské krizové centrum V Zápolí, Praha 4, které patří v České republice mezi zařízení, která mají s interpersonálním násilím na dětech časté zkušenosti. Na projektu se spolupodíleli také sami teenageři a to prostřednictvím participace Národního parlamentu dětí a mládeže, čímž se podařilo naplnit doporučení Rady Evropy k aktivní spoluúčasti dětí na výzkumech, které se jich bezprostředně dotýkají. Ke sběru empirických dat a jejich analýze byla přizvána řada odborníků reprezentujících různá zařízení, která jsou s kategorií ohrožených teenagerů nejčastěji v kontaktu. Jedná se o již zmíněná dětská krizová centra, dále o zařízení ústavní výchovy – především diagnostické ústavy a jejich specializovaná pracoviště – střediska výchovné péče, nízkoprahové kluby a dětskou psychiatrickou léčebnu.

Řešitelský tým se podrobně seznámil se zahraničními zkušenostmi, využil osobní zkušenosti z práce s dětskými oběťmi interpersonálního násilí, dětmi záměrně se sebepoškozujícími, ale i s reprezentanty běžné dětské populace a identifikoval kauzalitu odlišných forem interpersonálního násilí k jeho klinickému obrazu. To mu umožnilo popsat dva základní, odlišné typy záměrného sebepoškozování u teenagerovské populace. Metodou práce byla řada případových analýz a supervizí na zmíněných pracovištích.

Výsledky

Analýza výsledků potvrdila pracovní hypotézu. Prevalence, definici naplňujícího, záměrného sebepoškozování, je 10,9 %. Respondenti také uvedli, že v 39,3 % se nikdy nezabývali myšlenkou na sebevraždu.

Součástí populační studie byla i odvážná myšlenka sběru dat zaměřeného na identifikaci záměrného působení psychické bolesti, která má stejný účel jako tělesná bolest či poškození pod rouškou záměrného sebepoškozování, protože řešitelský tým se domnívá, že mechanismus chování je zcela identický a rozdíl ve formě poškozování může být způsobený pouze odlišným názorem a hodnocením daným osobností, výchovou apod. Toto chování lze do jisté míry vnímat jako jistou šedou zónu nárazníku, která pro některé teenagery může znamenat jen přestupnou stanici k záměrnému sebepoškozování nebo dokonce k sebevražednému chování, pro jiné může naplňovat roli záměrného sebepoškozování a být sama o sobě patologií, a u některých jde o naučené maladaptivní chování často spojené s rozvojem PainArt.

Na otázku, zda si záměrně působí bolest – tedy jakoukoli: tělesnou či psychickou – odpovědělo pozitivně 21,2 % respondentů, (více dívek než chlapců); zajímavé je, že 6,8 % souboru si není svojí odpovědí jisto a zvolilo odpověď, že neví. Jistotu, že si sami sobě neublíží a záměrně nikdy nezpůsobují bolest, vypověděly necelé tři čtvrtiny souboru.

Téměř polovina souboru teenagerů vypovídajících způsobování si bolesti (48 %) – statisticky významně více dívky – uvedla osobní zkušenost se záměrným způsobováním si psychické bolesti, 36,9 % uvedlo, že si záměrně působí psychickou i tělesnou bolest a sebepoškozování své tělesné integrity referovalo 15,2 % respondentů – signifikantně více chlapců než dívek. Na základě zjištěných výsledků a respektu definice záměrného sebepoškozování lze konstatovat, že se záměrně sebepoškozují celkem 52 % respondentů této podskupiny.

Existence nárazníkové šedé zóny ve velkém rozsahu je překvapující, ale s ohledem na dynamiku tohoto typu násilí není překvapující, dle názoru řešitelského týmu vymezuje ohroženou skupinu teenagerů pro záměrné sebepoškozování, a do jisté míry i pro sebevražedné chování.

Případové analýzy, supervize a empirické zkušenosti řady odborníků různých profesí pracujících v různých typech zařízení odhalily, že společným jmenovatelem veškerého záměrného sebepoškozování je „nějaká“ forma interpersonálního násilí, která nebývá často při prvním kontaktu s dítětem identifikována. Jedná se nejčastěji o pasivní formu násilí (zanedbávání zejména základních psychických, emocionálních a sociálních potřeb dítěte) nebo o psychické násilí.

