



# Duševní poruchy a kvalita péče

Jiří Raboch,  
Irena Zrzavecká,  
Pavel Doubek,  
pořadatelé



DUŠEVNÍ PORUCHY  
A KVALITA PÉČE

Sborník přednášek a abstrakt  
VIII. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP  
s mezinárodní účastí

## Zlatý partner



JANSSEN-CILAG



## Partner



RICHTER GEDEON



**ZENTIVA**

Člen skupiny sanofi-aventis

# DUŠEVNÍ PORUCHY A KVALITA PÉČE

Sborník přednášek a abstrakt  
VIII. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP  
s mezinárodní účastí

Tribun EU  
2010

## **Pořadatelé sborníku**

prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

prim. MUDr. Irena Zrzavecká

MUDr. Pavel Doubek

*Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha*

## **Sekretariát**

GUARANT International spol. s r. o.

Opletalova 22, 110 00 Praha 1

guarant@guarant.cz

www.guarant.cz

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

ISBN 978-80-7399-958-2

## OBSAH

<i>Jiří Raboch</i> DUŠEVNÍ PORUCHY A KVALITA PÉČE.....	14
<i>L. Bankovská Motlová, E. Dragomirecká, J. Čermák, D. Holub</i> DENNÍ STACIONÁŘ PRO TERAPII PSYCHÓZ: VLIV NA KVALITU ŽIVOTA A FREKVENCI RELAPSU .....	17
<i>M. Bareš, T. Novák, M. Kopeček, P. Stopková</i> JE KOMBINACE ANTIDEPRESIV ÚČINNĚJŠÍ NEŽ MONOTERAPIE ANTIDEPRESIVEM U DEPRESIVNÍCH PACIENTŮ, KTERÍ NEODPOVĚĎELI NA PŘEDCHOZÍ ANTIDEPRESIVNÍ LÉČBY? RETROSPEKTIVNÍ ANALÝZA....	20
<i>J. Beran, P. Faboková</i> TZV. SOCIÁLNÍ PŘÍPAD JAKO PŘÍKLAD ZNEUŽÍVÁNÍ PSYCHIATRIE.....	23
<i>P. Bob, M. Šusta, J. Raboch, H. Benáková, J. Uhrová, T. Zima</i> DEPRESE, NEUROENDOKRINNÍ ZMĚNY A DISOCIACE .....	25
<i>P. Bob, M. Šusta, A. Gregušová, D. Jasová, J. Raboch</i> DEPRESE, STRES A SENSITIZACE.....	27
<i>S. Břichcín, J. Spilková</i> PROBLÉMOVÉ SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ MUŽŮ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	30
<i>B. Buliková, Z. Sigmundová, R. Kubínek, T. Divéky, J. Praško</i> MOŽNOSTI PSYCHIATRIE A PSYCHOTERAPIE PŘI KONSILÍCH V INTERNÍCH OBORECH .....	35
<i>B. Buliková, T. Sýkorová, D. Jelenová, A. Kováčsová, Z. Sigmundová, S. Ckırpaloglu, J. Praško</i> SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ S PSYCHOGENNÍMI A JINÝMI NEUROTICKÝMI PORUCHAMI.....	38
<i>M. Černý, V. Kmoch, R. Kučíková, P. Mališ, J. Vevera</i> ATESTAČNÍ ZKOUŠKA A JEJÍ SOUČÁSTI .....	41

<i>M. Černý, L. Kališová, A. Nawka, L. Cíhal, J. Raboch</i> VIKTIMIZACE CHRONICKY NEMOCNÝCH PACIENTŮ UMÍSTĚNÝCH V PSYCHIATRICKÝCH ZAŘÍZENÍCH – NÁRODNÍ VÝSLEDKY PROJEKTU DEMoBinc .....	46
<i>M. Černý, J. Vevera</i> VIKTIMIZACE PACIENTŮ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM ..	49
<i>E. Česková, R. Příkryl, T. Kašpárek, M. Večerová</i> SUICIDALITA PO PRVNÍ EPIZODĚ SCHIZOFRENIE A MOŽNOSTI LÉČBY.....	51
<i>T. Divéky, K. Vrbová, B. Mainerová, A. Trčová</i> METAKOGNITIVNÍ TRÉNINK U PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ.....	55
<i>P. Doubek, J. Praško, E. Herman</i> SEDMERO HLAVNÍCH HRÍCHŮ IV – PÝCHA: PÝCHA A PSYCHOTICKÉ PORUCHY .....	58
<i>E. Dragomírecká</i> SUBJEKTIVNÍ NÁSTROJE HODNOCENÍ PÉČE.....	60
<i>I. Drtílková, M. Neumannová, P. Theiner, A. Filová, J. Lochman, L. Častulík, O. Šerý</i> VNTR POLYMORFISMUS GENU PRO SEROTONINOVÝ PŘENAŠEČ OVLIVŇUJE DISPOZICE K ADHD U CHLAPCŮ Z ČESKÉ POPULACE.....	64
<i>I. Dudová, M. Hrdlička</i> VÝSLEDKY VÝZKUMU ČICHOVÝCH FUNKCÍ U DĚTÍ S PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA.....	70
<i>H. Fejfarová, H. Příkrylová-Kučerová, L. Ustohal, P. Navrátilová</i> POČÍTAČOVÁ KOGNITIVNÍ REMEDIACE U PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ.....	75
<i>Z. Fišar, J. Hroudová, J. Raboch</i> MITOCHONDRIE A PORUCHY NÁLADY .....	79
<i>S. Fischer, I. Žukov, R. Ptáček, I. Bertl</i> ROZBOR DŮSLEDKŮ TRAUMATIZACE U DELIKVENTNÍ MLÁDEŽE. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉ STUDIE (GAČR 406/09/0367). .....	83
<i>Z. Foitová</i> SUPERVIZE JAKO NÁSTROJ KVALITY PÉČE .....	86



<i>V. Franková</i> CHYBY A OMYLY V GERONTOPSYCHIATRICKÉ PRAXI (KAZUISTIKA ALKOHOLICKÉ DEMENCE).....	88
<i>J. Haase, M. Novotný</i> COGMED TRÉNINK PRACOVNÍ PAMĚTI V TERAPII KLIENTKY S EXPRESIVNÍ AFÁZIÍ .....	89
<i>J. Hanka</i> SCIENTOLOGIE KONTRA PSYCHIATRIE ANEB LEKCE Z PROPAGANDY .....	92
<i>P. Harsa, S. Bačkovská, J. Poradovská</i> PSYCHOSOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÝ PROGRAM V RÁMCI PROJEKTU „KATEŘINSKÁ ZAHRADA“ .....	94
<i>J. Hons, R. Žirko, M. Vašatová, E. Čermáková, J. Libiger</i> VÝZNAM PORUCHY METABOLIZMU GLYCINU V PATOGENEZI NEGATIVNÍCH PŘÍZNAKŮ SCHIZOFRENIE..	98
<i>M. Hrdlička</i> AUTISTICKÝ MOZEK .....	102
<i>J. Hroudová, Z. Fišar, J. Raboch, H. Hansíková</i> VLIV ANTIDEPRESIV NA AKTIVITU MITOCHONDRIÁLNÍCH ENZYMŮ .....	106
<i>J. Hroudová, Z. Fišar, J. Raboch, H. Hansíková</i> ZMĚNY AKTIVIT MONOAMINOXIDÁZY, CITRÁTSYNTÁZY A ENZYMŮ RESPIRAČNÍHO ŘETĚZCE ZPŮSOBENÉ ANTIDEPRESIVY A STABILIZÁTORY NÁLADY .....	110
<i>J. Hubeňák, J. Bažant, I. Tůma</i> KOGNITIVNÍ DEFICIT V EUTHYMNÍ FÁZI BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY: VÝSLEDKY PILOTNÍ STUDIE .....	113
<i>K. Hynek, J. Raboch</i> NOVÝ TRESTNÍ ZÁKON A JEHO DOPADY NA ZNALECKÉ POSUZOVÁNÍ .....	116
<i>V. Hyrman</i> NĚKOLIK MYŠLENEK A ZKUŠENOSTÍ Z PSYCHOTERAPIE SCHIZOFRENIE .....	119
<i>S. Izsmánová</i> ADHD U DOSPĚLÝCH (OČEKÁVANÉ NOVINKY V DSM-5) ..	122

<i>L. Janů</i> RYCHLEJI PŮSOBÍCÍ PSYCHOFARMAKA – JINÝ MECHANISMUS ÚČINKU? .....	125
<i>L. Janů, J. Horáček, S. Racková, P.E. Váchová</i> PREFONTÁLNÍ AKTIVACE A CRAVING V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU .....	127
<i>D. Jelenová, M. Hunková, J. Praško</i> MOŽNOSTI PSYCHOTERAPIE PŘI KONZILÍCH V PEDIATRII.....	130
<i>R. Jiráček, Z. Fišar, L. Wenchich, J. Raboch</i> MITOCHONDRIE A DEMENCE .....	133
<i>R. Jiráček, J. Raboch</i> NĚKTERÉ MECHANISMY NEURODEGENERACE PŘÍSPÍVAJÍCÍ K ROZVOJI SYNDROMU DEMENCE.....	163
<i>L. Kališová, J. Raboch, M. Černý, A. Nawka</i> CO MŮŽEME DNES NABÍDNOUT CHRONICKY NEMOCNÝM? SOUČASNÝ STAV PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR; NÁRODNÍ VÝSLEDKY PROJEKTU DEMoBinc.....	136
<i>L. Kališová, J. Raboch, A. Nawka, M. Černý a mezinárodní team projektu DEMoBinc</i> VYTVOŘENÍ NÁSTROJE PRO HODNOCENÍ KVALITY PÉČE DLOUHODOBĚ PSYCHIATRICKY NEMOCNÝCH – PROJEKT DEMoBinc.....	141
<i>D. Kamarádová, A. Grambal</i> NEUROBIOLOGIE PANICKÉ PORUCHY.....	144
<i>V. Kmoch, P. Kozelek</i> ODRAZ PSYCHIATRIE VE FILMU .....	147
<i>V. Kmoch</i> ZÁVISLOSTI A PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V NÁVRHU DSM-5.....	150
<i>J. Konrád, E. Topinková</i> KAZUISTICKÁ SÉRIE LÉČBY NEUROPSYCHIATRICKÝCH PŘÍZNAKŮ U PACIENTŮ S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ ESCITALOPRAMEM.....	153
<i>M. Kopeček</i> PORUCHY NÁLADY V NÁVRHU DSM-5 .....	156

<i>J. Koutek, J. Kocourková</i> SUICIDALITA V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI .....	159
<i>A. Kováčsová, R. Obereignerů, D. Jelenová, A. Grambal, D. Kamarádová, J. Praško</i> MOŽNOSTI PSYCHIATRIE A PSYCHOTERAPIE PŘI KONZILIÍCH NA NEUROLOGII .....	163
<i>Helena Kučerová</i> DLOUHODOBÁ LÉČBA RISPERIDONEM (1996 AŽ 2010) U SCHIZOFRENIE (DVĚ KAZUISTIKY) .....	166
<i>K. Látalová, T. Diveky, J. Praško, D. Kamarádová</i> KOGNITIVNÍ FUNKCE U VYBRANÝCH ÚZKOSTNÝCH PORUCH A OCD .....	168
<i>K. Látalová</i> TRAUMA A AFEKTIVNÍ PORUCHY .....	172
<i>J. Libiger, A. Urban, J. Kremláček, R. Žirko, J. Hons</i> „MISMATCH NEGATIVITA“ V EVOKOVANÝCH POTENCIÁLECH U PACIENTŮ S DEFICITNÍM SYNDROMEM .....	176
<i>B. Mainerová, K. Látalová, R. Kubínek, A. Trčová</i> AGRESE A JEJÍ ZVLÁDÁNÍ U SCHIZOFRENIE .....	180
<i>B. Mainerová, K. Vrbová, T. Divéky, A. Trčová</i> KOGNITIVNÍ REHABILITACE U SCHIZOFRENIE.....	182
<i>J. Masopust, R. Malý</i> ANTIPSYCHOTIKA A ŽILNÍ TROMBOEMBOLIZMUS – PŘEHLED NOVÝCH POZNATKŮ .....	184
<i>J. Masopust, R. Malý, C. Andrýs, J. Bažant, L. Hosák</i> MARKERS OF THROMBOGENESIS ARE ACTIVATED IN NOT-YET TREATED ACUTE SCHIZOPHRENIA.....	188
<i>P. Mohr</i> DEFICITNÍ SYNDROM JAKO KLINICKÝ KONCEPT A JEHO NEUROBIOLOGICKÝ PODKLAD .....	189
<i>L. Nábělek, J. Vongrej</i> PATOLOGICKÉ HRÁČSTVO AKO NELÁTKOVÁ ZÁVISLOSTĚ..	191
<i>A. Nawka, J. Raboch, L. Kališová, M. Černý</i> KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÝCH DLOUHODOBĚ UMÍSTĚNÝCH V PSYCHIATRICKÝCH ZAŘÍZENÍCH. MEZINÁRODNÍ PROJEKT DEMOBINC VÝSLEDKY V ČR.....	197

<i>T. Novák, E. Gunde, M. Kopeček, T. Hájek, C. Höschl</i> HYPERINTENZITY BÍLE HMOTY U POTOMKŮ RODIČŮ S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU – VÝSLEDKY Z ČESKÉHO SOUBORU.....	200
<i>M. Novotný, J. Haase</i> COGMED TRÉNINK PRACOVNÍ PAMĚTI.....	203
<i>V. Novotný, A. Heretik, A. Heretik, jr, J. Pečeňák, A. Ritomský</i> DEKÁDA EPIDEMIOLOGICKÉHO VÝSKUMU PSYCHICKÝCH PORŮCH NA SLOVENSKU.....	205
<i>S. Papežová, O. Vinař</i> RISK – BENEFIT BENZODIAZEPINU ANEB JSOU OBAVY ZE ZÁVISLOST ODŮVODNĚNÉ U VŠECH NEMOCNÝCH? ..	208
<i>J. Pavlát</i> ROZVODY A POSUDKOVÁ PROBLEMATIKA .....	212
<i>O. Pěč</i> MOŽNOSTI PSYCHOTERAPEUTICKÉ INTERVENCE U PSYCHOTICKÝCH STAVŮ.....	215
<i>O. Pěč</i> ZOTAVENÍ, SYSTÉM A KVALITA PÉČE .....	217
<i>J. Pěčová</i> KVALITA ŽIVOTA JAKO INDIKÁTOR JAKOSTI V PÉČI O PSYCHIATRICKÉ PACIENTY.....	220
<i>R. Pilch</i> DELIRIUM TREMENS – RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU.....	225
<i>J. Podlipný, J. Beran, M. Fojtíček</i> KOMUNITNÍ PÉČE V PLZEŇSKÉM KRAJI – PERSPEKTIVY A LIMITY .....	228
<i>J. Pokora</i> RADIKÁLNÍ A PALIATIVNÍ LÉČBA V ADIKTOLOGII.....	230
<i>J. Praško, Z. Sigmundová, D. Kamarádová, M. Raszka, A. Grambal, K. Látalová</i> NEUROBIOLOGIE A PREDIKCE TERAPEUTICKÉ ODPOVĚDI U OCD .....	232

<i>J. Praško, B. Mainerová, K. Vrbová, A. Trčová, K. Látalová</i> NARATIVNÍ KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE U PSYCHÓZ.....	236
<i>J. Praško, K. Látalová, D. Kamarádová, A. Grambal, P. Šilhan</i> MÍSTO BENZODIAZEPINŮ V LÉČBĚ ÚZKOSTNÝCH PORUCH	240
<i>J. Praško, A. Ticháčková, K. Látalová, T. Diveky, D. Kamarádová</i> PSYCHOTERAPIE V KONSILIÁRNÍ PSYCHIATRII .....	244
<i>J. Praško, Z. Sigmundová</i> PSYCHOTERAPEUTICKÁ INTERVENCE U AFEKTIVNÍ TENZE HRANIČNÍCH PACIENTŮ .....	247
<i>J. Praško, A. Ticháčková, A. Kovácsová, K. Látalová, D. Jelenová</i> UMÍRAJÍCÍ PACIENT A PSYCHOTERAPIE .....	251
<i>J. Praško, P. Doubek, E. Herman</i> SEDMERO HLAVNÍCH HŘÍCHŮ IV – PÝCHA: NEUROTICKÉ PORUCHY A PORUCHY OSOBNOSTI.....	255
<i>J. Praško, P. Doubek, E. Herman</i> SEDMERO HLAVNÍCH HŘÍCHŮ IV – PÝCHA: ÚVOD – PÝCHA A PSYCHOPATOLOGIE.....	257
<i>J. Praško, K. Látalová, M. Maršálek</i> TRAUMA A PSYCHOTERAPIE .....	260
<i>J. Praško, J. Rektor</i> ÚVOD – PSYCHOTERAPIE V AKUTNÍCH SITUACÍCH A KVALITA PÉČE.....	265
<i>M. Preiss, M. Bareš, E. Dočkalová, T. Novák</i> TEMPERAMENT A CHARAKTER U PACIENTŮ S UNIPOLÁRNÍ DEPRESIVNÍ PORUCHOU A ODPOVĚĎ NA LÉČBU .....	269
<i>R. Ptáček, L. Čírtková, I. Žukov, P. Harsa, S. Fischer</i> RAPE TRAUMA – KLINICKÉ A FORENZNÍ SOUVISLOSTI..	274
<i>J. Raboch, P. Bob</i> DEPRESE, DISOCIACE A BOLESTIVÉ FYZICKÉ SYMPTOMY...	278
<i>J. Rektor</i> PSYCHICKÉ TRAUMA A KRIZOVÁ INTERVENCE.....	281

<i>P. Šilhán, J. Svobodová, D. Perníčková, K. Pavlíková, J. Olej, M. Szilvásiová</i> SROVNÁNÍ ÚČINNOSTI BUPRENORFINU A KOMBINACE BUPRENORFINU S NALOXONEM V LÉČBĚ ODVYKACÍHO STAVU PŘI ZÁVISLOSTI NA HEROINU U HOSPITALIZO- VANÝCH PACIENTŮ .....	284
<i>P. Škobrtal</i> PROJEVY DEFICITU PRACOVNÍ PAMĚTI U DUŠEVNÍCH PORUCH.....	287
<i>J. Styblíková</i> KVALITA PÉČE OČIMA UŽIVATELŮ.....	289
<i>J. Švarc, S. Brichtín a kol.</i> TERAPEUTICKÉ KASTRACE SEXUÁLNÍCH DEVIANTŮ – BENEFITY A META-ANALÝZA ČESKÝCH STUDIÍ .....	290
<i>A. Ticháčková, K. Látalová, B. Mainerová, A. Trčová, J. Praško</i> MOŽNOSTI PSYCHIATRIE A PSYCHOTERAPIE V RÁMCI PSYCHIATRICKÝCH KONSILII NA ONKOLOGII A HEMATOLOGII .....	294
<i>T. Tošnerová</i> SEXUALITA STARŠÍ POPULACE .....	301
<i>P. Uhlíková</i> SPECIFIKA DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE.....	302
<i>E. Vaníčková, V. Hynčica</i> ZÁMĚRNÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ TEENAGERŮ – DESKRIPTIVNÍ ČESKÁ STUDIE .....	308
<i>J. Volavka, P. Mohr, C.Höschl</i> BRÝLE MÁMENÍ: KRITICKÝ ROZBOR DVOU PUBLIKACÍ ...	314
<i>K. Vrbová, T. Diveky, A. Grambal, J. Praško, K. Látalová</i> NEUROBIOLOGIE GENERALIZOVANÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY	316
<i>K. Vrbová, B. Mainerová, A. Grambal, K. Látalová, A. Trčová</i> SKUPINOVÁ PSYCHOEDUKACE U PSYCHÓZ.....	319
<i>A. Žourková, M. Večeřová, T. Kašpárek, S. Bogorová, J. Ščerbová</i> SEXUÁLNÍ FUNKCE, ANTIPSYCHOTIKA, PROLAKTIN A TESTOSTERON U MUŽŮ SE SCHIZOFRENIÍ.....	322

*I. Žukov, R. Ptáček, H. Kuželová, S. Fischer, D. Domluvilová*  
PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ, NEUROBIOLOGICKÉ KORELÁTY  
PORUCHY – KAZUISTIKA A FORENZNÍ VYHODNOCENÍ –  
TYPICKÝ PŘÍPAD KRIMINÁLNÍHO CHOVÁNÍ JAKO  
KLINICKÉ PORUCHY?..... 324

*J. Zvěřina*  
NEUROENDOKRINOLOGIE SEXUÁLNÍHO VZRUŠENÍ ..... 327

*M. Zvěřová*  
VLIV ALZHEIMEROVY DEMENCE NA PSYCHICKÉ ZDRAVÍ  
RODINNÝCH PEČOVATELŮ ..... 329

## DUŠEVNÍ PORUCHY A KVALITA PÉČE

Pod tímto mottem se ve dnech 10.–13.6.2010 scházíme pod záštitou ministryně zdravotnictví Mgr. Dany Juráskové, MBA ve Špindlerově Mlýně u příležitosti 8. sjezdu České psychiatrické společnosti za účasti takřka poloviny našich členů, ale také zástupců organizací sdružujících pacienty, jejich příbuzné, plátců, organizátorů, politiků i farmaceutického průmyslu. Jsme rádi, že spoluorganizátorství přijali spřátelené společnosti Biologické psychiatrie, Návykových nemocí, Neuropsychofarmakologická, Psychoterapeutická a Sexuologická.

Proč právě téma kvality péče. Evidentně je to proto, že nás velmi zajímá a také trápí. Kvalita péče se nyní v českém zdravotnictví skloňuje na všech úrovních. Je možno ji vidět z pohledu ideologického či praktického, mezinárodního, národního, mezioborového, oborového, z pohledu organizátorů péče, úředníků, poskytovatelů, plátců, zdravotnických pracovníků, konzumentů péče a jejich příbuzných. Tyto pohledy pak mohou být skutečně velmi rozličné.

Jaká tedy psychiatrická péče v ČR je? Z celosvětového pohledu velmi dobrá. Z pohledu tradiční Evropy je silně podfinancovaná, je tradičně střeoevropsky patriarchální, orientována institucionálně (více než by bylo žádoucí) se všemi nevýhodami i výhodami takého systému. K největším změnám ve struktuře poskytovaných služeb došlo pochopitelně na začátku 90-tých let, kdy např. se snížila lůžková kapacita asi o jednu třetinu a vznikla celá řada komunitních zařízení. Změny se ale děly nekoordinovaně a po počátečním nadšení vstoupily do hry především ekonomické faktory a nezájem rozhodujících společenských sil o problematiku duševně nemocných. Psychiatrie je také dlouhodobě znevýhodněna nedohodami mezi zdravotním a sociálním sektorem při financování kombinované péče, která je pro celou řadu lidí s duševní poruchou velmi důležitá a typická.

Česká psychiatrická společnost, ač její prvoposlání je odborné a vědecké, se proto dlouhodobě snaží dalšímu vývoji napomoci. Od začátku 90-tých let týmy českých psychiatrů zpočátku vedené MUDr. Pavlem Baudišem, CSc. a MUDr. Janem Pfeifferem, později MUDr. Zdeňkem Bašným vypracovávají koncepci rozvoje našeho oboru. První materiál byl schválen sjezdem Psychiatrické společnosti ČLS JEP ve Špindlerově Mlýně v roce 2000 a byl přijat vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví ČR. V r. 2004 byla na Ministerstvu zdravotnictví zřízena Komise pro implementaci koncepce, která však postrádala politickou podporu. V roce 2006 dospěl výbor naší společnosti k rozhodnutí, že je třeba koncepci inovovat. Světové trendy rozvoje psychiatrie se dále mění. Není již tolik zdůrazňována deinstitucionalizace, ale je spíše diskutována balancovaná péče. Bohužel všechny sektory našich služeb jsou ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi zásadním



způsobem podfinancovány. Došli jsme proto k závěru, že naše snažení potřebuje nové podněty i ve formě revize naší koncepce. Výbor společnosti pro tento účel jmenoval speciální pracovní skupinu. Jejím vedoucím byl určen MUDr. Zdeněk Bašný (Sanima Praha). Garanty pro jednotlivé sektory byli prim. MUDr. Juraj Rektor (Psychosociální centrum Přerov) pro ambulantní služby, prim. MUDr. Ivan Tůma (Psychiatrická klinika FN Hradec Králové) pro nemocniční péči, prof. MUDr. Ivana Drtílková (Psychiatrická klinika FN Brno) pro dětskou psychiatrii, prim. MUDr. Petr Popov (Oddělení pro léčbu návykových nemocí VFN Praha) pro léčení závislostí, MUDr. Jiří Konrád (Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod) pro gerontopsychiatrii, MUDr. Ondřej Pěč (Eset Praha) pro komunitní péči. Dalšími členy skupiny byli MUDr. František Čihák (Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod), MUDr. Petr Jeřábek (Psychiatrická léčebna Bílá Voda), MUDr. Erik Herman (ambulantní psychiatrie Praha), řed. MUDr. Martin Hollý (Psychiatrická léčebna Praha Bohnice), MUDr. Petr Možný (Psychiatrická léčebna Kroměříž), prim. MUDr. Irena Zrzavecká (Psychiatrická klinika VFN) a řed. MUDr. Vladislav Žižka (Psychiatrická léčebna Dobřany). Tato skupina se od během roků 2007 a 2008 scházela zhruba v jednoměsíčních intervalech, komunikovala elektronicky a často velmi bouřlivě diskutovala na téma rozvoje našeho oboru. Předběžný návrh byl vystaven na webové stránce naší společnosti [www.ceskapsychiatrie.cz](http://www.ceskapsychiatrie.cz) k veřejné diskusi. Výsledky jistě musely být kompromisem mezi jednotlivými zájmovými skupinami a dokument nemůže reflektovat všechna přání našich členů. Finální dokument byl předložen výboru a opětovně schválen na sjezdu Psychiatrické společnosti v červnu 2008. Představuje strukturu péče, jakou bychom si přáli realizovat během následujících let. Za tímto účelem jsme iniciovali celou řadu setkání, jednání či seminářů za účasti předních politiků (např. Přemysl Sobotka, Jaroslav Krákora, Dana Jurásková, Pavel Bém, Tomáš Julínek, Milada Emmerová, Džamila Stehlíková, Boris Šťastný). Naše společnost stála u zrodu dvou mezirezortních komisí Ministerstva zdravotnictví, které se měly věnovat poskytování psychiatrické péče. Dosáhli jsme některých dílčích úspěchů. Tím největším je loňské navýšení pojistného plánu VZP pro obor psychiatrie o cca 350 milionů Kč. Na skutečný průlom však stále čekáme.

Doufáme, že diskuse na naší konferenci, v rámci které se sejdou pacienti, jejich příbuzní, lékaři, kliničtí psychologové, zdravotní sestry, sociální pracovníci, plátcí, politici i novináři přispěje k tomu, abychom zlepšily kvalitu naší poskytovaných služeb a péče. Jsme si přitom vědomi, že struktura, technické i personální zabezpečení péče nemusí vždy přímo a jasně korelovat se subjektivní spokojeností našich pacientů i jejich blízkých. Podle našich měření pocity léčených a ošetřujícího personálu se mohou lišit. Jsem přesvědčen, že i spokojenost profesionálů poskytujících psychiatrickou péči jsou pro kvalitu našeho systému velmi důležité. Je třeba si přát, abychom

byli schopni se blížít bez zbytečných excesů „vybalancované“ a diferencované péči, která se v současné době jeví jako optimální. Ta by se i u nás měla stát běžným standardem

Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.  
Praha 21. dubna 2010

# DENNÍ STACIONÁŘ PRO TERAPII PSYCHÓZ: VLIV NA KVALITU ŽIVOTA A FREKVENCI RELAPSU

L. Bankovská Motlová<sup>1,2</sup>, E. Dragomirecká<sup>2</sup>, J. Čermák<sup>2</sup>, D. Holub<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha, Česká republika*

<sup>2</sup>*Psychiatrické centrum Praha, Praha, Česká republika*

<sup>3</sup>*Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové, Hradec Králové, Česká republika*

## Cíle

V jednorochní prospektivní terénní studii jsme ověřovali účinnost programu denního stacionáře pro terapii psychotických onemocnění sledováním frekvence relapsů a mapováním změn psychopatologie a kvality života účastníků.

## Metody

Denní stacionář pro terapii psychotických onemocnění nabízí komplexní program pro nemocné s diagnózou schizofrenního okruhu v křehké remisi po propuštění z hospitalizace, eventuelně ve stabilní fázi onemocnění. Optimálními adepty jsou pacienti po první atace. Hlavními intervencemi jsou psychoedukace, rodinná psychoedukace, nácvik sociálních dovedností, program podporující zdravý životní styl a arteterapie. Program je šestitýdenní, 3 dny v týdnu, od pondělí do středy, 9.00–14.30. Uzavřenou skupinu tvoří zpravidla 8 pacientů, program vede psychiatr a sestra.

Vstupní soubor tvořilo 144 pacientů, kteří absolvovali denní stacionář mezi lednem 2006 a zářím 2008 a souhlasili s účastí ve studii. 122 pacientů absolvovalo celý program, 22 předčasně ukončilo. Kompletní informace po roce poskytlo 86 pacientů, u 26 pacientů, kteří se nemohli dostavit osobně, byly základní informace získány telefonicky. Průběh psychopatologie (PANSS) a kvality života (Schwartz Outcomes Scale-10, WHOQOL-BREF and Social Integration Survey) jsme hodnotili při vstupu do studie, po 6 týdnech a po roce u 86 pacientů (46 mužů), průměrného věku 28,3 let, z nichž 42 absolvovalo stacionář pro první atace. Frekvenci relapsu jsme hodnotili na základě rozhovoru s pacienty a studiem zdravotní dokumentace, data jsme získali od 105 pacientů, z nichž 50 se léčilo po první atace. Rozdíly mezi pacienty a zdravými kontrolami jsme hodnotili metodou ANOVA, pracovali jsme s hladinou významnosti  $p = 0.05$ ; rozdíly mezi vstupem do programu, výstupem a po roce jsme hodnotili  $t$ -testem. K analýzám jsme použili program SPSS, verzi 11.5.

## Výsledky

Předběžné analýzy vstupních dat, výsledků po 6 týdnech a po roce ukazují významné snížení celkového skóru PANSS a dílčích skóru ve všech domé-

nách PANSS. V porovnání se zdravými dobrovolníky je kvalita života pacientů před vstupem do programu nižší, a to již u pacientů s první epizodou. Po programu kvalita života významně vzrůstá v doménách Skupinové aktivity, Chování k cizím, Komunikace a Běžné činnosti, a toto zlepšení přetrvává i po roce. Během roku sledování relabovalo 12 pacientů (12%), z toho 3 pacienti po první atace.

### **Závěr**

Zlepšení kvality života u absolventů denního stacionáře je patrně důsledkem zamezení sociální izolace, zajištění kontinuity péče a prevence předčasného ukončení terapie. Absolventi posílí sociální dovednosti, samostatnost a sebedůvěru. Nízká frekvence relapsů může být výsledkem psychoedukace. Díky ní pacienti i jejich blízcí získají informace o nemoci, naučí se rozpoznávat varovné příznaky relapsu, nahlédnou, že dlouhodobá preventivní terapie antipsychotiky má význam a naučí se uplatňovat zásady zdravého životního stylu. Denní stacionář představuje optimální prostor pro psychiatrickou rehabilitaci v období křehké remise po propuštění z hospitalizace.

**Grantová podpora: IGA MZ ČR NS 10366-3; VZCR MZOPCP 2005 a MŠMT 1M0002375201**

**Klíčová slova:** schizofrenie, první epizoda psychózy, denní stacionář, kvalita života, prevence relapsu

### **Summary**

#### **DAY-TREATMENT PROGRAMME FOR PSYCHOTIC DISORDERS: QUALITY OF LIFE AND RELAPSE FREQUENCY**

We introduce clinically-based 6-week structured group day-treatment programme for out-patients with schizophrenia-spectrum disorders in the stabilization phase of the treatment. It consists of family psychoeducation, lifestyle improvement intervention, social skills training and art therapies. To assess the feasibility and effectiveness we designed one-year prospective follow-up field study. One-year relapse rate in participants (N=105; first episode N= 50) was 12% (N=12; first episode N= 3). Baseline, 6-week and one-year outcomes data (N= 86; first episode N= 42) on psychopathology (PANSS) and quality of life (Schwartz Outcomes Scale, WHO-QOL-BREF and Social Integration Survey) indicated steady improvement. Comparing to normal population, QOL was lower in patients before the programme but improved after the programme, specifically in Group activities, Behaviour

to strangers, Communication and Activities of daily living. Patients and their relatives welcome the opportunity to participate in such a comprehensive integrated programme designed to bridge over fragile period after hospitalization and prevent fragmentation of care.

**Key words:** schizophrenia, first-episode psychosis, day-treatment programme, quality of life, relapse prevention

# **JE KOMBINACE ANTIDEPRESIV ÚČINNĚJŠÍ NEŽ MONOTERAPIE ANTIDEPRESIVEM U DEPRESIVNÍCH PACIENTŮ, KTEŘÍ NEODPOVĚDĚLI NA PŘEDCHOZÍ ANTIDEPRESIVNÍ LÉČBY? RETROSPEKTIVNÍ ANALÝZA.**

M. Bareš<sup>1, 2, 3</sup>, T. Novák<sup>1, 2</sup>, M. Kopeček<sup>1, 2</sup>, P. Stopková<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>*Psychiatrické centrum Praha, Ústavní 91, Praha 8 – Bohnice, Česká republika*

<sup>2</sup>*Katedra psychiatrie a lékařské psychologie, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha, Česká republika*

<sup>3</sup>*Lékařská fakulta Hradec Králové, Univerzita Karlova, Česká republika*

## **Úvod**

Deprese je dlouhodobé a relativně často invalidizující onemocnění. Pacienti odpovídají pomalu na antidepresivní léčbu a 1/3 z nich po první léčbě nedosáhne odpovědi a pouze kolem 30–40% pacientů dosáhne remise (Fava, 2000). Nejčastěji užívanými strategiemi k překonání nedostatečné odpovědi na léčbu jsou: změna na jiné antidepresivum, augmentace antidepresiv či kombinace dvou antidepresiv (Nemeroff, 2007). Současná vodítka k léčbě a výsledky studií neposkytují jasnou odpověď na otázku, zda nově nasazená kombinace dvou antidepresiv (KAD) je účinnější než monoterapie antidepresivem (MAD) v léčbě pacientů, kteří neodpověděli na předchozí antidepresivní intervence. Cílem studie je porovnat účinnost KAD a MAD v běžné klinické praxi u pacientů, kteří nedosáhli odpovědi během předchozích léceb.

## **Metoda**

V rámci analýzy byly identifikovány chorobopisy pacientů ( $\geq 1$  neúspěšná předchozí antidepresivní léčba) hospitalizovaných na Psychiatrickém centru Praha od června 2005 do října 2009, kteří trpěli depresivní poruchou (DSM IV) a dokončili alespoň 4 týdny nové léčby (KAD, MAD). Depresivní symptomy a klinický stav během hospitalizace byl hodnocen pomocí Stupnice Montgomeryho a Åsbergové pro hodnocení deprese (MADRS), Beckova depresivního inventáře–krátké verze (BDI-S) a škály Globálního klinického dojmu (CGI) před zahájením léčby, po jejích 2 týdnech a na konci léčby v rámci rutinního sledování klinického stavu při hospitalizaci. Primárním ukazatelem výsledku (primary outcome measure) byl celkový skóre ve škále MADRS. Odpověď na léčbu byla definována jako redukce skóru ve škále MADRS  $\geq 50$  %. Skóry v hodnotících škálách byly porovnávány mezi skupinami a v čase pomocí Analýzy variance pro opakovaná měření (RM-ANOVA) s Greenhouse-Geisserovou korekcí pro nonsfericitu a Bonferroniho korekcí pro post-hoc srovnání. Podíl dosažených odpovědí v léčebných

skupinách byl analyzován Fisherovým exaktním testem. Byly použity oboustranné testy s hladinou statistické významnosti 0,05.

### **Výsledky**

Bylo identifikováno 27 pacientů léčených KAD a 51 subjektů léčených MAD, kteří byli vhodní pro další analýzu. Mezi oběma skupinami nebyl rozdíl ve vstupních parametrech (závažnost deprese, počet předchozích léčeb, pohlaví aj. ) ani v délce nové léčby, která pro celý soubor činila  $5,0 \pm 0,9$  týdne.

Ve škále MADRS byl identifikován významný efekt skupiny (RM-ANOVA,  $F=4,92$ ,  $df=1,76$ ,  $p=0,03$ ) a času ( $F=114,2$ ,  $df=2, 152$ ,  $p<0,001$ ). Post-hoc analýza prokázala statisticky signifikantní rozdíl mezi skupinami na konci studie ( $p<0,05$ ) nikoliv po 2. týdnech léčby 2 ( $p=0,07$ ) ve prospěch KAD. Redukce skóru v MADRS na konci studie byla vyšší ve skupině léčené KAD (14,6 vs. 10,2 bodů, nepárový t-test,  $t=-2,46$ ,  $p=0,02$ ) a stejně tak bylo ve skupině KAD dosaženo vyššího podílu odpovědí na léčbu (Fisher Exact test, (67% vs.39%,  $p=0,03$ ). Počet nutných k léčbě (NNT) k prokázání efektu v dosažení odpovědi pro KAD činil 4 (95%CI, 2,0–19,3). Post-hoc analyzovaná velikost účinku KAD ve srovnání s MAD se pohybovala v oblasti střední velikosti ( $w=0,42$ ).

### **Diskuse**

Retrospektivní analýza demonstrovala výraznější účinnost KAD v porovnání s MAD u pacientů léčených v rámci běžné klinické praxe, kteří neodpověděli na předchozí antidepresivní intervence. Retrospektivní studie a analýzy doplňují výsledky randomizovaných, kontrolovaných studií o data z „reálného světa“. Limitem analýzy je relativně krátká doba léčby nevyplývající možnost detekce odpovědi v dalším období a relativně nízký počet zařazených pacientů.

### **Závěr**

Na základě výsledků studie lze předpokládat vyšší účinnost KAD oproti MAD v léčbě pacientů neodpovídajících na předchozí léčbu v běžné klinické praxi.

Studie byla podpořena grantem Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví České republiky NS 10368-3.

### **Literatura**

Fava M. New approaches to the treatment of refractory depression. J Clin Psychiatry 2000;61(Suppl.1): 26 – 32.

Nemeroff CB. Prevalence and management of treatment-resistant depression. J Clin Psychiatry 2007; 68 (Suppl. 8):17–25.

Rush J.A. Limitations in efficacy of antidepressant monotherapy. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 (Suppl.10): 8–10.

## Summary

### **IS COMBINATION OF ANTIDEPRESSANTS MORE EFFICACIOUS THAN ANTIDEPRESSANT MONOTHERAPY IN DEPRESSIVE PATIENTS WHO HAVE FAILED TO RESPOND TO PREVIOUS ANTIDEPRESSANT TREATMENTS? A RETROSPECTIVE ANALYSIS.**

**The aim** of this study was to compare the efficacy of antidepressant monotherapy (ADM) and combinations of antidepressants (CAD) in the treatment of patients who had been resistant to previous treatments in current clinical practice.

**Methods:** We reviewed chart documents of patients hospitalized at Prague Psychiatric Center for major depressive disorder (June 2005 to October 2009) and had finished at least 4 weeks of treatment with ADM or CAD as a new intervention. Their clinical status was assessed using MADRS, CGI and BDI-S at baseline, after 2 weeks and in the end of treatment in the framework of regular evaluation. Response to treatment was defined as a reduction of MADRS score  $\geq 50\%$ .

**Results:** We analyzed 78 inpatients (27-CAD and 51-ADM). Both groups were equal in baseline characteristics and in the duration of treatment. The CAD group was superior to ADM group in the MADRS score reduction (14.6 vs. 10.2 pts,  $p=0.02$ ) and the proportion of responders (67% vs. 39%,  $p=0.03$ ) in the end of treatment. The post-hoc effect size of CAD compared to ADM was moderate ( $w=0.42$ ).

**Conclusion:** The results of this study suggest that CAD may be more effective than ADM in the patients non-responding to previous treatments.

**Key words:** depressive disorder; treatment; combinations of antidepressants, antidepressant monotherapy



## **TZV. SOCIÁLNÍ PŘÍPAD JAKO PŘÍKLAD ZNEUŽÍVÁNÍ PSYCHIATRIE**

J. Beran, P. Faboková

*Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Plzni a Fakultní nemocnice Plzeň, Česká republika*

Úkolem psychiatrie je léčit osoby s duševní poruchou. Naproti tomu úkolem psychiatrie nemá být řešení životních situací osob, u kterých není přítomna taková psychopatologie, aby byla nutná jejich léčba. Jedná se o osoby konfliktní a sociálně nepřizpůsobivé, které odmítají pomoc charitativních zařízení nebo které obtížně hledají pomoc v charitativních zařízeních. Autoři ve svém sdělení navrhuji, aby byl pro tyto případy vypracován standardní postup (nebo metodický pokyn). Na jeho základě by měla být mimo psychiatrická lůžková zařízení k dispozici lůžka emergentní sociální pomoci. Tato lůžka by byla určena pro okamžité, ale dočasné ubytování uvedených osob.

Během ubytování na lůžku emergentní sociální pomoci by bylo možno vyřešit potřebné perspektivní potřeby občana. Toto řešení se jeví jako vhodnější oproti hospitalizaci v psychiatrickém lůžkovém zařízení, neboť ta by se mohla pokládat za zneužívání psychiatrie a stigmatizaci zmíněných osob. Psychiatrická hospitalizace je v těchto případech též v rozporu se zájmy zdravotních pojištěven.

### **Summary**

## **SO CALLED SOCIAL CASE AS AN EXAMPLE OF MISUSE OF PSYCHIATRY**

The task of psychiatry is treatment of patients suffering from psychiatric disorder. On the contrary psychiatry should not solve social problems of persons, which do not present such psychopathology which meets the criteria of psychiatric treatment. This group is composed from conflictogenous and maladaptive individuals, which have difficulty for these reasons to obtain the support from the side of charity. Authors in the presentation suggest to develop standardised method for dealing with such individuals. On the basis of this material should be beds of emergency social help established. These beds will serve for emergency (not on waiting list based) but temporary limited stay.

During the stay should by social perspectives of the citizen solved. This alternative could be considered as more adequate solution compared to psychiatric hospitalisation which could be understood as misuse of psychia-

try and stigmatisation of given persons. Psychiatric hospitalisation is in such cases in conflict with interests health insurance companies.

**Key words:** misuse of psychiatry, social case, emergency social help, stigmatisation

## DEPRESE, NEUROENDOKRINNÍ ZMĚNY A DISOCIACE

P. Bob, M. Šusta, J. Raboch, H. Benáková, J. Uhrová, T. Zima  
*1. lékařská fakulta UK, Praha, Česká republika*

### Úvod

Podle stávajících poznatků je depresivní porucha významnou měrou ovlivněna působením stresu, který má často za následek dysregulaci neuroendokrinní, imunitní a celou řadu dalších neurobiologických a psychologických změn. Jednou z častých změn, která probíhá na úrovni neuroendokrinní je porucha vztahu mezi strukturami hypothalamu, hypofýzy a nadledvinek, takzvané hypothalamo-hypofyzo-adrenální osy (HPA). Moderní poznatky také ukazují, že stres, zejména je-li spojen s traumatickými prožitky, může být příčinou poškození hippocampu a to především vlivem působení glukokortikoidů, které vede k dezintegraci neurochemické, neuroendokrinní a kognitivní odpovědi na stres a také k dezintegraci paměťových procesů (Bremner, 1999; Newport & Nemeroff, 2000). Jedním z klinicky známých důsledků těchto procesů jsou disociativní symptomy, které se projevují jak u deprese, tak v rámci celé řady dalších psychiatrických poruch. Ačkoliv stávající studie zaměřené na studium neuroendokrinních změn v souvislosti s disociací jsou relativně vzácné, existují nicméně některé nálezy, které ukazují na specifický vztah mezi hormony HPA osy a disociativními symptomy.

### Cíl

Prostřednictvím klinické studie hledat vztah mezi bazální hladinou kortizolu v séru a disociativními symptomy.

### Metodika

V klinické studii realizované u 40 hospitalizovaných pacientů s diagnózou unipolární deprese (depresivní epizoda nebo rekurentní deprese, průměrný věk 43.37, SD=12.21) bylo provedeno měření symptomů deprese (BDI-II), psychických a somatoformních disociativních symptomů (DES, SDQ-20), a bazální hladiny kortizolu v séru.

### Výsledky

Výsledky této studie ukazují, že kortizol jakožto jeden z ukazatelů funkce HPA osy vykazuje signifikantní vztah k somatoformním disociativním symptomům, ale ne k psychickým disociativním symptomům (DES) a symptomům deprese (BDI-II). Hlavním výsledkem této studie je signifikantní korelace mezi symptomy somatoformní disociace (SDQ-20) a kortizolem v séru ( $r=-0.38$ ,  $p=0.008$ ).

## Závěr

Tento výsledek ukazuje na vztah mezi reaktivitou HPA osy a somatoformními disociativními symptomy u unipolárních depresivních pacientů, který může reflektovat specifický průběh unipolární depresivní poruchy z hlediska její etiogeneze i terapie.

**Poděkování:** Tato práce byla realizována za podpory projektů MSM0021620849 a 1M06039.

## Literatura

Bremner, J.D.: Does stress damage the brain. *Biological Psychiatry*, 45, 1999, pp. 797–805.; Newport, D.J., Nemeroff, C.J.: Neurobiology of post-traumatic stress disorder. *Current Opinion in Neurobiology*, 10, 2000, pp. 211–218.

## Summary

### DEPRESSION, NEUROENDOCRINE CHANGES AND DISSOCIATION

**Purpose:** Dissociation is traditionally attributed to trauma and other psychological stress that are linked to dissociated traumatic memories. Although recent studies regarding the neuroendocrinology of traumatic dissociation are rare, they suggest possible dysregulation of the hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) axis. **The aim** of the present study is to perform examination of HPA axis functioning indexed by basal serum cortisol and test its relationship to psychic and somatoform dissociative symptoms.

**Method:** In clinical study of 40 inpatients with diagnosis of unipolar depression (mean age 43.37, SD=12.21) assessment of psychic and somatoform dissociation (DES, SDQ-20), depressive symptoms (BDI-II) and basal serum cortisol was performed.

**Result:** Data show that cortisol as an index of HPA axis functioning manifest significant relationship to somatoform dissociative symptoms (SDQ-20) but not to DES and BDI-II. Main results presents significant correlations between somatoform dissociation (SDQ-20) and serum cortisol ( $r=0.38$ ,  $p=0.008$ ).

**Conclusion:** This result indicates relationship between HPA-axis reactivity and somatoform dissociative symptoms in unipolar depressive patients that may reflect specific processes in pathogenesis and therapy of unipolar depressive disorder.

**Key words:** Dissociation; Depression; Cortisol

## DEPRESE, STRES A SENSITIZACE

P. Bob, M. Šusta, A. Gregušová, D. Jasová, J. Raboch,  
*1. lékařská fakulta UK, Praha, Česká republika*

### Úvod

Stávající poznatky ukazují, že opakovaně prožívané stresující události často vedou ke zvýšení citlivosti (senzitivity) vůči stresujícím podnětům, která se projevuje také zvýšenou behaviorální a emoční odpovědí na tyto podněty (Post et al., 1995; Teicher et al., 2003). Některé studie ukazují, že senzitivace vázaná k opakovaným stresorům může ovlivnit genovou expresi GABA<sub>A</sub> postsynaptických receptorů, které umožňují neuronální inhibici. Vývojové změny těchto receptorů pak mohou mít za následek výrazně zvýšenou stimulaci neuronů zejména v limbickém systému (Teicher et al., 2003). Tento v čase opakovaný stav zvýšené vulnerability pak může vést k poruchám inhibičních systémů s následným zvýšením excitability limbického systému, která bývá označována jako limbická iritabilita (Teicher et al., 1993, 2003; Ito et al., 1993). Zvyšování senzitivity v důsledku opakované expozice stresových podnětů a následujících změn v excitabilitě limbického systému se tak značnou měrou podobá procesu kindlingu navozovanému v experimentálních podmínkách u zvířat, který byl navržen jako model pro vznik temporální epilepsie (Post et al., 1995; Teicher et al., 2003).

Podle stávajících poznatků je jen velmi málo známo o tom jakými procesy dochází k nárůstu senzitivity v neuronálních systémech vykazujících komplexní chování. Podle poznatků o komplexních systémech je tento proces zvýšené senzitivity provázen zvýšeným generováním informace (která je měřena v bitech za sekundu a charakterizována matematickou veličinou označovanou jako Lyapunův exponent). Některé nálezy proto vedou k hypotéze, že problém senzitivace a kindlingu by mohl být zkoumán prostřednictvím matematických nástrojů, které poskytují teorie komplexity a teorie chaosu používané pro zkoumání složitých interagujících systémů, a které lze aplikovat například prostřednictvím nelineární analýzy elektrofyziologických záznamů. V rámci výzkumu této hypotézy jsme použili Stroopův test jakožto experimentální stresový stimulus vedoucí ke kognitivními konflikty s cílem zkoumat u depresivních pacientů vztah mezi sensitivitou vypočtenou prostřednictvím nelineární analýzy elektrofyziologického signálu a symptomy limbické iritability, které zahrnují kognitivní, afektivní, paměťové a sensorické symptomy vyskytující se u komplexní parciální epilepsie. Vzhledem k tomu, že kognitivní procesy související se stresem a konfliktem jsou velkou měrou detekovány a zpracovávány ve strukturách anteriorního cingulárního kortexu a z hlediska experimentálního je známa souvislost mezi monitorováním kognitivního konfliktu a činností autonomního systé-

mu, použili jsme jako vhodný elektrofyziologický signál variabilitu srdeční činnosti (R-R interval – RRI).

## **Cíl**

Zkoumání jemných modulačních vlivů na RRI prostřednictvím nelineární analýzy a jejich vztahu k psychometricky měřitelným symptomům limbické iritability a deprese u depresivních pacientů.

## **Metodika**

Ve studii byl použit Stroopův test jakožto experimentální přístup ke studiu kognitivního konfliktu společně s měřením RRI a psychometrickým měřením symptomů limbické iritability (LSCL-33) a deprese (BDI-II). Jako nástroj analýzy jemných změn v RRI byla použita nelineární analýza spojená s výpočtem největšího Lyapunova exponentu. Měření a analýzy byly provedeny u 70 pacientů s unipolární depresí (i.e. depresivní perioda nebo rekurentní deprese).

## **Výsledky**

V této studii jsme našli významné Pearsonovy korelace mezi jemnými autonomními změnami v RRI (získané výpočtem největšího Lyapunova exponentu v průběhu konfliktního Stroopova testu – LLE) a limbickou iritabilitou měřenou prostřednictvím LSCL-33 ( $r=0.61$ ,  $p < 0.01$ ). Významná korelace byla také nalezena mezi vypočtenými změnami v RRI (LLE) a depresí měřenou prostřednictvím BDI-II ( $r=0.37$ ,  $p < 0.01$ ). Uvedené vztahy nebyly pozorovány v případě nekonfliktního Stroopova testu ani v klidové části experimentu.

## **Závěr**

Poněvadž limbická iritabilita je spojena s procesy podobajícími se záchvatům v temporolimbických strukturách, představuje korelace mezi LSCL-33 a LLE potenciálně užitečný nálezný pro pochopení sensitizace vztahující se ke stresu, který může mít význam pro podrobnější pochopení některých mechanismů působení antikonvulzivní léčby u depresivních pacientů.

**Poděkování:** Tato práce byla realizována za podpory projektů MSM0021620849 a 1M06039.

## **Literatura**

Post, R.M., Weis, S. R., Smith, M. A.: Sensitization and kindling. In: M. J. Friedman, D. S. Charney, A. Y. Deutch (Eds.), Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to posttraumatic stress disorder. Lipincott-Raven, Philadelphia, 1995.

Teicher, M.H., Andersen, S.L., Polcari, A., et al.: The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 27 (1–2), 2003, pp. 33–44.

Teicher, M., Glod, C., Surrey, J., Swett, C.: Early childhood abuse and limbic system ratings in adult psychiatric outpatients. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 5, 1993, pp. 301–306.

Ito, Y., Teicher, M., Gold, C., et al.,: Increased prevalence of electrophysiological abnormalities in children with psychological, physical and sexual abuse. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 5, 1993, pp. 401–408.

## Summary

### DEPRESSION, STRESS AND SENSITIZATION

**Purpose:** According to recent findings stress experiences represent significant condition in pathophysiology of depression and influence abnormal development in the brain. Repeated stress and cognitive conflict also may determine limbic irritability and temporal-limbic epileptic-like activity. Because recent findings indicate that epilepsy and epileptiform processes are related to increased neural chaos, in the distinct contrast to normal brain activity, **the aim** of this study is to find relationship between neural chaos in autonomic responses reflecting brain activity during stress activation and limbic irritability.

**Method:** For empirical examination of suggested hypothesis Stroop word-colour test, ECG recording, calculation of chaos indices i.e. largest Lyapunov exponents (LLEs) in nonlinear data analysis and psychometric measures of limbic irritability (LSCL-33) and depression (BDI-II) in 70 patients with unipolar depression were used.

**Result:** Significant correlation  $r=0.61$  ( $p<0.01$ ) between LLEs and LSCL-33 found in this study indicate that degree of chaos in autonomic responses during conflicting Stroop task reflected by LLEs is closely related to limbic irritability. Significant correlation  $r=0.37$  ( $p<0.01$ ) also has been found between LLEs and symptoms of depression assessed by BDI-II. **Conclusion:** Because limbic irritability is linked to seizure-like processes in the temporo-limbic structures, the correlation between LSCL-33 and LLEs might represent useful finding for understanding of neurobiological mechanisms underlying stress-related sensitization and could be useful for future research regarding anticonvulsant treatment of depression.

**Key words:** Stroop task; Conflict; Depression; Sensitization; Limbic Irritability

# PROBLÉMOVÉ SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ MUŽŮ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

S. Břichcín, J. Spilková

*Sexuologická ambulance PL Bohnice v Praze 8, Soukromé sexuologické centrum Gona v Praze 2, Česká republika*

Problémové chování definujeme jako kulturně abnormní chování takové intenzity, frekvence nebo trvání, které může ohrozit bezpečí dané osoby anebo druhých lidí. Znesnadňuje přístup nebo využívání běžných komunitních zařízení. (Eric Emerson, 2008). Patří sem fyzická agrese, destruktivita, projevy negativismu, sebepoškozování, zanedbávání hygieny, ale i nápadné sexuální aktivity. Pokud problémové chování dlouho přetrvává, hrozí jedinici společenská izolace.

Mentální retardace (MR) je stav neúplného duševního vývoje, charakterizovaný narušením poznávacích, řečových, pohybových i sociálních dovedností. Do aktualizace takto omezených schopností a adaptačních možností postižených osob zasahují i případné tělesné a smyslové nedostatky postižených osob. Vědecká i laická veřejnost dnes pro MR spíše preferuje výraz „mentální postižení.“ Předpokládáme, že v celkové populaci žijí nejméně 3 procenta mentálně retardovaných osob. Lehká forma mentální retardace zaujímá mezi nimi podíl 80%. Tito lidé mají též zákonná, společenská i občanská práva jako jiní občané, ale musejí překonávat mnohé předsudky i osobní bariéry. Hynek Jůn (2007) odhaduje u nás na 4500 MR osob, které se na podkladě svého hendikepu navíc vyznačují i problémovým chováním. Martina Venglářová (2007) uvádí trojí původ jejich sexuálních excesů: a/ nezkoušenost, b/ volání po pozornosti, c/ deviantní motivace.

Rozhodli jsme se prozkoumat problémové sexuální chování skupiny mužů s MR. Jde o klienty dvou sexuologických ambulancí, a to Psychiatrické léčebny Bohnice a Soukromého sexuologického centra Gona na Praze 2.

## Soubor a výsledky

Soubor tvoří **41 mužů (8 z centra Gona a 33 z PL Bohnice)**.

**Rodinný stav:** všichni svobodní, bez trvalého partnerství.

**Věk při vyšetření** v rozmezí od 13 do 46 let, věkový průměr 20,3 r. (sigma 8,4)

20–29 roků	10 mužů
30–39 roků	4 muži
40–46 roků	2 muži



**Věk 1. incidentu** v rozmezí od 12 do 40 let, věkový průměr 18,2 (sigma 7,3)

12–19 roků	31 mužů
20–29 roků	5 mužů
30–39 mužů	4 muži
40–	1 muž

**Pobyt doma:** 14 osob, **ústavní pobyt:** 27 osob

**Vzdělání:** základní škola 2 muži, zvláštní škola 29 mužů, pomocná škola 8 mužů, nevzdělavatelní 2 muži

**Stupeň postižení:**

*lehká MR* (IQ 50–69) 33 osob,  
z toho 1 s morbus Downi, 1 s tuberosní sklerózou

*středně těžká MR* (IQ 35–49) 8 osob

<b>Komorbidita:</b>	škodlivé užívání alkoholu	9 mužů
	pervitinu	3
	heroinu	1
	ADHD	5
	porucha osobnosti	10
	porucha chování	19
	Epilepsie	2

**Koitalní zkušenost** 4 osoby

**Masturbační aktivita** 28 osob

<b>Testosteronemie</b>	podprůměrná	2 muži
	průměrná	29 mužů
	nadprůměrná	15 mužů

**Problémová aktivita:**

exponování genitálu	5 osob
pyrofilní	2
zoofilní	1
pedosexuální taktilní	14
pedosexuální násilná	10
análně penetrativní	6
orálně penetrativní	2
rdoušení dospělé ženy	1

<b>Sexodiagnostika včetně PPG</b>	<b>celkem 30 osob</b>
sexuálně agresivní vývoj	13
neúplný SMS	7
sadismus	5
pedofilie HS	2
pedofilie HT	3

**Z věku** prvního incidentu a z věku vstupního sexuologického vyšetření lze dovodit začátek problémového sexuálního chování MR mužů v období puberty a rané adolescence. Období adolescence bývá nejrizikovějším. To je dáno jak nepoměrem mezi projevy sexuality a infantilním prožíváním a vystupováním, tak příležitostí ke zneužívání jedince jeho společenským okolím. Není náhodou, že nejčastěji se v tomto souboru zahajuje sexuologická péče již ve věku 15 až 16 roků.

**Podnět k sexuologickému vyšetření** a léčbě vychází ve dvou třetinách případů od vedení ústavu a v jedné třetině od rodinných příslušníků. Latence mezi prvním sexuálním excesem a sexuologickou intervencí představuje většinou jeden rok až dva roky, a to jak při pobytu doma, tak při pobytu ústavním. Chyběla zde citelně cílená edukace odpovědných osob. Do rodin i do domovů pro MR by tedy měl směřovat přiměřený rozsah specifických informací.

