

litou inspirovat, popřípadě se snažit zefektivnit podmínky práce a vzdělávání v oboru pedopsychiatrie. Vypravená databáze informací bude k dispozici pro všechny zájemce na webových stránkách EFPT. Cílem pracovní skupiny je nejen danou situaci zmapovat, ale informovat o ní odbornou veřejnost cestou publikací v odborných časopisech.

Ve vývěskové sekci bylo cílem každé z delegovaných zemí vtipným a nápaditým způsobem seznámit ostatní s aktuální situací a úskalími systému *Hodnocení předatestační přípravy*. Výhercem sekce se tentokrát stala Francie (jež na tomto místě letos střídá Českou republiku).

Páteří posledního dne je vždy valná hromada se všemi náležitostmi, od prezentací zachycujících aktivitu organizace v posledním roce, přes schvalování akčního plánu organizace či závěrů pracovních skupin až po volby vedení organizace na další období. Nejzajímavější bývá vždy volba příštího prezidenta, tentokrát již dvacátého v historii organizace. Proti sobě nastoupili zástupci Itálie a Nizozemska. Nakonec byl do této funkce zvolen dr. Giacco, a tak se kolotoč EFPT dostane v roce 2012 do Neapole. Bude to však rok poté, co se centrem EFPT stane Praha. Příjemným konstatováním je i fakt, že česká delegace se i letos dokázala výrazně prosadit, a to zvolením dr. Pacheroové do role vyslankyně EFPT na jednání *UEMS Section of Child and Adolescent Psychiatry* a dr. Raszky jako vedoucího psychoterapeutické pracovní skupiny.

V úplném závěru dr. Nawka společně s dr. Pacheroovou a dr. Raszkou vřele pozvali delegáty do Prahy k účasti na 19. setkání EFPT, které se bude konat od 29. června do 2. července 2011.

Věříme, že příprava takto významné akce v příštím roce se stane jedním ze stěžejních zájmů nejen Sekce mladých psychiatrů PS ČLS JEP, ale i samotné Psychiatrické společnosti ČLS JEP, na jejíž finanční spolupráci organizátoři spoléhají. Na tomto místě je nutno říci, že bez podpory Psychiatrické společnosti ČLS JEP bychom jen stěží měli možnost pořádát fórum v Praze, je to ale také zásluhou dlouhodobě aktivní práce Sekce mladých psychiatrů ČLS JEP, ať už pod vedením doc. Vevery, či dr. Kmocha.

V případě, že se chcete o organizaci EFPT dozvědět více, můžete navštívit její stránky www.efpt.eu, nebo napsat na e-mail nawka@seznam.cz.

Autoři Alexander Nawka, Lucie Pacheroová a Michal Raszka děkují Psychiatrické společnosti ČLS JEP a doc. MUDr. Pavlu Mohrovi (GA309/09/H072, GA ČR) za poskytnutí cestovních grantů.

MUDr. Alexander Nawka
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 11
128 00 Praha 2
e-mail: nawka@seznam.cz

kongresy, konference, kurzy

ISAD 5TH BIENNIAL CONFERENCE AFFECTIVE DISORDER (Vancouver, British Columbia, Kanada, 16.–19. apríla 2010)

prof. MUDr. Vladimír Novotný, CSc.; MUDr. Andrea Heretiková Marsalová
Psychiatrická klinika LF UK a FNsP, Bratislava, SR

SAD (International Society for Affective Disorder) je medzinárodná spoločnosť, ktorá organizuje každé dva roky konferenciu špecializovanú na afektívne poruchy. Tento raz sa kongres konal vo Vancouveri na západnom pobreží Kanady. Kongresu sa zúčastnilo asi 400 účastníkov, medzi nimi 3 účastníci zo Slovenska a niekoľko kolegov z Česka. Program prednášok, sympózií ako aj výveskovej sekcie sa menil a redukoval, lebo vybuchla sopka na Islande a mnoho účastníkov nepriletelo (napr. prof. Angst), respektíve zostali niekde na trase. (Nehovoriac o tom, že mnohí

účastníci, vrátane recenzentov mali potom problém s návratom do Európy.)