V této souvislosti se řešitelský tým ztotožnil se závěry SCIE výzkumu ve Velké Británii, který realizoval obdobnou studii u šestnáctiletých teenagerů a identifikoval rizika pro nastartování záměrného sebepoškozování v absenci sebeúcty a také absenci v projevech úcty a respektu od blízkých lidí, dále vysoké skóre frustrace, psychického tlaku a v osvojení malaadaptivních technik

zvládnání stresu. (SCIE research briefing16. 2005) To přímo a zcela jednoznačně koresponduje s námi popsanými formami pasivního interpersonálního násilí a tím jednoznačně staví prevenci child maltreatment jako prioritu. A nejen prevenci, ale i včasnou intervenci a popř. terapii dětských obětí interpersonálního násilí jako prevenci rozvoje a transmutace do jiné formy násilí.

Řešitelský tým identifikoval dva základní a odlišné typy záměrného sebepoškozování dětských obětí interpersonálního násilí: klasický typ a tzv. dekorativní či maladaptivní typ.

Klasický typ lze rozdělit na plně rozvinutou a zahajovací fázi. Plně rozvinutá fáze je početně nejmenší a představuje špičku ledovce – jedná se nejčastěji o klasické, opakované řezání u dětských obětí krutého násilí (sexuální zneužívání, krutá kyberšikana); zahajovací fáze je víceméně typická pro děti, které mají zkušenost s problémovým rozvodem svých rodičů, s úmrtím blízké osoby, s emocionálním traumatem či intrapsychickým problémem. Tyto děti uvádí ojedinělou či výjimečně opakovanou zkušenost s lehčí formou pořezání, píchání apod.

Dekorativní či maladaptivní typ představuje typickou naučenou maladaptivní formu chování nejčastěji pro děti s nedostatečně naplňovanými základními potřebami, často žijících v sociálně marginalizovaných společenstvích, které se snaží napodobovat trendy a chování, o kterém se útržkovitě dozvídají v médiích včetně nových technologiích a neumí je správně vyhodnotit a zpracovat.

Závěrem lze stručně shrnout, že za záměrným sebepoškozováním teenagerů stojí jejich osobní zkušenost s interpersonálním násilím, u klasického typu se jedná o aktivní formu násilí, zatímco u dekorativního typu pasivní forma násilí. Tato skupina deprivovaných dětí se dobře orientuje v nových technologiích a svůj deficit dohání informacemi na sociálních sítích. Teenageři sami uvádějí, že Internet, sociální sítě jsou nasycené informacemi o dekorativních modifikacích, záměrném sebepoškozování a sebevražedném chování a chybí-li jim reálná zkušenost a korekce ze zdravé sociální komunikace, vědomě napodobují situační inspiraci.

Závěr

První deskriptivní epidemiologická studie odhalila, že 10,9 % teenagerů má osobní zkušenost se záměrným sebepoškozováním – více chlapců než dívek. Analýza empirických dat umožnila identifikovat a popsat dva typy záměrného sebepoškozování teenagerů, pro které je typický rozdíl ve formě násilí jako příčině a také formě záměrného sebepoškození. Klasický typ záměrného sebepoškozování má v anamnéze nejčastěji sexuální zneužití a krutou kyberšikanu, dekorativní typ je typický pro pasivní formu násilí, to znamená pro deprivované děti.

Součástí projektu se stalo vypracování e-poradenství, které si teenageři sami umístili na sociální sítě.

Literatura

1. Kriegelová M. Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. 1. vyd. Gra-da Publishing Praha. 2008. ISBN 978-80-247-2333-4
2. Vaníčková E., Hynčica V., Votavová J. Násilí namířené proti sobě samému u teenagerovské populace. 1. vyd. UK v Praze – 3. LF. 2010. ISBN 978-80-254-9075-4
3. SCIE research briefing 16: Deliberate self harm (DSH) among children and adolescents: who is at risk and how is it recognized? duben 2005. www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing16/. 2. 4. 2012.

