

ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE

ČASOPIS ČESKÉ PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI
A SLOVENSKEJ PSYCHIATRICKÉJ SPOLOČNOSTI

VEDOUCÍ REDAKTOR

MUDr. M. Anders, Ph.D.

Psychiatrická klinika I. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2

ZÁSTUPCE VEDOUcíHO REDAKTORA

MUDr. R. Příkryl, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Jihlavská 20, 625 00 Brno

REDAKČNÍ RADA

Členové

MUDr. P. Baudiš, CSc., Praha

Prof. MUDr. E. Češková, CSc., Brno

Doc. MUDr. F. Faltus, DrSc., Praha

Prof. MUDr. M. Hrdlička, CSc., Praha

Prof. PhDr. A. Heretik, CSc., Bratislava

MUDr. L. Janů, Ph.D., Plzeň

Doc. PhDr. J. Kocourková, CSc., Praha

Doc. MUDr. V. Kořínková, CSc., Bratislava

MUDr. J. Masopust, Hradec Králové

Doc. PhDr. M. Mioviský, Ph.D., Praha

Doc. MUDr. P. Mohr, Ph.D., Praha

Prim. MUDr. L. Nábělek, Banská Bystrica

Prof. MUDr. V. Novotný, CSc., Bratislava

MUDr. J. Pečeňák, CSc., Bratislava

Prof. MUDr. J. Pokorný, DrSc., Praha

Doc. MUDr. P. Smolík, CSc., Hradec Králové

Doc. PhDr. J. Srnec, CSc., Praha

Prof. MUDr. A. Šulcová, CSc., Brno

Prof. MUDr. E. Topinková, CSc., Praha

Prof. MUDr. P. Zvolský, DrSc., Praha

Korespondenti

Doc. MUDr. PhDr. J. J. Diamant (Nizozemsko);

Prof. P. C. Fedor-Freybergh (Švédsko); Prof. J. E. Mezzich (USA);

Prof. Dr. H. J. Möller (SRN); Doc. MUDr. J. M. Nerad (Nizozemsko)

TECHNICKÁ SPOLUPRÁCE

PhDr. L. Buriánková

ODPOVĚDNÁ REDAKTORKA

PhDr. H. Raušerová

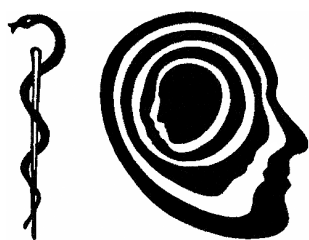
Nakladatelské a tiskové středisko

České lékařské společnosti JEP

Sokolská 31, 120 26 Praha 2

**Supplementum
2/2007**

www.clsjep.cz



ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE

ČASOPIS ČESKÉ PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI
A SLOVENSKEJ PSYCHIATRICKÉJ SPOLOČNOSTI

Česká lékařská společnost Jana
Evangelisty Purkyně, Praha 2007

ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE

Vydává Česká lékařská společnost J.
E. Purkyně, Sokolská 31, 120 26 Pra-
ha 2. Vedoucí redaktor MUDr. M.
Anders, Ph.D. Zástupce vedoucího
redaktora MUDr. R. Přikryl, Ph.D.
Odpovědná redaktorka PhDr. H. Rau-
šerová. Tiskne Tiskárna Prager-LD,
s.r.o., Kováků 9, 150 00 Praha 5.
Vychází 8krát ročně. Rozšiřuje: V ČR
Nakladatelství Olympia, a.s., Praha,
do zahraničí (kromě SR) – Myris Tra-
de s.r.o., V Štíhlách 1311/3, P.O. Box
2, 142 01 Praha 4, ve SR Mediaprint-
Kapa Pressegrasso, a.s. – oddelenie
inej formy predaja. Vajnorská 137,
P.O. BOX 183, 830 00 Bratislava 3,
tel.: 02/444 588 16, 02/444 588 21, fax:
02/444 588 19,

e-mail: predplatne@abompkapa.sk.
Předplatné na rok 480,- Kč (688,-
Sk), jednotlivé číslo 60,- Kč (86,- Sk).
Informace o předplatném podává
a objednávky českých předplatitelů
přijímá: Nakladatelské a tiskové stře-
disko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26
Praha 2, tel.: 296 181 805

– J. Spalová, e-mail: spalova@cls.cz.
Informace o podmínkách inzerce
poskytuje a objednávky přijímá:
Inzertní oddělení ČLS JEP, Sokolská
31, 120 26 Praha 2, tel. 224 266
253, tel./fax 224 266 265, e-mail:
ntsinzerce@cls.cz.

Registrační značka MK ČR E 4654.
Rukopisy zasílejte na adresu: MUDr.
M. Anders, Ph.D., Psychiatrická kli-
nika 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11,
120 00 Praha 2.

Rukopis byl dán do výroby dne 3. 8.
2007

Zaslané příspěvky se nevracejí, jsou
archivovány ČLS JEP. Vydavatel zís-
ká otištěním příspěvku výlučné
nakladatelské právo k jeho užití.

Vydavatel a redakční rada upozorňu-
jí, že za obsah a jazykové zpracování
inzerátů a reklam odpovídá výhradně
inzerent.

Žádná část tohoto časopisu nesmí být
kopírována a rozmnožována za úče-
lem dalšího rozšiřování v jakémkoliv
formě či jakýmkoliv způsobem, ať již
mechanickým nebo elektronickým,
včetně pořizování fotokopii, nahrá-
vek, informačních databází na mag-
netických nosičích, bez písemného
souhlasu vlastníka autorských práv
a vydavatelského oprávnění.

Zpracování pro internet provádí NT
Servis, s.r.o., U Kněžské louky
2124/53, 130 00 Praha 3, tel: 284 818
342–3, fax: 284 820 956,
e-mail: ntservis@ntservis.cz,
internet: www.ntservis.cz

OBSAH

2007 – Ročník 103 – Supplementum 2

Úvodník	4
Program	5
Abstrakta symposií, plenárních přednášek a volných sdělení	8
Abstrakta posterů	34

CONTENTS

2007 – Vol. 103 – Supplementum 2

Preface	4
Programme	5
Abstracts of Symposiums, Lectures and Free Comuncations	8
Abstracts of Posters	34

Pacienti s psychózou jsou vystaveni riziku
přerušení léčby a následnému
relapsu onemocnění

Risperdal® Consta™

první atypické
antipsychotikum v injekcích
s dlouhodobým účinkem

Risperdal® CONSTA™
risperidonium



JANSSEN-CILAG
a Johnson & Johnson company

Zkrácené informace o léčivém přípravku Risperdal Consta

Název přípravku: Risperdal Consta 25 mg; Risperdal Consta 37,5 mg; Risperdal Consta 50 mg. **Léčivá látka:** risperidonum. **Indikace:** Léčba schizofrenie a schizoaфекtivních poruch. **Dávkování a způsob podání:** Aplikace jednou za dva týdny hlubokou i.m. injekcí intragluteálně za použití přiložené bezpečnostní injekční jehly. Risperdal Consta není určen k intravenózní aplikaci. Dospělí: Doporučená dávka 25 mg 1x za dva týdny i.m., maximální dávka 50 mg 1x za dva týdny. Tři týdny latence účinku - nutnost paralelně zajistit dostatečnou antipsychotickou léčbu. Zvyšování dávek ne dříve než za čtyři týdny. Účinek úpravy dávkování nelze očekávat dříve než za tři týdny po první injekci vyšší dávky. Starší pacienti: Doporučená dávka 25 mg 1x za dva týdny i.m. Tři týdny latence účinku - nutnost paralelně zajistit dostatečnou antipsychotickou léčbu. Pacienti s jaterními a ledvinovými poruchami: Použití přípravku nebylo dosud sledováno. Děti: Použití přípravku nebylo dosud u pacientů mladších 18 let sledováno. **Kontraindikace:** Známá přecitlivělost k risperidonu nebo ke kterékoli složce přípravku. **Zvláštní upozornění:** Blokáda alfa-aktivity: Možnost (ortostatické) hypotenze, zvláště v počátku léčby. Nutná opatnost u pacientů se známým kardiovaskulárním onemocněním, nutné postupné zvyšování dávky. Tardivní dyskineze / extrapyramidové symptomy: Risperidon vyvolává nižší potenciál rozvoje extrapyramidových symptomů než klasická neuroleptika. Při příznacích tardivních dyskinez je nutné vysadit všechna antipsychotika. Neuroleptický maligní syndrom: Při výskytu příznaků je nutné vysadit všechna neuroleptika včetně risperidonu. Cerebrovaskulární nežádoucí účinky: V placebem kontrolovaných klinických studiích u starších pacientů s demencí byla zjištěna signifikantně vyšší incidence cerebrovaskulárních nežádoucích účinků, jako např. mrtvice (včetně fatální) a krátkodobých ischemií (TIA) u pacientů (průměrného věku 85 let, v rozmezí 73-97 let) léčených perorální formou přípravku RISPERDAL ve srovnání s pacienty, kteří užívali placebo. Ve zmíněných klinických studiích byla kombinace furosemidu a risperidonu spojena s vyšší incidencí mortality ve srovnání se skupinou léčenou risperidonom nebo furosemidem jednotlivě; mechanismus této interakce je však nejasný. Další: Opatnost zapotřebí při léčbě risperidonom u Parkinsonovy nemoci. Zvýšená opatnost při léčbě epilepsie. V průběhu léčby přípravkem RISPERDAL byly ve velmi vzácných případech hlášeny hyperglykémie a zhoršení již existujícího diabetu. **Interakce:** Opatnost především při kombinaci s jinými léky ovlivňujícími CNS. Risperdal může antagonizovat účinky levodopy a ostatních dopaminových agonistů. Karbamazepin snižuje koncentraci aktivní antipsychotické plazmatické frakce risperidonu. Podobné účinky mají i další induktory jaterních enzymů. Při ukončení léčby karbamazepinem nebo jinými induktory jaterních enzymů je zapotřebí dávkování risperidonu přehodnotit a v případě potřeby dávku snížit. Fenothiaziny, tricyklická antidepresiva a některé betablokátory mohou zvyšovat plazmatické koncentrace risperidonu, nikoli však antipsychotický účinné

frakce. Fluoxetin může zvyšovat plazmatické koncentrace risperidonu, avšak méně antipsychotickou frakci. Jestliže je risperidon užíván současně s jinými léky vyznačujícími se vysokou vazebností na proteiny, nedochází ke klinicky relevantnímu vytěšňování léčiv z této vazby. Risperidon neovlivňuje farmakokinetické parametry lithia a valproátu. **Těhotenství a kojení:** Bezpečnost užívání risperidonu během těhotenství nebyla u lidí ověřena. Risperdal Consta může být během těhotenství podáván pouze tehdy, pokud očekávaný přínos léčby převyšuje možná rizika. Ženy užívající Risperdal Consta by neměly kojit. **Možnost snížení pozornosti při řízení motorových vozidel a obsluze strojů:** Risperidon může nepříznivě ovlivnit činnost vyžadující mentální bdělost. O možnosti řízení motorových vozidel a obsluhy strojů rozhodne lékař. **Nežádoucí účinky:** Časté (>1/100): Přírůstek tělesné hmotnosti (2,7 kg za rok), deprese, únava a extrapyramidové příznaky. Méně časté (> 0,1/100): Snížení tělesné hmotnosti, nervozita, poruchy spánku, apatie, narušená koncentrace, rozostřené vidění, hypotenze, synkopy, vyrážka, svědění, periferní otoky, reakce v místě vpichu. Příznaky hyperprolaktinémie. Příležitostně tardivní dyskineze, neuroleptický maligní syndrom a křečové paroxysmy. **Inkompatibility:** Risperdal Consta nesmí být smícháván nebo ředěn jinými léky nebo roztoky než originálním rozpouštědlem. **Dostupné lékové formy:** Jedna lahvička přípravku Risperdal Consta s obsahem prášku pro přípravu injekční suspenze. Jedna předplněná injekční stříkačka s rozpouštědlem pro přípravek Risperdal Consta. Dvě Hypoint 206 2"TW injekční jehly pro rekonstituci. Jedna injekční jehla pro intramuskulární injekci Needle-Pro (206 2"TW jehla s krytem). **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Janssen-Cilag s.r.o., Karla Engliš 3201/6, 150 00 Praha 5, Česká republika. **Registrační číslo:** 68/068/03-C; 68/069/03-C; 68/070/03-C. **Podmínky uchování:** Uchování při teplotě 2-8 °C (v chladničce). Při nedostupnosti chladničky uchování při teplotě do 25 °C maximálně 7 dní. Přípravek nesmí být vystaven teplotě vyšší než 25 °C. **Datum poslední revize textu:** 31. 5. 2006.

Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Dříve, než začnete přípravek předepisovat, seznáme se, prosím, s úplnou informací o přípravku (SmPC), která je dostupná na vyžádání. Úplná informace o přípravku je k dispozici v Souhrnu údajů o přípravku (SmPC) nebo na adrese: Janssen-Cilag s.r.o. Karla Engliš 3201/6, 150 00 Praha 5 Tel: +420 227 012 254, fax: +420 227 012 328 www.janssen-cilag.cz

ÚVODNÍK

Vážené kolegyně a kolegové,

vítejte na 13. česko-slovenském psychiatrickém sjezdu v Brně!

V rámci odborného programu jsme se snažili zařadit témata jak psychoterapeuticky, tak biologicky orientovaná, protože víme, že psychologické a biologické aspekty nelze oddělovat a obojí hraje roli v etiopatogenezi a samozřejmě pak i v léčbě psychických poruch. Jsme velmi rádi, že pozvání k aktivní účasti na odborném programu přijali naši kolegové ze Slovenské republiky, Spolkové republiky Německo, Rakouska, USA a Velké Británie. Bude ctí přivítat prezidenta světové psychiatrické asociace prof. Mezziche a další významné zahraniční hosty. V paralelním programu umožníme setkání mladých psychiatrů nejen s prof. Mezzichem, ale i s významnými osobnostmi C.I.N.P. (Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum) v rámci edukačně – výzkumného programu pro vědecky orientované psychiatry („mentor-mentee“ program).

V tomto kontextu si vás dovoluujeme upozornit, že nás příští rok čeká v České republice několik významných událostí, z nichž nejdůležitější je kongres Světové psychiatrické asociace. Jde o velmi prestižní záležitost, která může nepochybně posílit pozici české psychiatrie ve světě a také zlepšit pohled na tento opomíjený obor u našich politiků.

Všechny zveme na valnou hromadu, na které budeme seznámeni s možnostmi dalších perspektiv české psychiatrické společnosti.

Brno je moravskou metropolí a se 400 tisíci obyvateli i druhým největším městem České republiky. Je zároveň veletržním centrem střední Evropy, kde se každoročně koná množství mezinárodních veletrhů a výstav. Město již z dálky charakterizují siluety historických dominant – hradu Špilberku a katedrály sv. Petra a Pavla. V Brně jsou i významná díla moderní architektury 20. století. Vrcholným dílem je funkcionalistická vila Tugendhat světoznámého architekta Ludwiga Miese van der Rohe, zařazená na seznam světového kulturního dědictví UNESCO. V Brně žila i řada významných osobností – vzpomeňme například Leoše Janáčka, jehož skladby často poprvé zazněly právě zde, či Johanna Gregora Mendela, objevitele zákonů dědičnosti.

V okolí najdete rovněž řadu významných památek. Jedním z nejatraktivnějších míst je Slavkov a jeho okolí, kde se roku 1805 odehrál jeden z největších střetů napoleonských válek – bitva u Slavkova. Milovníci přírodních krás dají jistě přednost krápníkovým jeskyním Moravského krasu s pověstnou propastí Macocha.

Věříme, že kromě absolvování odborného programu oceníte nezaměnitelnou chuť moravských vín a zaposloucháte se do slovácké cimbálové muziky.

Na setkání v Brně se s Vámi za všechny spolupracovníky srdečně těší

prof. MUDr. Eva Češková, CSc.

PROGRAM

Středa 12. 9. 2007

- 17:00 – 18:00** **SATELITNÍ SYMPOZIUM**
Bristol-Meyers Squibb: Antipsychotika ve 21. století
- 18:15 – 19:15** **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ**

Čtvrtek 13. 9. 2007

- 8:30 – 10:00** **SYMPOZIUM 1: Psychobiologické aspekty afektivních poruch**
gestor: J. Raboch
Z. Fišar, J. Raboch, Z. Hanuš – Monoaminoxidáza a antidepressiva
M. Šusta, P. Bob – Chaotická neuronální odpověď při konfliktním Stroopově testu reflektuje hladinu kortizolu v séru u pacientů s depresivní epizodou
E. Kitzlerová – Patofyziologické souvislosti kardiovaskulárních onemocnění a depresivní poruchy a trendy v jejich léčbě
P. Bob, M. Šusta – Symptomy limbické iritability a chaotická aktivita autonomního nervového systému v průběhu kognitivního konfliktu u pacientů s unipolární depresí
- SYMPOZIUM 2: Meze a možnosti psychoterapie a farmakoterapie**
gestor: P. Hellerová
P. Hellerová – Specifické rysy psychoterapie adolescentů
S. Kratochvíl – Skupinová psychoterapie v rámci psychiatrické léčebny
O. Pěč – Psychofarmaka v kontextu psychoterapie a psychosociální péče u psychóz
J. Praško – Místo psychoterapie v rámci psychiatrické hospitalizace na odděleních nemocnic
- 10:15 – 11:45** **SYMPOZIUM 3: Výzkumné témy na PK LF UK a FNsP v Bratislavě**
gestor: V. Novotný
I. André – Hypodynamické stavy v psychiatrii- psychopatologické súvislosti
L. Izáková – Schizoafektívna porucha, depresívny typ – monoterapia alebo kombinovaná liečba?
R. Pospíšil – Perzistujúce psychopatologické zmeny v súvislosti s užívaním pervitínu a extázy. Realita skutočného života?
P. Janík, V. Novotný, D. Kešický – Schizofrénia a mesiac narodenia
- SYMPOZIUM 4: Stimulační metody v neuropsychiatrii**
gestor: I. Rektor
I. Rektor – Neurostimulační metody v neurologii a psychiatrii
I. Rektorová, H. Srovnalová – Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) – studie u pacientů s Parkinsonovou nemocí
T. Novák, M. Klírová, J. Horáček, J. Čermák, J. Tintěra, P. Mohr – Stereotaktická neuronavigace repetitivní transkraniální magnetické stimulace v psychiatrických indikacích: od regionálního metabolismu k cílené léčbě
R. Příkryl, T. Kašpárek, S. Skotáková, L. Ustohal, H. Kučerová, E. Češková – Léčba negativních příznaků schizofrenie pomocí repetitivní transkraniální magnetické stimulace v podmínkách dvojité zaslepené studie.
M. Anders, J. Dvořáková, L. Rathová, P. Havránková, J. Raboch, R. Jech, M. Holcát, Z. Seidl, J. Krásenský – Využití rTMS v léčbě tinitu - koncept studie a první výsledky
B. Langguth, J. Dvořáková, P. Eichhammer, G. Hajak – Transkraniální magnetická stimulace v léčbě auditivní fantomové percepce

12:00 – 13:00 LUNCH SYMPOZIUM

Glaxo Smith Kline: Co je nového v psychiatrii?