**Lehká mentální retardace** tvoří 80% v souboru zkoumaných. Zjišťujeme významný rozdíl ve srovnání se zdravými vrstevníky – oproti údajům tradovaným v literatuře – naši pacienti s LMR vykazují jen zcela výjimečnou koitální zkušenost. Pouze desetina z nich si získala přístup k svolné intimní partnerce.

**Androgenní vybavení** sledovaných mužů se jeví nadprůměrné nebo průměrné. Odtud hojná aplikace antiandrogenních přípravků. Testikulární pulpektomie byla doporučena a provedena mladému recidivujícímu delikventu s MR, se sadistickou strukturou sexuální motivace a s temporální epilepsií. **Z psychofarmak** bylo užito pestré spektrum neuroleptik, zejména u osob s rozvíjející se nebo už vytvořenou poruchou osobnosti. Hojně byl aplikován Tisercin, Haloperidol, Tiapridal, Buronil.

**Duální diagnózou k MR** byla nejčastěji porucha chování u mladistvých nebo porucha osobnosti u dospělých osob, na druhém místě abúzus alkoholu a jen u 3 osob zneužívání pervitinu. To odpovídá Zvěřinovu údaji (2003) o menší účasti nealkoholových drog v sexuální delikvenci. – Poruchy pozornosti a aktivity ADHD zhoršují prognózu.

**Z podílu trestně stíhaných** zjišťujeme, že problémové chování mentálně retardovaných nemusí být pokaždé řešeno administrativní cestou. Mezi našimi pacienty byla trestně stíhána necelá třetina souboru (totiž 13 mužů). A ze 13 trestně stíhaných bylo **ochranné léčení sexuologické ústavní** nařízeno jen pěti osobám. **Ambulantní** péči až po ústavní formě ochranného opatření.

Rodina nebo vedení ústavu dokázaly najít jiné východisko než trestní stíhání u lehčích sexuálně motivovaných incidentů. Příklad konzultovaly s odborným lékařem nebo s psychologem. **Jinak než trestním stíháním** bylo vyřešeno **70 %** těchto příhod, tj. kázeňsky, s respektem k osobitým potřebám hendikepovaných.

Ačkoliv se ani v recentní literatuře přítomnost **parafilie** u MR osob nepřipomíná, sexodiagnostické nálezy nás přesvědčují o anomální struktuře sexuálních motivací. Pomineme-li neúplný sexuálně motivační systém, který se v psychiatrických učebnicích často nazývá psychosexuálním infantilismem, pak zkoumaní MR muži s patologickou sexuální agresivitou, sadismem, pedofilii heterosexuální a homosexuální, zoofilii a pyrofilii představují **25** z celku 41 osob. Téměř dvě třetiny osob v našem souboru byly rozpoznány jako parafilici (62,5 %).

## Literatura

Čadilová V, Jůn H, Thorová K: Agrese lidí s mentální retardací a autismem. Praha, Portál 2007.

Emerson E: Problémové chování u lidí s ment.retardací a autismem. Praha, Portál 2008.

Venglářová M: Sexualita lidí s duševním onemocněním. Praha, ČAS 2007.

## Souhrn

Analyzováno problémové sexuální chování u 41 mužů s lehkou a středně těžkou mentální retardací, ze dvou třetin umístěných v ústavu. Dificilní sexuální aktivity začínají zejména v pubertě a adolescenci. Prodleva mezi prvními projevy sexuální nápadnosti a zahájením sexuologické terapie se jeví dlouhá. Koitální zkušenosti u lehce mentálně postižených mužů jsou v našem souboru spíše výjimkou. Diagnóza parafilie byla prokázána ve třetině souboru. Většina sexuálních excesů byla zvládnuta bez trestního stíhání. Autoři z analýzy ambulantní péče o muže s mentálním postižením vyvozují závěr o nezbytnosti respektovat soukromí těchto osob, pokud neporušují bezpečí jiných.

**Klíčová slova:** Mentální retardace, problémové chování, parafilie, duševní poruchy

## **Summary**

### **PROBLEM SEXUAL BEHAVIOUR AMONG MEN WITH MENTAL RETARDATION**

Sex disturbances were analysed in 41 single men with mild and moderate mental retardation (MR). Two thirds of them lived in asylum settings. The onset of problem sexual activities appeared in the course of puberty and adolescence. The interval between the start of their abnormal behaviour and the first sexological intervention was 1–2 years. Coital experiences of MR men were found to be extremely infrequent. The paraphilias were proved by sexodiagnostic exploration in one third of this sample. A majority of disturbances was managed without the prosecution. After outcome appreciation of outpatient care the authors conclude: the respect towards privacy of handicapped MR men is essential – unless these people offend the security of others.

**Key words:** Mental retardation, Challenging behaviour, Paraphilias, Psychiatric disorders

## MOŽNOSTI PSYCHIATRIE A PSYCHOTERAPIE PŘI KONSILII- ČÍCH V INTERNÍCH OBORECH

B. Buliková, Z. Sigmundová, R. Kubínek, T. Divéky, J. Praško  
*Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice, Olomouc, Česká republika*

### **Kardiovaskulární choroby**

Ve vnitřním lékařství patří k nejčastěji zkoumaným kardiovaskulární choroby. Tato onemocnění jsou významným problémem současné zdravotní péče a mají značný hospodářský dopad. Vysoké morbiditě kardiovaskulárních onemocnění odpovídá v ČR také počet hospitalizací a mortalita. Nejčastější příčinou smrti a invalidity mužů v produktivním věku je infarkt myokardu. Experti Světové zdravotnické organizace a Světové banky odhadují, že v roce 2020 bude patřit ischemická choroba srdeční k vedoucím příčinám pracovní neschopnosti a na druhém místě se bude dle odhadů nacházet depresivní porucha (Anders 2007).

Mezi psychickými faktory a kardiovaskulárními chorobami existuje vzájemný, obousměrně komplexní vztah. Nejvyšší procento depresivních epizod se objevuje v prvních 6 měsících po infarktu myokardu. Jak časný (<6 měsíců), tak pozdní nástup (>6 měsíců – 5 let) má srovnatelný negativní vliv na přežití hodnoceném po 8 letech od infarktu myokardu. Závažnost kardiovaskulárního onemocnění neovlivňuje stupeň závažnosti deprese, ovšem závažnost deprese ovlivňuje riziko mortality v důsledku kardiovaskulárního onemocnění. Depresivní porucha má vliv na vývoj kardiovaskulárních onemocnění u osob dosud kardiálně zdravých, ale i na rozvoj dalších srdečních příhod a četnosti invazivních intervencí. Úzkost představuje významný prediktor opakovaných srdečních příhod u pacientů po prodělaném infarktu myokardu. Ukázala se také souvislost mezi úzkostí a náhlou smrtí. Za pravděpodobnou příčinu smrti u pacientů trpících úzkostnými poruchami jsou považovány komorové arytmie. U úzkostných poruch se podobně jako u deprese objevuje snížená variabilita srdečního rytmu a snížená senzitivita baroreflexu (Watkins et al. 1999).

### **Gastroenterologie**

Až polovina klientů v ambulantní gastroenterologické péči trpí funkčními poruchami. U další části pacientů je vliv stresu méně zřejmý, ale přitom psychická porucha může výrazně ovlivnit zvládání nemoci a konečný výsledek léčby.

### **Vředová choroba**

Až u 10% obyvatel se rozvine v průběhu života peptický vřed. Mezi hlavní rizikové faktory žaludečních nebo duodenálních vředů patří užívání nesteroidních antirevmatik a infekce *H. pylori*. K dalším důležitým faktorům

řadíme přítomnost stresu nebo psychické poruchy, která se objevuje až u 16% nemocných.

#### Zánětlivá střevní onemocnění

V populační studii se ukázalo, že úzkostná nebo depresivní porucha obvykle předchází diagnostiku ulcerativní kolitidy. Maximum výskytu anxiety a depresivních symptomů je během prvního roku po stanovení diagnózy. Je pravděpodobné, že psychické problémy jsou reakcí na stanovení diagnózy. Může také jít o reakci na podávání kortikoidů.

#### Funkční gastrointestinální poruchy

Na funkční poruchy pomýšlíme v případech řádného došetření somatického stavu, který nevysvětluje udávané obtíže. Tyto poruchy se mohou projevit jako funkční dysfagie či dyspepsie, funkční zácpa, průjem, funkční bolesti břicha a syndrom dráždivého tračníku, který je nejčastější. Příznaky úzkosti se spíše objevují u nemocných, kde potíže trvají krátce. Depresivní porucha pak souvisí s dlouhým trváním onemocnění.

#### Onemocnění jater

Kromě infekčních onemocnění jater je nejčastěji jaterní parenchym poškozován alkoholem. Chronické onemocnění může ústít do cirhózy. Ta může vést ke vzniku jaterní encefalopatie, s psychotickými, manickými, apatickými, depresivní nebo delirantními příznaky. Psychickými příznaky se dále může projevit Wilsonova choroba nebo porfyrie. Nejčastějším příznakem jaterního postižení je únava, která může souviset se základním onemocněním, jeho léčbou, ale také s depresí. Depresivní příznaky se typicky objevují u pacientů, kteří podstoupili transplantaci jater.

Nemocní, kteří jsou nositeli chronické virové hepatitidy typu C, častěji trpí symptomy depresivní nebo posttraumatické stresové poruchy, úzkostných poruch a syndromy závislosti na psychoaktivních látkách. Jedinci infikovaní HIV jsou obecně ve vyšším riziku vzniku psychické poruchy. Navíc riziko vzniku depresivní poruchy ještě roste při podávání léčby tj. interferonu.

### **Podpořeno projektem IGA MZ ČR NS 10301-3/2009**

#### **Literatura**

Anders M a Kitzlerová E: Diagnostika a léčba psychických poruch v interní medicíně – kardiologii. In: Herman E, Praško J, Seifertová D: Konsiliární psychiatrie. Medical Tribune, Praha 2007.

Watkins LL, Grossman P: Association of depressive symptoms with reduced baroreflex cardiac control in coronary artery disease. Am Heart J 1999; 137: 453–7.

## Summary

### **OPPORTUNITIES FOR PSYCHIATRIC CONSULTATIONS AND PSYCHOTHERAPY IN PATIENTS HOSPITALIZED AT INTERNAL WARD**

The relationships between psychiatry and internal medicine are complex, including both the effects of somatic systems changes on mental states. Many psychological states and traits have been identified as contributing to risk for the development or exacerbation of heart disease. Behavioral disorders such as overeating, smoking, and alcohol abuse also add to the risk of heart disease. Conversely, the experience of heart disease seems to contribute to risk for numerous psychiatric problems, especially depression, anxiety, and cognitive disorders. The close relationships between the gut and the psyche mean that there are many examples of bio-psycho-social relationships in the patient population seen by gastroenterologists. Consultation psychiatrist can expect to see a large number of patients with functional gastroenterological disorders.

**Key words:** internal medicine, gastroenterology, cardiology, consultation psychiatrist

# SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ S PSYCHOGENNÍMI A JINÝMI NEUROTICKÝMI PORUCHAMI

B. Buliková, T. Sýkorová, D. Jelenová, A. Kováčsová, Z. Sigmundová, S. Cakirpaloglu, J. Praško

*Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika  
Lékařská fakulta Univerzity Palackého, Olomouc, Česká republika*

## Úvod

V rámci hospitalizace na PK Olomouc běží v jedné komunitě dva psycho-terapeutické programy. Jeden je psychodynamicky orientovaný a druhý má KBT náplň. Do psychodynamického programu jsou zařazováni pacienti s poruchami adaptace nebo mírnou depresí, do KBT skupiny pacienti diagnostikovaní jako OCD, panická porucha s agorafobií, generalizovanou úzkostnou poruchou, středně těžkou rekurentní depresí nebo hraniční poruchou osobnosti. Skupina má 8–14 členů, délku setkání volíme na 1–2 hodiny, 5 dnů v týdnu při délce hospitalizace 6 týdnů.

Ne všichni pacienti se pro skupinovou psychoterapii hodí /komorbidita, inteligence, motivace/. Důležitá je kompatibilita pacientů ve skupině. U hospitalizovaných pacientů nedokážeme soustředit najednou dost pacientů s podobným problémem do skupiny a tak nabíráme diagnosticky smíšenou skupinu.

Výhodou je zastoupení obou pohlaví a věková homogenita. Příliš velké generační rozdíly mohou být na škodu, protože řada problémů, které se řeší, souvisí s určitým věkem a netýká se všech ve skupině, nebývá to ale vždy pravidlem. V dynamicky orientované psychoterapii mohou být tyto zkušenosti obohacující. Ve skupině by neměli být příbuzní, dobří přátelé a zásadně ne milenci.

Pacienti, kteří hodnotí smysl terapie pozitivně s tím, že se shoduje s jejich názory, a kteří jsou motivováni k dlouhodobější psycho-terapeutické práci, mají větší naději, že jim tato terapie bude užitečná než pacienti, kteří toto odmítají a nepřipouštějí, že by jim zařazení do skupiny mohlo prospět. Podobným problémem bývá i ochota spolupracovat.

## Program psychodynamické skupiny

Šestitýdenní terapeutický program v této skupině je již sám o sobě omezen samotným trváním hospitalizace. Proto je zaměřen zejména na zvládnání krizových, aktuálních událostí, které pacienta k hospitalizaci přivedly a které není schopen zvládnout v rámci ambulantní terapie. Jedná se zejména o kombinaci vztahových, nejčastěji partnerských a mezi-generačních rodinných problémů. Dalšími starostmi, které pacienta přivedou na oddělení, mohou být existenční potíže, ať již ve vztahu k samotné



kariéře nebo jinému finančnímu zabezpečení. Ale důvody nehledejme jenom v tomto okruhu sociálních jevů. Často se jedná o kombinaci více faktorů, jejichž společným jmenovatelem bývá pocit ztráty zázemí, stability a aktuální nedostupnosti již známých a ověřených zdrojů sebedopory a podpory enviromentální.

Metodou je podle aktuálních podmínek ve skupině individuální psychoterapeutická práce nebo využití skupinové interakce a dynamiky. Pracujeme s možností náhledu pacienta, ať již interpersonálního nebo patogenetického a také s možností emočně korektivní zkušenosti. Způsobem práce je nediaktivní a empatický dialog.

### **Program KBT skupiny**

Při vedení skupiny si terapeut počíná jako laskavý učitel. Jeho úkolem je jednoduchou přehlednou formou přednést danou látku a v diskusi a cvičeních v rámci skupiny pomoci pacientům k osobnímu procvičení probírané metody. K dané látce zadává domácí cvičení. Na dalším sezení zjišťuje, jak členové skupiny svá domácí cvičení zvládli a jaké při jejich plnění získali zkušenosti a prožitky. Důraz je kladen na provedení cvičení. Ve výkladu je vhodné užívat příklady, které usnadní pochopení. Velmi důležité je často používat pozitivní zpětnou vazbu.

Hlavními tématy skupinových setkání pro smíšenou uzavřenou skupinu hospitalizovaných pacientů jsou: 1. seznámení se, příčiny psychických poruch, základní potřeby v dětství a jejich naplnění; 2. formativní vlivy ve školním věku, puberta, povahové vlastnosti disponující ke stresu; 3. spouštěče psychických problémů v dospělosti; 4. plánování aktivit; 5. bludný kruh potíží a jeho důsledky; 6. tělesné příznaky, stresová reakce, panický záchvat a jeho zmírnění pomocí kontroly dechu; 7. automatické myšlenky, jejich identifikace, vliv na náladu a chování; 8. práce s automatickými myšlenkami, přerámování, práce se záznamem automatických myšlenek; 9. katastrofický scénář a imaginace bezpečného místa; 10. práce s jádrovými schémata a podmíněnými pravidly; 11. příprava na budoucnost.

### **Závěr**

Absolvovaná skupinová psychoterapie na našem oddělení může být první „ochutnávkou“ k dlouhodobé a systematické práci v ambulantních podmínkách.

**Podpořeno projektem IGA MZ ČR NS 9752– 3/2008**

## **Summary**

### **INPATIENT GROUP PSYCHOTHERAPEUTIC PROGRAM FOR PATIENTS WITH PSYCHOGENIC AND NEUROTIC DISORDERS**

The psychiatric hospital offers two different psychotherapeutic approaches within one community. The dynamic group psychotherapy is focused on the patients in need of the relationship improvement, especially patients who suffer from adjustment disorder or mild depression. The cognitive-behavioral therapy can be effective for the treatment of OCD, panic disease with agoraphobia, generalised anxiety disorder, social phobia, moderate recurrent depression or borderline personality disorder. The number of group members typically ranges from 8 to 14 members; there are 5 psychotherapeutic sessions a week; the psychotherapeutic groups are time-limited (6 weeks).

**Key words:** group psychotherapy, CBT, dynamic psychotherapy

## ATESTAČNÍ ZKOUŠKA A JEJÍ SOUČÁSTI

M. Černý<sup>1</sup>, V. Kmoch<sup>1</sup>, R. Kučíková<sup>2</sup>, P. Mališ<sup>3</sup>, J. Vevera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psychiatrická klinika 1. LF a VFN, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze, Praha 2, Česká republika

<sup>2</sup>Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha 8, Česká republika

<sup>3</sup>Psychiatrická ambulance, Děčín, Česká republika

V systému předatestačního vzdělávání došlo ke změnám, které zásadním způsobem v blízké době ovlivní vzdělávání mladých lékařů. Toto vzdělávání je zakončeno atestační zkouškou. Postgraduální vzdělávání bylo v uplynulém roce opakovaně projednáváno výborem Psychiatrické společnosti ČLS JEP (PS) [1], bylo též v programu schůzí sekce Mladých psychiatrů PS. O tento program sekce aktivně projevil zájem Institut postgraduálního vzdělávání (IPVZ), jehož zástupce se zúčastnil schůze sekce a diskuze. Situaci vzdělávání a reformě zdravotnictví v České a Slovenské republice byla věnována pozornost v odborné literatuře [2].

### K předatestačnímu vzdělávání

Nový systém předatestačního vzdělávání je i pro psychiatry neuspokojivý, ačkoliv jsou na tom lépe než jiné obory, protože mají samostatný kmen (zásluhou Výboru Psychiatrické společnosti JEP (PS) a prof. Libigera).

První rok je společný pro všechny obory a tvoří ho praxe chirurgie, gynekologie, pediatrie a anesteziologie a resuscitace [3]. Jak bude samotná organizace předepsané praxe probíhat, není zatím zcela jasně definováno. PS vypracovává novou náplň psychoterapeutického vzdělávání, dosud byl zřejmý nepoměr mezi psychoterapeutickým výcvikem (běžně 5-letý) a jeho alternativou specializovaným kurzem (dosud byl týdenní, nově je navržen akreditovaný psychoterapeutický kurz v rozsahu 80 hodin + 60 hodin supervidované praxe včetně vypracování čtyř kazuistik, z toho jedné supervidované).

Součástí předatestačního vzdělávání jsou i povinné kurzy (zdravotnické právo, kurz první pomoci pro lékaře, týdenní psychiatrický kurz), pořádané IPVZ, jež si musí absolvent hradit (někdy úhradu nebo příspěvek nabízí zaměstnavatel). Projekt Iuventus medica Nadace Charty 77 [4] nabídl, po splnění příslušných podmínek, příspěvek mladým lékařům v předatestační přípravě (v r. 2009 byl příspěvek poskytnut 119 lékařům). Během posledních let došlo ke zvýšení cen vzdělávacích kurzů, což někde vedlo i ke zlepšení servisu (káva a oběd v ceně semináře v určitých lokalitách) a je určitým ukazatelem managerské zdatnosti. Vítané by bylo i jiné zlepšení servisu (např. on-line přednášky, více termínů aj.) Náklady na zkoušku se dají odečíst z daňového priznání. Dobrým cílem by bylo dosáhnout toho, aby i náklady na povinné kurzy byly odečitatelné z daní.

Objevují se obecné problémy (nespecifické pro psychiatriy) jako jsou rezidenční místa a stabilizační smlouvy, které dále znepřehledňují situaci v postgraduálním vzdělávání. Aktivně se těmito problémy zabývá iniciativa Mladí lékaři [5].

Vítaná by byla i viditelnější aktivita Lékařské komory jako odborného garanta procesu vzdělávání. Absolvovaná praxe lékaře je průběžně hodnocena nadřízeným vedoucím pracovníkem do atestačních indexů, který se pak dokládá k atestační zkoušce.

### **K atestační zkoušce**

K atestační zkoušce je připuštěn lékař po splnění předepsaných podmínek, tj. splnění požadované praxe, předložení logbooku s potvrzenou praxí a počtem vyšetřených pacientů všech diagnóz a průběžnými hodnoceními školitele, další podmínkou je úspěšný písemný test, dále vypracování odborné práce v požadovaném rozsahu, která se odevzdává 1 měsíc před termínem zkoušky a která je hodnocena a posuzována odborníkem IPVZ. Vedení k napsání této práce je nejasně vymezené. Publikovány byly některé vybrané práce (zásluhou doc. Berana jako Acta Psychiatrica Postgradualia Bohemica). Publikace v impaktovaném časopise jakožto alternativa atestační práce není uznávána.

Průběžné hodnocení předepsané praxe je požadováno k atestační zkoušce, ale má spíše jen formální hodnotu a nevypovídá o skutečné kvalitě práce a znalostí lékaře získaných během min. 5 let.

Samotná atestační zkouška se vykonává ve 2 dnech a tvoří ji praktická a teoretická část. První den je určen pro praktickou část, tzn. atestující lékař vyšetří vybraného pacienta a vypracuje psychiatrické vyšetření (je poskytnuta osnova). Druhý den se koná ústní zkouška před komisí, kde si lékař vylosuje 3 otázky a hovoří o nich a o vyšetřeném pacientovi z předchozího dne, součástí je i obhajoba atestační práce. Pokud lékař v atestační zkoušce neuspěje, může jít znovu na zkoušku nejdříve za rok. Za zkoušku musí lékař předem zaplatit.

Otázky k atestaci jsou uspořádány do 3 okruhů (část A,B,C) v celkovém počtu 181. Část A (84 otázek) je zaměřena na jednotlivé psychiatrické poruchy, ke každé otázce je přiřčen i termín z obecné psychiatrie (např. „neurastenický syndrom“, „perseverace“). Část B (61 otázek) je zaměřena na jednotlivá psychofarmaka a skupiny psychofarmak, dále na léčebné postupy u psychiatrických poruch. Část C (36 otázek) obsahuje otázky týkající se psychoterapie a sociálně-právní problematiky.

Podle informace zástupce IPVZ dochází k obměně atestačních otázek, zastaralé otázky se vyrazují a nahrazují, i když v posledních letech s nižší intenzitou než v době předešlé (především z důvodu malého počtu stálých

pracovníků katedry psychiatrie IPVZ a jejich finančního ohodnocení za odvedenou práci). IPVZ je příznivě nakloněno diskuzi o skladbě otázek a vítá zpětné vazby.

Problémy, s nimiž se připravující na atestaci potýkají: Otázky nejsou zpracované podle dostupné literatury, jež je naopak mnohdy k zadaným otázkám nedostatečná. Neexistuje jednotná učebnice či příručka a není stanovena základní platná učebnice psychiatrie, podle níž by se mohli řídit studenti, a jež by byla všeobecně akceptována zkoušejícími.

Proporci a vyváženost otázek části A je znázorněna v tabulce 1. Nejvíce jsou zastoupeny otázky týkající se poruch osobnosti, následují neurotické poruchy. Pedopsychiatrickým otázkám je věnována větší nebo stejná pozornost jako oblasti poruch nálady a oblasti poruch chování (zahrnuje poruchy příjmu potravy, neorganické poruchy spánku, neorganické sexuální poruchy aj.)

**Tabulka 1** Zastoupení diagnostických kategorií v atestačních otázkách části A

<b>diagnóza</b>	<b>počet otázek</b>
F0	10
F1	11
F2	12
F3	6 + 1 premenstruační dysforická porucha (zařazena jinde)
F4	14 vč. otázky syndrom chronické únavy a abulie
F5	5
F6	16 (z toho sexuologie 6)
F7	1
F8	7

Otázka 84 v části A (maligní neuroleptický syndrom a katatonní sy) by logicky měla být zařazena spíše v části B, která je zaměřena na psychofarmaka a léčebné postupy.

Přídavné otázky z obecné psychiatrie by (dle sdělení IPVZ) měly bezprostředně souviset s danou diagnostickou otázkou, to ale u některých otázek je obtížné nalézt (např. otázka 54. „mentální anorexie a trestná činnost u duševních poruch“, otázka 55. „mentální bulimie a pseudologie u duševních poruch“).

K některým otázkám se velmi obtížně sbírají podklady a bylo by jistě vhodné zvážit nutnost zařazení takovýchto otázek („sexuální apetence u duševních poruch“, „životní styly jedinců s duševní poruchou“ – zde exist-

tuje další podobná otázka 16 v části C: „kvalita života a duševní porucha“), anebo k těmto otázkám publikovat příslušné podklady.

Dále se nabízí úvaha k léčebným postupům – je skutečně nutné mít ve 4 otázkách léčebné postupy u 1) GAD, 2) panické poruchy, 3) fobické poruchy, 4) OCD? Nestačila by pouze 1 otázka? Je nutná takováto podrobná znalost léčebných postupů (nikoliv diagnostických kritérií, ta jsou v Části A)?

V otázkách jsou také zahrnuty léčebné postupy u pre-menstruační dysfornické poruchy, ačkoliv tyto nejsou uvedené v publikovaných doporučených postupech, v ostatních učebnicích jsou informace v délce odstavce. Chronický únavový syndrom uvedený jako samostatná otázka není v psychiatrických učebnicích zpracován. Volba psychofarmak u somatických onemocnění není zpracována v dostupných učebnicích psychiatrie.

### **Závěr**

Jako vhodná se jeví spolupráce s iniciativou „Mladí lékaři“ a se všemi, kteří mají zájem na změnách v systému vzdělávání, aby tento byl srozumitelný, efektivní a kvalitní. Chybí zpětná vazba od atestantů, jíž by pracovníci IPVZ uvítali a jsou nakloněni ke změnám. Není jasná organizace postgraduálního vzdělávání a role IPVZ, odborných společností, Lékařské komory, Ministerstva zdravotnictví či jiných subjektů. Není dostatečné vedení k psaní povinné atestační práce. Publikace v impaktovaném časopise by měla být alternativou atestační práce. Zveřejněny by měly být všechny atestační práce (v elektronické podobě). Výběr otázek k atestační zkoušce by se měl řídit aktuálně dostupnou literaturou a reflektovat aktuální změny. Neexistuje jednotná učebnice, není stanovena základní příručka. Průběžné hodnocení předepsané praxe by mohlo nabízet větší, než formální hodnotu při celkovém hodnocení u zkoušky.

Lékaři ve specializační přípravě jsou zatíženi zvyšujícími se finančními náklady nejen na vzdělávání, které je povinné, ale i na samotnou zkoušku, přičemž jejich tabulkový plat je pod hodnotou průměrné mzdy v České republice.

### **Literatura**

1. *Psychiatrická společnost České lékařské společnosti J.E. Purkyně*. [cited 30.3.2010; Available from: <http://psychiatrie.cz/>.

2. Vevera, J., et al., *Human Resources and Training*, in *Mental Health Care Reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the Present*, R. Scheffler and M. Potucek, Editors. 2008, Karolinum Press: Prague. p. 197–223.

3. *Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ)*. 30.3.2010]; Available from: <http://www.ipvz.cz/lekari/vzdelavaci-programy.aspx?skupina=1>.

4. *Projekt Iuventus medica Nadace Charty 77*. 30.3.2010]; Available from: <http://www.kontobariery.cz/Projekty/Iuventus-medica.aspx>.
5. *Mladí lékaři, o.s.* 30.3.2010]; Available from: <http://www.mladilekari.com/>.

## **Summary**

### **THE BOARD EXAM IN POSTGRADUATE TRAINING IN PSYCHIATRY**

The Postgraduate education in the Czech Republic has been changed recently. Those changes were supposed to bring improvements to the training system however some of them may seem rather unclear yet. The period of postgraduate training is concluded by an final exam. In this article all main parts of the postgraduate training are discussed: the course, the preliminary requirements and the exam itself.

**Key words:** postgraduate training and education, junior doctors

# VIKTIMIZACE CHRONICKY NEMOCNÝCH PACIENTŮ UMÍSTĚNÝCH V PSYCHIATRICKÝCH ZAŘÍZENÍCH – NÁRODNÍ VÝSLEDKY PROJEKTU DEMOBINC

M. Černý, L. Kališová, A. Nawka, L. Cihal, J. Raboch  
*Psychiatrická klinika 1. LF a VFN, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze, Praha, Česká republika*

## Úvod

Mezinárodní projekt DEMoBinc (*Development of a European Measure of Best Practice for People with Long Term Mental Illness in Institutional Care*) začal v roce 2007 a trval 36 měsíců, probíhal v rámci 6. Rámcového programu EU a zúčastnilo se ho 10 evropských zemí (Velká Británie, Německo, Česká republika, Polsko, Nizozemsko, Španělsko, Itálie, Polsko, Portugalsko a Řecko). Cílem projektu bylo na vytvoření mezinárodně použitelného nástroje k posouzení kvality péče o chronicky nemocné pacienty umístěné v psychiatrických zařízeních komunitního i nemocničního typu [1].

## Cíl

Cílem práce je vyhodnotit národní výsledky z České republiky projektu DEMoBinc. Konkrétně je tato práce zaměřena na vyhodnocení otázek týkajících se viktimizace (proces, ve kterém se člověk stává obětí násilného chování). Viktimizaci duševně nemocných je věnována v odborných publikacích stále větší pozornost [2]. V České republice tato problematika u chronicky psychiatricky léčených pacientů dosud není zmapována.

## Metody

Vyšetřeno bylo celkem 171 pacientů ve 20 lůžkových zařízeních v České republice (z toho 5 komunitního typu, kde podmínkou bylo více než 5 lůžek, a 15 nemocničního typu – psychiatrických léčeben).

Zhodnoceny byly otázky týkající se viktimizace obsažené v distribuovaných škálách (MANSA a v dalších cílených otázkách). Ke zhodnocení byly použity statistické metody (t-test, chi-kvadrát test, Fisher exact test).

## Výsledky

V dotazníku MANSA v otázce, zda byl dotazovaný v posledním roce obviněn z trestného činu, bylo 2,2% pozitivních odpovědí u dotazovaných v psychiatrických léčebnách a 2,7% pozitivních odpovědí u dotazovaných v komunitních zařízeních. V této položce nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi dotazovanými v komunitním nebo nemocničním zařízení, ani při hodnocení zvlášť mužů a zvlášť žen. V otázce, zda se dotazovaný stal



v minulém roce obětí trestného činu, byl zaznamenán statistický rozdíl ( $p < 0,01$ ) s vyšším výskytem kladných odpovědí (19,4%) u dotazovaných v komunitních zařízeních, při hodnocení zvláště u mužů nebyl zachycen statisticky významný rozdíl a při hodnocení zvláště u žen Fischer exact test signalizuje vliv zařízení s vyšším výskytem kladných odpovědí dotázaných komunitních zařízeních.

V cílených dotazech, které hodnotily období posledních 12 měsíců, byl zaznamenán statisticky významný vliv zařízení v položkách: zda někdo dotazované vystrašil, křičel na ně, vyhrožoval jim (významnější výskyt kladných odpovědí u dotazovaných v komunitním zařízení (47,2% ( $n=17$ ), resp. 25% ( $n=9$ ), resp. 30,6 ( $n=11$ )), a nebyl nalezen rozdíl mezi zařízeními v položkách: zda někdo dotazované fyzicky napadl nebo sexuálně obtěžoval (v komunitních zařízeních 6,25% ( $n=1$ ), resp. 11,1% ( $n=72$ ), v psychiatrických léčebnách 0% ( $n=0$ ), resp. 2,8% ( $n=72$ )).

Při hodnocení zvláště mužů Fisher exact test signalizuje vliv zařízení pouze v položce, zda někdo dotazovanému v posledním roce vyhrožoval (významnější výskyt kladných odpovědí u dotazovaných v komunitním zařízení (25% ( $n=4$ )). Při hodnocení zvláště žen Fisher exact test signalizuje vliv zařízení ve všech položkách (významnější výskyt kladných odpovědí u dotazovaných v komunitním zařízení, tj. zda někdo dotazované vystrašil (60% ( $n=12$ )), křičel na ně (25% ( $n=5$ )), vyhrožoval jim (35% ( $n=7$ )), fyzicky je napadl (15% ( $n=3$ )), sexuálně obtěžoval (15% ( $n=3$ )).

## **Závěr**

Chronicky nemocní pacienti umístění v psychiatrických zařízeních mohou být díky snadné zranitelnosti a nízké úrovni sociálních dovedností vyplývající z onemocnění zneužitelní případně se mohou stát obětí trestných činů. Naše výsledky ukazují, že častěji se s viktimizací setkávají nemocní v komunitních zařízeních než pacienti v psychiatrických léčebnách. Je zřejmé, že roli hraje větší začlenění nemocných v komunitním zařízení do běžné společnosti, jejich větší nezávislost a tudíž menší ochrana. Je možné také diskutovat další vlivy, které výsledky odráží (vliv psychopatologie aj).

## **Literatura**

1. Killaspy, H., et al., *Study protocol for the development of a European measure of best practice for people with long term mental health problems in institutional care (DEMoBinc)*. BMC Psychiatry, 2009. 9: p. 36.
2. Černý, M. and J. Vevera, *Násilné chování a viktimizace pacientů se schizofrenií – přehled studií*. Psychiatrie, 2008(Supplementum 1).

## **Summary**

### **VICTIMIZATION OF LONG TERM MENTALLY ILL PATIENTS HOSPITALIZED IN COMMUNITY OR HOSPITAL SETTINGS – RESULTS FROM THE CZECH REPUBLIC**

The presentation brings the overview of the victimization of long term mentally ill patients in community and hospital settings in the Czech Republic. Data were gathered during DEMoB international project and results are focused on data from the Czech Republic. Long term mentally ill patients are victimised, more in community settings.

**Key words:** victimization, long term treatment, psychiatry care, schizophrenia, mental illness

## VIKTIMIZACE PACIENTŮ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

M. Černý<sup>1</sup>, J. Vevera<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Psychiatrická klinika 1. LF a VFN, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze, Praha 2, Česká republika

<sup>2</sup>7 Polní nemocnice AČR, VU6900

Studie násilného chování u pacientů trpících schizofrenií byly dosud zaměřeny na to, jak často se pacienti chovají násilně ke svému okolí [3, 4]. Data z USA a Velké Británie ukazují, že tito pacienti jsou při násilných konfliktech častěji obětí než útočníky [5]. Zatímco v těchto zemích je viktimizace pacientů vysoká, v ČR, kde je odlišná organizace zdravotní péče, tato problematika nebyla dosud studována. Důsledky násilí, viktimizace, fyzického a sexuálního zneužívání na vznik psychických poruch, především posttraumatické stresové poruchy (PTSD), rovněž nejsou u pacientů se schizofrenií dostatečně studovány a rozpoznávány. Standardizované psychometrické nástroje k měření těchto traumatických zkušeností dosud chybí. Z důvodu nedostatku vhodných diagnostických nástrojů a malém povědomí o komorbiditě PTSD a schizofrenie není významná část pacientů správně diagnostikována a adekvátně léčena.

Grantová podpora VZ 0021620849, MŠMT 0021620828

### Literatura

1. Arseneault, L., et al., *Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study*. Arch Gen Psychiatry, 2000. **57**(10): p. 979–86.
2. Hodgins, S., et al., *From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization*. Psychol Med, 2007: p. 1–13.
3. Vevera, J., et al., *Violent behaviour in schizophrenia. Retrospective study of four independent samples from Prague, 1949 to 2000*. Br J Psychiatry, 2005. **187**: p. 426–30.
4. Černý, M. and J. Vevera, *Násilné chování a viktimizace pacientů se schizofrenií – přehled studií*. Psychiatrie, 2008(Supplementum 1).
5. Hodgins, S., et al., *Aggressive behaviour, victimization and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation*. Br J Psychiatry, 2007. **191**: p. 343–50.

## Summary

Victimization of serious mentally ill patients. Previous research has predominately focused on patients with schizophrenia as the instigators of violence acts [1]. Recent data from the USA and UK show that people with schizophrenia are more often victims than perpetrators of violence [2]. While in those countries is victimisation quiet high, data from Czech Republic, where organization of mental health services is quiet different, are missing.

**Key words:** victimization, aggression, violence, schizophrenia, comorbidity, serious mental illness

# SUICIDALITA PO PRVNÍ EPIZODĚ SCHIZOFRENIE A MOŽNOSTI LÉČBY

E. Česková, R. Příkryl, T. Kašpárek, M. Večerová  
*Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Česká republika*

## Úvod

Suicidalita je termín, který zahrnuje široké spektrum chování a myšlenek, včetně plánování a ostatních přípravných akcí, suicidálních pokusů a dokonaných suicidií. Předchozí suicidální chování a pozitivní rodinná anamnéza jsou spojeny se zvýšeným rizikem suicidia, které je nezávislé na psychiatrické diagnóze.

Množství dokonaných suicidií kolísá s ročním obdobím (nejvyšší je na jaře), věkem (nejvyšší u starších lidí), etnicitou, pracovními možnostmi (vyšší u nezaměstnaných) a sociálním zařazením. Dostupné prostředky ovlivňují způsob suicidia. Suicidia jsou spojena s psychickými poruchami. Podle psychologické pitvy jsou psychické poruchy přítomny u 90% dokonaných suicidií (1). Na PK v Brně se dlouhodobě věnujeme problematice prvních epizod schizofrenie.

## Cíle

Cílem této práce bylo zhodnocení suicidality po první epizodě schizofrenie.

## Metody

Brněnská databáze prvních epizod schizofrenie zahrnuje 162 konsekutivně hospitalizovaných mužů přijatých poprvé pro první epizodu schizofrenie od r. 1996 a dlouhodobě sledovaných až 10 roků. Provedli jsme retrospektivní analýzu všech dostupných dat u pacientů, kteří byli v naší databázi a spáchali suicidium. Kromě informací z databázi jsme získali také ambulantní dokumentaci.

## Výsledky

7/162 pacientů (4,3%) spáchalo suicidium. U 3 nemocných došlo k suicidii v průběhu jednoho roku po první psychotické epizodě, u dvou 4 roky, u jednoho 5 roků a také u jednoho 9 roků po indexové hospitalizaci. Všichni pacienti byli mladí, svobodní muži. 5/7 mělo paranoidní formu schizofrenie a vyšší počet psychiatrických hospitalizací (což svědčí a závažné a relabující formě onemocnění). 6/7 pacientů navštívilo psychiatra v průběhu 3 týdnů (2–20 dnů) před sebevraždou, 1 nemocný spáchal sebevraždou během hospitalizace, na víkendové propustce Při poslední návštěvě před suicidiem, podle záznamů v lékařské dokumentaci 5/7 pacientů si na nic nestěžovalo, tj. konstatování „bez potíží”. Psychiatři popsali přítomnost psychotických

příznaků u 2 pacientů a mírné symptomy (obsesivně-kompulzivní, negativní příznaky a mírné poruchy myšlení bez specifikace) u 3 ostatních pacientů. Zjištěné rizikové faktory: 3/7 měli předchozí suicidiální myšlenky, chování nebo pokusy, 2 předchozí epizody deprese, projevy agresivity, a problémy ve škole/práci nebo měli pocit, že selhali v dosažení svých osobních cílů, 1 nemocný měl problém s abúzem návykových látek, 2 byli nezaměstnaní, izolovaní a bez podpory rodiny. 4 nemocní suicidovali oběšením, 1 zastřelením, 1 skokem z výšky a 1 se utopil.

Léčba: 1 pacient vysadil medikaci klozapinem 2 měsíce před suicidiem, ostatní byli léčeni atypickými antipsychotiky, 2/6 kombinaci s antidepresivem a 2/6 kombinaci s depotními antipsychotiky.

## **Diskuze**

V r. 1977 Miles publikoval přehled 34 studií zabývajících se suicidiem u schizofreniků a uvedl, že 10% nemocných spáchá suicidium (2). Nedávno publikovaná meta-analýza udává 4,9% (3,4). Panuje shoda, že prospektivní sledování nemocných po první epizodě onemocnění dává nejpřesnější obraz a zohledňuje skutečnost, že nejvíce dokonaných suicidií je koncentrováno v časném průběhu onemocnění. Naše údaje jsou ve shodě s novější literaturou.

Většina nemocných navštívila psychiatra několik dní před suicidiem, avšak s vysokou pravděpodobností nebyli cíleně dotazováni na příznaky a okolnosti spojované s vyšším rizikem suicidálního jednání.

Rizikové faktory pro suicidium u schizofrenie jsou známy a v literatuře popsány. Je téměř obecná shoda v tom, že největší pravděpodobnost dokonání suicidia mají nemocní, kteří jsou mladí běloši mužského pohlaví, svobodní, s vysokou úrovní premorbidního fungování, pozitivní rodinnou anamnézou suicidia, předchozími suicidálními pokusy, sagitovaností a impulzivitou, fluktuujícími suicidálními myšlenkami, depresí a beznadějí, sociální izolací, hospitalizovaní, s recentní ztrátou nebo zavržením, limitovanou externí podporou, s rodinným stresem a instabilitou, s náhledem nemoci (pokud vede k beznaději), s aktivní a exacerbovanou fází onemocnění, přítomností psychotických příznaků (paranoidních bludů, poruch myšlení a imperativních halucinací), abúzem návykových látek (kumulativní efekt více faktorů) a závislostí na léčbu nebo ztrátou víry v léčbu (4).

V našem souboru u všech, kteří suicidovali, byly nalezeny přinejmenším dva udávané rizikové faktory. U většiny se jednalo o relabující formou onemocnění, pro což svědčí i předepisovaná farmakoterapie. Znalost a monitorování rizikových (i projektivních faktorů) je nezbytná k prevenci suicidality (5).

V našem souboru si 1 nemocný vysadil medikaci a adherence k farmakoterapii u ostatních nebyla známa. I když klozapin je považován za zlatý standard u nemocných s rizikem suicidálního jednání a farmakorezistencí,

je stále podáván relativně málo. Z našich nemocných byl klozapin předepsán pouze u 1/7 léčených.

Metody suicidia u našich pacientů podporují názor, že dostupnost prostředků ovlivňuje způsob suicidia (1).

### **Závěry**

Suicidia po první epizodě schizofrenie jsou spojena se závažnou relabující formou onemocnění a přítomností více rizikových faktorů. Prevence u této skupiny by měla zahrnovat časnou diagnostiku a léčbu první psychotické epizody s následnou formou dispenzární péče a monitorování rizikových faktorů, které jsou ovlivnitelné.

Finanční podpora výzkumným záměrem MŠ ČR (MSM 0021622404)

### **Literatura**

1. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009; 373: 1372–81.
2. Miles CP. Conditions predisposing to suicide: a review. *J Nerv Ment Dis* 1977; 164: 231–246.
3. Palmer BA, Pankratz SV, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia. A re-examination. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 247–253.
4. Pompili M, Mancinelli I, Ruberto A et al. Where schizophrenic patients commit suicide: a review of suicide among inpatients and former inpatients. *Int J Psychiatry Med* 2005; 35: 171–190.
5. Pompili M, Amador XF, Girardi P et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past To change the future. *Annals of General Psychiatry* 2007; 6: 10. 1–22.

### **Summary**

#### **Suicidality after first-episode schizophrenia and treatment possibilities**

**Objective:** To evaluate suicidality after the first episode of schizophrenia.

**Method:** Consecutively hospitalized males with first-episode schizophrenia (according to ICD10), who had been reassessed within 10 years of their first hospitalization were included. An analysis of available data on patients who committed suicide was performed.

**Results:** 7/162 (4.3%) of patients included up till now in our database committed suicide. 3 patients within 1 year, 2 within 4 years, 1 within 5 year and 1 within 9 years after the index hospitalization. The patients committed suicide by hanging (n=4), shooting themselves (n=1) jumping from height

(n=1), drowning (n=1). All patients were white, young, single, had at least 2 known risk factors, and had visited a psychiatrist shortly before their suicide. 5/7 of patients suffered from paranoid schizophrenia and had a severe relapsing form of the illness.

**Conclusion:** The suicides after the first episode of schizophrenia are associated with a severe relapsing form of the illness and more risk factors. Prevention of suicide in these patients should include early aggressive treatment and careful monitoring for suicidal behaviours in patients with known risk factors.

**Key words:** first-episode schizophrenia, suicidality, suicides, risk factors



## METAKOGNITIVNÍ TRÉNINK U PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ

T. Divéky, K. Vrbová, B. Mainerová, A. Trčová

*Klinika psychiatrie Universita Palackého, Fakultní nemocnice v Olomouci, Česká republika*

V rámci širokého spektra psychotických symptomů, bývají popisovány (ne však u všech pacientů) specifické kognitivní dysfunkce. Je to zejména zkreslený atribuční styl, tendence inklinovat k unáhleným závěrům, zhoršená schopnost empatie a rozlišování emocí, zhoršená schopnost rozlišovat skutečné a falešné vzpomínky. Pacienti se schizofrenií mají také zhoršenou schopnost rozpoznat co si myslí druzí lidé a výraznější potřebu jasného závěru. V této souvislosti je možné využít moduly metakognitivního tréninku (MCT), ve kterém se pacienti mohou učit rozeznávat mylné kognitivní styly a zmírnit tak dopad vlastního jednání na realitu kolem nich. Moritz a Woodward (2007) definují metakognici jako „přemýšlení o vlastním přemýšlení“. Zjednodušeně řečeno, pacient se v tréninku učí přemýšlet o tom jak myslí, jinými slovy, jak fungují jeho myšlenkové (kognitivní) procesy při každodenním životě. MCT je způsob jak efektivněji pacienta zaangažovat do léčby a také mu pomoci pochopit a porozumět různým kognitivním procesům.

Metakognitivní trénink sestává z osmi modulů ve dvou verzích, zaměřené na specifické kognitivní procesy, které bývají u pacientů se schizofrenií patologicky ovlivněné. MCT je interaktivní, otevřená metoda, jednotlivé moduly na sebe nenavazují, takže pacient může být bez problémů integrován do již probíhajícího MCT. Každý z osmi modulů MCT je sestaven z dvou paralelních cyklů A a B. Powerpointové prezentace mají za úkol pacienta nejen zaujmout, ale také podnítit jeho tvořivé přemýšlení o daném problému a zapojit do následné diskuse.

Každý modul je rozčleněn na (1) edukaci, ve které jsou pacientům popisovány specifické poruchy, doplněné o příklady z běžného života, (2) explanační, kdy psycholog nebo psychiatr vysvětluje jak popsané kognitivní deficity souvisí s psychotickým onemocněním, (3) vlastní interaktivní cvičení, ve kterém se pacienti učí poruchy poznávat a případně je korigovat, (4) shrnutí, které poskytuje pacientům důležité informace pro zapamatování a na závěr (5) doporučení, jak změny uplatnit v běžném životě. Pacientům je důležité vysvětlit, jak která konkrétní dysfunkce souvisí se psychotickým onemocněním a jak je možné kognitivní schémata ovlivnit.

V průběhu každého modulu by měla probíhat diskuse týkající se vlastních zážitků pacientů, jejich sebezkušenosti s daným kognitivním problémem při interpersonální interakci. Na závěr každého sezení dostanou pacienti domácí úkoly, pomocí kterých si mohou procvičovat naučené dovednosti.

Pacienti také dostávají tzv. žluté nebo červené kartičky. Na žluté kartě mají napsané otázky, které mohou klást, cítí li se v průběhu tréninku napadeni nebo uraženi. Na červené kartičce mají napsané telefonní čísla, kam by se mohli při objevení problémů obrátit.

U restrukturalizace atribučních stylů, se pacienti učí vzít v úvahu různé faktory jednání osob. Např. když se přítelkyně nedostavila na rande, je potřeba vzít do úvahy situační faktory (náhle onemocněla) nebo osobní faktory (nestojí o mně). Při cvičení unáhlených závěrů se pacienti učí vyhodnocovat objekty na základě jejich komplexnosti, ne na základě jediného podnětu. Pacienti mají někdy tendenci přehlížet fakta, která si protirečí. U MCT se učí odhalit správnou zápletku při postupném odkrývání obrázků. Někdy se pacienti se schizofrenií nedovedou vcítit do druhého člověka. Pacienti se učí brát v úvahu různé typy informací, nejenom ojedinelé detaily. Falešné vzpomínky také často ovlivňují kognitivní procesy. Cílem tréninku je pacientům ukázat, že ne všechno co si pamatují, musí být nutně pravda. V MCT je potřeba pracovat s vtíravými myšlenkami. Pacientům je potřeba vysvětlit, že vtíravé myšlenky jsou sice nepříjemné, nicméně vcelku neškodné. MCT nenahradí farmakoterapii, může však pacientům efektivně pomoci při snaze lépe se vyznat ve vlastních myšlenkových procesech a lépe se podílet na interpersonálních interakcích.

## **Podpořeno projektem IGA MZ ČR NS 10301-3/2009**

### **Literatura**

Moritz S., Werner R., Von Collani G.: The inferiority complex in paranoia readdressed: A study with the Implicit Association Test. *Cognitive Neuropsychiatry* 2006; 4 : 402 – 415

Moritz S., Woodward S.T.: *Metacognitive training in schizophrenia*. Hamburg-Eppendorf, VanHam Campus Press 2007.

Praško J., Seifertová D., Horáček J., Höschl C.: *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha, Medical Tribune 2008.

### **Summary**

## **METACOGNITIVE TRAINING OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA**

Some recent researches found that the metacognitive training (MCT) with patients suffering from schizophrenia can be useful in treatment. Metacognition is a process characterized as „thinking about self thinking“. In this training, patients can learn how to better understand how their cognitive processes involving their reality experiencing. The training is divided into

8 modules with homeworks for the patients. The training is an interactive meeting. First the psychologist or psychiatrist explains bad cognitive processes, second the patients are provoked to reflect their cognitive styles with interactive tasks of MCT and discuss their experience of cognitive styles they use.

**Key words:** metacognition, schizophrenia, cognitive behavioral psychotherapy

## SEDMERO HLAVNÍCH HŘÍCHŮ IV – PÝCHA: PÝCHA A PSYCHOTICKÉ PORUCHY

P. Doubek<sup>1</sup>, J. Praško<sup>2,3</sup>, E. Herman<sup>4</sup>

<sup>1</sup>*Psychiatrická klinika VFN a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, Česká republika*

<sup>2</sup>*Klinika psychiatrie Universita Palackého v Olomouci, Česká republika*

<sup>3</sup>*Fakultní nemocnice v Olomouci, Česká republika*

<sup>4</sup>*Psychiatrická ambulance Praha 6, Česká republika*

Pýcha (lat. *superbia*) je nejvážnější ze všech smrtelných hříchů a také ten, z kterého pocházejí hříchy ostatní. Je definován jako touha po vyšší atraktivitě a důležitosti, než mají ostatní. Význam slova pýcha lze vyjádřit i jako: nadutost, domýšlivost, vyvýšenost, přehnaná sebeúcta, nerozumná nadřazenost díky kráse, bohatství, postavení ve společnosti nebo nadání. Pýcha se projevuje nadřazeným chováním.

Pýcha je v křesťanství vnímána jako prvotní hřích jak andělů tak prvních lidí. Démonem pýchy je Lucifer. Lucifer je jedno ze jmen obvykle používaných pro Satana, ale jeho význam je širší: světloňoš, jitřenka, též antonymum pro Krista apod.

I v běžné populaci se však můžeme setkat s přehnanými a bludnými přesvědčeními. Polovina dospělých Britů věří na přenos myšlenek mezi lidmi a čtvrtina věří v existenci duchů. Prevalence paranoidních a extrapotenčních bludných přesvědčení je v populaci 4-8%. Prevalence bizarních bludných přesvědčení je 2%.

Prokázalo se, že lidé s intenzivním duchovní nebo religiózní vírou mohou mít zážitky podobné pozitivním symptomům schizofrenie. Bludy a halucinace jsou součástí kontinua psychotických příznaků v populaci, i když je toto zkresleno jen částečným překryvem s příznaky klinicky významné poruchy.

Nejčastěji můžeme projevy pýchy u psychotických poruch obecně zahrnout pod makromanické bludy. Podle diagnostických skupin pak můžeme dále provádět podrobnější dělení.

U pacientů s tzv. primárními psychotickými poruchami (schizofrenie, schizoafektivní porucha, porucha s bludy atd.) pozorujeme zejména bludná přesvědčení megalomanická, originární, mesiášská, extrapotenční a reformátorská.

U pacientů s diagnostikovanou manickou epizodou s psychotickými příznaky se pak nejčastěji setkáváme s bludnými přesvědčeními inventorními, erotomanickými, megalomanickými a extrapotenčními. Tyto jsou většinou spjaty s časným počátkem onemocnění.

Pýcha se u pacientů s psychotickými příznaky po abusu psychotropních látek (zejména stimulantů) nejčastěji projevuje bludnými přesvědčeními megalomaničnými, extrapotenčními, mesiášskými a také bludem eternity.

Erotománie neboli De Clerambaultův syndrom je řídce se vyskytující bludný syndrom, charakterizovaný tím, že typicky žena věří, že muž s vyšším sociálním, ekonomickým nebo politickým statutem je do ní zamilovaný. Erotománie se může vyskytovat i u mužů, ale ti jsou častěji stalkery a mohou se stát agresivními. Erotománii dělíme na primární (čistou) a sekundární (rekurentní) vyskytující se spolu s psychotickým onemocněním.

Nepodařilo se prokázat hypotézu, že existuje jeden rizikový faktor, který by zvyšoval pravděpodobnost jak užívání cannabis tak pozdějšího rozvoje schizofrenie.

Léčba behaviorálního komplexu pýchy u psychotických poruch je v akutní fázi onemocnění výhradně psychofarmakologická (klasická a atypická antipsychotika). Psychoterapeutická léčba je u těchto pacientů velmi důležitá po zvládnutí akutního stavu při budování uspokojivého náhledu onemocnění a zvládnutí všech následků epizody psychotického onemocnění.

Literatura u autorů.

## Summary

### Seven Deadly Sins IV – Pride: PRIDE AND Psychotic Disorders

Pride is the most serious of the all main sins. Pride is primal sin of angels and first people. In general population we can meet with unreasonable convictions and delusions in 4-8%. There is a continuum of psychotic symptoms in general population. The most frequent symptoms of pride in psychotic disorders are macromanic delusions. Each diagnostic category of psychotic disorders has characteristic types of delusions. Erotomania is sparsely occurring delusional syndrome. We distinguish primary and secondary (recurrent) erotomania.

Therapy of pride in psychotic disorders in first line consist of psychopharmacotherapy and in second line we can join psychotherapy to build up insight of disorder.

**Key words:** pride, psychosis, macromanic delusions, erotomania

## SUBJEKTIVNÍ NÁSTROJE HODNOCENÍ PÉČE

E. Dragomirecká

*Laboratoř sociální psychiatrie, Psychiatrické centrum Praha, Česká republika*

### Cíl

Seznámení s validizovanými nástroji hodnocení úspěšnosti péče o duševní zdraví z pohledu pacienta. Příklady použití dotazníků kvality života v praxi: vývoj a validizace české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL a jednorozměrného dotazníku pro hodnocení efektu intervencí v psychiatrické péči SOS-10.

### Úvod

S rozvojem sociálně psychiatrických a rehabilitačních služeb v ČR za poslední desetiletí stoupá potřeba vyhodnocovat úspěšnost programů, které nejsou zaměřeny jen na redukci symptomů, ale pomáhají pacientům/klientům v začlenění do jejich přirozeného prostředí. Tím, že tyto programy přesahují oblast medicínské intervence, vyžaduje také jejich hodnocení komplexnější kritéria než jsou ukazatele zdravotního stavu. Ke kvantitativním ukazatelům úspěšnosti psychiatrické péče, jako je doba hospitalizace, počet znovupřijetí do péče, popř. výsledky posuzovacích škál pacientovy funkční způsobilosti, přistupuje hodnocení kvality života a dalších stránek subjektivní zkušenosti pacienta, jako je subjektivní zdravotní stav, spokojenost s péčí, hodnocení potřeb, sociální začlenění nebo psychická pohoda (well-being).

### Kvalita života

je pojem používaný v mnoha oblastech lidské činnosti. V medicíně a psychologii se kvalita života považuje za vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, který je vhodnějším indikátorem zdraví definovaného jako „stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci“, než morbidita a mortalita. Považuje se za pozitivní ukazatel celkového stavu jedince, který umožňuje hodnotit komplexně zaměřené zdravotní a psychosociální intervence.

**Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL:** Kvalita života je definována jako to, „jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“<sup>1</sup> (WHOQOL Group in Orley 1994, s. 43). Definice byla dílem pracovní skupiny WHOQOL, pověřené vytvořit

---

<sup>1</sup> „Quality of life is defined as an individual perception of his/her position in life in the context of the culture and value systems in which he/she lives, and in relation to his/her goals, expectations, standards and concerns.“

mezinárodně použitelný dotazník kvality života. Výsledkem jejich práce je instrument, který se skládá ze šesti oblastí (fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita), dále členěných na 24 podoblastí (facet). Dotazník má celkem 100 položek a označuje se zkratkou WHOQOL-100 (WHOQOL Group 1994, 1998a). Potřeby klinické praxe a další ověřovací studie dotazníku vedly k vytvoření zkrácené verze WHOQOL-BREF, která se skládá z 26 položek sdružených do čtyř oblastí (WHOQOL Group 1998b) a je v současnosti k dispozici v 50 jazycích. Pracovní skupina WHOQOL vypracovala také pravidla pro vytváření dalších jazykových verzí, podle kterých jsme při adaptaci a validizaci dotazníku WHOQOL do češtiny postupovali.

### **Adaptace**

Při vytváření položek dotazníků WHOQOL byla použita metoda současného (simultánního) vývoje, na rozdíl od postupného (sekvenčního) modelu, kdy se instrument vytvořený v jednom jazyce následně překládá do dalších jazyků, a souběžného (paralelního) vývoje, kdy položky sice vytváří mezinárodní tým, ale tyto práce probíhají v jednom jazyce a položky jsou posléze přeloženy do ostatních jazyků. Jednotlivá pracoviště vytvořila vlastní definici různých aspektů kvality života a posléze i vlastní znění položek, které byly teprve následně překládány do společného pracovního jazyka, do angličtiny. Tato metoda vychází z přesvědčení, že kulturní kontext je ústředním faktorem kvality života, ne pouze něčím, co měření kvality života ovlivňuje nebo zkrsluje.