VYUŽITÍ SKUPINOVÉ ARTETERAPIE V DENNÍM STACIONÁŘI PRO PACIENTY S PSYCHOTICKOU PORUCHOU

H. Vojtišková¹, T. Szymanská^{1,2}, R. Smetanová^{1,3}

¹Psychiatrická klinika, FN Hradec Králové, Česká republika; ²Lékařská fakulta v Hradci Králové, UK v Praze, Česká republika; ³Rehabilitační klinika, FN Hradec Králové, Česká republika

Summary

THE USE OF GROUP-BASED ART THERAPY IN THE DAY HOSPITAL FOR THE PATIENTS WITH PSYCHOTIC DISORDERS

In the art therapy people are encouraged to use a range of art materials to make images and the focus is on the relation between the image, the creator and the therapist. The aim of art therapy is to encourage self-expression and promote self-awareness. Experimental studies examining the effects of art therapy for people with schizophrenia report improved mental health, social functioning and quality of relationships with others. In our day hospital we use group-based art therapy once a week for the duration of ninety minutes. We present techniques employed during four weeks program and purpose of their use. Some findings from the art therapy can also overlap into the diagnostic and treatment process.

Key words: group-based art therapy, psychosis

Cíle

Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Pro pacienty s psychotickou poruchou je výtvarná tvorba možnou formou sebevyjádření a prostředkem k navázání komunikace i ve chvílích, kdy jim formální poruchy myšlení, psychotické prožitky nebo nedůvěra a strach z nepochopení brání v navázání komunikace se svým okolím. Studie zkoumající efekt arteterapie u pacientů se schizofrenií poukazují na zlepšení duševního stavu, sociálního fungování a vztahů s druhými lidmi.¹ Charakter výtvarného projevu psy-

chicky nemocných se mění v souvislosti se změnou jejich duševního stavu. Z toho byl vyvozen předpoklad, že podobně jako v behaviorální terapii učením a změnou chování lze v arteterapii dosáhnout léčebného efektu prací s výtvarným projevem, jeho změnou.²

Metody

Během čtyřtýdenního cyklu terapeutického programu denního stacionáře pro pacienty s psychotickou poruchou využíváme skupinovou arteterapii jedenkrát týdně v rozsahu 90 minut. Použitá arteterapeutická témata a techniky vycházejí z aktuálních potřeb konkrétní skupiny a zaměřují se na skupinovou kohezi, externalizaci nemoci, pojmenování vztahu k nemoci a jejího přijetí.

Na začátku se pomocí témat "Osobní erb", "Co umějí moje ruce", případně "Volná kresba" snažíme o otevření komunikace ve skupině a prvních momentů sebereflexe. Vycházíme z předpokladu, že pro pacienty může mít léčebný dopad již pouhý zážitek přijetí ve skupině. Pomocí témat „Strom“, „Cesta“ nebo „Vizitka nemoci“ se nenásilně dotýkáme externalizace nemoci, tedy oddělování příznaku od osobnosti pacienta. Na konec užíváme „Kolovanou kresbu“, kde si členové skupiny navzájem pomocí obrázku dávají dárky a přání do budoucna.

Výsledky

Pacienti během arteterapie často reflektují překvapení nad tím, co jsou o sobě schopni ostatním říci a čím mohou být druhým nápomocni. Postřehy z arteterapeutických sezení jsou dále využívány v terapii (v rámci individuální i skupinové psychoterapie či edukace) a zároveň mohou být podpůrné při diagnostickém procesu a farmakologické léčbě.

Závěr

Skupinová arteterapie je mnohostranně využitelná metoda při léčbě pacientů s psychotickou poruchou v denním stacionáři.

Literatura

¹ Crawford MJ, Patterson S: Arts therapies for people with schizophrenia: an emerging evidence base. *Evid. Based Men. Health* 2007;10;69–70.