J. Švestka – Bupropion - unikátní duální antidepresivum

E. Češková – Nejen o bipolární poruše aneb Lamictal - širokospektrý stabilizátor nálady

13:15 – 14:15 PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKY

M. Abou-Saleh – The use of Lithium in the long term management of mood disorders

W. Gaebel – The DSM V initiative „Deconstructing psychosis“ in the context of Kraepelin's concept of nosology

14:30 – 16:00 SYMPOZIUM 5: Bipolární afektivní porucha

Gestor: C. Stuppaeck, C. Simhandl

C. Simhandl – Diagnoses of bipolar disorder beyond ICD 10

C. Stuppaeck – Psychopharmacological treatment patterns in bipolar disorder

M. Muehlbacher – Bipolar disorder, comorbidities and evidence based treatment options: Do we meet our patients' needs?

16:15 – 18:15 Valná hromada Psychiatrické společnosti ČLS JEP

18:30 – 19:30 SATELITNÍ SYMPOZIUM

Janssen Cilag: Význam dlouhodobé kontinuální léčby schizofrenie v klinické praxi

E. Češková – Nové trendy v léčbě schizofrenie

I. Tůma, J. Pečeňák - Výsledky studie e-STAR v České a Slovenské republice a v zahraničí

Pátek 14. 9. 2007

8:30 – 10:00 SYMPOZIUM 6: Otevřené otázky farmakoterapie schizofrenie

gestor: J. Libiger

J. Libiger – Farmakoterapie psychóz po půl století – pohyblivý cíl

J. Masopust – Spokojenost nemocných s léčbou antipsychotiky

J. Hons – Metabolismus excitačních aminokyselin u schizofrenie

J. Hrnčiarová – Teorie a praxe udržovací léčby schizofrenie

SYMPOZIUM 7: Místo psychoterapie v psychiatrické péči

gestor: J. Praško, J. Rektor

J. Berka - Místo psychoterapie v rámci ambulantní psychiatrické péče

E. Herman, J. Praško - Psychoterapie v péči o tělesně nemocné pacienty

J. Kožnar - Místo psychoterapie v péči o sexuologické pacienty

10:15 – 11:45 SYMPOZIUM 8: Co zaujalo psychiatrov na Slovensku?

gestor: L. Vavrušová

V. Novotný – EPIAF – epidemiológia alkoholizmu a fajčenia na Slovensku

L. Forgáčová – Kvantitatívne vzťahy medzi psychopatologickými syndrómami

L. Vavrušová, D. Dziaková – AP II v liečbe prvej epizódy schizofrénie – ročné sledovanie

SYMPOZIUM 9: Problematika ADHD v České republice a na Slovensku

gestor: I. Drtílková, P. G. Fedor-Freyberg

I. Škodáček – Farmakologické či nefarmakologické přístupy v léčbě ADHD nedospělých

J. Šuba – První zkušenosti so Stratterou na Slovensku

I. Drtílková – Nestimulační preparáty v historii léčby ADHD

M. Hrdlička, I. Dudová – Použití atomoxetinu v klinické praxi

I. Paclt, D. Pacltová – Hyperkinetický syndrom a psychiatrická problematika dětí předškolního věku

12:00 – 13:00 LUNCH SYMPOZIUM

Eli-Lilly: Rozdiely v liečebných postupoch a úspešnosti liečby schizofrénie v ČR a SR
J. Pečeňák: Porovnanie výsledkov štúdie SOHO

13:15 – 14:15 PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKY

J. PEČEŇÁK: Porovnanie výsledkov štúdie SOHO

A. Halaris – Co-morbidity of depression and heart disease – is inflammation a common factor?

A. M. Myint, B. E. Leonard - Depression: A neurodegenerative disease?

14:30 – 16:00 SYMPOZIUM 10: Psychiatrie seniorů

gestor: V. Pidrman

I. Holmerová – 10 let České alzheimerovské společnosti - nastala změna?

V. Pidrman – Terapie demence

K. Látalová – Antipsychotika ve stáří

R. Kubinek – Deprese seniorů

16:15 – 17:45 SYMPOZIUM 11: Volná sdělení 1

gestor: E. Pálová

J. Krombholz – Psychoterapie v ambulantní praxi

J. Švarc – Aktuální právní problémy psychiatrie

Z. Bašný – Analýza problematiky zneužívání psychiatrie v Československu v letech 1945 až 1989

L. Nábělek, J. Vongrej, J. Demianová, H. Sýkorová – Etické otázky výskumu schizofrénie

SYMPOZIUM 12: Volná sdělení 2

gestor: P. Mohr

J. Dragašek, M. Drímalová, E. Pálová, M. Bittšanský, D. Dobrota, P. Jankovič, D. Breznošćáková, H. Poláček – Proton magnetic resonance spectroscopy of the frontal white matter in patients with schizophrenia

E. Kováčsová – Hodnoty MCV u pacientov so závislosťou od kanabisu

M. Majdová – Ako si poradiť s epidémiou metamfetamínov v Metadónovom udržiavacom programe

P. Popov – Buprenorfin - lék nebo droga

POSTERY

- I. Palčíková, A. Žourková, D. Valentová, E. Hadašová** – Změny fenotypu CYP2D6 u pacientek s mentální bulímií léčených paroxetinem
- M. Zelman, L. Jenčová** – Sledovanie parametrov metabolismu glukózy u pacientov so schizofréniou liečených ziprasidonom s komorbidnou poruchou glycidového metabolismu a rizikovými faktormi metabolického syndrómu
- V. Kořínková, J. Rajec, M. Křiška, A. Raganováj** – Riziká psychofarmák – vedomosti študentov LF UK 6 mesiacov po skúške z farmakológie
- P. Janík, J. Pečeňák, B. Vašečková, Z. Hapalová, I. Waczulíková, M. Ryban-ská, E. Krajčiová** – Hodnotenie klinického stavu pacientov so schizofréniou škálami PANSS a NOSIE-30
- H. Tondlová, M. Chrdlová** - Psychiatrická péče o onkologické pacienty

ABSTRAKTA

SYMPOZIA A PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKY

Čtvrtek 13. 9. 2007

8:30 – 10:00

SYMPOZIUM 1: Psychobiologické aspekty afektivních poruch

gestor: J. Raboch

Monoaminoxidáza a antidepresiva

Fišar Z., Raboch J., Hanuš Z.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Monoaminoxidáza (MAO) katalyzuje oxidační deaminaci primárních, sekundárních nebo terciárních aminů a je lokalizována na vnější mitochondriální membráně. MAO existuje přinejmenším ve dvou izoformách, které mají odlišnou substrátovou a inhibitorovou specifitu. Typ MAO-A byl definován podle inhibice klogylinem a metabolismu serotoninu, noradrenalinu a adrenalinu. Typ MAO-B byl určen jako rezistentní ke klogylinu a preferující jako substrát benzylamin, fenyletylamin a metylhistidin. Dopamin, tyramin a tryptamin jsou stejně dobře metabolizovány oběma formami MAO. Inhibice MAO zvyšuje koncentrace monoaminových neurotransmitérů a současně snižuje potenciální tvorbu hydroxylových radikálů. Iproniazid a jiné inhibitory MAO vykazovaly značné antidepresivní účinky, ale také nežádoucí vedlejší účinky; nověji byly syntetizovány reverzibilní inhibitory MAO. Obě izoformy MAO jsou přítomny v mozku; v krevních destičkách je přítomna forma MAO-B a její aktivita patří mezi periferní parametry reflektující monoaminergní transmisi v mozku. Různá antidepresiva mají značně rozdílnou inhibiční účinnost vůči aktivitě MAO. Sledovali jsme účinky antidepresiv s různým farmakologickým působením na aktivitu MAO v mitochondriích. Chtěli jsme zjistit, zda je aktivita MAO citlivá i na antidepresiva, pro která se uvádějí jiné primární účinky, než je inhibice tohoto enzymu. Aktivitu MAO jsme studovali pomocí ¹⁴C-značených substrátů, tj. serotoninu (MAO-A) a fenyletylaminu (MAO-B). Měřili jsme inhibiční účinnost antidepresiv na aktivitu MAO, parametry kinetiky a typ inhibice. V první fázi jsme pro-

vedli měření v mitochondriích izolovaných ze zvířecích mozků. V další fázi jsme měřili in vitro vliv antidepresiv na aktivitu MAO-B v krevních destičkách zdravých osob. Naše výsledky ukazují, že inhibiční účinky na aktivitu MAO vykazují nejen látky jako je moklobemid, pargylin, klogylin nebo iproniazid, ale i řada antidepresiv patřících do skupiny tricyklických antidepresiv (desipramin, amitriptylin), selektivních inhibitorů reuptake serotoninu (citalopram) nebo noradrenalinu (reboxetin), selektivních duálních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu i noradrenalinu (venlafaxin) a noradrenergní a specificky serotonergní antidepresivum (mirtazapin). Stabilizátory nálady (lithium a valproát) neměly na aktivitu MAO téměř žádný vliv. Výsledky podporují bioenergetický a neurochemický model afektivních poruch, podle něhož by společným místem účinků antidepresiv s různými primárními farmakologickými účinky mohly být mitochondriální enzymy. Aktivitu a inhibici MAO lze použít jako parametr citlivý na působení většiny antidepresiv. Budeme testovat hypotézu, že počáteční aktivita MAO-B v destičkách před začátkem léčby poruch nálady a změna její aktivity po podávání antidepresiv je vztažena k tíži deprese nebo odezvě na antidepresiva.

Podpořeno společností Zentiva, a.s., Praha.

Chaotická neuronální odpověď při konfliktním Stroopově testu reflektuje hladinu kortizolu v séru u pacientů s depresivní epizodou

Šusta M., Bob P.

Centrum pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Podle současných poznatků souvisí kognitivní konflikt s aktivací anteriorního cingulárního kortexu (ACC) a centrálního autonomního systému. Několik současných studií navíc naznačuje, že kognitivní konflikt souvisí se specifickými nelineárními chaotickými změnami neuronálního signálu. Tato s konfliktem spojená aktivace vyvolává

odezvu autonomního systému, kterou lze měřit psychofyziologickými metodami, např. měřením variability srdeční činnosti, počítané pomocí změn R-R intervalu (RRI). Tato studie využívá pro vyvolání kognitivního konfliktu Stroopův test s barvami, při administraci je měřen R-R interval. Dále byla u účastníků studie zjišťována hladina kortizolu v séru a následně počítány nejvyšší Lyapunovovy exponenty při nelineární analýze datových souborů získaných měřením RRI. To vše u 30 pacientů s unipolární depresí. Byla zjištěna signifikantní korelace -0,45 ($p < 0,01$) mezi nejvyššími Lyapunovovými exponenty v průběhu Stroopova testu a hladinami kortizolu v séru. Studie naznačuje, že defekt neuronální inhibice při konfliktní části Stroopova testu souvisí se sníženou hladinou kortizolu v séru, což svědčí o vytvoření a fungování obranných psychologických mechanismů.

Patofyziologické souvislosti kardiovaskulárních onemocnění a depresivní poruchy a trendy v jejich léčbě

Kitzlerová E.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Depresivní porucha a kardiovaskulární onemocnění jsou navzájem propojeny celou řadou patofyziologických mechanismů. Zásadní jsou tři biologické: aktivace osy hypotalamo-hypofýzo-adrenální s následnou zvýšenou aktivací sympatoadrenálního systému, pokles vagového tonu se sníženou variabilitou srdeční frekvence a dále změny v trombogenezi se zvýšenou destičkovou agregabilitou. Nedílnou součástí společné patofyziologie jsou i behaviorální mechanismy a psychosociální faktory, u kterých v současné době probíhá intenzivní výzkum především v souvislosti se stresem. Tato zjištění jsou důležitá pro klinickou praxi. Je zřejmé, že u pacientů s neléčenou depresivní poruchou je riziko rozvoje kardiovaskulárních onemocnění výrazně vyšší než u depresivních pacientů léčených antidepresivy, včetně tricyklických, která jsou však potenciálně kardiotoxická. Z dosud publikovaných dat lze konstatovat, že depresivní poruchu u kardiovaskulárně nemocných lze v současné době spolehlivě a bezpečně léčit pomocí antidepresiv typu SSRI. O bezpečném užití dalších antidepresiv nových generací v této populaci somaticky nemocných není zatím dostatek informací.

Symptomy limbické iritability a chaotická aktivita autonomního nervového systému v průběhu kognitivního konfliktu u pacientů s unipolární depresí

Bob P., Šusta M.

Centrum pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Moderní nálezy v oblasti neurověd poukazují na to, že kognitivní konflikt souvisí se specifickými nelineárními chaotickými změnami signálu generovaného neuronálními systémy. Podle stávajících poznatků monitorování kognitivního konfliktu souvisí s aktivací anteriorního cingulárního kortexu (ACC). S konfliktem související aktivace vyvolává automatické odpovědi, které mohou být zachyceny psychofyziologickými měřeními jako je například variabilita srdečního tepu vypočtená jako časová závislost z R-R intervalu (RRI). Tato studie používá Stroopův test jako experimentální přístup k psychofyziologickému studiu kognitivního konfliktu u 40 pacientů s diagnózou unipolární deprese (věk 20-39 let) prostřednictvím měření RRI, psychometrického měření limbické iritability (LSCL-33), deprese (BDI-II) a pomocí výpočtu maximálních Lyapunovových exponentů v nelineární analýze dat časových serií RRI. Signifikantní korelace 0,69 mezi největšími Lyapunovými exponenty a LSCL-33 nalezená v této studii poukazuje na to, že deficit neuronální inhibice v průběhu konfliktní Stroopovy úlohy úzce souvisí s limbickou iritabilitou. Poněvadž limbická iritabilita pravděpodobně vykazuje významnou souvislost s epileptiformními abnormalitami v temporo-limbických strukturách, může tento výsledek představovat užitečný nástroj pro indikaci antikonvulzivní terapie u depresivních pacientů rezistentních na antidepresivní medikaci.

Podpořeno grantem 1M06039.

SYMPOZIUM 2: Meze a možnosti psychoterapie a farmakoterapie

gestor: P. Hellerová

Skupinová psychoterapie v rámci psychiatrické léčebny

Kratochvíl S.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži

Skupinová psychoterapie využívá skupinovou dynamiku, tj. vztahy mezi členy skupiny a terapeutem a mezi členy skupiny navzájem. Skupinovou dynamiku utvářejí mj. cíle a normy, role členů, soudržnost a napětí a vývoj skupiny v čase. K tera-

apeutickým normám patří např. projevování pocitů, svěřování se s problémy, chápání druhých, poskytování a přijímání zpětné vazby. Dění ve skupinovém sezení probíhá nejčastěji formou skupinové diskuse, mohou se však začleňovat různé techniky, jako psychodrama, psychogymnastika, arteterapie, muzikoterapie a nácvik sociálních dovedností. Diskuse i techniky se zaměřují na dění tady a teď, teď a tam, tehdy a potom.

Forma i obsah skupinové psychoterapie se přizpůsobují charakteru poruch na jednotlivých odděleních. Na specializovaném psychoterapeutickém oddělení pro neurózy se především zpracovávají nepříznivé životní události i vlastní podíl pacientů na existujících konfliktech, směřuje se k pozitivním životním postojům a nacvičují se vhodnější formy chování. Na odděleních s akutními psychotickými poruchami se skupinová sezení zaměřují na podporu náhledu a komunikace, po odeznění akutní symptomatiky pak na perspektivy života po návratu domů. U chronického průběhu psychóz a na gerontopsychiatrických odděleních jsou skupinová sezení orientována na podněcování aktivity, využívání pozitivních vzpomínek a nácvik kognitivních a sociálních dovedností. Na protialkoholních odděleních se pracuje na překonání závislosti, zvládání konfliktů a na životních plánech při trvalé abstinenci. V současnosti má skupinová psychoterapie na všech odděleních psychiatrické léčebny své významné místo.



Psychofarmaka v kontextu psychoterapie a psychosociální péče u psychóz

Pěč O.

ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, Praha

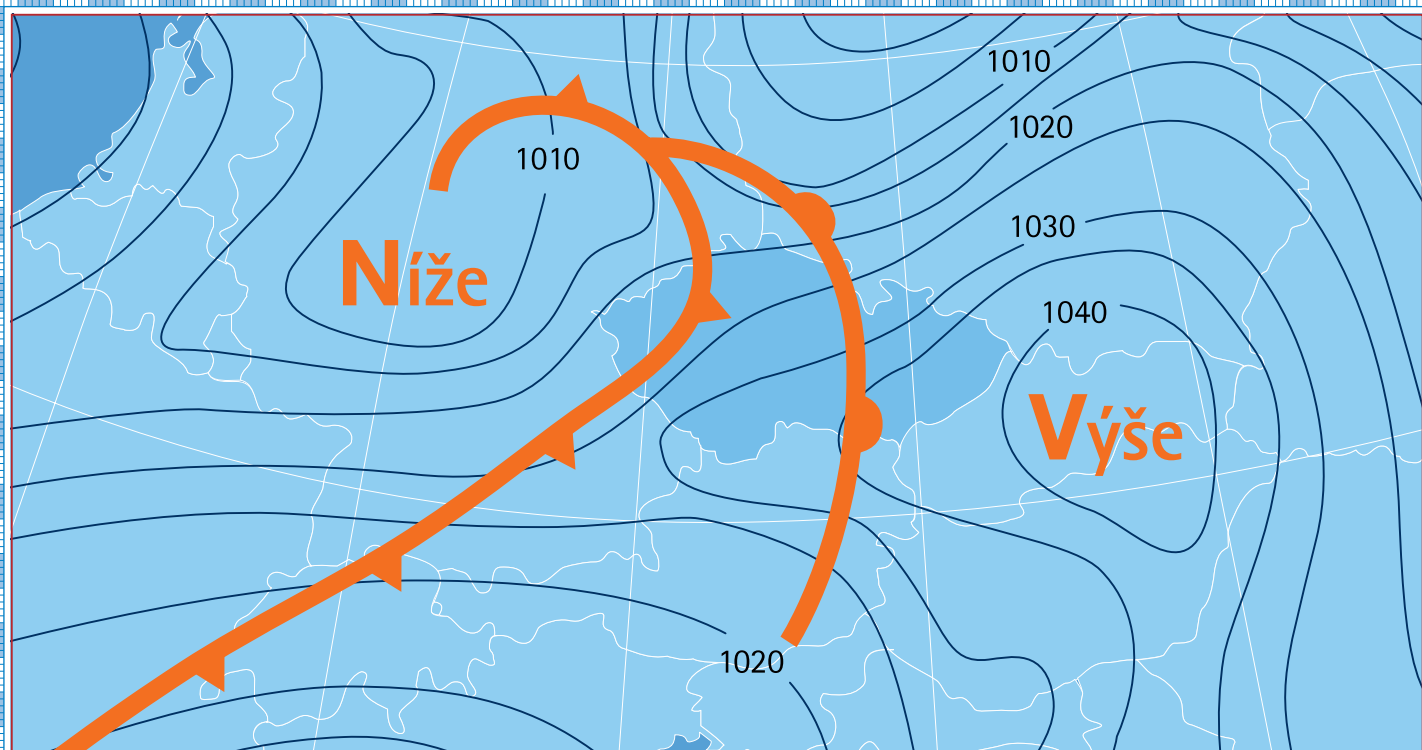
Již dávno jsou pryč doby, kdy vůči sobě ostře soutěžily farmakoterapie a psychoterapie v efektivitě léčby u psychóz, jak tomu bylo v 60. letech minulého století. Dnes řada studií dokládá, že oba léčebné přístupy si nemusí konkurovat a existuje jejich synergický efekt. Otevírá to řadu otázek po vzájemném vztahu a působení obou terapeutických přístupů: jaké místo má lék v dynamice vztahu lékaře a pacienta; je vhodnější kombinovat roli psychoterapeuta a farmakoterapeuta v jedné osobě či ji oddělit; jaké místo má téma účinku psychofarmak v procesu psychoterapie. Ve vztahu k psychosociální péči se autor příspěvku také zabývá antipsychotiky vhodnými v komunitní psychiatrii, jejich vlivem na kognitivní funkce, specializovanými postupy ke zlepšení adherence či ucelenými postupy, které využívají kombinace antipsychotik a psychosociálních postupů (early intervention).