Při překladu jsme postupovali podle standardní metodologie WHO, která zahrnuje překlad do cílového jazyka na základě dvou překladů vyhotovených nezávisle na sobě, posouzení jeho pojmové, významové a technické ekvivalence bilingvním posuzovatelem a panelem osob reprezentujících populaci možných respondentů, kteří neznají jazyk originálu, a zpětný nezávislý překlad upravené pracovní verze do jazyka originálu s cílem nalézt a opravit pojmové a významové diskrepance.

Pro konstrukci škál jsme použili speciální postup (Szabo 1997) vycházející z Thurstonovy metody zdánlivě stejných intervalů. Položky dotazníku WHOQOL se hodnotí na pětistupňové Likertově škále, resp. na pěti dotazníkových škálách, které vyjadřují množství (vůbec ne – maximálně), kapacitu (vůbec ne – zcela), frekvenci (nikdy – neustále) a hodnocení (velmi nespokojen – velmi spokojen; velmi špatný – velmi dobrý). S překladem krajních bodů nebyvají problémy, protože výrazy jako „nikdy“ nebo „neustále“ mají v jiných jazycích jednoznačný ekvivalent, což v češtině platí i pro škálové body hodnocení a kapacity. Pro druhý, třetí a čtvrtý stupeň škál množství a frekvence byla použita metoda konstrukce ekvidistantních škál. Postup spočívá v tom, že se pro každou vytvářenou škálu vyhotoví seznam alespoň 15 výrazů, které by mohly sloužit jako druhý, třetí a čtvrtý bod,

a tento seznam se předloží respondentům společně s 100 mm úsečkou ohraničenou krajními body. Ke každému výrazu je vytištěna jedna úsečka. Respondenti mají za úkol udělat na úsečce křížek tak, aby znázorňoval významovou vzdálenost příslušného výrazu od krajních bodů. Na základě odpovědí respondentů se pro každý výraz spočítá jeho průměrné umístění na úsečce (v mm), směrodatná odchylka a procento chybných zařazení, které vyjadřuje, kolikrát dosáhl výraz, který označuje malé množství, hodnoty vyšší než 50 mm a naopak. Pro druhý, třetí a čtvrtý bod škály se následně vyberou výrazy s průměrem okolo 25, 50 nebo 75 mm od nulového bodu, s nízkou směrodatnou odchylkou a malým výskytem chybných zařazení. Seznam testovaných výrazů jsme sestavili podle škál používaných českých dotazníků, které jsme doplnili o použitelné škálové body dotazníku WHOQOL v jiných jazycích (Dragomirecká, 2006a).

Výsledky následného pilotního šetření potvrdily, že je dotazník schopen podchytit aktuální zhoršení zdravotního stavu a u osob s dlouhodobým onemocněním nebo postižením zachytit rozdíly v životních podmínkách. Ukázalo se však, že není dostatečně citlivý pro hodnocení efektu krátkodobé psychosociální intervence. Po tento účel byl do češtiny adaptován dotazník pro hodnocení efektu psychoterapie SOS-10.

**Dotazník SOS-10** byl vyvinut pro hodnocení efektivity léčby pro psychiatrické oddělení všeobecné nemocnice v Bostonu, USA. Prvým krokem byly řízené skupinové rozhovory (focus group) s pacienty a odborníky na téma „co se zlepšilo po úspěšné terapii“. V dalším kroku hodnotili terapeuti 81 položek na sedmibodové škále podle toho, zda se odpovědi změnila po úspěšné léčbě. Do pilotního šetření postoupilo 47 položek, tento soubor byl hodnocen pacienty lůžkových, denních, a ambulantních zařízení. Na základě analýzy psychometrických vlastností se počet položek snížil na 20; kritériová validita byla ověřována na souboru zdravých osob a pacientů komunitní péče, což vedlo k další redukci položek na konečný počet 10 položek a jednodimenziální charakter instrumentu. Nástroj je citlivý na změnu ve smyslu fázového modelu efektu psychoterapie, resp. Zachycuje již první stupeň změny, a to obnovu psychické pohody.

Ověření české verze SOS-10 probíhalo v Psychiatrickém centru na souboru 193 pacientů hospitalizovaných pro různé duševní poruchy (Dragomirecká, 2006b). Měření při zahájení a po skončení léčby potvrdilo významné zvýšení skóru psychické pohody po léčbě u všech diagnostických skupin včetně pacientů se schizofrenií, u nichž je vhodnost subjektivního měření efektu intervence často zpochybňována s poukazem na chybějící náhled.

**Podpořeno grantem MZCR MZoPCP2005.**



## **Závěr**

Míra náhledu a snížená schopností zobecňovat mohou použití dotazníků subjektivního hodnocení u osob se závažným duševním onemocněním ztížit nebo komplikovat a je třeba je brát v úvahu, neznamenají však, že subjektivní hodnocení nelze u této skupiny osob použít.

## **Literatura**

Dragomirecká E.: Česká verze dotazníku kvality života WHOQOL. Příklad položek a konstrukce škál. *Psychiatrie* 2006a, 10 (2): 68-73.

Dragomirecká E, Lenderking WR, Motlová L, Goppoldová E, Šelepová P. A brief mental health outcomes measure: translation and validation of the Czech version of the Schwartz Outcomes Scale-10. *Quality of Life Research* 2006b;15(2):307-312.

Szabo S, Orley J, Saxena S. An approach to response scale development for cross-cultural questionnaires. *European Psychologist* 1997; 2: 270-276.

WHOQOL Group. The Development of the WHO Quality of Life Assessment Instrument (The WHOQOL). In Orley J, Kuyken W, eds. *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Berlin: Springer-Verlag 1994a; 41-60.

## **Summary**

### **PATIENT REPORTED OUTCOME INSTRUMENTS IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH CARE**

Review of patient reported outcome instruments in the field of mental health care. Development and validation of Czech versions of World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) and the Schwartz Outcome Scale –10 (SOS-10).

**Key words:** outcome instruments, quality of life

# VNTR POLYMORFISMUS GENU PRO SEROTONINOVÝ PŘENAŠEČ OVLIVŇUJE DISPOZICE K ADHD U CHLAPCŮ Z ČESKÉ POPULACE

I. Drtílková<sup>1</sup>, M. Neumannová<sup>1</sup>, P. Theiner<sup>1</sup>, A. Filová<sup>1</sup>, J. Lochman<sup>2</sup>, L. Častulík<sup>2</sup>, O. Šerý<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Psychiatrická klinika MU a FN Brno, Jihlavská 20, Brno, Česká republika*

<sup>2</sup>*Přírodovědecká fakulta MU v Brně, Ústav biochemie, Kamenice 5, Brno, Česká republika*

## Úvod

Funkcí serotoninového přenašeče (*SLC6A4* gen) je aktivní vychytávání serotoninu ze synaptické štěrbin. Serotoninový přenašeč je lokalizován na presynaptické membráně, je cílem mnoha tricyklických antidepresiv a může zprostředkovávat efekt amfetaminů a kokainu. Gen pro serotoninový přenašeč se nalézá na chromozómu 17 a skládá se ze 14 exonů. Dlouhé (L/L) a krátké (S/S) alelické varianty souvisejí s rozdílnou schopností transkripce genu pro serotoninový přenašeč. S krátkými formami je spojována snížená exprese serotoninového přenašeče a snížené vychytávání serotoninu v buňkách.

Gen pro serotoninový přenašeč je často dáván do souvislosti s regulací afektivity, zejména s depresivními poruchami (Kato, 2007). Po statistické analýze souboru osob bylo zjištěno, že krátká alela genu pro serotoninový přenašeč, která vznikla delecí 44 párů bází v polymorfním regionu (Levinson, 2006), způsobuje náchylnost ke vzniku deprese po enviromentálním stresu nebo po týrání prožitým v dětství. Po prodělaném traumatu onemocní klinickou depresí nositelé krátké verze v 34 %, zatímco homozygotní nositelé dlouhé verze jen v 17 %. Podle některých autorů však nelze *SLC6A4* gen považovat výhradně za „depresivní gen“, protože také byla zjištěna jeho souvislost s výskytem kognitivní impulzivity, která se typicky vyskytuje u jedinců s ADHD (Haberstick, 2006).

Snížení centrální serotoninové aktivity bylo popsáno v souvislosti s nedostatečnou kontrolou impulzů u zvířat, dětí i dospělých. V preklinických studiích myši s knock-outem genu pro 5-HT<sub>1B</sub> vykazují hyperaktivitu, agresivitu, sníženou anxiету, zvýšenou vulnerabilitu a zvýšenou administraci alkoholu a kokainu. Gao et al. (2004) zjistili, že u dětí s ADHD a komorbidní poruchou opozičního vzdroru byly hladiny serotoninu nižší, než u „čistě“ ADHD, což napovídá, že aktivita serotoninu může souviset spíše s poruchami chování (impulzivitou), než s hyperkinetickými příznaky.

Fowler et al (2009) uvádí, že data ze tří publikovaných studií ukazují zvýšenou frekvenci dlouhé alely u dětí s ADHD ( $\chi^2 = 7.14$ , 1df,  $P = 0.008$ ) a převažující zastoupení long/long genotypu (OR=1.33, 95% CI 0.11–1.66;

$P=0.01$ ). Manor et al. (2001), zkoumal u 98 rodin vztah mezi 44-bp delecí v promotorové oblasti genu pro serotoninový přenašeč a ADHD z důvodu, že tato delece byla asociována se sníženou transkripcí a nižší hladinou serotoninového přenašeče. Výsledkem bylo nalezení vztahu mezi ADHD (komponovaným typem III) a delečními homozygoty. Retz et al. (2002) zjistil vztah mezi inzerční alelou shora uvedeného polymorfizmu v promotorové oblasti genu pro serotoninový přenašeč a vysokým skórem Wender Utah Rating Scale – škály, která slouží pro hodnocení výskytu symptomů ADHD v pacientově minulosti. Zoroglu et al. (2002) studoval vztah mezi dvěma polymorfizmy genu pro serotoninový přenašeč (5-HTTLPR a repetitivní sekvence – variable number tandem repeat (VNTR) a ADHD na souboru 71 dětí s ADHD a 128 dětí v kontrolním souboru z turecké populace. Deleční genotyp S/S (short/short) 5-HTTLPR a genotyp VNTR STin2.12/12 byly nalezeny v signifikantně nižší frekvenci u dětí s ADHD než u dětí z kontrolního souboru. Kent et al. (2002) zkoumal polymorfizmus 5-HTTLPR u 113 rodin ADHD a objevil vztah inzerční alely tohoto polymorfizmu k ADHD. Kent et al. (2002) ve své studii zkoumal také další dva polymorfizmy serotoninového přenašeče – VNTR ve druhém intronu a bodový polymorfizmus na 3' nepřepisovaném konci (3' UTR SNP) genu pro serotoninový přenašeč. Byl nalezen vztah alely T shora uvedeného bodového polymorfizmu k ADHD. Další analýza prokázala signifikantně preferovaný společný přenos T alely bodového polymorfizmu, inzerční (dlouhé) alely polymorfizmu 5-HTTLPR a alely 10 polymorfizmu VNTR na děti s ADHD. Cadoret et al. (2003) popsal vztah polymorfizmu 5-HTTLPR k ADHD a agresivitou, poruchami chování a deficitem pozornosti. Byl nalezen vztah deleční alely se shora uvedenými symptomy u chlapců, naopak u dívek s těmito genotypy SS a SL byly tyto symptomy potlačeny. Rovněž další studie (Curran et al. 2005), potvrdila asociaci alely L polymorfizmu 5-HTTLPR k ADHD ( $p=0,019$ ). Langley et al. (2003) zopakoval s negativním výsledkem studii vztahu mezi polymorfizmy VNTR ve druhém intronu genu pro serotoninový přenašeč. Retz et al. (2004) studoval agresivní chování a polymorfizmus genu pro serotoninový přenašeč a objevil vztah mezi deleční alelou S tohoto polymorfizmu i genotypem SS a opakovanou fyzickou agresivitou dospělých probandů. Lze tedy konstatovat, že gen pro serotoninový přenašeč významnou měrou přispívá k patogenezi hyperkinetické poruchy.

## **Metodika**

Do souboru dětí s hyperkinetickou poruchou byli zařazeno 90 chlapců ve věku 7-13 let, hospitalizovaných nebo ambulantně léčených na dětském oddělení Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Brno a chlapci z Dětské psychiatrické léčebny ve Velké Bíteši. Vylučujícími kritérii byly vrozené genetické vady, epilepsie, mentální retardace, schizofrenie, pervazivní vývojové poruchy a závažná somatická onemocnění. Výzkum byl prováděn pou-

ze u chlapců vzhledem k tomu, že se předpokládá vliv estrogenů na patogenezi onemocnění. Kontrolní skupinu 82 chlapců tvořili žáci odpovídajícího věku ze základních škol brněnského regionu, zčásti také z chlapci léčení ve Fakultní dětské nemocnici v Brně s irelevantními somatickými diagnózami. Diagnóza hyperkinetické poruchy/ADHD byla stanovena podle kritérií desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a DSM-IV (APA, 1994). Pro diagnostiku byly použity standardizované dotazníkové metody: Dotazník pro rodiče CPQ Children Parent Questionnaire (Connors et al. 1998) a Dotazník pro učitele CTQ – Connors Teacher Rating Scale (Connors et al. 1998). K hodnocení pozornosti jsme zvolili Test diskriminace tvarů (autor J. Švancara, 1976), impulsivitu jsme hodnotili testem TENAZO

(Psychodiagnostické a didaktické testy, 1984) a počítačovou sestavu Neurobehavioral evaluation systém – NES 2. (Baker, 1985, Letz, 1998). Jeho sestava se ukázala jako citlivá metoda pro zkoumání jemných dysfunkcí nervového systému. Z obsáhlé testové baterie NES 2 jsme pro naše účely použili 5 dílčích úkolů: Finger Tapping, test koordinace ruka-oko, vizuální řady čísel (Digit Span), porovnávání vzorů (Pattern Comparison) a test selektivní pozornosti (Switching Attention).

#### Genetické vyšetření

Detekce délkového polymorfismu VNTR genu pro 5-HTT byla provedena pomocí fragmentační analýzy na přístroji Genetic Analyzer 3130. Pro PCR reakci byly použity primery Fprimer – FAM ATA CTG GTA GGG TGC AAG GAG A a Rprimer CTC TGA ATG CCA GCA CCT AAC. Reakční směs o celkovém objemu 10  $\mu$ l obsahovala 100 nM koncentrace každého primeru, 1 x reakční pufr pro DynaZyme polymerasu (Finnzymes), 0,5 mM dNTP a 1U DynaZyme polymerázy. Amplifikační reakce byla prováděna v termálním cykléru Veriti (Applied Biosystems). Po počáteční denaturaci trvající 2,5 minuty při 94°C, byla DNA amplifikována v tříkrokových cyklech: denaturace 30s při 94°C, annealing 30s při 57°C a extenze 60s při 72°C. Po 35 cyklech byla použita finální extenze 30 minut při 72°C. Analýza PCR produktů byla provedena na genetickém analyzátoru 3130 následovně. 0,5  $\mu$ l PCR produktu bylo smícháno s 9,3  $\mu$ l HiDi Formamidu a 0,2  $\mu$ l délkového standardu LIZ500. Analýza byla provedena dle standardního protokolu pro fragmentační analýzu s kalibrací DS33. Výsledky byly vyhodnoceny v softwaru GeneMapper (Applied Biosystems).

Z tabelovaných dat byly vytvořeny kontingenční tabulky s počty osob pro jednotlivé genotypy. Z těchto tabulek se dále vycházelo při výpočtu genotypových a alelických frekvencí. Výpočet genotypových frekvencí byl proveden pomocí  $X^2$  testu, výpočet alelických frekvencí byl proveden pomocí Fisher-exact testu. Za signifikantní výsledek sledovaných genotypových a alelických frekvencí obou polymorfizmů byla pokládána hladina pravděpodobnosti  $p < 0,05$ .

Statistické vyhodnocení výsledků bylo provedeno na programem CSS Statistica (StatSoft, USA). Z tabelovaných dat byly vyhodnoceny střední věky zúčastněných osob kontrolních skupin i skupin s psychickou poruchou. Dále byly vytvořeny kontingenční tabulky s počty osob pro jednotlivé genotypy. Z těchto tabulek se dále vycházelo při výpočtu genotypových a alelických frekvencí sledovaných polymorfizmů. Výpočet genotypových frekvencí sledovaných polymorfizmů byl proveden pomocí  $X^2$  testu, výpočet alelických frekvencí těchto polymorfizmů byl proveden pomocí Fisher-exact testu. Za signifikantní výsledek sledovaných genotypových a alelických frekvencí obou polymorfizmů byla pokládána hladina pravděpodobnosti  $p < 0,05$ .

## Výsledky

Tabulka: VNTR polymorfizmus genu pro 5-HTT

skupina	počet osob s daným genotypem			celkem	F. exact
	LL	LS	SS		
kontrolní soubor	38	36	8	82	p = 0,008
hyperkinetická porucha	33	31	26	90	

V rámci asociační studie byl nalezen statisticky významný vztah mezi VNTR polymorfizmem genu pro serotoninový přenašeč a ADHD. Kratší alela S a genotyp SS se signifikantně častěji ( $p < 0,01$ ) vyskytují u chlapců s hyperkinetickou poruchou (Risk Ratio = 1,2673, 95% CI of RR = 1.0684 to 1.5032, Odds Ratio = 1.843; 95% CI of OR = 1.1863 to 2.8631). Z výsledků vyplývá souvislost hyperkinetické poruchy s kratšími alelami na rozdíl od většiny dosud publikovaných prací.

## Diskuse

Přesto, že větší počet studií uvádí souvislost mezi ADHD a vyšší frekvencí výskytu dlouhé alely (5-HT L/L) a nižší frekvencí výskytu krátké alely (5-HT S/S), ve studiích, které byly cíleny na detekci polymorfizmů 5-HT transportéru u jednotlivých subtypů ADHD, byla nalezena vazba L/L genotypu pouze k subtypu s převahou hyperaktivity, zatímco úroveň výskytu S/S genotypu byla u všech tří subtypů shodná (Curan,2005). Grevet (2007), našel vyšší frekvenci S/S genotypu u subtypu ADHD s převažující poruchou pozornosti. Obdobné výsledky potvrdila Grizenko et al.(2009) v kontrolované studii u 371 dětí s ADHD ve věku 6-12let, u kterých byla zjištěna významná

vazba L/L genotypu pouze ke kombinovanému subtypu ADHD, avšak nikoliv vazba k subtypu s převažující poruchou pozornosti. Autoři hypoteticky soudí, že subtyp s poruchou pozornosti a subtypy s hyperaktivitou a impulzivitou, mohou mít rozdílný etiologický podklad, což naznačuje rozdílná distribuce genotypů L/L a S/S serotoninového transportéru. Na rozdíl od citovaných prací, studie Retze et al. (2003), u dospělých pacientů, objevila vztah mezi agresivním chováním a kratšími alelami.

Limitace :výsledky naší studie mohou být ovlivněny jednak relativně malým souborem pacientů a jednak rozdílným vymezením subtypů hyperkinetické poruchy/ADHD podle kritérií MKN10 a DSM IV. Subtyp se samostatnou poruchou pozornosti v našem klasifikačním systému není obsažen, stejně jako samostatný subtyp s převahou hyperaktivity a impulzivitu. Pacienti v našem souboru (dle kritérií MKN 10) měli v různé míře společně zastoupeny symptomy poruch pozornosti, hyperaktivity i impulzivitu. Rovněž nelze vyloučit, že na základě Učitelského a Rodičovského dotazníku byly vybrány do kontrolního souboru děti nejen bez příznaků ADHD, ale také bez příznaků agresivity. Pak by výsledky naší práce souhlasily s výsledky Retze et al. (2003), který objevil vztah mezi agresivním chováním a kratšími alelami.

## Literatura

1. Fowler T, Langley K, Rice F, van den Bree M et al. Psychopathy trait scores in adolescents with childhood ADHD: the contribution of genotypes affecting MAOA, 5HTT and COMT activity *Psychiatric Genetics* 2009; 19 (6) : 312-319.
2. Haddley K, Basiliku AS, Ali FR, Paredes PM et al. Molecular Genetics of Monoamine Transporters: Relevance to Brain Disorders. *Neurochemical Research* 2008; 6: 652-667.
3. Li J, Wang Y, Zhou R, Zhang H, Yang L, Wang B, Khan S, Faraone SV. Serotonin 5-HT1B receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder in Chinese Han subjects. *Am J Med Genet. Neuropsychiatr Genet.* 2005 Jan 5;132(1):59-63.
4. Grizetko N, Paci M, Joobor R. Is the Inattentive Subtype of ADHD Different From the Combined/Hyperactive Subtype? *Journal of Attention Disorders OnlineFirst*, published on September 18, 2009: 1-9.
5. Greve, E. H., Marque, E. Z. C., Salgado C. A. I., Fischer, A. G., Kalil, K. L., Victor, M. M., et al. (2007). Serotonin Transporter Gene Polymorphism and the Phenotypic Heterogeneity of Adult ADHD. *Journal of Neural Transmissio* 2007; 114: 1631-1636.

## Souhrn

Metodou asociační studie byl zkoumán vztah mezi VNTR polymorfizmem genu pro serotoninový přenašeč a hyperkinetickou poruchou/ADHD. Soubor tvořilo 90 chlapců ve věku 7-13 let léčených na Psychiatrické klinice FN Brno a kontrolní skupinu 82 chlapců z brněnských základních škol. Pro diagnostiku byly použity dotazníkové metody (CPQ Children Parent Questionnaire (Connors et al. 1998), CTQ – Connors Teacher Rating Scale (Connors et al. 1998) a psychologické testy. Detekce délkového polymorfizmu VNTR genu pro 5-HTT byla provedena pomocí fragmentační analýzy na přístroji Genetic Analyzer 3130. Výsledky potvrdily statisticky významný vztah mezi VNTR polymorfizmem genu pro serotoninový přenašeč a ADHD. Kratší alela S a genotyp SS se významně častěji ( $p < 0,01$ ) vyskytoval u chlapců s hyperkinetickou poruchou/ADHD ve srovnání s kontrolní skupinou.

**Klíčová slova:** hyperkinetická porucha, ADHD, gen pro serotoninový přenašeč, VNTR polymorfismus, asociační studie.

## Summary

The relationship between the VNTR polymorphism of the serotonin transporter (5-HTT) gene and hyperkinetic disorder/ADHD was studied in this association study. 90 boys aged from 7 to 13 years treated for ADHD in the Department of Psychiatry of the Faculty Hospital in Brno, Czech Republic, and 82 boys, pupils of Brno elementary schools, as a control group were studied. Diagnostic questionnaires – CPQ (Children Parent Questionnaire; Connors et al., 1998), CTQ (Connors Teacher Rating Scale; Connors et al., 1998) and psychological tests were used for diagnostics. The detection of the length VNTR polymorphism of the 5-HTT gene was performed using the fragment analysis with the Genetic Analyzer 3130 machine. The results showed a statistically significant relationship between the VNTR polymorphism of the 5-HTT gene and ADHD. The short S-allele and the SS genotype were found significantly more often ( $p < 0.01$ ) in boys with hyperkinetic disorder/ADHD compared to the control group.

**Key words:** hyperkinetic disorder, ADHD, serotonin transporter gene, VNTR polymorphism, association study.

# VÝSLEDKY VÝZKUMU ČICHOVÝCH FUNKCÍ U DĚTÍ S PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA

I.Dudová<sup>1</sup>, M.Hrdlička<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>*Dětská psychiatrická klinika, UK 2.lékařská fakulta a FN Motol, Praha, Česká republika*

<sup>2</sup>*UK 1.lékařská fakulta, Praha, Česká republika*

## Úvod

Čichový deficit je jedním z příznaků řady neurologických, neurovývojových a psychiatrických poruch. Selektivní čichový deficit je častou a časnou abnormitou u pacientů s Parkinsonovou nemocí (PN), testování čichu je zahrnuto ve standardních vyšetřovacích postupech jako doporučené při diferenciálně diagnostické rozvaze mezi PN a jinými parkinsonskými syndromy (1). Dysfunkce čichových schopností je prokázána také u pacientů s Alzheimerovou nemocí (AN), testování čichu se proto doporučuje u vysoce rizikových osob jako časný diagnostický a prognostický marker možné AN. Z psychiatrických poruch byl čichový deficit rozsáhle popsán u schizofrenie, dále například u obsedantně kompulzivní poruchy, posttraumatické stresové poruchy a nekonzistentně u depresí, v oblasti dětské a dorostové psychiatrie u pacientů s poruchou autistického spektra (PAS) a s hyperkinetickou poruchou (ADHD) (2).

Poruchy autistického spektra, mezi které řadíme především dětský autismus, atypický autismus a Aspergerův syndrom, jsou pervazivní vývojové poruchy s charakteristickou psychopatologií zejména v oblasti sociálních vztahů, jazyka/řeči a komunikace a abnormálního chování, hry a zájmů. U pacientů s PAS zjišťujeme atypické až idiosynkratické reakce na různé senzorické podněty včetně čichových (3). První studie zabývající se poruchami čichu a autismem (4) zjistila u malého souboru dvanácti dospělých pacientů s Aspergerovým syndromem signifikantní zhoršení čichové identifikace proti kontrolní skupině, zatímco čichový práh byl nenarušen. Studie Bennetové a kol. (5) zabývající se poruchami chuti a čichu vykazovala také signifikantní zhoršení u autistické skupiny 21 dětských a adolescentních pacientů. Oproti těmto výsledkům zatím poslední dostupná studie Brewera a kol. z roku 2008 (2) zkoumající čichovou identifikaci u skupiny malých autistických dětí (věk 5-9 let) nenašla statisticky významný rozdíl mezi autistickou a kontrolní skupinou.

Cílem naší studie bylo vyšetřit reprezentativní soubor autistických pacientů testem sloužícím nejen k vyšetření identifikace, ale i čichového práhu, k ověření dosavadních výsledků. Z klinického hlediska zkoumat možnou úlohu detekce čichových abnormalit v časně diagnostice dětského autismu.



## Soubor a metoda

Do studie bylo zařazeno 35 dětí a adolescentů s PAS a 35 zdravých kontrol, velikost souboru byla určena power analýzou. Ve skupině autistických dětí bylo 27 pacientů s Aspergerovým syndromem, 5 pacientů s dětským autismem a 3 pacienti s poruchou autistického spektra blíže nespecifikovanou, PAS byla potvrzena pomocí strukturovaného dotazníku ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) a/nebo CARS (Childhood Autism Rating Scale). Vstupním kritériem jak pro autistické pacienty, tak pro zdravé kontroly byl věk 6-18 let a IQ vyšší než 70, vyřazeni byli pacienti s jinou známou psychiatrickou diagnózou, mentální retardací, poruchou čichu a akutní respirační infekcí. Děti a adolescenti byli do kontrolní skupiny zařazeni pouze v případě negativního výsledku screeningového testu CAST (Childhood Asperger Syndrome Test). Charakteristiku souboru uvádí tabulka 1. Výzkum byl schválen etickou komisí FN Motol, účastníci studie nad 18 let věku a zákonní zástupci nezletilých pacientů vyjadřovali svůj souhlas s účastí ve studii podepsáním informovaného souhlasu.

Tabulka 1: Deskriptivní charakteristika autistické a kontrolní skupiny

	Autistická skupina n=35	Kontrolní skupina n=35	Statistická analýza (t-test nebo $\chi^2$ test)
Věk (M, SD)	10,8±3,6	10,4±2,4	t=0,530; df=68; p=0,598
Pohlaví (muži:ženy)	31:4	28:7	$\chi^2=0,971$ ; df=1; p=0,324
Úraz hlavy (ano:ne)	9:26	9:26	$\chi^2=0,000$ ; df=1; p=1,000
Somatické onem. (ano:ne)	15:20	8:27	$\chi^2=3,173$ ; df=1, p=0,075
Operace nosu (ano:ne)	16:19	2:33	$\chi^2=14,658$ ; df=1; p<0,001
Medikace (ano:ne)	30:5	5:30	$\chi^2=35,714$ ;df=1; p<0,001

M = průměr; SD = směrodatná odchylka

Čichový práh a čichová identifikace byly vyšetřeny pomocí Sniffin'Sticks, komerčně používaného standardizovaného čichového testu, který je vhodný

jak pro dospělé, tak pro děti. Čichová látka je v obalu podobném fixu, při vyšetření je uzávěr oddělen a vyšetřované osobě předložen odkrytý konec. Čichový práh se určuje pomocí série 16 geometricky narůstajících koncentrací n-butanolu. Tři zkušební fixy jsou předkládány v náhodném pořadí, úkolem testované osoby je určit dvakrát po sobě fix, který obsahuje čichovou látku. Předkládají se fixy obsahující sestupnou koncentraci pachové látky do té doby, než ji pacient není schopen určit správně dvakrát po sobě. V tomto případě je opět předkládán fix s vyšší koncentrací.

Testování identifikace čichem probíhá předkládáním celkem 16 fixů s různými pachy. Použitím metody nucené volby vybírá vyšetřovaná osoba ze čtyř možností pro každou pachovou látku. Při běžném testování jsou nabízené možnosti předkládané v psané podobě, pro potřeby studie s autistickými pacienty jsme v souladu s literaturou doplnili názvy pro čichové vjemy barevnými fotografiemi. Výsledné skóre identifikace i čichového prahu se pohybuje také v rozmezí 0-16.

Pro statistické zpracování výsledků jsme použili SPSS (the Statistical Package for the Social Science, verze 15.0). Pro deskriptivní statistiku souboru byl použit t-test a chi-kvadrát test, pro analýzu rozdílu v dosaženém celkovém skóre čichového prahu a identifikace Mann-Whitney test a pro analýzu jednotlivých položek identifikace chi-kvadrát test.

## **Výsledky**

### **Čichový práh**

Pacienti s Aspergerovým syndromem a vysoce funkčním autismem dosáhli výrazně nižších hodnot čichového prahu v porovnání s kontrolní skupinou ( $p=0,025$ ).

### **Čichová identifikace**

Pro celkové skóre čichové identifikace jsme nenašli mezi autistickou a kontrolní skupinou statisticky významný rozdíl ( $p=0,799$ ). Pacienti s PAS byli významně lepší v identifikaci položky 1 – pomeranč ( $p=0,001$ ) a významně horší v identifikaci položky 12 – hřebíček ( $p=0,004$ ) v porovnání s kontrolní skupinou.

Tabulka 2: Výsledky vyšetření čichového prahu a identifikace u autistické a kontrolní skupiny

	Autistická skupina (M, SD)	Kontrolní skupina (M, SD)	Statistická analýza (Mann-Whitney test)
Práh	6,3±3,1	8,0±1,98	U=421,5; p=0,025
Identifikace	10,7±2,55	10,6±2,76	U=591,0; p=0,799

M = průměr; SD = směrodatná odchylka

### Závěr

Čichové funkce jsou potenciálním markerem vulnerability mnoha psychiatrických poruch. Výsledky dosavadních studií včetně výsledků naší studie naznačují možnost využití screeningového vyšetření čichových funkcí jako biobehaviorálního markeru poruch autistického spektra, pro praktické využití však bude třeba dalšího specificky zaměřeného výzkumu.

*Práce podpořena výzkumnými záměry MŠM 0021620849 a MZOFNM2005.*

### Literatura

1. Suchowersky O, Reich S et al. Practice Parameter: Diagnosis and prognosis of new onset Parkinson disease (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2006; 66:968-975.
2. Brewer WJ, Castle D, Pantelis C. *Olfaction and the Brain*. Vyd. 1. – New York: Cambridge University Press, 2006. – 366 s.
3. Hrdlička M, Komárek V et al. *Dětský autismus : přehled současných poznatků*. Vyd. 1. – Praha : Portál, 2004. – 208 s.
4. Suzuki Y, Critchley HD et al. Impaired olfactory identification in Asperger's syndrome. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2003; 15:105-107.
5. Bennetto L, Kushner ES, Hyman SL. Olfaction and taste processing in autism. *Biol Psychiatry* 2007; 62: 1015-1021.

## Summary

**Background:** Olfactory deficits have been observed in a number of neurological, neurodevelopmental and psychiatric disorders, including autism spectrum disorders (ASD).

**Methods:** Thirty-five patients with Asperger's syndrome and high functioning autism (mean age  $10.8 \pm 3.6$  years; 31 boys) were compared to 35 healthy control subjects (mean age  $10.4 \pm 2.4$  years; 28 boys). Odor detection (threshold) and olfactory identification were assessed using the Sniffin' Sticks test.

**Results:** Participants with Asperger's syndrome and high functioning autism, in comparison to healthy controls, performed significantly worse at odor detection ( $p=0.025$ ). There was no significant difference in the total olfactory identification between the two groups ( $p=0.799$ ). Autistic participants were significantly better at odor identification of orange ( $p=0.001$ ) and significantly worse at odor identification of cloves ( $p=0.004$ ).

**Conclusions:** Results of our study of olfactory processing in ASD raise the possibility for olfactory dysfunction to serve as a biobehavioral marker in autism.

**Key Words:** autism, Asperger's syndrome, olfactory, identification, threshold, Sniffin' Sticks

## POČÍTAČOVÁ KOGNITIVNÍ REMEDIACE U PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ

H. Fejfarová, H. Příkrylová-Kučerová, L. Ustohal, P. Navrátilová  
*Psychiatrická klinika MU v Brně a FN Brno, Česká republika*

Zhoršení kognitivní výkonnosti je popisováno jako součást hlavních příznaků schizofrenního onemocnění a má vliv na psychosociální fungování jedince. Klinicky významný kognitivní deficit se odhaduje u 45 – 73% nemocných. Mimo to se také předpokládá, že ke zhoršení kognitivních funkcí dochází i u pacientů bez klinicky významného deficitu, avšak s kognitivním výkonem značně horším oproti očekávané premorbidní úrovni (Keefe et al., 2005).

Jednou z možností nefarmakologického ovlivnění kognitivních funkcí je remediace s využitím počítačového rehabilitačního softwaru. Využití kognitivní remediace se u provedených studií ukazuje jako účinný nástroj pro zlepšení kognitivního výkonu, s menším efektem působí též na fungování v psychosociální oblasti a má také mírný vliv na zlepšení psychotických symptomů (McGurk et al., 2007).

Cílem příspěvku je přednést poznatky z realizace projektu kognitivní remediace s využitím rehabilitačního softwaru PSSCogRehab na Psychiatrické klinice v Brně a seznámit se zhodnocením efektivity kognitivní remediace v jednotlivých kognitivních oblastech, testovaných před a po ukončení programu a při kontrole po půl roce.

Metodologie: Do základního souboru jsou zahrnuti pacienti diagnostikováni podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize s diagnózou schizofrenie nebo schizoafektivní porucha. Podmínkou pro vstup do programu je doba minimálně 2 měsíců uplynulých od poslední hospitalizace a stabilizace stavu onemocnění. Vylučujícím kritériem pro zařazení je jakékoliv organické poškození mozku, traumatické poškození mozku v minulosti, mentální retardace, zneužívání psychoaktivních látek a závislosti definované dle MKN-10 v minulosti. Součástí studie je podepsání informovaného souhlasu se zařazením do studie.

Pro určení profilu kognitivních funkcí nemocného se používá sestavená baterie neuropsychologických testů (viz Tabulka) a pro posouzení stavu nemocného slouží psychiatrická škála PANSS a Beckova sebesposuzovací stupnice deprese BECK. Současně je účastníkům předkládán dotazník na subjektivní ohodnocení úrovně vlastních kognitivních funkcí.

Na základě výsledného profilu kognitivních funkcí a v reakci na zvládání jednotlivých úloh v tréninku je flexibilně přizpůsobován obsah každého

setkání potřebám pacienta. V přístupu je využíván jak restorativní tak kompenzační způsob práce.

Pro opětovné měření kognitivní výkonnosti po ukončení programu remediace a pro další kontrolu po 6 měsících je užívána retestová forma baterie.

TABULKA: Neuropsychologické testy užívané v baterii pro určení kognitivního výkonu

Neuropsychologické testy	Kognitivní funkce
Reakční časy	Psychomotorické tempo
Číselné symboly (WAIS-III)	Psychomotorické tempo, pozornost
Test cesty (TMT A, TMT B)	Pozornost, exekutivní funkce
Verbální fluence (VFT)	Verbální fluence
Paměťový test učení (AVLT)	Verbální paměť a učení
Rey-Osterreithova figura (RCFT)	Vizuální paměť
Řazení písmen a čísel (WAIS-III)	Pracovní paměť
Prostorový rozsah (WMS-III)	Prostorová paměť
STROOP	Osobní tempo, interference
Londýnská věž (TOL)	Exekutivní funkce, pracovní paměť
Škála kvality života (SQUALA)	Životní spokojenost

Program kognitivní remediace využívá tréninkový software PSS CogRehab (Odie L. Bracy III, PhD; 1995) a realizuje se v počtu 20 setkání trvajících 1,5 hodiny; četnost setkání je zpočátku 3x týdně, po měsíci 2x týdně; celkem vychází program minimálně na 8 týdnů.

Analýza statistických dat je provedena pomocí statistického programu *STATISTIKA* (StatSoft, Inc. 2001), verze 8.0, s využitím neparametrického Wilcoxonova párového testu.

Studie zahrnuje soubor 10 zájemců, z toho 8 mužů a 2 ženy, ve věku od 18 do 34 let; 6 po první epizodě onemocnění, 4 chroničtí pacienti, všichni s dg schizofrenie, případně schizoafektivní porucha.

Z dosažených výsledků studie kognitivní remediace u schizofrenie na Psychiatrické klinice v Brně se v neuro-psychologické baterii testů prokazuje celkové zlepšení kognitivních funkcí pacientů. Sami účastníci vyjadřují pocit spokojenosti a udávají dojem zlepšení kognice. Při kontrole prováděné po půl roce od ukončení remediálního běhu se úroveň kognitivních funkcí, dosažená po tréninku, ukazuje jako poměrně stabilní.

### **Literatura**

Bracy OL. Cognitive functioning and rehabilitation. *The Journal of Cognitive Rehabilitation*, (1994) 12(2), 12-16

Keefe R, Eesley C, Poe M. Defining a cognitive function decrement in schizophrenia. *Biological Psychiatry* 2005, Volume 57, Issue 6, Pages 688-691

McGurk SR, Twamley EW, Sitzler DI, McHugo GJ, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry* 2007, 164, 1791-1802

Preiss M, Kučerová H a kol. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006

Rodriguez M, Mohr P, Peiss M, Krulišová O, Kawaciuková R. První výsledky počítačové rehabilitace kognitivních funkcí u schizofrenie. *Psychiatrie* 2004; 8 (suppl. 3): 71-75

### **Summary**

## **COMPUTERIZED COGNITIVE REMEDIATION IN SCHIZOPHRENIA**

Cognitive impairment is described as a core feature of schizophrenia that has an influence to psychosocial functioning of individual. One of the possibilities of non-pharmacological improvement of cognitive function is remediation using computer rehabilitation software. It has been proved as an effective method. Our report is focused on effect of cognitive remediation in individual domains of cognitive functions and its stability in period of 6 months. The study contains 10 patients diagnostic with schizophrenia or schizoaffective disorder. The program has 20 sessions, each session takes 1,5 hour. At the beginning the frequency of sessions are 3x per week and after 4 weeks just 2x per week, the program takes at least 8 weeks. The program conception consists of training and a compensatory approach. For

evaluation an effectiveness of cognitive remediation a standardized neuropsychological battery (test – retest design) is used. The patients demonstrate improvement in cognitive function noticed in neuropsychological battery and also in their own evaluation.

**Key words:** schizophrenia, cognitive deficit, cognitive training, rehabilitation and remediation



## MITOCHONDRIE A PORUCHY NÁLADY

Z. Fišar, J. Hroudová, J. Raboch

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

### Úvod

Buněčné procesy provázející poruchy nálady a účinky antidepresiv a stabilizátorů nálady zahrnují molekulární změny v nitrobuněčných signálních cestách, které jsou podobné nebo se překrývají s procesy indukovanými chronickým stresem a spojenými s neuroplasticitou (Pittenger and Duman 2008) a aktivitou mitochondriálních enzymů (Fišar and Hroudová 2010a). Hlavní nitrobuněčné signální kaskády zahrnuté v těchto procesech jsou cesta 1. adenylátcyklázová, 2. fosfoinozimidová, 3. kalciová, 4. Wnt a 5. neurotrofni (Fišar and Hroudová 2010b). Pro nalezení primárních biochemických příčin vzniku poruch nálady jsou proto studovány vzájemné interakce mezi jednotlivými signálními cestami při transdukcii signálu a to včetně úlohy mitochondrií. Předpokládá se, že mitochondriální dysfunkce mají úlohu ve vzniku řady neuropsychiatrických onemocnění a tedy že ovlivnění určitých mitochondriálních funkcí může mít určující úlohu v jejich optimální léčbě.

### Biologické hypotézy poruch nálady

V patofyziologii poruch nálady má významnou úlohu narušení funkce monoaminergní neurotransmise v mozku. Jedná se však pravděpodobně o důsledek jiných primárnějších abnormalit v transdukcii signálu, které nejsou dostatečně známy. Nejvíce diskutovanou biologickou hypotézou poruch nálady je **neurotrofni hypotéza** deprese (Duman et al. 1997), případně její novější varianty, jako je **hypotéza neuroplasticity** (Pittenger and Duman 2008). Tyto hypotézy předpokládají, že určujícím patofyziologickým rysem deprese jsou narušené mechanismy neuroplasticity v určitých oblastech mozku, přičemž chronický stres je významným kauzálním faktorem ve vývoji tohoto poškození a dlouhodobé podávání antidepresiv vede k opravě narušených mechanismů neuroplasticity. Hlavní složky nitrobuněčných signálních cest, které se podílejí na těchto procesech, jsou proteinkinázy C, kaskády kináz regulovaných mimobuněčným signálem (ERK), glukokortikoidní receptory, glykogensyntázakináza-3 (GSK-3), anti-apoptotický faktor Bcl-2, glutamátové ionotropní receptory, homeostáze inozitolu a další.

Podle **hypotézy mitochondriální dysfunkce** jsou důležitou součástí bipolární afektivní poruchy různé mitochondriální dysfunkce (Kato 2008), tzn., že energetika synapsí je při tomto onemocnění silně pozměněna a modulátorem odpovědným za účinnost či neúčinnost různých antidepre-

siv jsou mitochondrie. Hlavními procesy souvisejícími s bipolární poruchou jsou narušená oxidační fosforylace, posuv ke glykolytické produkci energie, snížení produkce adenosin trifosfát (ATP), změněné koncentrace fosfolipidů, změněný metabolismus fosfolipidů a dysregulace kalcia způsobená zvýšenými delecemi mitochondriální DNA (mtDNA) v mozku a polymorfismy/mutacemi mtDNA nebo jaderné DNA kódující mitochondriální proteiny.

## Neuroplasticita

Pojem neuroplasticita zahrnuje funkční nebo strukturální změny neuronů a gliových buněk, které nastávají v mozku v průběhu jeho vývoje i v dospělosti za účelem přizpůsobení se vnějším i vnitřním podnětům. Neuroplasticita v dospělém mozku zahrnuje změny dendritických funkcí, reorganizaci synapsí, dlouhodobou potenciaci, dlouhodobou depresi, větvení a rašení dendritů a axonu, synaptogenezi a neurogenezi.

Základní mechanismy postsynaptické plasticity jsou spojeny s aktivací postsynaptických NMDA receptorů následovaným vtokem kalcia do buňky. Kalcium poté spouští procesy vedoucí k synaptické plasticitě v dendritických trnech. Za vznik synaptické plasticity jsou odpovědné glutamátové AMPA receptory, za její kontrolu NMDA receptory. Dlouhodobá synaptická plasticita vyžaduje indukci genové exprese a produkci a zařazení nových proteinů. Významnou úlohu zde má aktivace kaskády ERK a kaskády cyklický adenosinmonofosfát (cAMP) – proteinkináza A (PKA) – transkripční faktor CREB – indukce genové exprese (neurotrofin BDNF, další transkripční faktory).

Akutní a chronický **stres** mají zcela odlišné účinky na neuroplasticitu. Mírný stres trvající několik hodin může zvyšovat synaptickou plasticitu v hippocampu, zatímco těžký a dlouho působící stress může být buď přímo toxický pro neurony, nebo může zvyšovat neurotoxicitu jiných podnětů.

Je řada důkazů, že **antidepresiva** zvyšují po dlouhodobém podávání neuroplasticitu přes aktivaci kaskády cAMP/ PKA/CREB/BDNF, regulaci proteinkináz závislých na kalcium a kalmodulinu a upregulaci kaskády mitogenem aktivovaných proteinkináz (Pittenger and Duman 2008). **Stabilizátory nálady**, jako je lithium a valproát, mají neuroprotektivní účinky založené na ochraně proti glutamátové neurotoxicitě, na aktivaci faktorů podporujících přežití buňky a na indukci neurotrofiních a neuroprotektivních proteinů.

## Mitochondrie

Mitochondrie jsou orgány produkující pomocí enzymů citrátového cyklu a oxidační fosforylace ATP. Dalšími důležitými funkcemi mitochondrií jsou termogeneze, produkce volných kyslíkových radikálů (ROS), regulace nitroboněčného kalcia, vývojová a synaptická plasticita a spuštění apoptózy.

Mitochondrie jsou velmi dynamické orgány. Jednak se vyskytují ve zvýšeném množství v energeticky náročných částech neuronů (jako jsou synapse), jednak dochází k rozdělování a spojování jednotlivých mitochondrií. Nerovnováha v dělení a fúzi mitochondrií může ovlivnit synaptickou transmisí a plasticitu a mít vliv na přežití neuronu.

Mitochondrie jsou zahrnuty v procesech synaptické plasticity a přizpůsobují svou odezvu podnětům z vnějšího či vnitřního prostředí. Akutní stres je spojen se zvýšením mitochondriální biogeneze a enzymové aktivity komplexů dýchacího řetězce. Chronický stres vede k abnormalitám v mitochondriální biogenezi, dysfunkci dýchacího řetězce, snížené produkci ATP, zvýšené produkci ROS, peroxidaci lipidů, poškození mitochondriální i jaderné DNA zvýšené apoptóze či nekróze.

Poškození mitochondrií při narušeném energetickém metabolismu nebo při neurotoxické indukované glutamát je způsobeno ROS, které produkují mitochondrie samotné. Mitochondriální dysfunkce vedou k oxidačnímu stresu, poškození a delecím mtDNA, narušení kalciové homeostáze, změněné morfologii mitochondrií, změnám v dělení a spojování mitochondrií a případně až ke smrti neuronu; mohou tak přispět k řadě neurodegenerativních a psychiatrických onemocnění.

Důkazy o tom, že mitochondriální dysfunkce jsou zahrnuty v patofyziologii psychiatrických poruch, zahrnují narušenou aktivitu mitochondriálních enzymů, kalciových signálních cest a energetického metabolismu, zvýšené delece, mutace a polymorfismy mtDNA, a konečně účinky psychotropních látek na mitochondrie. Zdá se, že nedostatečné mitochondriální funkce jsou schopny spustit různá psychiatrická onemocnění, není však dosud jasné, zda mitochondriální dysfunkce přispívají k vývoji onemocnění, nebo zda se jedná o vedlejší jev.

*Podpořeno společností Zentiva, a.s. a výzkumným záměrem MSM0021620849.*

## **Literatura**

Duman RS, Heninger GR, Nestler EJ: A molecular and cellular theory of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(7): 597–606.

Fišar Z, Hroudová J: Common aspects of neuroplasticity, stress, mood disorders and mitochondrial functions. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2010a; 52: in press.

Fišar Z, Hroudová J: Intracellular signalling pathways and mood disorders. *Folia Biol.* 2010b; 56, in press.

Kato T: Role of mitochondrial DNA in calcium signaling abnormality in bipolar disorder. *Cell Calcium* 2008; 44(1): 92–102.

Pittenger C, Duman RS: Stress, depression, and neuroplasticity: a convergence of mechanisms. *Neuropsychopharmacology* 2008; 33(1): 88–109.

## Summary

### MITOCHONDRIA AND MOOD DISORDERS

There are evidences that chronic stress and mood disorders disrupt neuroplasticity, whereas antidepressant treatment can enhance neuroplasticity. Mitochondria strongly affect many intracellular processes coupled to plasticity and neuron survival. Mitochondrial dysfunctions are assuming an increasingly important role in hypotheses about mood disorders, bipolar disorder mainly. Better insight into common molecular mechanisms of stress, mood disorders, effects of antidepressants and mitochondrial functions is likely to lead to better understanding of pathophysiology of depression or interindividual variations in response to antidepressant treatment. We suppose that mild dysfunction of some mitochondrial functions caused by changes in monoamine oxidase activity, mitochondrial DNA deletions/mutations/polymorphisms, intracellular calcium, energy metabolism, and activities of electron transport chain complexes, might be basis for homeostatic imbalance in synapses during episodes of mood disorders.

**Key word:** mood disorders; mitochondria; neuroplasticity; reactive oxygen species; antidepressants; mood stabilizers

# **ROZBOR DŮSLEDKŮ TRAUMATIZACE U DELIKVENTNÍ MLÁDEŽE. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉ STUDIE (GAČR 406/09/0367).**

S. Fischer, I. Žukov, R. Ptáček, I. Bertl

*Psychiatrická klinika 1. LF Univerzita Karlova; Pedagogická fakulta Univerzita J. E. Purkyně; Ústí nad Labem, ČR*

## **Uvedení do problematiky**

Obsahem příspěvku jsou dílčí výsledky výzkumu, realizovaného v rámci řešení grantového projektu GAČR č. 406/09/0367, „Tvorba, validizace a standardizace nástroje pro diagnostiku delikventního chování“. V důsledku traumatizace, která souvisela s negativními zážitky v období dětství a dospívání, a s patologickým výchovným prostředím, mohou se zvýšenou pravděpodobností vznikat u těch, kteří byli těmito situacím vystaveni, pozdější potíže v adaptaci na společenské požadavky na uplatnění. Tyto potíže mohou mít různou podobu poruch chování. Často pak ústí až v nejzávažnější formu protisociálně zaměřeného chování, kterou souhrnně označujeme jako delikvenci. Diagnostika těchto potíží je důležitá. Zvláště, pokud je zaměřena směrem k další perspektivě dotyčného jedince, z hlediska korekce jeho antisociálního způsobu řešení společenských situací, a prognózy změny ve smyslu společenského uplatnění a seberealizace v souladu s požadavky sociokulturní normy.

## **Cíle a metody**

V rámci našeho šetření jsme se zaměřili na příznaky traumatizace, ve smyslu vybraných důsledků, spočívajících v přetrvávající změně osobnosti. Tu nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku. Lze ji charakterizovat jako trvalou změnu ve vnímání a vztahu k okolí, k sobě a k vlastnímu hodnocení, a ve změnách schopnostech se ve společnosti seberealizovat. Způsob seberealizace spočívá u šetřených osob v jiných typech strategií. Tyto strategie jsou pro normální společenské fungování nepotřebné. Při dosahování potřeb se bohužel jedná často o antisociální formy chování. Konkrétně byly zkoumány, a vzájemně porovnávány, následující okruhy problémů: negativní a traumatické zážitky v dětství a dospívání; poruchy chování v dětství a dospívání; nevhodné trávení volného času; potíže v sociálních vztazích; schopnost se ve společnosti požadovaným způsobem uplatňovat; schopnost kooperace; sebehodnocení vlastního potenciálu pro uplatnění ve společnosti; tendence k racionalizaci a ospravedlňování; tendence k závislostnímu chování.

Pro výzkum byla využita vlastní modifikace diagnostických nástrojů RSTI (Risk Sophistication Treatment Inventory) a HARE PCL (Hare Psychopathy Checklist). Pro zjištění statisticky významných odlišností u sledovaných

symptomů a důsledků traumatizace byl využit Fisherův LSD test na hladině významnosti  $\alpha=0,05$  (pro vícenásobnou komparaci). Výzkum byl realizován u následných skupin respondentů ve věku 15 až 26 let : delikventní mládež v ústavní výchově (N=83); delikventní populace vězňů (116); závislí na psychoaktivních nealkoholových látkách (N=58), a u kontrolní skupiny (N=100).

### **Výsledky**

Šetřením byly zjištěny statisticky významné odlišnosti mezi sledovanými skupinami delikventní mládeže, u které k zásadní příčině jejich společensky nepřijatelného chování patří negativní zkušenost v průběhu dětství a dospívání (traumatizace), a mezi kontrolní skupinou. Statisticky významné rozdíly byly dále také zjištěny i mezi jednotlivými sledovanými skupinami delikventní mládeže. Mezi kontrolní skupinou a delikventní mládeží byl zjištěn signifikantní rozdíl u všech sledovaných faktorů. K zajímavým pak patří mj. následná zjištění. Výskyt poruch chování v dětském věku a dospívání se lišil i u všech sledovaných skupin delikventní mládeže. Vězňů, a jedinců v ústavní výchově, se již v mládí častěji dopouštěli antisociálních forem chování. Také jsme u těchto skupin zaznamenali větší tendenci k racionalizacím a ospravedlňování svého chování, a značně snížené sebehodnocení svých předpokladů pro uplatnění a další společenské perspektivy. Vyšší míra tendence k závislostnímu chování byla dle očekávání dále zjištěna u skupiny závislých na psychoaktivních látkách. Zde také patologické jevy ve výchově ve smyslu pasivního trávení volného času. Statisticky významný rozdíl mezi delikventy ale nebyl zjištěn ve schopnostech se společensky uplatňovat, ve schopnostech kooperace, a obecně v potížích v sociálních vztazích. Ty jsou vůči větší nové populaci stejně odlišné. Bohužel z hlediska perspektivy ve smyslu požadované formy společenské seberealizace nedostačující.

### **Závěr**

Lze konstatovat, že byly prokázány důsledky traumatizace, které spočívají ve snížených schopnostech se později ve společnosti uplatňovat sociálně přijatelným způsobem. Prognóza požadované změny bohužel není pozitivní. Zjištění v podstatě ukazují na přetrvávající poruchu osobnosti v důsledku traumatizace v období dětství a dospívání. Jako jedna z možností, ale s nejasnými vyhlídkami, se nabízí dlouhodobá psychoterapie. Ta by neměla být zaměřena pouze na korekci antisociálních forem chování, ale na kompenzaci původní vyvolávající příčiny.

## Literatura

FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing, 2009. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.

HARE, S.D., COX, D.N, HARE, R.D. *Hare Psychopathy Checklist*. New York. 2003

ŽUKOV, I., FISCHER, S., PTÁČEK, R. Duševní a behaviorální poruchy v důsledku vazebního uvěznění u poruch osobnosti a osob závislých na psychoaktivních látkách (Kasuistiky z forenzní psychiatrické a psychologické praxe). *Alkoholismus a drogové závislosti*. 2009, Vol. 44, No. 1, s. 23-38.

## Souhrn

Obsahem příspěvku jsou dílčí výsledky výzkumu, realizovaného v rámci řešení grantového projektu GACR č. 406/09/ 0367, „Tvorba, validizace a standardizace nástroje pro diagnostiku delikventního chování“. V rámci výzkumu byly zjišťovány příznaky a důsledky negativních zkušeností v dětství, které spočívají v následných potížích se společenskou sebe-realizací, a v tendenci k delikventnímu chování. Zjištění a výsledky jsou využitelné pro forenzní psychologickou praxi. Jsou využitelné pro diagnostiku, a pro následnou terapeutickou práci s delikventní mládeží.

**Klíčová slova:** problémy spojené s negativními zážitky v dětství; problémy spojené s výchovou; traumatizace; agresivita; poruchy chování; poruchy přizpůsobení; přetrvávající porucha osobnosti

## Summary

### **ANALYSIS OF TRAUMATIZATION AT JUVENILE DELINQUENTS. RESULTS OF RESEARCH STUDY (GACR 406/09/0367).**

The article deals with results of research study realized within a solution of grant project GACR nr. 406/09/0367, „Construction, Validation and Standardization of Instrument Diagnosing Antisocial Behavior“. Symptoms and after effects of negative events in childhood, and following problems in self actualization and antisocial behavior, were researched. Findings and results are applicable in the forensic psychology practice and for diagnostic and treatment to juvenile delinquents.

**Key Words:** problems related to negative life events in childhood; problems related to upbringing; traumatization; aggressivity; behavioral disorders; adaptation disorders; enduring personality disorder

## **SUPERVIZE JAKO NÁSTROJ KVALITY PÉČE**

Z. Foitová

*Denní sanatorium, Fokus Praha o.s., Česká republika; Psychiatrická ambulance, Dejvické psychoterapeutické centrum, Praha, Česká republika; Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha, Česká republika*

### **Cíle**

Účelem sdělení je přiblížit klinickou supervizi jako vhodnou a osvědčenou metodu, která profesionálům různých odborností usnadňuje porozumění problematickým pracovním situacím a otázkám, přispívá k rozvoji profesionálních dovedností a zodpovědnosti.

### **Metody**

Sdělení přibližuje základní pojmy supervizní praxe a kontext, v němž se může realizovat, přehled cílových skupin – profesí, týmů a organizací, které mohou ze supervize profitovat, a cílových problémů – pracovních situací ovlivnitelných supervizí. Nastihuje pozitivní vliv používání klinické supervize na praxi s klienty/pacienty.

### **Výsledky**

Evaluační studie přínosu klinické supervize se zaměřují jak na kontext čerpání supervize (výběr supervizora, místo a frekvence konání supervize), tak na specifické subjektivní oblasti supervidovaných pracovníků (vnímaná podpora, jistota v roli, rozvoj profesionálních dovedností, spokojenost s prací, prevence vyhoření) a také na výkon profese (hranice, etická témata, zodpovědnost, dobrá praxe).

### **Závěr**

V zahraničí je využívání klinické supervize v celé oblasti péče o duševní zdraví zcela běžnou a osvědčenou praxí. U nás by mohli zvláště zdravotničtí pracovníci supervizi využívat mnohem více jako metodu podpory sebereflexe, pozornosti k etickým dilematům, jako nástroj profesionálního růstu a zvyšování pracovní spokojenosti, i k prospěchu svých pacientů/klientů.

**Klíčová slova:** klinická supervize, kvalita péče, péče o duševní zdraví, profesionální rozvoj



## **Summary**

### **SUPERVISION AS A TOOL OF HIGH QUALITY CARE**

The goal of the presentation is to introduce clinical supervision as an appropriate and approved method which enables mental health professionals understand problematic work situations and questions and which contributes to professional skills development and responsibility. While in the Czech Republic clinical supervision has not been widely implemented within the mental health care yet, numerous papers are available that evaluate various characteristics of supervision practice in this field abroad. There is a lot of evidence of benefits which clinical supervision brings both to supervisees and their clients.