Plenárne prednášky

Nebolo ich mnoho. Boli označené ako kľúčové prezentácie a trvali hodinu. Prvú mala M. Weissmanová, významná psychiatrická epidemiologička (New York). Podala historický pohľad na americkú psychiatrickú epidemiológiu. 80. roky predstavovali v istom zmysle revolúciu v psy-

chiatrickej epidemiológii (išlo o jej štúdiu ECA). V 90. rokoch nasledovali štúdie NCS a neskôr NCS-R (Kessler). Tiež došlo k založeniu ICPE (International Consortium in Psychiatric Epidemiology). Po roku 2000 prebehli štúdie CPES (menšiny v USA) a NESARC. Potom venovala pozornosť niektorým aspektom depresie. Ekonomický dopad depresie je najväčší na svete, lebo porovnateľné vážne ochorenia (kardiovaskulárne a onkologické) vedú rýchlejšie a častejšie k smrti. Pozornosť venovala aj familiárnej forme depresie. Včasnému začiatku depresie predchádzajú anxiózne poruchy. Záverom referovala o vlastnej štúdii, kde sleduje už 3 generácie pacientov počas 25 rokov. V jednej skupine sú pacienti s depresiou, kde mali depresiou aj starí rodičia, druhá skupina je kontrolná (depresia bez familiárneho výskytu). Zatiaľ zistili zaujímavé rozdiely. Tam, kde boli obaja starí rodičia depresívni, je v 3. generácii výskyt depresie 40,5 %; kde bol len jeden starý rodič depresívny, 15,0 %, kým u kontrol len 8,5 %. Sledovali aj znaky vulnerability. U vulnerabilných našli EEG frontálnu asymetriu, zníženie aktivity v pravej parietotemporálnej oblasti. Na NMRI našli poškodenie kortikálnej šedej hmoty v pravej hemisfére a 30percentnú redukciu hrúbky kortexu. DNA výsledky sa ešte len spracúvajú.

Druhú kľúčovú prezentáciu mal Blier (Ottava). Prednášku uviedol zhrňujúcimi poznatkami o patofyziológii depresie. Všetky známe terapeutické prostriedky (antidepresíva SSRI, SNRI ale aj iné), a aj ECT a VNS, agomelatin aj bupropion zvyšujú ponuku serotonínu. Serotonín je teda kľúčovým mediátorom depresie. V druhej polovici prednášky predniesol výsledky dvoch štúdií. V prvej štúdii sa porovnával paroxetín, mirtazapín alebo ich kombinácia. Kombinácia oboch látok viedla k dvojnásobnému poklesu MADRS v porovnaní s oboma látkami podávanými samostatne a remisiu dosiahlo až 56 % liečených pacientov. V druhej štúdii fluoxetín viedol k remisii u 25 %, ale kombinácia fluoxetín + mirtazapín viedla k remisii v 52 % a kombinácia venlafaxín + mirtazapín až v 58 %. Záverom zdôraznil, že aj selektívne pôsobiace antidepresíva pôsobia nepriamo aj na iné mediátorové systémy.

Tretia kľúčová prednáška mala prebehnúť posledný deň. Rečníkom mal byť Knapp (Londýn). Tematicky išlo o ekonomické dôsledky duševných ochorení a možnosti formulovania zdravotnej politiky.

Sympóziá

Hneď v prvý deň konferencie 17. 4. bolo sympóziu venované kanadským odporúčeniam pre liečbu afektívnych porúch. Miesto Kennedyho prvú prednášku mal Miller (Toronto). Zaoberal sa rozdielmi medzi unipolárnou a bipolárnou depresiou. Bipolárna depresia je viac charakterizovaná anergiou, skorším začiatkom, sprievodnými vegetatívnymi symptómami, častejším rizikom suicídia, častejším zneužívaním alkoholu a drog, častejšími psychotickými symptómami. Unipolárna depresia je zase viac charakterizovaná komorbiditou s anxióznymi poruchami. U bipolárnej depresie nie je rozdiel medzi rodmi (1 : 1), kým u unipolárnej je častejší výskyt u žien (2 : 1). Rozdiel je aj v tom, že antidepresíva u bipolárnej depresie majú limitovanú efektívnosť, často treba kombinovať s atypickými antipsychotikami. V závere sa zaoberal prednášateľ

ešte efektívnosťou ECT. ECT je vysoko efektívna u bipolárnej a unipolárnej depresie.