Specifické rysy psychoterapie adolescentů

Hellerová P.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Volba psychoterapeutického přístupu je individuální a závisí na řadě okolností. K nejdůležitějším patří osobnost pacienta, jeho věk, fáze onemocnění a motivace ke spolupráci. Základní psychoterapeutické metody používané v léčbě adolescentů jsou stejné jako u dospělých: kognitivně-behaviorální terapie, psychoanalytická a dynamická psychoterapie, rodinná terapie, skupinová terapie vedená v rámci dynamické psychoterapie. Vhodné je doplnit program arteterapií a muzikoterapií. Cílem KB terapie je změnit patologické vzorce chování a postoje, způsob myšlení, který souvisí s rozvojem a udržováním poruchy. Psychoanalytická a dynamická psychoterapie se snaží pomoci pacientům porozumět hlubším příčinám vzniku poruchy, včetně nevědomých souvislostí. Rodinná terapie je součástí léčby u mladších i dospělejších adolescentů, kteří žijí se svými rodiči. Problémy v rodinném modelu se mohou uplatňovat jak při vzniku, tak při udržování symptomatiky. Je nutné si v této souvislosti uvědomit, že porucha příjmu potravy sekundárně rozvrací rodinné vztahy. V průběhu rozvoje onemocnění se často stupňují konflikty mezi rodiči a dospívajícím. Nově se využívá více rodinná skupinová psychoterapie. Při komunikaci s dospívajícím se stále pohybujeme na tenké hraně vzájemného respektu, direktivity a kompromisu, ale i přijetí. Při práci s rodinou je vždy nutné najít efektivní způsob spolupráce, který akceptují všichni zúčastnění. Centrum dorostové a vývojové psychiatrie přijímá do denního stacionáře adolescenty ve věku 14-21 let. Oddělení je vedeno komunitní formou, je vhodné pro pacienty indikované k intenzivnímu psychoterapeutickému programu. Pacienti jsou přijímáni do otevřené, diagnosticky různorodé skupiny, ve které je kladen důraz na individuální terapeutickou smlouvu s každým jedincem, je možné i přijetí nemotivovaných pacientů, ale pouze ke krátkodobé motivační terapii. Nejčastější problémy terapie adolescentů shrnují dvě kazuistiky, které zdůrazňují význam větší flexibility léčby podle individuálních podmínek a připomínají nutnost změn terapeutické smlouvy v závislosti na somatickém a psychickém vývoji pacientky a stadiu onemocnění.



LamotrigineTM **LamictalTM**

Stabilizace nálady bez kompromisu

Zkrácená informace pro použití: Výrobce: Glaxo Wellcome, Greenford, Middlesex, Velká Británie. • **Konvenční tablety:** Účinná látka – Lamotriginum 25 mg, 50 mg a 100 mg. • **Pomocné látky** – Laktóza, mikrokrytalická celulóza, sodná sůl karboxymethyl škrobu, žlutý oxid železitý, polyvidon, stearan hořečnatý. • **Žvýkací tablety:** Účinná látka – Lamotriginum 2 mg, 5 mg, 25 mg, 100 mg. • **Pomocné látky** – Uhlíčitán vápenatý, hydroxypropylcelulóza, sodná sůl karboxymethyl škrobu, polyvidon K 30, stearan sodný, dihydrát sodné soli sacharinu, rybízové aroma. • **Léková forma:** Tablety. • **Indikační skupina:** Antiepileptika. • **Indikace:** EPILEPSIE – U dospělých monoterapie nebo kombinovaná léčba a u dětí kombinovaná léčba parciálních a generalizovaných epileptických záchvatů, včetně tonickoklonických záchvatů a záchvatů spojených s Lennox-Gastautovým syndromem. • **BIPOлярní PORUCHA** – Dospělí (starší než 18 let) Lamictal je indikován k prevenci epizod poruchy nálad (deprese, mánie, hypománie, smíšené epizody) u pacientů s bipolární poruchou. • **Dávkování:** Nutná postupná titrace a dávkování dle doporučeného schématu uvedeného v Souhrnu informací o přípravku. • **Kontraindikace:** Přecitlivělost na kteroukoliv složku přípravku. • **Upozornění:** Podání vyšší než doporučené dávky může být spojeno s výskytem kožní vyrážky, vyžadujícím přerušení léčby. Při dlouhodobé terapii může dojít k interferenci s metabolismem kyseliny listové. Náhlé vysazení Lamictalu může vyvolat křeče. • **Interakce:** Nejsou důkazy o tom, že lamotrigin působí klinicky významnou inhibici nebo indukci jaterních oxidativních enzymů metabolizujících léky. **HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE** – Vliv hormonální antikoncepce na účinnost lamotriginu: U kombinace ethinylestradiol/alevonorgestrel (30 mcg/150 mcg) bylo prokázáno zvýšení clearance lamotriginu přibližně dvojnásobně vedoucí ke sníženým hladinám lamotriginu (viz Interakce). Po titraci může být potřeba vyšší udržovací dávka lamotriginu (až dvojnásobně) k docílení maximální terapeutické odpovědi. U žen, které ještě neužívají induktor lamotriginové glukuronizace, a které užívají hormonální antikoncepci zahrnující týden bez medikace („týden bez tablet“), dojde k postupnému přechodnému zvýšení hladin lamotriginu v průběhu tohoto týdne. Toto zvýšení bude větší, pokud je zvyšována dávka lamotriginu ve dnech před a v průběhu týdne bez medikace. Pro doporučení dávkování viz „Obecná doporučení pro dávkování a podávání lamotriginu u zvláštních skupin pacientů“. Valproát sodný, který inhibuje jaterní enzymy metabolizující léky, snižuje metabolismus lamotriginu. • **Těhotenství, laktace:** Postmarketingové údaje z několika prospektivních registrů těhotných zahrnuly výsledky od více než 1000 žen užívajících lamotrigin v monoterapii během prvního trimestru těhotenství. Získané údaje nevedou k závěru, že by lamotrigin způsobil zvýšené riziko výskytu významných vrozených vad ve srovnání s běžnou populací. Údaje o použití lamotriginu v mnohočetné kombinované léčbě jsou nedostatečné k posouzení toho, zda je riziko výskytu malformací spojené s jinými léky ovlivněno společným užíváním lamotriginu. • **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji se vyskytla kožní vyrážka. Mezi další nežádoucí účinky patří bolesti hlavy, pocit únavy, nevolnost, závratě, ospalost, nespavost, diplopie, rozmazané vidění, poruchy zažívacího traktu a podrážděnost. • **Balení konvenčních tablet:** Zahajovací léčba (dospělí) – Monoterapie 42 tablet po 25 mg, kombinace s VPA 21 tablet po 25 mg, kombinace bez VPA 42 tablet po 50 mg. Udržovací léčba – 25 mg, 50 mg a 100 mg po 30 tabletách; 100 mg po 100 tabletách. • **Balení žvýkacích tablet:** 2 mg, 5 mg, 25 mg a 100 mg po 30 tabletách. • **Držitel registračního rozhodnutí:** The Wellcome Foundation Ltd., Greenford, Middlesex, Velká Británie. • **Datum poslední revize textu:** konvenční tablety 26.7.2006; žvýkací tablety 15.11.2006. Tento léčebný přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci o přípravku najdete v Souhrnu informací pro předepisování nebo se obraťte na zástupce společnosti.



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline s.r.o., Na Pankráci 17/1685, 140 21 Praha 4,
tel.: 222 001 111, fax: 222 001 444, e-mail: gsk.czmail@gsk.com, www.gsk.cz

LMB13010407

SYMPOZIUM 3:

Výskumné témy na PK LF UK a FNsP v Bratislave

gestor: V. Novotný

Hypodynamické stavy v psychiatrii – psychopatologické súvislosti

André I.

Psychiatrická klinika LF UK a FNsP, Bratislava

Zvláštnosťou diagnostiky v psychiatrii v porovnaní s inými medicínskymi disciplínami je obmedzená možnosť použitia laboratórnych a iných objektívnych vyšetrovacích metód. S tým potom súvisí skutočnosť, že spôsoby identifikácie rôznych psychopatologických entít sú aj v súčasnosti menlivé a nejednotné. Pri identifikácii a klasifikácii tzv. hypodynamických stavov, ktoré sa v súčasnosti dostávajú do popredia klinického záujmu, sú v prezentovanej práci použité osobné a zväčša implicitné diagnostické úsudky. Ide o oblasť, kde sa používajú termíny ako deficitné, mínusové, bazálne či aproduktívne príznaky. Veľmi významným až kľúčovým aspektom je ovplyvniteľnosť a reverzibilita týchto prejavov. Čo sa týka napr. okruhu schizofrenických porúch, starý pojem neovplyvniteľnosti postprocesuálneho defektu už stráca svoj pôvodný význam, vhodnejšie by bolo hovoriť o „paraprocessuálnom“ rezíduu či defekte, ktorý môže byť viac-menej zreteľný v ktoromkoľvek priebehovom štádiu ochorenia. V súčasnosti sa stáva realitou obnovenie záujmu o psychopatologické javy, o ich intenzívnejšie štúdium z nových pohľadov a s využitím nových možností. Práve v prípade rôznych hypodynamických stavov je možné psychopatologickými prostriedkami rôzne formy týchto chorobných stavov identifikovať a hlavne poukázať na niektoré závažné charakteristiky dynamiky týchto stavov, včítane reverzibility a priebehu. Precízna psychopatologická analýza môže takto prispieť k vhodnejšie indikovaným diagnostickým, ale hlavne terapeutickým zásahom v bežnej klinickej praxi.

Schizoafektívna porucha, depresívny typ – monoterapia alebo kombinovaná liečba?

Izáková L.

Psychiatrická klinika LF UK a FNsP, Bratislava

Úvod: Diagnostika a farmakoterapia schizoafektívnej poruchy, depresívny typ, predstavujú problém z hľadiska každodennej klinickej praxe.

Aj keď diagnostika a diferenciálna diagnostika tohto ochorenia zostávajú nezodpovedanou otázkou, schizodepresívna symptomatika je častým terapeutickým problémom. Doteraz neexistuje presne definovaný terapeutický algoritmus používaný na liečbu súčasne sa manifestujúceho schizofrenického a depresívneho komponentu. Odporúčajú sa rôzne postupy, z ktorých najčastejšími sú monoterapia atypickým antipsychotikom a kombinovaná liečba antipsychotika a antidepresíva.

Materiál a metodika: Na Psychiatrickej klinike LF UK a FNsP sa v období rokov 2003 až 2006 realizovala otvorená, randomizovaná prospektívna neintervenčná klinická štúdia zameraná na porovnanie účinnosti a bezpečnosti monoterapie a kombinovanej liečby akútnej fázy liečby schizoafektívnej poruchy, depresívny typ. Do základného štatistického súboru bolo zaradených 52 pacientiek, ktoré boli randomizovane zadelené do skupiny liečenej risperidónom (skupina R), alebo kombináciou haloperidolu a sertralínu (skupina HS). Celková dĺžka štúdie bola 12 týždňov. V úvode boli pacientky hospitalizované na PK FNsP a LF UK. Po zlepšení stavu v liečbe pokračovali v špecializovanej ambulancii na PK FNsP a LF UK. Hodnotenie účinnosti sa realizovalo pomocou skóre škál PANSS, CGI, CDSS, HQLS a GAF. Bezpečnosť a znášanlivosť sa hodnotili pomocou porovnania výskytu nežiaducich účinkov (NÚ) a skóre škály PPS. Na vyhodnotenie sa použili základné štatistické metódy: Mann-Whitney U test (Z), effect size (rm), χ^2 -test.

Výsledky: 1. Potvrdili lepšiu účinnosť monoterapie risperidónom v porovnaní s liečbou kombináciou haloperidolu a sertralínu na schizofrenické príznaky (PANSS, CGI) a naznačili ich porovnateľnú účinnosť na depresívne symptómy (CDSS) v akútnej fáze liečby schizoafektívnej poruchy, depresívny typ. 2. Potvrdili výhody použitia risperidónu v oblasti kvality života a psychosociálneho fungovania (HQLS, GAF), v manifestácii NÚ, najmä zo strany EPS. 3. Nepotvrdili odlišnú mieru zmeny preferencie jedného zo študijných algoritmov v porovnaní s predchádzajúcou medikáciou (PPS).

Záver: Dvanásť-týždňové sledovanie akútnej fázy liečby potvrdilo vysokú účinnosť oboch algoritmov v terapii schizoafektívnej poruchy, depresívny typ. Pri porovnaní terapeutických postupov výsledky dizertačnej práce naznačujú lepšiu účinnosť a bezpečnosť risperidónu, a tiež poukazujú na jeho výhodnejší vplyv na kvalitu života a oblasť psychosociálneho fungovania, čo môže byť rozhodujúce práve z dlhodobého pohľadu.

Perzistujúce psychopatologické zmeny v súvislosti s užívaním pervitínu a extázy Realita skutočného života?

Pospíšil R.

Psychiatrická klinika LF UK a FNsP, Bratislava

V mnohých európskych krajinách je druhou najbežnejšie používanou nezákonnou látkou nejaká forma synteticky vyrobenej drogy. Používanie týchto látok medzi všeobecnou populáciou je obvykle nízke, ale miery prevalence medzi mladšími vekovými skupinami sú výrazne vyššie a v niektorých sociálnych prostrediach alebo kultúrnych skupinách môže byť užívanie týchto drog vysoké. Celkove patria amfetamíny (amfetamín a metamfetamín) a extáza medzi najrozšírenejšie syntetické drogy. Nekokaínové stimulanty, najmä pervitín a extáza, patria i na Slovensku k najčastejším zneužívaným ilicitným psychotropným látkam. Počas boomu užívania extázy v 90. rokoch minulého storočia prebiehala živá diskusia o neurotoxickom potenciále MDMA. U metamfetamínu boli tak isto skúmané následky užívania na zvieracích modeloch i pomocou neurozobrazovacích metód. Skúmaná neurotoxicita MDMA je v ostatnom čase podrobovaná stále častejšiemu spochybňovaniu. Napriek tomu si však zaslúžia skúmanie pretrvávajúce psychopatologické zmeny spojené s užívaním týchto látok, bez kladenia dôrazu na neurotoxické poškodenie CNS. Vo svojej práci som sa rozhodol preskúmať psychopatologické zmeny u dospelých zo vzorky „bežných“, a teda polymorfných užívateľov psychotropných látok. Porovnávané budú dve skupiny vyvážené z hľadiska veku, pohlavia, užívania alkoholu a marihuany: skupina užívateľov nekokaínových ilicitných stimulancií a skupina ostatných polymorfných užívateľov psychotropných látok neužívajúcich stimulanty. V rámci skupiny užívateľov stimulancií budú ďalej špecificky sledované výsledky podskupín užívateľov extázy a nie pervitínu/pervitínu a nie extázy. Psychopatologické zmeny budú sledované pomocou dotazníka SCL-90R, ktorý bol použitý vo viacerých štúdiách s touto subpopuláciou probandov. Je k dispozícii i jeho slovenská verzia, testovaná autormi Bieščad a Szeliga v roku 2005. Predmetom analýz bude celková úroveň výskytu psychopatológie (celkové skóre SCL-90R), ale i porovnávanie štruktúry skóre v jednotlivých doménach škály. Dáta budú získavané od účastníkov väčších hudobných festivalov v lete 2007 (Pohoda, Hodokvas, Žakovíc Open).

Literatúra

1. Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Covi, L.: The SCL-90. An outpatient psychiatric rating scale. Psychopharmacology Bulletin, 9, 1973, pp. 13–28.
2. Bieščad, M., Szeliga, P.: Overenie konštruktivej validity sebasposudzovacej škály Symptom Checklist-90 (SCL-90). Československá psychologie, 49, 2005, 4, s. 342–356.

3. Výročná správa 2006 o stave drogovej problematiky v Európe - stiahnuté z <http://www.emcdda.europa.eu>



Sezonalita narodenia a schizofrénia

Janík P., Novotný V., Kešický D.

Psychiatrická klinika LF UK a FNsP, Bratislava

Množstvo epidemiologických štúdií dokázalo súvislosť medzi expozíciou vírusovým ochoreniam hlavne v druhom trimestri gravidity, ktorý je dôležitý pre vývoj mozgu a zvýšeným rizikom schizofrénie. Štúdia Mortensen P. B., et al., 1999, je založená na populačnej štúdii 1,75 miliónov ľudí z občianskeho registračného systému v Dánsku. Ukazuje relatívne riziko schizofrénie ako sínusoidu mesiacov narodenia. Zvýšený výskyt ochorenia je u ľudí narodených počas neskorej zimy alebo skoršej jari, čo je spôsobené vystavením materskej infekcii in utero v chladných zimných mesiacoch (hlavne vírus chrípky a osýpky) a ovplyvnením fetálneho mozgu. V štúdii Bersani et al. z roku 2005 bol signifikantne zvýšený výskyt narodení na jar s vrcholom v máji a najväčší pokles na jeseň s minimom v októbri (pacienti hospitalizovaní za 13 rokov). V niektorých štúdiách bolo skúmané aj vystavenie rôznym iným vírusovým infekciám, napr. rubeole vo vyššom štádiu tehotenstva. Deti matiek, ktoré prekonali infekciu počas tehotenstva, mali nižšiu pôrodnú hmotnosť a pri pôrode sa vyskytlo signifikantne viac komplikácií v porovnaní so zdravými deťmi. Niektorí autori skúmali charakter rozloženia narodenia v ročných obdobiach u deficitnej schizofrénie, u ktorej bol najvyšší výskyt v lete (jún, júl) a nondeficitnej schizofrénie, ktorej výskyt bol najvyšší v neskorých zimných alebo skorých jarných mesiacoch. Tento rozdiel sa vysvetľuje predpokladom, že schizofrénia je skupinou chorôb, ako to predpokladal Bleuler. Analyzujeme súbor cca 800 pacientov so schizofróniou, ktorí boli hospitalizovaní na PK LF UK a FNsP v Bratislave.

SYMPOZIUM 4: Stimulační metody v neuropsychiatrii

gestor: I. Rektor

Neurostimulační metody v neurologii a psychiatrii

Rektor I.

Neurologická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Pokusy s terapeutickou stimulací CNS elektrickým proudem jsou staré řadu desetiletí. Stimulace

nervus vagus (VNS) byla testována již v r. 1938. Od šedesátých let probíhaly pokusy s experimentální stimulací bazálních ganglií u temporální epilepsie, které později vedly i k stimulacím různých struktur u lidí. Např. v Bratislavě byly v sedmdesátých letech prováděny stimulace kaudata, amygdalo-hipokampálního komplexu, brachia konjunktiva, talamu (Cigánek a Kuchár, 1988). V sedmdesátých a osmdesátých letech se přechodně rozšířila stimulace cerebela. Dlouhodobé studie však vedly k opuštění těchto metod u epilepsií. Další indikací byla chronická bolest, zejména neuropatická a deafferentační, léčena stimulací talamu.

K rozšíření neurostimulace do klinické praxe vedl technický pokrok a upřesnění metod i indikací koncem osmdesátých let. V současnosti se provádějí léčebné stimulace pomocí elektrod trvale implantovaných do hlubokých nebo povrchových nervových struktur, centrálních i periferních (bazální ganglia, kortex, mícha, n. vagus), s podkožně uloženým zdrojem proudu. VNS je indikována zejména u pacientů s epilepsií refrakterní na medikaci a neindikovanou k resekčnímu chirurgickému zákroku. VNS má efekt na psychické funkce, jak tomu nasvědčují i naše výsledky. Indikace VNS je rozšiřována na deprese. Stimulace talamu se provádí u kontralaterálního tremoru, oboustranná stimulace pallida a zejména nucleus subthalamicus u Parkinsonovy nemoci (rutinně v Brně a Praze). Novou indikací jsou abnormální pohyby, zejména dystonie. Publikovány byly první zprávy o úspěšné stimulaci tardivních dyskinií. Další indikací chronické stimulace je chronická bolest. Vývoj pokračuje, indikace se upřeshňují a testují se nové indikace (např. deprese, OCD, Tourettův syndrom/ TS/). Testují se stimulace různých cílů: pro tremor (parkinsonský, esenciální, cerebellární), myoklonus: VIM; pro PN, dystonie: GPi, nucleus subthalamicus; esenc. tremor: Subthalamická bílá hmota; TS: Talamus: intralaminární, mediotalamické, ventoroorální, CM + parafascikulární ncl., GPi, anteriorní raménko caps. interna; OCD: Anteriorní raménko caps. interna, ventr. kaudatum; Deprese: subgenuální cingulum, capsula interna, ncl. accumbens).