**Key words:** clinical supervision, quality care, mental health care, professional development

## **CHYBY A OMYLY V GERONTOPSYCHIATRICKÉ PRAXI (KAZUISTIKA ALKOHOLICKÉ DEMENCE)**

V. Franková

*Gerontopsychiatrie, Psychiatrická léčebna Dobruška, Česká republika*

Kazuistika prezentuje 57letého muže s poměrně rychle progredující demencí. Šlo o vyučeného automechanika, který pracoval dlouhodobě jako řidič, později provozoval pohostinství. V tomto období (několik let) nadužíval alkohol. V období počátečních příznaků nemoci s podnikáním přestal, zároveň přestal pít alkohol. Prvními příznaky nemoci bylo bizarní chování a agrafie. Klinický obraz poruchy odpovídal diagnóze frontotemporální demence. V popředí bylo chudnutí řeči až expresivní afázie, grimasování, perseverace, stereotypie ve verbálním i motorickém projevu. V posledním roce života se rozvinuly neurologické příznaky, poruchy chůze až imobilita, polykací potíže, inkontinence a kachexie. Pacient zemřel 4 roky od objevení se prvních příznaků. Neuropatolog případ diagnosticky uzavřel jako alkoholickou demenci.

**Klíčová slova:** kazuistika, rychle progredující demence, abusus alkoholu ve stáří, frontotemporální demence, alkoholická demence

### **Summary**

Case report of 57 years old man suffering from quickly progredient dementia. Primary clinical diagnose was frontotemporal dementia, but neuropathological finding was alcoholic dementia.

**Key words:** Alcohol abuse in old age, alcoholic dementia, case report, frontotemporal dementia, quickly progredient dementia,

## **COGMED TRÉNINK PRACOVNÍ PAMĚTI V TERAPII KLIENTKY S EXPRESIVNÍ AFÁZIÍ**

J. Haase, M. Novotný

*Centrum duševního zdraví, Jeseník, Česká republika*

Aneta se narodila v roce 1989, žije v obci na Jesenicku v bytě se svou matkou a dvěma mladšími sestrami. Po dokončení základní školy se začala učit v oboru prodavačka na potravinářském učilišti. V dubnu 2006 u ní došlo k intrakraniálnímu krvácení po prasklém aneurysmatu. Z Jesenicka byla převezena do FN Olomouc. Zde bylo CT vyšetřením diagnostikováno subarachnoidální krvácení ve všech bazálních cisternách a hemocefalus II. a IV. komory. V průběhu hospitalizace u ní byla provedena dekompresní kraniotomie. Až do začátku června 2006, tedy zhruba 3 měsíce, byla v kómatu. Při propuštění z FN Olomouc byla u Anety konstatována expresivní fatická porucha, fatická hemiparéza s kontrakturou na horní končetině.

Po propuštění z nemocnice absolvovala několik pobytů v rehabilitačním ústavu. Od listopadu 2007 dochází rovněž k ambulantní léčbě na naše pracoviště v Centru duševního zdraví Jeseník. Pro popis stavu při přijetí využíváme zprávy logopeda: „Těžký stupeň expresivní amnestické afázie, alexie, agrafie. Verbální komunikace omezená, s využitím neverbálních prostředků a dopomocí okolí. Výrazný defekt především ve výbavnosti paměti. Slovní zásoba 3 slova. Značně nízká tenacita pozornosti – při logopedické intervenci vydrží 15 minut.“

Od listopadu 2007 Aneta na naše pracoviště docházela do nedávné doby na EEG biofeedback. Po celou dobu je z naší strany bez medikace. Absolvovala přes 120 sezení se zlepšením pozornostního beta/theta indexu z 3,4 na dnešních 1,7, což můžeme považovat za normu. Aneta pravidelně docházela na biofeedback, kde se snažila a soustředila, po cca 90 sezeních se však dostala na úroveň, ze které se dále příliš nezlepšovala. Slovní zásoba se mezitím zlepšila na cca 200 slov. Anetina matka byla frustrována negativismem své dcery k většině činností v domácím prostředí. Aneta neměla zájem doma procvičovat ani cvičení od logopeda, ani jiný kognitivní trénink (paměti a pozornosti). Pokud Aneta nepociťovala okamžitý efekt svého snažení, tak činnosti raději odporovala. Po zvážení jejího způsobu práce a našich teoretických i prvních praktických zkušeností, jsme se s Anetou a její matkou dohodli na vyzkoušení Cogmed tréninku pracovní paměti. Očekávali jsme, že Anetu zaujme forma tohoto tréninku, který v mnohém připomíná hru a kde je uživatel po úspěchu ihned odměňován.

Aneta započala svůj trénink pracovní paměti v dubnu minulého roku. Verbální úlohy byly omezeny pouze na jedinou, vzhledem k tomu, že pacientka zapoměla i bazální znalost anglického jazyka a verbální úlohy jí obecně činily obtíže. V této souvislosti byl pro nás důležitý závěr Lucasovy

studie (2008), která ukázala na větší efektivitu tréninku vizuálně prostorových úloh na pracovní paměť, než verbálních, a to jak v oblasti pracovní paměti samotné, tak v chování. Aneta si dále denní trénink rozdělovala zpravidla do dvou částí kvůli poklesu pozornosti.

Již při první kontrole tréninku pacientky po prvních 5 dnech jsme zjistili stoupající trendovou křivku kapacity její pracovní paměti. Matka Anety si chválila, že její dcera u tréninku, na rozdíl od ostatních „povinností“, vydrží. Známkou toho, že se na trénink skutečně soustředí, pro matku bylo dceřino zívání, které měla dle zkušenosti spojené s tím, když její dcera „napíná mozek“. Rovněž Aneta byla během kontrol v dobré náladě, o tréninku se vyjadřovala s uspokojením a nejevila touhu jej přerušit. Za jeho dokončení pak dostala od matky slíbenou kosmetiku.

Měsíc po dokončení tréninku, tedy na počátku července, jsme provedli kontrolní vyšetření. Zde jsme opět využili nezávislého vyšetření logopeda. Ten konstatoval výrazné zlepšení výbavnosti paměti, zvýšení slovní zásoby na zhruba 500 slov a prodloužení tenacity pozornosti – při logopedické intervenci na 45 minut. V této době byli poprvé schopni začít s učením abecedy a čísel. Matka Anety si stejně jako logoped cenila především zlepšené výbavnosti paměti a neustále se zvyšující slovní zásoby. Celková nálada Anety se zlepšila, doma se začala daleko více zapojovat do domácích prací. U započaté činnosti nyní vydrží déle, snaží se překonávat neúspěchy.

Před tréninkem a měsíc po jeho ukončení, tedy přibližně po 3 měsících, jsme provedli kontrolní neuropsychologické vyšetření. V testové baterii byla performační část WAIS-R, WMS spolu se subtestem Prostorový rozsah (Span-board) z WMS-III, dále Bentonův vizuálně retenční test, Rey-Ostereithova figura a Ravenovy progresivní matice. Ve všech zkoumaných testech klientka dosáhla určitého zlepšení, nicméně tento rozdíl nebyl natolik výrazný, aby nemohl být považován za efekt náviku. Daleko závažnější změnou při retestu však byla pro nás výrazně bohatší verbalizace odpovědí, zejména u WAIS-R.

Po dvouměsíční přestávce pacientka nyní pokračuje s Cogmedem v navazujícím kondičním tréninku. Můžeme s uspokojením souhlasit s logopedem i s Anetinou matkou, že Cogmed trénink pracovní paměti u ní znamenal výrazné zlepšení. Při kontaktu působí uvolněněji, využívá svou neustále se zvětšující slovní zásobu, k řešení problémů přistupuje aktivněji. Dokáže si nyní uvědomit analogie aktuálního problému s již dříve vyřešenou situací a dopomoci si tím k jednoduššímu řešení. V současné době umí již bez problémů abecedu a čísla a pomalu čte.

Závěrem citujme klientčinu matku: „Aneta se po propuštění z nemocnice neustále zlepšuje, ale toto byl skok.“

Lucas, Ch., Abikoff, H., Petkova, E. et al. (2008) A Randomized Controlled Trial of Two Forms of Computerized Working Memory Training in ADHD. Poster: Meeting of the American Psychiatric Association, May 2008

## **Summary**

### **COGMED WORKING MEMORY TRAINING IN THERAPY IN CLIENT WITH EXPRESSIVE APHASIA**

We present a case study of 20 years old woman after intracranial hemorrhage caused by ruptured aneurysm. She was at first trained on neurofeedback for aphasia. After learning approximately 200 words, there occurred a crisis and stagnation. Therefore the training of working memory was indicated for her, which she has then successfully managed. We believe, in accordance with studies, that a computer training of working memory is an effective rehabilitation strategy for cognitive development in children with ADHD and in clients after brain injury, which we further demonstrate in this case study.

**Key words:** working memory training, expressive aphasia

## SCIENTOLOGIE KONTRA PSYCHIATRIE ANEB LKCE Z PROPAGANDY

J. Hanka

*PL Havlíčkův Brod, Česká republika*

V padesátých letech 20.století sepsal populární autor science fiction L.R. Hubbard základy Dianetiky a Scientologie, nauk o zdokonalení člověka. Nebyl schopen přesvědčit vědeckou obec o významu svých teorií a efektu svých metod, uspěl však jako zakladatel vlastní církve, rozšířené po cca 160 zemích světa. Církev vydělává odhadem 500 milionů dolarů ročně, převážně z poplatků od řadových členů za různá školení a darů. Kromě programu na sebezdokonalení, zvaného „Most k naprosté svobodě“, programu na léčbu závislostí, nápravu vězňů a výuku manažerských dovedností, založil Hubbard roku 1969 „Občanskou komisi pro lidská práva“ (CCHR), která od té doby bojuje proti psychiatrii a psychiatrům, obviňující je z poškozování pacientů pomocí ECT, psychochirurgie, nedobrovolné hospitalizace, předepisování psychofarmak, znásilňování, vymývání mozků. Své oponenty se Scientologové snaží umlčet pomocí prohlášení v médiích, soudních sporů, manipulace webovými vyhledávači a hesly na wikipedii, krádeží dokumentů (Operation snow white), dokonce paradoxně pomocí snahy o jejich psychiatrizaci (Operation freak out). V Česku má CCHR své aktivní zastoupení. Ve svých tištěných materiálech, na webových stránkách, i při přímé agitaci (kongres WPA v r.2008) používá emočně zabarvenou rétoriku, nefér argumentaci a logické klamy, typické pro propagandu. Ve scientologických materiálech nacházíme příklady propagandistických technik, jinak vídaných při vedení války: argumentace ad consequentiam, ad hominem, ad ignorantiam, ad verecundiam. Využívají vyvolání strachu, sugestivní ilustrace, expresivní výrazivo, desinformace a lži. Uvádím argumenty pro a proti třem hlavním výhradám, které mají scientologové vůči psychiatrii: že psychiatrie není věda a duševní nemoci neexistují, že psychiatrické metody škodí pacientům, že psychiatři stojí již milión let v pozadí většiny válek a teroru.

**Klíčová slova:** Scientologie, Občanská komise pro lidská práva, anti-psychiatrie, propaganda

## Summary

### SCIENTOLOGY VERSUS PSYCHIATRY: A LESSON IN PROPAGANDA,

J. Hanka

*PL Havlíčkův Brod, Czech Republic*

L. Ron Hubbard, a best-selling science fiction author, published in the early 1950's his first works on Dianetics and Scientology, allegedly methods for personal improvement. He failed to acquire scientific approval for his theories and to prove the effectivity of his methods, but had a success in founding the Church of Scientology, now spread to approximately 160 countries worldwide. The church has an income of around 500million dollars annually, mostly from its members' payments for auditing or donations. Apart from the spiritual growth program, a.k.a. „The Bridge to total Freedom“, Narconon for treating substance addictions, Criminon for rehabilitation of criminals, and a business management method, Hubbard founded The Citizens Commission for Human Rights (CCHR) in 1969, the goal of which is to fight against psychiatry and psychiatrists, blaming them for damaging their patients with ECT, psychosurgery, involuntary treatment, prescription of drugs, rape, brain-washing. Scientologists use media announcements, lawsuits, web-browser and wikipedia manipulation, theft of government documents (Operation Snow White), and ironically psychiatrisation, to silent their opponents. CCHR is active in Czech Republic. CCHR uses emotional appeal, unfair argumentation, and distorted logic, typical for wartime propaganda, in its printed materials, internet presentations, and direct actions (during WPA congress in 2008). I have found examples of propagandistic techniques: arguments ad consequentiam, ad hominem, ad ignorantiam, ad verecundiam. They provoke fear, use dramatic images and rhetorics, disinformation and lies. Arguments are presented in favor and against the 3 main anti-psychiatry claims of Scientologists: non-scientific foundations of psychiatry and non-existence of psychiatric disorders, the harmful effects of psychiatric interventions, world-wide and millions of years lasting conspiracy of psychiatrists to rule the world.

**Key words:** scientology, Citizens' Commission for Human Rights, anti-psychiatry, propaganda

# PSYCHOSOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÝ PROGRAM V RÁMCI PROJEKTU „KATEŘINSKÁ ZAHRADA“

P. Harsa, S. Bačkovská, J. Poradovská

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

## Úvod

Péče o duševní zdraví nabývá ve společnosti stále větší důležitosti a stává se součástí každodenního života. Moderní doba klade značné nároky na psychiku lidí, což se samozřejmě promítá i do celkového nárůstu počtu duševních poruch a nemocí. Stále více lidí hledá pomoc u psychiatra či psychologa. V posledních letech dochází k významným změnám koncepce léčby duševních onemocnění. Mimo farmakologický přístup se vyvíjejí a zdokonalují i psychosociální přístupy s důrazem na praktická řešení sociálních a psychologických problémů, protože u psychiatrických pacientů bývají významně oslabeny interpersonální a sociální dovednosti. Psychosociální programy mají za cíl redukovat uvedené potíže i problémy a učí pacienty adaptabilnějším formám chování. Některé výzkumy (Praško, 2003) ukazují, že dovednosti získané nácvikem sociálních dovedností zvyšují významně sociální fungování, ale mají pravděpodobně minimální efekt na riziko relapsů. Psychoedukační programy mohou navíc zvyšovat kooperaci a komplianci nejen samotných pacientů, ale i rodiny. Ve VFN a 1. LF UK v Praze byl 1.9.2008 zahájen projekt „Kateřinská zahrada“, který si klade za cíl zlepšování kvality života psychiatrických pacientů, jejich postavení ve společnosti a na trhu práce.

## Cíl

Hlavním cílem projektu „Kateřinská zahrada“ je pracovní a psychosociální rehabilitace, včetně posílení adaptace na zátěž

## Popis a metody

Projekt je určen hospitalizovaným i ambulantním pacientům Psychiatrické kliniky VFN a 1. LF UK v Praze. Program má dvě části: 1) Chráněná dílna – pracovní rehabilitace (dále jen CHD). V rámci tohoto programu je vytvořeno 12 pracovních míst, na která jsou přijímáni zdravotně znevýhodnění pacienti, obtížně zařaditelní na trhu práce.

2) Integrovaná centrum (dále jen IC), kde se pacienti učí adaptabilnějším formám chování (nácvik sociálních dovedností i vhodných interakcí mezi lidmi), které významně zvyšují sociální fungování a snižují psychický stres. Realizované psychoedukační programy zvyšují i kooperaci a komplianci samotných pacientů i rodiny. Program IC nabízí řadu aktivit: arteterapie, ergoterapie, vzdělávací a kulturní programy, sportovní a poznávací aktivity,



nácvik sociálních dovedností apod.

Pacientům je měsíčně distribuován dotazník spokojenosti. Tento dotazník jsme zkonstruovali na základě zkušeností z předchozího projektu. Dotazník zahrnuje řadu položek – demografické a psychiatrické údaje, preference jednotlivých programů, hodnocení psychoterapeutů, hodnocení významu programu projektu pro celkovou úzdravu, včetně celkové spokojenosti či nespokojenosti s aktivitami projektu. Jednotlivé položky dotazníku byly sestaveny tak, aby byly snadno pochopitelné a měli požadovanou výpovědní hodnotu. Z důvodů objektivního a validního posuzování byl dotazník předkládán pacientům, kteří se zúčastnili programu nejméně 4x.

## **Výsledky**

Za sledované období (od 1.9.2008 do 28.2.2010) se programu CHD zúčastnilo 82 pacientů (14 bylo zaměstnáno a 68 hospitalizovaných nebo v ambulantní péči) a IC 337 pacientů. Dotazník spokojenosti a přínosu projektu „Kateřinská zahrada“ vyplnilo 255 pacientů (21 žen a 45 mužů) s věkovým průměrem 35 r. (31 r. ženy a 41 r. muži). Z výsledků dotazníku dále vyplývá, že nejpočetnější zastoupenou klinickou skupinou byli pacienti s diagnózou afektivní poruchy (32%), psychotické onemocnění (23%), neurotické poruchy (20%), poruchy příjmu potravy (16%), poruchy osobnosti (7%), duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek (3%). Do programu nebyli záměrně zahrnuti pacienti s organickými duševními poruchami. Většina pacientů měla vyšší než základní vzdělání, SŠ (52%) a VŠ (19%). Nejvíce pacientů bylo ženatých a svobodných (shodně 37%), rozvedených (18%) a ovdovělých (9%). Pro sociální uplatnění (status) byla charakteristická převaha pacientů v pracovním poměru (40%), plným invalidním důchodem (23%), nezaměstnaných (17%) a studujících (11%). Většina pacientů se s podobným typem psychosociálního programu setkala poprvé (99%). Do programu CHD a IC je nejčastěji motivovali a doporučovali lékaři (38%) a středně zdravotnický personál (27%). Z nabízených aktivit programu si nejčastěji oblíbili arteterapii (72%), sportovní aktivity (40%), pracovní terapii (35%), práce s počítačem a společenské hry (shodně 26%) a vzdělávací akce (20%). Jak již bylo uvedeno, s programem byla převažující část pacientů (98%) spokojena. Kladně hodnotili i profesní a lidský přístup terapeutů (98%) a mají pocit, že účast v programu jim určitým způsobem pomáhá při návratu do běžného života (98%), při celkové úzdравě a vzhledu do svých potíží a problémů (90%). 58% pacientů má zájem navštěvovat program i po skončení hospitalizace.

## **Diskuze a závěr**

V obecné rovině lze konstatovat, že výsledky Dotazníku spokojenosti a přínosu projektu „Kateřinská zahrada“, jsou přesvědčivé pro pozitivní hodnocení programu projektu za dobu 17 měsíců. Pacienti oceňují, že zís-

kané dovednosti jim usnadňují fungování v praktickém životě. Významné je i to, že postupně posilují svoji sebedůvěru, sebevědomí a sebehodnocení. Učí se přiměřeně zvládat dosažitelné cíle a překonávat životní těžkosti. Někteří pacienti mají zájem pokračovat v aktivitách programu i po skončení hospitalizace. Rovněž je třeba ocenit skutečnost, že pracovní aktivity CHD se nemalým významem podílejí i na úpravách a údržbě areálu Všeobecné fakultní nemocnice, zejména Kateřinské zahrady. Závěrem lze konstatovat, že význam psychosociálního a psychoedukačního programu projektu „Kateřinská zahrada“ má nesporný vliv na adaptabilnější sociální fungování, možnou úzdravu či podíl v léčbě a v integraci pacientů do společnosti.

## **Literatura**

1. Barlow, D.H.: Disorders of emotions. Psychological inquiry, 1993, 2, 58-71.
2. Kratochvíl, S.: Základy psychoterapie. Praha. Portál 1997.
3. Praško, J., Kosová, J.: Kognitivně behaviorální terapie. Praha. Triton 1998
4. Praško, J., a kol.: Poruchy osobnosti. Praha. Portál 2003.
5. Praško, J., a kol.: Psychoterapeutické přístupy v léčbě psychóz. Psychiatrie, 2003, 4, 23-29.

## **Souhrn**

Psychosociálně terapeutický program projektu „Kateřinská zahrada“ je zaměřen na pracovní a sociální rehabilitaci hospitalizovaných i ambulantních psychiatrických pacientů v rámci chráněné dílny a možnosti účasti na volnočasových aktivitách v Integračním centru. Záměrem projektu je udržet a rozvíjet pracovní dovednosti, trénink pracovního režimu a práce v kolektivu s cílem zvýšit šanci na možné uplatnění na trhu práce. Zároveň je zdůrazňován psychosociální a psychoedukační přístup za účelem adaptabilního sociálního fungování, sociálních dovedností, snížení stresu a redukování rizika relapsu. Projekt je financován z Evropského sociálního fondu, rozpočtu hlavního města Prahy a státního rozpočtu ČR v rámci Operačního programu Praha – Adaptabilita, podporován VFN v Praze. Realizace projektu je od 1.9.2008-28.2.2011. Pracovní tým tvoří: Mgr. Eva Hotmarová – manažerka, Ing. Naděžda Holmanová – finanční manažerka, Mgr. Stanislava Bačkovská – odborná vedoucí programu, 6 terapeutů, lékař, sociální pracovníce, psycholog a odborný poradce pro zahradu. Od začátku projektu k 28.2.2010 se programu pracovní rehabilitace zúčastnilo 82 pacientů (73% z plánovaného počtu pacientů) a Integračního centra 337 pacientů (84% z plánovaného počtu pacientů). Pro zpětnou vazbu spokojenosti či nespokojenosti pacientů s programem a aktivitami projektu, distribuujeme měsíčně dotazník spokojenosti. Z jeho výsledků vyplývá většinová (98%) spokoje-

nost a pozitivní hodnocení s uvedenými aktivitami.

**Klíčová slova:** Psychosociálně terapeutický program, psychoedukace, nácvik sociálních dovedností, dotazník spokojenosti, projekt, chráněná dílna, integrační centrum, Kateřinská zahrada.

### **Summary**

The psychosocial therapeutic program „Kateřinská Garden“ focuses on work and social rehabilitation of psychiatric outpatients and inpatients. The program is aimed at cultivating and maintaining manual skills, work regime and team work. Much emphasis is put on developing social adaptability, social skills and distress reduction, as well as reduction of the risk of relapse. Recent feedback from patients showed prevalent satisfaction with the content of the program.

**Key words:** psychosocial therapeutic program, psychoeducation, social skills training, questionnaire of satisfaction, project, center for community integration, Kateřinská Garden

# VÝZNAM PORUCHY METABOLIZMU GLYCINU V PATOGENEZI NEGATIVNÍCH PŘÍZNAKŮ SCHIZOFRENIE

J. Hons<sup>1</sup>, R. Žirko<sup>2</sup>, M. Vašatová<sup>3</sup>, E. Čermáková<sup>4</sup>, J. Libiger<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Oddělení psychiatrie, Krajská nemocnice Liberec, a.s., Česká republika

<sup>2</sup> Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Česká republika

<sup>3</sup> Ústav klinické biochemie a diagnostiky, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Česká republika

<sup>4</sup> Ústav lékařské biofyziky, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Česká republika

## Úvod

Glycin účinkuje v CNS nejen jako inhibiční neurotransmitter, ale také jako plný selektivní koagonista na glycinovém modulačním místě NMDA (N-methyl-D-aspartát) receptoru. Nálezy nižších hladin glycinu v krevní plazmě ve srovnání se zdravými subjekty svědčí pro změny metabolismu glycinu u nemocných schizofrenií. Glycin v augmentaci léčby antipsychotiky v klinických studiích u nemocných významně snižoval intenzitu negativní symptomatiky. Léčba glycinem vedla ke zvýšení sérových hladin glycinu a vysoké hladiny glycinu v séru po léčbě byly spojeny s lepší terapeutickou odpovědí. Zlepšení negativní symptomatiky bylo nejvýraznější u nemocných s nejnižší hladinou glycinu v séru před započítím léčby. Souvislost změny metabolismu glycinu a intenzity negativní symptomatiky u schizofrenie potvrzuje také výraznější snížení intenzity negativních příznaků po augmentaci D-cykloserinem u nemocných s nižší hladinou glycinu v séru před léčbou.

## Cíle

Popis změn metabolismu glycinu u nemocných schizofrenií ve srovnání se zdravými kontrolními subjekty a popis vztahu sérových koncentrací glycinu a intenzity negativních příznaků u nemocných schizofrenií.

## Metody

Do klinické studie bylo zařazeno 50 nemocných schizofrenií léčených antipsychotiky a 50 zdravých dobrovolníků. Sérové koncentrace glycinu byly u všech účastníků studie stanoveny ze vzorku žilní krve metodou vysokovýkonné kapalinové chromatografie („high-performance liquid chromatography“, HPLC). Nemocní byli následně během dalších 4 hodin psychiatricky vyšetřeni, psychopatologie byla hodnocena pomocí posuzovacích stupnic PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale; 30 položek, skór 1-7) a SANS (The Scale for the Assessment of Negative Symptoms; 30 položek, skór 0-5). Ke stanovení rozdílů hodnot proměnných mezi skupinou nemoc-

ných a skupinou zdravých dobrovolníků byl použit *t*-test, v případě nenormálního rozložení dat neparametrické testy Kolmogorov-Smirnov test a Mann-Whitney *U* test. Ke stanovení asociace jednotlivých proměnných byly použity neparametrické Spearmanovy korelační koeficienty. Zvolená hladina významnosti byla  $\alpha = 0,05$ .

### **Výsledky**

Sérová koncentrace glycinu byla u nemocných schizofrenií ve srovnání se zdravými významně nižší ( $z=3,54$ ,  $p=0,0004$ , Mann-Whitney *U* test). Nižší sérovou koncentraci glycinu jsme našli u nemocných mužů ( $p=0,0001$ , *t*-test), ne však u nemocných žen ( $p=0,382$ , *t*-test). Hodnota sérové koncentrace glycinu u nemocných schizofrenií negativně asociovala s hodnotou skóru subškály negativních příznaků PANSS ( $r=-0,38$ ,  $p=0,007$ ), celkového skóru škály SANS ( $r=-0,40$ ,  $p=0,004$ ) a hodnotami skóre subškál citové oploštělosti ( $r=-0,33$ ,  $p=0,02$ ), alogie ( $r=-0,37$ ,  $p=0,008$ ) a subškály neschopnosti prožitku a nespolečenskosti ( $r=-0,51$ ,  $p=0,0002$ ) stupnice SANS.

### **Závěr**

V klinické studii jsme u nemocných schizofrenií potvrdili hypotézu negativní asociace sérové koncentrace glycinu s intenzitou negativních příznaků. Sérová koncentrace glycinu byla podle našeho předpokladu u nemocných ve srovnání se zdravými subjekty nižší. Při odděleném hodnocení populace žen a mužů jsme zaznamenali určité pohlavní rozdíly. U nemocných žen se hodnoty sérové koncentrace glycinu nelišily od hodnot u kontrolní skupiny žen zdravých. Pro poznání role dysfunkce glutamátergního systému v patogenezi schizofrenie je důležité stanovení biochemických markerů funkční úrovně tohoto systému v CNS. Předpokládáme, že stanovení biochemických a klinických profilů povede k identifikaci specifických subtypů schizofrenie. Formulování takové typologie umožní cílenou léčbu na ovlivnění glutamátergní dysfunkce v CNS. Výsledky naší studie posilují význam stanovení sérové koncentrace glycinu při hledání subtypu schizofrenního onemocnění s převahou negativních příznaků.

Klinická studie byla realizována za finanční podpory výzkumného záměru MSM 0021620816.

### **Literatura**

Heresco-Levy U, Javitt DC, Ermilov M, Silipo G, Shimoni J. Double-blind, placebo-controlled, crossover trial of D-cycloserine adjuvant therapy for treatment-resistant schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 1998; 1(2):131-135.

Heresco-Levy, U., Ermilov, M., Lichtenberg, P., Bar, G., Javitt, D.C.: High-dose glycine added to olanzapine and risperidone for the treatment of schizophrenia. *Biol. Psychiatry* 2004; 55(2):165-171.

Hons J, Zirko R, Ulrychova M, Cermakova E, Doubek P, Libigere J. Glycine serum level in schizophrenia: Relation to negative symptoms. *Psychiatry Research* 2010; 176(2):103-108.

Neeman G, Blanaru M, Bloch B, Kremer I, Ermilov M, Javitt DC, Heresco-Levy U. Relation of Plasma Glycine, Serine, and Homocysteine Levels to Schizophrenia Symptoms nad Medication Type. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1738-1740.

Sumiyoshi T, Anil AE, Jin D, Jayathilake K, Lee M, Meltzer HY. Plasma glycine and serine levels in schizophreia compared to normal controls and major depression: relation to negative symptoms. *Int J Neuropsychopharmacol* 2004; 7(1):1-8.

**Klíčová slova:** glycin; negativní příznaky; schizofrenie; NMDA receptor; excitační aminokyseliny.

## Summary

### RELEVANCE OF GLYCINE METABOLISM DYSFUNCTION IN PATHOGENESIS OF NEGATIVE SYMPTOMS IN SCHIZOPHRENIA

Glycine acts as an endogenous selective co-agonist at the glycine modulatory site of the NMDA (N-methyl-D-aspartate) receptor. Significantly decreased glycine serum levels were reported in patients with schizophrenia in comparison to healthy controls. Administration of glycine improved negative symptoms in patients with schizophrenia treated with antipsychotics in some clinical trials. We hypothesized that glycine serum levels might be associated with intensity of negative symptoms in schizophrenia. Fifty outpatients with the diagnosis of schizophrenia as defined by ICD-10 and fifty age – and gender-matched healthy controls were recruited into the study. Glycine serum levels were measured by high-performance liquid chromatography (HPLC). We used The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) and The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) to assess the symptoms of schizophrenia in the patients. We found mean glycine serum levels significantly lower in patients when compared to controls. This difference was only caused by findings in the male study

population. Glycine serum levels were negatively associated with intensity of negative symptoms assessed by the PANSS negative subscale and the SANS total scores in the patients. These data suggest a possible implication of NMDA receptor dysfunction in the pathogenesis of negative symptoms in schizophrenia.

**Key words:** glycine; negative symptoms; schizophrenia; NMDA receptor; excitatory amino acids.

## AUTISTICKÝ MOZEK

M.Hrdlička<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>*Dětská psychiatrická klinika, UK 2.lékařská fakulta a FN Motol, Praha, Česká republika*

<sup>2</sup>*UK 1.lékařská fakulta, Praha, Česká republika*

Dětský autismus byl poprvé popsán v roce 1943 americkým dětským psychiatrem rakouského původu Leo Kannerem. Několik následujících desetiletí byl chápán jako porucha vzniklá psychogenně, v důsledku chybné, citově chladné výchovy rodičů. Teprve v druhé polovině 80. let minulého století se začaly objevovat systematické důkazy, že se jedná o poruchu na neurobiologickém základě. Tento předpoklad je dnes všeobecně přijímán a dětský autismus je definován jako celoživotní neurovývojová porucha, která ovlivňuje základní psychologické funkce, především komunikaci, sociální chování a hru.

Podstatný přínos pro poznání struktury a vývoje mozku autistických pacientů přinesly studie provedené pomocí magnetické resonance (MRI). První studie byly prováděny planimetry, teprve postupně se prosazovala volumetrická měření. V počátcích výzkumu, datovaných do druhé poloviny osmdesátých let a začátku devadesátých let, převažovaly spíše všeobecně rozporné výsledky. Důvodem byly, kromě nedokonalých MRI scannerů, nepochybně problémy s formulací kontrolní skupiny. Věk a pohlaví bývaly téměř vždy prvními párovacími kritérii. Principiálně je však obtížné formulovat kontrolní skupinu k vyvíjejícímu se dětskému mozku, a jen kritéria věku a pohlaví nemusí být postačující. Neméně důležité je, že autismus bývá až v 75% případů asociován s mentální retardací. O příčinnosti této asociace je málo známo. Důležitou metodologickou rozvahou však je, zdali kontrolní skupina má zahrnovat i kontrolu intelektu, tedy adekvátní proporcii mentálně retardovaných pacientů, a jakým způsobem toho dosáhnout. Někteří autoři si úkol ulehčili tím, že vyšetřovali pouze vysoce funkční autisty (tj. bez mentální retardace), což může být také hodnoceno jako nepřípustná forma selekce podsouboru. Samozřejmě, čím je přesnější párování kontrolní skupiny, tím je obtížnější vytvořit adekvátní kontrolní skupinu. Problémy se zajištěním většího počtu vhodných osob do kontrolní skupiny vyřešili někteří autoři dokonce konstituováním dvou kontrolních skupin, každé podle jiného klíče. Teprve počátkem posledního desetiletí došlo ke zpřesnění metodologie a většina MRI studií dosáhla z dnešního pohledu vyhovujícího standardu (Palmen a van Engeland, 2004).

Recentní systematická metaanalýza našla celkem 46 strukturálních kontrolovaných MRI studií autistického mozku, zahrnujících přes 800 autistických jedinců a podobné množství kontrol (Stanfield et al., 2008). Cí-



lem tohoto přehledového sdělení je popsat a diskutovat strukturální abnormality autistického mozku, detekované studii strukturální MRI.

### **Celkový mozkový objem**

Existuje řada prací zabývajících se celkovým mozkovým objemem (CMO). Nejnovější metaanalýza našla celkem 16 volumetrických studií a významně zvýšený CMO u autistů v porovnání s kontrolami, se standardizovanou velikostí efektu (effect size, ES) 0,32 (Stanfield et al., 2008). Někteří autoři našli, že zvětšení mozku je omezeno na časné dětství, zatímco jiní autoři referovali zvětšení mozku přetrvávající do dospělosti. Stanfield et al. (2008) však nenalezli žádný vliv věku na CMO.

### **Mozeček**

Funkce mozečku je spjata s motorickou integrací, a proto se původně zdálo, že mozeček není pravděpodobnou kandidátní strukturou, která by byla zapojena do patogeneze dětského autismu (Sokol a Edwards-Brown, 2004). Byla však provedena řada studií s pozitivními výsledky, i když méně konzistentními než u CMO. Stanfieldova metaanalýza (2008) prokázala významně zvětšené mozečkové hemisféry u autistických osob v porovnání s kontrolním souborem (ES=0,72).

### **Bazální ganglia**

Bazální ganglia, sestávající se z nucleus caudatus, putamen a globus pallidus, jsou zřejmě asociována se stereotypním a repetitivním chováním pozorovaným u autismu (Palmen a van Engeland, 2004). Výzkumný zájem se soustředil zejména na nucleus caudatus. Některé studie našly zvětšení objemu kaudata buď bilaterálně, nebo jen pravostranně. I po korekci výsledků, vztažené k celkovému objemu, zůstaly výsledky významné. Metaanalýza Stansfielda et al. (2008) ukázala významně zvýšený objem kaudata ve srovnání s kontrolami (ES=0,41).

### **Corpus callosum**

Corpus callosum (CC) je mozková struktura zapojená do interhemisferického přenosu informací, která je podstatná pro studium kortikální konektivity v mozku. Kortikální konektivita a tedy i CC jsou u autismu považovány za abnormální (Hrdlička, 2008). Některé studie našly významné zmenšení v přední části CC (zahrnující genu a rostrum), jiné studie pak v těle CC, v těle a zadních podoblastech CC, nebo v genu a splenium CC. Při metaanalytickém zpracování se ukázalo významné zmenšení s vypočtenou ES= -0,28 (Stanfield et al., 2008).

## **Amygdala**

Amygdala (AMG) je mozková struktura s klíčovým významem pro sociální chování a kognici. U autismu byly předloženy přesvědčivé důkazy o amygdalární dysfunkci (Baron-Cohen et al., 2000). Navzdory tomu, výsledky volumetrických studií AMG zůstávají rozporné. Existují studie u autismu prokazující zvětšení objemu, zmenšení objemu i nezměněný objem. Jedna studie nalezla, že AMG byla zvětšena u autistických dětí, nikoli však již u adolescentů s autismem. Stanfieldova metaanalýza (2008) podpořila tento nálezn, a prokázala, že se zvyšujícím se věkem, objem AMG u autistických subjektů se relativně ke kontrolám snižoval. Významný vztah byl nalezen mezi věkem a velikostí efektu. Navíc, velikosti efektu byla rozdílná pro levou AMG (ES=0,15) a pravou AMG (ES=0,28).

## **Hippocampus**

Abnormality hipokampu (HPK) se jeví být relevantní pro patofyziologii autismu, protože jeho role zahrnuje učení, sociální a emoční fungování, tedy funkce, jež jsou postiženy u autismu (Hrdlička, 2008). Nálezy jsou nekonzistentní, snad ještě více než u AMG. Ani metaanalýza nenalezla žádné významné rozdíly v objemu HPK mezi autisty a kontrolami (Stanfield et al., 2008). Jedna z novějších studií referovala, že nikoli objem, ale tvar hipokampu rozlišuje mezi autistickými dětmi a kontrolami. Změny tvaru HPK korelovaly u dětí s autismem se stupněm mentální retardace a výkonostními deficity.

## **Závěr**

Současné poznatky ukazují, že jedinci s autismem mají větší objem mozku, mozečku a nucleus caudatus, naopak menší corpus callosum. Výsledky studií amygdaly a hipokampu zůstávají rozporné.

*Práce podpořena výzkumnými záměry MŠM 0021620849 a MZofNM2005.*

## **Literatura**

Baron-Cohen S, Ring HA, Bullmore ET, Wheelwright S, Ashwin C, Williams SCR (2000): The amygdala theory of autism. *Neurosci Biobehav Reviews* 24:355-364.

Hrdlička M (2008): Structural neuroimaging in autism. *Neuroendocrinol Lett* 29:281-286.

Palmen SJMC, van Engeland H (2004): Review of structural neuroimaging findings in autism. *J Neural Transm* 111: 903-929.

Sokol DK, Edwards-Brown ME (2004): Neuroimaging in autistic spectrum disorders. *J Neuroimaging* 14: 8-15.

Stanfield AC, McIntosh AM, Spencer MD, Philip R, Gaur S, Lawrie SM (2008): Towards a neuroanatomy of autism: a systematic review and meta-analysis of structural magnetic resonance imaging studies. *Eur Psychiatry* 23:289-299.

## **Summary**

### **AUTISTIC BRAIN**

The aim of this paper is to review the current state of knowledge regarding structural brain abnormalities in autism. Results of MRI studies dealing with total brain volume, the volume of the cerebellum, caudate nucleus, amygdala, hippocampus and the area of the corpus callosum are summarized. Existing research suggests that autistic individuals have larger total brain, cerebellar and caudate nucleus volumes; however, the area of the corpus callosum is reduced. Results of studies involving the amygdala and hippocampus volume in autistic subjects remain inconsistent.

**Key words:** autism; MRI; brain volume; cerebellum; caudate nucleus; corpus callosum; amygdala; hippocampus.

## VLIV ANTIDEPRESIV NA AKTIVITU MITOCHONDRIÁLNÍCH ENZYMŮ

J. Hroudová<sup>1</sup>, Z. Fišar<sup>1</sup>, J. Raboch<sup>1</sup>, H. Hansíková<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká Republika*

<sup>2</sup>*Klinika dětského a dorostového lékařství, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká Republika*

### Úvod

Mitochondrie jsou buněčné orgány odpovědné především za tvorbu energie, ale podílejí se také na řadě dalších procesů. Účastní se tvorby volných radikálů, regulují hladiny nitrobuněčného vápníku a jsou součástí signálních cest, nezbytných pro komunikaci uvnitř buněk. Mají svou roli v synaptogenezi, neuroplasticitě a přežívání neuronů. Narušená funkce mitochondrií vede nejen ke snížení produkce ATP, ale také ke zvýšené produkci volných radikálů, ke změnám nitrobuněčného kalcia, oxidačnímu stresu a apoptóze. Mitochondriální dysfunkce se projevují různými symptomy a jsou zahrnuty také v patogenezi neurodegenerativních a psychiatrických onemocnění.

Poruchy nálady jsou závažná onemocnění, často recidivující a chronická, přesto jejich patofyziologie není dostatečně objasněna. Biologické markery, které by umožnily úspěšnou predikci farmakoterapie, jsou hledány. Existuje řada hypotéz o vzniku poruch nálady; naše práce vychází především ze zdokonalené monoaminové hypotézy, neurotrofní hypotézy deprese (Duman et al. 1997) a hypotéz o mitochondriální dysfunkci. Při studiu biochemických základů poruch nálady vycházíme hlavně z mechanismu účinků farmakologicky odlišných antidepressiv (Fišar and Hroudová 2010). Antidepressiva obvykle působí primárně jako inhibitory zpětného přenosu serotoninu nebo noradrenalinu, nebo jako inhibitory štěpení monoaminových neurotransmiterů. Chronické podávání vyvolává zvyšování synaptických koncentrací noradrenalinu a serotoninu a to má za následek aktivaci kaskád nitrobuněčného přenosu signálu vedoucí ke zvýšené aktivaci transkripčního faktoru CREB. Podle kalciové hypotézy o mitochondriální dysfunkci při bipolární afektivní poruše (Kato and Kato 2000) mohou zvýšené delece mitochondriální DNA (mtDNA) v mozku a polymorfismy/mutace mtDNA nebo jaderné DNA kódující mitochondriální proteiny způsobit mitochondriální dysregulaci kalcia, vedoucí k symptomům bipolární afektivní poruchy. Bioenergetická hypotéza o mitochondriální dysfunkci při bipolární afektivní poruše (Stork and Renshaw 2005) se pokouší identifikovat další molekulární mechanismy vedoucí k narušení neuroplasticity a předpokládá, že energetika synapsí je při depresivní poruše silně pozměněna a moduláto-

rem odpovědným za účinnost či neúčinnost různých antidepresiv jsou mitochondrie. Narušená funkce mitochondrií vede k poškození neuronů, což může souviset se vznikem poruch nálady. Předpokládáme, že energetický metabolismus buňky se významně podílí na patofyziologii poruch nálady a terapeutických či vedlejších účincích antidepresiv. I přes silnou vazbu transdukce signálu na dostupnost ATP nejsou změny v energetickém metabolismu při poruchách nálady dostatečně známy.

## **Cíle**

Naším cílem bylo zjistit, které mitochondriální funkce související s neuroplasticitou a přežíváním neuronů jsou *in vitro* výrazně ovlivněny antidepresivy nebo stabilizátory nálady. Tyto mitochondriální funkce budeme dále sledovat v krevních elementech osob v období těžké depresivní epizody a v remisi. Konečným cílem je zjistit, zda může být měření vybraných mitochondriálních funkcí v krevních buňkách vhodné pro předpověď účinnosti farmakoterapie nebo pro kvantifikaci tíže deprese.

## **Metody**

Účinky farmakologicky odlišných antidepresiv (desipraminu, amitriptylinu, imipraminu, citalopramu, venlafaxinu, mirtazapinu, tianeptinu, moklobemidu) a stabilizátorů nálady (lithia, valproátu, olanzapinu) na aktivitu vybraných enzymů byly studovány v hrubé mitochondriální frakci izolované z prasečích mozků diferencíální centrifugací. Aktivity enzymů citrátového cyklu (citrátsyntázy a sukcinátdehydrogenázy) a enzymů respiračního elektronového transportního řetězce (komplexu I (NADH-ubichinon-oxidoreduktázy), komplexu II (sukcinát-ubichinon-oxidoreduktázy) a komplexu IV (cytochrom c oxidázy)) byly měřeny spektrofotometricky. Vzorky byly porovnávány s kontrolami a statistická významnost byla hodnocena pomocí Wilcoxonova párového testu; bylo provedeno 5 – 10 nezávislých měření.

Dýchání mitochondrií, tj. celková aktivita systému oxidační fosforylace (OXPHOS), bylo měřeno elektrochemicky jako kinetika spotřeby kyslíku v přítomnosti různých substrátů a inhibitorů OXPHOS. Byl měřen vliv testovaných látek na respirační stav podporovaný 1. pyruvátem a malátem a 2. sukcinátem.

## **Výsledky**

Změřili jsme účinky různých antidepresiv a stabilizátorů nálady na aktivitu komplexů respiračního řetězce, citrát-syntázy a sukcinátdehydrogenázy. Výsledky ukazují, že všechny dosud testované látky zvyšují aktivitu citrát-syntázy, významně pro olanzapin a citalopram. Aktivita sukcinátdehydrogenázy byla výrazně zvýšena pouze u olanzapinu. Naopak, aktivita komplexů respiračního řetězce byla vlivem testovaných látek obvykle snížena.

Statisticky významné snížení aktivit bylo zjištěno u komplexu I pro desipramin > imipramin > amitriptylin > valproát > citalopram > mirtazapin. U komplexu II bylo pozorováno významné snížení aktivity pro imipramin > amitriptylin. U komplexu IV byly statisticky významně ovlivněny tyto enzymy: olanzapin > mirtazapin > imipramin > desipramin > tianeptin > amitriptylin > lithium > valproát.

Dýchání mitochondrií bylo měřeno jako rychlost spotřeby O<sub>2</sub>. Kinetika spotřeby kyslíku ukázala inhibiční působení studovaných psychofarmak na celkovou funkci OXPHOS. Nejvýraznější inhibice byla pozorována pro tianeptin.

### **Závěr**

Kromě studií sledujících aktivitu MAO existuje velmi málo dat, která porovnávají účinky antidepressiv nebo stabilizátorů nálady na ostatní mitochondriální enzymy. Zjistili jsme, že *in vitro* účinky antidepressiv a stabilizátorů nálady zahrnují změny mitochondriální funkcí. Potvrzuje to předpoklad, že účinky antidepressiv a stabilizátorů nálady mohou být spojeny s ovlivněním energetiky synapsí a s ochranou neuronů proti poškození volnými radikály generovanými dysfunkčním mitochondriálním elektronovým transportním řetězcem (Wang 2007). Zavedené metody měření jsou funkční a aktivity mitochondriálních enzymů lze s jejich pomocí dále testovat jako biologické markery poruch nálady nebo prediktory účinnosti farmakologické léčby. Na základě dosud získaných výsledků se pro studium mitochondriálních dysfunkcí v krevních elementech osob s poruchami nálady hodí nejlépe tyto enzymy: monoaminoxidáza, citrátsyntáza, NADH-dehydrogenáza a cytochrom c-oxidáza.

*Podpořeno společností Zentiva, a.s. a výzkumným záměrem MSM0021620849.*

### **Literatura**

Duman RS, Heninger GR, Nestler EJ: A molecular and cellular theory of depression. Arch. Gen. Psychiatry 1997; 54: 597–606.

Fišar Z, Hroudová J: Intracellular signalling pathways in mood disorders. Folia Biologica 2010; 56: in press.

Kato T, Kato N: Mitochondrial dysfunction in bipolar disorder. Bipolar Disord. 2000; 2: 180–190.

Stork C, Renshaw PF: Mitochondrial dysfunction in bipolar disorder: evidence from magnetic resonance spectroscopy research. Mol. Psychiatry 2005; 10(10): 900–919.

Wang J-F: Defects of mitochondrial electron transport chain in bipolar disorder: implications for mood-stabilizing treatment. Can. J. Psychiatry 2007; 52(12): 753–762.

## Summary

### EFFECT OF ANTIDEPRESSANTS AND MOOD STABILIZERS ON ACTIVITY OF MITOCHONDRIAL ENZYMES

Mitochondrial dysfunctions are concerned in a range of diseases, neurodegenerative and psychiatric disorders included. Impaired functions of mitochondria lead to decreased ATP production as well as changes of intracellular calcium, increased production of free radicals and oxidative stress. It is suggested that changes in energy metabolism participate in the origin of mood disorders and are included in therapeutic or side effects of antidepressants and mood stabilizers. We measured *in vitro* effects of pharmacologically different antidepressants and mood stabilizers on the activities of mitochondrial enzymes: selected enzymes of citrate cycle, and respiratory chain complexes. Kinetics of oxygen consumption by mitochondria at different conditions was measured, as well. Results demonstrate increased activity of citrate synthase, significantly decreased activities of respiratory electron transport chain complexes I and IV, and decreased total oxygen consumption. Effects on monoamine oxidases were found to be inhibitory. Thus, *in vitro* effects of antidepressants and mood stabilizers on mitochondrial enzymes are functional and activities of those enzymes can be further tested as potential biological markers of mood disorders or targets of drugs. Based on this, we are going to test selected mitochondrial functions *in vivo* in blood platelets of patients in depressive episode.

**Key words:** mood stabilizers; antidepressants; electron transport chain complexes; citrate synthase; monoamine oxidase

# ZMĚNY AKTIVIT MONOAMINOXIDÁZY, CITRÁTSYNTÁZY A ENZYMŮ RESPIRAČNÍHO ŘETĚZCE ZPŮSOBENÉ ANTIDEPRESIVY A STABILIZÁTORY NÁLADY

J. Hroudová<sup>1</sup>, Z. Fišar<sup>1</sup>, J. Raboch<sup>1</sup>, H. Hansíková<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psychiatrická klinika a <sup>2</sup>Klinika dětského a dorostového lékařství, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká Republika

## Úvod

Afektivní poruchy jsou vážná psychiatrická onemocnění, přesto jejich patofyziologie není dostatečně známa a biologické markery a prediktory úspěšnosti terapie jsou stále hledány. Při studiu biochemických základů poruch nálady vycházíme hlavně z mechanismu účinků farmakologicky odlišných antidepresiv a ze současných hypotéz poruch nálady, především zdokonalené monoaminové hypotézy, neurotrofní hypotézy (Duman et al. 1997) a hypotézy o mitochondriální dysfunkci (Kato and Kato 2000). Vzájemné provázání biochemických signálních cest spojených s transdukcí signálu a změny související se synaptickou plasticitou a účinky antidepresiv ukazují, že mitochondriální enzymy mají významnou úlohu v těsném spojení mezi mechanismy plasticity neuronů, účinky stresu, mechanismy účinků antidepresiv a patofyziologií deprese (Fišar and Hroudová 2010).

## Cíle

Naším cílem je zjistit, zda antidepresiva a stabilizátory nálady ovlivňují mitochondriální funkce. Sledujeme *in vitro* účinky antidepresiv a stabilizátorů nálady na aktivitu mitochondriálních enzymů: 1. monoaminoxidázy typu A (MAO-A) a typu B (MAO-B); 2. citrát syntázy (klíčový enzym citrátového cyklu); 3. komplexů I, II a IV respiračního řetězce. Na základě dosažených výsledků chceme sledovat *in vivo* účinky psychofarmak v krevních elementech osob s bipolární afektivní poruchou v depresivní epizodě a v remisi.

## Metody

Účinky farmakologicky odlišných antidepresiv a stabilizátorů nálady byly měřeny v hrubé mitochondriální frakci, která byla získána z šedé hmoty prasečích mozků diferenciací centrifugací. Aktivita obou izoform monoaminoxidázy byly stanoveny radiochemicky, s použitím <sup>14</sup>C značených substrátů – serotoninu pro MAO-A a fenylethylaminu pro MAO-B. Pro jednotlivé látky byly stanoveny inhibiční konstanty ( $IC_{50}$ ) a kinetické parametry ( $K_m$ , Michaelisova konstanta a  $V_{max}$ , maximální rychlost reakce), ze kterých byl určen typ inhibice (kompetitivní, nekompetitivní, akompetitivní a smíšená). Aktivita enzymů citrátového cyklu a jednotlivých komplexů respirač-



ního řetězce byla měřena spektrofotometricky. Vzorky byly porovnány s kontrolami; statistická významnost byla hodnocena pomocí Wilcoxonova párového testu.

## **Výsledky**

Byly měřeny aktivity mitochondriálních enzymů po inkubaci s antidepresivy (desipramin, amitriptylin, imipramin, citalopram, fluoxetin, venlafaxin, mirtazapin, tianeptin, moklobemid, reboxetin) a stabilizátory nálady (lithium, valproát, olanzapin). Všechna testovaná antidepresiva vykazala inhibiční efekt na aktivitu MAO. U jednotlivých látek byla stanovena inhibiční koncentrace  $IC_{50}$  a určen typ inhibice pro MAO-A a MAO-B. Výsledky byly odeslány do tisku. Aktivita citrát syntázy byla mírně zvýšena u všech testovaných látek s výjimkou mirtazapinu, moklobemidu a lithia. Protikladem ke zvýšené aktivitě enzymu citrátového cyklu bylo snížení aktivit enzymů respiračního řetězce; statisticky významně byly ovlivněny především komplexy I a IV.

## **Závěr**

Účinky antidepresiv a stabilizátorů nálady na mitochondriální enzymy jsou dobře měřitelné. Nejvíce ovlivněny byly aktivity MAO a komplexu I a IV elektronového transportního řetězce. Účinky antidepresiv a stabilizátorů nálady na tyto enzymy sice nejsou specifické, ale předpokládáme, že měření jejich aktivit v kombinaci s dalšími nitrobuněčnými parametry by mohlo být vhodné pro hledání nových biologických markerů poruch nálady a prediktorů účinnosti antidepresiv.

**Podpořeno společností Zentiva, a.s. a výzkumným záměrem MSM0021620849.**

## **Literatura**

Duman RS, Heninger GR, Nestler EJ: A molecular and cellular theory of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:597-606.

Fišar Z, Hroudová J: Common aspects of neuroplasticity, stress, mood disorders and mitochondrial functions. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2010; 52: in press.

Kato T, Kato N: Mitochondrial dysfunction in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2000; 2: 180-190.

## Summary

### CHANGES IN ACTIVITY OF MONOAMINE OXIDASE, CITRATE SYNTHASE AND ENZYMES OF RESPIRATORY CHAIN INDUCED BY ANTIDEPRESSANTS AND MOOD STABILIZERS

We investigate *in vitro* effects of pharmacologically different antidepressants and mood stabilizers on mitochondrial enzymes (monoamine oxidase, citrate synthase, and complexes of electron transport chain). Our aim is to find enzymes that are significantly *in vitro* affected by antidepressants and mood stabilizers. Effects of drugs on enzyme activities were measured in brain mitochondria; monoamine oxidase activity was determined radiochemically, activities of respiratory chain complexes and citrate synthase were measured spectrophotometrically. Effects of antidepressants on monoamine oxidase were found to be inhibitory. Further, our results demonstrated significant decrease of respiratory chain complexes I and IV. We concluded that monoamine oxidase, complex I and complex IV may be further tested as potential biological markers in blood elements of patients in depressive episode.

**Key words:** mood stabilizers; antidepressants; monoamine oxidase; mood disorders

# KOGNITIVNÍ DEFICIT V EUTHYMNÍ FÁZI BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY: VÝSLEDKY PILOTNÍ STUDIE

J. Hubeňák, J. Bažant, I. Tůma

*Psychiatrická klinika LF UK a Fakultní nemocnice v Hradci Králové, Hradec Králové, Česká republika*

## Cíle

Cílem práce bylo zhodnotit kognitivní výkon u pacientů v euthymní fázi bipolární poruchy a objasnit, nakolik je kognice ovlivněna přítomností metabolického syndromu.

## Metody

Projekt byl realizován formou otevřené studie. Zařazeni byli ambulantní pacienti Psychiatrické kliniky LF UK a Fakultní nemocnice Hradec Králové, kteří vyslovili souhlas s účastí ve studii a podepsali informovaný souhlas. Podmínkou zařazení byla euthymní fáze bipolární poruchy, věk 18 a více let, thymoprofylaxe lithiem, valproátem či karbamazepinem, hladina thymoprofylaktika v rozmezí terapeutických hodnot a euthyreóza. Nebyli zařazeni pacienti nesplňující výše uvedená kritéria. Aktuální psychopatologie byla hodnocena objektivními škálami: Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Positive and Negative Symptom Scale (PANSS), Manic State Rating Scale (MSRS). K hodnocení kognitivních funkcí byla sestavena neuropsychologická baterie obsahující testové metody: Paměťový test učení, Číselné řady (Digit Span), Prostorový rozsah (Spacial Span), Test stálosti výkonu (Continuous Performance Test, CPT), Test londýnské věže (Tower of London), Test třídění wisconsinských karet (Wisconsin Card Sorting Test, WCST). Kognitivní výkon jsme posuzovali oproti normám zdravé populace pro daný věk, případně pro daný věk a dosažené vzdělání (WCST). Byly provedeny krevní odběry ke stanovení celkového cholesterolu, triglyceridů, HDL, LDL, glykémie a hladiny sledovaného thymoprofylaktika. Dále bylo provedeno fyzikální vyšetření obvodu pasu, tělesné výšky, hmotnosti a krevního tlaku. Přítomnost metabolického syndromu byla stanovena dle kritérií NCEP – ATP III z roku 2002. V této pilotní studii byli pacienti vyšetřeni jednorázově.

## Výsledky

Zařazeno bylo celkem 25 pacientů. Z toho 14 žen a 11 mužů. Průměrný věk byl 59,76 let (SD 12,56, MED 59). 16 pacientů bylo na terapii lithiem, 6 pacientů na terapii valproátem a 3 pacienti na medikaci karbamazepinem. Z hlediska thymoprofylaxe šlo o monoterapii, ale navíc byli někteří pacienti přidatně medikováni antidepresivy a antipsychotiky. Statisticky významné snížení výkonu bylo shledáno ve verbální paměti a jejích složkách (okamžité

vybavení, celková kapacita, krátkodobé a oddálené vybavení). Statisticky významné oslabení kognice jsme našli také v exekutivních funkcích, psychomotorickém tempu a pozornosti (zpomalená reakční doba, kolísání výkonu v čase). Ženy oproti mužům vykazovaly sníženou kvalitu plánování. Průměrný Body Mass Index (BMI) byl 27,44 (SD 4,49, MED 26,89). 10 pacientů z celého souboru splnilo kritéria metabolického syndromu (MS) a u zbylých 15 pacientů nebyl MS plně vyjádřen. Pacienti s MS vykazovali oslabení v testech vizuální pracovní paměti, měli snížené psychomotorické tempo a jejich výkon kolísal v čase v porovnání s pacienty bez plně vyjádřeného MS.

### **Závěr**

Výsledky práce poukazují na existenci snížené kognitivní výkonnosti u pacientů v euthymní fázi bipolární afektivní poruchy. Postiženy jsou zejména verbální paměť, exekutivní funkce, psychomotorické tempo a pozornost. Přítomnost metabolického syndromu vede k dalšímu zhoršení kognitivního výkonu.

### **Souhrn**

Bipolární afektivní porucha je v akutních fázích, manické i depresivní, provázena částečně reverzibilním úbytkem kognitivních funkcí. Po odeznění akutní fáze choroby úbytek v jisté míře zůstává natrvalo. Výzkum, zejména v posledním desetiletí, poukazuje na nálezy poruch verbálního učení, paměti, pozornosti a exekutivních funkcí v období remise poruchy (euthymní fáze). Tento deficit způsobený samotnou chorobou je většinou mírný, ale i tak zhoršuje společenské uplatnění nemocného a může za spolupůsobení dalších faktorů vést k jeho invalidizaci. Deficit je dále prohlubován účinkem thymostabilizérů, anamnézou psychotických epizod, dobou rozvoje a perzistence choroby a dalšími faktory. Neznámou oblastí je vliv přítomnosti metabolického syndromu či jen alterace některé z jeho složek na kognici bipolárních euthymních pacientů.