² Lhotová Marie. Proměny výtvarné tvorby v arteterapii. České Budějovice: Scientia, 2010. Str. 10. ISBN 978-80-7394-209-0

Klíčová slova: skupinová arteterapie, psychóza

DENNÍ STACIONÁŘ PRO PACIENTY S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM – MOŽNÝ PROSTŘEDEK K „TERAPII COMPLIANCE“ V DLOUHODOBÉ ANTIPSYCHOTICKÉ LÉČBĚ

K. Vrbová^{1,2}, B. Talová¹, A. Sandoval¹

¹Psychiatrická klinika FN Olomouc, Olomouc, Česká republika; ²Lékařská fakulta Univerzity Palackého, Olomouc, Česká republika

Summary

DAILY CARE CENTER FOR PATIENTS WITH PSYCHOTIC DISORDERS – POSSIBLE WAY TO IMPROVE ADHERENCE IN LONG-TERM ANTIPSYCHOTIC TREATMENT

Noncompliance of medication is well known serious problem in the long-term therapy. In the Daily care center of Psychiatric Clinic in Olomouc, we strive to provide quality insight of this disease in patients with psychotic experiences. The importance of taking medication is explained to the participants. The therapist responds to the requests of patients and their relatives concerning the use of medication. We expect fewer relapses and the need for rehospitalization due to withdrawal of medication in Daily care center graduates after 12 weeks of attendance.

Key words: noncompliance, psychosis, relapse, Daily care center

Léčba psychotických onemocnění

Základním přístupem v léčbě je **farmakoterapie antipsychotiky, nejlépe druhé generace**, kde je vyšší šance zastavit progresi kognitivního deficitu.

Řada autorů vidí jako nejúspěšnější léčbu psychóz v **kombinaci psychofarmak s psychoterapií**. Ústředním motivem psychoterapeutických snah je podpora pacienta ve vědomí, že není pasivní obětí příznaků psychózy, nýbrž že se jim může účinně bránit a vítězit.

Cíle léčby: dosažení dlouhodobé remise (a údravy) bez relapsu

Problém – když léčba nefunguje optimálně

U velkého množství pacientů i přes adekvátně vedenou terapii přetrvávají reziduální symptomy (pozitivní, negativní)

Možné důsledky:

Pacient dospěje k názoru, že léky není třeba dále užívat, když ho hlasy stále trápí; docházet na kontrolu k psychiatrovi je zbytečné

Další progrese choroby, závažné funkční postižení, ireverzibilní postpsychotické změny osobnosti

Jedním z možných vysvětlení pro přetrvávání psychotických příznaků může být vliv prožité **traumatické události**, která se stala **spouštěčem psychotické poruchy**. Tuto teorii zkoumají kognitivně behaviorální přístupy.

Role traumatu pro rozvoj psychózy

Vysoké procento pacientů s psychotickou zkušeností zažilo trauma buď v dětství, nebo v dospělosti (Larkin and Morrison, 2006).

Expozice traumatickým událostem v dětství činí jedince vulnerabilním pro rozvoj psychózy v dospělosti (upraveno dle Garety et al., 2011).

Pacienti se sluchovými halucinacemi (zejm. hlasy) byli mnohem častěji vystaveni sexuálnímu zneužívání v dětství oproti zdravé populaci (upraveno dle Read et al., 2005).

Pozn.: Přítomnost sluchových halucinací nutně neznamená, že dotyčný byl v dětství sexuálně zneužíván. Nicméně se ukazuje, že tito postižení mívají častěji problémy se správným rozpoznáváním reality x halucinatorním vjemům.

Nepříznivé události v dospělosti mohou být spouštěčem psychotického onemocnění.

Halucinace na první pohled obvykle nejeví žádnou souvislost s předchozími traumatickými zážitky.

Kognitivní model trauma – psychóza

Sociální a interpersonální zkušenosti mají silný vliv na to, jak lidé vnímají **sami sebe, druhé a okolní svět**. U pacientů s psychotickým onemocněním, v minulosti mnohdy vystaveným traumatickým zážitkům, se často formují negativní přesvědčení (o sobě, ostatních lidech, světě kolem a osudu) – v terminologii KBT – **negativná jádrová schémata**.

Birchwood et al. (2000) popisuje, jak mohou jádrová **schémata ovlivnit hodnocení vlastních halucinatorních prožitků** (např. hlasů). Např. ti, kteří zažívají vztah podřízenosti či jsou vnímáni jako neobratní v mezilidských vztazích, cítí se stejně ve vztahu k vlastním slyšeným hlasům. Též je známo, že **hlasy často kritizují podobně, jak se kritizuje pacient sám nebo jak ho kritizovalo jeho okolí**.