Pro epilepsii se testují cíle: Cerebellum, kaudatum, centromedianní a anteriomedianní thalamická ncl., subthalamický ncl., corp. mamillaria, hippocampus.

Hledají se optimální indikace, cíle a parametry stimulace. Novou kapitolou je terapeutické působení repetitivní transkraniální magnetické stimulace (deprese, parkinsonský syndrom). Otázka mechanismu účinku stimulace CNS je stále otevřená.

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) – studie u pacientů s Parkinsonovou nemocí

Rektorová I., Srovnalová H.

Centrum pro abnormální pohyby a parkinsonismus, Neurologická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

rTMS je metoda, která se díky své neinvazivnosti velice rychle etablovala jako metoda využívaná ke studiu fyziologie a patofyziologie lidského mozku. Schopnosti rTMS modulovat neuronální aktivitu a indukovat přechodně funkční kortikální reorganizaci je využíváno ke studiu kortikální plasticity. Podstatnou roli zde hraje fakt, že změny vyvolané rTMS mohou přetrvávat i po ukončení stimulace, čímž se otevírají jak nové možnosti studia patofyziologie různých onemocnění, tak zároveň i možnosti jejich potenciálního terapeutického ovlivnění rTMS. Efekt rTMS závisí na řadě stimulačních parametrů: frekvenci, intenzitě, celkovém počtu stimulů, místě stimulace, orientaci a typu cívky a funkčním stavu kortexu. Základní dělení rTMS dle frekvence stimulace na vysokofrekvenční a nízkofrekvenční je založeno na odlišném fyziologickém účinku této metody při stimulaci motorické kůry. Efekt vyvolaný rTMS není limitován pouze na stimulovanou oblast, ale byl pozorován i v oblastech vzdálených od místa stimulace. O přesném mechanismu účinku rTMS se doposud spekuluje. Je uváděna analogie rTMS s dlouhodobou potenciací (LTP) a depresí synaptického přenosu (LTD), a to především v případě použití tzv. „theta burst“ stimulace. Další možností je ovlivnění neurotransmitérového systému, především dopaminergního a serotonergního. V přednášce budou referovány vlastní výsledky efektu rTMS na některé motorické a nemotorické projevy Parkinsonovy nemoci se shrnutím literatury.

Podpořeno Výzkumným záměrem MŠ ČR MSM 0021622404.

Stereotaktická neuronavigace repetitivní transkraniální magnetické stimulace v psychiatrických indikacích: od regionálního metabolismu k cílené léčbě

Novák T.^{1,2}, Klírová M.^{1,2}, Horáček J.^{1,2,3}, Čermák J.², Tintěra J.¹, Mohr P.^{1,2,3}

Centrum neuropsychiatrických studií, Praha¹

Psychiatrické centrum Praha²

3. lékařská fakulta UK, Praha³

Transkraniální magnetická stimulace je nadějnou metodou v léčbě neuropsychiatrických poruch. Hlavním metodickým nedostatkem byl problém nepřesného cílení cívky na žádanou kortikální

oblast. Stereotaktická neuronavigace je technologií, která umožňuje na základě strukturálního či funkčního vyšetření mozku zacílit rTMS cívkou s vysokou anatomickou přesností. K optimálnímu cílení cívkou je potřeba vyhodnotit individuální neuroanatomické parametry získané pomocí strukturálních (MR), nebo funkčně zobrazovacích metod (PET, SPECT, qEEG).

Na podkladě výsledků těchto metod umožňuje neuronavigační systém zacílit magnetickou cívkou nad předem definovanou nebo postiženou oblastí s vysokou přesností (mm). Na rozdíl od ostatních metod cílení rTMS cívkou, zohledňuje neuronavigace subjektivní rozdíly anatomických a funkčně anatomických parametrů lebky a mozku umožňuje tak individuální přístup k léčbě.

Pro terapii farmakorezistentních halucinací ve skupině nemocných schizofrenií byla použita metodika individualizovaného statistického parametrického mapování (SPM) pro hodnocení zvýšení regionálního metabolismu (18FGD PET) mozku u jednotlivých nemocných. Výsledná parametrická mapa v normalizovaném prostoru byla následně koregistrována s T1 magnetickou rezonancí. Maximum zvýšení metabolismu v oblasti temporo-parietálních oblastí pak bylo použito pro cílení rTMS pomocí stereotaktické navigace (systém Brain-sight Frameless). Výsledky potvrzují použitelnost rTMS individualizovaně navigované podle maxima metabolických změn v oblastech, které jsou podkladem patofyziologie příznaku.

Podpořeno projektem MZ ČR MZ0PCP2005 a MŠMT ČR 1M0517.

Léčba negativních příznaků schizofrenie pomocí repetitivní transkraniální magnetické stimulace v podmínkách dvojité zaslepené studie

Příkrýl R., Kašpárek T., Skotáková S., Ustohal L., Kučerová H., Češková E.

Psychiatrická klinika LF MU a FN, Brno

Do jednoduše zaslepené randomizované studie bylo celkově zařazeno 24 nemocných se schizofrenií, u kterých v klinickém obraze dominovaly zejména negativní příznaky. Všichni nemocní byli léčeni antipsychotiky druhé generace na stabilizované denní dávce po dobu minimálně šesti týdnů před zařazením do studie. Generací náhodných čísel byli nemocní zařazeni do dvou stejných skupin po jedenácti nemocných, kteří byli léčeni buď skutečnou nebo placebovou rTMS. Neúčinnost stimulace v placebové skupině byla zajištěna polohou stimulační cívkou, která v úhlu devadesáti stupňů k povrchu hlavy neumožňovala stimulaci mozkové kůry. Během léčby skutečnou rTMS došlo

k výraznému snížení závažnosti negativních schizofrenních příznaků, a to o 29 % v případě negativní subškály PANSS a o 50 % ve škále SANS. Obě tyto změny dosáhly statistické významnosti. Všichni zařazení nemocní absolvovali celou léčbu bez komplikací s výjimkou mírné bolesti hlavy u dvou nemocných. Také u nemocných léčených placebovou stimulací došlo ke snížení závažnosti negativních příznaků, ale pokles byl výrazně nižší než v případě skutečné rTMS. Intenzita negativních příznaků se snížila o 7 % v případě negativní subškály PANSS a o 13 % v případě škály SANS. Statistické významnosti potom dosáhla pouze změna ve škále SANS. Vzájemným srovnáním efektu skutečné a placebové stimulace vychází najevo, že skutečná rTMS statisticky významněji snižuje závažnost negativních příznaků oproti nímé stimulaci. Závěrem lze konstatovat, že augmentace antipsychotik vysokofrekvenční stimulací levého prefrontálního kortexu o celkovém počtu 15 stimulačních sekcí byla účinná ve snížení závažnosti negativních příznaků u pacientů se schizofrenií.

Podpořeno výzkumným záměrem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR MSM0021622404.

Využití rTMS v léčbě tinitu - koncept studie a první výsledky

Anders M.¹, Dvořáková J.¹, Rathová L.⁵, Havránek P.³, Raboch J.¹, Jech R.³, Holcát M.², Seidl Z.⁴, Krásenský J.⁴

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha¹

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha²

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha³

Radiodiagnostická klinika 1. LF UK a VFN, Praha⁴

Oddělení otorinolaryngologie VFN, Praha⁵

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) je novou, neinvazivní technologií, při které jsou stimulovány neurony mozkové kůry principem magnetické indukce za použití krátkodobých pulzů silného magnetického pole. Proud procházející cívkou vyvolává magnetické pole kolmé k tomuto proudu a vzniklé pole má schopnost indukovat ve své blízkosti, tj. ve tkáni mozkové kůry, jejíž neurony se chovají jako vodič, elektrický potenciál. Oscilací magnetického pole vzniká ve tkáni elektrická stimulace, která vyvolává změnu aktivity neuronů (včetně změny metabolismu neuronu). Proto je tato metoda někdy nazývána „bezelektrodovou“ elektrickou stimulací, aby bylo zdůrazněno, že magnetické pole funguje pouze jako médium mezi elektrickým proudem v cílce a indukovaným elektrickým proudem v mozku.

Předmětem sdělení bude popis konceptu využití

této techniky u nemocných trpících jinými než primárně psychickými poruchami (deprese, schizofrenie, obsedantně kompulzivní porucha). Hlavní oblastí, které bude věnována pozornost, je interdisciplinární přístup k léčbě chronického tinnitu, o jehož léčbě právě pomocí rTMS referují v pilotních studiích první autoři. Tinnitus je definován jako vjem zvuku v jednom uchu, v obou uších nebo v hlavě, u kterého neexistuje zevní zdroj. Může být vnímán jako zvonění, bzučení, syčení, pískání, tepání, dunění, hučení, zvuk cikád či jako jiný zvuk. Tinnitus může být vnímán jako jednoduchý zvuk nebo jako množství různých zvuků. Může vzniknout náhle nebo se vyvíjet postupně. Tinnitus jako takový nelze zaznamenat a nepůsobí bolest. Je velmi často obtížné pro toho, kdo nemá zkušenosti, uvědomit si devastující podstatu těžkého tinnitu. Množství lidí trpících tinnitem, zvláště v tichém prostředí, je veliké. Udává se, že 15 – 30 % populace má zkušenost s touto obtíží. Skutečně vážnou zátěží je pro 2 % populace, zásadní zásah do života představuje u 0,1 až 0,5 % osob. V České republice lze tedy předpokládat asi 200 tisíc osob, které považují svůj ušní šelest za vážný osobní problém a přibližně 50 tisíc osob, kterým výrazně negativně zasahuje do jejich života. Pacient s tinnitem musí být vyšetřen ORL specialistou, je-li to možné, měl by být léčen kauzálně, zejména pokud je příčinou tumor, cévní malformace a podobně. Použité vyšetřovací metody mají zahrnovat vyšetření audiologická, CT nebo MRI. Velká většina pacientů však na běžnou terapii nereaguje. Příčina tohoto vysilujícího onemocnění většinou zůstává nejasná, pozorování ukazují, že chronický tinnitus je spojený se vzestupem aktivity v primárním sluchovém kortexu a zdá se, že tinnitus je spojen s nesprávnou aktivací temporoparietální oblasti mozku. Za funkční korelát chronického tinnitu je považována hyperexcitabilita temporoparietálního kortexu (sluchová oblast – Brodmanovy arey 40, 41). Teoretické zdůvodnění účinnosti rTMS v léčbě tinnitu lze spatřovat ve skutečnosti, že nízkofrekvenční rTMS má inhibiční vliv na neurony mozkové kůry. Předpokládá se, že nízkofrekvenční stimulace vyvolává účinek blízký fenoménu tzv. „long-term depression“, který je indukovatelný přímou nízkofrekvenční stimulací. Při experimentech s hlodavci jsou změny neuronální aktivity sluchového kortexu patrné do 24 hodin po jedné stimulaci rTMS. U nemocných trpících schizofrenií 1Hz rTMS temporoparietálního kortexu, oblasti úzce spojené s percepcí řeči, znamenala redukci sluchových halucinací. V tomto kontextu je tedy zřetelné, že nízkofrekvenční rTMS je potenciálně velmi účinným nástrojem pro léčbu poruch spojených s hyperexcitabilitou specifických oblastí kortexu.

V současné době se ve světové literatuře objevilo několik prací s malými soubory nemocných, s průkazem pozitivního účinku rTMS na chronický

tinnitus. V oblasti léčby tinnitu jde o převratný pokrok, protože dosavadní terapie, jejíž hlavní směr byl v oblasti farmakoterapie a psychoterapie, prokázaly velmi nízkou účinnost. Skupina německých autorů předložila studii, která prokazuje pozitivní účinek rTMS. Autoři této práce vycházejí z hypotézy posledních výzkumů, které dokazují, že pomalá frekvence 1 Hz rTMS dokáže redukovat aktivitu ve stimulované oblasti mozku na úroveň ostatních dobře fungujících oblastí.

Dále bude stručně popsán a názorně fotograficky dokumentován postup práce s jedinečnou stereotaktickou lokalizační technologií BrainsightTM Frameless image guidance TMS system, která je do nově koncipované studie zahrnuta jako výrazně přesnější oproti tzv. pravidlu 5 cm.

Podpořeno grantem IGA MZ ČR NR/8805-4 a výzkumným záměrem MSM 0021620849.

Transkraniální magnetická stimulace v léčbě auditivní fantomové percepce

Langguth B.¹, Dvořáková J.², Eichhammer P.¹, Hajak G.¹

*Psychiatrická klinika, Universita Regensburg, Německo¹
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha²*

Stále větší množství elektrofyziologických a funkčně zobrazovacích studií naznačuje, že auditivní fantomová percepce, jako jsou auditivní halucinace či tinnitus, jsou spojeny s funkčními změnami centrálního nervového systému.

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) je neinvazivní metoda schopná modifikovat kortikální excitabilitu. rTMS je věnována stále větší pozornost jako terapeutické metodě řady neuropsychiatrických chorob. rTMS aplikována s nízkou frekvencí (≤ 1 Hz) je schopna redukovat aktivitu mozkové tkáně přímo ve stimulovaných oblastech, stejně tak jako ve funkčně spojených oblastech mozku a vede k neuroplastickým změnám v korových drahách, včetně talamo-kortikální oblasti.

Na základě těchto vlastností, tedy redukce kortikální hyperexcitability, byla repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) aplikována na auditivní kortex a navržena jako nová terapeutická metoda v léčbě tinnitu. Výsledky studií naznačují, že nízkofrekvenční rTMS vede k redukci auditivní fantomové percepce. Výsledky jsou ovšem zatíženy vysokou interindividuální variabilitou a pouze krátkodobým účinkem.

V budoucnu je třeba výzkum zaměřit na porozumění schopnosti rTMS modifikovat neuronální aktivitu, teprve poté bude moci být vyvinut efektivní a spolehlivý stimulační protokol.

PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKY

The use of Lithium in the long-term management of mood disorders

Abou-Saleh M. T.

Division of Mental Health, St George's, University of London, Cranmer Terrace, London, SW17 0RE, United Kingdom

The reintroduction of lithium to psychiatry in 1949 has provided one of the most dramatic developments in psychiatric practice. Its efficacy in the long-term management of mood disorders has been established by numerous high quality controlled studies, which showed that the use of lithium substantially reduces the morbidity and mortality of recurrent mood disorders. Numerous naturalistic and controlled studies by the author have consistently showed its efficacy in both bipolar and unipolar illness including studies evaluating lower doses/levels of lithium for their prophylaxis.

The author will review the literature on the efficacy of lithium in the long-term management of mood disorders, on predictors of prophylactic response and its unique effects in reducing the mortality of mood disorders. Reference will be made to the studies by the author including its efficacy as continuation therapy following recovery by electroconvulsive therapy; as augmentation treatment of antidepressants and its combination with cognitive-behavioural therapy in the maintenance treatment of depression in the elderly.

From time to time, doubt has been cast on the efficacy of lithium or concerns have been expressed about its unwanted effects with calls for its relegation to lesser status favoring other mood stabilizers. The author contends that the evidence for its efficacy is overwhelming such that all published guidelines have considered lithium to be the medication of first choice for the long-term management of recurrent mood disorders. Lithium has outlived its obituarists

REFERENCES

1. **Abou-Saleh, M. T.:** Platelet MAO, personality and response to lithium prophylaxis. *Journal of Affective Disorders*, 5, 1983, pp. 59-65.
2. **Abou-Saleh, M. T., Coppen, A.:** Continuation therapy following ECT. *Convulsive Therapy*, 4, 1988, pp. 263-268.
3. **Abou-Saleh, M. T., Coppen, A.:** The efficacy of low-dose lithium: clinical, psychological and biological correlates. *Journal of Psychiatric Research*, 23, 1989, pp. 157-162.
4. **Abou-Saleh, M. T., Coppen, A.:** The Long-term outcome of mood disorder on prophylactic lithium. *Lithium*, 1, 1990, pp. 27-35.
5. **Coppen, A. Abou-Saleh, M. T.:** Lithium therapy: from clinical trials to practical management. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 1988, pp. 754-762.
6. **Katona, C. L. E., Abou-Saleh, M. T., Harrison, D. A., Nairac, B. A., Edwards, D. R. L., Lock, T., Burns, R. A., Robertson, M. M.:** Placebo-controlled trial of Lithium augmentation of fluoxetine and lofepramine. *British Journal of Psychiatry* 166, 1995, pp. 80-86.
7. **Wilson, K. C. M., Scott, M., Abou-Saleh, M., Burns, R., Copeland, J. R. M.:** Long-term effects of cognitive-behavioural therapy and lithium therapy on depression in the elderly. *British Journal of Psychiatry*, 167, 1995, pp. 653-658.

14:30 – 16:00

SYMPOZIUM 5: Bipolární afektivní porucha Gestor: C. Stuppaeck, C. Simhandl

Psychopharmacological treatment patterns in bipolar patients

Stuppaeck Ch., Egger Ch., Muehlbacher M.

Department of Psychiatry and Psychotherapy I, Private Medical School, CDK Salzburg, Austria

Psychopharmacological treatment of patients suffering from bipolar disorders is a challenging task, demanding acute management of either manic, mixed or depressive episodes on the one hand and long term treatment with a growing number of compounds from various substance clusters on the other hand.

We report data from 679 bipolar patients (373 female / 306 male) with a total number of 3217 admissions to our hospital during an observational period of 77 months between January 2002 and May 2007.

The group of so-called classical mood stabilizers presents as follows: Valproic acid is the leader of the hit list accounting for about 60% of all prescriptions, Lamotrigine increased its share quite impressively from 3% in 2004 to 27% in 2007, whereas prescription rates of Lithium decreased from about 25% to 13.6% during the same time. Within the group of antipsychotic substances, Quetiapine leads with 38.7%, followed by Olanzapine (28.7%) and Risperidone (22.8%). The strongest relative increment between 2005 and 2007 was recorded with Ziprasidone, augmenting its share from 1.2% to 6.9%. Antidepressants play a major role in our treatment strategies, in spite of an increasing body of literature advising against the use of antidepressants in bipolar patients. A vast majority of our bipolar depressive patients (94.6%) were dis-



Serdolect®

sertindol

Serdolect®
sertindol

Internetová lekce

DEPRESE A ÚZKOST V KLINICKÉ PRAXI

přímo ve Vašem počítači



dimenze F

Novinka v dlouhodobém vzdělávacím programu Dimenze F® společnosti Lundbeck ČR. Absolvováním lekce získáte 8 kreditů ČLK ve spolupráci s EUNI.cz. Více informací o projektu ve Vaší poště nebo na www.dimenzef.cz od září 2007.

charged with an antidepressant, Mirtazapine being the most frequent choice (42.7%), followed by SSRIs (23.3%), Venlafaxine (17.5%) and Duloxetine (13.6%). During the last years, tricyclic antidepressants were no longer in use.

The majority of our patients are treated polypharmacologically. On an average, bipolar depressive patients receive a higher number of different compounds than patients suffering from a manic episode, the most frequently used discharge medication in bipolar depression being a triple combination of Valproic acid, an atypical antipsychotic and an antidepressant.

In conclusion, our data show good adherence to current guidelines and "gold standard papers", with the noteworthy exception of bipolar depression, where prescription of antidepressants is the rule rather than the exception.

Bipolar disorder, comorbidities and evidence based treatment options: Do we meet our patients' needs?

Muehlbacher M., Egger Ch., Stuppaeck Ch.

Department of Psychiatry and Psychotherapy I, Private Medical School, CDK Salzburg, Austria

Comorbidity in bipolar disorder is the rule rather than the exception. Recent findings show that more than 60% of all bipolar patients have at least one comorbid disorder, including anxiety disorders, substance abuse and personality disorders.