**Klíčová slova:** bipolární porucha, euthymní fáze, kognitivní deficit

### **Summary**

#### **COGNITIVE IMPAIRMENT IN EUTHYMIC PHASE OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER: PILOT STUDY**

Acute phases of bipolar affective disorder are accompanied by cognitive decline, which is reversible in part. However, cognition remains partially

impaired, though in remission (euthymic phase). Recent research suggests impairment in verbal learning and memory, in attention and executive functions. Decline in cognition caused by bipolar disorder itself is for the most part mild, nevertheless may worsen psychosocial function. Among contributing factors of impaired cognition belong thymoprophylactic action, former psychotic episodes, age of onset and a time of bipolar disorder's persistence and other factors. Influence of metabolic syndrome on cognition in euthymic phase was not well known yet. Our results confirm recent findings in literature. Neurocognitive testing in research subjects unveiled deficits in verbal memory, executive functions, psychomotor speed and attention. The metabolic syndrome may worsen performance in psychomotor speed, visual working memory and cause fluctuations of performance.

**Keywords:** bipolar disorder, euthymic phase, cognitive impairment

# NOVÝ TRESTNÍ ZÁKON A JEHO DOPADY NA ZNALECKÉ POSUZOVÁNÍ

K. Hynek, J. Raboch

*Psychiatrická klinika 1LF UK, Praha, Česká republika*

## Duševní porucha § 123

■ Duševní poruchou se rozumí mimo duševní poruchy vyplývající z nemoci i hluboká porucha vědomí, mentální retardace, těžká asociální porucha osobnosti nebo jiná těžká duševní nebo sexuální odchylka

### Duševní poruchy

- 1. duševní nemoci
- 2. poruchy vědomí
- 3. mentální retardace
- 4. těžké asociální poruchy osobnosti
- 5. jiné těžké duševní nebo sexuální odchylky

### Vymezení duševní poruchy

■ Obecný pojem jako pojem nadřazený všem podřazeným typům uvedených výše

- Možná kombinace typů poruch
- Možné vzájemné ovlivnění typů

■ Vyplývá z :

- Psychologicko-juristického hlediska
- Aktuálního medicínsko-psychiatrického poznání

■ Terminologie ICD-10

■ Event. DSM IV

■ Duševní porucha, nikoliv nemoc

■ ICD 10 – pouhý pozitivistický výčet příznaků soudu nestačí, je nutné odborné posouzení příčin, léčitelnosti apod., aby soud mohl rozhodnout o nepřičetnosti.

■ Pouhý odkaz na diagnózu nestačí.

■ Nelze se spolehnout na medicínskou autoritu znalce, ale je nutné, aby znalec měl znalosti i v oblasti trestního řízení.

■ Nelze považovat diagnózu za dogma

■ Důležité je soustředit se na vyjádření intenzity duševní poruchy (švédský zákonodárce), než na samotnou diagnózu.

## **Klasifikace duševních poruch vyplývajících z 1. duševní nemoci (nezávislé na lidské vůli ovlivňující rozpoznávací a ovládací schopnosti)**

■ Exogenní psychózy, vyvolané organickým poškozením, intoxikací, epilepsií, rozpadem osobnosti např. v důsledku arteriosklerózy.

■ Endogenní psychózy – schizofrenie, maniodepresivita

■ Stav v alkoholovém či drogovém opojení v důsledku nichž dojde k otravě organismu

■ Geneticky podmíněné nemoci – Downův, Klinefelterův syndrom

## **Duševní porucha vyvolaná 2. hlubokou poruchou vědomí vedoucí k podstatnému omezení duševních schopností**

■ U úplného bezvědomí chybí subjektivní stránka, není nutné tedy zkoumat

■ Dezorientace podmínkou

■ Není původ v somatickém onemocnění

■ Duševně zdravý v extrémně zátěžové situaci překračuje normální projevy

■ V Německu spánková deprivace, opilost, hypnóza, somnambulismus

## **Duševní porucha způsobená 3. mentální retardací**

■ Primární retardace organického nebo psychosociálního původu z horní hranice IQ do 70

## **Duševní porucha v důsledku 4. těžké asociální poruchy osobnosti**

■ Cleckey H. – Morální idiot – 60 let – netrpí psychózou

■ Koncept psychopatického pachatele provádějící brutální zločiny

■ Netrpí psychózou, ale je neschopný empatie, lže, egocentrik, nezodpovědnost, neschopnost trvalých vztahů, nízká frustrační tolerance, chybí pocit viny.

■ Impulzivita, agresivita, celoživotní kriminalita (antisociální osobnost DSM IV, disociální osobnost ICD 10)

## **5. Jiné těžké duševní nebo sexuální odchylky.**

■ Všechny zbylé neuvedené výše

■ Nejrůznější druhy neuróz

■ Poruchy chování v dospívání

■ Nutkavé, kverulantské až paranoidní jednání

■ Depresivní reakce se suicidálními tendencemi

■ Sexuální deviace viz. Následné sdělení.

## **§ 26 – nepřičetnost**

■ Kdo pro duševní poruchu v době činu nemohl rozpoznat jeho protiprávnost nebo ovládat své jednání není za tento čin trestně odpovědný

## **§ 27– zmenšená přičetnost**

■ Kdo v době činu pro duševní poruchu měl sníženou schopnost rozpoznat jeho protiprávnost nebo ovládat své jednání je zmenšeně přičetný

## **§40 – Ukládání trestu pachateli se zmenšenou přičetností**

■ Pokud si zmenšenou přičetnost nepřivodil z nedbalosti vlivem návykové látky

■ Pokud uložené OL zajistí nápravu

■ **Sníží trest i pod dolní hranici sazby**

## **§ 47 upuštění od potrestání za současného uložení OL nebo zabezpečovací detence**

■ § 48 podmíněčné upuštění od potrestání s dohledem

■ § 97 ukládání ochranných opatřeních

■ § 98 druhy ochranných opatřeních

■ § 99 ochranné léčení

■ § 100 zabezpečovací detence

## **Literatura**

■ Trestní zákon a trestný řád platný od 1.1.2010

■ Výkladová ustanovení – Šámal, Válková

## **Summary**

### **THE ARTICLE DEAL WITH APPLICATION OF THE NEW CRIMINAL LAW VALID FROM 1ST OF JANUARY 2010 IN CZECH REPUBLIC**

There are new interpretation of psychiatric disorders including mental desoares disturbances of consciousness mental retardation, sexual deviations, and also asocial disorders of personality. § 26 – Unresponsibility – has a new definition for unlawful behavior not antisocial but antilegal behavior. The severe antisocial personality disorders are evaluated as a reason to restricted liability. (cf. for the details see Šámal, Válková: Výkladová ustanovení nového trestního zákona a trestního řádu )



## NĚKOLIK MYŠLENEK A ZKUŠENOSTÍ Z PSYCHOTERAPIE SCHIZOFRENIE

V. Hyrman

*soukromý psychiatr, Vancouver, BC, Kanada*

Pokud se díváte na schizofrenii jako organickou, biologickou nemoc, psychoterapie nedává smysl. Nabízím jiný model, který se mi osvědčil a dvě kasuistiky pro ilustraci.

Schizofrenii lze chápat jako chaotickou činnost mysli a tedy i mozku.

Naše mozky mají dvě opačné vlastnosti. Jedna je stálost, což znamená tendenci myslet a jednat stejným způsobem jako dříve, druhá je nestálost, takže nemyslíme a nechováme se pořád stejně. Bez stálosti je chaos, bez nestálosti rigidita, nedostatek tvořivosti a adaptace na změny.

Pokud se nám vše daří a potvrzuje naše očekávání, není třeba změny a stálosti přibývá. Pokud se nám nic nedaří a nic nedává smysl, je třeba změny a nestálosti přibude. Když jí přibude přespříliš, nic už nedává smysl a nic jiného taky ne, máme tu psychózu a říkáme jí schizofrenie.

Všimněte si, že jsou tu dvě dimenze vedoucí k chaosu. Jedna je neschopnost předvídat co se stane, či rozumět tomu co se děje. Druhá je nespokojenost s tím co se děje, čeho člověk dosahuje,

Ta první kasuistika se zabývá tou první dimenzí, druhá tou druhou.

S pacientkou J.C. jsem se seznámil na psychiatrickém oddělení univerzitní nemocnice v Uppsale ve Švédsku začátkem roku 1970. Byla to nepřilíš atraktivní blondýna, asi 20letá, která tam už byla přes půl roku, hodně kouřila, moc nemluvila, když tak nesmysly. Diagnosa hebefrenie, léky všechny, žádné zlepšení. Případ presentován na týdenní konferenci oddělení, navrženo přeložení do odkládací léčebny pro beznadějně případy.

V Československu jsem se zabýval psychoterapií schizofrenie a tak jsem vstal a lámanou švédštinou jsem položil otázku, zdali zkusili psychoterapii či rodinnou psychoterapii. Vysmáli se mi, ale řekli mi, at' si to zkusím (když jsem tak blběj). Napružil jsem se a do tý rodiny jsem šel. Byli na mě hodný, dávali mi dortíky a kafe, ale všichni mluvili zároveň. Tak jsem jim řek, že švédsky moc neumím, že potřebuju aby mluvili pomalu, zřetelně, a hlavně jenom jeden. Jinak vyhodím ruce nad hlavu a zařvu.

A fungovalo to. Párkrát jsem musel vyhodit ruce nad hlavu a zařvat, ale pacientka rozkvetla. Za 3 týdny ji propustili z nemocnice, na podzim šla zpátky na universitu a ještě dva roky potom co jsem odjel do Kanady mi psala, že je v pořádku.

Pro mě to byl objev. Vyjasnění komunikace v rodině může vyléčit hebefrenii na kterou stelazine or haloperidol je krátkej?

Druhá kasuistika. Muž který stál přes 6 milionů dolarů.

Pacienta D.C. jsem potkal poprvé na uzavřeném oddělení psychiatrické léčebny, Riverview Hospital, Port Coquitlam, BC, Kanada. Byl to 28 letý muž, který tam byl už 9 let. Byl uvázán, neb měl sklon k tomu aby se rozběhnul a narazit hlavou do zdi, nebo někomu ublížit, osm ošetřovatelů už bylo v neschopnosti kvůli jeho agresi. Odvázal jsem ho a domluvil mu.

Farmakoterapie u něj selhala, na neuroleptících vyvinul neuroleptický maligní syndrom a téměř umřel, před tím než jsem ho poznal. V psychoterapii jsem se soustředil na přijímání situace a vlastních schopností, které jsou omezené. On měl přehnané představy o svých schopnostech, neb on byl velice bystré dítě, daleko bystřejší než jeho bratr, který praktikuje jako rodinný lékař v BC.

Mluvil jsem s ním 3x týdně asi 3 měsíce a nemuseli jsme ho zavřít. Ošetřovatelé ho brali na procházky, ale jednou se vzepřel a oni ho odtáhli násilím zpátky na oddělení a způsobili mu modřiny na pažích. Jeho matka, ředitelka velké nemocnice nablízku, mocná to žena, trvala na tom, abych potrestal ty ošetřovatele.

Její syn, pacient D.C., byl při tom. A já jsem jí zepsul. Řekl jsem jí, že s jejím synem pracuju na přijímání nejenom jeho chyb ale také chyb druhých a že bych prosil aby mi v tom pomohla. Ti ošetřovatelé dělají co umí a nemají to lehký. Ona to pochopila, on se dále lepšil a když jsem odcházel z Riverview Hospital tak byl ubytován v polonezávislém ubytování místo uzavřeného oddělení.

V soukromé praxi mám asi 250 nových pacientů ročně. Nevybírám je, беру všechny co mi praktici pošlou. Za posledních 10 let jsem měl snad 4 schizofreniky, se kterými jsem si nevěděl rady a ten výše uvedený model nepracoval. Ač mám právo hospitalizovat pacienty, za posledních 17 let jsem to použil jednou. Ten pacient nebyl schizofrenik, tři týdny po propuštění se oběsil, což mě odradilo od spoléhání se na nemocnici. Ti čtyři schizofrenici

se kterými jsem si nevěděl rady, stále žijí a blbnou ve Vancouveru, občas o nich slyším, ale nic s tím nenadělám.

Děkuji za pozornost.

Václav Hyrman.

## **Summary**

### **A FEW THOUGHTS AND EXPERIENCES FROM PSYCHOTHERAPY OF SCHIZOPHRENIA**

Looking at schizophrenia as an illness, like a colon cancer, biological in nature, psychotherapy does not make sense. However, schizophrenia can be understood as a random, chaotic function of the brain or mind. Our brains and minds have two opposite qualities: Stability, that is the tendency to think and act the same way as before, and instability, the tendency to think and to act differently. The stability is there to keep our sanity, instability to make us creative and flexible.

When everything happens the way we expect and we are successful in every way, the stability increases. If nothing turns to be as expected and all we do turns to a disaster, there is a need for change and the instability increases. When the instability increases beyond manageable limits, you have schizophrenia.

In psychotherapy of schizophrenia, you can use this model to increase understanding and predictability, as well as acceptance and self-approval. Two cases of successful psychotherapy with this complex disease are presented, only a few unsuccessful ones are mentioned.

Vaclav Hyrman.

## ADHD U DOSPĚLÝCH (OČEKÁVANÉ NOVINKY V DSM-5)

S. Izsmánová

*Příjmové oddělení, Psychiatrická léčebna Praha-Bohnice, Česká republi-  
ka*

### Metodika

Návrhy zdokonalení diagnostického procesu ADHD pro DSM V verzi jsem zpracovala z webových stránek APA, otevřených do konce dubna 2010 k připomínkovaní.

### Diagnostika ADHD se zvláštním zřetelem k dospělému věku

Prevalence se pohybuje mezi 3-5%, výskyt je u obou pohlaví stejný. Za prediktory pokračování poruchy z dětství se považují: pozitivní rodinná anamnéza ADHD, nepříznivé životní podmínky, přítomnost psychiatrických komorbidit (zejm. poruchy chování, porucha opozičního vzdoru, úzkostné poruchy a poruchy nálady).

Mezi hlavní údaje, které podporují validitu diagnózy ADHD v dospělosti patří: podobnost symptomů s dětskou formou, funkční narušení v mnoha oblastech života, shodné neuropsychologické nálezy a odpověď na terapii stimulancii, srovnatelná s dětskou populací nemocných.

Na modifikaci a diverzitě klinického obrazu v dospělosti se podílí různý stupeň dozrávání mozku během adolescence, sociální vývoj a individuální schopnost rozvinout kompenzační mechanismy omezení, daných poruchou. Konečný obraz ADHD ovlivňuje i další psychické kvality, vyzrávající postupně v průběhu vývoje, jako je struktura osobnosti, temperament, emoční ladění a další. Jádrový neuropsychologický deficit představuje selhání kontroly inhibice, dysregulace systému odměny, deficit arousalu, aktivace a nasazení. Jde o poruchu fronto-subkortikální regulace kognitivních funkcí.

Mnoho dospělých s převažujícím kognitivním postižením (tedy s problémy se soustředěním a organizací svých aktivit) tak dříve unikalo zachytu a léčbě, protože nenaplňovaly diagnostická kritéria, opírající se hlavně o hyperaktivitu. Ta totiž odeznívá v dospělosti ve větší míře než symptomy nepozornosti a kognitivní poruchy, které vedou ke vzdělávacím potížím a sníženému sebevědomí. ADHD pak představuje rizikový faktor pro řadu druhů problematického chování.

**1. Porucha pozornosti v dospělosti** – s rostoucími nároky na adaptaci vede k obtížím s plánováním a realizací plánovaných aktivit

**2. Hyperaktivita v dospělosti** často (u šťastnějších jedinců) vede k workoholismu, způsobuje obtíže vydržet v klidu na pracovních schůzkách, subjektivně je často popisován vnitřní nepokoj nebo pocit obklíčenosti, který nutí ke změně situace

**3. Impulzivita v dospělosti** – experimentování s drogami a alkoholem, sexuální promiskuita, dále riskantní řízení automobilu, neuvážené změny zaměstnání a rozvody

### **Závěr**

Diagnóza ADHD u dospělých v MKN 10 není zahrnuta, je nahrazena nálepkou dissociální a emočně nestabilní poruchou osobnosti, nebo poruchami chování. Postup stanovení přesné diagnózy ADHD v dospělosti zahrnuje: zhodnocení všech položek vývojových kritérií podle DSM IV, tj. potvrzení začátku poruchy v dětském věku, potvrzení kontinuity symptomů v průběhu dospívání, zjištění současného počtu kritérií a zjištění závažnosti funkčního narušení. Diagnostika probíhá pomocí strukturovaného rozhovoru a sebehodnotících škál. Protože chybí dlouhodobé důkazy a standarty léčby, je diagnostika a léčba ADHD u dospělých odvozena od diagnostiky a léčby ADHD u dětí.

### **Literatura**

1. DSM 5: Options being considered for ADHD, APA, 2010, <http://www.dsm5.org>
2. V.Hort a kol., Dětská a adolescentní psychiatrie, Portál, 2000
3. ADHD u dospělých, Neurologie, Všeobecné lékařství, ZDN
4. M.Goetz, ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou, Galén

### **Souhrn**

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), označení ADHD pochází z diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (APA) DSM. V MKN-10 se s pojmem ADHD nesetkáme, ale částečně se s ním překrývá pojem Hyperkinetické poruchy. Koncept poruchy prošel od r.1930, kdy byl poprvé konzistentní syndrom popsán, dlouhým vývojem, který odráží i geneze označení, pod kterým byly příznaky hyperaktivity, nepozornosti a impulzivity sdruženy. S projevy ADHD se můžeme setkat i v dospělosti, kdy tato porucha významně narušuje kvalitu života pacienta. ADHD u dospělých je považováno za perzistující formu poruchy z dětství. ADHD u dospělých podle DSM IV. má jasnou charakteristiku (musí být přítomno alespoň 12 chronických příznaků ze skupiny A, a to výrazně častěji, než u ostatních lidí v téže populaci, dále musí být splněna kritéria skupiny B a C). Podle převahy postižení jednotlivých příznaků uvádí DSM IV 3 základní subtypy ADHD (typ s převažující nepozorností + kognitivním postižením + neschopností organizovat si věci, typ s převažující hyperaktivitou a impulzivitou a typ smíšený). S nově vznikající DSM V bylo navrženo několik úprav, směřujících ke zvýšení přehlednosti a výtěžnosti diagnostiky ADHD stávající klasifikace DSM IV, u které je kritizována

zejména existence překrývajících se kritérií, existence falešně pozitivních kritérií, příliš velký počet a nevalidní obsah kritérií, nutný ke stanovení diagnózy (s návrhem snížení počtu kritérií u smíšené formy ADHD z 6 na 3 z každé skupiny) a v neposlední řadě nízká věková hranice vzniku nemoci (s návrhem zvýšení této hranice na 12 let věku). Další kritikou je přecenění významu impulzivity a naopak podcenění významu nepozornosti při diagnostice. Právě nepozornost perzistuje do dospělosti nejvýrazněji, s čímž souvisí i návrh nové diagnózy ADD (Attention Deficit Disorder), u které je zvýrazněn deficit v regulaci kognitivních funkcí. Zajímavým návrhem je zdokonalení dosavadních kritérií, vedoucí ke zjednodušení diagnostického procesu pro lékaře, neboť více specifická kritéria mohou vést k větší spolehlivosti při stanovení diagnózy.

**Klíčová slova:** ADHD, DSM IV versus DSM V, diagnostika ADHD perzistující do dospělosti

## Summary

The author gives an account on differences between ADHD (DSM IV) form and ADHD (DSM V) form, the emphasize is given on criticism of existing DSM IV form and options being considered. The main criticisms are: Criteria are sparsely described. Certain manifestation of adult ADHD are not well represented in the criteria. The large number of criteria is difficult for clinicians to remember. The new options are: New diagnosis ADD – Attention Deficit Disorder. Increase age of onset of symptoms to be present on or before age 12. Lower threshold for combined ADHD from 6 to 3 endorsed criteria from each element. Takes account of research findings that impairment commonly persists after age 18, even though symptoms decline in number. The author points up the inclusion of ADHD into ICD-10, where the diagnosis is missing.

**Key words:** ADHD, ADD, criticism of DSM IV form, options for DSM V form

## **RYCHLEJI PŮSOBÍCÍ PSYCHOFARMAKA – JINÝ MECHANIS- MUS ÚČINKU?**

L. Janů

*Psychiatrická klinika FN a LF UK v Plzni, Plzeň, Česká republika*

Rychlost nástupu účinku psychofarmak je klíčový problém současné psychofarmakoterapie. Nejen u pacientů s těžkým průběhem onemocnění znamená rychlejší nástup účinku, a tak také kratší čas v nemoci, snížení zatížení pacienta, rizik nemoci (sebevražedné jednání, doba práceneschopnosti...) a ekonomické zátěže společnosti. Přestože již Delay v roce 1952 popisoval u chlorpromazinu časný nástup účinku během dní a přestože máme k dispozici řadu studií o účinku antipsychotik na psychotický neklid během desítek minut až hodin, ve většině učebnic je popisována prodleva v účinku antipsychotik i antidepresiv.

Další význam časného nástupu účinku je v jeho predikčních možnostech. Pokud bychom využívali škál, mohli bychom již po prvním, nejdéle druhém, týdnu stanovit zejména ty pacienty, kteří na podávané antipsychotiku v dané dávce reagovat nebudou. Stejná situace platí i u antidepresiv, pouze (jako většinou) je dat méně.

Rychlý nástup účinku ale není prokázán u všech farmak. Některá se chlubí rychlejším nástupem účinku než jiná. Toto platí zejména u antidepresiv. S rychlejším nástupem účinku bývá spojován zejména escitalopram, venlafaxin, mirtazapin a někdy také další látky. Otázkou zůstává, jakým mechanismem dochází k rychlejšímu nástupu účinku. Diskutován je mechanismus zprostředkovaný 5-HT<sub>7</sub> a 5-HT<sub>1a</sub> receptory, důležité je ovlivnění neurotrofních faktorů. Mechanismus může být zprostředkován ovlivněním cirkadiálních rytmů. Zde se již blížíme spíše mechanismu vzniku deprese jako nemoci. Účinnost jednotlivých antidepresiv je v těchto oblastech rozličná, nelze za zprostředkovatele rychlejšího nástupu účinku označit jeden mechanismus. Nicméně stále jsou některé biologické léčby považovány za rychleji účinné.

Poslední, jednoduchou a velmi významnou složkou rychlejšího nástupu účinku je míra antidepresivního vlivu. Není jistě náhodou, že potenciálně rychlejší antidepresiva jsou ta, která jsou účinnější nežli jiná a jsou zprávy o vyšší účinnosti u těžkých průběhů onemocnění. Literatury o rychlosti nástupu účinku psychofarmak v posledních letech přibývá, schází však konzistentní přehledná práce, kde by byly diskutovány jednotlivé mechanismy účinku.

## **Literatura**

Agid O, Kapur S, Arenovich T, Zipursky RB: Delayed-onset hypothesis of antipsychotic action – A hypothesis tested and rejected. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60:1228–1235.

Agid O, Seeman P, Kapur S: The „delayed onset“ of antipsychotic action – an idea whose time has come and gone. *J Psychiatry Neurosci* 2006;31(2):93-100.

Blier P: The pharmacology of putative early-onset antidepressant strategies. *European Neuropsychopharmacology* 2003, 13, 57–66

Kasper S, Spadone C, Verpillat C, Angst J: Onset of action of escitalopram compared with other antidepressants: results of a pooled analysis. *International Clinical Psychopharmacology* 2006, Vol 21 No 2, 105-110

Leucht S, Shamsi SAR, Busch R, Kissling W, Kane JM: Predicting antipsychotic drug response – Replication and extension to six weeks in an international olanzapine study. *Schizophrenia Research* 2008, 101, 312–319

Machado-Vieira R, Baumann J, Wheeler-Castillo C, Latov D, Henter ID, Salvadore G, Zarate CA: The Timing of Antidepressant Effects: A Comparison of Diverse Pharmacological and Somatic Treatments. *Pharmaceuticals* 2010, 3, 19–41

## **Summary**

### **FASTER ONSET OF ACTION – DIFFERENT PHARMACOLOGICAL MECHANISM?**

For years, it has been known that the „onset“ of the antidepressant (AD) and antipsychotic (AP) response is „delayed“. Faster onset of action is important regarding better outcome, risks and economic factors of not only depression and schizophrenia. Onset of action could be used as a predictive marker of final treatment outcome. Although there are many potential mechanisms of early onset of action, total size of treatment effect could be the most important. There is lack of consistent articles of mechanisms of action.

**Key words:** fast onset, antidepressants, antipsychotics



# PREFONTÁLNÍ AKTIVACE A CRAVING V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

L. Janů, J. Horáček, S. Racková, P.E. Váchová  
*Psychiatrická klinika FN a LF UK v Plzni, Plzeň, Česká republika*

## Úvod

Závislost na alkoholu je jednou z nejčastějších nemocí, stavy spojené s abuzem alkoholu jsou jednou z nejdražších nemocí. Výsledky výzkumu závislostí nejsou jednoznačné a spíše orientované na schopnost dodržovat dietní opatření = abstinenci. Není dostatek údajů k využití nových prostředků k individualizaci léčby.

Subjektivní prožitek potěšení je základní pro aktivaci systému odměn (motivační okruhy), je vyvoláván jídlem, pitím, zážitky a psychoaktivními látkami. Anhedonie (neschopnost zažít potěšení) je typická pro depresi, dystymii nebo dlouhodobě pro odvykací stavy, souvisí s cravingem, který významně snižuje úspěch léčby. Mezi klíčové struktury zprostředkovávající hedonické prožitky patří mediální prefrontální kortex a přední cingulum (Paulus 2007).

Orbitofrontální kortex a přední cingulum (frontální oblasti) jsou aktivovány u závislých při intoxikaci a během cravingu a deaktivovány během odnětí návykové látky. (Gaglish et al 2001, Goldstein et Volkow 2002). Důležitý je kompenzační mechanismus. S využitím SPECT (Single Photon Emission Computer Tomography) bylo zjištěno, že po 2 měsících relabující pacienti měli na počátku abstinence snížený rCBF (průtok krve mozkiem, zde vychytávání  $^{99m}\text{Tc}$ -Bicisate) v mediálním frontálním laloku bilaterálně oproti abstinujícím (Noel et al 2002).

U pacientů se závislostí na alkoholu je dokumentována ztráta objemu čelních laloků, hippokampu, kůry temporálně a mozečku. Míra ztráty koreluje s mírou/dobou abuzu, je vyšší u starších. (Pfefferbaum et al 1998). Během prvních měsíců abstinence byl zaznamenán nárůst objemu přední šedé kůry. Neuronální regenerace je zřejmě rozsáhlá a atrofie reverzibilní. Po 2 měsících ale ještě nebyla změna objemu šedé hmoty patrná (Bendszus et al 2001, Agartz et al 2003) Během dopaminergní aktivace (intoxikací) se sníží inhibice amygdaly zprostředkovaná prefrontálním kortexem. Pokud je nadřazená funkce frontálního kortexu potlačena (pacienti se závislostí), nemůže být dostatečná jiná motivační a sebekontrolující činnost.

V přehledu 52 zobrazovacích vyšetření (Dom et al 2005) byl orbitofrontální kortex hypoaktivní po detoxifikaci ve srovnání s kontrolami. Souvislost hyperaktivity a cravingu nebo zvýšení po podnětu byla již méně přesvědčivá. Alkoholici vystaveni podnětu měli zvýšenou aktivitu ve frontálním

kortexu a předním thalamu. Tyto oblasti mozku jsou spojovány s regulací emocí, pozorností a podněcovaným chováním (George et al 2001). Laterální prefrontální kortex je důležitou komunikační strukturou a moduluje motivaci a sebekontrolu. (Goldstein et al 2007). Mezi cravingem a rCBF v levém orbitofrontálním kortex je známá souvislost. (Daglish et al 2003)

Přetrvávající snížení aktivace frontálních struktur během léčby lze považovat za nízkou schopnost aktivace systémů odměn a tedy i nízkou schopnost zvládat craving. To vede k přerušení léčby nebo brzkému porušení abstinence. Koregistrace PET/CT s 2-deoxy-2-[ $^{18}\text{F}$ ] fluoro-D-glukozou ( $^{18}\text{F}$ FDG, Positron Emission Tomography) je vhodným prostředkem pro stanovení zobrazovacích dat. (Schiffer et al 2005)

### **Hypotéza**

Objem a metabolismus (PET –  $^{18}\text{F}$ FDG) prefrontálního kortexu u závislých negativně koreluje s délkou a mírou abuzu alkoholu a se subjektivně prožívaným cravingem.

### **Metodika**

Po podrobném sdělení podmínek studie a podepsání informovaného souhlasu bude u pacientů se závislostí na alkoholu (dle MKN-10 i DSM-IV) se skončenou detoxifikací bez léčby LOCNS (léky ovlivňujícími centrální nervový systém) proveden koregistrovaný PET/CT scan v den 1 (zahájení léčby) a zopakován v den 42 (+5 dní = týden ukončení psychoterapeutické léčby za hospitalizace ve FN Plzeň) při trvající abstinenci. V den neurozobrazovacího vyšetření bude rovněž provedeno hodnocení psychopatologie pomocí škál (SDS – Zung Self Rating Depression Scale, BSCS – Brief Substance Craving Scale, CDRS – Cornell Dysthymia Rating Scale, CGI – Clinical Global Impression). Stav pacientů po 6 měsících a 1 roce bude zjišťován běžným dotazem telefonicky.

### **Soubor**

Pacienti s diagnostikovanou závislostí na alkoholu dle MKN-10 a DSM-IV léčení ve strukturovaném programu ve Fakultní nemocnici Plzeň (n=28) starší 18-ti let s podepsaným informovaným souhlasem. Ženy bez vhodné antikoncepce, těhotné, kojící, s přecitlivělostí na kontrastní látku nemohou do studie vstoupit.

### **Statistické zpracování**

Pro analýzu dat budou použity podle rozložení parametrické a neparametrické testy hodnocení jednoduchého třídění s následnými post hoc testy pro srovnání meziskupinových diferencí. ANOVA, t-test, korelační

analýza. Statické parametrické mapování, verze 5 (SPM5) bude použito pro hodnocení objemových charakteristik a metabolismu mozku.

Projekt je realizován ve spolupráci s Psychiatrickým centrem Praha (prof. Horáček).

### **Závěr**

V rámci sdělení budou prezentována první předběžná data ze studie. Dosud do studie vstoupilo 21 pacientů (k 25.3.2010). Finální zhodnocení dat proběhne před realizací posteru tak, aby bylo zahrnuto co nejvíce informací. Tyto výsledky budou první prezentací na psychiatrickém kongresu.

### **Literatura**

- Dom G, Sabbe B, Hulstijn W, Van den Brink W: Substance use disorders and the orbitofrontal cortex. *British J of Psychiatry* 2005, 187, 209-220
- Pfefferbaum A, Sullivan EV, Rosenbloom MJ, Mathalon DH, Lim KO. A controlled study of cortical gray matter and ventricular changes in alcoholic men over a 5-year interval. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 905 -12
- Schneider F, Habel U, Wagner M, Franke P, Salloum JB, Shah NJ, Toni I, Sulzbach C, Hönig K, Maier W, Gaebel W, Zilles K.: Subcortical Correlates of Craving in Recently Abstinent Alcoholic Patients. *Am J Psychiatry* 158:1075-1083, July 2001

### **Práce byla podpořena grantem MZ IGA NS 10253-3**

### **Summary**

#### **PREFRONTAL ACTIVATION AND CRAVING DURING THE TREATMENT OF ALCOHOL DEPENDENCY**

Alcohol addiction is one of the most frequent psychiatric disorders with high comorbidity, morbidity, mortality and loss of economic consequences. Current treatment is not sufficiently efficacious. The changes in prefrontal cortex activity, regarding craving, may be used as an important prognostic factor for addiction treatment outcomes. We evaluated frontal cortex volume and change in activation in 28 alcohol addict inpatients using PET/CT with 18FDG at the beginning (after detoxification) and at the end of addiction treatment. In the same time we used scales for craving and hedonia evaluation. Preliminary results of the study will be discussed.

**Keywords:** positron emission tomography, alcohol dependency, craving

## MOŽNOSTI PSYCHOTERAPIE PŘI KONZILIÍCH V PEDIATRII

D. Jelenová, M. Hunková, J. Praško

*Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika*

### Úvod

Umístění dítěte do nemocnice je výrazným zásahem do jeho života. Znamená separaci od rodiny, školy i vrstevnické skupiny dětí. Dětské pacienti navíc při kontaktu se zdravotnickým personálem často zažívají nejistotu, strach z bolesti, nepříjemných intervencí, z nichž málokteré přinášejí okamžitou úlevu. Psychiatrická konzilia na pediatrii jsou především realizována z důvodů poruch přizpůsobení, depresivního prožívání nebo úzkostných poruch, přičemž nezářídka jde o reakci na závažné somatické onemocnění. Častými klienty jsou adolescenti (13-15 let věku), většinou dívky. Přestože je možnost psychotherapeutického působení v průběhu konzilia (tj. obvykle jediného setkání) časově limitována, bylo prokázáno, že i jednorázová psychotherapeutická intervence může výrazně zmírnit následky traumatu, je-li vhodně provedena. (Yule, 1992)

### Možnosti psychoterapie

Psychotherapeutické možnosti závisí především na mentálním věku dětského pacienta. U mladších dětí je jedním z hlavních komunikačních prostředků hra. Herní terapie zdůrazňuje léčebný význam samotné herní aktivity dítěte, jeho spontánního a kreativního projevu, který vyjadřuje pozitivní potenciál dítěte. Dále se nabízejí relaxační postupy (nejpoužívanější je autogenní trénink J.H. Schultze), imaginativní techniky, interpersonální metody (psychodrama, psychogymnastika), arteterapie a sugestivní postupy. Motivační psychoterapie vhodně připravuje a motivuje pacienta k další léčbě. Krizová intervence si klade za cíl vnitřní stabilizaci, zklidnění a uvolnění emočního napětí ve zvláště náročných situacích. Podpurná psychoterapie užívá různé strategie, jejichž cílem je prostřednictvím citového odbřemenění, porozumění, rady a činu pomoci pacientovi překonat bezprostřední zátěžovou situaci. Terapeut zvažuje stupeň zátěže a nebezpečnosti situace pro pacienta, snaží se identifikovat spouštěče, které vedly ke krizi a zaměřuje intervenci na problém. Základní techniky podpory v krizi jsou uklidnění, sugesce, zásahy do prostředí postiženého, v nezbytných případech podání psychofarmak a doporučení krátkodobé psychiatrické hospitalizace. (Klimpl, 1998)

### Specifika kontaktu s dětským pacientem

Komunikace s menšími dětmi probíhá spíše prostřednictvím chování a vnějších projevů. Základním terapeutickým prostředkem při práci s mladšími dětmi je hra. Pomocí hry (např. s panenkou) můžeme s dítětem navá-

zat kontakt a také se dozvědět to, co dítě nedokáže sdělit přímo. Využívá se více praktického jednání, vyprávění a fantazie. S postupujícím věkem v souladu s rozvojem verbálních schopností dítěte narůstá důležitost „náhledu“ a terapie se stává více „rozhovorovou“. (Langmeier et al, 2000) Kontakt mohou komplikovat málo kontrolované projevy některých dětí – např. děti s regresivními projevy, se sníženou sebekontrolou, s agresivním nebo autoagresivním chováním. Starší děti a dospívající již používají ke komunikaci spíše verbální prostředky, kontakt s nimi však může být znesnadněn provokativním chováním a tendencí testovat hranice psychoterapeuta.

### **Práce s rodinou**

Rodinná terapie patří v pedopsychiatrii k zásadním terapeutickým postupům pro vytvoření interpersonálně příznivého prostředí pro život dítěte. Součástí práce s rodinou je edukace – např. poskytnutí a propracování informací a přístupu k dítěti s konkrétní nemocí. Při vážnějším onemocnění dítěte je zpravidla těžce zasažena celá rodina. Rodiče mohou procházet stejným stresem, jako kdyby onemocněli sami – rozvíjí se u nich často adaptační porucha s úzkostnou nebo depresivní reakcí. Proto potřebují podporu, jistotu, vysvětlení neznámých věcí. Nežádka se objevují u rodičů pocity viny, zda něco nezanedbali a dítěti tím nezpůsobili utrpení. Citlivá práce s rodinou významně přispívá ke stabilizaci psychického stavu dítěte.

### **Literatura**

Klimpl, P.: *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha, Grada Publishing 1998.

Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J.: *Dětská psychoterapie*. 2. vyd. Praha, Portál 2000. (2. vyd.)

Yule, W.: Post-traumatic stress disorder in child survivors of shipping disasters: The sinking of the „Jupiter“. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1992, 57, 200–205.

### **Summary**

## **PSYCHOTHERAPEUTIC OPTIONS IN PSYCHIATRIC CONSULTATIONS FOR PEDIATRICS**

A psychiatric examination of a child at pediatric hospital provides only limited options of psychotherapeutic interventions for the psychiatrist during a single session. If this child needs further psychiatric care (inpatient or outpatient) the most important aim is to prepare the child and motivate him for the future cooperation, assure him about the importance and confidentiality of such a relationship. If the child's mental condition doesn't

need more than this single session, it is advised to provide him support and understanding for his problems, and present rather solution focused brief therapy. During the single session it is possible to teach the child basic relaxation techniques for stress relief. Family psychotherapy offers a great possibility to ensure security within interpersonal environment of the child.

**Key words:** pediatrics, psychiatry, psychotherapy

## MITOCHONDRIE A DEMENCE

R. Jiráček<sup>1</sup>, Z. Fišar<sup>1</sup>, L. Wenchich<sup>2</sup>, J. Raboch<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psychiatrická klinika 1. LF UK Praha, Česká republika

<sup>2</sup>Klinika dětí a dorostu, mitochondriální laboratoř 1. LF UK Praha, Česká republika

### Souhrn

Mitochondriální dysfunkce představuje jeden z klíčových mechanismů, podílejících se na vzniku syndromu demence. Mitochondrie představují hlavní zdroj energie (ve formě ATP) pro mozek. V mitochondriích však vzniká také velké množství volných kyslíkových a dusíkových radikálů, okolí mitochondriálních membrán je výrazně prostoupeno volnými radikály. Oxidativní stres výrazně stoupá s věkem, podobně jako prevalence Alzheimerovy choroby a některých dalších demencí. Oxidativní stres působí postižení mitochondriální DNK. Tyto změny narušují mitochondriální energetický metabolismus a dále zvyšují oxidativní stres, což pak vede k porušení neuronální plasticity a k zvýšené neuronální apoptóze. U Alzheimerovy choroby se mitochondriální insuficience podílí na zvýšené tvorbě beta-amyloidu, a naopak, zvýšená tvorba beta-amyloidu (a obzvláště oligomerů beta-peptidu) ovlivňuje nepříznivě mitochondriální funkce a nemeuronální plasticitu. V současnosti je ověřováno několik farmak, zlepšujících různými mechanismy mitochondriální funkce u Alzheimerovy choroby a některých dalších demencí (latrepirdine (dimebon), koenzym Q10, kyselina lipová a další farmaka.

Je prezentováno několik výsledků sledování mitochondriálních enzymů u pacientů s Alzheimerovou chorobou, lehkou poruchou poznávacích funkcí amnestického typu a zdravých kontrolních osob.

***Podpořeno VZ MSM 0021620849.***

### Summary

Mitochondrial dysfunction is one of the crucial mechanisms in dementias. Mitochondrias are the main sources of energy in the brain, but also the major source of free oxygen radicals. Aging, main risk factor of Alzheimer's disease and some other dementias are associated with an increasing of oxidative stress, which can cause mitochondrial DNA changes. These changes impair mitochondrial energetic metabolism and increase oxidative damage, and also influence apoptotic processes and synaptic activities. In Alzheimer's disease there are mitochondrial functions substantially influenced by beta-amyloid and toxic oligomers of beta-peptide. In present time

there is verified the efficacy of some drugs influencing mitochondrial functions, for instance latrepirdine (dimebon), coenzyme Q10, lipoic acid and others.

There are introduce some results of our investigation of the functions of mitochondrial enzymes in dementias and healthy control subjects.

**Key words:** Alzheimer's disease, dementia, mitochondria.



## **NĚKTERÉ MECHANISMY NEURODEGENERACE PŘÍSPÍVAJÍCÍ K ROZVOJI SYNDROMU DEMENCE**

R. Jiráček, J. Raboch

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

V přehledovém referátu jsou rozebrány některé v současnosti zkoumané mechanismy neurodegenerace, které mohou vést k rozvoji nebo zhoršování demence. Jedním z těchto mechanismů je působení konečných produktů pokročilé glykace (AGE). Tyto látky, vznikající neenzymatickou vazbou cukrů (fruktóza, glukóza) na makromolekuly proteinů nebo lipidů. AGEs se vážou na své receptory (RAGEs), které jsou jednak membránově zakotvené, jednak solubilní. Jedním z ligandů pro RAGEs je také beta-amyloid. Aktivace RAGEs vede k aktivaci zánětlivých procesů. AGEs se podílejí na vzniku Alzheimerovy choroby, ale také diabetu mellitu, maligních nádorů, arteriosklerózy.

Zvýšená inzulínová rezistence mozkové tkáně se pravděpodobně uplatňuje u Alzheimerovy choroby (hovoří se dokonce o diabetu mellitu III. typu). V léčbě Alzheimerovy choroby, ale také jiných neurodegenerativních demencí jsou ověřovány účinky antidiabetik glytazonů.

Na neurodegeneraci se podílí nedostatek cGMP a cAMP; tyto látky jsou odbourávány fosfodiesterázami. U Alzheimerovy choroby se zjišťuje vyšší aktivita některých podtypů fosfodiesteráz, a klinicky jsou ověřovány efekty jejich blokátorů.

***Podpořeno VZ MSM 0021620849***

### **Summary**

#### **SOME MECHANISMS OF NEURODEGENERATION CONDUCTIVE TO THE DEVELOPMENT OF DEMENTIA SYNDROME**

Formation and accumulation of advanced glycation end-products (AGEs) in older people is able to cause degenerative changes in central nervous system. Some blockers of AGE receptors are proving in the treatment of Alzheimer's disease and other dementias in present time. Higher insuline resistancy in brain could also contribute to neurodegeneration. Some representatives of phosphodiesterases can deteriorate synaptic plasticity and transmission of signals between the neurons.

**Key words:** Advanced glycation end-products (AGEs), Alzheimer's disease, dementia, insulin resistance, phosphodiesterases.

## **CO MŮŽEME DNES NABÍDNOUT CHRONICKY NEMOCNÝM? SOUČASNÝ STAV PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR; NÁRODNÍ VÝ- SLEDKY PROJEKTU DEMOBINC.**

L. Kališová, J. Raboch, M. Černý, A. Nawka

*Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11, Praha 2, Česká re-  
publika*

### **Úvod**

Pacienti s chronicky probíhajícím onemocněním /zejména s diagnózou schizofrenie a schizoafektivní poruchy/ jsou často opomíjenou skupinou osob. Problematika péče o chronicky nemocné je velmi specifická a náročná, neboť ji komplikuje resistance na léčbu, přetrvávání symptomů, rozvoj negativní symptomatiky nebo například komorbidní abusus alkoholu či drog. Obecně lze konstatovat, že jde o nemocné s vysokou potřebou pomoci a péče, u nichž vzhledem k jejich zranitelnosti a snížené sociální adaptabilitě dané chorobou, může docházet také k porušování jejich práv. Péče o tuto skupinu nemocných představuje velkou zátěž pro zdravotnický systém a systém sociální péče /finanční i společenskou/.

V České Republice má v současné době nemocný vyžadující každodenní péči možnost (pokud není v silách rodiny péči o nemocného zvládnout), být hospitalizován na chronickém oddělení psychiatrických léčeben nebo v menší míře, zejména v poslední době, být umístěn v komunitním zařízení, např. v chráněném bydlení s každodenní supervizí.

V rámci mezinárodního projektu DEMoBinc probíhalo dotazování v zařízeních po celé ČR, ve kterých jsou umístěni pacienti s chronickým duševním onemocněním (1). Vedlejším produktem sběru dat pro účely projektu DEMoBinc byla možnost prakticky sledovat, jak u nás vypadá péče o zmíněnou skupinu nemocných. Prezentace se pokusí shrnout, na základě výsledků dotazníků a také vlastních zkušeností, současný stav a problematiku péče o dlouhodobě psychiatricky nemocné osoby v naší zemi.

### **Metoda a výsledky**

V průběhu projektu DEMoBinc byla oslovena všechna psychiatrická zařízení pro dospělé, která splňovala výzkumná kritéria, tj. zařízení pro minimálně 6 osob, ve kterých mohou být nemocní umístěni déle než 6 měsíců, přítomnost každodenní supervize nemocných (nejlépe 24 hodinovou péčí).

Data jsme získali dotazováním 20 manažerů oddělení psychiatrických léčeben a chráněných bydlení a v každém zařízení také podáním souboru dotazníků skupině 5 – 12 nemocných vybraných na podkladě randomizačního procesu.

Projekt DEMoBinc byl schválen etickou komisí 1. LF UK a VFN a dále také lokálními etickými komisemi jednotlivých psychiatrických zařízení. Všichni zúčastnění podepsali informovaný souhlas.

Vstupním podmínkám mezinárodního projektu DEMoBinc vyhovovalo 17 léčeben a 6 chráněných bydlení. Dvě psychiatrické léčebny se odmítly do studie zapojit /jedna léčebna odmítla před začátkem projektu, jedna odstoupila v během projektu/, v jednom chráněném bydlení nebyla v průběhu projektu splněna podmínka minimálního počtu osob, proto bylo také vyloučeno. Celkem tedy přinášíme sledování z 20 psychiatrických zařízení pro dlouhodobě duševně nemocné. Bylo dotázáno 20 manažerů a 171 nemocných.

Dotazník pro manažery zahrnoval dotazy týkající se prostředí léčebného zařízení, terapeutického prostředí, léčby a léčebných intervencí, dodržování práv nemocných a sociální politiky zařízení. Nemocní byl proveden sběr základních sociodemografických charakteristik, dále jim byl podán dotazník hodnotící kvalitu života (2), dotazník hodnotící míru autonomie (3), známky úzdravy (4) a dotazník týkající se jejich zkušeností s péčí (5).

## **Výsledky**

Výsledky prezentované v rámci přednášky budou podrobnější, prostřednictvím abstraktu přinášíme pouze vybrané charakteristiky.

Oddělení psychiatrických léčeben disponovala větším počtem lůžek na oddělení /průměrně 43 míst na oddělení : průměrně 11 míst v chráněném bydlení/. Obsazenost byla v obou typech zařízení téměř 100%.

Ve sledovaných odděleních léčeben bylo průměrně 10% nemocných umístěno nedobrovolně.

Léčebny zajišťují 24 hodinovou supervizi a péči, většina chráněných bydlení má aktivně přítomny profesionály většinou jen přes den.

Průměrný celkový počet personálu na jednoho nemocného se téměř neliší (0,5 osoby na nemocného v léčebnách:0,6 osoby na nemocného v CHB), liší se však spektrum profesionálů a hlavně jejich činnost.

Chráněná bydlení fungují v současné formě pouze několik let (maximálně 10), sledovaná oddělení léčeben řadu let (většinou desítky let).

Vnější i vnitřní stav psychiatrických zařízení hodnotili dotazovaní manažeri chronických oddělení podstatně hůře než v zařízeních komunitního typu (CHB).

Průměrný počet lůžek na pokojích se liší podstatně (9 nemocných/pokoji léčeben:2,4 lůžka na pokoji CHB).

Na chronických odděleních léčeben nemohou pacienti uzamykat WC ani koupelnu, nemají klíče od zařízení ani pokojů, na rozdíl od nemocných umístěných v chráněném bydlení.

Manažeři chronických oddělení léčeben uváděli velkou šíři proškolenosti a edukovanosti personálu (lidská práva, deeskalační techniky, techniky omezování, preventivní aktivity aj.), v chráněných bydleních byla uváděna proškolenost nižší.

Personál chronických oddělení vidí méně nadějně budoucí zlepšení fungování pacientů sledovaných oddělení ve srovnání s personálem chráněného bydlení.

Manažeři obou skupin udávali, že jsou v péči brány výrazně na zřetel názory nemocných.

Z obdržných odpovědí je zřejmé, že nemocní umístění v chráněném bydlení mají mnohem větší kontrolu nad svou léčbou /užívání medikace, objednávání se k jiným specialistům, kontrola nežádoucích účinků apod/.

Nemocní umístění v léčebnách mají širší možnost aktivit a osvětových aktivit v rámci zařízení. Nemocní umístění v komunitním zařízení jsou v častějším kontaktu s běžným světem.

Ve sledovaných odděleních léčeben se personál častěji setkává s používáním omezovacích opatření, většinou je k jeho používání edukován. V CHB personál omezovací opatření neužívá.

Obě skupiny uváděly, že podporují /trénují/ nemocné v získávání sociálních dovedností (praní, úklid, vaření...).

Je zřejmé, že nemocní v chráněném bydlení jsou výrazně častěji zaměstnání /většinou jde o chráněné zaměstnání/ ve srovnání s nemocnými v léčebnách. V léčebnách se nemocní častěji účastní neplacené pracovní aktivity v rámci pracovní terapie.

Nemocní v léčebnách stráví průměrně 4 hodiny denně plánovanou aktivitou, v chráněném bydlení byla tato doba uváděna o hodinu vyšší.

Léčebny uváděly daleko vyšší procento nemocných neschopných se zapojit do plánované aktivity.

Všechna sledovaná zařízení komunitního typu a nadpoloviční většina léčeben uvedla, že používají individualizované plány léčby pro nemocné.

Nemocní v chráněném bydlení mají větší možnost autonomie, pacienti v léčebnách mají dány hranice poměrně hodně strukturovaným režimem.

Dotazovaní manažeři obou skupin referovali o obdobných možnostech právních služeb pro nemocné a podobnou míru poskytování informací.

V léčebnách je vyšší míra supervize personálu, stejně jako byly provedeny častější nezávislé kontroly.

Nakonec byli manažeři dotázáni, jak by byli spokojení, kdyby se jejich příbuzný stal uživatelem právě jejich zařízení. Manažeři léčeben vyjádřili poměrnou spokojenost s případnou volbou jejich zařízení příbuznými, nicméně spokojenost s umístěním příbuzného do zařízení komunitního /CHB/ byla vyšší. Stejnou odpověď by na tuto otázku volili také výzkumníci, kteří pohovor s danými manažery vedli; tj. raději by příbuzného umístili

do chráněného bydlení, přestože umístění nemocného do některých sledovaných oddělení by bylo z jejich pohledu také uspokojivé.

Skupina 171 respondentů z řad pacientů byla vytvořena randomizací 661 zařazených nemocných z 20 zařízení, vybráno bylo pomocí randomizačního klíče 247 z nich, 12 nemocných odmítlo zúčastnit se projektu (10 z léčeben a 2 z CHB), 26 nemocných umístěných v léčebnách nebylo schopno podat informovaný souhlas, u 38 nemocných z chronických oddělení nebylo možné, vzhledem k jejich zdravotnímu stavu, interview provést. Je možno doplnit jaká část z nich byla z léčeben a jaká z CHB?

Konečný počet nemocných, kteří se zúčastnili dotazování byl 35 osob z chráněných bydlení (průměrný věk 40,5; SD 11; 15 mužů:20 žen) a 136 pacientů léčeben (průměrný věk 51,4; SD 12,5; 73 mužů: 63 žen).

V tomto sdělení ukážeme srovnání sledovaných skupin týkající se spokojenosti se životem dle dotazníku MANSA, míry autonomie dle The Residents Choice Scale, známek úzdravy a souboru dat týkajících se zkušeností nemocných s péčí ve sledovaných zařízeních.

## **Závěr**

V naší zemi je většina nemocných vyžadujících každodenní psychiatrickou péči umístěna v léčebnách. Česká Republika má, stejně jako všechny ostatní postsocialistické země, poměrně velké množství psychiatrických lůžek následné péče a nedostatečně rozvinuté komunitní služby včetně např. chráněného bydlení.

Léčebny jsou umístěny často na místech se špatnou dostupností, tvoří je obvykle velké areály plné zeleně, které jsou však poměrně uzavřené. Psychiatrické léčebny nabízejí rozsáhlé množství terapeutických aktivit, provozovaných v rámci zařízení. Rozlehlost zařízení je v nepřímé úměře s množstvím personálu na odděleních dlouhodobě hospitalizovaných nemocných, přestože profesionální variabilita personálu je široká. Možnosti a kvalita poskytované péče se liší také mezi jednotlivými psychiatrickými léčebnami.

Komunitní zařízení, zejména chráněná bydlení, se začaly formovat až v posledním desetiletí. Jde o zařízení financovaná nezávislými subjekty, s nízkým počtem míst. Je zřejmé, že jsou zde přijati zejména nemocní s lepší schopností fungování. Chráněná bydlení nejsou umístěním oddělena od běžné společnosti. Nemocní jsou daleko více sociálně začleňováni, je podporována jejich autonomie a nezávislost, což odpovídá v poslední době přijímanému konceptu úzdravy.

## **Literatura**

Killaspay H, King M, Wright C, White S, McCrone P, Kallert T, Cervilla J, Raboch J, Onchev G, Mezzina R, Kiejna A, Ploumpidis D, Caldas de Almeida J. Study protokol for the development of a European measure of

best practice for people with long term mental illness in institutional care (DEMoBinc). *BMC Psychiatry* 2009; 9:36.

Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. Application and results of the Manchester Short assessment of quality of life MANSA. *International Journal of Social Psychiatry*. 1999;45:7-12.

Hatton C, Emerson E, Robertson J et al. The Resident Choice Scale: a measure to assess opportunities for self-determination in residential settings. *Journal of intellectual disability research* 2004; 48:103-113.

Liberman RP, Kopelwicz A: Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21th century. *International review of psychiatry* 2002;14:245-255.

Webb, Clifford, Fowler, Morgan, Hanson. Comparing patients' experience of mental health service in England: a five – Trust surffy. *International Journal of Health Quality Assurance* 2000;13(6):273-281.

## **Summary**

### **WHAT CARE CAN WE OFFER TO LONG TERM MENTALLY ILL PATIENTS? PSYCHIATRIC CARE IN THE CZECH REPUBLIC – THE PRESENT STATE; NATIONAL RESULTS OF THE DEMoBinc PROJECT**

The presentation brings the overview of care of long term mentally ill patients in the Czech Republic. Results gathered during DEMoBinc international project are presented with a view to the national situation. Results are undoubtedly influenced by a development of psychiatric care in the Czech Republic and also by the social, political and cultural context of the country.

**Key words:** long term mental illness, psychiatric care, recovery concept

# VYTVOŘENÍ NÁSTROJE PRO HODNOCENÍ KVALITY PÉČE DLOUHODOBĚ PSYCHIATRICKY NEMOCNÝCH – PROJEKT DEMOBINC

L. Kališová, J. Raboch, A. Nawka, M. Černý a mezinárodní team projektu DEMoBinc

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

## Úvod

Mezinárodní projekt DEMoBinc (*Development of a European Measure of Best Practice for People with Long Term Mental Illness in Institutional Care*) začal v roce 2007 a trval 36 měsíců. Šlo o projekt v rámci 6. Rámcového programu EU a zúčastnilo se ho 10 evropských zemí (Velká Británie, Německo, Česká Republika, Polsko, Nizozemsko, Španělsko, Itálie, Polsko, Portugalsko a Řecko).

Cílem bylo vyvinout nástroj pro hodnocení péče, podmínek pro bydlení a dodržování lidských práv u skupiny osob, které jsou dlouhodobě umístěny v zařízeních s psychiatrickou péčí. Mezinárodně neexistoval dosud žádný standardizovaný nástroj, který by výše uvedené hodnotil. Bylo nezbytné vzít v úvahu, že konečný produkt by měl být užitečný a adekvátně hodnotící bez ohledu na mezinárodně odlišné systémy zdravotnické a sociální péče. (1)

Při vývoji představovaného nástroje se vycházelo z konceptu péče vedoucí k k úzdavě (recovery based practice), kdy nejde při léčbě nemocného jen o zlepšení symptomatologie /vymizení příznaků onemocnění/, ale je snaha o komplexní přístup vedoucí k zapojení nemocného do společnosti, posílení jeho autonomie, zvýšení jeho spokojenosti se životem. Nemocný je v tomto konceptu aktivním „hráčem“, jeho vztah s profesionály je co nejméně nátlakový, účastní se plánování léčby, je podporován v zapojení do volnočasových aktivit, je posilována jeho nezávislost a sebekontrola. (4)

## Metoda

Vývoj hodnotícího nástroje probíhal v následujících fázích.

1) Na základě sběru literatury, národních standardů a dotazníku Delphi (údaje od uživatelů péče, příbuzných nemocných – pečovatелů, profesionálů a obhájců práv nemocných) byly **určeny nejdůležitější domény péče** o chronicky duševně nemocné osoby (2,3)

2) Na základě určených domén byl **vytvořen hodnotící nástroj**

3) Nástroj byl **testován** ve 20 zařízeních v každé zemi, která splňovala kritéria projektu – byli dotazováni „manažeři“ (klíčové osoby účastníci se aktivně a prakticky chodu zařízení) zařízení

4) Na základě získaných výsledků byl hodnotící nástroj **upravován**, aby pokrýval a vystihoval sledované domény péče

5) Současně probíhalo **testování uživatelů péče** ve sledovaných zařízeních. Soubor dotazníků pro nemocné zahrnoval jejich zkušenosti s péčí, hodnocení kvality života, míru autonomie a známky úzdravy. Sledovala se **míra asociace a konkordance** mezi výsledky vytvořeného hodnotícího nástroje a výsledky dotazníků podaných nemocným

6) **Definitivní verze QuIRC (145 otázek) – internetová verze.**

## **Výsledky**

Navržený nástroj byl testován ve 202 zařízeních v 10 zemích Evropy splňujících kritéria projektu. Na základě testování byl nástroj upraven do 145 otázek odpovídajících 6 doménám péče, které byly vyhodnoceny jako nejdůležitější – nejvýstižněji odrážející kvalitu péče – 1) prostředí léčebného zařízení; 2) léčebné (terapeutické) prostředí; 3) léčba a léčebné intervence; 3) autonomie a samospráva 4) sociální začlenění; 5) lidská práva; 6) kroky vedoucí k úzdavě (recovery based practice)

## **Závěr**

Hodnocení kvality péče se stává po celé Evropě zcela běžnou záležitostí, která nám umožní srovnání, nalezení nedostatků a možností zlepšení. Rozhodně nejde k hodnocení péče přistupovat jako k něčemu negativnímu, kritickému. Dlouhodobě duševně nemocní jsou opomíjenou skupinou, kroky vedoucí k jejich úzdavě musí být komplexní. Tato skupina nemocných představuje velkou zátěž pro zdravotnický systém a systém sociální péče /finanční i společenskou/ a je tedy žádoucí, aby se jednalo o péči kvalitní. Nástroj vyvinutý v rámci projektu DEMoB by měl umožnit standardizované hodnocení péče o výše zmíněnou skupinu osob a očekáváme, že by mohl být nástrojem ke zlepšení péče o dlouhodobě duševně nemocné.