Svojím príspevkom nadväzoval Lam (Vancouver). Zameral sa na unipolárnu depresiou. Hovoril o štruktúre ich odporúčení CANMAT. Predchádzajúce odporúčenia zohľadňovali práce publikované do roku 2000. Pre tieto nové odporúčenia prezreli 225 prác s randomizovanými skúšaniami v rokoch 2000–2008, takisto prezreli 145 metaanalýz. Do prvej terapeutickú línie zaradili všetky doteraz známe antidepresíva (včítane tianeptínu a agomelatinu), do 2. línie atypické antipsychoitika (kvetiapín, olanzapín, aripiprazol a risperidón) a do 3. línie ECT, kombinácie a trijódtyronín. Definoval aj rezistentnú depresiou (menej ako 20 % zlepšenie), parciálnu odpoveď (zlepšenie o 20–49 %). Reziduálna depresia je taká depresia, kde sa stav zlepšil o 50 %, ale dva roky pretrvávajú ešte symptómy.

Ďalšiu prednášku mal mať Latham (Vancouver), ale miesto neho prednášal kolega z pracoviska. Latham sa zdržal niekde v Európe. Táto prednáška venovala pozornosť bipolárnej depresii. Vyzdvihol úlohu lítia a valproátu. Lamotrigín u veľkej depresie je neúčinný, u bipolárnej depresie prináša len malé zlepšenie. Olanzapín a kombinácia olanzapínu s fluoxetínom prináša terapeutický efekt u bipolárnej depresie, podobne kvetiapín má presvedčivé štúdie. Aripiprazol má negatívne štúdie, podobne aj ziprasidón. Do 1. línie zaradil lítium a valproát, olanzapín, kvetiapín a SSRI. Do 2. línie kombináciu kvetiapín a SSRI, kombináciu lítium a valproát a lítium a modafinil. Do 3. línie karbamazepín, kombináciu lítium a karbamazepín, kombináciu lítium a valproát a venlafaxín a ECT.

Psychoterapiu u depresívnych pacientov zhodnotil Parikh (Toronto). Zdôraznil, že na rozdiel od veľkej depresie u bipolárnej depresie psychoterapia môže hrať len prídavnú úlohu k farmakoterapii. Do 1. línie zaradil kognitívne-behaviorálnu terapiu a interpersonálnu terapiu, do 2. línie biblioterapiu, behaviorálnu aktiváciu a kognitívne-behaviorálnu analýzu, do 3. línie motivačné interview a psychodynamickú terapiu. Zdôraznil, že je málo dát, málo randomizovaných štúdií a chýbanie uznaných hodnotiacich parametrov u psychoterapie. Uzavrel „psychoterapia má svoje limity“.

Sympóziu Prediktory, moderátory a mediátory symptómového zlepšenia u veľkej depresívnej poruchy predsedal G. Papakostas (Massachusetts). Vo svojej prehľadovej prednáške sa venoval definíciám pojmov prediktory (klinické a biologické faktory relevantné pre predpovedanie efektu štandardnej antidepresívnej terapie), moderátory (pomáhajúce identifikovať „subpopulácie“ pacientov, ktorých depresia reaguje viac na jednu liečbu, v porovnaní s inou) a mediátory (biologické a klinické markery, ktoré korelujú so zmenami počas liečby). P. Joyce (Otago, N. Zéland) popisoval dve randomizované klinické štúdie, ktoré sledovali rôzne prediktory odpovede na fluoxetín vs. nortriptylín a KBT vs. Interpersonálna psychoterapia (IPT). Vek a pohlavie boli prediktormi efektu u antidepresív, nie však u rôznych psychoterapií. Poruchy osobnosti nepredikovali efekt u fluoxetínu, alebo KBT, ale cluster B (najmä hraničná porucha) predikovali slabú odpoveď na nortriptylín a všetky poruchy osobnosti sú prediktormi slabej odpovede na IPT. Klinické premenné ako poruchy cirkadiánnych rytmov a suicidiálna história tiež predikovali odpoveď. C. Mulert (Mníchov) sa

v prednáške venoval úlohe EEG v predikovaní a/alebo korelovaní efektu liečby pri MDD.