Furthermore, comorbidities are associated with a higher rate of suicidality, less favorable response to pharmacotherapy and a poorer overall outcome. There is convincing evidence that rates of substance use and anxiety disorders are elevated among patients with bipolar disorder compared to the prevalence in the general population, which may partly be due to a shared genetic background. The interaction between bipolar disorders and substance use goes both ways: patients with bipolar disorder have a higher rate of substance use and anxiety disorder, and vice versa. Nevertheless, comorbidities are often neglected by the treating physician in bipolar patients and there is limited knowledge about pharmacological and psychotherapeutic treatment of dual diagnosis patients. Failure to recognize the special needs of these patients may result in an unfavorable or even treatment-resistant course of illness.

We present data from recent epidemiological findings and evidence based treatment options, as well as data from an internet based survey regarding the patients' health related quality of life, expectations and treatment satisfaction.



SCHIZOFRENIE A JEJÍ LÉČBA

Eva Češková

Druhé rozšířené vydání úspěšné publikace se zabývá schizofrenií, onemocněním, které je laickou veřejností považováno za katastrofické, a na něž podobně nahlíží i řada lékařů somatických oborů. Situace se však již změnila, pokrok byl učiněn hlavně v léčbě schizofrenie, nadějně jsou i nové pomocné metody (zobrazování mozku, psychoendokrinologické parametry). Nemocní se v počáteční fázi onemocnění obrací nejčastěji na lékaře prvního kontaktu. Proto je nezbytné, aby praktičtí lékaři poznali psychotické projevy a při nespecifických iniciálních příznacích pomýšleli na možnost schizofrenní poruchy. Praktičtí lékaři tvoří významnou část odborníků, která může přispět k destigmatizaci psychiatrie. Kniha je určena hlavně lékařům nepsychiatřům a jejím cílem je rychle se orientovat v nových poznatcích o schizofrenii a její léčbě.

Vydalo nakladatelství Maxdorf v roce 2007, 104 stran, edice Farmakoterapie pro praxi, cena 195 Kč, formát: 110 x 190 mm, brožované, ISBN: 978-80-7345-114-1.

Objednávky můžete posílat na adresu: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax: 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz
Na objednávce laskavě uveďte i jméno časopisu, v němž jste se o knize dozvěděli.

8:30 – 10:00

SYMPOZIUM 6: Otevřené otázky farmakoterapie schizofrenie

gestor: J. Libiger

Farmakoterapie psychóz po půl století: pohyblivý cíl

Libiger J.

Psychiatrická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Farmakoterapie prodělala za posledních 50 let intenzivní rozvoj. Psychiatři a psychofarmakologové dnes mnoho vědí o účinku antipsychotik na receptory, více dbají na farmakokinetické interakce a změnila se i jejich citlivost při detekci nežádoucích účinků.

Vývoj prodělal i „zamlčený“ předpoklad farmakoterapie psychóz, totiž že antipsychotika léčí psychotický proces zásahem patogeneticky významného klíčového děje pro rozvoj psychózy. Došlo k rozvolnění vztahu mezi indikací a klasifikací psychofarmak. Antipsychotika se používají k léčbě hraniční poruchy osobnosti, ale také k léčbě bipolární afektivní poruchy v profylaktické indikaci. Objevily se dimenze psychopatologie schizofrenie, které jsou na současná antipsychotika refrakterní: kognitivní dysfunkce a negativní příznaky. Je zřejmé, že účinek antipsychotik na dopaminergní funkce k plnohodnotné léčebné účinnosti nepostačuje.

Do farmakoterapie se promítají rozpaky nad validitou a patogenetickým významem klasifikace operacionalizovanými diagnostickými systémy. Otázka, zda léčíme chorobu, psychopatologickou dimenzi nebo symptom, zůstává nezodpovězena. To se v praxi promítá do léčby kombinací farmak, do častého střídání léků a obecně do rozporů mezi farmakoterapeutickými vodítky a praxí. Také prakticky nejvýznamnější problém farmakoterapeutické praxe, adherence pacientů k léčbě, souvisí s možností jasně formulovat pro lékaře i pro pacienta důvody, mechanismus a cíle léčby.

Mění se názory na to, jak dlouho podávat antipsychotika, mění se očekávání výsledku léčby. Úsilí věnované zkoumání, které antipsychotikum je více či méně účinné, je neúměrné úsilí zodpovědět otázku komu a na jaké potíže indikovat konkrétní antipsychotikum.

Pokrok může přinést návrat k psychopatologické analýze a rekonstrukce diagnostiky tak, aby

respektovala modulární strukturu dysfunkcí charakterizujících psychotickou poruchu. Až dosáhneme lepšího porozumění vztahů mezi neurochemickými, fyziologickými a psychopatologickými ději, budeme také lépe vidět cíl antipsychotické léčby.

Metabolismus excitačních aminokyselin u schizofrenie

Hons J., Žirko R., Bažant J., Libiger J., Ulrychová M., Vávrová J., Čermáková E.

Psychiatrická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Funkční úroveň glutamatergního systému v CNS lze posuzovat podle hladin některých excitačních aminokyselin v krevním séru. Cílem klinické studie je popis a srovnání metabolismu excitačních aminokyselin u nemocných se schizofrenií a zdravých dobrovolníků. Hodnoty hladin excitačních aminokyselin v krevním séru u nemocných se schizofrenií jsou hodnoceny také ve vztahu k úrovni kognitivního výkonu a intenzitě schizofrenní symptomatiky. Hodnocení je zaměřeno na klinickou a laboratorní diferenciaci schizofrenních psychóz s rozdílným biochemickým a klinickým profilem. Vytvoření takové typologie schizofrenního onemocnění by umožnilo predikci odpovědi na léčbu zacílenou na úpravu dysfunkce glutamatergního systému v CNS.

Podpořeno výzkumným záměrem MSM 0021620816.

Spokojenost nemocných s léčbou antipsychotiky

Masopust J., Libiger J., Pazderová V., Köhler R., Urban A.

Psychiatrická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Dlouhodobá léčba antipsychotiky u pacientů se schizofrenií výrazně snižuje frekvenci relapsů. Faktory ovlivňující spolupráci souvisejí se samotným pacientem (věk, psychopatologie, kognitivní postižení), s jeho prostředím (sociální postavení a finanční situace) nebo s léčbou (vztah lékař-pacient, délka trvání léčby, velikost dávky, polypragmatie a nežádoucí účinky). Spolupráce při užívání léků je ovlivňována subjektivním prožíváním léčby pacientem. Předpokládáme, že ovlivňuje také pacientův postoj k lékům. Subjektivní spokojenost s léčbou je v Evropě měřena dotazníkem SWN (Subjective Well-being

under Neuroleptics scale), postoj k farmakologické léčbě dotazníkem DAI (Drug Attitude Inventory). Provedli jsme jednorázové průřezové šetření. Vyšetřili jsme soubor 80 nemocných z ambulance pro léčbu schizofrenie Psychiatrické kliniky LF UK a FN v Hradci Králové. Porovnávali jsme výsledky spokojenosti s léčbou a vztahu k léčbě u pacientů, kteří dosáhli symptomatické remise, se skupinou symptomaticky aktivní. Dále jsme porovnávali výsledky ve skupinách rozdělených podle počtu podávaných antipsychotik a podle výše celkové denní dávky. Posuzovali jsme také vztah jednotlivých faktorů škál DAI a SWN k náhledu a psychopatologii. Hodnotili jsme vztah mezi subjektivní spokojeností s léčbou a postojem k léčbě.

Podpořeno projektem MSM 0021620816 a MZO 00179906.

Teorie a praxe udržovací léčby schizofrenie

Hrnčiarová J.

Psychiatrická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Nespolupráce a odmítání léků závažným způsobem ovlivňuje průběh schizofrenie a je ve více než 50 % příčinou relapsů, častěji vede k rehospitalizacím a sebevražednému jednání. V praxi se setkáváme nejčastěji s částečnou adherencí, nežli s naprostým dodržováním nebo nedodržováním předepsaného léčebného postupu. Přitom i krátkodobé vynechání medikace zvyšuje riziko rehospitalizace. Adherenci u schizofreniků příznivě ovlivňuje edukace pacienta a jeho rodiny o optimálním způsobu a délce udržovací léčby a jiné psychosociální intervence. Pro vedení akutní i dlouhodobé léčby schizofrenie byla v mezinárodním i národním měřítku vypracována vodítka, která se opírají o kontrolovanými studiemi ověřené postupy „založené na důkazech“. Publikovaná vodítka se mezi sebou mohou v detailech lišit, většinou ale vycházejí z podobných zdrojů. Usnadňují lékařům rozhodnout o časovém sledu a trvání podávání farmak, o pravidlech monitorování nežádoucích účinků. Představují model optimalizovaného léčebného postupu a jsou jakousi maticí pro ražbu individuálního léčebného plánu.

Mezi faktory, které ovlivňují adherenci, patří dobrá informovanost nemocného o léčbě i o způsobu, jak má být v jeho případě podávána. Ta zahrnuje i povědomí o vodítcích. Povědomí o existenci doporučených postupů není nezbytně zprostředkováno jenom ošetřujícím psychiatrem. Pacienti mají dnes především prostřednictvím internetu samostatný přístup k informacím pro nemocné, včetně nemocných s psychózou. Rozpor mezi takto nabytou znalostí a praxí, zůstane-li bez vysvětle-

ní, může podlomit důvěru pacienta v léčbu i lékaře a vést ke ztrátě adherence.

Zkusili jsme ověřit jednak znalost vodítek pro léčbu schizofrenie, jednak míru shody praktického postupu s vodítky na malém pilotním vzorku pacientů, jejich rodinných příslušníků a zdravotníků. Nepřímo tak lze také zjistit do jaké míry v jednotlivých případech spolu komunikují lékař a pacient nad farmakoterapeutickým postupem.

Spolupracujícím dospělým pacientům s diagnózou schizofrenie, hospitalizovaným na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové, jejich rodinným příslušníkům a ošetřujícím lékařům jsme předkládali strukturovaný dotazník, který zjišťoval jejich informovanost o postupech při dlouhodobé léčbě antipsychotiky.

Pacienti jsou dotazováni na to, co vědí o své léčbě, jaký lék berou a jak dlouho ho mají brát, a jakých vysvětlení se jim od lékaře dostalo. Dotazníky s podobnými otázkami byly předloženy také jejich příbuzným a ošetřujícím lékařům. Pacienti byli také hodnoceni škálami GAF (Global Assessment of Functioning) a CGI (Clinical Global Impression). Výsledky budou zpracovány do tabulek. Očekáváme, že takto získáme informace o rozsahu informovanosti pacientů léčených pro schizofrenní psychózy by do budoucna mohly sloužit jako východisko pro hodnocení podílu informovanosti na dlouhodobé spolupráci nemocných při léčbě psychózy.

LITERATURA

Seifertová, D., Praško, J., Höschl, C.: Postupy v léčbě psychických poruch. Academia Medica Pragensis, 2004.

SYMPOZIUM 7:

Místo psychoterapie v psychiatrické péči

gestor: J. Praško, J. Rektor

Místo psychoterapie v psychiatrické ambulantní péči při léčbě neurotických poruch

Berka J.

Psychiatrická a psychoterapeutická ordinace, Brno

Z hlediska psychologického modelu patogeneze neurotických poruch leží těžiště problematiky ve vývojově založené poruše sebepojetí. Ta způsobuje intrapsychické konflikty a následně vytvoření maladaptivních procesů (patogenních stereotypů), jež se pak manifestují konkrétní symptomatikou. Psychoterapie se z tohoto úhlu pohledu jeví jako hlavní, kauzální léčebná metoda neurotických poruch. Přestože jak doporučené postupy, tak kompetenční požadavky u nás i v zahraničí s aplikací psychoterapie počítají, v podmínkách naší současné ambulantní psychiatrické péče není

uplatňovaná v potrebnej miere. Závěrem je podána vize uceleného vzdelání v transteoretické psychotherapii jako součásti přípravy k atestaci.

Ostatní abstrakta nedodána.

10:15 – 11:45

SYMPOZIUM 8: Co zaujalo psychiatrov na Slovensku?

gestor: L. Vavrušová

EPIAF – epidemiológia alkoholizmu a fajčenia na Slovensku

**Novotný V., Heretik A., Sr., Pečenák J.,
Heretik A. Jr., Ritomský A.**

Psychiatrická klinika LF UK a FNsP, Bratislava

Úvod: Na Slovensku neboli k dispozícii žiadne relevantné epidemiologické dáta o alkoholovej a nikotínovej závislosti. Publikovali sa len odhady. V 80. rokoch sa publikovala epidemiologická štúdia o tzv. problémovom pití za použitia dotazníka MAST.

Ciele štúdie: Zistiť reprezentatívne údaje o šesťmesačnej prevalencii alkoholovej a nikotínovej závislosti v populácii Slovenska.

Materiál a metodika: Vyšetřilo sa 1251 participantov, ktorí svojimi charakteristikami (vek, pohlavie, národnosť, vzdelanie, bydlisko) reprezentovali populáciu Slovenska. Okrem demografických charakteristík sme zisťovali možnú závislosť od alkoholu a nikotínu. Použili sme skriningový test CAGE (Ewing, 1984) pre zistenie alkoholovej závislosti a Fagerstromov tolerančný dotazník FTQ (Fagerstrom, 1978) na zistenie nikotínovej závislosti.

Výsledky: Šesťmesačná prevalencia alkoholovej závislosti na Slovensku je 11,0% (n=136, muži 19,6 %, ženy 2,8 %), u ďalších 7,4 % populácie sa zistil abúzus alkoholu. Ženy 2krát častejšie abstínujú ako muži ($p<0,001$). Najviac závislých od alkoholu sa vyskytuje v subpopulácii 18-39-ročných. Šesťmesačná prevalencia závislosti od nikotínu je 28,1% (n=351), z toho silne závislých je 13,4 %, stredne silne závislých 34,5 %, slabozávislých podľa FTQ je 52,1 %. Muži sú signifikantne častejšie silne závislí (19,1%) než ženy (4,4%, $p<0,001$). Najviac silných fajčiarov je opäť vo vekovej skupine 18-39 rokov (36,1 %).

Diskusia: Nami zistená prevalencia alkoholovej závislosti je vyššia než v iných podobných populačných štúdiách. V amerických štúdiách sa alkoholová závislosť zistila u 1,3-9,0 % populácie. V európskych štúdiách sa pohyboval výskyt alkoholovej

závislosti medzi 0,7 % až 7,4 %. Nami zistená prevalencia nikotínovej závislosti zodpovedá americkým epidemiologickým údajom (napr. v štúdií NCS bola 24%, v štúdií NIAAA dokonca zhodne 28%). Európske údaje o prevalencii sú nižšie (v Nemecku 20,9%, vo Veľkej Británii 11%).

Podpořeno grantem SPS 01/2007.



Kvantitatívne vzťahy medzi psychopatologickými syndrómami

Forgáčová Ľ.

Psychiatrická klinika SZU a FNsP, Bratislava-Ružinov

Cieľom príspevku je poukázať na niektoré teoretické problémy klinickej psychopatológie a poukázať na viaceré prístupy riešenia týchto problémov v priebehu histórie psychiatrie, vrátane výsledkov vlastného výskumu.

Teoretické východisko: Klinické skúsenosti potvrdzujú, že psychopatologické syndrómy sa v závislosti od rôznych faktorov môžu meniť, vymiznúť alebo kombinovať. Vzťahy medzi nimi sú zákonité. Z dvoch kombinujúcich sa syndrómov je jeden primárny (osový) a druhý sekundárny (akcesórny).

Ciele výskumu: Poukázať na zmeny psychopatologického obrazu bludového (sekundárneho syndrómu) v závislosti od osového (primárneho) schizofrenického syndrómu. Vzťah medzi sekundárnym (bludovým) syndrómom a primárnym syndrómom (schizofrenickým) kvantifikovať pomocou štatistických metód.

Metóda: Vyhodnocovanie schizofrenického primárneho syndrómu: BPRS, PANSS, vyhodnocovanie sekundárneho bludového syndrómu pomocou Škály pre jednoduchý bludový syndróm (SJBS). Ukazovateľom pre vyhodnotenie tesnosti závislosti dvoch kvantitatívnych premenných bol súčinný korelačný koeficient (r) Vývoj škály SJBS.

Cieľ škály: Určiť stupeň intenzity prejavu bludového syndrómu. Sedem položiek, skórovanie od 1-5 (stupeň intenzity prejavu): logická sklbenosť, systemizácia, stabilita, presvedčenie, vplyv na konanie, extenzia, inercia.

Výsledky štatistickej analýzy: Dobré psychometrické vlastnosti škály. Reliabilita škály: Cronbachov koeficient $\alpha=0,8916$. Dosiahnuté skóre podľa SJBS informuje o úrovni bludnej štruktúry – vysoké skóre poukazuje na jednoduchý bludový syndróm, nízke skóre škály poukazuje na prítomnosť primárneho (osového) syndrómu. Škála priezovo zachytí zmeny bludnej štruktúry v závislosti od primárneho syndrómu.

Výsledky: Ak je v klinickom obraze prítomný rozvinutý primárny syndróm (schizofrenický), narastá jeho skóre. Skóre sekundárneho syndrómu (bludového) klesá. Pri málo rozvinutom primárnom (schizofrenickom) syndróme jeho dosiah-

nuté skóre klesá, skóre sekundárneho (bludového) syndrómu narastá. Negatívna závislosť medzi bludovým syndrómom a schizofrenickým osovým syndrómom je štatisticky významná : Vzťah BPRS/SJBS: súčinný korelačný koeficient: -0,34, $p < 0,01$. Vzťah PANSS / SJBS: súčinný korelačný koeficient: -0,265, $p < 0,05$. Vzťah PANSS (NS) / SJBS: súčinný korelačný koeficient: - 0,38, $p < 0,001$.

Skúsenosti s kvantitatívnymi vzťahmi pri kombinujúcich sa syndrómoch zatiaľ nemožno vysvetliť na patofyziologickej úrovni. Metóda a predbežné výsledky môžu slúžiť ako podnet pre ďalšie rozvíjanie výskumu uvedenej problematiky.

LITERATÚRA

1. **Berner, P., Kufferle, B.:** Symptom, Syndrom, Krankheitsdiagnose. In: Psychopathologie. Neue Beiträge zu Klinik und Praxis/ hrsg. von Buchard, J. M.. Stuttgart; New York 1981, pp. 93 -100.
2. **Ey, H.:** The psychopathology of Pierre Janet and the dynamic conception of psychiatry, 1963. In.: Anthology of French language psychiatric texts, Institut d'édition, Le Plessis-Robinson, 1999, pp. 531-551.
3. **Fleischer, J.:** Zákonitosti symptomatologickej výstavby psychických porúch (1990). Klinicko-psychopatologické problémy. Bratislava, Psychiatrická klinika LF UK a FN, Lundbeck 1997, s. 27-32.



Antipsychotika druhej generácie v liečbe prvej epizódy schizofrénie – ročné sledovanie.

Vavrušová L., Dziaková D.

Psychiatrická klinika SZU, FN, Bratislava

Schizofrénia patrí k psychickým ochoreniam, ktorých základnou charakteristikou je tendencia k relapsom. K faktorom, ktoré môžu ovplyvniť frekvenciu relapsov, a tak aj ďalší priebeh a prognózu schizofrénie, patrí kvalita liečby, zejména pak liečby prvej epizódy. Je otázka, aké sú výhody, resp. obmedzenia jednotlivých prípravkov osobitne v liečbe pacientov s prvou epizódou. Je málo štúdií zameraných osobitne na prvé epizódy schizofrénie a dlhodobú liečbu. Preto sa v našej práci chceme venovať porovnaniu rizika/prínosu antipsychotík prvej a druhej generácie v stabilizačnej a udržiavacej fáze liečby pacientov s prvou epizódou schizofrénie.

Do súboru dlhodobého sledovania účinnosti a tolerancie antipsychotík prvej a druhej generácie (AP I a AP II) u pacientov s prvou epizódou schizofrénie - po preliečení prvej epizódy schizofrénie - bolo v priebehu rokov 2000-2005 zaradených 110 pacientov. Ročné sledovanie účinku a tolerability dlhodobej liečby antipsychotikami prvej a druhej generácie ukončilo 99 pacientov, z toho bolo 45

žien a 54 mužov, vek 18 – 30 rokov, priemerný vek v celom súbore bol 23,27 roka, ženy mali priemerný vek 21,99 roka a muži 24,30 roka.