1) Killaspy H, King M, Wright C, White S, McCrone P, Kallert T, Cervilla J, Raboch J, Onchev G, Mezzina R, Kiejna A, Ploumpidis D, Caldas de Almeida J. Study protocol for the development of a European measure of best practice for people with long term mental illness in institutional care (DEMoBinc). *BMC Psychiatry* 2009; 9:36.

2) Taylor T, Killaspy H, Wright C, Turton P, White S, Kallert T, Schuster M, Cervilla J, Brangier P, Raboch J, Kalisova L, Onchev G, Dimitrov H, Mezzina R, Wolf K, Wiersma D, Visser E, Kiejna A, Piotrowski P, Ploumpidis D, Gonidakis F, Caldas de Almeida J, Cardoso G, King M. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 2009;9:55.

3) Wright C, Turton P, White S, Killaspy H, Taylor T, Onchev G, Fercheva A, Raboch J, Kalisova L, Schitzwohl M, Schuster M, Tzavelas E, Asimakopoulou X, Mezzina R, Ridente P, Wiersma D, Caro-Nienhuis A, Kiejna



A, Piotrowski P, Caldas de Almeida J, Cardoso G, Cervilla J, Brangier P, King M. Promoting recovery in long term mental health institutional care: an international Delphi study of stakeholders views. Psychiatric Services, in press

4) Roberts G, Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all. J of Mental Health 2004; 10:37-49

## **Summary**

### **DEVELOPMENT OF A TOOLKIT FOR THE ASSESSMENT OF A QUALITY OF CARE FOR LONG TERM MENTALLY ILL PEOPLE – DEMoBinc PROJECT**

This presentation shows the Czech version of the international toolkit, which assess the quality of care delivered in long term hospital and community based mental health units. DEMoBinc international project is introduced. The focus is brought to the development of this toolkit and its practical use in psychiatry.

**Key words:** long term mental illness, care, quality assessment

## NEUROBIOLOGIE PANICKÉ PORUCHY

D. Kamarádová, A. Grambal

*Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc, Olomouc, Česká republika*

Strach je stará, primitivní, hluboce zakořeněná emoce objevující se, pokud se u jedince vyskytnou obavy z přímého či nepřímého ohrožení. Strach podobně jako bolest ve fyziologických mezích člověka chrání, ale nepřiměřený strach jedince v životě omezuje a může být příznakem psychické poruchy. Dle DSM IV je panická ataka definována jako náhlý nástup obav (dosahující svého vrcholu do 10 minut) a dále jedinec musí popisovat alespoň 4 z následujících symptomů – palpitace, pocení, třes, dušnost, pocit rozechvění, bolesti nebo nepříjemné pocity na hrudi, nauzeu nebo abdominální diskomfort, závrať, parestézie, záblesky chladu nebo horka, derealizace nebo depersonalizace, strach ze ztráty kontroly a strach ze smrti. Panická porucha vede u nemocného k značně nepříjemným pocitům, vyhýbavému chování a snižuje kvalitu života.

První studie probíhaly na zvířecích modelech a zaměřovaly se na jednotlivé neurotransmiterové systémy a lokální změny mozku. Recentní výzkumy se zaměřují na studium morfologických a funkčních abnormalit a jejich vztahy.

### **Noradrenergní systém**

Jádrem noradrenergního systému se nachází v locus coeruleus, který je součástí pontu s projekcí do mozkového kortexu a limbického systému, mozkového kmene, retikulárního systému a bolest vedoucích neuronů dorsálního rohu spinální míchy. Publikováno bylo několik studií sledující rozdílnost hladin katecholaminů u pacientů s panickou poruchou a zdravými kontrolami s rozdílnými nálezy (zvýšené hladiny adrenalinu a noradrenalinu u pacientů s panickou poruchou a agorafobií ve srovnání s kontrolami). Neurony aktivní při produkci a regulaci adrenalinu (nebo noradrenalinu) se nenalézají pouze v locus coeruleus, ale i v jiných jádrech mozkového kmene.

### **Serotoninergní systém**

Serotonin má pravděpodobně zásadní význam v etiopatogenezi panické poruchy, pro což svědčí klinická odpověď na podávaná SSRI antidepressiva. Nedávné výzkumy na zvířecích modelech prokázaly roly serotoninových receptorů typu 1A na vzniku panické poruchy. Bohužel zatím není jasné, zda jsou tato data, získaná na zvířecích modelech, relevantní i u lidí. Nicméně nedávný nález vysoce selektivního 5-HT<sub>1A</sub>R radioligand umožnil sledování vazebnosti receptorů u pacientů s panickou poruchou za pomoci pozitrono-

vé emisní tomografie. Neumeister a kol. popsali ve své studii z roku 2004, že průměrný objem distribuce 5-HT<sub>1A</sub>R byl ve srovnání s kontrolní skupinou nižší v předním a zadním cingulu a raphe (Neumeister, 2004).

### **Benzodiazepiny a GABA systém**

Některí GABA antagonisté působí anxiogenně. Benzodiazepiny působí silně anxiolyticky, pravděpodobně prostřednictvím GABA<sub>A</sub>ergní inhibici. Benzodiazepiny mají také efekty sedativní, antikonvulzivní a svalově relaxační. Tato funkční diverzita způsobuje obtížnost rozhodnutí, zda je GABA systém specificky anxiolytický. Byla prokázána akutní modifikace počtu benzodiazepinových receptorů při stresu nebo úzkosti a dlouhodobá up regulace u pacientů s panickou poruchou. Aktivace centrálního benzodiazepin-GABA komplexu potlačuje aktivitu osy HPA, a v souvislosti s tímto i hladinu kortizolu. Vedle těchto centrální receptorů existují i takzvané periferní benzodiazepinové receptory. Jejich role v anxiolytickém působení benzodiazepinů zatím však není známa. (Barlow a kol., 2002).

### **Nálezy zobrazovacích metod**

Existuje několik mozkových struktur, které reprezentují neurální podstatu strachu a úzkosti, zapojených do neuroanatomie panické poruchy. Mezi tyto struktury patří prefrontální oblasti, amygdala, hippocampus, spolu s parahippocampální oblastí, dále hypotalamus, thalamus a periaqueductální šedá hmota. Jako nejvíce významná se jeví role serotoninergního systému a jeho 5-HT receptorů a serotoninergních transportérů v oblasti mesencefala. Pacienti s panickou poruchou prokazovali zvýšenou neuronální aktivitu v inferiorním frontálním kortexu, hippokampu a anteriorním a posteriorním cingulu šířící se bilaterálně orbitofrontálně. (Del-Ben a kol., 2009).

### **Závěr**

V etiopatogenezi panické poruchy hraje významnou roli systém serotoninergní, GABA<sub>A</sub>ergní a benzodiazepinový, tyto systémy lze farmakoterapeuticky ovlivnit. Role noradrenérního systému je přijímána, ale přímá farmakologická intervence dosud není možná. Nálezy zobrazovacích metod naznačují, že u pacientů s panickou poruchou můžeme nalézt specifické změny, k jejich konkretizaci je ovšem zapotřebí další výzkumů.

### **Literatura**

1. Barlow DH, Neurobiology of panic disorder in Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic, ed. David H. Barlow. 2004, 2nd ed., 204 -216.
2. Boren JL, Gallup GG Jr, Suarez SD, Wallnau LB, Gagliardi GJ. Pargyline and tryptofan enhancement of tonic immobility: paradoxical at-

tenuation with combined administration. *Pharmacol Biochem Behav.* 1979;11(1):17-22.

3. Nesse RM, Cameron OG, Curtis GC, McCann DS, Huber-Smith MJ. Adrenergic Function in Patients With Panic Anxiety. *Ach Gen-Psychiatry.* 1984; 41.

4. Del-Ben CM, Graaf FG. Panic Disorder: Is the PAG Involved? *Neural Plasticity.* 2009. Article ID 108135

5. Neumeister A, Bain E, Nugant AC, Carson RE, Bonne O, Luckenbaugh DA, Eckelman Q, Herscovitch P, Charney DS, Drevets WC. Reduced Serotonin Type 1<sub>A</sub> Receptor Binding in Panic Disorder. *The Journal of Neuroscience.* 2004.24(3); 589-591.

## **Summary**

### **NEUROBIOLOGY OF PANIC DISORDER**

Panic disorder is characterised by period of fear, which reach the peak within 10 minutes, are followed by vegetative symptoms and often accompanied by feeling of dying or loosing control. On the beginning the scientist attended to individual neurotransmitter system, above all noradrenergic, serotonin a GABA – system. With the development of the imaging techniques the researches focus on morphological and especially functional alternations in brain, most investigated is the hyperactivity of amygdala, dysfunctional prefrontal cortex and failure of connectivity between different regions of the brain.

**Key words:** panic disorder, neurotransmitters, imaging methods

## ODRAZ PSYCHIATRIE VE FILMU

V. Kmoch, P. Kozelek

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

**Součástí prezentací Sekce mladých psychiatrů Obraz psychiatrie je také reflexe psychiatrie v hraném filmu.**

**Klíčová slova:** psychiatři, film

Mezi mnoha filmy jsme se snažili najít film, který by zobrazoval jak svobodomyšlnou tvář psychiatra, tak i jeho roli restriktivní. Ve filmovém filozofickém hororu Jana Švankmajera (nar. 1934) *Šílení* (2005) se kombinuje surrealistický hraný film a animace, tématem filmu je absolutní svoboda a civilizační represe. Scénář volně vychází z povídek E.A.Poea – *Pohřben za živa* a *Šílený psychiatr* (*The System of Dr. Tarr and Prof. Fether*, 1844). Libertinského psychiatra doktora Murlloppa si zde zahrál Jaroslav Dušek, jeho protipól trestajícího doktora Coulmiera potom Martin Huba. Dle doktora Coulmiera duše a tělo vedou o člověka nepřetržitý zápas. Získá-li převahu duše, člověk onemocní chorobami těla, naopak získá-li navrch tělo, propukne v člověku duševní nemoc. Jeho terapie proto spočívá v oslabování těla.

V rozhovoru (1) na otázku, jaké je poselství tohoto filmu, Švankmajer uvádí:

*„Netočím filmy s poselstvím. Poselství příliš připomíná poučování čili rákosku. Točím filmy, které by měly naopak diváka osvobodovat od vnitřních i vnějších determinant: od hvězd, genů, výchovy, školy, falešné morálky, civilizační represe. Pokud se týká tato otázka výkladu filmu, tak zásadně nesdělují své interpretace. Nerad bych vzbudil dojem, že existuje jen jeden „autorizovaný“ výklad. Šílení je, jako ostatně všechny mé filmy, filmem imaginativním, to znamená, že počítá s aktivní divákovou interpretací. Všechny interpretace jsou správné.“*



Foto 1: **Libertinský psychiatr doktor Murillope (Jaroslav Dušek) ve filmu Šilení**

(Zdroj:[www.ceskatelevize.cz/specialy/sileni](http://www.ceskatelevize.cz/specialy/sileni))

Naopak filmů, kde by byl zobrazen psychiatr jako neutrální nebo dokonce pozitivní postava, skutečně není moc. Vybrali jsme film v režii Evalda Schorma (1931-1988) – *Návrat ztraceného syna* z roku 1966. Roli civilnějšího psychiatra, který přijímá do léčby inženýra (Jan Kačer – foto 2) po pokusu o sebevraždu, zde ztvárnil neherec a psychiatr MUDr. Milan Morávek. Tento existencionálně laděný film je stále považován za jeden z nejlepších z české nové vlny.



Foto 2: **Návrat ztraceného syna** (1966)

**Reference:**

1. [www.ceskatelevize.cz/specialy/sileni/](http://www.ceskatelevize.cz/specialy/sileni/)
2. [www.csfd.cz/reziser/3277-schorm-evald/](http://www.csfd.cz/reziser/3277-schorm-evald/)
3. [www.poestories.com](http://www.poestories.com)

**Summary**

**REFLECTION OF PSYCHIATRY IN THE FILM**

Our presentation brings the current image of a psychiatrist in the Czech film.

**Key words:** psychiatrists in film

## ZÁVISLOSTI A PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V NÁVRHU DSM-5

V. Kmoch

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

Pro nově navrhovanou diagnózu „**Substance-use disorder**“ musí být splněno:

Maladaptivní vzor užívání látky vedoucí ke klinicky významnému zhoršení nebo strádání, které se projeví dvěma (nebo více) z následujících kritérií, které se vyskytnou během období 12 měsíců:

1. opakující se užívání látky vedoucí k neplnění hlavních povinností v práci, ve škole nebo doma (např. opakované absence nebo špatná pracovní výkonnost vztahující se k užívání látky, vyloučení ze školy, zanedbávání dětí nebo domácnosti)
2. opakované užívání látky v situacích, kdy je to fyzicky nebezpečné (např. řízení auta nebo obsluha strojů)
3. pokračování v užívání látky navzdory přetrvávajícím nebo opakovaným sociálním či interpersonálním problémům, které jsou způsobeny nebo zhoršovány účinky látky (např. hádky s partnerem o následcích intoxikace, fyzické násilí)
4. tolerance definovaná jedním z následujících:
  - (a) potřeba zvýšeného množství látky k dosažení intoxikace či požadovaného efektu
  - (b) výrazně snížený efekt během pokračujícího užívání stejného množství látky
5. odnětí látky definované jedním z následujících:
  - (a) syndrom z odnětí charakteristický pro danou látku
  - (b) příjem stejné nebo podobné látky pro potlačení příznaků syndromu z odnětí
6. látka je užívána ve větších množstvích nebo po delší dobu, než bylo zamýšleno
7. vytrvalá touha nebo neúspěšné snahy o snížení množství alkoholu nebo o kontrolu jeho užívání
8. pacient tráví velké množství času aktivitami nutnými k obstarání alkoholu, jeho konzumaci či zotavení se po jeho užívání
9. omezení či zastavení důležitých sociálních, pracovních či rekreačních aktivit kvůli konzumaci alkoholu
10. jedinec pokračuje v užívání látky, i když si je vědom, že fyzické a psychologické problémy jsou patrně způsobeny nebo zhoršovány užíváním dané látky
11. silná touha nebo nutkání užít látku.



V navrhované změně kritérií DSM-5 pro **poruchy příjmu potravy** dochází k opuštění kritéria pro **amenorheu** u mentální anorexie (MA). Jako důvod změny jsou dle autorů ty případy, kdy jsou splněna všechna ostatní kritéria pro MA a zároveň je zachována minimální menstruace (nebo pseudomenstruace), například při užívání hormonální antikoncepce, nebo u premenarchálních dívek, postmenopauzálních žen nebo u mužů. Dělení na 2 subtypy – restriktivní a purgativní bylo zachováno, jen bylo specifikováno dle období symptomatiky posledních **3 měsíců**.

U mentální bulimie je doporučena v kritériích změna při definici frekvence přejídání s nevhodným kompenzatorním chováním na **1x za týden poslední 3 měsíce** z původních 2x týden za poslední 3 měsíce, dále vynechání dělení na purgativní a non-purgativní subtyp.

Kromě toho by se do základních diagnóz DSM-5 měla přesunout diagnóza záchvatovitého přejídání „**Binge eating disorder**“, která je charakteristická konzumací nadměrného množství potravy v krátkém čase a ztrátou kontroly nad jídlem minimálně 1x za týden po dobu 3 měsíců.

### **Literatura:**

1. [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)
2. Attia E, Roberto CA: Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 42: 581–589, 2009.
3. Edwards G, Gross M.: Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *Br. Med. J.* 1, 1058–1061, 1976.
4. Borges G, Ye Y, Bond J, Cherpital CJ, Cremonte M, Moskalewicz J, Swiatkiewicz G, Rubio-Stipec M. In press. The dimensionality of alcohol use disorders and alcohol consumption in a cross-national perspective. *Addiction*, 105, 240–254, 2010.
5. Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE, et al.: The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 42: 687–705, 2009.

### **Souhrn**

Americká psychiatrická asociace publikovala na webových stránkách návrh pátého vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5), který je otevřen k připomínkování. Do praxe by měl DSM-5 vstoupit v květnu 2013. Cílem přednášky jsou navrhované změny kritérií pro závislosti a poruchy příjmu potravy v kontextu platného DSM-4 a Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Dle DSM-4 musela být splněna tři ze sedmi kritérií pro závislost a jedno kritérium ze čtyř pro abúzus. Na základě řady analýz je doporučeno vytvoření nové diagnózy „Substance-use

disorder“, která zahrnuje a nahrazuje předchozí diagnózy abúzu nebo závislosti. Požadována jsou splněná 2 z 11 kritérií k této nové diagnóze.

Navrhované změny v oblasti poruch příjmu potravy již nezařazují amenorheu ke kritériím mentální anorexie.

Dále je diskutováno zařazení záchvatovitého přejídání mezi základní diagnózy v DSM-5.

**Klíčová slova:** DSM-5, závislost, poruchy příjmu potravy, kritéria

## Summary

### ADDICTIONS AND EATING DISORDERS IN DSM-5 DRAFT

American Psychiatric Association published on their web site a preliminary draft of fifth edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), which is open to comments. The final DSM-5 will be used in practice after May 2013. The aim of the presentation is to learn more about proposed substance dependence criteria and proposed changes in the eating disorders definitions in the context of existing DSM-4 and International Classification of Diseases (ICD-10). DSM-4 required that three of seven criteria be met for dependence, and one of four for abuse. Based on many analyses a combination of abuse and dependence into a single disorder called „Substance-use disorder“ is recommended, with two criteria required to make a diagnosis. In eating disorders is the proposed change in deletion of amenorrhea criterion in anorexia nervosa or adding the binge eating among the regular diagnoses.

**Key words:** DSM-5, substance dependence, eating disorders, criteria

## KAZUISTICKÁ SÉRIE LÉČBY NEUROPSYCHIATRICKÝCH PŘÍZNAKŮ U PACIENTŮ S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ ESCITALOPRAMEM.

J. Konrád<sup>1</sup>, E. Topinková<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Gerontopsychiatrický primariát, Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod, Česká republika*

<sup>2</sup>*Geriatrická klinika 1. FVL UK, VFN, Praha 2, Česká republika*

**CÍLE:** Behaviorální a psychologické příznaky demence (BPSD) doprovázejí často onemocnění demencí a bývají spojeny se špatnou prognózou pro nemocného. V literatuře nacházíme informace o příznivém vlivu antidepresiv ze skupiny SSRI na zmírnění BPSD. Escitalopram má excelentní profil nežádoucích účinků a může být vhodný pro léčbu BPSD u starších demenčních pacientů. Tyto informace z literatury jsme chtěli ověřit na konkrétních nemocných.

**METODY:** Otevřené sledování hospitalizovaných nemocných ve věku od 65 do 90 let s klinickou diagnózou pravděpodobné Alzheimerovy nemoci, skórem MMSE od 6 do 20 bodů, skórem NPI  $\geq 20$  bodů. Léčení escitalopramem po dobu 8 týdnů. Zlepšení nebo zhoršení bylo hodnoceno jako změna  $\pm \geq 10\%$  od skóru při úvodním vyšetření v Neuropsychiatric inventory (NPI) a Cohen-Mansfield Agitation Score, zkrácená verze (CMAI short). Malé změny ve skórech  $\pm < 10\%$  byly hodnoceny jako žádná změna. Výsledky vyjádřeny počty zlepšených, nezměněných a zhoršených nemocných.

Nemocní byli po dobu sledování na stabilní psychotropní medikaci. Povoleno bylo podávání vyjmenovaných psychotropních léků s maximální denní dávkou: Tiaprid 300 mg per os, melperon 75 mg per os nebo quetiapin 200 mg per os, stabilní dávka nejméně 14 dnů před prvním hodnocením. Dále bylo povoleno užívání inhibitorů cholinesteráz a/nebo memantinu pro léčbu Alzheimerovy nemoci po dobu alespoň 8 týdnů před zařazením subjektu do sledování a při stabilní dávce v průběhu sledování.

Jako medikace ke zvládnutí akutní agitovanosti, agrese nebo anxiety byl povolen alprazolam do maximální denní dávky 2 mg nebo oxazepam do 20mg nebo Tiapridal inj. do 300 mg maximálně 4x během 4 týdnů. Při nespavosti byl povolen zolpidem 10 mg per os. V průběhu sledování nebylo povoleno užívání jiných antipsychotik než výše vyjmenovaných, užívání antidepresiv, benzodiazepinů jiných než výše uvedených a hypnotik jiných než zolpidemu.

**VÝSLEDKY:** Bylo zařazeno 13 subjektů, 11 žen a 2 muži. Průměrný věk byl 79.3 let, průměrná výchozí hodnota MMSE byla 12.8 bodů. Tři subjekty sledování nedokončily pro nežádoucí příhody (bronchopneumonie, progresivní zhoršení demence, překlad do jiného zařízení). Ostatní nežádoucí příhody byly mírné a stejně jako příhody vedoucí k ukončení

sledování neměly souvislost se studijní medikací.

**ZÁVĚRY:** U většiny sledovaných subjektů došlo k redukci závažnosti BPSD. U poloviny z nich šlo o velmi významnou redukci těchto příznaků. Tolerance studijní medikace byla velmi dobrá. Výsledky na této malé skupině nemocných potvrdily naši předchozí klinickou zkušenost i údaje z literatury o možnosti zmírnění BPSD u Alzheimerovy nemoci léčbou antidepresivy ze skupiny SSRI.

Byla by potřebná realizace kontrolované randomizované dvojitě zaslepené studie k potvrzení těchto nadějných výsledků. Realizace takové studie ovšem naráží na řadu etických i praktických překážek.

<b>Výsledky</b>		
	<b>Škála NPI pacient</b>	<b>CMAI short</b>
<b>Výchozí skóre, den 1 (N=13)</b>	<b>31.2</b>	<b>29.9</b>
<b>den 14 ± 3 (N=13)</b>	<b>27.1</b>	<b>26.9</b>
<b>den 28 ± 3 (N=11)</b>	<b>22.0</b>	<b>23.7</b>
	<b>16.9</b>	<b>21.5</b>
	<b>2 beze změny</b>	<b>3 beze změny</b>
<b>den 56 ± 5 (N=10)</b>	<b>8 zlepšeno (5 z nich velmi zlepšeno) definováno jako ≥62% redukce skóru</b>	<b>7 zlepšeno (5 z nich velmi zlepšeno) defi- nováno jako ≥38% redukce skóru)</b>

**Klíčová slova:** BPSD, demence, escitalopram.

## Summary

### CASUISTIC SERIES WITH ESCITALOPRAM TREATMENT OF BPSD IN PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

An open-label observation of inpatients aged 65 to 90 years with a clinical diagnosis of probable AD and an MMSE score of 6 to 20 points and NPI total score  $\geq 20$  points treated with escitalopram for 8 weeks. The evaluation of improvement/worsening counted as  $\pm 10\%$  change from baseline

score in NPI and CMAI short. The results expressed in numbers of improved, unchanged and worsened patients. Most patients exhibited a reduction of BPSD, half of them with a very substantial reduction. Patients exhibited very good tolerance of the medication. Results of this small patient sample confirmed our previous clinical experience and data from the literature regarding the SSRIs as a treatment option for the alleviation of BPSD in patients with Alzheimer's disease.

**Key words:** BPSD, dementia, escitalopram.

## PORUCHY NÁLADY V NÁVRHU DSM-5

M. Kopeček<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> *Psychiatrické centrum Praha, Česká republika*

<sup>2</sup> *Klinika psychiatrie a lékařské psychologie 3. LF UK, Praha, Česká republika*

Vydání 5. verze diagnostického statistického manuálu (DSM-5) je plánováno na květen 2013. Předběžné návrhy jsou dostupné již od začátku roku 2010 na [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org) a do 20. dubna 2010 je možné je veřejně připomínkovat. V kategorii poruch nálady nejsou prozatím návrhy nijak revoluční, přesto lze zaznamenat řadu drobných změn jejichž oprávněnost a plné důsledky ukáže pravděpodobně až jejich použití a čas.

Diskutuje se o zrušení jednotky dystymie (pokleslá nálada nedosahující úrovně velké deprese trvající 2 a více let), protože její odlišení od chronické depresivní poruchy (perzistující pokleslá nálada po epizodě velké deprese trvající 2 a více let) je nezřetelné. Nově se navrhuje označovat stavy dystymie jako chronickou depresivní poruchu.

Smíšená úzkostně-depresivní porucha je přesouvána z appendixu DSM-IV do samostatné jednotky v rámci DSM-5. Pacient musí splňovat 3 nebo 4 příznaky velké deprese (musí obsahovat depresivní náladu nebo anhedonii) + známky úzkostného distresu. Úzkostný distres je definován jako přítomnost 2 a více z dále uvedených příznaků: iracionální starosti, mysl zaměstnána nepříjemnými starostmi, obtíže s uvolněním, motorické napětí, katastrofické myšlenky.

U poruch nálady (jakož i psychotických poruch) vzniklých v souvislosti s porodem je navrženo prodloužit časové kritérium na 6 měsíců od porodu.

Pracovní skupina pro poruchy nálady dále navrhuje používat pro všechny poruchy nálady škály, které hodnotí faktory určující efekt léčby. Konkrétně je navrhováno vyšetřovat u všech poruch nálady dimenzi úzkosti a dimenzi suicidalitu. Dále je diskutována dimenze abúzu.

Pro kvantifikaci závažnosti stavu u poruch nálady je navrhováno používat ní objektivní škály CGI (stupnice všeobecného klinického dojmu) nebo PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), což je, jak název napovídá, subjektivní škála.

V oblasti bipolárních poruch (BP) je navrženo několik změn, které „zrovnoprávňují“ charakteristiky (hypo)manické epizody s depresivní epizodou a jenž by dále dovolovaly použití jednotných kritérií i s ohledem na odlišnosti a ddg. u psychických poruch dětského věku. První změnou je použití stejného postupu u kritérií A v případě hypo(manie) jako je tomu u deprese. Upřesňuje se, že příznaky musí být přítomny po většinu dne, téměř každý den. Taková charakteristika poukazuje, že příznaky nemusí trvat 7 dní (4 dny) v týdnu 24 hodin (pozn. autora – nevyřeší se tím však např. pro-

blém 4 hodinových stavu excitovanosti u dětí, neboť to není většina dne). U kritérií B se navrhuje přidat upřesnění, že tyto příznaky prezentují zjevnou změnu proti obvyklému chování. Např. pokud je nespavost přítomná již před epizodou deprese, neměla by být započítávána mezi příznaky deprese, pokud nedošlo k další zjevné změně spánku během počátku (pozn. autora – spíše by mělo být v průběhu) depresivní epizody. U manických příznaků jsou některé příznaky, kde je již nyní explicitně řečeno, že jde o změnu proti stavu před onemocněním (více hovorný, více zapojen do aktivit). U dalších příznaků tomu tak není. Důvodem explicitního zmínění změny proti předešlému stavu je především rozlišení mezi hypo(manickou) fází a ADHD symptomatikou u dětí. Absence těchto dodatků v DSM-IV je jednou z možných vysvětlení nárůstu prevalence bipolární poruchy u dětí v USA v posledních letech.

Další navrhovanou změnou je zařazení nové klinické jednotky – Temper Dysregulation Disorder with Dysphoria – TDD, která je charakterizována opakovanými a výraznými záchvaty vzteku ( $\geq 3x$  týdně) na běžné stresory a perzistující negativní náladou mezi záchvaty (podrážděnost, zlost nebo smutek), která je zachytitelná rodiči, učiteli a vrstevníky a příznaky trvají minimálně 12 měsíců. (Pozn. autora – název jednotky s de facto 3 dys se nejeví nejšťastnějším). TDD je upřednostňován před termínem SMD (závažné dysregulace nálady – severe mood dysregulation), který byl obsahově podobný TDD. SMD obsahoval však navíc nabuzení (hyper-arousal). Přítomnost nabuzení v rámci SMD spolu s ne-epizodickou iritabilitou a záchvaty zlosti vedla opět k nejasnému překryvu s ADHD symptomatikou a snaha autorů je tyto stavy lépe odlišit.

Další oblastí diskuze je jak označit stavy, kdy (hypo)manická symptomatika trvá kratší dobu než 4 dny. Některé studie totiž ukazují, že děti s krátkými (hypo)manickými epizodami mají stejné funkční postižení jako děti s diagnostikovanou bipolární poruchou I. typu.

Plně vyjádřená manická a hypomanická symptomatika vzniklá během antidepresivní léčby (léky, elektrokonvulze atd.), která přetrvává po době fyziologického působení intervence je dle návrhu DSM-5 dostatečným důkazem pro diagnózu (hypo)manické epizody. Avšak přítomnost pouze jednoho či dvou příznaků není dostatečným důkazem pro diagnózu (hypo)manické epizody.

Jsou očekávány změny v definování smíšené epizody v rámci bipolární afektivní poruchy. V DSM-IV musela být splněna kritéria manické i depresivní epizody s výjimkou doby trvání (týden). V novém návrhu se používá označení smíšené rysy místo smíšené epizody. U dominující (hypo)manické epizody musí být splněna kritéria (hypo)manie, která se vyskytují téměř každý den po dobu jednoho týdne a minimálně 2–3 z definovaných depre-

sivních příznaků. Obdobná logika platí pro dominující depresivní epizodu se smíšenými rysy. Lze tedy očekávat, že frekvence BP se smíšenými rysy bude daleko častější než tomu bylo v případě smíšené epizody BP v DSM-IV. Novinkou DSM-5 je zařazení samostatné jednotky nesebevražedného sebezraňování (Non-Suicidal Self Injury), která znamená opakované (5x a více) sebezraňování – řezání, pálení, škrábání apod. v jednom roce, které je nejčastěji motivováno snížením tenze, úzkosti apod. a není provázeno touhou zemřít. V DSM-IV bylo podobné chování popsáno jako opakované suicidální chování, gesta, myšlenky nebo sebe-mutilující chování v rámci kritérií pro hraniční poruchu osobnosti. Výzkumy ukázaly, že opakované sebezraňování se vyskytuje i u pacientů s jinými diagnózami a že mnoho jedinců s tímto chováním nespĺňuje kritéria hraniční poruchy osobnosti. Tak jako u jiných jednotek v DSM-IV je i u nesebevražedného sebezraňování navrhováno v rámci DSM-5 zařazení nespécifikovaných podtypů (not otherwise specified), které pokrývají podprahovou symptomatiku či nejistý záměr dále nežít. Jak bylo řečeno dříve, jde o dosavadní návrhy, které mohou ale nemusí být nakonec uveřejněny v definitivní verzi DSM-5. Mimo diskuze s veřejností se očekávají ještě výsledky zatím nepublikovaných studií, které mohou některé návrhy ovlivnit.

Podporováno MZoPCP2005

**Literatura:** *www.dsm5.org*

## Summary

### MOOD DISORDERS IN DSM-5 DRAFT

The article review anticipated changes in mood disorders category of DSM-5.



## SUICIDALITA V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI

J. Koutek, J. Kocourková

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

### Úvod

Suicidální jednání u dětí a adolescentů představuje závažný medicínský problém, který přesahuje hranice psychiatrie a zasahuje i do dalších oborů. Tímto jednáním může být závažným způsobem ohrožen život pacienta a v případě přežití může způsobit závažné zdravotní komplikace, které mohou mít i trvalé následky. U dětí do 14 roků se s tímto jednáním setkáváme zřídka, nikoliv však ojediněle. U dospívajících pak sice v porovnání s ostatními věkovými kategoriemi je počet dokonaných sebevražd na počet obyvatel daného věku nižší, ale v adolescenci představuje třetí nejčastější příčinu smrti. V roce 2008 zemřely v České republice suicidiem 4 děti do 15 roků a 42 dospívajících, z toho 32 chlapců a 10 dívek. Adolescentní období představuje největší riziko pro nedokonané suicidální jednání, tedy suicidální pokus. Ten sice dospívající přežije, ale kromě možného poškození zdraví existuje riziko pro jeho opakování. Dle kvalifikovaných odhadů počet suicidálních pokusů v adolescenci činí asi 50-100 násobek dokonaných suicidií. Podíl úmyslného sebepoškození u dětí do 19 let představuje 23 procent ze všech sebepoškození, lze předpokládat, že většina těchto úmyslných sebepoškození zahrnuje zejména suicidální pokusy. Cílem naší studie bylo zjistit rizikové faktory a možné prediktory závažnosti suicidálního jednání u dětí a adolescentů.

### Metodika a soubor

Soubor sestával ze 77 pacientů (15 chlapců, 62 dívek) o průměrném věku  $15,5 \pm 1,6$  let (rozmezí 9,6 až 17,9 roků), hospitalizovaných po suicidálním pokusu na Dětské psychiatrické klinice v letech 2004-2005. Součástí vyšetření bylo autory vytvořené strukturované interview v délce 1 hodiny, zaměřené na motivaci a způsob suicidálního jednání, další příčiny a faktory spolupodílející se na suicidálním pokusu. Autoři posuzovali vážnost úmyslu zemřít a somatickou závažnost suicidálního jednání, zjišťovali psychopatologické symptomy jak aktuální, tak i v předchorobí. Vyšetření bylo provedeno do 48 hodin po přijetí pacienta prvními dvěma autory, přičemž výsledky byly hodnoceny konsensuálně. Somatická závažnost a intenzita úmyslu zemřít byla hodnocena ve čtyřech kategoriích. Součástí vyšetření byl anamnestický pohovor s rodiči a dotazník zaměřený na školní adaptaci dítěte, vypracovaný pro tento účel autory. Tento dotazník sledoval adaptaci v předškolním zařízení, adaptaci při vstupu do školy, prospěch dítěte, zapojení mezi vrstevníky a vztah s učiteli. Zjišťována byla též šikana v anamnesi

a suicidální jednání v okolí pacienta. Zjištěné výsledky byly statisticky zpracovány.

## **Výsledky**

### **Četnost pacientů dle pohlaví a věku**

Mezi 77 pacienty významně převažovaly dívky nad chlapci, v poměru 62:15. U dětí do 14 roků se suicidální jednání objevuje ojediněle, prudký nárůst přichází kolem 15. roku.

### **Rodinná situace, hereditární zátěž a faktory z osobní anamnézy**

Rodinná situace našich pacientů byla problematická. 60 % z nich zažilo rozvod rodičů. Z hlediska fungování rodiny lze za harmonickou rodinu označit pouze 22 %, 49,4 % bylo rodin fungujících s konflikty, v 18,2 % byla zjištěna dysfunkční rodina, vysloveně patologické rodinné prostředí bylo zjištěno v 10,4 %. V 6 případech došlo v rodině k úmrtí otce, úmrtí matky zaznamenáno nebylo. Psychiatrická léčba byla zjištěna u 8 % otců a 25 % matek. Abusus alkoholu byl zjištěn u 26 % otců a 5 % matek, užívání jiných návykových látek pak u 4 % otců a 1 % matek. Nezaměstnanost byla zjištěna u 21 % otců a 26 % matek našich pacientů.

Předcházející traumatická zkušenost byla zjištěna ve 45 % případů, ve formě úmrtí blízké osoby, šikany, sexuálního zneužití, znásilnění, případně napadení.

U 65 % pacientů šlo o první suicidální pokus, u 23 % druhý a vícenásobný u 12 %.

Sebeпоškozování v anamnéze se vyskytlo u 32 %, zatímco jako aktuální psychopatologie se nevyskytlo vůbec.

### **Způsob a závažnost suicidálního jednání**

Převažující způsob suicidálního jednání byla intoxikace, v 69 případech, tj. téměř v 90 %, z toho ve 14 případech v kombinaci s jiným způsobem, jako je pořezání, skok z výše, strangulace. V intoxikaci medikamenty se nejvíce uplatňovala psychofarmaka a analgetika, častá byla kombinace léků. Ve 23 případech byla zjištěna spoluúčast alkoholu, pouze v jednom případě požití drogy. Somatická závažnost suicidálního pokusu byla hodnotitelná pouze u 74 pacientů, u tří chyběly validní údaje. Somaticky méně závažných případů bylo 47, 27 bylo ve skupině více závažných. Nezřetelná a lehká intenzita úmyslu zemřít byla zjištěna v 34 případech, u 43 případů byla zjištěna intenzita střední a vysoká.

V 77 % případů došlo k suicidálnímu jednání v domácím prostředí, v 5 % ve škole, v 18 % na jiném místě, většinou venku, v přírodě apod. V 69 % případů nebyl nikdo tomuto jednání přítomen, v ostatních případech šlo

o rodiče (9%), sourozenci (5 %), vrstevníci (6 %), rodiče i sourozenci (5 %), nebo jiné osoby (6 %).

### **Vztah somatické závažnosti suicidálního jednání a anamnestických faktorů / současného stavu**

Byla nalezena významná asociace somatické závažnosti suicidálního jednání a anamnézy jakéhokoli traumatu ( $p=0.050$ ), překvapivě ovšem v opačném smyslu, než by bylo možné očekávat. Pacienti s anamnézou traumatu měli významnou tendenci k somaticky méně závažným suicidálním pokusům.

Hraničně významné byly asociace somatické závažnosti a anamnézy šikany ( $p=0.08$ ), aktuálního stresu v sexuální oblasti ( $p=0.056$ ) a aktuální závislosti a zneužívání návykových látek ( $p=0.08$ ).

### **Vztah intenzity suicidálního úmyslu a anamnestických faktorů / současného stavu**

Byl nalezen významný vztah intenzity suicidálního úmyslu a v minulosti prodělané deprese ( $p=0.044$ ) nebo úzkostné poruchy ( $p=0.004$ ). Z aktuálních faktorů ovlivňoval intenzitu suicidálního úmyslu významně stress vycházející obecně z duševní poruchy ( $p=0.014$ ).

Hraničně významný byl vztah k anamnéze závislosti nebo zneužívání návykových látek ( $p=0.098$ ), současné depresi ( $p=0.052$ ) a k aktuálnímu stressu v rodině ( $p=0.072$ ).

### **Vztah mezi somatickou závažností suicidálního jednání a vážností úmyslu zemřít**

Byla nalezena významná asociace mezi somatickou závažností suicidálního jednání a vážností úmyslu zemřít ( $\chi^2=5.996$ ;  $df=1$ ;  $p=0.014$ ).

### ***Prediktory závažnosti suicidálního jednání***

Do logistické regrese jsme v prvním kroku jako závislé proměnné zadali ty proměnné, které vyšly jako významné nebo hraničně významné ve výše uvedených analýzách. V druhém kroku byla vybrána skupina prediktorů s největší závažností, taková, že přidání dalších prediktorů by už dále nelepšilo odhad (viz tabulka 1).

Jako prediktory somatické závažnosti suicidality s hraniční statistickou významností byly nalezeny jakékoli trauma v anamnéze (přítomnost traumatu predikovaly méně závažné suicidální jednání,  $p=0.053$ ) a aktuální stres v sexuální oblasti ( $p=0.067$ ).

Byl nalezen jediný prediktor intenzity úmyslu zemřít, a to aktuální stres z působení duševní poruchy ( $p=0.017$ ).

## **Závěr**

Ve studii bylo popsáno několik rizikových faktorů somatické závažnosti a intenzity suicidálního úmyslu. Nejpodstatnějším nálezem studie je nalezená souvislost anamnézy prodělaného psychotraumatu s tendencí k menší somatické závažnosti suicidálního jednání. Výsledky jsou limitovány velikostí souboru, otevírají však další otázky do diskuse o mechanismech suicidálního jednání u dětí a dospívajících.

## **Literatura**

Fleischman AR, Baroness JA (2004). Adolescent suicide: vigilante and action to reduce the toll. *Contempor Pediatrics* 21: 27-35.

Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E (2000). Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál.

Koutek J, Kocourková J, Hladíková M, Hrdlička M (2009). Suicidal behavior in children and adolescents: Does a history of trauma predict less severe suicidal attempts? *Neuroendocrinology Letters*. 30: 99-106.

Maris RW, Berman AL, Maltesberger JT, Yufit RI, editors (1992). *Assessment and Prediction of Suicide*. New York: The Guilford Press.

## **Summary**

The aim of this study was to identify risk factors and possible predictors of severity of suicidal behavior of children and adolescents. The results indicated that patients with any previous traumatic experience tended to have somatically less severe suicidal attempts. Intensity of suicidal intent was associated with a history of depression and anxiety disorders, and the current stress from a mental disorder. Somatic severity of suicidal behavior was significantly associated with intensity of suicidal intent. A history of any trauma (previous traumatic experience predicted less severe suicidal behavior, and the current stress from sexual problems were identified as predictors of somatic severity of suicidality. These two predictors showed only a trend level of significance. The only significant predictor of intensity of suicidal intent was the current stress from a mental illness.

**Key words:** suicidal attempt, child, adolescent, risk factor

## MOŽNOSTI PSYCHIATRIE A PSYCHOTERAPIE PŘI KONZILIČÍCH NA NEUROLOGII

A. Kováčová<sup>1</sup>, R. Obereignerů<sup>2</sup>, D. Jelenová<sup>1</sup>, A. Grambal<sup>1</sup>,  
D. Kamarádová<sup>1</sup>, J. Praško<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika*

<sup>2</sup>*Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého Olomouc, Česká republika*

Přibližně 35 % pacientů trpících epilepsií může v interiktálním období trpět depresivní poruchou a úzkostnými příznaky. Častěji než o jasnou hlubokou depresi, projevující se v epizodách, jde o mírnou, chronicky probíhající dystymii s dominujícími pocity prázdnoty, mrzutostí a „odpojení“ od běžného prožívání. U neurologů navíc přetrvává obava z podávání antidepresiv pro jejich přeceňovaný vliv na snížení záchvatovitého prahu. U 20 % pacientů s epilepsií jde o problémy s disociativními křečemi, které mohou epilepsii imitovat nebo být s ní komorbidní. Poškození temporálního či frontálního laloku je považováno za riziko pro kognitivní poruchy, pro poruchy osobnosti, afektivní poruchy, pro vznik schizofreniformních psychóz. Temporální lokalizace vlevo bývá typická pro depresivní a schizofreniformní psychotické příznaky, vpravo pro manické příznaky (Hermann et al, 1991). Častou a závažnou komplikací postiktálního období je odvykací stav při závislosti na alkoholu, jehož včasné odhalení se zahájením adekvátní léčby může předejít rozvoji odvykacího stavu s deliriem a zásadním způsobem rozhodnout o prognóze pacienta. Při epilepsii se může interiktálně rozvinout významné vyhybavé chování, které souvisí se strachem ze záchvatu na veřejnosti a může ústít do obrazu sekundární agorafobie nebo sociální fobie s následnou sociální izolací. Dlouhodobé vyhybavé chování a závislost na příbuzných může pak vzácně petrifikovat tyto rysy až do obrazu vyhybavé nebo závislé poruchy osobnosti. Prevalence dalších poruch osobnosti u pacientů s epilepsií je vyšší než ve všeobecné populaci, nejčastější je emočně nestabilní porucha osobnosti.

Po CMP rozvine depresivní poruchu 30-50 % pacientů, vyšší riziko je v období do 2 let po CMP. Zhoršená řeč, mobilita a jejich důsledky pro život mohou být příčinou depresivní reakce, nicméně byl prokázán i podstatný biologický vliv CMP. Léze v oblasti levé hemisféry (frontální oblast, bazální ganglia, capsula interna) bývají častěji asociovány s depresí, naopak postižení pravé hemisféry spíše s elací nálady či manickými projevy. Kromě deprese po CMP se může objevit úzkostná porucha, kognitivní deficit, nebo projevy emoční dysregulace typu pseudobulbárního deliberačního syndromu (např. spastický pláč, smích v reakci i na menší podněty), po opakovaných mozkových infarktech pak demence.

Po závažném traumatu mozku se objevuje deprese u 40 % pacientů. Riziko stoupá v případech psychického onemocnění v anamnéze, při difúzním postižení mozku, při rozvoji sekundárních (například ischemických) změn, topicky při postižení vlevo a více frontálně nebo vlevo v oblasti bazálních ganglií (Herman & Hovorka, 2007). Mozkové trauma může rovněž vést k závažným osobnostním změnám, rozvoji obsedantně kompulzivní symptomatologie nebo postkontuzního mozkového syndromu.

Pravděpodobnost rozvoje depresivní poruchy po stanovení diagnózy roztroušené sklerózy (RS) je 27-54 %. Riziko je vyšší u osob s anamnézou psychického onemocnění, u pacientů s mozkovou lokalizací RS a u pacientů léčených kortikoidy. U mladých mužů v prvních 5 letech je popsána vyšší incidence suicidálního jednání. Z dalších poruch se u RS objevuje častěji organická generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha a kognitivní deficit, vzácněji pak psychotické projevy.

Herman E, Hovorka J: Diagnostika a léčba psychických poruch v neurologii. In: Herman E, Praško J, Seifertová D: Konziliární psychiatrie. Medical Tribune, Praha 2007.

Hermann BP, Seidenberg M, Haltiner A, Wyler AR: Mood state in unilateral temporal lobe epilepsy. *Biol Psych* 1991; 30: 1205-1218.

### ***Podpořeno projektem IGA MZ ČR NS 10301-3/2009***

#### **Summary**

#### **OPPORTUNITIES FOR PSYCHIATRIC CONSULTATIONS AND PSYCHOTHERAPY IN NEUROLOGICAL PATIENTS**

Approximately 12 % of hospitalized neurology patients require a psychiatric intervention. The most frequent neurological illnesses accompanied by psychiatric diagnosis are epilepsy, stroke, traumatic brain injury, sclerosis multiplex, Parkinson's disease, Huntington's disease, borreliosis and brain tumors. From the psychiatric disorders presented in these diagnoses we find mainly depression, anxiety disorders, agitation, delirium, dissociative disorders, somatoform disorders and suicide attempts. Psychotherapeutical intervention in neurological patients is very individual, mainly we use supportive, cognitive-behavioral and dynamic psychotherapy. Crisis intervention is used for the treatment of acute symptoms and helps with difficult adaptation to diagnosis statement. Supportive psychotherapy helps with adaptation to symptomatic disorders, mainly in depressive and anxiety symptoms, and in neurotic personalities where diagnosis setting up can be an important stressor. Psychotherapeutical intervention is not effective in

patients without insight or with deepening cognitive deterioration. Psychotherapy also plays an important role in helping family members or caregivers, who take care of a patient with progressive neurological disorder.

**Key words:** neurology, psychiatry, psychotherapy

## DLOUHODOBÁ LÉČBA RISPERIDONEM (1996 AŽ 2010) U SCHIZOFRENIE (DVĚ KAZUISTIKY)

Helena Kučerová

*Soukromá psychiatrická ordinace, Hranice na Moravě, Česká republika*

Risperidon působí velmi efektivně na pozitivní příznaky schizofrenie, má částečný vliv i na její negativní příznaky a má méně vedlejších účinků než jeho předchůdce haloperidol (1, 2, 3).

**Kazuistika 1.** Muž, 62 let, ženatý, otec tří dětí. Vyučený zedník, pracoval v oboru do roku 2009, kdy ho postihl infarkt myokardu, poté odešel do starobního důchodu. V rodině nezjištěna psychiatrická přítěž. První kontakt s psychiatrií měl ve svých 25 letech, diagnóza: neurotická reakce u akcentované osobnosti. Léčil se krátce, sedativy. Ve svých 44 letech u něho propukla psychóza s vizuálními a auditivními halucinacemi, bludnými religiózními výklady, autoakuzacemi a myšlenkami na sebevraždu. Byl hospitalizován s diagnózou: depresivní syndrom u osobnosti s pithiatickými rysy. Terapie thioridazin, encephabol. V ambulanci byla terapie změněna na chlorprothixen. Pro barvitě vizuální halucinace byl pacient též vyšetřen na organicitu, která však nebyla prokázána. V pacientových 46 letech propukla další ataka, pacient však odmítl hospitalizaci. Chlorprothixen byl změněn na chlorpromazin, s úspěchem. Další bouřlivá ataka s akutní hospitalizací následovala o rok později. Terapie: haloperidol, později thioridazin. Půl roku nato, na jaře 1996 (v pacientových 48 letech) další ataka: pocit „rozlítaných“ myšlenek, ovládnutí myšlenek, vnitřního mluvení. Bludné přesvědčení, že lidstvo je pod vlivem nějakých výzkumů, které jsou napojeny na různé satelity a počítače. Pacient odmítl hospitalizaci. Nasazen risperidon 2 mg denně, během osmi dnů tyto pozitivní příznaky odezněly. Dosud je pacient bez dalších atak, dávka risperidonu kolísá od 2 mg do půl mg denně (po infarktu myokardu) a od roku 2002 přidán carbamazepin v dávce 200 až 400 mg denně.

**Kazuistika 2.** Žena, 64 let, rozvedená, matka tří dětí. Vyučená prodavačka, pracovala v oboru do svých 46 let, kdy dostala invalidní důchod. Ve svých 26 letech měla revmatickou horečku s následnou vadou srdce, v dalších letech prodělala operaci kýly a žlučníku a infekci borreliózy. V rodině nezjištěna psychiatrická přítěž. Psychické potíže začaly v jejích 46 letech, slyšela hlasy, viděla postavy, měla z toho strach, bušilo jí srdce, rychle se unavila. Pacientka byla hospitalizována, diagnóza: atypická psychóza profrenního typu. Terapie: perfenazin, melipramin, nortryptilin. V ambulanci pak vysazena obě antidepresíva a perfenazin zaměněn za chlorpromazin. Po dvou letech propukla další ataka s auditivními i vizuálními halucinacemi a paranoidně perzekučními bludy, anxiétou a hyposomnií. Diagnóza: paranoidní schizofrenie. Terapie: chlorpromazin. Po dalších dvou letech, v roce



1996, kardiolog doporučil psychiatrický lék co nejšetnější k srdci. Podán risperidon 2 až 3 mg denně. Zlepšily se negativní příznaky, pozitivní se neobjevily.

Diskuse a závěr. Oba pacienti mají společné: věk 62 a 64 let, oba vyučení, rodiče tří dětí, oba s nemocí srdce. Manifestace schizofrenního obrazu ve 44 a 46 letech, léčený vždy relativně nízkými dávkami neuroleptik. Čtrnáct let léčení risperidone v dávkách půl až 3 mg denně, po tuto dobu ve kvalitní remisi a bez jakýchkoli vedlejších účinků.

#### Literatura.

1) Ezewuzie, N., Taylor, D.: Establishing a dose-response relationship for oral risperidone in relaps schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology* 20, 2006, No.1, pp.86-90.

2) Harvey, P.D., Rabinowitz, J. et al.: Treatment of Cognitive Impairment in Early Psychosis: A Comparison of Risperidone and Haloperidol in a Large Long-Term Trial. *Am J Psychiatry*, 162, 2005, pp.1888-1895.

3) Song, F.: Risperidone in the treatment of schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychopharmacology*, 11, 1997, No.1, pp.65-71.

MUDr. Helena Kučerová, Svatoplukova 10, 753 01 Hranice, 22.3.2010.

## **Summary**

### **RISPERIDONE IN LONG-TERM THERAPY (1996–2010) IN SCHIZOPHRENIA (TWO CASE REPORTS)**

The author presents two paranoid schizophrenic patients who were treated with risperidone for 14 years. There were a 62 years old man and a 64 years old woman. Schizophrenia in both of them manifested after their 40 years (44 and 46) and both of them were hospitalized. The male-patient got heart attack in 2009. The female-patient was treated to rheumatic cardiopathy since 1972 and for borreliosis in 1999. The therapy was switched to risperidone from thioridazine and from chlorpromazine. The dosage of risperidone varied from half to three mg per day. In the male-patient there was added carbamazepine 200-400 mg per day since 2002, in the female-patient risperidone was in monotherapy. The female-patient had psychotherapy: bibliotherapy and word exercise to improve cognitive functions. During the risperidone therapy in both patients no hospitalization were needed and the psychopathological state was stabilized. No side effects were occurred. Risperidone was found as a very effective medicament and usefull for long term treatment.

**Key words:** schizophrenia, risperidone, long-term treatment

## KOGNITIVNÍ FUNKCE U VYBRANÝCH ÚZKOSTNÝCH PORUCH A OCD

K. Látalová, T. Diveky, J. Praško, D. Kamarádová  
*Klinika psychiatrie Universita Palackého, Fakultní nemocnice v Olomouci, Olomouc, Česká republika*

### **Panická porucha**

Panická porucha je nahlížena jako strach z tělesných pocitů, který naroste až do rozměrů panické ataky. Postižený systematicky přeceňuje hrozbu, která je v dané situaci přítomná, a toto přeceňování automaticky aktivuje „úzkostný program“ organismu.

### **GAD**

Snaha o snížení stresové reakce vede ke kognitivnímu vyhýbání; postižený se snaží nemyslet na to, co stres vyvolává. Napětí se sice sníží, nicméně nevymizí úplně a začíná fluktuovat – postižený se začne úzkostně zabývat nedůležitými věcmi v životě a vnímat je jako ohrožující. Toto zabývání se starostmi a obavami pak přetrvává dále i v době, kdy spouštěcí události již mohou být dávno nedůležité. Mathews (1990) označil pět nejdůležitějších funkcí obav:

- magické vyhýbání se katastrofě (tím, že se něčím člověk zabývá, jako by to řešil ve skutečnosti);
- vyhýbání se myšlení na problémy, které jsou aktuálně špatně řešitelné;
- vyhýbání se silným emočním hnutím;
- příprava na určité chování;
- posilování motivace.

Poslední kognitivní model GAD zdůrazňuje dva typy starostí. Typ 1 se týká vnějších událostí nebo vnitřních podnětů z organismu, jako jsou tělesné příznaky. Typ 2, tzv. „meta-starosti“ spočívá v negativním nebo pozitivním hodnocení vlastních myšlenek, především myšlenek úzkostných. Negativní hodnocení vlastních starostí vede k tomu, že se postižený jedinec snaží své starosti potlačit. Proto se snaží svých starostí zbavit a potlačit, čímž je paradoxně dále upevňují. Tento proces je narušován pozitivními meta-kognicemi, tedy že pokud si nebude dělat starosti, přehledně hrozící nebezpečí. Pacient trpící GAD se tedy bojí nedělat si starosti a zároveň i toho, že si starosti dělá. Neustále sleduje, zda nehrozí nějaké nebezpečí, aby mu mohl zabránit. Další způsob jak zmírnit tyto obavy spočívá v ujišťování se, že je všechno v pořádku a v chování, které má zabránit, aby k ohrožení došlo (tzv. „zabezpečující chování), nebo ve snaze úmyslně odvádět od starostí pozornost. I u GAD tedy existuje vyhýbavé chování, je však obtížněji zjištělné, protože je jednak skryté („Nesmím na to myslet!“), jednak není vázáno na konkrétní situace. Vyhýbavé chování brání postiženému jedinci, aby:

a) dokázal své starosti do důsledků promyslet, zhodnotit a vyvodit z nich konkrétní závěry;

b) přesvědčil se, že i kdyby si přestal dělat takové starosti, nevedlo by to ke katastrofickým důsledkům, jichž se obává.

Výzkum také ukázal, že patologické obavy snižují reakci sympatiku na reálně ohrožující podněty a představy (Borkovec 1994). Zda se tedy, že proces neustálého obávání se umežňuje pacientům vyhnout se určitým nepříjemných situacím a s tím spojeným emocionálním stavům.

V důsledku maladaptivního kognitivního stylu mají pacienti trpící GAD malou schopnost řešit své životní problémy systematickým způsobem, ale i banální životní problémy řeší postupem pokus – omyl. Řešení problémů metodou „pokus-omyl“ je velmi namáhavé a proto i běžné každodenní problémy nabývají nadměrné obtížnosti. Současné obavy a starosti výrazně posilují negativní výběr vzpomínek z minulosti. Navíc negativní imaginace se za čas mohou ukládat do paměti jako skutečné události. Při vzpomínání pak dochází ke zkreslení a část minulých negativních představ si lidé trpící GAD pamatují jako události, které se skutečně staly.

### **Sociální fobie**

U sociální fobie byla nalezena řada kognitivních narušení. Jsou manifestací negativního jádrového schématu o sobě jako neschopném a nepříjemném a druhých jako znehodnocujících ty, kteří nejsou dokonalí. Ukazuje se, že osoby se sociální fobií nehabitují tak snadno na negativní sociální informace, jsou hypervigilní pro zraňující sociální informace a paradoxně se jim více vyhýbají než kontroly. Vykazují také posun v implicitní paměti pro sociálně zraňující informace a více sami sebe neustále posuzují i neutrální sociální informace si vysvětlují negativně a katastroficky si interpretují i malé negativní sociální události. Děti se sociální fobií ve srovnání s kontrolami mají výrazný deficit sociálních dovedností, více negativní samomluvy a vrstevníci na ně méně příznivě reagují (Spence et al. 1999).

### **OCD**

Kognitivní model OCD vychází z předpokladu, že automatické intrusivní myšlenky nejsou samy o sobě nic patologického. Mívají pozitivní, neutrální i negativní emoční doprovod. Pokud nesouvisí s dalšími volnými myšlenkami nebo jednáním, mizí. Takový způsob fungování kognitivních procesů zajišťuje výběr jen těch nejdůležitějších informací. Protože se ale některé z intrusivních myšlenek mohou týkat hrožícího nebezpečí, vyvolávají často úzkost a tenzi. Úzkost a tenze mohou díky dysfunkčním postojům a přesvědčením (tzv. dysfunkčním kognitivním schématům) enormně stoupat, člověk je nedokáže snést a snaží se jich zbavit pomocí určitého volního neutralizačního jednání. Takové chování přinese krátkodobou úlevu a spojení mezi obsesí (mimovolní – automatickou myšlenkou) a kompulzí (volním

jednáním nebo myšlenkou určenou ke snížení úzkosti) se posílí a objevuje stále častěji. Vyhýbavé chování chrání před vystavením se obávaným myšlenkám a kompulzivní jednání (zjevné či skryté) ukončuje vystavení se těmto myšlenkám; oba typy chování brání pacientovi, aby se střetl s obávanými myšlenkami a situacemi. Kompulze a vyhýbavé chování tak zabraňují možnosti přehodnotit obsese: když pacient toto chování přestane provádět, zjistí, že to, čeho se bojí, se ve skutečnosti nestane. Důležité tedy není, zda má člověk mimovolní myšlenky (ty má každý), ale jak je hodnotí. Terapie se tedy nemá zaměřit na vyvrácení nebo odstranění obsedantních myšlenek, ale na změnu jejich hodnocení a na modifikaci dysfunkčních přesvědčení. Dysfunkční kognitivní schémata, k jejichž aktivaci dochází u OCD, se týkají především kontroly, odpovědnosti, potřeby jistoty a pevných pravidel. Tato dysfunkční schémata byla pravděpodobně formulována již v dětství, dávno před rozvojem OCD, pod vlivem rodinné výchovy a pravidel u zranitelné osobnosti.