Zo sympózia Kognitívna a temperamentálna vulnabilita ku depresii vyberáme prednášky Kuehner a Ormela so spolupracovníkmi. Kuehner (Nemecko) sa zaoberala úlohou ruminácie ako črty kognitívnej zraniteľnosti pre depresiu. Response Styles Theory predpokladá že ruminácie vytvárajú spôsob odpovede na distress. V kohorte 120 mladých dospelých sa hodnotili celoživotný výskyt depresie, aktuálna depresia a osobnostné črty zahŕňajúce aj habituálnu rumináciu. Ormel (Groningen) referoval veľkú štúdiu TRAILS, ktorá zahŕňa 2230 preadolescentov (10–11 rokov), s pokračovaním sledovania vo veku 13–14 rokov. Sledovali ich temperamentálne črty a sociálny background (dysfunkční rodičia, rozvod rodičov, odmietanie rovesníkmi a nízky sociálny ekonomický status). Úzkostlivosť a frustrácia zosilňujú vplyv environmentálnych rizík. Moderujúci vplyv má aj pohlavie a typ problémov.

18. 4. 2010 bolo sympóziu o rezistentnej depresii. Stahl (San Diego CA, USA) sa len úvodom zmienil o teraz používaných antidepresívach, ktoré však majú limitované efekty, pomerne nízke percento remisií, u časti liečených prechod do rezistentnej depresie, limitovaný efekt na udržanie remisie a zábranu relapsov. Potom venoval pozornosť novým molekulám – blokátom 5HT_{2C} receptoru, melatoninergickým antidepresívam, možným antidepresívnym efektom niektorých peptidov. Samostatne sa zmienil o neuroplastickom efekte antidepresív.

Lerer (Jeruzalem) upriamil pozornosť publika na 3-jódtyronín (3JT). Úvodom priniesol dôkazy o tom, že antidepresívny účinok 3JT je mediovaný serotonínom! Prezrel dostupnú literatúru o efekte 3JT. Rozoznáva akceleráciu účinku – tj. pridanie 3JT v úvode antidepresívnej terapie, augmentáciu – pridanie 3JT v závere antidepresívnej terapie, a podpornú kombináciu („enhancement“), kde 3JT je pridaný počas celej antidepresívnej kúry. V prvom prípade (akcelerácia účinku) našiel 6 štúdií so 125 pacientmi. Pridanie 3JT v dávke 20–25 µg malo len mierny efekt. V druhom prípade (augmentácia) našiel 8 štúdií s 292 pacientmi, globálne bol terapeutický efekt o 23 % vyšší. V 3. prípade („enhancement“) našiel 5 štúdií, 3 boli negatívne, 2 pozitívne. V tomto prípade tiež bol mierny efekt. Celkove zhodnotil prehľad literatúry tak, že pridanie 3JT zvýši efekt liečby cca o 20 %. Navrhol sledovanie genetických variácií enzýmu dejódkinázy u pacientov s depresiou. Efekt pridania 3JT by u niektorých variácií enzýmu mohol byť vyšší.

Ďalší plánovaný príspevok Bergera (Freiburg, BRD) o prekonaní rezistencie pomocou kognitívne-behaviorálnej analýzy neodoznel, lebo autor nepriletel. Zato v tomto sympóziu bola dlhá diskusia, ktoré odhalila nejednotu názorov v tom, čo je rezistentná, chronická alebo reziduálna depresia. Každopádne tieto fenomény existujú a do značnej miery limitujú efektivitu antidepresívnej liečby.

Zaujímavá bola aj prednáška Johnson (Berkeley), ktorá sa venovala psychologickým spúšťačom pri bipolárnej afektívnej poruche. Mánia a bipolárna depresia sú predikované rozdielnymi premennými: bipolárna depresia podobnými faktormi ako unipolárna depresia (negatívne životné udalosti, rodinné konflikty, negatívne kognitívne štýly a slabá sociálna podpora), naopak manické symptó-

my sú spúšťané premennými, ako je citlivosť na odmenu a spánková deprivácia (spustenie mánie eustresom, napríklad úspechom).

Vývesky

Batten a spol. (Ottava, Kanada) prezentovali výsledky z 2 štúdií. Zisťovali výskyt psychiatrických ochorení u detí (n = 269) depresívnych rodičov (n = 214). Aj v tomto príspevku sa potvrdila zvýšená celoživotná prevencia psychiatrických porúch u detí depresívnych rodičov (nejaká porucha 45, resp. 42 %), poruchy nálady alebo anxiózne poruchy sa vyskytovali zhruba rovnako často (19 a 20 %).