Haloperidol (HAL) sme vybrali za predstaviteľa antipsychotík prvej generácie, je to incíziívne neuroleptikum, referenčný liek v mnohých klinických štúdiách. Quetiapín (QET), olanzapín (OLZ), risperidón (RIS), ziprasidón (ZIP) sme vybrali za predstaviteľov antipsychotík druhej generácie. Klopazín sme nevybrali, lebo nie je indikovaný pre liečbu prvej epizódy schizofrénie.

Východiskové dávky boli tie, s ktorými boli pacienti poukázaní do ambulancie po ukončení akútnej fázy liečby. Ďalšie dávkovanie bolo flexibilné, v závislosti od efektu a znášanlivosti. Dávky haloperidolu klesli v priebehu roka o 2 mg/deň, dávka ziprasidónu sa za sledované obdobie nezmenila, dávka olanzapínu klesla o 7 mg/deň, dávka quetiapínu klesla v priemere o 155 mg/deň a dávka risperidónu klesla o 1 mg/deň.

Zistili sme rozdiel v rizikách dlhodobej liečby medzi rôznymi antipsychotikami druhej generácie u pacientov s prvou epizódou schizofrénie: olanzapín, risperidón - viedli k zvýšeniu hmotnosti pacientov v priebehu dlhodobej liečby s prvou epizódou schizofrénie, ziprasidón – nevedol k zvýšeniu hmotnosti pacientov v priebehu dlhodobej liečby s prvou epizódou schizofrénie. V iných hodnotených parametroch sledovania nežiaducich účinkov liekov sa antipsychotiká druhej generácie medzi sebou nelíšili.

Zistili sme rozdiel v efekte dlhodobej liečby medzi antipsychotikami prvej a druhej generácie u pacientov s prvou epizódou schizofrénie, antipsychotiká druhej generácie boli signifikantne účinnejšie v zmiernení pozitívnej aj všeobecnej symptomatiky podľa PANSS než antipsychotiká prvej generácie. Podľa BPRS faktorovej analýzy boli antipsychotiká druhej generácie ako skupina účinnejšie voči AP I v zmiernení apaticko - bulického syndrómu, paranoidného syndrómu, produktívneho - katatónneho syndrómu, hostility.

Olanzapín signifikantne zmiernil negatívne a všeobecné príznaky schizofrénie (podľa PANSS) v priebehu dlhodobej liečby prvej epizódy schizofrénie. Quetiapín signifikantne zmiernil pozitívne, negatívne a všeobecné príznaky schizofrénie (podľa PANSS) v priebehu dlhodobej liečby prvej epizódy schizofrénie, signifikantne zmiernil paranoidný syndróm (Faktor III BPRS), signifikantne zmiernil produktívny katatónny syndróm (Faktor IV BPRS), signifikantne zmiernil hostilitu (Faktor V BPRS). Risperidón signifikantne zmiernil pozitívne, negatívne a všeobecné príznaky schizofrénie (podľa PANSS) v priebehu dlhodobej liečby prvej epizódy schizofrénie, signifikantne zmiernil apaticko – abulický syndróm (podľa Faktor II BPRS), signifikantne zmiernil paranoidný syndróm (Faktor III BPRS), signifikantne zmiernil hostilitu (Faktor V BPRS). Ziprasidón signifikantne zmiernil

apaticko – abulický syndróm (podľa Faktor II BPRS). Haloperidol signifikantne zmiernil pozitívne, negatívne a všeobecné príznaky schizofrénie (podľa PANSS) v priebehu dlhodobej liečby prvej epizódy schizofrénie, signifikantne zmiernil paranooidný syndróm (Faktor III BPRS).

Nezistili sme rozdiel v príčinách relapsu medzi antipsychotikami prvej a druhej generácie. Dôležitým zistením bolo, že k relapsom nedošlo, pokiaľ boli pacienti po prvej epizóde liečení antipsychotikami. Početne sme relapsy zaznamenali, ale ich počet bol zanedbateľný.

SYMPOZIUM 9: Problematika ADHD v České republice a na Slovensku

gestor: I. Drtílková, P. G. Fedor-Freyberg

Farmakologické či nefarmakologické prístupy v liečbe ADHD nedospelých?

Škodáček I.

Klinika detskej psychiatrie LF UK a DFNSP, Bratislava

Autor sa zaoberá rôznymi pohľadmi na nefarmakologické prístupy uplatnené pri ovplyvňovaní ADHD v spojitosti s recentnými farmakologickými postupmi, vrátane nestimulačnej terapie ADHD. Pri zohľadnení teoretických modelov vyplýva komplexný prístup k nedospelým pacientom s ADHD.

Hyperkinetický syndrom a psychiatrická problematika detí predškolného veku

Pacit I., Pacitová D.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

U detí predškolného veku býva často nutnosť liečby rôznych psychiatrických syndromů z oblasti hyperkinetické poruchy a poruch chovania. Poruchy chovania se mohou vyskytovat samostatně jako primární diagnóza bez komorbidit. Hyperkinetický syndrom i porucha chovania mohou být komorbidní např. k autistickým syndromům, mentálním retardacím nebo vývojovým dysfaziím. Autoři prezentují vlastní soubor ve věku 2,5 - 5 let a výsledky farmakoterapie.

Podpořeno grantem NR/9534/3.

Použití atomoxetinu v klinické praxi

Hrdlička M., Dudová I.

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

Atomoxetin (ATX) byl uveden na trh v USA v lednu 2003. V Evropské unii byl lék nejprve k dispozici ve Velké Británii (červenec 2004). Do prosince 2006 pak schválilo užití atomoxetinu 79 zemí světa a ve více než čtyřiceti z nich byl již také uveden na trh. Od 1. dubna 2007 byl lék kategorizován a uveden na trh i v České republice. Atomoxetin (přípravek Strattera) je nový nestimulační lék k léčbě ADHD. Jeho mechanismus účinku je v souladu se současnými neurobiologickými důkazy, že u ADHD jsou účinné léky ovlivňující dopaminergní a noradrenergní transmise. ATX účinkuje mechanismem vysoce selektivní inhibice presynaptického noradrenalinového transportéru. Zvyšuje koncentraci noradrenalinu a nepřímým efektem i dopaminu v prefrontálním kortexu, dále pak noradrenalinu, nikoli však dopaminu, také ve striatu či nucleus accumbens. Chybění dopaminergní akce v podkorových strukturách zřejmě podmiňuje, že terapie atomoxetinem nepůsobí psychostimulačně a nepodporuje vznik syndromu závislosti ani tiků. Vylučovací poločas ATX je u rychlých metabolizérů (více než 90 % populace) 5,2 hodiny. Rozdíl v účinnosti a nežádoucích účincích mezi rychlými a pomalými metabolizéry je však nevýznamný a nepodmiňuje žádné specifické dávkovací opatření. Vylučovací poločas nekořesponduje s trváním terapeutického účinku, které je mnohem delší, proto stačí lék podávat v jedné ranní dávce denně. Alternativně lze denní dávku rozdělit na ranní a pozdní odpolední dávku. Atomoxetin, na rozdíl od stimulantů, nemá efekt jedné dávky a jeho plný účinek se dostavuje až po 2 – 4 týdnech podávání. Maximální dávka by neměla přesáhnout 1,4 mg/kg/den nebo 100 mg/den. Nejčastější nežádoucí účinky jsou dyspepsie, nevolnost, zvracení, zvýšená únava, snížená chuť k jídlu, závrativost a změny nálady. Do současnosti byla provedena s ATX řada krátkodobých i dlouhodobých klinických studií, a to jak v randomizovaném, dvojité – slepém a placebem kontrolovaném uspořádání, tak i v uspořádání otevřeném. Jejich přehled přinese v našem sdělení. V nejnovější metaanalýze publikovaných studií (2006) byly určeny souhrnné parametry účinnosti: velikost efektu (effect size, ES) a počet pacientů, kolik je jich třeba léčit, aby právě jeden z nich dosáhl remise (number needed to treat, NNT). ES atomoxetinu byla v metaanalýze vypočtena na 0,7 a NNT na 4,2, zatímco pro metylfenidát ES byla 1,0 a NNT 4,8. To ukazuje vysokou účinnost léčby pro ADHD v porovnání s jinými léčbami v psychiatrii – např. ES antidepresiv v léčbě deprese činí přibližně 0,5 a NNT 9, zatímco u atypických neuroleptik v léčbě schizofrenie jsou tyto parametry dokonce jen 0,25 a 0,20.

Nestimulační preparáty v historii léčby ADHD

Drtílková I.

Psychiatrická klinika LF MU a FN, Brno

Po zavedení neuroleptik do psychiatrie v 60. a 70. letech minulého století psychostimulancia v léčbě hyperkinetické poruchy ustoupila přechodně do pozadí a postupně byl zkoušen efekt řady neuroleptik (haloperidol, chlorpromazin, levopromazin, thioridazin, chlorprothixen a další). Jejich vliv na kognitivní funkce byl převážně negativní a objevovaly se extrapyramidové příznaky. V historii léčby hyperkinetické poruchy byly zkoušeny preparáty z nejrůznějších skupin, často jen na základě nedostatečně prověřených hypotéz nebo empiricky. Nebyla potvrzena účinnost antihistaminik a většiny antikonvulziv (valproátu, klonazepam, karbamazepin). Jako zcela neefektivní se ukázala léčba pomocí trankvilizérů a hypnotik, po kterých často docházelo ke zhoršení hyperaktivity a impulzivity. I když byl popsán příznivý účinek některých nootropik u dyslektiků, u „čistě“ hyperkinetické poruchy efekt prokázán nebyl. Efekt modafinilu na symptomy dětské ADHD uvádějí v kontrolované, randomizované studii Bidereman a spol. (2005). Příznivý efekt klonidinu (centrální agonista alfa 2 adrenoreceptorů) je zdůrazňován zejména v případech komorbidního výskytu hyperkinetické a tikové poruchy, výsledky studií však nejsou konzistentní. Efekt preparátů ze skupiny tricyklických antidepresiv (TCA) u hyperkinetické poruchy byl potvrzen řadou dvojité slepých, kontrolovaných studií. Avšak vzhledem k jejich možnému kardiotoxickému působení je léčba TCA v této indikaci považována dlouhodobě za léčbu II. linie. U preparátů SSRI nebyla prokázána dostatečná účinnost v monoterapii u hyperkinetických poruch a jsou doporučovány jako addikce v případě výskytu některých komorbidních poruch. Bupropion prokázal příznivý efekt v otevřených a ve dvou kontrolovaných studiích u ADHD, jeho efekt však nebyl větší než po stimulanciích, podobně jako tyto látky indukoval nebo exacerboval tiky, případně působil toxické kožní exantémy. První non-stimulans, které je speciálně určeno pro léčbu ADHD u dětí i dospělých, je Atomoxetin (f.o. Strattera). Atomoxetin je silný inhibitor presynaptického norepinefrinového transportéru s minimální afinitou k dalším noradrenergním receptorům nebo dalším neurotransmitérovým transportérům a receptorům. Protože atomoxetin nezvyšuje koncentraci dopaminu v oblasti nucleus accumbens a ve striatu, na rozdíl od stimulantů snižuje riziko rozvoje motorické hyperaktivity, tiků nebo vzniku závislosti. Účinnost atomoxetinu v léčbě ADHD byla prokázána v dvojité slepých studiích (Spencer, 2002, Michelson, 2002, Michelson, 2003, Michelson, 2004). V otevřené randomi-

zované studii je uváděn srovnatelný efekt atomoxetinu s metylfenidátem (Kratochvíl, 2002). Od dubna 2007 je atomoxetin dostupný pro léčbu hyperkinetické poruchy u dětí i v České republice.
Podpořeno grantem IGA NR/9298-3.

První zkušenosti so Stratterou na Slovensku

Šuba J.

Klinika detskej psychiatrie DFNSP, Bratislava

Hyperkinetická porucha (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD) je najčastejšia psychiatrická porucha u detí školského veku. Neliečená alebo nedostatočne liečená porucha má závažné dôsledky pre dieťa samotné, ale aj pre rodinu a spoločnosť. Deti s ADHD boli na Slovensku donedávna liečené spôsobmi, ktoré nie sú optimálne a nezodpovedali súčasným poznatkom o liečbe ADHD. Do schválenia lieku Strattera (atomoxetín) nebol v Slovenskej republike registrovaný žiaden liek na liečbu ADHD. Atomoxetín je tak u nás prvým a jediným farmakom dostupným na liečbu ADHD. Atomoxetín bol skúmaný v klinických štúdiách u viac než 5000 detí a mladistvých s ADHD. Vo všetkých placebom kontrolovaných štúdiách bol atomoxetín účinnejší než placebo a pozitívne ovplyvnil tak poruchu pozornosti ako aj hyperaktivitu a impulzivitu. Zlepšenie bolo zaznamenané aj u pacientov s ďalšou psychiatrickou komorbiditou (poruchy učenia a opozičného vzdoru) [1, 2, 3]. Atomoxetín kliniky i štatisticky signifikantne zlepšoval príznaky ADHD i u pacientov s komorbidnou tikovou poruchou, u ktorých tiky nezhoršoval, naopak bola tendencia k ich zlepšovaniu, ktorá však nedosiahla štatistickej významnosti [4]. V liečbe frekventných komorbidných úzkostných porúch preukázal atomoxetín väčšiu účinnosť ako placebo na symptómy ADHD aj symptómy úzkosti [5, 6]. Autori predkladajú prvé skúsenosti s atomoxetínom na Klinike detskej psychiatrie v Bratislave. U pacientov s ADHD sledovali rodovú príslušnosť, vek, komorbidne psychiatrické poruchy a účinnosť atomoxetínu.

LITERATÚRA

1. **Newcorn, J. H. et al.:** Atomoxetine treatment in children and adolescent with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid oppositional defiant disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 44, 2005, pp. 240-248.
2. **Kaplan, S. et al.:** Efficacy and safety of atomoxetine in childhood attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid oppositional defiant behavior. *J. Attent. Disord.*, 2004, 8, pp. 45-52.
3. **Biederman, J. et al.:** Does the presence of comorbid

ODD affect responses to atomoxetine? APA Annual Meeting, Atlanta, Abstracts NR, 108, 2005.

4. **Allen, A. J. et al.:** Atomoxetine treatment in children and adolescents with ADHD and comorbid tic disorders. *Neurology*, 65, 2005, 12, pp. 1941-1949.

5. **Donnelly, C. L.:** ADHD treatment options. ADHD Regional Medical Conference, Brussels, Belgium, 2006.

6. **Kratochvil, C. J., Newcorn, J., Gao, H.:** Atomoxetine for comorbid ADHD and affective symptoms. Presented at American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP); October, 14-19, 2003, Miami, FL.

13:15 – 14:15

PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKY

Depression: A neurodegenerative disease?

Myint A. M.¹, Leonard, B. E.²

Laboratory Section for Psychoneuroimmunology and Therapeutic Drug Monitoring, University Psychiatric Hospital, Ludwig-Maximilians University of Munich, Germany¹

Cellular Neuroscience Division, Brain and Behaviour Institute, University of Maastricht, The Netherlands²

Depression is associated with inflammatory changes and low serotonin in the brain. The link between inflammatory changes and serotonin depletion is shown to be through the enzyme IDO. Beyond IDO, there is the kynurenine pathway which has both neuroprotective arm and neurodegenerative arm. The neuroprotective NMDA receptor antagonist kynurenic acid is the neuroprotective arm whereas the neurodegenerative arm includes apoptotic 3-hydroxykynurenine and neurodegenerative NMDA receptor agonist quinolinic acid. The Neurodegenerative arm of this metabolism is again enhanced by the pro-inflammatory cytokines. The proinflammatory cytokines have neurotoxic or neurodegenerative effect in higher concentrations. Both the effect of high proinflammatory cytokines, high inflammatory mediators and high metabolites of the neurodegenerative arm of kynurenine pathway induce the neurodegenerative changes in the brain. Moreover, depression is highly associated with high plasma cortisol level and cortisol is also involved in neurodegenerative changes. Taken altogether, depression, especially chronic repeated and treatment resistant types can be considered as neurodegenerative disease. This hypothesis is supported by certain morphological findings such as hippocampal shrinkage in post-mortem depressed brain. In addition, the clinical association between depression and dementia also support this hypothesis. The link between cytokine, behavioural, tryptophan and kynurenine metabolisms and

brain morphological changes is explored in a series of studies.

In human studies, the enhanced Th1 cytokine was observed in depressed patients and improved after 6 weeks antidepressant treatment. The patients had high tryptophan breakdown and low neuroprotective kynurenine metabolite in the plasma. After 6 weeks treatment, the neuroprotective metabolite increased only in the patients with first episode. In the animal experiment, the increased peripheral pro-inflammatory cytokines associated with depressive behaviour and different brain regions showed different patterns of cytokine changes. Moreover, the morphological study showed low astrocytes activation in interferon- α treated rats and high microglia and low astrocytes associated with neuronal loss in hippocampus in olfactory bulbectomised rat model. Impaired neurogenesis was also demonstrated in olfactory-bulbectomised rat model of depression.

Above observations indicated that pro-inflammatory cytokines enhance the tryptophan breakdown and induce the imbalanced neuroprotection-neurodegeneration in depressed patients and that in turn induces the impaired astrocytes function and neurodegeneration with repeated episodes which might bring certain patients into chronic treatment resistant depression and most probably neurodegeneration.

14:30 – 16:00

SYMPOZIUM 10: Psychiatrie seniorů

gestor: V. Pidrman

Terapie demence

Pidrman V., Látalová K., Holmerová I., Kubínek R.

Psychiatrická klinika LF UP, Olomouc

Autor navazuje na roční sledování účinnosti a snášenlivosti IChE v léčbě Alzheimerovy nemoci u ambulantních pacientů. Diagnóza byla stanovena na základě psychiatrického vyšetření a NINCDS-ADRDA kritérií. Pro posouzení účinnosti byly hodnoceny kognitivní funkce a aktivity denního života. K hodnocení kognitivních funkcí byla použita škála MMSE, proveden byl rovněž Test hodin. Aktivity denního života byly hodnoceny škálou DAD. MMSE a Test hodin byly hodnoceny lékařem, DAD příbuzným (pečovatelem), který s pacientem žije. K hodnocení snášenlivosti byly sledovány změny krevního tlaku a pulzu, hmotnost, byly zaznamenány spontánní stesky pacienta/pečovatele na nežádoucí účinky v průběhu léčby. Aktivními dotazy bylo pátráno po předpokládaných vedlejších účincích – bolestech hlavy,

závratích, únavě, poruchách spánku, GIT potíží. Rozdíl mezi respondenty a non-respondenty byl signifikantní od 6. měsíce léčby, a to jak při hodnocení kognitivních funkcí, tak aktivit denního života. Kontrola v 6. měsíci má dle našich výsledků predikční hodnotu. Změny v MMSE korelují se změnami v DAD škále, to znamená, že změny kognitivních funkcí jsou v přímé závislosti se změnami v aktivitách denního života. Test hodin má hodnotu screeningovou, pro hodnocení průběhu léčby se nehodí. Mezi respondenty bylo signifikantně více těch, kteří neztráceli na váze, u non-respondentů naopak – bylo zde signifikantně více těch, kteří na váze ztráceli. Hodnoty krevního tlaku ani tepové frekvence se během léčby významně neměnily. Cílem dále bude pokračovat v dlouhodobém sledování (do 3 let) – s otázkami validizace predikčních faktorů, sledování důvodů selhání léčby. Na základě zkušeností z ročního sledování a pod vlivem diskusí v literatuře budou autoři sledovat vývoj tělesné hmotnosti v závislosti na psychopatologickém stavu, na responsi/ nonresponsi.



Antipsychotika ve stáří

Látalová K.