Kognitivní dysfunkce může mít také vliv na závažnost příznaků (Nakao et al., 2005). Pacienti s delším trváním nemoci měli více kompulzí a také větší deficit v kognitivních funkcích (ve Stroopově testu a ve WMS-R). Terapeutická odpověď je významně horší u pacientů se závažnější kognitivní dysfunkcí.

## **Podpořeno projektem IGA MZ ČR NS 9752– 3/2008**

### **Literatura:**

Borkovec TD. The nature, functions and origins of worry. In: Davey GCL, Tallis F (eds). *Worrying: perspectives in theory, assessment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons, 1994.

Mathews A: Why worry? The cognitive function of Anxiety. *Behav Res Ther* 1990; 28: 455-468.

Nakao T, Nakatani E, Nabeyama M, Yoshioka K, Tomita M, Nakagawa A. (2005) Duration effect on neuropsychological function and treatment response of OCD. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*; 107(12):1286-98.

Spence SH, Donova C, Brechman C et al. Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *J Abnorm Psychol* 1999; 108: 211-221.

### **Summary**

## **COGNITIVE FUNCTION IN ANXIETY DISORDERS AND OCD**

Patients with panic disorders were characterized by increased levels of anxiety and depression, along with impairments to cognitive functions in

the form of decreases in short-term memory and attention, as compared with healthy subjects. Patients with atypical panic disorders differed from patients with typical panic disorders in having lower levels of anxiety, more severe depression, and more marked cognitive disorders. The cognitive dysfunction can also have impact to the severity of symptoms in patient suffering with OCD. The patients with longer duration of the disorder have more compulsion and higher deficit in cognitive function than the group of patients with shorten duration of the disorder. Patients with generalized anxiety disorder seem to develop excessive worries in order to prevent more negative feeling associated with the images of a thought. Some authors suggested that a deficit of attention might be responsible of excessive worry. Patients with social anxiety disorder are more likely to select negative interpretations for them, even when they are given the option of selecting positive interpretations and neutral interpretations that they could find at least somewhat believable. Cognitive reappraisal is a type of emotion regulation used to alter negative self-beliefs.

**Key words:** panic disorder, GAD, social phobia, OCD, cognitive dysfunction

## TRAUMA A AFEKTIVNÍ PORUCHY

K. Látalová

*Klinika Psychiatrie Universita Palackého, Fakultní nemocnice v Olomouci, Olomouc, Česká republika*

Jestliže uvažujeme o příčinách vzniku afektivních poruch, předpokládáme vzájemné působení mezi biologickými a psychosociálními vlivy, jejichž interakce ve svém důsledku vede k projevům nemoci. Kombinace specifické (zpravidla vrozené) zvýšené zranitelnosti a negativních životních událostí může vést ke snížení adaptace na stres a postupnému rozvoji biochemických změn v mozku, které vyústí do deprese (unipolární nebo bipolární) či mánie. Na rozvoji poruch nálady se rovněž podílí stres (Kendler 1999, 2004). Neznamená to však, že stres je jedinou příčinou této poruchy, ale bývá jejím spouštěčem.

V historii psychiatrie vcelku nebyly pochybnosti o tom, že se v etiopatogenezi afektivních poruch uplatňují geny. Psychická traumatizace a tělesná onemocnění mohou usnadnit expresi genů zodpovědných za propuknutí onemocnění.

Přes pokroky genetiky se však nepodařilo přesněji identifikovat geny, které jsou za tuto hereditární dispozici odpovědné. Tato nesnáze souvisí s tím, že duševní poruchy nejsou způsobeny jedním genem specifickým pro tu či onu poruchu, ale jde zpravidla o řadu genů, z nichž každý přispívá svým vkladem k riziku onemocnět, a že výsledné riziko je dáno jakýmsi součtem nebo spíše interakcí mezi kombinacemi genů. I toto výsledné riziko není stoprocentní. Vždy je třeba ještě určitý faktor prostředí, který exprimuje genetickou vložku, aby onemocnění exacerbovalo.

Tím však složitost působení genetické dispozice nekončí. Často se abnormalita určitých genů prosadí teprve tím, že tyto geny působí na jiné geny, které pak syntetizují „nemocné“ proteiny vedoucí k onemocnění. Tyto „nemocné“ proteiny vedou k onemocnění působením na syntézu, uvolňování a degradaci neurotransmiterů, na sensitivitu receptorů, atd. Geny mohou ovlivnit také regulace endokrinní, např. tyreoidální a především ty, které regulují reakci na stres.

Skutečné pochopení patofyziologie afektivních poruch vede cestou neurobiologie na různých fyziologických úrovních: molekulární, buněčné a behaviorální. Abnormality v genové expresi jsou nepochybně zásadní v neurobiologii těchto onemocnění. V následujících letech se ozřejmí geny kódující náchylnost k afektivním poruchám nebo naopak geny s protektivním účinkem vůči nemoci. Až k tomu dojde, bude ještě obtížné zjistit negativní vliv exprese těchto genů (proteinů) na základní buněčné funkce. Na této úrovni už byly spolehlivě identifikovány kandidátní geny/ proteiny, jejichž aktivizace by následně vede ke stabilizaci nálady (Caspi, 2003). Ovšem

upřesnění jakým způsobem a které z kandidátních genů ovlivňují buněčné cíle zatím chybí. Také nevíme, zda při negativním ovlivnění buněčného cíle musí bezpodmínečně dojít k expresi genu zprostředkovávajících náchylnost k nemoci nebo ne. Jinými slovy, exprese k náchylnosti může být determinována.

Jiný cíl, je považovaný za jednu z možných hlavních součástí patofyziologie afektivních poruch může pramenit ze ztráty harmonizace cirkadiálních rytmů, protože hlavně ty podporují přirozenou rekurenci nemoci.

Jedinci náchylní ke vzniku BP disponují vulnerabilním terénem, který při expozici kumulovaného stresu reaguje vznikem bipolární epizody. Látkou, která se spolupodílí na vzniku, průběhu a ovlivňuje efektivitu léčby je BDNF (brain derived neurotrophic factor). Zdá se, že jedinci vulnerabilní ke vzniku BP mají nižší hladiny BDNF v hippocampu a v prefrontálním kortexu. Vulnerabilní terém je v dětství a v adolescenci senzitivován stresovými událostmi nebo psychoaktivní látkou a vede k senzitivaci a ke vzniku epizod. Tato situace má i své neurobiologické koreláty : ve frontálním kortexu dochází ke snížení metabolismu a snížení průtoku krve, ke snížení počtu neuronů a ke snížení gliální aktivity. V limbickém systému naopak dochází k hyperaktivitě: zvětšuje se objem amygdaly, zvyšuje se její aktivita a reaktivita, dochází ke zvýšení hladin kortikotropního hormonu a ke zvýšení hladin kortizolu (Manji a Lenox, 2000).

K dalším změnám dochází také na úrovni cerebela, locus coeruleus, bazálních ganglií a hippocampu. Klinicky tyto nálezy korelují např. se sníženou schopností prostorového učení.

BDNF (brain derived neurotrophic factor) patří k růstovým faktorům, které zajišťují růst neuronů, jejich diferenciaci, synaptickou konektivitu, hojení a přežívání neuronů. Jeho koncentrace je snížena v periferní krvi nemocných BP i v době remise a bez ohledu na antimanickou, antidepresivní nebo profylaktickou léčbu. Deficit BDNF pravděpodobně souvisí s poškozením endoplazmatického retikula a poškozením nebo i chyběním neuronů udržujících afektivní stabilitu.

Nedokonalá funkce BDNF patří ke kaskádě mechanismů vedoucích k morfologickým změnám, které lze odhalit zobrazovacími metodami mozku. Nejčastěji zjišťovaným nálezem jsou ložiska subkortikální hyperintenzity.

Na patofyziologii BP má velký podíl zvýšené uvolňování kortizolu, jehož koncentrace jsou zvýšeny i u adolescentů, jejichž rodiče trpí BAP. Má to i morfologický korelát, kde je těžké určit, co je příčina a co následek: mladí lidé trpící BP mají větší hypofýzu a toto zvětšení překryje rozdíl ve velikosti hypofýzy podle pohlaví. Zdravé dívky mají větší hypofýzu než mladí muži.

## **Epigenetika senzitivace vzniku BP**

Vlivy prostředí modifikují transkripci DNA. Děje se tak pravděpodobně pomocí downregulace nebo potlačení transkripční RNA, která vedena k „těsnému přilehnutí a obtočení, DNA kolem nosného histonu. K rozvolnění obtočení a upregulaci transkripční RNA může dojít pomocí acetylace histonu (pomocí inhibitoru histonové deacetylázy), čehož je možné dosáhnout například terapií valproátem.

Mezi farmaka která dokáží zvýšit BDNF patří stabilizátory nálady (lithium, valproát, karbamazepin) atypická antipsychotika (olanzapin, quetiapin), antidepresiva (TCA, SSRI, bupropion, MAOI), mezi další možnosti patří ECT, rTMS, tělesná aktivita a omega-3 – mastné kyseliny (Kato, 2008)

## **Závěr**

Perinatální stresující životní události mohou predisponovat ke vzniku afektivní poruchy v dospělosti.

Stres a deprese jsou spojeny s poklesem BDNF v prefrontálním kortexu, a v hippocampu, kde vede k hyperkortizolemii.

Stresové životní události se mohou kombinovat s epigenetickými změnami, které posléze rezultují v DNA methylaci/ histonovou de-acetylaci. Otázkou zůstává, zda může být vulnerabilita k relapsům afektivní poruchy v dospělosti redukována demethylací inhibitory histonové deacetylasy.

## **Literatura**

Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003; 301:386-389.

Kato, T. Molecular neurobiology of bipolar disorder: a disease of „mood-stabilizing neurons“? *Trends in Neurosciences*. 2008;31:495-458.

Kendler K S, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry*. 1999; 156:837-841.

Kendler KS, Kuhn J, Prescott CA. The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *Am J Psychiatry*. 2004;161:631-636.

Manji HK, Lenox RH. The nature of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(Suppl 13):42-57.



## Summary

### TRAUMA AND AFFECTIVE DISORDERS

Despite the demonstrated high heritability of bipolar disorder, few susceptibility genes have been identified and linkage and/or association studies have produced conflicting results. This search for susceptibility genes is hampered by environmental risk factors for the disease remain misunderstood. Childhood trauma is probably the most promising environmental factor. Growing evidence suggests that incidences of childhood trauma are frequent and severe in bipolar disorder, probably affect the clinical expression of the disease in terms of suicidal behavior and age at onset. The relationships between childhood trauma and bipolar disorder suggest several interpretations, mainly a causal link, a neurodevelopmental consequence, or the intergenerational transmission of traumatic experiences. The neurobiological consequences of childhood trauma on a maturing brain remain unclear, although such stressors may alter the organization of brain development, leading to inadequate affective regulation. Genetic factors decisively influence the susceptibility to depressive disorders. Particularly the s-allele of the serotonin transporter has been repeatedly confirmed to be a risk factor. Along with genetic factors, environmental factors are heavily involved. Gene-environment action plays a pivotal role, particularly in unipolar depression. The genetic disposition seems to be modulated by a protective or pathogenic environment.

**Key words:** trauma, affective disorder, depression, bipolar, gene, environment

## „MISMATCH NEGATIVITA“ V EVOKOVANÝCH POTENCIÁLECH U PACIENTŮ S DEFICITNÍM SYNDROMEM

J. Libiger<sup>1</sup>, A. Urban<sup>1</sup>, J. Kremláček<sup>1</sup>, R. Žirko<sup>1</sup>, J. Hons<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Psychiatrická klinika LF UK a Fakultní nemocnice Hradec Králové, Česká republika*

<sup>2</sup>*Oddělení psychiatrie, Krajská nemocnice Liberec, a.s., Česká republika*

### Úvod

Jádrem tzv. deficitního syndromu u schizofrenie jsou primární negativní příznaky, které jsou většinou provázány s výraznou poruchou sociálního uplatnění nemocného jedince. Zda mají negativní příznaky společného „jádrového“ jmenovatele a jak k němu lze proniknout, zůstává otevřená otázka. Může se jednat o poruchu motivace, která je spojená s poruchou vyhodnocení a zpracování informace v oblasti vnímání i v oblasti kognitivní.

Negativita z nesouladu, obvykle anglicky nazývaná jako „mismatch negativity“ (MMN) je negativní výchylka amplitudy elektrofyziologické vyvolané odpovědi na senzoričtý podnět (ERP – event related potential). Prováží změnu v řadě obvykle sluchových podnětů, která přeruší řadu po sobě jdoucích stejných stimulů (na příklad změna výšky tónu, jejich frekvence atp.). MMN je důkladně prozkoumána ve sluchové oblasti, vyskytuje se však i v jiných smyslových doménách. „Mismatch negativitu“ považujeme za elektrofyziologický ukazatel zpracování informace na hranici procesů percepce a kognice. Probíhá automaticky, bez zacílení vědomé pozornosti. Bylo popsáno spojení MMN s poruchou sociálního uplatnění („functioning“). MMN byla popsána také při zrakové stimulaci pohybovými podněty (Urban a spol., 2007). Podnětem je v tomto případě změna směru pohybu horizontální pruhové struktury. Snížení amplitudy MMN u pacientů se schizofrenií je dáváno do souvislosti s dysfunkcí NMDA receptorů. MMN a její změny lze také vyložit jako poruchu kódování předvídacích procesů („predictive coding“, Garrido a spol., 2009).

Praktický význam MMN by měla možnost, že MMN odráží jádrovou patologii schizofrenního procesu. Mohla by tak podpořit kategorizaci schizofrenie do klinicky významných podskupin. V naší skupině nemocných s diagnózou schizofrenie jsme popsali spojení poruchy vizuálními podněty navozené „mismatch negativitu“ (vMMN) na pohybové podněty a celkového skóru Globální škály uplatnění – „fungování“ (Global Assessment of Functioning – GAF). To nasvědčuje možnosti asociace poruchy navození MMN u některých pacientů s deficitním syndromem u schizofrenie, který je v pozadí poruchy sociálního uplatnění.

## Cíl

Tato práce je zacílená na testování hypotézy, že velikost vMMN u pacientů s deficitním syndromem se bude lišit od vMMN u pacientů bez deficitního syndromu

## Metody

Do studie vstoupilo 24 pacientů (19 mužů a 5 žen) s věkovým průměrem 28 let. Jednalo se o pacienty v průměru se 3,4 předchozími hospitalizacemi a sedmiletým trváním onemocnění. Pro studii byli získáni mezi hospitalizovanými a ambulantními pacienty Psychiatrické kliniky s diagnózou schizofrenie, schizofreniformní nebo schizoafektivní psychóza ve shodě s kritérii pro výzkum MKN 10. Pacienti byli roztrženi na skupinu s deficitním syndromem (N=11) a bez něho (N=13) na základě hodnocení Kirkpatrickovou škálou Schedule for Deficit Syndrome (SDS).

Pacientům byly natočeny evokované potenciály ve stíněné místnosti elektrofyziologické laboratoře Ústavu Patofyziologie LF UK. Podnětem byly horizontální pruhy pohybující se na periferii zrakového pole buď nahoru (standardní podnět), nebo dolů (odlišný – „deviantní“ podnět). Ve středu zrakového pole byl pohybový podnět na který měl pacient za úkol reagovat. Jeho účelem bylo odklonit pozornost od zrakových vjemů z periferie pole a zachovat jejich mimopozornostní povahu.

Záznamy evokovaných potenciálů ze středových elektrod Fz, Cz, Pz a Oz a bilaterálně umístěných okcipitálních elektrod Or a Ol byly zprůměrněny a filtrovány. Byla spočítána plocha pod křivkou (AUC) v intervalu největších rozdílů mezi MMN zdravých a psychotických pacientů (100-200 ms). AUC byla počítána jako integrál plochy evokovaného potenciálu na standardní a odlišné podněty. Rozdíl mezi AUC na standardní a odlišné podněty představuje vlastní vMMN. Jeho negativní hodnoty odpovídají větší negativní výchylce amplitudy na odlišný („deviantní“) podnět.

V podskupině 10 pacientů jsme také měřili sérové hladiny agonistů NMDA receptorů: serinu, a D-serinu (také glycinu, aspartátu a glutamátu). Tito pacienti byli škálování pomocí škál PANSS a SANS.

## Výsledky

Významně nižší MMN odpovědi jsme zaznamenali v podskupině pacientů s deficitním syndromem oproti pacientům bez primární negativní symptomatologie ve frontálním ( $t=3,79$ ,  $p=0,001$ ) a centrálním ( $t=2,19$ ,  $p=0,039$ ) středovém svodu. Skupina pacientů s deficitním syndromem se velikostí vyvolané vizuální MMN ve středových svodech Fz, Cz a Pz také významně lišila od zpárovaných zdravých dobrovolníků, zatímco pacienti bez deficitního syndromu se velikostí indukované vMMN od zpárovaných zdravých dobrovolníků nelišili. V menší skupině 10 pacientů jsme zjistili významnou pořadovou (Spearmanovu) korelaci mezi velikostí vMMN v pravém okcipi-

tálním svodu a hladinou serinu v séru ( $\rho=-0,76$ ). Významná byla také korelace mezi skórem faktoru abulie – apatie ve škále SANS a velikostí vMMN.

### **Závěr a diskuse**

Výsledky studie svědčí pro skutečnost, že větší narušení vizuální MMN je přítomné u pacientů u kterých byla nalezena primární negativní symptomatika a jejichž psychóza byla klasifikována jako schizofrenie s deficitním syndromem. Tato skupina pacientů se také lišila poruchou vMMN odpovědi od zpárovaných zdravých dobrovolníků.

Soudíme, že primární negativní symptomy mohou být spojené s poruchou časného zpracování senzorycké informace a to nejspíše bez ohledu na senzoryckou modalitu. To pak vede k nedostatečným motivačním pobídkám, negativní symptomatice a funkčnímu selhávání nemocných. Asociace poruchy navození vMMN u schizofrenie s dysfunkcí NMDA receptorů koresponduje s nálezem exploratorní analýzy u podskupiny nemocných. Ta zjistila významnou korelaci mezi nízkou hladinou fyziologického agonisty na NMDA receptorech aminokyseliny serinu v séru nemocných a poruchou tvorby vMMN. Nízké hladiny serinu u pacientů se schizofrenií byly spojeny s vyšším celkovým skórem škály SANS (Hons a spol., 2008). Přes malý počet pacientů výsledky dovolují pokračovat ve studiu asociace elektrofyziologických markerů zpracování informace s hlavními rysy klinicky významného subtypu schizofrenní psychózy – poruchami motivace a kognitivních funkcí.

**Tato práce byla podporována z prostředků Výzkumného záměru MSM č.0021620816 „Patofyziologie neuropsychiatrických onemocnění a její klinické aplikace“.**

### **Literatura**

Hons J, Žirko R, Ulrychová M, Čermáková E, Libiger J, D-serine serum levels in patients with schizophrenia: relation to psychopathology and comparison to healthy subjects. *Neuroendocrinology Lett* 2008;29:485-492.

Garrido MI, Kilner JM, Stephan KE, Friston KJ, The mismatch negativity: A review of underlying mechanisms, *Clinical Neurophysiology* 2009;120:453-463.

Urban A, Kremláček J, Masopust J, Libiger J, Visual mismatch negativity among patients with schizophrenia, *Schizophrenia Res*, 2008;102;320-328

## Summary

### „MISMATCH NEGATIVITY“ IN EVOKED POTENTIALS AMONG PATIENTS WITH DEFICIT SYNDROME

**Background:** Mismatch negativity (MMN) is an electrophysiological evoked potential response to a stimulus change in a series of standard sensory stimuli. The generation of this amplitude deflection in the auditory domain is deficient in schizophrenia. The deficient MMN among patients with schizophrenia is also present in evoked responses to motion direction visual stimuli (vMMN). We hypothesized that it may be related to a specific subtype of schizophrenia.

**Methods:** We investigated the ERP to visual motion stimuli in a group of 24 patients with ICD 10 diagnosis of schizophrenia or schizoaffective disorder. The responses to standard and deviant stimuli were recorded, and AUC differences between responses were computed. The vMMNs from bilateral occipital and midline leads were compared with matched healthy controls and between the deficit and non-deficit subgroups.

**Results:** Significant differences in vMMN between deficit and non-deficit groups were confirmed in frontal and central midline leads. Also, significant differences were detected in the group of patients with the deficit syndrome in comparison to healthy controls.

**Discussion:** Visual mismatch negativity deficit in schizophrenia is linked to the deficit syndrome in schizophrenia among our patients. The visual MMN deficit in schizophrenia may be interpreted as an index of a schizophrenia subgroup, which is distinguished by negative and perhaps also cognitive symptoms. These patients may require a specific treatment approach.

## AGRESE A JEJÍ ZVLÁDÁNÍ U SCHIZOFRENIE

B. Mainerová, K. Látalová, R. Kubínek, A. Trčová

*Klinika psychiatrie Universita Palackého, Fakultní nemocnice v Olomouci, Olomouc, Česká republika*

Počátek agresivního chování, a to nejen u pacientů se schizofrenií, může být v agitovanosti, což je psychomotorická aktivita špatně organizovaná bez konkrétního cíle, jež vychází z jakéhokoli fyzického či psychického stavu, který pacient subjektivně vnímá jako velmi nepříjemný. Působením různých podnětů může dojít k jejímu vystupňování do agrese, ta může být počátku pouze verbální, ale může přejít do agrese brachiální. (Vevera, 2007). Její rychlé, kvalitní a pro pacienta bezpečné zvládnání je základní součástí psychiatrické praxe.

V průběhu hospitalizace na psychiatrickém oddělení se agresivně projevuje 10-45% pacientů. Existují rozdíly v závažnosti a četnosti agresivního chování mezi pohlavími. U mužů se agresivní chování vyskytuje všeobecně častěji než u žen (75 versus 53%) a také u mužů bývá častěji důvodem první hospitalizace. Značným problémem u schizofrenních pacientů je zneužívání návykových látek, jež se v mnoha studiích ukázalo být závažným, nezávislým rizikovým faktorem zvyšujícím nebezpečí vzniku agresivního chování. (Steinert, 1999).

Při zvládnání agresivního pacienta je prvořadou záležitostí zajištění maximální bezpečnosti pro všechny členy zdravotnického týmu, dále bezpečnosti ostatních pacientů na oddělení a samozřejmě pacienta samotného. V závažnějších případech, kdy není možné agresivitu zvládnout nefarmakologicky, odstraněním rušivých podnětů, navázáním verbální komunikace, případně následným dobrovolným přijetím medikace pacientem, je nutno přistoupit k získání fyzické převahy a v některých případech i různých typů dočasných (usnadňujících podání medikace) omezovacích prostředků jako jsou kurty, síťová lůžka nebo izolační buňky. Při fyzickém omezení pacienta zpravidla dojde po čase k uklidnění. V tomto případě, je vždy nutno zajistit dostatečné množství personálu. (Mohr, 2003).

Při farmakologickém zvládnání agrese u schizofrenních pacientů musíme mít na mysli, možnou příčinu v nežádoucích účincích antipsychotik, nejčastěji akatizie, řešíme je korekcí nynější medikace a anticholinergiky, benzodiazepiny či  $\beta$ -blokátory. (Vevera, 2007).

Benzodiazepiny jsou požívány s výhodou pro své anxiolytické a sedativní vlastnosti a to jak samostatně, tak jako augmentace antipsychotik. Vhodné jsou krátkodobě působící preparáty jako midazolam nebo diazepam (ten nejlépe v p.o. formě), popřípadě clonazepam. Je však nutno brát v úvahu možnost kumulace účinku a následný útlum dýchacího centra. Z antipsychotik 1.generace je možno parenterálně použít haloperidol (do 10mg), levomepromazin nebo např. zucloperithiol, jež spolehlivě pacienta ztlumí

a mají dobré antipsychotické účinky, jsou proto velmi oblíbená (haloperidol je stále u nás užíván asi nejčastěji), ale jejich významné nežádoucí účinky by je v použití měly odsouvat na druhé místo za antipsychotika 2.generace. Z nich je k užití olanzapin (10mg) i.m. pro rychlý nástup účinku, výbornou účinnost a dobrou toleranci pacienty. Dále pak ziprasidon (10-20mg) i.m. opět s rychlým nástupem a minimem nežádoucích účinků. Oba tyto preparáty, a dále pak i risperidon, existují i v p.o. rychle vstřebatelné formě (rychle rozpustné tablety či roztok), bezbolestně aplikovatelné. Méně zkušeností je s injekční formou aripiprazolu, ale existují studie s poměrně velkým počtem pacientů, které jeho účinnost při zvládnání agrese u schizofrenie potvrzují. Injekční forma clozapinu, jež má prokázané antiagresivní působení, není v ČR k dispozici. V léčbě přetrvávající agresivity u schizofreniků se uplatňuje clozapin, ale i jiná antipsychotika 2.generace, dále také thymostabilizátory – lithium, kyselina valproová a carbamazepin (Mohr, 2003).

### **Literatura**

1, Vevera J, Jiráček R, Uhrová T, Žukov I, Král P, Tichý V. Možnosti ovlivnění agitovaného a násilného chování v psychiatrické praxi. Psychiatr. pro Praxi. 2007; 2:66-71

2, Mohr P. Antipsychotika druhé generace v léčbě akutní psychotické agitovanosti. Psychiatrie pro Praxi. 2003; 2: 62–65.

3, Steinert T, Webe Ch, Gebhardt RP. Aggressive behaviour against self and others among first-admission patients with schizophrenia. Psychiatr. Serv. 1999; 50: 85-90

### **Summary**

Aggression in patients with schizophrenia occurs in 10-45% and often arises from agitation and causes numerous hospital admissions. There are some gender differences in aggressive behaviour, male patients tend to be more aggressive than women and commit more severe acts of violence. Substance misuse has a proven influence on frequency and severity of aggression in schizophrenic patients. In aggression management the maximal safety of every medical team member, other patients in the ward and the patient himself must be ensured. If verbal conversation and disturbing factors elimination fails, we can use the physical restriction that could be helpful with medication administration. Short acting benzodiazepines are used in aggression for their sedative and anxiolytic acting alone or together with the atypical antipsychotics, available in parenteral or peroral forms, showed up to be as effective as the typical ones, but with less adverse side effects.

**Key words:** schizophrenia, aggression, 2nd generation antipsychotics

## KOGNITIVNÍ REHABILITACE U SCHIZOFRENIE

B. Mainerová, K. Vrbová, T. Divéky, A. Trčová

*Klinika psychiatrie Universita Palackého, Fakultní nemocnice v Olomouci, Olomouc, Česká republika*

Narušení kognitivních funkcí je jedním ze základních, nemoc determinujících fenoménů schizofrenie, zahrnuje porušení pozornosti, paměti, exekutivních funkcí a v neposlední řadě též psychomotorického tempa a je detekovatelné celou řadou neuropsychologických testů. Kognitivní deficit se vyskytuje i u jiných onemocnění, přímo pro pacienty se schizofrenií byly postupem času vytvořeny různé typy kognitivně rehabilitačních programů. Programy kognitivní rehabilitace si nekladou za cíl obnovit kognitivní funkce na premorbidní úroveň, ale spíše je posílit pomocí nejrozličnějších tréninkových metod. Programy tzv. kompenzatorní, se zase snaží deficit obejít, kompenzovat a tím zvýšit funkční výkon pacienta. (Rodriguez 2002). Snaží se o zobecnění získaných dovedností, přenést je do podobných, ale ne shodných úkolů a užít je v běžném životě.

Jedním z prvních programů byl IPT program (Integrated Psychological Therapy) z 80. let. Předpokládá nutnost zvládnutí základních, pro sociální interakce nezbytných, kognitivních funkcí – první tři subprogramy IPT (Kognitivní diferenciaci, Sociální percepce, Verbální komunikace) – poté navazují ty složitější, komplexnější subprogramy (Sociální dovednosti, a interpersonální spolupráce při řešení problému). Program probíhá poměrně intenzivně 3x týdně ve skupině do 7 pacientů, délka trvání jedné lekce je do 1 hodiny. Dalším Programem pro zlepšení kognitivních funkcí schizofrenních pacientů je CET (Cognitive Enhancement Therapy) vyvinutá v 90. letech, je určena stabilním pacientům a zaměřuje se na předpokladu existující neuroplasticity, odpovídající na kognitivní zkušenosti, má dvě základní části – počítačová cvičení zaměřená na kognitivní funkce a skupinový trénink sociálních dovedností. Podobný je i program NET (Neurocognitive Enhancement Therapy), více pracovní zaměřené, kdy jsou pacienti vyzíváni k řešení různých úloh dané obtížnosti, jsou-li je schopni zvládat, stupňuje se obtížnost. (Velligan, 2006).

CRT (Cognitive Remediation Therapy) je dalším možným přístupem k úpravě kognitivního deficitu, zaměřuje se na exekutivní funkce, hlavními složkami jsou plánování, pracovní paměť a kognitivní flexibilita, jde o vysoce individuální trénink. (Wykes, 2005).

NEAR (Neuropsychological Educational Approach to Rehabilitation) je dalším typem programu napomáhajícím zlepšit kognitivní funkce u pacientů se schizofrenií, je založen na podporování složitějších a strategických postupů pacienta při vlastním tréninku, jde o tzv. top-down model. Attention Shaping program (program na zaměřování pozornosti) pracuje na základě behaviorálních metod, posiluje správné, stále složitější chování, po-



mocí něž pacient směřuje k danému cíli a fixuje, chování, jež pacienta od cíle vzdaluje zůstává bez odezvy. Tak zvaný program Bezchybného učení patří mezi kompenzatorní přístupy, každý úkol, který má pacient splnit je rozdělen na menší celky různé obtížnosti, pacient pak postupuje od těch nejjednodušších k nejtěžším. Program vychází z myšlenky, že každý chybný krok negativně ovlivňuje další učení, proto je pacient veden tak, aby se jakýmkoli chybám a vyhnul. Dalším kompenzatorním přístupem kognitivního deficitu u pacientů se schizofrenií je CAT (Cognitive Adaptation Training) využívající pomůcek v pacientově okolí, jako jsou značky, seznamy, boxy na léky, a uspořádání domácího prostředí tak, aby souvisle nabádaly pacienta ke správným kroků péče o sebe sama. (Velligan, 2006).

Metakognitivní trénink je další z možností kognitivní rehabilitace u schizofrenie. Představuje způsob, jak efektivněji pacienta zaangažovat do léčby a pomoci a porozumět různým kognitivním procesům. Trénink sestává z osmi modulů, které jsou zaměřené na specifické kognitivní procesy, které bývají obvykle u pacientů se schizofrenií ovlivněny. Terapeut na začátku vysvětlí, jak konkrétní kognitivní proces u pacientů se schizofrenií probíhá.

Většina programů kognitivní rehabilitace dnes používá počítačových programů, jež jsou pro pacienty snadno ovladatelné, zábavné a snadno vyhodnocují jeho výsledky.

## Literatura

- 1, Rodriguez M, Mohr P, Preiss M. Program počítačové rehabilitace kognitivních funkcí u schizofrenie. *Psychiatrie*. 2002; 6: 42-45
- 2, Velligan DI, Kern RS, Gold JM. Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia And the Putative Role of Motivation And Expectancies. *Schizophrenia Bulletin*. 2006; 3: 474-485
- 3, Wykes T, Reeder C. Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia: Theory & Practice. 1st print., 2005, pp. 315

## Summary

Cognitive impairment is one of the core features in schizophrenia. The methods of numerous cognitive rehabilitation programmes aim to improve the functional outcome by enhancement and compensation of already present cognitive deficit. This is usually reached by reinforcement of behaviour leading to the given target. Present-day cognitive rehabilitation methods are using easy but attractive computer programs. Today there are e.g. Integrated Psychological Therapy, Cognitive Enhancement Therapy and Cognitive Remediation Therapy and many other programmes.

**Key words:** cognitive rehabilitation, schizophrenia, cognitive impairment

## ANTIPSYCHOTIKA A ŽILNÍ TROMBOEMBOLIZMUS – PŘEHLED NOVÝCH POZNATKŮ

J. Masopust<sup>1</sup>, R. Malý<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psychiatrická klinika LF UK a FN Hradec Králové, Česká republika

<sup>2</sup>I. Interní klinika LF UK a FN Hradec Králové, Česká republika

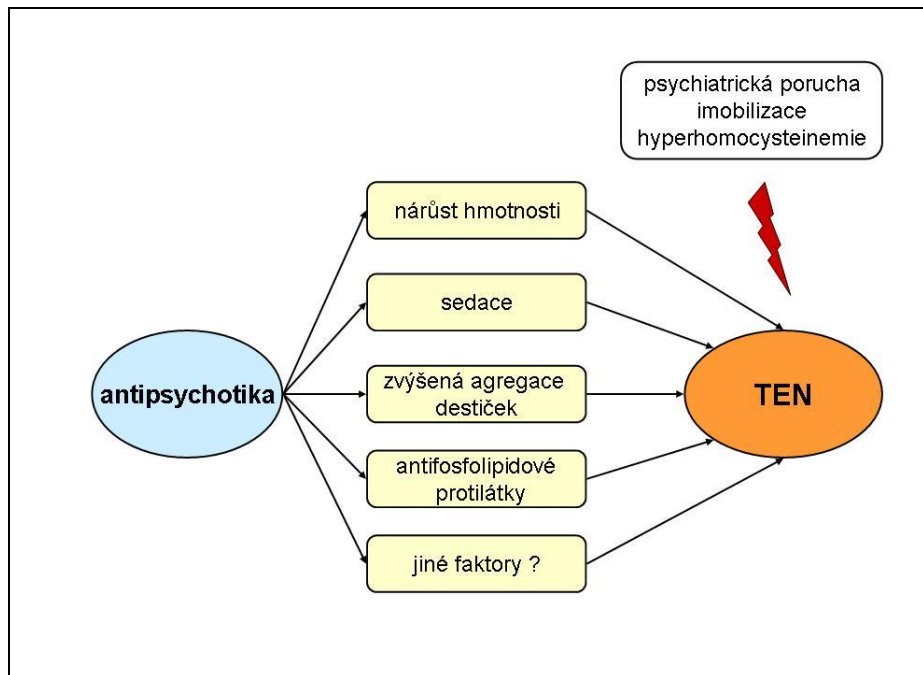
Žilní tromboembolická nemoc je multifaktoriální onemocnění. Klinicky se projevuje jako hluboká žilní trombóza nebo plicní embolie. Mezi klinické příznaky trombózy patří asymetrický otok končetiny a plicní embolie se může projevit dušností, bolestí na hrudi, synkopou, tachykardií či hemoptýzou. Pokud není TEN správně rozpoznána a léčena, může být v důsledku plicní embolizace pro nemocného fatální. U lidí do 50 let věku je TEN nejčastější příčinou morbidit a mortality. Na vzniku TEN se podílejí vrozené a získané rizikové faktory. Jejich vliv je třeba stále hodnotit v kontextu Virchowovy trias – porušení cévní stěny, aktivace koagulace a žilní stáza.

Podávání antipsychotické medikace je spojeno s vyšším rizikem TEN. Krátce po objevení antipsychotického působení chlorpromazinu a jeho zavedení do praxe v 50. letech 20. století se v německé literatuře objevily první kazuistiky tromboembolických komplikací u nemocných léčených tímto preparátem a vznikly první retrospektivní studie. Souvislost antipsychotické medikace a TEN se dostala do popředí zájmu na přelomu tisíciletí. V epidemiologických studiích bylo prokázáno zvýšené riziko TEN zejména při léčbě nízkopotentními APG a klozapinem. Přibývá důkazů o souvislosti dalších ADG (risperidon, olanzapin) s žilním tromboembolizmem (Jönsson et al., 2009). Riziko u psychiatrických nemocných se významně zvyšuje při hospitalizaci a zejména pak při imobilizaci (z důvodu nutnosti fyzického omezení nebo při katatonních stavech). S rizikem TEN je spojena již samotná diagnóza schizofrenie a bipolární afektivní poruchy a životní styl pacientů se závažnou duševní poruchou charakterizovaný nedostatkem pohybu a špatnou životosprávou.

Mechanismy uplatňující se při vzniku TEN u nemocných léčených antipsychotiky jsou uvedeny na obrázku 1. Některá psychofarmaka jsou spojena se zvýšenou hladinou antifosfolipidových protilátek (APA), které mají protrombogenní vliv. Z klinického pohledu a pro potřeby diagnostiky je třeba rozlišovat antikardiolipinové protilátky (ACLA) a protilátky proti lupus antikoagulans (LA), mezi které patří protilátky proti  $\beta$ 2-glykoproteinu I ( $\beta$ 2-GP I). Zvýšený titr APA byl nalezen při léčbě chlorpromazinem, klozapinem, ale i risperidonem či olanzapinem. Na druhou stranu se zvýšený titr protilátek objevuje u nemocných se schizofrenií již primárně a při antipsychotické léčbě se dále zvyšuje. Ke zvýšené aktivitě destiček může při léčbě AP docházet z více důvodů. Velká afinita klozapinu a risperidonu k 5-HT<sub>2A</sub> receptorům může být příčinou 5-HT<sub>2A</sub>-indukované zvýšené agregace destiček.

ček. Dalším faktorem podporujícím krevní srážlivost může být zvýšená sekrece adrenalinu v akutním psychotickém stavu. U klozapinu byl prokázán vliv na zvýšenou přilnavost (adhezi) trombocytů. Dalšími rizikovými faktory při užívání AP jsou obezita, metabolické příznaky, sedace či hyperprolaktinémie (Hägg et al., 2008).

**Obrázek 1.** Mechanizmy vzniku TEN při léčbě antipsychotiky.



**Tabulka 1.** Možné protrombogenní mechanismy při léčbě vybranými antipsychotiky (podle Masopust et al., 2008).

<b>Antipsychotika</b>	<b>Mechanismy</b>
<b>Fenothiaziny</b>	sedace, hypotenze, APA, blokáda 5-HT <sub>2</sub> receptorů, nárůst hmotnosti, hyperprolaktinemie
<b>Klozapin</b>	sedace, hypotenze, APA, blokáda 5-HT <sub>2A</sub> receptorů, nárůst hmotnosti, metabolické příznaky
<b>Risperidon</b>	blokáda 5-HT <sub>2A</sub> receptorů, hyperprolaktinemie, APA, nárůst hmotnosti (?)
<b>Olanzapin</b>	blokáda 5-HT <sub>2A</sub> receptorů, nárůst hmotnosti, metabolické příznaky, APA, sedace (?)

APA – antifosfolipidové protilátky

Rizikovou skupinou jsou hospitalizovaní pacienti, zejména imobilizovaní. Nejčastějším důvodem je nutnost fyzického omezení pro neklid a agresivitu. Pro tyto případy je vytvořeno vodítko pro prevenci TEN (Malý et al., 2008). Algoritmus jsme ověřili v běžné klinické praxi a upravili jej. Pacienty léčené ambulantně je třeba poučit o riziku vzniku tromboembolizmu a jeho klinických projevech. U rizikových nemocných pak sledovat příznaky TEN při kontrolách. Velká část případů TEN probíhá asymptomaticky. U pacientů s chronickou duševní poruchou může být žilní tromboembolizmus z řady důvodů nedostatečně diagnostikován. Při výskytu TEN je pak nutné dodržovat diagnostické a terapeutické standardní postupy i u pacientů se závažnou duševní poruchou. Nemocní schizofrenií jsou ve srovnání s normální populací méně často vyšetřováni a léčeni, včetně nasazování warfarinu. Důvodem je většinou automaticky předpokládaná nespolupráce nemocných.

Při současném stavu poznatků je prvním krokem pro snížení rizika TEN u pacientů léčených antipsychotiky sledování jejich tělesného zdraví. Monitorování jednotlivých rizikových faktorů, zejména obezity a dalších složek metabolického syndromu by mělo být nezbytnou součástí komplexní péče o psychotické nemocné. Skríninkem rizikových pacientů, stanovením stupně rizika a následnými opatřeními (od edukace o zdravém životním stylu po vyšetření příslušným somatickým specialistou) můžeme přispět ke snížení alarmujících statistik morbidit a mortality nemocných schizofrenií včetně tromboembolických komplikací.

*Tato práce vznikla za podpory výzkumných záměrů MZO 00179906 a MSM 0021620816.*

## **Literatura**

Hägg S, Bate A, Stahl M, Spigset O. Associations between venous thromboembolism and antipsychotics. A study of the WHO database of adverse drug reactions. *Drug Saf* 2008; 31: 685-694.

Jönsson AK, Horváth-Puhó E, Hägg S, Pedersen L, Sorensen HT. Antipsychotics and risk of venous thromboembolism: A population-based case-control study. *Clin Epidemiol* 2009; 1: 19-26.

Malý R, Masopust J, Hosák L, Konupčíková K. Assessment of a risk of venous thromboembolism and its possible prevention in psychiatric patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62: 3-8.

Masopust J, Malý R, Urban A, Hosák L, Konupčíková K. Antipsychotika a žilní tromboembolizmus. *Psychiatrie* 2008; 12: 154-159.

## **Summary**

### **ANTIPSYCHOTICS AND VENOUS THROMBOEMBOLISM – A REVIEW**

Venous thromboembolism (VTE) in patients treated with antipsychotic medication has been documented from its beginning in the 1950s. An increased attention has been paid to this topic in the last decade. Recent scientific evidence is mostly based on observational studies and case report series. An increased risk for VTE is associated with therapy with clozapine or low potency first generation antipsychotics. In addition to this, reports on VTE induced by other second generation antipsychotics (olanzapine, risperidon) become more frequent in the literature. The most important risk of a pathological blood clotting occurs in the first three months after the antipsychotic drug is prescribed.

Sedation, obesity, antiphospholipid antibodies, increased activation and aggregation of thrombocytes, hyperhomocysteinemia and hyperprolactinemia belong to possible etiopathogenetic factors in venous thromboembolism. The diagnosis of schizophrenia or bipolar affective disorder itself, hospitalization or stress with activation of the sympathetic nerve and increase in catecholamine blood level also act as prothrombogenic factors. Prospective studies are necessary to clarify biological mechanisms involved in the association of antipsychotics with venous thromboembolism.

**Key words:** antipsychotics, adverse events, venous thromboembolism

## MARKERS OF THROMBOGENESIS ARE ACTIVATED IN NOT-YET TREATED ACUTE SCHIZOPHRENIA

J. Masopust<sup>1</sup>, R. Malý<sup>2</sup>, C. Andrýs<sup>3</sup>, J. Bažant<sup>1</sup>, L. Hosák<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Dpt. of Psychiatry, Charles University in Prague, School of Medicine in Hradec Králové,*

*and University Hospital Hradec Králové, Czech Republic*

<sup>2</sup>*1st Dpt. of Internal Medicine, Charles University in Prague, School of Medicine in Hradec Králové, and University Hospital Hradec Králové, Czech Republic*

<sup>3</sup>*Institute of Clinical Immunology and Allergology, University Hospital Hradec Králové, Czech Republic*

**Objectives:** Antipsychotic treatment has been repeatedly found to be associated with an increased risk for venous thromboembolism (VTE) in schizophrenia. The aim of the study was to ascertain whether markers of thrombogenesis are increased in psychotic patients who have not yet been treated with antipsychotic medication.

**Methods:** We investigated plasma levels markers indicated activation of coagulation (D-dimers) and platelets (soluble P-selectin; sP-selectin) in a group of nine men and nine women with acute schizophrenia who had not yet been treated with antipsychotics (age 29.8±9.1 years; body mass index 23.3±5.1), and eighteen healthy volunteers matched for age, gender and body mass index.

**Results:** D-dimers (median 0.38 vs 0.22 mg/l; P=0.049) as well as sP-selectin (median 195.9 vs 111.9 ng/ml; P=0.008) plasma levels were significantly increased in the group of patients with acute schizophrenia as compared to healthy volunteers.

**Conclusions:** The results suggest that at least a part of venous thromboembolic events in patients with schizophrenia may rather be induced by pathogenetic mechanisms related to psychosis than caused by antipsychotic treatment. Finding an exact cause of VTE in schizophrenia is necessary for its efficient treatment and prevention. We are aware of the pilot character of our data, and continue to involve more patients and healthy volunteers into the research.

*The study has been supported by the Research Project of the Ministry of Health of the Czech Republic MZO 00179906 and MSM 0021620816.*

# DEFICITNÍ SYNDROM JAKO KLINICKÝ KONCEPT A JEHO NEUROBIOLOGICKÝ PODKLAD

P. Mohr<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>*Psychiatrické centrum Praha, Česká republika*

<sup>2</sup>*3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova Praha, Česká republika*

<sup>3</sup>*Centrum neuropsychiatrických studií Praha, Česká republika*

Deficitní syndrom schizofrenie jako kategorický psychopatologický model byl na základě původních Carpenterových kritérií definován přítomností primárních negativních příznaků, perzistujících v čase. V poslední době jsme svědky obnoveného zájmu. Celá řada klinických a neurobiologických studií naznačuje, že se může jednat o subtyp odlišný od ostatních, nedeficitních forem schizofrenie v pěti základních dimenzích definujících samostatnou nozologickou jednotku: příznacích, průběhu, patofyziologických nálezech, predispozici a etiologických faktorech a terapeutické odpovědi. Deficitní schizofrenie je spojována s horší kvalitou života a celkovou výkonností. O tom, že se nejedná o závažnější formu schizofrenie, svědčí skutečnost, že v některých parametrech (např. objem některých oblastí mozku) jsou deficitní pacienti blíže zdravým jedincům. Odlišnosti mezi deficitní a nedeficitní schizofrenií jsou například v sezónnosti data narození, vyšší počet nemocných s deficitním syndromem se rodí v letních měsících. Genetické vazebné studie sledující deficitní pacienty jako samostatnou nozologickou jednotku zatím nepřinesly žádný významný pokrok. Sezónnost narození spolu s vyšší incidencí seropozitivity na cytomegalovirus však ukazují na možnou interakci genů a prostředí. Potenciálně významným nálezem jsou rozdíly v odpovědi na evokované potenciály mezi pacienty s deficitním a nedeficitním subtypem onemocnění. Zklamání naopak přinesly terapeutické studie, zpočátku slibné známky účinnosti glycinových agonistů v léčbě negativních symptomů u deficitních pacientů nebyly prokázány ve velkých kontrolovaných studiích.

Podpořeno výzkumnými projekty CNS 1M051 a MZOPCP-2005.

## Literatura

Galderisi S, Maj M. Deficit schizophrenia: an overview of clinical, biological and treatment aspects. *Eur Psychiatry* 2009;24:493-500.

Kirkpatrick B, Buchanan RW, Ross DE, Carpenter WT Jr. A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:165-171.

Kirkpatrick B, Galderisi S. Deficit schizophrenia: an update. *World Psychiatry* 2008;7:143-147.

Mohr P. Deficitní syndrom u schizofrenie: přehled. *Psychiatrie* 1998;2:94-102.

**Klíčová slova:** deficitní syndrom, negativní symptomy, schizofrenie.

## Summary

### **DEFICIT SYNDROME OF SCHIZOPHRENIA AS A CLINICAL CONCEPT AND ITS NEUROBIOLOGY**

Deficit syndrome of schizophrenia as a categorical psychopathological model was defined according to the original Carpenter's criteria by the presence of primary negative symptoms persisting in time. Recently, there has been a renewed interest in the concept. Numerous clinical and neurobiological studies suggest that it is a distinct subtype differing from other nondeficit subtypes of schizophrenia in five basic dimensions: symptoms, course, pathophysiological correlates, risk and etiological factors, and treatment response. Deficit schizophrenia is associated with poorer quality of life and level of functioning. The fact that in some parameters (e.g., volume of some brain regions) deficit patients are closer to healthy controls indicates that deficit schizophrenia is not simply a more severe form of illness. The differences are for example in season of birth, deficit subjects have increased summer birth. Genome-wide association studies failed to generate significant results. However, seasonality of birth together with higher incidence of cytomegalovirus seropositivity suggest gene/environment interaction. Potentially important finding is the double dissociation of the deficit and nondeficit groups with event-related potentials. Disappointing are the results of treatment studies, earlier promising evidence of efficacy of glycine agonists in the management of negative symptoms in deficit patients were not confirmed in large controlled trials.

**Key words:** deficit syndrome, negative symptoms, schizophrenia



# PATOLOGICKÉ HRÁČSTVO AKO NELÁTKOVÁ ZÁVISLOSŤ

L. Nábělek, J. Vongrej

*Psychiatrické oddelenie FNŠP F.D.Roosevelta, Banská Bystrica, Slovensko*

## Úvod

Obidva najnovšie (v súčasnosti platné) psychiatrické klasifikačné systémy zaraďujú patologické hráčstvo do obdobných diagnostických kategórií. V 10. revízii Medzinárodnej klasifikácie chorôb nachádzame patologické hráčstvo vo „zvyškovej“ kategórii Návykové a impulzívne poruchy spolu s pyromániou, kleptomániou, trichotillomániou a inými návykovými a impulzívnymi poruchami. V DSM-IV sú tie isté psychické poruchy zaradené do rovnako zvyškovej kategórie Poruchy kontroly impulzov. Napriek aktuálne platnému klasifikačnému zaradeniu vykazuje patologické hráčstvo nepochybne prítomnosť podstatne komplexnejšej psychopatologickej symptomatológie v porovnaní s (inými) poruchami kontroly impulzov. Popri znakoch silnej túžby alebo nutkania k hazardnému hraniu a narušenej schopnosti kontrolovať začiatok, trvanie resp. intenzitu hrania (čo by mohlo poruchy kontroly impulzov pripomínať) všetky ďalšie charakteristické znaky patologického hráčstva (zvýšená tolerancia s potrebou zvyšovania frekvencie hazardného hrania resp. zvyšovania stávok, zaujatosť hraním, pretrvávajúce hranie napriek zjavným škodlivým dôsledkom, prítomnosť abstinenčných príznakov) je možné rovnako pozorovať u pacientov trpiacich závislosťami od psychoaktívnych látok. Popri fenomenologickej analýze poukazujú na nespornú príbuznosť patologického hráčstva a závislostí od psychoaktívnych látok aj ďalšie faktory (výskyt, komorbidita, neurobiologické a genetické súvislosti, suicidálna a forenzná dôslednosť).

## Neurobiológia patologického hráčstva

Narušenie schopnosti jedinca prežívať príjemné pocity resp. pocity slasti na základe prirodzených, bežným životom poskytovaných podnetov a situácií podmienené poruchou funkcie mozgového systému odmeňovania vedie u predisponovaných osôb k intuitívnemu hľadaniu, nachádzaniu a neskôr už cieľnému opakovaniu náhradných podnetových zdrojov príjemných pocitov slasti a blaha. Mozgu „je pritom jedno“, či je subjektom jeho odmeny exogénna látka (alkohol, opiát a pod.) alebo rôzne nelátkové podnety (hazardné hranie, surfovanie po internete, nakupovanie a i.), keďže samotný rozvoj závislostného správania prebieha na úrovni zmien neurochemického fungovania senzibilizáciou mozgových štruktúr na opakujúce sa látkové a nelátkové stimuly. Anatomicky sú mozgové neurónové okruhy, ktoré sa podieľajú na riadení motivovaného a naučeného správania, reprezentované najmä dopamínernými štruktúrami lokalizovanými vo ventrálnej tegmen-

tovej oblasti spojenej s limbickým systémom cez medzmozgové jadro nucleus accumbens (4).

Molekulárno-genetické asociačné štúdie taktiež akcentujú význam mezo-limbického dopamínerného systému pri rozvoji závislosti. Popri zvýšenej frekvencii alely A1 pre polymorfizmus dopamínových D2 receptorov (2) sa skúmajú polymorfizmy génov pre dopamínové receptory D1, D3 a D4. Predpokladá sa, že nadbytok dopamínu v prefrontálnej oblasti mozgu potláča dopamínernú neurotransmisiu v nucleus accumbens, čo vedie k potrebe jej zvýšenia prostredníctvom vyhľadávania nových podnetov a stimulov (3).

Látkové i nelátkové podnety pôsobiace v určitých dávkach, intervaloch či po určitú dobu, spôsobujú dlhodobé a možno i trvalé zmeny v neurónových okruhoch zodpovedných za prežívanie odmeňujúcich pocitov – ovplyvnené sú bežné koncentrácie mnohých neurotransmiterov ako aj systém stresovej odpovede. Je možné konštatovať, že ak somatické abstinenčné príznaky pretrvávajú niekoľko dní a motivačné a kognitívne poruchy môžu perzistovať aj niekoľko mesiacov, naučené aspekty zvýšenej tolerancie na pre danú osobu relevantnú podnetovú situáciu sa nemusia vrátiť k norme nikdy.

Na dlhodobom (často celoživotnom) pretrvávaní patologického vzťahu k návykovej látke resp. aktivite vrátane zvýšenej tendencie k relapsom prejavov závislosti sa podieľa aj prepojenie neurónových okruhov systému odmeňovania s motivačnými, emočnými a pamäťovými centrami umiestnenými v limbickom systéme. Toto prepojenie umožňuje organizmu nielen prežívať slastné pocity odmeny, ale tiež naučiť sa rozpoznávať ich signály a reagovať už na anticipáciu týchto pocitov.

Patologické hráčstvo nesie so sebou zvýšené riziko suicidálneho konania, je teda duševnou poruchou so zvýšenou potenciálnou mortalitou. Výskyt suicidálnych ideácií sa u pacientov s diagnózou patologické hráčstvo podľa rôznych štúdií manifestoval v 25 až 92 % prípadov.

Popri situačne podmienenej depresívnej reakcii sa ako príčina predpokladá súvislosť medzi poruchou sérotonínergnej neurotransmisie a autoagresívnym konaním v tejto skupine pacientov – analogicky k II. typu alkoholizmu podľa Cloningera a Sigvardssona (1). Skúmajú sa aj genetické determinanty sérotonínerného systému modifikujúce konanie závislých osôb s ohľadom na heteroagresívne a autoagresívne prejavy – napr. polymorfizmus génov pre sérotonínový transportér alebo tryptofán 2,3-dioxygenázu – rezultujúce v znížení koncentrácie cerebrospínálnej kyseliny 5-hydroxyindoloctovej (5-HIAA). Teoretickým východiskom úvah o zmys-

luplnosti medikamentózneho ovplyvnenia sérotonínerného systému preparátmi zo skupiny SSRI je okrem iného aj koncepcia „mužskej depresie“, pri ktorej sa deficit funkcie sérotonínerného systému prejavuje širokým spektrom „nedepresívnych“ psychopatologických prejavov (autoagresívne resp. heteroagresívne správanie, alkoholizmus II. typu, patologické hráčstvo, workoholizmus a pod.).

### **Liečba patologického hráčstva**

Najvýznamnejšie praktické konzekvencie vyplývajúce z tesnej príbuznosti patologického hráčstva a závislostí od psychoaktívnych látok predstavujú stratégie a metódy liečby tejto psychickej poruchy zamerané na dosiahnutie úplnej a trvalej abstinencie od hrania. Úspešné zavŕšenie tohto cieľa zahŕňa viacero postupných krokov. Patria medzi ne kompenzácia najzávažnejších psychických dôsledkov vzniknúcich v súvislosti s prítomnosťou patologického hráčstva (zníženie rizika suicidálneho konania, zmiernenie depresívneho prežívania a pod.), zmena postoja pacienta k hazardnému hraníu, zvýšenie jeho afektívnej a frustračnej tolerancie, zlepšenie sociálnej a profesionálnej integrácie, (znovu-) vybudovanie primeraných rodinných a osobných väzieb a reštitúcia, prípadne reštrukturalizácia osobnosti pacienta vrátane osobnej hierarchie hodnôt. Z hľadiska postupnosti jednotlivých krokov liečby patologického hráčstva rozoznávame niekoľko relatívne ohraničených štádií:

1. Štádium kontaktačné (štádium vytvárania náhľadu) je, prirodzene, nevyhnutné pre akékoľvek následné liečebné aktivity. Potenciálny pacient sa kontaktuje s odborníkom, ktorý je schopný stanoviť diagnózu, informovať ho o cieľoch a postupoch liečby ako aj o rizikách a dôsledkoch jej odmietania. Zavŕšením tejto fázy by malo byť dosiahnutie náhľadu pacienta na svoju závislosť ako na chorobu, ktorá si vyžaduje liečbu a akceptovanie odborníkom odporúčaných terapeutických postupov.

2. Liečebné štádium predstavuje rozhodujúcu etapu liečby patologického hráčstva – je zamerané na zmenu postojov pacienta k hraníu, prekonanie obranných (bagatelizačných a racionalizačných) tendencií, reštrukturalizáciu hodnotového systému pacienta a motiváciu k celoživotnej abstinencii od hrania. Pozostáva z viacerých článkov skĺbených do uceleného systému, ktorého základ tvorí tzv. režimová liečba. Medzi najdôležitejšie režimové články využívané v tomto štádiu liečby patria didaktoterapia, terapeutická komunita, individuálna a skupinová psychoterapia, komunikácia prostredníctvom denníkov, elaboráty z prednášok, spracovanie a prezentácia vlastného životopisu, pohybové aktivity (terénna terapia, joga, športové hry), pracovná terapia, pasívna i aktívna arteterapia, psychodráma a rodinná terapia. V indikovaných prípadoch sa využívajú i psychofarmaká – jednak

na zmiernenie zvýšenej intrapsychickej tenzie a depresívneho prežívania, jednak na zníženie nutkavej túžby zahrať si. 3. Štádium doliečovania je poslednou etapou liečby patologického hráčstva, trvá prakticky doživotne. Pacient navštevuje psychiatrickú ambulanciu resp. ambulanciu pre liečbu závislostí, v pravidelných časových odstupoch je pozývaný na tzv. opakované pobyty zamerané na posilnenie resp. znovuoživenie liečbou získaných návykov a odolnosti voči vždy hroziacej recidíve hrania. Významná je tiež úloha socioterapeutických klubov abstinujúcich pacientov, či už s účasťou terapeutov alebo svojpomocných organizácií. V prípadoch vyžadujúcich dlhšiu intervenciu ako je možné poskytnúť v zdravotníckom zariadení je možné pacienta po absolvovaní ústavnej liečby umiestniť v niektorom z resocializačných pracovísk.

### **Súdnopsychiatrické konzekvencie**

Na rozdiel od závažnosti problematiky suicídií u pacientov s diagnózou patologické hráčstvo, vyžadujúcej špecifické konkrétne liečebno-preventívne opatrenia, forenzo-psychiatrický význam tejto „novej“ diagnostickej a klasifikačnej jednotky ostáva nevelký. Nemôže byť ani reč o znížení či dokonca vymiznutí rozpoznávacích schopností páchatela – patologického hráča, pokiaľ k nemu nedošlo v dôsledku inej poruchy ako je patologické hráčstvo. Rozhodovacia schopnosť je plne zachovaná i vo vzťahu k rozhodnutiu liečiť sa ako alternatíve k pokračovaniu v páchaní trestnej činnosti. Ovládacie schopnosti inak zdravého patologického hráča môžu byť teoreticky znížené len výnimočne. O zväčša nepodstatnom znížení ovládacích schopností je možné uvažovať len v prípade spáchania trestnej činnosti bezprostredne súvisiacej s hraním, rozhodne však nie pri trestnej činnosti plánovaného charakteru ako sú podvodné fakturácie, sprenevery, krátenie tržieb a pod.