Hosang a spol. (Londýn) zisťovali, ktoré stresové faktory odlišujú unipolárnu depresiu a bipolárnu poruchu. Zistili vedľa podobností. Štatisticky významný rozdiel bol vo 2 položkách (p = 0,005), vážna choroba alebo zranenie u prvostupňových príbuzných alebo smrť prvostupňového príbuzného boli významne častejšie u pacientov s depresiou.

Stále púta pozornosť problematika kvality života. Práca z Kuwajtu (n = 224) potvrdila, že miera depresie a anxiety výrazne negatívne koreluje s kvalitou života (korelačné koeficienty –0,537 pre depresiu a –0,486 pre anxiu, p < 0,01).

Medzi výveskami nechýbali ani psychofarmakologicky orientované vývesky. Dunner a spol. (USA) prezentovali výsledky z dvoch medzinárodných randomizovaných placebo kontrolovaných štúdií paliperidonom. Paliperidon (3–12 mg/deň) podávali pacientom so schizofreniou symptomatickou (n = 627). Paliperidon dostatočne kontroloval manickú, depresívnu alebo zmiešanú symptomatológiu schizofrenických pacientov.

Dve vývesky sa venovali desvenlafaxínu. Desvenlafaxín je metabolitom venlafaxínu. V práci Kana a spol. (Wichita, USA) sa sledovala farmakokinetika venlafaxínu a desvenlafaxínu u zlých metabolizérov (CYP2D6). Kým farmakokinetika venlafaxínu sa výrazne líši u zlých a dobrých metabolizérov, tak farmakokinetika desvenlafaxínu nebola významne zmenená u zlých metabolizérov. V ďalšej výveske (Pabia et spol., Paríž) sledovali kvalitu života u pacientov s depresiou, ktorí dostávali desvenlafaxín (n = 450) v dávke 50 mg /deň alebo placebo (n = 454). Účinná látka za 8 týždňov liečby účinne zlepšovala fungovanie pacientov s depresiou v mnohých smeroch (práca, rodina, aj sociálne aktivity).

Skupiny výskumníkov firmy Lilly (Indianapolis USA) prezreli štúdiu s duloxetinom (n = viac ako 6 000 pacientov). Zistili, že najvyššia miera adherencie depresívnych pacientov bola na iniciálnej dávke 60 mg, dávky menšie, ale i väčšie štatisticky významne znižovali adhérenciu (p < 0,05).

Samozrejme na takom podujatí nechýbali ani vývesky o komorbidite afektívnych porúch a závislosti. Silberberg (Melbourne, AUS) upozornil na vysokú komorbiditu konzumu marihuany a afektívnej poruchy. Táto komorbidita aj veľmi negatívne ovplyvňuje priebeh afektívnej poruchy – je častejšia mánia, ale aj podstatne horšia prognóza.

Z opačnej strany sa pozreli na problém komorbidít Langaz a spol. (Oslo, Nórsko). 88 % pacientov so závislosťou alebo abúsom mali komorbiditu inej duševnej poruchy, v 70 % išlo o afektívnu poruchu. U 56 % ich klinické

ho súboru afektívna porucha bola primárna, závislosť bola sekundárna. Výraznejší je tento vzťah u drogovu závislých než u alkoholovo závislých.

Zaujímavé bolo, že sa na kongrese v podstate nevyskytli epidemiologické príspevky, výnimkou bol náš príspevok

(Novotný, Heretik a spol.), ktorý prezentoval súborné výsledky o epidemiológii depresie (štúdia EPID) a epidemiológii niektorých anxiózných porúch (štúdia EPIA) na Slovensku. Naša výveska sa stretla s primeraným záujmom.

163. KONGRES AMERICKEJ PSYCHIATRICKEJ ASOCIÁCIE (APA 2010)

sa konal po 10 rokoch znovu v New Orleanse od 22. do 26. mája 2010

prof. MUDr. Vladimír Novotný, CSc.

Psychiatrická klinika LF UK a FNsP, Bratislava, SR

Z **plenárnych prednášok** sa jedna týkala závislostí. Nora Wolkow (riaditeľka NIDA, Bethesda) hovorila o „konflikte medzi mozgovými okruhmi ako podstate závislosti“. Na základe svojich početných zobrazovacích štúdií uviedla: najprv sú zmeny v okruhu mozgovej odmeny (n. accumbens), nasledujú zmeny v kognitívnych okruhoch (učenie, exekutívne funkcie) a nakoniec sú postihnuté okruhy emočné a na stres reagujúce okruhy. Dôsledkom je, že „slobodná vôľa človeka sa mení na automatické kompulzívne správanie“.