Psychiatrická klinika LF UP, Olomouc

Počet pacientů vyššího věku (nad 65 let), kteří jsou léčeni antipsychotiky, není zanedbatelný. Tuto skupinu tvoří nejen pacienti s onemocněním schizofenního okruhu nebo s poruchou afektivity, ale i stále rostoucí skupina pacientů trpících psychickou poruchou vzniklou na tzv. organickém podkladě. Antipsychotika se u těchto pacientů stávají běžně předepisovaným léčivem. Některá z antipsychotik však mohou svůj přínos ve stáří ztrácet. Jiná jsou ve vyšším věku potenciálně nevhodná pro větší riziko rozvoje nežádoucích účinků. Je to především dáno změnami stárnoucího organismu, výskytem přidružených somatických onemocnění, užíváním většího počtu léků apod. V současnosti máme k dispozici celou řadu antipsychotik první i druhé generace. Obě tyto skupiny antipsychotik jsou limitovány profilem svých nežádoucích účinků. Antipsychotika první generace častěji vedou ke vzniku nežádoucích extrapyramidových příznaků, přičemž riziko s věkem pacientů několikanásobně stoupá. V současné době jsou v léčbě starších pacientů preferována antipsychotika druhé generace, i když ani ta nejsou ideální ve všech směrech. U některých z nich jsou dobře známé nepříznivé metabolické účinky, ovlivnění hmotnosti, prolaktinu, QT intervalu aj. Přesto při vhodném výběru farmaka a podmínek dobré znalosti tělesné kondice pacienta jsou antipsychotika druhé generace prostředky účinné a dobře tolerované léčby.

10 let České alzheimerovské společnosti – nastala změna?

Holmerová I.¹, Janečková H.², Rokosová M.³

Česká alzheimerovská společnost, Gerontologické centrum, Univerzita Karlova, FHS, Katedra řízení a supervize ve zdravotnických a sociálních organizacích, Praha¹

Česká alzheimerovská společnost, Škola veřejného zdravotnictví IPVZ, Praha²

Česká alzheimerovská společnost, 1. LF UK, Ústav sociálního lékařství, Praha³

Před 10 lety byla založena Česká alzheimerovská společnost (ČALS), která si předsevzala prosazovat zájmy pacientů postižených Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence a také těch, kteří o ně pečují, rodinných příslušníků i profesionálních pečujících. ČALS se velmi záhy stala součástí mezinárodního společenství alzheimerovských společností a členem evropské asociace Alzheimer Europe i světové organizace Alzheimer's Disease International. V roce 2004 pořádala ČALS výroční kongres Alzheimer Europe, pravidelně se prostřednictvím svých členů zúčastňuje různých odborných aktivit a podílí se na jednáních v zájmu pacientů postižených demencí s cílem dosáhnout lepší organizace zdravotnických a sociálních služeb. Přestože dosud nejsme spokojeni s tím, jak jsou zajištěny služby pro pacienty s demencí a jaký je vztah společnosti jak k pacientům tak k jejich rodinným příslušníkům, pokud se ohlédneme na činnost ČALS, nemůžeme si nevímsnout změn, které v posledních letech nastaly.

ČALS se zásadním způsobem podílela na prosazení úhrady kognitiv, již bylo dosaženo po mnoha jednáních až po intervenci ombudsmana v roce 2001. Alzheimerova choroba tedy již netvoří neblahou výjimku alespoň z pohledu úhrady léků a pacienti nejsou oproti jiným skupinám nemocných diskriminováni.

V současné době komunikuje ČALS se 30 kontaktními místy v celé České republice, kde mohou pacienti a jejich rodinní příslušníci získat základní informace o problematice demencí a informační materiály. V rámci projektu Kooperace pro jakost, který je financován z prostředků Evropského sociálního fondu, státního rozpočtu České republiky a rozpočtu hlavního města Prahy, připravujeme certifikační systém pro spolupracující zařízení, abychom jejich síť mohli rozšířit a zároveň abychom garantovali úroveň služeb, která tato zařízení poskytují.

Důležitou součástí činnosti ČALS je informování odborné i laické veřejnosti. Proto pravidelně vydáváme informační letáky a brožury, základní informace o péči přináší brožura „Na pomoc pečujícím“, která byla vydána již v mnoha desetitisících exemplářů v několika vydáních a dotiscích. Informační letáky o jednotlivých problémech demence

jsou k dispozici na informačním webu www.alzheimer.cz. Informace o službách shromažďujeme a aktualizujeme na stránkách www.gerontologie.cz.

Česká alzheimerovská společnost podporuje pečující rodiny prostřednictvím poradenství a respektivní péče v domácnostech, provozuje kontaktní a informační centrum k problematice demencí a úzce spolupracuje s Gerontologickým centrem, kterému pomáhá se zajištěním služeb v rámci denního centra a specializovaného oddělení pro pacienty s demencí a při vytváření terapeutických pomůcek. Další oblastí spolupráce je výzkum nefarmakologických intervencí, který bude podrobněji zmíněn v našem příspěvku.

Výše jsme stručně popsali některé z projektů ČALS. Za důležité považujeme zejména prosazování změn ve společnosti, která by měla být vstřícnější vůči pacientům s demencí i jejich rodinným příslušníkům.

16:15 – 17:45

SYMPOZIUM 11: Volná sdělení 1

gestor: E. Pálová

Psychoterapie v ambulantní praxi

Krombholz J.

Psychiatrické ambulantní zařízení Sanima, Praha

Zájem odborníků o vzdělání v psychoterapii se zvyšuje, stoupá počet zájemců o výcvik. Přístup pacientů se dichotomizuje a ovlivněn masivní nabídkou psychofarmak je na jedné straně žádána jen farmakoterapie a naopak farmakofobní pacienti žádají léčbu zcela bez použití farmak. Ochota a schopnost soustavné dlouhodobé práce je však malá. Lékaři jsou nedostatečně motivováni k poskytování psychoterapeutické péče, jednak rovněž vlivem tlaku farmakologických firem, jednak nedostatečnou cenou psychoterapeutických výkonů v ceníku a dále hrozbou snadného překročení limitu u některých pojišťoven. Skupinová forma je v mnoha ohledech výhodnější, ale v ambulantní sféře nelze udržet uzavřenou skupinu, je vysoká absence a doba léčby se tím protahuje. Řešení - spolupráce s licencovaným psychologem, zlepšení ceny za psychoterapeutický výkon a umožnění poskytovat péči v odpoledních a večerních hodinách za úplatu.

Aktuální právní problémy psychiatrie

Švarc J.

Psychiatrická léčebna Bohnice, IPVZ, Praha

Podle zákona 20/1966 Sb. jsme povinni vykonávat své povolání svědomitě i poctivě. Již to je protimluv v prostředí ČR, kde platí více než 2 tisíce právních předpisů vztahujících se jen k psychiatrii. Rozebrány budou situace, v nichž se psychiatr musí rozhodnout mezi řešením lege artis nebo porušením zákona. Např. nás omezuje povinnost zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dovíme při výkonu svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sdělujeme se souhlasem ošetřované osoby. Porušení tohoto zákona může být kvalifikováno jako trestný čin neoprávněného nakládání s osobními údaji (§ 178 tr. zákona) se sazbou až 5 let nebo sankcionováno (§ 44 zákona 101/2000 Sb.) pokutou až do 20 milionů Kč. Podle toho nesmíme oznámit Policii ČR podezření ze spáchání trestného činu (pokud nejde o činy vyjmenované v § 167 a § 168 tr. zákona) pacientem ve zdravotnickém zařízení, když k tomu pacient nedá souhlas - např. útěk z ochranného léčení, krádeže, násilné trestné činy atd. Nemůžeme oznámit policii útěk pacienta v detenci (tedy umístěného podle § 23 odst. 4 písm. b zákona 20/1966 Sb. bez souhlasu, neboť jeví známky duševní choroby nebo intoxikace a ohrožuje sebe nebo své okolí). Není prolomena mlčenlivost při výslechu soudcem v detenčním řízení, nemá-li lékař souhlas pacienta. Nemůžeme bez souhlasu pacienta podat návrh (podnět) k zahájení řízení o změně způsobilosti k právním úkonům podle § 186 odst. 1 občanského soudního řádu. Nemůžeme oznámit nikomu než „posuzujícímu lékaři“ neschopnost pacienta držet zbraň nebo řidičské oprávnění. Další situací je výběr mezi hospitalizací pacienta bez souhlasu (trestný čin omezování/zbavení osobní svobody se sazbou až 12 let, povinnost odškodnění) či nepřijetí takového pacienta (zanedbání péče, popř. odpovědnost za další následky). Paradoxní se stala situace s psychiatrickou zdravotnickou dokumentací: máme povinnost ji celou okopírovat pacientovi a všem, které si určí, ale nesmí se přitom dovědět o třetích osobách a léčbě psychologickými prostředky! Odebrání zbraní či dokladů psychiatrickému pacientovi bez uzavření příslušné smlouvy je z pohledu práva trestným činem krádeže. Máme asi 20 oznamovacích povinností. Je třeba dodržovat zákonný rámec substituční léčby a léčby návykovými látkami. Použití omezovacích prostředků v psychiatrii je pochopitelně další riziková situace. Dalšími rizikovými situacemi je vydávání lékařských posudků o ne/schopnosti policejních úkonů (pobyty v cele), o výkonu trestu a vazby, doporučení zastavení/přerušování trestního stíhání, konstatování ne/příčetnosti. Dále se jedná o posuzování výchovných schopností či duševních poruch

v opatrovnických soudních sporech, posuzování odškodňování úrazů, odškodňování za bolest a za ztížení společenského uplatnění. Dále o posuzování schopnosti držení různých typů řídičských oprávnění či způsobilosti k držení zbraně a střeliva. Možné je i posouzení porušení volebního zákona ze strany psychiatrů. Probrány budou letošní novinky ve zdravotnickém právu (vyhl. č. 64/2007 Sb., zákon 111/2007 Sb.).

Analýza problematiky zneužívání psychiatrie v Českolovensku v letech 1945-1989

Bašný Z.

Bona, o.p.s., Praha

Po listopadu 1989 byla československá psychiatrie opakovaně označována za jeden z nástrojů totalitní moci k potlačování aktivit politických odpůrců režimu. Cílem analýzy je, na základě dostupných dokumentů, objektivizovat, zda k takovému zneužívání psychiatrie docházelo, v jakých případech a za jakých podmínek. Analýza vychází ze zákonů majících vztah k oboru psychiatrie z let 1945-1989, rozboru konkrétních podání na ÚDVZK Policie ČR, databáze psychiatrů uvedeného období podrobené lustraci ve vztahu k StB. Zachycuje činnost ZNO Vězeňské služby v areálu PL Bohnice, které bylo v r. 1950 zařízením StB a existenci preventivních, politicky motivovaných hospitalizací na psychiatrii. Z analýzy vyplynulo, že legislativa v období let 1945-89 nevytvářela prostor pro systémové politické zneužívání psychiatrie. Z 32 podání na ÚDVZK PČR pouze 3 spisy dokladují pochybení s politickým podtextem. Ze souboru 1853 psychiatrů bylo 57 evidováno na různé úrovni spolupráce s StB. Nejsou zde však zachyceny osoby ze skartovaných spisů nebo zastávající ve státní správě pozici, ze které spolupracovali s StB přímo bez vázacích aktů a vedení v evidenci StB. Z analýzy vyplývá, že čs. psychiatrie v letech 1945-89 respektovala mezinárodně přijatá klasifikační schémata duševních poruch a onemocnění. Právní prostředí nebylo nástrojem pro politické zneužívání psychiatrie. „Preventivní hospitalizace“ byly v rozporu s platnými zákony. V případech zjištěného zneužití psychiatrie se jednalo o morální selhání jednotlivých psychiatrů, podpořené celospolečenskou atmosférou.

Etické otázky výskumu schizofrénie

Nábělek L., Vongrej J., Demianová J., Sýkorová H.

Psychiatrické oddelenie FNŠP FDR, Banská Bystrica

Výskum schizofrénie prirodzene generuje viacero etických otázok. Záujem o etickú stránku skúmania schizofrénie sa začal odvíjať od pochybností o schopnosti adekvátneho rozhodovania potenciálnych účastníkov výskumu. Popri otázke kompetentnosti pacienta trpiaceho schizofréniou poskytnúť informovaný súhlas so svojou účasťou na výskumnom sledovaní, ďalšie, z hľadiska etiky výskumu schizofrénie relevantné problémové okruhy predstavujú placebom kontrolované štúdie, nepr. bezliekový interval, otázka vylúčenia potenciálne suicidálnych pacientov z výskumných štúdií, problematika včasnej intervencie u pacientov s prodrómami ochorenia, finančné kompenzácie a odmeny účastníkom výskumu a problematika genetických štúdií. V súvislosti s posudzovaním schopností pacientov s diagnózou schizofrénia poskytnúť validný informovaný súhlas boli definované štyri dimenzie rozhodovacích schopností: - porozumenie predloženej informácii, tzn. pochopenie podstaty k vysloveniu informovaného súhlasu relevantných informácií - prispôsobenie, tzn. aplikácia predloženej informácie na vlastné podmienky a situáciu - rozhodovanie, ako s danou informáciou naložiť a - vyjadrenie a evidovanie vlastnej voľby o účasti či neúčasti v štúdiu. Boli tiež vytvorené štandardizované nástroje na meranie schopnosti pacienta vykonať kompetentné rozhodnutie o spôsobe liečby, resp. o zapojení do klinického výskumu - semištrukturované dotazníky MacCAT-T (Mac Arthur Competence Assessment Tool for Treatment) a MacCAT-CR (Mac Arthur Competence Assessment Tool for Clinical Research), široko využívané pri výskume tejto problematiky. Zhrnutím doterajších poznatkov na tému kompetentnosti pacientov schizofrenikov poskytnúť informovaný súhlas s participáciou na klinickom sledovaní môže byť konštatovanie, že samotná skutočnosť, že pacient trpí diagnózou schizofrénia, v žiadnom prípade nepostačuje na to, aby bol automaticky považovaný za neschopného prijímať zodpovedné a aj právne akceptovateľné rozhodnutie. Najvýznamnejším prediktorom zníženia rozhodovacích schopností u schizofrénie je prítomnosť kognitívnych príznakov, ďalšími nepriaznivými znakmi sú závažnosť negatívnych symptómov u všeobecnej psychopatológie. Na druhej strane vek, stupeň vzdelania, závažnosť pozitívnych a depresívnych príznakov alebo úroveň náhľadu by nemali byť rozhodujúcimi determinantami schopnosti či neschopnosti pacienta poskytnúť informovaný súhlas. Za významnú možno považovať skutočnosť, že rozhodovaciu schopnosť pacientov so schizofréniou je možné zlepšovať - napr. prostredníctvom interaktívneho dialógu medzi pacientom a investigátorom

či opakovaným poskytovaním pre poskytnutie informovaného súhlasu relevantných informácií. Aj keď musíme pripustiť, že mnohé otázky etiológie, patogenézy, terapie i prognózy schizofrénie ostávajú zatiaľ nezodpovedané, práve preto, že v súčasnosti nie sme schopní realizovať eticky akceptovateľné štúdie, je možné vysloviť nádej, že ďalší vývoj v tejto novej a významnej oblasti výskumu schizofrénie prinesie jasne definované kritériá, štandardy a algoritmy, ktoré ukážu cestu, ako zásadným spôsobom zlepšiť pomer medzi rizikami a benefitmi výskumných postupov.

SYMPOZIUM 12: Volná sdelení 2

gestor: P. Mohr

Proton magnetic resonance spectroscopy of the frontal white matter in patients with schizophrenia

Dragašek J., Drímalová M., Pálová E., Bittšanský M., Dobrota D., Jankovič P., Breznoščáková D., Poláček H.

*Psychiatrická klinika LF UPJŠ a FNLP, Košice
Psychiatrická klinika JLF UK a MFN, Martin
Ústav lekárskej biochémie JLF UK, Martin
Rádiodiagnostická klinika JLF UK a MFN, Martin*

Proton magnetic resonance spectroscopy (1H-MRS) is able to measure levels of cerebral metabolites such as N-acetylaspartate (NAA), choline (Cho) and creatine (Cre). Previous investigations with 1H-MRS in schizophrenic patients have reported discrepant findings. The major findings in previous studies were a lower NAA/Cre ratio in the prefrontal cortex with the deficit syndrome than in the healthy subjects and nondeficit patients. As NAA could reflect neuronal density, these results are being suggested a neuronal loss in the prefrontal cortex of deficit patients, supporting previous results showing hypofrontality in deficit schizophrenia. A lower than normal NAA/Cre ratio was also observed by other authors in the dorsolateral prefrontal cortex of schizophrenic patients, but was not linked to negative symptoms. The aim of the study was to examine, whether low ratio of NAA to Cho and Cre is associated with negative symptoms in schizophrenic patients. The Scale of Assessment of Positive Symptoms and Scale of Assessment of Negative Symptoms was used to evaluate the psychopathology. 1H-MRS was performed on a Siemens Symphony 1,5 T MRI/MRS system. Proton spectra were obtained from 3.375 ml voxel in the dorsolateral frontal white matter. We have studied 16 healthy subjects, and 27 patients with schizophrenia (15 with dominant positive and 12 with negative symptoms). The

patients with negative symptoms had bilateral reduction in NAA/Cho+Cre in the nondominant hemisphere, patients with positive symptoms had bilateral reduction in NAA/Cho+Cre in the nondominant hemisphere in comparison with healthy subjects. No difference was found between any metabolite ratio and length of illness and medication or dose of medication. The authors hypothesize that in vivo measure of prefrontal neuronal pathology in patients with schizophrenia would be predicted negative symptoms.

Podpořeno grantem aAV1105/2004, COST B21.



Hodnoty MCV u pacientov so závislosťou od kanabisu

Kováčová E.

Centrum pre liečbu drogových závislostí, Bratislava

Pri štandardnom vyšetrení našich pacientov sme si v klinickej praxi všimli u viacerých pacientov so závislosťou od kanabisu zvýšenú hladinu MCV v krvi. Vzhľadom na to, že sa jedná o typický biologický marker, ktorý zisťujeme pri ťažkom konzume alkoholu zvyčajne u pacientov so závislosťou od alkoholu, rozhodli sme retrospektívne preskúmať hodnoty MCV v skupinách pacientov so závislosťou od kanabisu, alkoholu a pervitínu.



Ako si poradiť s epidémiou metamfetamínov v Metadónovom udržiavacom programe

Majdová M.

Centrum pre liečbu drogových závislostí, Bratislava

Začiatok klinicky signifikantného užívania metamfetamínov bol na Slovensku zaznamenaný okolo roku 2000, s výrazným nárastom v roku 2003 a s nasledovným ustálením. Výrazný pokles v počtoch pacientov a v miere retencie bol pozorovaný v Metadónovom udržiavacom programe v Bratislave v roku 2003. Ročná retencia, ktorá dosiahla maximum 77,1 %, klesla v prvom štvrtroku roku 2004 na 44,1 %. Bol pozorovaný mierne pokles v počte pacientov z 360 v roku 2002 na 300 začiatkom roku 2004. Individuálne prispôbené dávkovanie metadónu nemalo hornú hranicu, ale po celý čas sa v MUP aplikovala pravidelná analýza moča prísnyim kognitívne-behaviorálnym spôsobom. Pacienti s toxikológiou moča opakovane pozitívnu na iv. užívané látky boli vylúčení z tejto tzv. „terapeutickej“ modality MUP. 52 pacientov z MUP bolo v roku 2004 pozitívnych na metamfetamíny. Odvtedy bola zave-

dená do MUP popri „terapeutickej“ aj modalita „harm reduction“. V nej sa nerobí toxikológia močov, maximálna dávka metadónu je 40 mg, metadón sa okrem víkendov pacientom nevydáva domov. Týmto bol teda zastavený pokles retencie s miernym vzostupom skoro na 50 %, ale so signifikantným nárastom v počte, ktorý presiahol 400 pacientov v roku 2005. Pacienti sa môžu voľne pohybovať medzi „terapeutickou“ a „harm reduction“ modalitou MUP. Proporcía pacientov v „harm reduction“ modalite sa stabilizovala a variuje okolo 15-20 %. A to je aj spôsob, ako sme schopní ľahšie udržať polymorfných užívateľov v sieti programov našej liečby a ako zabezpečiť individuálne prispôsobenú udržiavaciu liečbu aj pre ostatných pacientov s opiátovou závislosťou.