Disociace

Množství studií naznačuje, že pacienti s psychotickým onemocněním se známostou anamnézou zneužívání v dětství jsou též náchylnější k disociaci.

Nelze integrovat trauma; flashbacky, intruzivní vzpomínky, hlasy apod. jsou pokusem organismu zážitek integrovat, což nelze, pokud pacient disciuje/či negat. prožitky vědomě potlačuje.

Proces disociace může do budoucna způsobit vyšší výskyt neobvyklých prožitků, což může znamenat počátek rozvoje psychotické poruchy.

Tyto neobvyklé prožitky mohou být **ve skutečnosti intruzivní vzpomínky nebo flashbacky**. To, co činí tyto prožitky neobvyklými, je fakt, že nejsou vědomě spojeny s traumatickou událostí.

Léčba

Vytvoření terapeutického vztahu

Vytvořit pocit bezpečí klidným vystupováním, bez nadměrného vyjadřování emocí, „čitelným chováním“, jasnou strukturou sezení. Překonat tak **pacientovu nedůvěru** pro event. přítomnost negativního jádrového schématu o druhých – např. lidé jsou nebezpeční, krutí, odmítající (včetně terapeuta).

Normalizace psychotických symptomů

Pacientovi se dostane vysvětlení, že lidé, kteří byli vystaveni závažné traumatizující události, často zažívají intruzivní myšlenky, vzpomínky na trauma či mají zkušenosti s hlasy.

Pohled na sebe jako oběť traumatu je méně stresující než pocit „bláznění“ či šílenství.

Nácvik metod zvládání psychotických příznaků

Relaxace, sebeinstruktáž, plánování vhodné činnosti apod.

Šetrná expozice traumatické události

V bezpečné atmosféře umožnit **znovuprožití** traumatické události (formou psaní dopisu, expozice v imaginaci s následnou možnou reskripcí traumatu; narativní PT přístupy). Často užívat techniky „ukotvení“ jako prevence ztráty kontaktu s realitou.

Kognitivní restrukturalizace

Pomocí **Sokratického dotazování** zjistit význam, který pacient připisuje svým hlasům.

Nácvik rozlišení mezi vnímáním a interpretací.

Behaviorální experimenty (chovat se proti doporučení hlasů apod.).

Snížení vnímaného distresu z halucinatorních prožitků umožní **práci s vlastními kognitivními schémata** (mapování a testování jádrových schémat, vliv na vzplanutí nemoci, modifikace a důsledky pro život).

Upevnění nových způsobů zvládání problémů; zvýšit práh odolnosti vůči stresorům, snížit intenzitu stresu.

Závěry

Základem léčby schizofrenie jsou vždy psychofarmaka, zpravidla ze skupiny antipsychotik.

Velká skupina pacientů však i přes adekvátně vedenou farmakoterapii trpí chronickými halucinacemi a bludy.

Kognitivně behaviorální přístupy v současné době pracují s teorií, že jedním z možných vysvětlení pro přetrvávání psychotických příznaků je traumatický zážitek (či zážitky).

Proto je třeba, aby se lékaři / terapeuti citlivě ptali svých pacientů na eventuální nepříznivé životní události.

Následuje zprostředkování náhledu, jak se prožitá negativní událost může podílet na vzniku a udržování psychotických příznaků.

Pomocí vhodných kognitivně behaviorálních technik (při současné farmakoterapii) lze zmírnit utrpení pacienta, které mu působily chronické psychotické příznaky, jež byly na samotnou farmakoterapii rezistentní.

Podporováno grantem IGA MZ ČR NT 11047-4/2010X

ZKUŠENOSTI S ADDENBROOKSKÝM KOGNITIVNÍM TESTEM (ACE-R) U GERONTO-PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ

I. Žírková, R. Žírko, J. Bažant, Z. Pavelková

Psychiatrická klinika LF UK a FN Hradec Králové, Česká republika

Summary

OUR EXPERIENCES WITH THE USE OF ADDENBROOKE'S COGNITIVE EXAMINATION IN GERONTOPSYCHIATRY

Addenbrooke's Cognitive Examination is a neuropsychological battery designed to detect individuals with suspected cognitive impairment. The Addenbrooke's Cognitive Examination integrates Mini-Mental State Examination with new items to screen 5 cognitive domains (attention and orientation, memory, verbal fluency, language, and visually-spatial abilities).