Robert Freedman je šéfredaktorom časopisu American J. of Psychiatry. Hovoril o redakčnej práci časopisu. Uviedol, že ročne dostáva 3000 príspevkov, z nich sa publikuje cca 100.

Frascella (Bethesda) sa zaoberal zobrazovacími štúdiami a závislosťami: podľa doterajších výsledkov štúdií jedlo aktivuje tie isté okruhy ako napr. kokaín, heroín, alkohol. Z neurobiologického hľadiska podľa neho je obezita tiež závislosť.

Z diskusných podujatí

Jedna z diskusií (23. 5. 2010) sa týkala legislatívnych problémov. Okrem iného bola reč aj o tom, že psychológovia lobbujú za to, aby mohli predpisovať lieky. Už sa to stalo realitou v štáte Nové Mexiko a Louisiana. Dr. Reardová uviedla, že v USA od roku 1995 už bolo 92 neúspešných pokusov zaviesť legislatívu, ktorá by umožňovala predpisovanie liekov psychológom.

Sympóziá

26. 5. 2010 bolo sympóziu, ktoré venovalo pozornosť kanadským odporúčeniam liečby (CANMAT). Kennedy, Yatham, Parikh postupne hovorili o histórii kanadských doporučení, o postupnom vývoji ako aj o porovnaní s inými doporučeniami. Lam uviedol, že principiálne je

niekoľko možností, ako optimalizovať liečbu. Prvou možnosťou je optimalizácia dávky, druhou možnosťou zmena (switch) na iné psychofarmakon rovnakej skupiny, alebo inej skupiny. Potom nasleduje augmentácia a až nakoniec kombinácia viacerých farmák. V ďalšej časti sa zaoberal problémom reziduálnej depresie. Definoval reziduálnu depresiu ako stav, kde sa zlepší o menej ako 20 % voči východzieho stavu, 20–49percentné zlepšenie je zlepšenie s reziduom, zlepšenie je viac ako 50percentná redukcia symptómov depresie. Záver excelentnej a na fakty bohatej prednášky venoval liečbe rezistentnej depresie, predovšetkým prídátnej („add-on“) terapie. Lítium má 10 štúdií, ktoré vyzneli pozitívne, mirtazapín 5 štúdií, buspiron 3 štúdie, modafinil 2, trijódtyronín jednu a bupropion tiež jednu. Teda išlo o štúdie s moderným dizajnom a dvojito-slepé. Záverom uviedol, že rastie počet štúdií, kde k SSRI sa pridá aripiprazol (3 štúdie) alebo kvetiapín (3 štúdie).

V sympóziu o psychiatrickej epidemiológii zaujala prednáška R. Kesslera (Boston). Úvod rozsiahlej prednášky bol čisto teoretický. Uviedol, že je užitočné v psychiatrickej epidemiológii zvlášť hodnotiť externalizované faktory, resp. poruchy (napr. alkohol, drogy) a internalizované faktory (napr. strach, distress). Tie sa môžu vzájomne podmieňovať, ale môžu mať aj spoločnú vulnabilitu. Treba tiež odlišovať prediktory začiatku choroby a prediktory perzistencie choroby. Môžu byť odlišné, ale aj možno spoločné. V druhej časti prednášky uviedol, že dali dohromady databázy epidemiologických štúdií z rozvinutých krajín (n = 30 707; Belgicko, Nizozemsko, USA, Nemecko, Španielsko, Francúzsko) a rozvojových krajín (n = 30 585; Brazília, Kolumbia, India, Čína, Mexiko...). Podľa prednášky agorafóbia sa vyskytla u 1,3 %, bipolárna porucha u 2,8 %, alkoholový abúzus u 8,5 %, drogový abúzus u 3,9 % dospelých v populačných štúdiách. Zaujímavejšie ale boli vzájomné vzťahy. Podľa Kesslera agorafóbia predikuje špeciálne fobie, hyperkinetická porucha (ale nie porucha pozornosti!) predikuje bipolárnu poruchu,