* * *

Buprenorfin - lék nebo droga?

Popov P.

Apolinář - oddělení léčby závislostí, Praha

Buprenorfin je v České republice používán řadu let jako analgetikum, od roku 2001 též jako substituční látka. V posledních letech je stále častěji zneužíván také jako droga. Téměř polovina z celkového množství do ČR legálně dovezené substituční látky s obsahem buprenorfinu (Subutex) končí na černém trhu. Tato situace stále více znepokojuje lékaře a další odborníky z oblasti prevence a léčby závislostí. Na podzim t.r. se v ČR objeví nový substituční lék s obsahem buprenorfinu (Suboxone), jehož chemická struktura by měla znemožnit zneužívání. Autor se ve svém sdělení zabývá faktory, které mohou ovlivnit to, zda bude Suboxon skutečně znamenat zásadní změnu v substituční léčbě závislosti na opioidech.

PSYCHOPATOLOGIE A PSYCHIATRIE

Mojmír Svoboda (ed.), Eva Češková, Hana Kučerová

Kniha je určená pro praktikující psychology a speciální pedagogy, kteří přicházejí do styku s různými druhy psychických poruch, pojednává ve své úvodní části o vztazích mezi psychologii a psychiatrií (zejména sociální psychiatrií) a je to vlastně informativní, dobře uspořádaný přehled obecné a speciální psychiatrie. Obecná psychiatrie se zde v podstatě kryje s problematikou psychopatologie (přehled poruch psychických funkcí a jednání).

Část věnovaná speciální psychiatrii pak přináší přehled obvyklých psychiatrických kategorií. Prolnutí psychologie s psychiatrií charakterizují autoři již v úvodu své knihy: „*Psychiatrie je imanentní součástí psychologie a její studium a znalost je nezbytná. Bylo by chybou se domnívat, že je relevantní pouze pro budoucí klinické psychology. S lidmi pracují psychologové jakékoli profesní orientace*“. Tato teze platí ovšem i obráceně v tom smyslu, že psychopatologie je organickou součástí psychiatrie, která vlastně z fenomenologie psychopatologie vychází. Lze si jen přát, aby si psychiatři tuto svou závislost na psychopatologií uvědomovali, což nebylo vždy samozřejmostí. Nejde tu primárně o kompetenční spor, nýbrž o koncepční východisko. Autoři se ke vztahu psychologie a psychiatrie vracejí ještě jednou na začátku kapitoly o obecných otázkách: „*Psychologie, konkrétně klinická psychologie, zaujímá v psychiatrii své nezastupitelné místo: 1. v oblasti diagnostiky; 2. v oblasti psychoterapie*“.

Lze říci, že vznik a rozvoj sociální psychiatrie od r. 1917, kterou hlavní editor knihy, prof. M. Svoboda chápe jako obor, který se „*soustavně zabývá sociálními a kulturními faktory, které mají vztah k duševnímu zdraví a duševním poruchám*“ a který „*není samostatným vědním oborem, nýbrž zaměřuje pozornost na podmíněnost psychických poruch společenskými okolnostmi a na řadu různých aktivit směřujících k rozpoznání a potlačení nepříznivých sociálních vlivů na duševní zdraví*“, že právě toto zaměření na společensko historické, resp. sociální činitele psychických poruch vedlo k překonání biologizujících trendů v psychiatrii a v psychoanalýze (neopsychoanalýza).

Stručný, ale obsahově hutný text knihy, který přináší pracovníkům, jimž je určen, vše co je pro jejich činnost z hlediska psychopatologie a psychiatrie podstatné, bude jistě vyhledávanou příručkou. Tým autorů tvoří ideální sestavu: psycholog (prof. M. Svoboda), psychiatrická (prof. E. Češková) a klinická psycholožka pracující na psychiatrické klinice (H. Kučerová).

Vydalo nakladatelství Portál v roce 2006, 320 str., vazba pevná, ISBN 80-7367-154-9.



XIV WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY

20-25 September 2008
Prague • Czech Republic

FOR CONSTANT UPDATES PLEASE VISIT

www.wpa-prague2008.cz

*Join us at the XIV World Congress
of Psychiatry that will take place
in Prague in Autumn 2008.*

Prague is a city with a very long historical tradition and deep cultural roots. It is considered an ideal place to explore the beauty of architecture, just choose your style and enjoy it in Prague. A great number of historical palaces, monasteries and other monuments are places where banquets, receptions, balls, concerts and other events can take place.

Special atmosphere of such premises makes the social events an unforgettable experience for its participants.

110 PRELIMINARY TOPICS

Registration

April 10, 2008

Advanced registration fee deadline

Call for Abstracts

December 17, 2007

Papers, posters, symposia, courses, workshops and fellowship applications deadline

Social Events and Tours



Psychiatric Association of the
Czech Medical Association
of J. E. Purkyně



World Psychiatric
Association



POSTERY

Změny fenotypu CYP2D6 u pacientek s mentální bulímií léčených paroxetinem

Palčíková I.¹, Žourková A.¹, Valentová D.¹, Hadašová E.²

*Psychiatrická klinika LF MU a FN, Brno¹
Ústav farmakologie LF MU, Brno²*

Skupina CYP2 je nejrozmanitější a nejpočetnější rodinou enzymatického systému cytochromu P450. Zahrnuje velké množství podrodin, mimo jiné CYP2D. Z této podrodiny je nejvíce diskutována forma CYP2D6. Mezi inhibitory CYP2D6 patří i inhibitor zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) paroxetin. SSRI se používají při farmakologické léčbě mentální bulimie. Práce hodnotí účinnost léčby paroxetinem u pacientek s mentální bulímií (MB) v souvislosti se změnami fenotypu CYP2D6. Kontrolní soubor tvoří pacientky s neurotickou diagnózou. Pacientky před podáním paroxetinu nebyly léčeny substráty či inhibitory CYP2D6, netrpěly závažným somatickým onemocněním. Hodnocení léčby probíhalo prostřednictvím škál EAT (Eating Attitude Test), HAMA (Hamilton Rating Scale for Anxiety), CGI (Clinical Global Impression) a UKU (Side Effects Rating Scale). Fenotypizace aktivity CYP2D6 byla provedena před nasazením paroxetinu a po šesti týdnech terapie paroxetinem prostřednictvím dextrometorfanového testu. Pacientky, u kterých došlo ke zpomalení metabolismu paroxetinu inhibicí CYP2D6, měly větší pokles skóre v hodnotících škálách po ukončení léčby ve srovnání s těmi, u kterých k inhibici nedošlo.

Podpořeno grantem MŠMT 0021622404.



Sledovanie parametrov metabolismu glukózy u pacientov so schizofréniou liečených ziprasidonom s komorbidnou poruchou glycidového metabolismu a rizikovými faktormi metabolického syndrómu

Zelman M., Jenčová L.

PO Brezno, PO Banská Bystrica

Už niekoľko rokov je známy potenciál niektorých antipsychotík spôsobovať metabolický syndróm, respektíve ich koincidencia so zvýšeným výskytom diabetes mellitus druhého typu, respektíve poruchou glukózovej tolerancie. Málo je však

sledovaný opačný problém: ako liečiť pacienta s takýmito komorbiditami. V klinickom skúšaní je obvykle skupina ľudí s touto komorbiditou vylúčená. Zamerali sme sa na sledovanie zmeny parametrov glukózového metabolismu u pacientov so schizofréniou a diabetes mellitus II. typu, poruchou glukózovej tolerancie a pacientov s rizikom rozvoja metabolického syndrómu s nárastom hmotnosti po predchádzajúcej liečbe. Ako sledované parametre sme zvolili aktuálnu glykémiu v sére nalačno, fruktozamín (parameter niekoľkodňovej kompenzácie diabetu) a glykozylovaný hemoglobín (parameter niekoľkotýždňovej kompenzácie diabetu). Sekundárne sme hodnotili účinnosť liečby pomocou škály klinického globálneho dojmu (CGI). Sledovanie prebiehalo v dvoch podskupinách – v prvej s prejavmi ochorenia glycidového metabolismu (n=6) – teda abnormálnymi vstupnými parametrami došlo po 30-dňovej liečbe k úprave všetkých zvolených parametrov minimálne na hranicu dobrej kompenzácie diabetického ochorenia podľa kritérií Americkej diabetologickej asociácie. V druhej podskupine, pri ktorej ako hlavný rizikový faktor pre vznik metabolického syndrómu bol masívny nárast hmotnosti pri predchádzajúcej liečbe, abnormálne vstupné hodnoty, ktoré sa rovnako znižovali bez toho, aby presiahli spodnú hranicu normy. Poster prezentuje výsledky sledovania.

Podpořeno grantem firmy Pfizer.



Riziká psychofarmak – vedomosti študentov LF UK 6 mesiacov po skúške z farmakológie

Kořinková V.¹, Rajec J.², Křiška M.², Raganová A.²

*Psychiatrická klinika LF UK a FNsP, Bratislava¹
Ústav farmakológie LF UK, Bratislava²*

Úvod: Hodnotenie kvality a efektívnosti pregraduálnej výučby je dôležitým ukazovateľom úrovne činnosti každej lekárskej fakulty. Parametrami hodnotenia kvality výučby ešte počas štúdia môžu byť napr. retencia vedomostí a postoje k vybraným medicínskym problémom.

Ciele práce: Zistiť postoje k problému nežiaducich účinkov liekov (NÚL) a zistiť aktuálne vedomosti o NÚL vybraných psychofarmák 6 mesiacov po absolvovaní skúšky z farmakológie, porovnať roky 2006 a 2007.

Materiál a metódy: Respondentami bolo prvých 100 študentov 4. ročníka všeobecného lekárstva LF UK v Bratislave, tak ako absolvovali praktické

cvičenia z psychiatrie na PK LF UK Bratislava v roku 2006 a 2007. V úvode praktika študenti anonymne vyplnili dotazník s 11 otázkami. Otázky boli zamerané na problém detekcie a hlásenia NÚL a na riziká vybraných hypnotík, antidepresív a antipsychotík. Spôsob odpovede bol definovaný v zadaní otázky: výber, zoradenie možností, určenie jednej alebo viacerých správnych odpovedí. Údaje boli spracované metódami základnej štatistiky.

Výsledky: 1. Vedomosti študentov o rizikách psychofarmák boli celkovo slabé, a to bez ohľadu na skupinu psychofarmák. 2. V porovnaní s rokom 2006 bola v roku 2007 celková úroveň vedomostí horšia. 3. Prekvapivým zistením bolo, že napriek zdôrazneniu rizika benzodiazepínov s dlhým biologickým polčasom vo vyššom veku až 56 %, resp. 47 % študentov pokladá diazepam za vhodné anxiolytikum pre starších pacientov. 4. Kardiotoxicita vybraných antipsychotík (risperidón, klopazín, tiotridazín) - predĺženia QTc intervalu. Zo súboru respondentov 63 %, resp. 56 %, vie o možnom riziku vzniku malígnej komorovej dysrytmie typu torsades de pointes ako dôsledku predĺženého QTc intervalu, avšak iba 38 % označilo zvýšené riziko kardiotoxicity následkom interakcie antipsychotík s makrolidovými ATB, ako silnými inhibítormi metabolizmu liečiv na úrovni cytochrómu P-450 v pečeni. 5. V roku 2007 zmenilo zastúpenie NÚL, ktoré študenti považujú za závažné: riziko závislosti po benzodiazepínoch 54 %, resp. 29 %, extrapyramídový syndróm po klasických antipsychotikách (najčastejšie uvádzaný haloperidol) 52 %, resp. 15 %, kardiotoxicita (dysrytmie) v 34 %, resp. 19 %, hyperprolaktinémia 14 %, resp. 9 %, a malígny neuroleptický syndróm v 14 %, resp. 19 %.

Záver: Dotazníkový prieskum aktuálnych vedomostí študentov 4. ročníka všeobecného lekárstva LF UK v Bratislave o rizikách psychofarmák poukazuje na slabú mieru retencie vedomostí z farmakológie (6 mesiacov po absolvovaní skúšky z tohto predmetu). Zistenia upozorňujú na potrebu aktualizovať vedomosti o liekoch v rámci výučby klinických predmetov a tak ovplyvniť budúce preskripčné rozhodovanie a monitorovanie rizika liekov v klinickej praxi.

Podporeno grantom VEGA 1/2296/05.

LITERATÚRA

1. Kristová, V., Kriška, M., Ježová, D., Božeková, L., Tisoňová, J., Wawruch, M.: Assessing skills in pharmacology in medical students: Bratisl. Lek. Listy, 106, 2005, č. 11, s. 376-378.
2. Rajec, J., Kriška, M., Kořínková, V., Raganová, A.: Bezpečnosť psychofarmák – vedomosti študentov LF UK 6 mesiacov po skúške z farmakológie. Psychiatria pre prax, 6, Suppl.1, 2006, s. 41-42.

Hodnotenie klinického stavu pacientov so schizofréniou škálami PANSS a NOSIE-30

Janík P.¹, Pečeňák J.¹, Vašečková B.¹, Hapalová Z.¹, Waczulíková I.², Rybanská M.¹, Krajčiová E.¹

Psychiatrická klinika LF UK a FN, Bratislava¹

Fakulta matematiky, fyziky a informatiky UK, Bratislava²

Úvod: Na hospitalizačnej starostlivosti o psychiatrických pacientov sa v súčasnosti podieľajú ošetrojúci lekári a stredný zdravotnícky personál. Kontakt lekára s pacientom je často časovo limitovaný. Stredný zdravotnícky personál môže posúdiť viaceré prejavy citlivejšie ako lekár. Tieto prejavy pritom môžu, alebo nemusia priamo súvisieť s psychopatologickými prejavmi.

Ciele práce: Porovnať hodnotenie závažnosti a zmeny klinického stavu u hospitalizovaných pacientov so schizofréniou, schizoafektívnou a schizofreniformnou poruchou pomocou škály PANSS1 založenej na hodnotení závažnosti psychopatológie lekárom a škály NOSIE-302, ktorá sa zakladá na vyhodnocovaní pozorovateľného správania sa pacientov.

Metódy: Klinický stav sa vyhodnocoval uvedenými škálami 3 dni po prijatí pacienta a potom v týždňových intervaloch lekárom (škála PANSS) a psychiatrickou sestrou (škála NOSIE-30). Celkové skóre škály NOSIE-30 bolo vypočítané vzorcom $96 + (2 \times \text{skóre pozitívnych faktorov}) - (2 \times \text{skóre negatívnych faktorov})$. V inferenčnej štatistickej analýze sme použili neparametrický Spearmanov koeficient korelácie Rho a analýzu variancie.

Výsledky: Do sledovania bolo doteraz zaradených 13 pacientov (8 mužov, 3 ženy) s priemerným vekom 37 rokov (rozsah 17 – 56 rokov). U jednotlivých pacientov bolo vykonaných 2 až 6 hodnotení. Priemerná hodnota celkového skóre PANSS na začiatku sledovania bola 91,8 (rozsah 71 – 119), priemerná hodnota celkového skóre škály NOSIE-30 bola 139,2 (rozsah 96 – 160). Našli sme očakávanú, avšak vzhľadom na nízky počet pacientov nesignifikantnú negatívnu koreláciu medzi hodnotami celkového skóre PANSS a NOSIE-30 pri prvom hodnotení pacientov ($Rho = -0,26$; $p=0,38$). Štatisticky signifikantnú pozitívnu koreláciu sme zistili len pre celkové skóre PANSS a skóre negatívnych faktorov v NOSIE-30 ($Rho=0,61$; $p=0,028$). U troch pacientov s dostupnými piatimi meraniami došlo v priebehu 4-týždňovej hospitalizácie k poklesu celkového skóre PANSS o 48 % a vzostupu celkového skóre NOSIE-30 o 17,3 %, čo ukazuje na zlepšenie ich klinického stavu. Signifikantnosť časovej závislosti meraní sme potvrdili dvojfaktorovou analýzou variancie, kde sme zistili vysokú intraindividuálnu variabilitu celkového skóre PANSS v priebehu hospitalizácie (CV do 48 %; $p<0,001$) a trend pre signifikantnú intraindi-

viduálnu variabilitu celkového skóre NOSIE-30 (CV do 17 %; $p=0,0503$).

Záver: Malý počet pacientov s dostatočným počtom meraní zahrnutých do pilotnej analýzy neumožňuje presnejšiu estimáciu vzťahov medzi oboma spôsobmi hodnotenia klinického stavu a jeho zmien. Výsledky sa však neodchyľujú od očakávaných trendov a ukazujú na odlišné priebehové charakteristiky zmeny skóre použitých škál a potrebu analýzy korelácie subškál PANSS a faktorov NOSIE-30.

LITERATÚRA

1. **Kay, S. R. et al.:** The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.*, 13, 1987, pp. 261–276.
2. **Honigfeld G. et al.:** NOSIE-30: a treatment-sensitive ward behavior scale. *Psychol. Rep.*, 19, 1966; 1, pp. 180–182.

Psychiatrická péče o onkologické pacienty

Tondlová H., Chrdlová M.

Železniční nemocnice Praha, OLÚ na Pleši

Příspěvek podává shrnutí o naší činnosti v této oblasti od r. 1981 až do současnosti. Zdůvodňuje její důležitost pro pacienty i jejich blízké, vzhledem k psychické zátěži a v návaznosti na průběh onkologické léčby. Zaměříme se na nejčastější projevy této zátěže u pacientů (široká depresivní symptomatologie a úzkost) a jejich řešení (léčba psychofarmaky a psychoterapií, především logoterapií). Pozornost směřujeme na komplexní terapii pro nemocné i jejich blízké, jejíž součástí je následná péče (otevřené skupiny, tvořivé programy a podobně). V rámci prezentace bude uveden přehled frekvence psychopatologie u onkologických pacientů.

SYMPOSIUM SOCIÁLNÍ PSYCHIATRIE

PŘED KONFERENCÍ SVĚTOVÉ ASOCIACE SOCIÁLNÍ PSYCHIATRIE

Duševní nemoc a vztahy
19. října – 20. října 2007
PRAHA, KONFERENCE CENTRUM INGARDEN

AKTIVNÍ ÚČAST – ABSTRAKTA

Sekce sociální psychiatrie PS CLS JEP vyzývá účastníky konference k předložení příspěvků s následujícími tématy:

1. vztahy a spolupráce mezi ambulantními, lůžkovými, intermediárními a rehabilitačními psychiatrickými službami, role jednotlivých poskytovatelů
2. vztah pacient a profesionál
3. rozvoj v sociální psychiatrii

Příspěvky mohou být prezentovány ve formě přednášky, posteru, workshopu nebo semináře.

Abstrakta budou přijímána elektronicky nebo faxem Technickým sekretariátem akce:

GUARANT International / Sociální psychiatrie 2007

Fax: +420 284 001 448

E-mail: socialnipsychiatrie2007@guarant.cz

Rozsah abstrakta je max. 15 řádek.

Termín pro zaslání abstrakt / uzávěrka: 15. září 2007

Informace o zařazení příspěvku do programu bude autorům zaslána do 10. října 2007.

REGISTRAČNÍ POPLATKY

	Do 30. září 2007	Od 1. října 2007
Registrační poplatek	750 Kč	1100 Kč
Reg. poplatek - pacienti	350 Kč	350 Kč
Vstupenka na spol. večer 19. 10. 2007	200 Kč	200 Kč

Pro bližší informaci o konferenci, registračních poplatcích a o rezervaci ubytování prosím navštivte webové stránky konference www.guarant.cz/socialnipsychiatrie2007 nebo kontaktujte Technický sekretariát akce:

GUARANT International / Sociální psychiatrie 2007

Opletalova 22, 110 00 Praha 1

Tel: +420 284 001 444, Fax: +420 284 001 448

Email: socialnipsychiatrie2007@guarant.cz