We realized the retrospective analysis of 102 patients' tests results. The outcome shows strong negative correlation of results with age. At the same time, we evaluated the difficulty of items. The Addenbrooke's Cognitive Examination can be recommended for psychiatric patients older than 60 years.

Key words: *Addenbrooke's Cognitive Examination, cognitive domains, item analysis, cognitive impairment, gerontopsychiatry*

Úvod

Addenbroockský kognitivní test (ACE-R) se od metody v ČR r. 2008 stává široce používaným nástrojem k časnému zachycení kognitivních poruch, k podrobnějšímu zjištění úrovně kognitivních funkcí i diferenciální diagnostice kognitivních poruch a demencí (3).

Cíle

Retrospektivní analýza výsledků ACE-R pacientů Psychiatrické kliniky starších 50 let. Vztah výkonu v testu a věku, zhodnocení obtížnosti jednotlivých položek, vztah v testu zahrnuté škály MMSE a celé škály ACE-R.

Metody

V období XI/2008–XII/2011 jsme použili ACE-R verze 09 v rámci 115 vyšetření kognitivních funkcí. Vyšetřených bylo 89 pacientů hospitalizovaných na uzavřených odděleních Psychiatrické kliniky a 26 ambulantních i konziliár-

ních pacientů v rámci FN. 11 pacientů bylo vyšetřeno opakovaně. Do analýzy jsme zařadili data z 1. vyšetření pacientů starších 50 let.

Soubor tvořilo 102 pacientů ve věku 52–88 let (průměr: 72,9; SD= 8,4) z toho:

37 mužů ve věku 52–84 let ($71,5 \pm 9,2$).

65 žen ve věku 52–88 let ($73,6 \pm 7,9$).

Počet pacientů v jednotlivých dekádách: 50–59 let: 11; 60–69 let: 24; 70–79 let: 50; 80–89 let: 17.

Výsledky

Mezi výkonem v testu mužů a žen nebyl rozdíl. Potvrdila se významná negativní korelace s věkem (3). Ta byla v celém ACE-R ($r = -0,368$) obdobná jako v zahrnutém MMSE ($r = -0,372$).

Výsledky v testu ACE-R-09 vzhledem k pohlaví a věku:

	N	skór MMSE v rámci ACE-R			skór ACE-R		
		medián	průměr	SD	medián	průměr	SD
celý soubor	102	24	23,4	5,2	72	69,5	17,5
Muži	37	23	23,5	5,5	72	69,2	18,5
Ženy	65	24	23,4	5,0	72	69,7	17,0
50–59 let	11	28	25,3	5,8	81	75,5	18,1
60–69 let	24	27,5	25,7	5,0	81,5	77,8	17,3
70–79 let	50	24	23,3	4,6	69,5	68,5	16,0
80–89 let	17	21	19,4	4,6	60	56,9	14,6

Na základě výkonu v 5 doménách ACE-R (dle procenta získaných bodů z maximálně možných) je nejnáročnější '*Slovní produkce*'. Následuje '*Paměť*'. Úspěšnost ve zbylých 3 doménách je na obdobné úrovni, nejjednodušší se jeví '*Jazyk*'.

Výsledky celého souboru v jednotlivých doménách:

	průměr	SD	% bodového zisku
Pozornost a orientace (18b)	14,3	3,4	79,2
Paměť (26b)	15,5	6,3	59,4
Slovní produkce (14b)	6,0	3,2	42,6
Jazyk (26b)	21,2	4,6	81,5
Zrakově-prostorové schopnosti (16b)	12,6	2,8	79,0

Při obdobné analýze na úrovni 18 položek testu byl zhodnocen průměrný skór (pacientů celého souboru v dané položce) a ten vydělen počtem v položce maximálně získatelných bodů.

Jako nejtěžší tak vystoupili položky: 10c) Opakování věty ‘*Ne jestliže, pokud nebo ale*’ (0,36); 17) Oddálené vybavení adresy (0,37); 7a) Slova na P (0,42); 7b) Zvířata (0,43); 4) Oddálená reprodukce 3 slov (0,48); 6) Retrográdní paměť – politici (0,54).

Naopak naši pacienti nejméně ztráceli body v položkách: 16) Čtení neúplných písmen (0,99); 2) Bezprostřední reprodukce 3 slov (0,97); 9) Psaní věty (0,91); 13) Čtení slov (0,90); 15) Sčítání teček (0,88); 10a) Opakování slov (0,86).

Vícero otázek reliability a validity z praxe používání českého převodu ACE-R bylo reflektováno při úpravě a vzniku nové verze ACE-CZ (1). Ta kromě jiného přinesla i změnu výše konstatované „nejtěžší položky“ (vzniklé méně vhodným převodem původní anglické fráze). Větu ‘*Ne jestliže, pokud nebo ale*’ v nové verzi nahradila věta ‘*Prostě tak a ne jinak*’.

Korelace položek MMSE s ostatními položkami škály ACE-R je vysoká ($r = 0,916$). Vztah mezi MMSE a ACE-R v našem souboru pacientů vystihuje rovnice lineární regrese: $ACE-R = 3,2352 \times MMSE - 6,3467$. Orientačním hraničním bodům škály MMSE dle ní v ACE-R odpovídají skóre:

MMSE	MMSE	ACE-R
27–30 bez poruchy	30	90,7
25–26 hraniční nález	27	81,0
18–24 lehká demence	24	71,3
6–17 středně těžká demence	17	48,7
pod 6 těžká demence		

Škála ACE-R má autory (Mioshi et al., 2006) navrhované 2 cut-off skóre: 88 a 82. Skóruje-li pacient 88 bodů a méně, je pro demenci senzitivita 94 % a specifita 89 %. Skóruje-li pacient 82 bodů a méně, je pro demenci senzitivita 84 % a specifita 100 %. Tyto hranice jsou při absenci české standardizace a norem přebírány pro ACE-R 09 i novější upravenou verzi (2,3):

I dle mírnějšího z kritérií (82b a méně) ze 102 vyšetřených pacientů pod hranici demence spadalo 76 (74,5 %). Dle kritérii MMSE (24b a méně) by to bylo jen 53 (tj. 52 %) pacientů. Pro podmínky naší praxe se orientační cut-off skóre ACE-R jeví nadmíru tvrdé.

Závěr

Test můžeme doporučit pro skrínig kognitivní deteriorace psychiatrických pacientů nad 60 let. U mladších ročníků je senzitivita nižší a test zachytí jen závažnější deterioraci. Pro potvrzení podezření na začínající deterioraci je zde přínosnější a efektivnější použití senzitivnějších neuropsychologických zkoušek. Naopak u pacientů nad 70 či 75 let nám ACE-R poskytne validní a pro potřeby praxe dostačující výsledek často i bez jiných neuropsychologických metod.

Test se nám osvědčil i pro sledování vývoje kognitivní výkonnosti v čase. Dobře realizovatelný je i v ambulantních podmínkách.

Literatura

1. Bartoš A, Raisová M, Kopeček M: Důvody a průběh novelizace české verze Addenbrookského kognitivního testu (ACE-CZ). *Cesk Slov Neurol N* 2011; 74/107(6).
2. Mioshi E, Dawson K, Mitchlell J, Arnold R, Hodges JR: The Addenbrooke's Cognitive Examination revised: a brief cognitive test battery for dementia screening. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21 (11): 1078–85.
3. Raisová M, Kopeček M, Řípková D, Bartoš A: Addenbrookský kognitivní test a jeho možnosti použití v lékařské praxi. *Psychiatrie* 2011; 15 (3): 145–150.



knihovnicka.cz

CIVILIZACE, ČAS A DUŠEVNÍ PORUCHY

**Sborník příspěvků IX. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP
s mezinárodní účastí**

www.cpssjezd.cz

Pořadatelé sborníku: Jiří Raboch, Irena Zrzavecká a Pavel Doubek

Vydal a vytiskl Tribun EU s. r. o.
Cejl 32, 602 00 Brno

V Tribunu EU vydání první
Brno 2012

ISBN 978-80-263-0243-8

www.knihovnicka.cz



knihovnicka.cz



9 788026 302438 >