### **Záver**

Za logické zavŕšenie pokračujúcej konceptualizácie problematiky nelátkových závislostí, ktorých je patologické hráčstvo čo do množstva postihnutých pacientov i čo do závažnosti osobných a spoločenských dôsledkov vedúcim reprezentantom, možno pokladať navrhovanú koncepciu spoločnej kategórie závislostných porúch zahrňajúcich tak látkové ako aj nelátkové závislosti, ktorá by sa mala objaviť v pripravovaných revíziách psychiatrických klasifikačných a diagnostických systémov.

Potvrdením prezentovaných trendov je aj odporúčanie, ktoré odznelo na kongrese Asociácie európskych psychiatrov v Madride (marec 2007), aby patologické hráčstvo nebolo naďalej súčasťou zvyškových kategórií porúch kontroly impulzov, ale bolo zaradené pod názvom závislosť od (hazardného)

hrania resp. syndróm závislosti od (hazardného) hrania v spoločnej kategórii s ďalšími látkovými aj nelátkovými závislosťami (o. i. závislosť od internetu, závislosť od nakupovania, závislosť od práce) do novej skupiny závislostných porúch (5).

### **Literatúra**

1. Cloninger, C.R., Bohman, M., Sigvardsson, S.: Inheritance of alcohol abuse: cross-fostering analysis of adopted men. *Arch Gen Psychiatry*, 38, 1981, s. 861-868.

2. Comings, D.E.: The molecular genetics of pathological gambling. *CNS Spectrums*, 3, 1998, s. 20-37.

3. Hosák, L.: Genetika závislostí na návykových látkach. *Abstrakt. Psychiatrie*, 11, 2007, Suppl. 1, s. 24.

4. Koob, G.E., Bloom, F.E.: Cellular and molecular mechanisms of drug dependence. *Science*, 242, 1998, s. 715-723.

5. Musalek, M.: Pathological gambling: Addiction or impulse control disorder. *Abstract. Eur Psychiatry*, 22, 2007, Suppl. 1, s. 37.

### **Summary**

## **PATHOLOGICAL GAMBLING AS A NON-SUBSTANCE ADDICTION**

Although both main psychiatric diagnostic and classification systems define pathological gambling as a disorder of impulse control, diagnostic criteria, characteristics of course and outcome and methods of treatment are more similar to psycho-active substance dependencies. Neurobiological studies also confirm the close similarity of pathological gambling (and other so-called non-substance addictions) to substance dependencies.

The most important practical consequence of the close relation between pathological gambling and psychoactive substance dependencies are the strategy and methods of treatment, aimed at the change of the patients approach to gambling, raising of their affective and frustration tolerance, improvement of their social and professional integration, building (or rebuilding) of adequate family and personal ties and restoration or restructuring of patients personality, including their hierarchy of values.

The gambling behaviour can be viewed as an addictive disorder – without the confounding variables usually involved in addictions to exogenous substances. A logical conclusion of the ongoing conceptualization of pathologi-

cal gambling can be the suggested concept of common category of addiction disorders including both substance and non-substance addictions, which should be implemented in the upcoming revisions of psychiatric classification systems.

**Key words:** pathological gambling, non-substance addiction

# KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÝCH DLOUHODOBĚ UMÍSTĚNÝCH V PSYCHIATRICKÝCH ZAŘÍZENÍCH. MEZINÁRODNÍ PROJEKT DEMOBINC VÝSLEDKY V ČR

A. Nawka, J. Raboch, L. Kališová, M. Černý

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

## Úvod

Mezinárodní projekt DEMoBinc (*Development of a European Measure of Best Practice for People with Long Term Mental Illness in Institutional Care*) byl financován 6. Rámcovým programem EU, trval 36 měsíců (2007-2010) a zúčastnilo se ho 10 evropských zemí (Velká Británie, Německo, Česká Republika, Polsko, Nizozemsko, Španělsko, Itálie, Polsko, Portugalsko a Řecko). Cílem projektu bylo vytvoření prvního mezinárodního nástroje pro standardizované hodnocení péče o duševně nemocné osoby dlouhodobě umístěné v psychiatrických zařízeních. Na kvalitu života vnímanou nemocnými je v současném pojetí vhodné péče vedoucí k úzdravě nahlíženo jako na důležitý parametr.

## Metody

Poster prezentuje skupinu nemocných, zařazených do projektu DEMoBinc v České Republice. Jde o skupinu nemocných s dlouhodobě probíhajícím psychiatrickým onemocněním, umístěných v zařízeních nemocničního (vybraná chronická oddělení psychiatrických léčeben) i komunitního typu (chráněná bydlení s každodenní péčí). Skupina nemocných byla vybrána na podkladě randomizačního procesu daného koncepcí projektu. Projekt byl schválen etickou komisí. Všichni zúčastnění podepsali informovaný souhlas. Kvalita života byla sledována pomocí dotazníku MANSA (The Manchester Short Assessment of Quality of Life).

## Výsledky

Dotazovanou skupinu tvořilo 171 nemocných (35 osob z chráněných bydlení, 136 osob dotazovaných v psychiatrických léčebnách). Zastoupení pohlaví bylo vyrovnané v obou sledovaných typech zařízení. Podíl žen v chráněných bydleních byl 44,4 % a v psychiatrických zařízeních 53,3 %. Pacienti v psychiatrických zařízeních však byly signifikantně starší než ti v chráněných bydleních (51,4 resp. 40,5,  $p < 0.01$ ). Kvalita života pacientů v obou sledovaných typech zařízení, v chráněných bydleních i v psychiatrických zařízeních se nelišila (57,1 resp. 57,5,  $p < 0.01$ ). Při bližším pohledu na jednotlivé podkategorie jsme však našli signifikantní rozdíl ve spokojenosti pacientů s kvalitou přátelství, vyšší u pacientů v psychiatrických zařízeních (5,07 resp. 4,39,  $p < 0.01$ ) a naopak s ubytováním byli spokojenější

pacienti v chráněných bydleních (5.86 resp. 5.09,  $p < 0.01$ ). Celkově ve všech studovaných parametrech se jako nejhorší jeví domény spokojenosti s finanční situací, sexuálním životem a fyzickým zdravím. Spokojenost s prací, ubytováním a s lidmi, se kterými pacienti žijí, je naopak hodnocena nejlépe. Bez ohledu na typ léčebných zařízení dvě třetiny pacientů referovaly, že mají někoho, koho nazývají blízkým přítelem a v jedné třetině případů se s tímto přítelem viděli v posledním týdnu. Oběťmi fyzického násilí se stali pacienti v 19,4 % v chráněných bydleních a pouze v 3,7 % v psychiatrických zařízeních.

### **Závěr**

Výsledky této studie poukazují na zajímavý jev, kdy pacienti v obou typech sledovaných zařízení, a to chráněných bydleních i psychiatrických zařízeních, pociťují stejnou kvalitu života. Možným vysvětlením tohoto jevu může být fakt, že pacienti v psychiatrických zařízeních jsou na tom po klinické stránce hůře. Tudíž fenomény, jenž hrají podstatnou úlohu v hodnocení kvality života pro pacienty v chráněných bydleních (větší svoboda pohybu, volnější nakládání s financemi, větší intimita v ubytování), jsou u pacientů v psychiatrických zařízeních upozaděny a ve velké míře vyváženy soužitím ve větší skupině, více ochranářským přístupem personálu ale zcela jistě i slevením z očekávání při asimilaci se s prostředím.

### **Literatura**

1. Killaspy H, King M, Wright C, White S, McCrone P, Kallert T, Cervilla J, Raboch J, Onchev G, Mezzina R, Kiejna A, Ploumpidis D, Caldas de Almeida J. Study protokol for the development of a European measure of best practice for people with long term mental illness in institutional care (DE-MoBinc). *BMC Psychiatry* 2009; 9:36.
2. Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. Application and results of the Manchester Short assessment of quality of life MANSIA International Journal of Social Psychiatry. 1999;45:7-12.

### **Summary**

#### **QUALITY OF LIFE OF LONG-TERM MENTALLY ILL PEOPLE IN PSYCHIATRIC INSTITUTIONS. DEMoBinc PROJECT RESULTS FROM CZECH REPUBLIC.**

To assure the highest quality of care is for all institutions dealing with long-term mentally ill people the utmost goal. The idea behind it is that by providing the highest care and service, the patients or clients of those institutions will have the highest quality of life. This study tried to focus on



questions regarding quality of life by interviewing patients from hospital and community based facilities in Czech Republic within international project DEMoBinc. 35 mentally ill people from community based and 136 from hospital based facilities were included. MANSA questionnaire was used to assess the quality of life. We have surprisingly found equal quality of life of mentally ill people between those two types of facilities. This might be surprising as the patients from the community based services have more freedom in terms of movement, management of finances as well as in more intimate accommodation. On the other hand, mentally ill people from hospital based facilities are benefiting from a more protectionist environment. They have also lower expectations and got used to the system. To conclude, both institutions have their own „clients“ who benefit from what they provide, but the trend will inevitably shift more to the community based facilities.

**Key words:** long term mental illness, quality of life, MANSA

# HYPERINTENZITY BÍLE HMOTY U POTOMKŮ RODIČŮ S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU – VÝSLEDKY Z ČESKÉHO SOUBORU

T. Novák<sup>1</sup>, E. Gunde<sup>2</sup>, M. Kopeček<sup>1</sup>, T. Hájek<sup>2</sup>, C. Höschl<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Psychiatrické centrum Praha a 3. lékařská Fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Česká republika*

<sup>2</sup>*Department of Psychiatry and Department of Anatomy and Neurobiology, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada*

## Cíle

Hyperintenzity bílé hmoty (HBH) patří mezi nejčastěji replikované strukturální nálezy u bipolární poruchy (BP) při vyšetření magnetickou rezonancí (MR) (1,2). HBH představují místa odlišného obsahu vody v bílé hmotě, které se projevují jako ložiska zvýšené intenzity signálu na FLAIR nebo T2 vážených obrazech MR. HBH jsou popisovány i u některých kardiovaskulárních a metabolických stavů, neurologických (roztroušená skleróza) i psychiatrických onemocněních (ADHD, onemocnění autistického spektra), které se často vyskytují i u pacientů s BP jako komorbidní poruchy. Není tedy jasné, zda jsou HBH u bipolární poruchy odrazem jiných souběžných onemocnění nebo mají přímou souvislost s BP či její léčbou nebo jde dokonce o primární biologický marker rizika rozvoje onemocnění, který lze zachytit již v časných fázích onemocnění či ještě před jeho rozvojem. Nejlepší cestou, jak objasnit vztah mezi HBH a BP je zkoumat výskyt těchto neuroanatomických odchylek u osob v riziku rozvoje BP, tj. u potomků rodičů s BP. Předpokládali jsme, že výskyt HBH u těchto osob v riziku bude vyšší než u zdravých kontrol.

## Metody

Zařadili jsme 20 dosud zdravých (bez klinické manifestace duševní poruchy) a 15 postižených (přítomnost bipolární nebo unipolární poruchy) potomků rodičů s BP a 18 věkem a pohlavím odpovídajících zdravých potomků rodičů bez psychiatrického onemocnění, všechny ve věku 15 až 25 let. Všichni probandi byli vyšetřeni dle strukturovaného interview SADS-L (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – lifetime version) k potvrzení či vyloučení diagnózy poruchy nálady a souběžných komorbidit. Postižení potomci rodičů s BP byli v době vyšetření v remisi onemocnění. MR řezy byly získány na 1,5 Tesla přístroji General Electrics Sigma Genesis Imaging System a analýza byly provedena na FLAIR (Fluid Attenuated Inversion Recovery) obrazech (flip angle = 90°, TI = 2000, TE = 127 ms, TR = 8000 ms, FOV = 24 cm x 24 cm, velikost matice 256 x 256 pixelů, 54 řezů od tloušťce 3 mm). K hodnocení HBH byla použita kvalitativní stupnice dle Fazekase (3) a dle lokalizace byly HBH rozděleny na a) periventrikulární

HBH, b) hluboké HBH a c) subkortikální HBH. Hodnotitelé HBH byli slepi k skupinové příslušnosti vyšetřovaného subjektu a shoda mezi opakovanými hodnoceními byla 92%.

### **Výsledky**

Výskyt HBH byl ve vyšetřovaném souboru nízký a nelišil se mezi skupinami. HBH byly nalezeny u 4 z 15 postižených potomků rodičů s BP, u 4 z 20 zdravých potomků rodičů s BP a u 5 z 18 zdravých kontrol ( $X^2 = 0,36$ ,  $sv = 2$ ,  $p = 0,83$ ). Dle rozsahu HBH bylo u 8 z 13 subjektů, u kterých byl nález pozitivní, HBH hodnoceny jako hraniční (u 4 postižených a 2 zdravých potomků rodičů s BP a 2 kontrolních subjektů). Nejčastěji se HBH vyskytovaly v subkortikální oblasti (v 7 případech) a frontálním laloku (v 9 případech). Celkově byly HBH bez ohledu na příslušnost ke skupině nacházeny častěji u žen ( $X^2 = 3,66$ ,  $sv = 1$ ,  $p = 0,05$ ). Jiné klinické či demografické charakteristiky vliv na výskyt HBH neměly. Velikost souboru ( $n=53$ ) byla dostatečně velká, aby umožnila při síle testu 80% detekovat standardizovaný rozdíl mezi skupinami (effect size) 0,45 a větší.

### **Závěr**

Celkově jsme ve zkoumaném souboru našli nízkou frekvenci hyperintenzit bílé hmoty a převažovaly hyperintenzity malého rozsahu. Dále nebyl zjištěn rozdíl ve výskytu těchto hyperintenzit mezi skupinami postižených a zdravých potomků rodičů s bipolární poruchou a zdravých kontrol. Naše nálezy tedy nepodporují hypotézu, že by hyperintenzity bílé hmoty na MR obrazech mohly představovat biologický rizikový faktor pro bipolární poruchu.

**Práce byla podpořena projekty 1M0517 MŠMT a NS10375 IGA MZ ČR.**

### **Literatura**

(1) Ahn K, et al. White matter hyperintensities in subjects with bipolar disorder. *Psych Clin Neurosci* 2004; 58:516-521; (2) Gulseren S, et al. T2 hyperintensities in bipolar patients and their healthy siblings. *Arch Med Res* 2006; 37:79-85;

(3) Fazekas F, et al. White matter signal abnormalities in normal individuals: correlation with carotid ultrasonography, cerebral blood flow measurements, and cerebrovascular risk factors. *Stroke* 1988; 19:1285-1288

## Summary

### **WHITE MATTER HYPERINTENSITIES IN AFFECTED AND UNAFFECTED OFFSPRING OF BIPOLAR PARENTS. RESULTS IN CZECH SAMPLE.**

White matter hyperintensities (WMHs) are among the most replicated neuroimaging findings in bipolar disorders (BD). It is not clear whether these lesions are an artifact of comorbid conditions, directly associated with the illness and even possibly represent biological markers for the illness. To test whether WMHs meet criteria for a biological marker, we conducted a high-risk design study. We recruited 15 affected and 20 unaffected offspring of bipolar probands, and 18 healthy controls without any personal or family history of psychiatric disorders. We used FLAIR images obtained at a 1.5T magnet to determine presence of WMHs. Lesions were rated by using a validated semi-quantitative scale. We found a low rate of low grade WMHs in all groups. The proportion of WMH-positive participants was comparable between the unaffected, affected high-risk groups and healthy controls. An increased rate of WMHs was not present in young unaffected or affected offspring of parents with BD. Therefore, WMHs do not appear to be a biological vulnerability marker of BD.

**Keywords:** white matter hyperintensities, MRI; bipolar disorders; high-risk; early onset; biological vulnerability marker

## COGMED TRÉNINK PRACOVNÍ PAMĚTI

M. Novotný, J. Haase

*Centrum duševního zdraví, Jeseník, Česká republika*

Cogmed trénink pracovní paměti je komplexní pětítýdenní program, který napomáhá dětem i dospělým s deficitem pozornosti tím, že trénováním zvyšuje kapacitu jejich pracovní paměti. Jedná se o počítačový software podobný hře. Dětský uživatel trénuje doma ve spolupráci s rodiči, dospělý za asistence blízké osoby. Kompletní program zahrnuje úvodní interview, první sezení, 25 dní tréninku během 5 týdnů s kontrolními telefonáty či návštěvami u osobního trenéra, závěrečné sezení po měsíci a kontrolní sezení po šesti měsících. Po ukončení tréninku samotného klient využívá 12 měsíců kondiční verzi programu. Terapeut, respektive trenér, má o pokrocích uživatele přehled díky výstupům přenášeným po internetu do jeho počítače. Podstatným znakem systému je průběžné automatické přizpůsobování aktuální kapacitě pracovní paměti uživatele. První využití programu vyšlo ze zjištění zásadní role deficitu pracovní paměti u dětí s ADHD. Proto se výzkumy efektivity tohoto tréninku zaměřují především na děti s touto poruchou či s deficitem pozornosti obecně, a to již od předškolního věku (Thorell, 2009). Studie opakovaně potvrzují normalizaci kapacity pracovní paměti po proběhlém tréninku s generalizací efektu na kompletní symptomatiku ADHD (Klingberg et al., 2005). Další výzkumy prokazují po ukončeném tréninku zlepšení kognitivních funkcí u lidí s poškozením mozku (Westerberg, 2007). Na zobrazovacích metodách byla po tréninku zjištěna zvýšená aktivita ve frontální a parietální oblasti mozku (Olesen, 2003). Jiná studie prokázala zvýšení denzity korových dopaminových D1 receptorů a zvýšení D1 vazebného potenciálu v prefrontální a parietální oblasti mozku, čímž bylo doloženo, že mentální trénink může ovlivnit neurotransmisí in vivo (McNab et al., 2009).

Klingberg T, Fernell E, Olesen P et al. (2005), Computerized training of working memory in children with ADHD – a randomized, controlled trial. *J American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44 (2):177– 186.

McNab F, Varrone, A, Farde, et al. (2009). Changes in cortical dopamine D1 receptor binding associated with cognitive training. *Science*, 323(5915): 800-802.

Olesen P, Westerberg H, Klingberg T (2004), Increased prefrontal and parietal brain activity after training of working memory. *Nature Neuroscience* 7:75-79.

Thorell, LB, Lindqvist, S, Bergman NS, Bohlin, G, Klingberg, T., (2009). Training and transfer effects of executive functions in preschool children. *Developmental Science*, Volume 12, Number 1, January 2009, pp. 106-113(8).

Westerberg H, Jacobaeus H, Hirvikoski T et al. (2007). Computerized working memory training after stroke – a pilot study. *Brain Injury* 21 (1): 21–29.

## **Summary**

### **COGMED WORKING MEMORY**

Cogmed Working Memory Training is a comprehensive five-week program which helps children and adults with attention deficit by increasing the capacity of their working memory. The user trains at home. Therapist or a coach monitors progress of his/her users using an online system. The essential feature of the system is a real-time automatic adjustment of the program's difficulty level on user's working memory capacity. First use of this program arised from the findings of the vital role of working memory deficits in children with ADHD. Therefore, research studies of the effectiveness of this training are focused primarily in children with this disorder or in people with attention deficit in general, from preschool age (Thorell et al., 2009). Studies repeatedly confirm normalization of the capacity of working memory after finishing the training with generalization of the effect on symptoms of ADHD (Klingberg et al., 2005). Research shows improvement of cognitive functions in people with brain injury (Westerberg et al., 2007). Increased activity in frontal and parietal brain regions was detected on fMRI screens (Olesen et al., 2003). Another study demonstrated increased density of cortical dopamine D1 receptors and increased D1 binding potential in the prefrontal and parietal brain areas (McNab et al., 2009).

**Key words:** working memory training, ADHD, brain injury

## DEKÁDA EPIDEMIOLOGICKÉHO VÝSKUMU PSYCHICKÝCH PORÚCH NA SLOVENSKU

V. Novotný<sup>1</sup>, A. Heretik<sup>2</sup>, A. Heretik, jr<sup>2</sup>, J. Pečeňák<sup>1</sup>, A. Ritomský<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Katedra psychiatrie LF UK, Bratislava, Slovenská republika

<sup>2</sup>Katedra psychológie FF UK, Bratislava, Slovenská republika

<sup>3</sup>Ústav aplikovanej psychológie FSES UK, Bratislava, Slovenská republika

Studia psychopathologica – združenie psychiatrov, psychológov a štatistika sa rozhodlo reagovať na trend epidemiologických výskumov psychických porúch (napr. ECA, NCS v USA, DEPRES, ESEMeD v Európe) vlastným výskumom, porovnateľným výsledkami so zahraničným. V r.2003-2008 boli publikované výsledky z troch epidemiologických výskumov vybraných psychických porúch – depresie (EPID), úzkostných porúch (GAD – generalizovanej úzkostnej poruchy, SF – sociálnej fóbie a ŠF špecifických fóbii) (EPIA), konzumu alkoholu a fajčenia v (EPIAF) na Slovensku. Výskum sa realizoval na kvótnych (kvázi-náhodných) výberoch z dospeljej populácie o počtoch 1212 resp. 1251 participantov. Kvótnymi znakmi boli pohlavie, vek, vzdelanie, kraje, veľkosti obcí a národnosť. V štrukturovanom interview sa okrem otázok na vybrané anamnestické údaje a zvládacie stratégie, použili aj diagnostické kritéria MINI na vybrané poruchy a rad sebahodnotiacich dotazníkov (BDI, STAI-X-2, CAGE, FTQ ai). 6-mesačná prevalencia depresie (podľa MINI) na Slovensku je 40,9 %, z toho veľká depresia tvorí 12,8 %, malá depresia 5,1 % a depresívne symptómy 23,0 %. Aktuálnu depresiu (podľa BDI) malo 22,6 % participantov, z toho veľmi silný stupeň intenzity sme zistili u 2,8 %, silný stupeň u 5,3% a mierny stupeň u 14,6 %. Polročná prevalencia GAD je 4%, u SF 1,7 % avšak nejakú významnú špecifickú fóbiu udávalo až 51,6 %. Participantí so všetkými sledovanými úzkostnými poruchami mali významne vyššie skóre aj v úzkostlivosti ako osobnostnej črte (podľa STAI X-2). Takmer pätina probandov sa vyznačovala problémovým konzumom alkoholu – o abúzus išlo u 7,4 % a závislosť u 11,0 % (podľa CAGE). Problémový konzum je 6x častejší u mužov v porovnaní so ženami. Prevalencia nikotinizmu bola 28,6 % participantov, silne závislí tvoria 13,4 % výberu. Súhrnne možno konštatovať, že sa potvrdil vplyv všeobecných rizikových faktorov (pohlavie, vek, rodinný a sociálny status) na výskyt depresie, úzkostných porúch, čiastočne aj konzumu alkoholu a fajčenia. Zistili sa isté špecifiká sociodemografickej podmienenosti psychických porúch na Slovensku (regionalita, urbánnosť, národnostné menšiny, socioekonomická situácia, najmä nezamestnanosť). Okrem prevalencie sme získali rad výstupov o štruktúre symptomatológie, typológii vybraných porúch, ich komorbidity, spotrebe zdravotnej starostlivosti, užívaní liekov, podmienenosti osobnostnými premennými, kvalite života ai. Zistenia sa dajú pou-

žiť ako argumenty pre plánovanie psychiatrickej starostlivosti na Slovensku. Výsledky sa využívajú v osвете zameranej na destigmatizáciu psychických porúch (kampane Ligy pre duševné zdravie – LDZ).

### **Literatúra**

1) Heretik, A.sr., Heretik, A,jr., Novotný,V., Pečeňák, J.: EPID. Epidemiológia depresie na Slovensku. Psychoprof, Nové Zámky, 2003, s.200,

2) Novotný, V., Heretik, A.,sr, Heretik, A,jr., Pečeňák, J., Ritomský, V.: EPIA. Epidemiológia vybraných úzkostných porúch na Slovensku. Psychoprof, Nové Zámky, 2005, s.216

3) Heretik, A,jr., Heretik, A,sr., Novotný, V., Ritomský, A., Pečeňák, J.: EPIAF. Epidemiológia alkoholizmu a fajčenia na Slovensku. Psychoprof, Nové Zámky, 2008, s.152

**Kľúčové slová:** epidemiológia – depressia, generalizovaná úzkostná porucha, sociálna fóbia, špecifické fóbie, konzum alkoholu, fajčenie.

### **Summary**

#### **THE DECADE OF THE EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH OF PSYCHIC DISORDERS IN SLOVAKIA**

Studia psychopathologica – the team of psychiatrists, psychologists and statistician decided to react to the trend of the epidemiological research of the psychic disorders (eg. ECA, NCS in the USA, DEPRES, ESEMeD in the Europe) with its own research comparable in the results with the foreign ones. Between years 2003-2008 were published results of three epidemiological researches on prevalence of selected psychic disorders – depression (EPID), anxiety disorders (generalized anxiety disorder, social phobia, specific phobias) (EPIA), alcohol consumption and tobacco smoking (EPIAF) in Slovakia. We used quota sampling from adult Slovak population (N=1212 for EPID study and 1250 for EPIA and EPIAF). Quotas were: sex, age, education, regions, municipality size and nationality. In structured interview we applied diagnostic criteria MINI for depression, GAD, SF and amount of life history, copying strategies and sociodemographic variables, as well as selfevaluating scales an questionnaires (BDI, STAI, CAGE, FTQ). Six month prevalence of depression (according MINI) is 40,9 %, from it major depression 12,8 %, minor depression 5,1 % and depressive symptoms 23,0 %.The actual depression was found in 22,6 % of participants, very sever degree in 2,8 %, severe degree in 5,3% and moderate degree in 14,6 %. Six month prevalence of GAD was 4%, of social phobia 1,7 %, but any form of other specific phobias we found by 51,6%. Participants with anxiety disorders



have also significantly higher score of anxiety as a personality trait (STAI). By almost 20% of participants we found problem alcohol consumption – abusivity by 7,4 % and dependence by 11,0 %. Prevalence of nicotine dependence was 28,1 %, severe degree of nicotine dependence we found by 13,4 % of smokers. We can sum up, our research confirms the influence of general risk factors (gender, age, family and social status) on prevalence of depression, anxiety disorders and partly on consumption of alcohol and smoking. We found some specific aspects of sociodemographic conditionality of psychic disorders in Slovakia (regionality, rural/urban settlement, national minorities, and economic situation, especially unemployment). We have also found lot of outputs on structure of the symptomatology, typology of selected disorders, their comorbidity, health care consumption, using of pharmacs, personal variables and quality of life. The findings could be used for planning of psychiatric health care in Slovakia and for a movement of destigmatization of psychiatric disorders, represented by League for mental health (LDZ).

**Key words:** epidemiology, depression, generalized anxiety disorder, social phobia, specific phobias, alcohol consumption, smoking.

## **RISK – BENEFIT BENZODIAZEPINU ANEB JSOU OBAVY ZE ZÁVISLOST ODŮVODNĚNÉ U VŠECH NEMOCNÝCH?**

S. Papežová, O. Vinař

*Samostatné psychiatrické ordinace v Praze 8, Česká republika*

U většiny psychiatrických nemocných bylo možno dlouhodobé užívání benzodiazepinů nahradit účelnější a bezpečnější léčbou psychoterapií a farmakoterapií antidepresivy a antipsychotiky v nízkých dávkách. Mnozí významní vědečtí pracovníci zabývající se problematikou psychofarmakologie si stále častěji kladou otázku, jak vysvětlit, že přesto spotřeba benzodiazepinů s určitými výkyvy spíše roste, než aby klesala. Jedno z možných vysvětlení je, že existují nemocní, jejichž potíže lze zmírnit jen benzodiazepiny. Zůstává otázkou, jak je velké riziko vzniku závislosti u těchto nemocných.

Následující kasuistika je příkladem takových nemocných.

Před 18 lety se svěřila mé psychiatrické péči tehdy 32 letá absolventka filosofické fakulty, manželka lékaře, matka 8 letého syna. Od malička byla „nesmírně“ citlivá a úzkostná. Velká citlivost jí umožňovala hluboce prožívat i drobné radosti života a tak se pokládala za šťastnou. Ambulantní psychiatry začala potřebovat až po porodu syna. Začala mít „stavy bezdůvodného strachu, fobií, někdy i paniky, a k tomu skoro vždycky třes a napětí v celém těle“. Léčila se na renomovaných pražských pracovištích především psychoterapií, od individuální, analyticky orientované, po skupinovou kognitivně behaviorální. „Možná jsem lépe poznala sama sebe, ale taky jsem viděla až do žaludku těch psychoterapeutů.“ Ironicky glosuje své zážitky. Psychoterapie mívala zanedbatelný a dočasný vliv na příznaky, kterých se chtěla zbavit. Na mne se obrátila, poněvadž očekávala „odbornější“ přístup farmakoterapeutický.

Bezprostřední příčinou toho, že mne vyhledala, byl šok, způsobený výrokem jejího posledního psychiatra. Řekl jí, že skončí pod mostem jako bezdomovec a feťák, dotkne-li se ještě někdy benzodiazepinů. Zatímco do této chvíle hovořila tak, jako intelektuál s bohatým – zčásti i odborným – slovníkem, propukne po tomto sdělení v pláč, za který se omlouvá a nešikovně rozmazává po obličejí perfektní make-up, se kterým přišla.

Její hodnocení předchozí farmakoterapie: „Lexaurin mě uklidní, ale rozbouří žaludek.“ – „Thioridazin byl příšerněj, extrapyramidy, útlum.“ – „Jumex nedělal vůbec nic“ – „Zolofť jsem vydržela týden, pořád na zvracení, žaludek na vodě.“ – „Prozac, akorát mi dělal slabo.“ – „Aurorix, moc jsem si

od něj slibovala, ale nevydržela jsem ani 3 dny, byla jsem jak moucha.“ – „Tiapridal jsem vydržela celých 14 dní, ale pak způsobil totéž co thioridazin.“ – „Prothiaden zlikvidoval plačtivost, ale pořád bych spala.“ – „Neurol a Xanax mi dělá dobře, a proto se jich bojím.“ – „Po oxazepamu nemám úzkost a jsem celkem klidná. Je to ale benzodiazepin, a to nesmím.“

Přináší mnoho náleží. Vyšetření tělesného stavu nesvědčí pro cokoliv patologického, k podobnému výsledku vede i vyšetření neurologické včetně EEG a očního pozadí. Její otec je snad poněkud cholerický, matka „často ustaraná.“ Jinak jsem v rodinné ani osobní anamnése nenašel nic relevantního, co by mělo vztah k potížím nemocné.

Ani má osmnáct let trvající léčba nebyla právě úspěšná. Přicházela do mé ambulance poctivě v průměru jednou za 6 – 7 týdnů. Nebyla formálně v zaměstnaneckém poměru. Vedla svědomitě často obtížná a časově náročná jednání a zajišťovala řadu administrativně-organizačních záležitostí pro stavební podnik svého otce. Využívala při tom erudice získané na universitě (angličtina se zaměřením na možnosti počítačových překladů a sociologie). Hodně úsilí věnovala výchově syna. Mnoho času trávila neustálým zlepšováním vysoké kultury obydlí její rodiny.

Její motivace zůstat v kontaktu se mnou spočívala v tom, že chtěla znovu a znovu slyšet, že se nedopouští něčeho zločinného, když užívá občas benzodiazepiny – klonazepam, alprazolam, oxazepam, výjimečně také diazepam. Dávky bývaly vyšší v premenstruu a kdykoli se vyhrtila nějaká stresující situace. Po povodni v roce 2002 užívala půl roku alprazolam 0,5 v tabletách s prodlouženým účinkem pravidelně. Několikrát se snažila s jeho užíváním přestat, vždy se však dostavily příznaky, pro které začala alprazolam pravidelně (v kombinaci se SSRI) užívat: klaustrofobie, někdy panické ataky se vzpomínkami na velkou vodu. Ty byly provázeny třesem a „strašnou nervozitou“, což si vykládala jako „absták“ a kritizovala lékaře za „bagatelizování rizika toxikomanie po benzodiazepinech“. Zpravidla se uklidnila při připomenutí, že tyto příznaky měla před tím, než začala cokoli užívat.

V mnohaletém průměru užívala 40 mg oxazepamů nebo jeho ekvivalentů týdně. Jednou za rok bývala období, kdy benzodiazepiny nepotřebovala vůbec třeba po dobu 10 dní. Během lázeňské léčby v Jeseníku jí stačilo 10 mg oxazepamů týdně. Tablety většinou půlí nebo i čtvrtí.

S ironizujícím nadhledem přijala mou interpretaci, že ke mně chodí jako hříšník ke zpovědi, který potřebuje rozhřešení za občasné užití benzodiazepinů. Opakovaně jsem s ní dohodl nové pokusy o systematickou psychoterapii ve špičkových pražských institucích. Se smutným nadhledem komentovala písemné zprávy o výsledku těchto aktivit: „Někdy to bylo i zajímavé. Od těch benzodiazepinů mně to však nepomohlo.“ Sdílí mé mínění, že nelze vyloučit, že obava z užívání benzodiazepinů je zástupný problém za něco, co se nedaří pojmenovat.

Různých nosologických nálepek při otrockém dodržování kritérií MKN by byla měla celou přehršlí: generalizovaná úzkostná porucha, posttraumatická stresová porucha (spouštěčem zde bylo sdělení psychiatra, že skončí pod mostem). V době povodně v roce 2002 ji rozvodněná Vltava uvěznila za volantem auta ve stojící koloně a nebylo jasné, jestli se voda nedostane k ní. Byla při tom svědkem drastických scén. Viděla hasiče, kteří odváželi krvácející raněné. Nevěděla, zda velká voda nezaplaví její domov, který pro ni byl vždy „centrem bezpečí a krásy. V některých obdobích splňovala kritéria středně těžké depresivní poruchy, jindy panické poruchy s agorafobií (klaustrofobie, která ji znemožňovala jezdit metrem, ale někdy i vstoupit do nevelké koupelny jejich bytu), panická úzkostná porucha (episody paniky, jejichž příčinu neznala), někdy OCD (obsedantní ruminace kolem benzodiazepinů). Onalepkovat lze i její osobnost jako F 62.0 (přetrvávající změna osobnosti po katastrofické události). Kdybych musel „úředně“ zdůvodnit off-label ordinaci malých dávek antipsychotik, položil bych její symptomy na široké, leč bolavé Prokrustovo lože diagnózy F28 (reviznímu lékaři pojišťovny bych byl mohl tvrdit, že za něco podobného bludu by bylo možno pokládat přesvědčení, že užíváním benzodiazepinů „hřeší“).

Psycho-neurofarmak, které za 18 let užívala, bylo přece jen víc než diagnóza: alprazolam, amisulprid, bromazepam, buspiron, chlorprotixen, cisaprid, citalopram, clomipramin, clonazepam, diazepam, dosulepin, escitalopram, flunitrazepam, fluvoxamin, gabapentin, guaifenesin, hydroxyzin, klobazam, lamotrigin, levodopa s karbamazepinem (restless legs), melatonin, midazolam, milnacipran, mirtazapin, moklobemid, olanzapin, oxazepam, paroxetin, pimozid, progabalin, quetiapin, risperidon, selegilin, sertindol, tiaprid, tianeptin, tofisopam, topiramát, trazodon, valproát, venlafaxin, zolpidem. Zpravidla šlo o kombinaci dvou až čtyř psychofarmak.

Poslední kapkou, která vede k zveřejnění této kasuistiky, je sdělení nemocné, že šla oslavit osmnáctileté výročí proroctví, že skončí pod mostem. Navštívila polikliniku, kde předpověď vyslechla. Uspokojilo ji, že onen lékař už tam nepracuje.

Nejen tato kasuistika ukazuje, jak potřebné je reorganizovat nosologickou klasifikaci, která by měla respektovat patogenezu duševních poruch. Popsaný příběh poukazuje na gaba-ergních neurotransmisí (při patologické úzkosti byly zjištěny změny v počtu benzodiazepinových receptorů). Podobně bychom měli z hlediska nosologie uvažovat o jednotkách poruchy transmisí serotoninu, glutamátu nebo dopaminu. Byly by to diagnózy „ex juvantibus“, poněvadž k jejich objevu došlo díky psychofarmakům.

## **Summary**

### **RISK-BENEFIT OF BENZODIAZEPINES**

The utilization of benzodiazepines remains high in spite of the introduction of antidepressants and antipsychotics in low doses in the treatment of anxiety disorders. Our major concern, when treating with benzodiazepines, is the risk of dependence. At least in some patients, this menace should not be exaggerated and a case record is presented to illustrate the problem. In the future, we should

try to delineate some common features (biological markers?) to characterize these patients. In the perspective, a reorganization of psychiatric nosology could assist in making our therapeutic decisions more reliable and to help these patients more efficiently.

**Key words:** benzodiazepines, anxiety, drug dependence, psychiatric nosology

## ROZVODY A POSUDKOVÁ PROBLEMATIKA

J. Pavlát

*Psychiatrická klinika 1 LF UK a FN, Praha, Česká republika*

Podle celostátního výzkumu VÚPSV, STEM a HESTIA (Kovařík, 1994) u nás 23 % nezaopatřených dětí žije mimo rodinu založenou na prvním manželství obou rodičů. V produktivním věku je přibližně 25 % lidí rozvedených. Odhaduje se, že ve Spojených státech asi 30% rozvedených rodičů s dětmi se angažuje ve vážném porozvodovém konfliktu po tři a až čtyři roky po rozvodu. (Wallerstein a Kelly, 1980).

Konfliktní rozvodové a porozvodové situace jsou v centru pozornosti odborné veřejnosti především pro dobře doloženou skutečnost zhoubného vlivu rodičovských konfliktů na prosperitu dětí.

Jedním z důsledků porozvodových konfliktů je nerespektování soudních rozsudků o stycích nerezidenčního rodiče s dětmi. Někteří autoři udávají, že narušování návštěv se týká asi 50% dětí z rozvedených rodin.

U nás Schüller, Prokopec a Dytrich (1985) ve svém souboru našli překvapivě vysoký počet otců, kteří se s dětmi nestýkají vůbec. Zejména mladé ženy do 23 let věku odpovídaly, že se otec s dítětem pro rozvodu nestýká vůbec (40 %) nebo zcela nepravidelně (21 %).

Spory vyvolávané rodiči v konfliktní rozvodové a porozvodové situaci jsou soudy vnímány jako velmi obtížné.

Jednotliví autoři zdůrazňují potřebu mediace v takovýchto případech. Řada autorů shodně uvádí, že mediační programy vyvinuté pro potřeby soudů udávají úspěšné řešení 40 až 80 procent případů. Mediační programy jsou tedy úspěšné u značné části rozvádějících se či rozvedených rodin, které se dostanou do sporu či konfliktu, nicméně jednotliví autoři shodně referují, že jsou neúspěšné u skupiny případů, které lze označit za vysoce konfliktní.

Ve srovnání s dětmi z úplných rodin dosahují děti z rozvedených rodin nižšího vzdělání i příjmu, častěji jsou jako dospělí závislí na sociální podpoře a častěji se stávají nesezdanými osamělými či rozvedenými rodiči (Amato, 1994; Amato, Keith, 1991a, 1991b).

Vzhledem k dobře doloženému významu otcovské péče na prosperitu dětí se můžeme mít za to, že absence otce je hlavní příčinou horších výsledků těchto dětí. Další významnou příčinou je ta skutečnost, že u odhadovaných 20% rozvedených rodin se řetězí konflikty a soudní spory.

Znalec, který je žádán o posouzení situace a o doporučení vhodného porozvodového uspořádání, je často v situaci, kdy je velmi obtížné či nemožné zajistit dítěti hodnotný kontakt s oběma rodiči. Je nucen hledat nejmenší zlo.

Většina prací se shoduje v tom, že nejzávažnější negativní důsledky pro zdraví a prosperitu dětí má rodičovský konflikt. Omezit konflikt často znamená poškodit jednoho z rodičů – omezit jeho rodičovská práva. Nejčastěji se jako nejmenší zlo jeví poškození práv otce.

Přestože je evidentní, že přítomnost a péče otce přispívá k prosperitě dítěte.

Prioritu má řešení, které konflikt minimalizuje.

Posudky ve věci opatrovnických sporů jsou nevděčné – je velmi obtížné se v situaci orientovat. Nikdy si nemůžeme být jisti, že náš názor vychází z relevantních a spolehlivých informací. Vždy jsou dvě verze. Setkáváme se i se zmanipulovanými vyjádřeními lékařů, psychologů. Intervenuje emoční zaujetí celého sociálního okolí, včetně emočního zaujetí znalců.

Kvalifikovaný odporník si musí být vědom povinnosti nestranné, emočně vyvážené úvahy, musí respektovat vědecké zásady dospívání k poznatkům. Hodnotí emoce, eventuálně i případy emočně prožívá, ale musí své emoce reflektovat, pracovat s nimi jako s informací, ne se jimi řídit.

## **Literatura**

Amato, P. R., & Keith, B. (1991a): Parental divorce and the well-being of children: A metaanalysis. *Psychological Bulletin*, 110, 26 – 46.

Amato, P. R., & Keith, B. (1991b): Parental divorce and adult well-being: A metaanalysis. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 43 – 58

Kovařík, J. (1994): Současná rodina v zrcadle anketních šetření. VÚPS a Hestia – nadace pro rodinu. Praha.

Schüller, V., Prokopec, J., Dytrych, Z. (1985): Dítě jako „objekt“ v rozvodovém procesu. *Demografie*, 27, č. 3, s. 221 – 227.

Wallerstein, J. S., Kelly, J. (1980): Surviving the breakup: How children and parents cope with divorce. New York, Basic Books Divorce and expert's report problems

## **Summary**

### **DIVORCE AND EXPERT'S REPORT PROBLEMS**

Conflict divorce and post divorce situations are in center of attention of experts mainly because such conflict result in bad prosperity of children. Factor intervening generally by the majority of children of divorce is the lost of daily contact with the father. Great amount of empirical studies proves the fathers' care and love has strong positive effect on social, emotional and cognitive progress and functioning of children and adolescent. Its deficite has a number of negative consequences. The father important reason for worst results of children of divorce is the fact about 20% of di-

divorced families are involved in post divorce conflicts and litigation. Post divorce conflict often results in interference with children's visitation. According to some authors, visitation interference affects about 50% of children of divorce. Many conflicts result in litigation. Postdivorce litigation represents a considerable load for courts. There is clear evidence that minor and mediate conflicts can be solved by mediation. Nevertheless, among conflict cases, there is 10 to 20% of strong conflicting parents who resist mediation.

When an expert is asked to recommend a post-divorce arrangement in a difficult situation, he often must choose the smallest evil. In cases of high conflict, sometimes the only solution is to harm the rights of one of the parents. Often the smallest evil is to reduce contact with the father. Despite the evidence that the child needs contact with both parents, a qualified expert must take control of his emotions. It is necessary to use emotions as a source of information and not as the key to the analysis of the case.

**Key words:** divorce, parental conflict, child visitation interference, parental litigation.



## MOŽNOSTI PSYCHOTERAPEUTICKÉ INTERVENCE U PSYCHOTICKÝCH STAVŮ

O. Pěč

*ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, Praha, Česká republika*

Doménou psychoterapeutických intervencí jsou především post-akutní fáze psychotických poruch, kdy je jejich cílem redukce přetrvávajících symptomů, snížení vulnerability kognitivní či psychodynamické vůči stresorům a tedy i snížení pravděpodobnosti relapsu, zlepšení sociální funkce či posílení sociálních rolí. Psychoterapeutické intervence však mohou hrát i významnou úlohu v akutních fázích psychotických poruch zvláště tam, kde samotné biologické terapie nedokáží zvládnout nízkou adherenci pacientů k léčbě, jejich sebe-stigmatizaci, přerušování pracovního zapojení či vzdělávání, sociální izolaci, řešení vzniklé zátěžové situace v rodinách pacientů. Navíc existují i podskupiny pacientů, které na biologické terapie reagují opožděně či špatně.

V rámci krátkodobé hospitalizace u akutních psychotických stavů je nezbytné vytvoření bezpečného prostředí, podpora dočasně oslabených funkcí pacienta ošetrovatelským personálem. Důležitou složkou je psychoedukace nejen pacientů, ale i se zapojením jejich rodinných příslušníků a využitím konceptu „expressed emotion“. Hospitalizace akutních pacientů by měla být přípravou k další psychoterapii a psychiatrické rehabilitaci v extramurálním prostředí. Započte-li vlastní psychoterapie již v akutní fázi během hospitalizace, měla by být zajištěna další spolupráce s psychoterapeutem i po propuštění.

Hlavní zásadou suportivně psychodynamického přístupu je důraz na vytvoření pracovní aliance s pacientem, flexibilita v terapeutickém uspořádání, zaujmutí optimální distance vůči pacientovi, udržování bezpečí a stability a interpretace jen po dosažení pevného pracovního spojení. Hledají se specifické postupy posilující psychickou diferenciaci a přeměnu nezralých obranných mechanismů směrem k integraci a individuaci. Zvláštního významu nabývají rovněž podpůrné psychodynamické intervence v práci případového vedení u akutních pacientů v jejich domácím prostředí a v činnosti mobilních krizových týmů. Psychodynamické přístupy našly uplatnění i v alternativních způsobech hospitalizace pacientů (projekt Soteria), jejichž charakteristickým rysem je intenzivní ošetrovatelská podpora během akutního stavu. Výhody tohoto postupu oproti běžné hospitalizaci by mohly být v možnosti aplikace nižších dávek psychotropní medikace a tím i v méně vyjádřených vedlejších příznacích a mírně nižších přímých nákladech na léčbu. Další uplatnění lze nalézt i v přístupech s kombinací různých

intervencí jako například „need adapted approach“ dle Y.O. Alanena (krizová intervence, rodinná terapie, psychodynamická terapie, týmový přístup).

Od devadesátých let minulého století začal rovněž vzrůstat význam kognitivně behaviorální terapie při léčbě akutních psychotických stavů. Po navázání terapeutického vztahu se intervence zaměřují na pozitivní příznaky psychózy – korekci bludných přesvědčení, předkládání alternativních hypotéz u bludů a halucinací, identifikaci vyvolávajících a stabilizujících faktorů, učení se strategií ke zvládnání stresu. Intervence mohou vést k větší redukci pozitivních příznaků psychózy a jejich rychlejšímu ústupu.

### **Literatura**

GABBARD, G.O. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice. The DSM-IV ed.* Washington: American Psychiatric Press, 1994, 656 str. ISBN 0-88048-658-9.

CALTON, T., FERRITER, M., HUBAND, N., SPANDLER, H. A Systematic Review of the Soteria Paradigm for the Treatment of People Diagnosed With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2008, vol.34, no. 1, str. 181-192.

ALANEN, Y.O. *Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment.* London: Karnac Books, 1997, 334 str. ISBN 9781855751569.

LEWIS, S., et al. Randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *Br J Psychiatry*, 2002, vol. 43, Suppl 2002, str.91-97.

TARRIER, N. et al. Cognitive-behavioral therapy in first-episode and early schizophrenia. 18-month follow-up of a randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*, 2004, vol. 184, str. 231-239.

### **Summary**

#### **POSSIBILITIES OF PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION IN PSYCHOTIC STATES**

Psychotherapeutic interventions play a role in the treatment of acute psychotic states, where the biological therapy alone cannot cope with poor patient adherence to treatment, their self-stigmatization, interruption in work or education, social isolation or where they cannot deal with the stressful situations in families of patients. Most commonly used approaches are milieu therapy, psychoeducation, family psychoeducation, supportive psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy.

**Key words:** psychotherapy, acute psychotic states

## ZOTAVENÍ, SYSTÉM A KVALITA PÉČE

O. Pěč

*ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, Praha, Česká republika*

Koncept zotavení nebo-li úzdravy (recovery) se v posledních deseti letech postupně dostává do popředí pozornosti nejen odborné veřejnosti, ale i uživatelského hnutí. Pojem původně vznikl v oblasti léčby závislosti s významem udržení abstinence, zlepšení zdravotního stavu a kvality života. Zotavení lze definovat jako dlouhodobý proces či „cestu“ zlepšování zdravotního stavu a osobní proměny, která umožňuje osobě s potížemi způsobenými duševní poruchou žít smysluplný život ve společenském prostředí dle svého výběru a usilovat o plné využití jejího osobního potenciálu.

V současnosti existují dvě hlavní pojetí zotavení: klinické a rehabilitační. Klinické pojetí se soustřeďuje zejména na symptomatickou remisi a na pozorovatelné obnovení kognitivních, sociálních a pracovních funkcí. Toto pojetí bylo podníceno již od 70.let klinickými studiemi, které ukazovaly na širokou heterogenitu výsledku u závažných duševních poruch, od částečného až k plnému zotavení. Dále i zjištěními, že pouhá redukce symptomů nezbytně nevede ke zlepšení exekutivních funkcí, sebedůvěry pacientů nebo ke snížení doprovodné depresivní symptomatiky či k vyřešení rodinných konfliktních situací.

Rehabilitační pojetí je více subjektivní a orientuje se více na uživatele. Jeho cílem je žítí plnohodnotného života v kontextu trvajícího postižení. Zotavení znamená úspěšnou životní adaptaci i přes přetrvávající symptomy. Člověk trpící duševní nemocí se potřebuje zotavit ze stigmatu nemoci, které je často zvnitřněno, z neuskutečněných životních plánů či z omezených možností, které jim poskytuje společnost. Tématem zotavení je aktivní přijetí nemoci a omezení, které nemoc způsobuje, převzetí zodpovědnosti a kontroly nad svým vlastním životem. S tím souvisí i obnovení významu sama sebe, sebezpevnění, schopnosti zvládat těžkosti a překážky. Dalším tématem je i přijetí sociální podpory. Kromě této dimenze interní, jako spíše psychologického procesu, existuje i dimenze externí a tou je znovunabytí potřebných dovedností, navázání uspokojivých vztahů a začlenění do širší společnosti. Zotavení není lineárním procesem. Zahrnuje v sobě růst, zhoršení situace, období rapidních změn i téměř žádných změn. Postupuje od přijetí nemoci směrem k aktivnímu převzetí kontroly a zodpovědnosti za svůj život. V pozdních fázích zotavení znamená zlepšování kvality života, sebeúcty, zvýšení životního standardu a nezávislosti.

Na skutečnost, že proces zotavení je reálný například u schizofrenních pacientů, ukazují studie, které tyto pacienty sledovaly dlouhodobě. Hardingová (2003) zpřehlednila pět světových studií sledujících průběh schizofrenie.

Za signifikantní zlepšení byla považována přítomnost alespoň pěti z následujících šesti znaků: 1) ústup symptomů, 2) bez psychotropní medikace, 3) samostatné bydlení v komunitě, 4) pracující, 5) sociální vztahy na uspokojivé úrovni, 6) bez sociálně narušujícího chování. Souhrnný počet pacientů ve všech studiích byl 1454 a průměrná doba sledování 30 let. 58 % lidí z tohoto vzorku dosáhlo zotavení nebo bylo signifikantně zlepšeno.

Nadějnost konceptu zotavení spočívá především v tom, že může být spojnicí mezi různými přístupy a pohledy na duševní onemocnění. Může se stát pojítkem mezi pohledem objektivizujícím, klinickým a subjektivními zkušenostmi uživatelů s duševním onemocněním či pohledem jejich blízkých příbuzných. Na problém s nedostatečnou adherencí k léčbě u závažně duševně nemocných můžeme být vybaveni konceptem nikoliv rozdělovacím, ale spojujícím perspektivy profesionála a uživatele. Adherence se v konceptu zotavení stává spíše aliancí.

Kvalitu péče o duševně nemocné bude zapotřebí stále více posuzovat i z toho hlediska, jak jednotlivé léčebné intervence a přístupy mohou přispět k dosažení zotavení u závažně duševně nemocných. K tomu může přispět kvalitní psychofarmakologická péče s optimálním účinkem a minimem subjektivně nepříjemně prožívaných vedlejších účinků. Důležité pole se zde odkrývá pro psychoterapii, která může přispět k získání autenticity pacientů, uvědomění si jejich životní kontinuity a perspektivy, k získání jejich autonomie či schopnosti zvládat svoje problémy vlastními silami, ke zlepšení jejich vztahů a posílení sociálních rolí. Nezastupitelné místo má psychiatrická rehabilitace pro znovunabytí dovedností a zlepšení participace ve společnosti, ať již jde o sféru zaměstnání, bydlení nebo společenských kontaktů.

Nikoliv nepodstatnou úlohu má i systém péče a společensko kulturní kontext, ve kterém se proces zotavení odehrává. Některé dlouhodobé studie ukazují, že terapeutický rámec více zdůrazňující rehabilitační potřeby pacientů vykazuje lepší výsledek ve smyslu zotavení. Zajímavé v tomto ohledu jsou rovněž výsledky dlouhodobých transkulturních studií, ukazujících odlišný výsledek zotavení u schizofrenních pacientů v různých společensko kulturních prostředích.

## Literatura

HARDING, C.M. Changes in schizophrenia across time: paradoxes, patterns, and predictors. In Carl Cohen (Ed.) *Schizophrenia into Later Life: Treatment, Research and Policy*. APPI Press, 2003, s. 19-42.

VAN WEEGHEL, J. Komunitní péče pro osoby s psychickými omezeními. In Pěč, O., Probstová, V. (eds.) *Psychózy. Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. str. 15-20

DESISTO, M., HARDING, C.M., MCCORMICK, R.V., ASHIKAGA, T., BROOKS, G.W. The Maine and Vermont three decade studies of serious mental illness. *Br J Psychiatry*, 1995, vol. 167, s. 338-342.

ANTHONY, W. A. 1993. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, vol. 16, no. 4, s. 11-23.

YOUNG, S. L., ENSING, D. S. 2002. Exploring Recovery from the Perspective of People with Psychiatric Disabilities. In van Weeghel (ed.). *Community Care and Psychiatric Rehabilitation*. Kiev: Sphera, 2002, s. 15-29.

## **Summary**

### **RECOVERY, SYSTEM AND QUALITY OF CARE**

In the last ten years the concept of recovery has been gradually gaining a prominence attention not only of specialists, but also in users movement. The author analyzes the contribution of clinical and rehabilitation recovery concepts. He points to the results of long-term cohort studies. The concept of recovery may became a link between clinical and users perspective of mental disorder. Quality of care for the mentally ill should be increasingly seen from the perspective, how different therapeutic interventions and approaches can contribute to achieving recovery in severely mentally ill.

**Key words:** recovery, severe mental illness, psychiatric rehabilitation, system of care, quality of care

## KVALITA ŽIVOTA JAKO INDIKÁTOR JAKOSTI V PÉČI O PSYCHIATRICKÉ PACIENTY

J. Pěčová

*Oddělení soudem nařízených léceb, Psychiatrická léčebna Kosmonosy, Kosmonosy, Česká republika*

V medicíně se pojem *kvalita života* objevuje od druhé poloviny 20. století a to především ve spojitosti s obrovskými pokroky v léčbě celé řady onemocnění. S tím, jak celosvětově neustále přibývá lidí, kteří díky novým léčebným intervencím mohou žít déle, vyvstává otázka, jak tento prodloužený život učinit co nejkvalitnější. Prvotní lékařské výzkumy kvality života se zaměřovaly především na onkologicky nemocné. Právě u těchto pacientů vedla léčba (aplikace agresivní chemoterapie a ozařování), jež měla mít žádoucí efekt v prodloužení života, k výrazným vedlejším účinkům, jako nevolnosti, zvracení, ke ztrátě vlasů atd., tedy k negativnímu dopadu na kvalitu jejich života. Paradoxní je, že často mnohem většímu negativnímu dopadu, než nemoc samotná. Výsledky výzkumů v oblasti kvality života onkologicky nemocných pak přinesly řadu argumentů pro změnu přístupu k jejich léčbě a navíc měly přesah i k ostatním lékařským oborům, především v otázkách týkajících se vlivu nemoci a poskytované lékařské péče na každodenní život nemocného. Efekt nemoci a léčby nemůže být adekvátně zachycen měřítky jako jsou morbidita, mortalita, velikost tumoru atp. Tato tradiční (kvantitativní) měřítko musí být doplněna zkoumáním řady psychosociálních faktorů, jakými jsou například bolest, funkční postižení či těžkosti v naplňování běžných sociálních rolí.

V posledních zhruba dvaceti letech můžeme, podobně jako v ostatních lékařských disciplínách, zaznamenat nárůst popularity konceptu kvality života také v psychiatrii (vyjádřeno počtem publikací a realizovaných výzkumů). Velkou zásluhu na uvedení konceptu kvality života v českých podmínkách měli zejména doc. Škoda a dr. Dragomirecká (na stránkách České a slovenské psychiatrie).

Kvalita života se v medicíně chápe jako pacientův subjektivní názor na zdraví a tělesné, psychické i sociální funkce a proto se především v klinických studiích ustálil termín *Health-Related Quality of Life* (HRQoL). WHO definuje kvalitu života takto: „*Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.*“

Neexistuje jedna jediná všeobecně uznávaná definice kvality života, což je dáno, mimo jiné, také interdisciplinární povahou zkoumaného jevu. Nicméně mezi různými badateli panuje shoda v následujících tezích:

1. Kvalita života může být pochopena pouze z perspektivy osoby o jejíž kvalitu života se jedná. Z toho plyne, že kvalita života je subjektivní jev.

2. Ačkoli může být kvalita života definována v termínech celkového štěstí či spokojenosti, tato globální percepce je ovlivněna množstvím domén či dimenzí života.

3. Štěstí nebo spokojenost se životem jsou determinovány rozdílem mezi tím, co daný jedinec vnímá jako potřeby či očekávání v určité doméně ve srovnání s tím, co aktuálně vlastní nebo získává v této doméně.

V různých teoretických modelech kvality života se pak setkáváme s různým členěním do jednotlivých domén či dimenzí života, neboť toto členění často vychází přímo z definic kvality života a rovněž koresponduje s oblastmi, které pokrývají měřicí nástroje založené na těchto teoretických modelech. Můžeme si to demonstrovat na rozdělení, které používá WHO.

**Tab. 1** Domény kvality života podle WHO

<b>Doména</b>	
Fyzický stav	Bolest a nepříjemné pocity, energie a únava, spánek a odpočinek.
Prožívání	Pozitivní pocity, myšlení, učení paměť a soustředění, sebeúvěra a sebeúcta, vnímání těla a vzhledu, negativní pocity.
Nezávislost	Pohyblivost, každodenní činnosti, závislost na lécích nebo léčebných postupech, pracovní výkonnost.
Sociální vztahy	Osobní vztahy, sociální podpora – praktická pomoc od ostatních, sexuální život.
Prostředí	Fyzické bezpečí a jistota, domácí prostředí, finanční situace, zdravotní a sociální péče: dostupnost a kvalita, možnost získávat nové informace a dovednosti, volný čas a záliby – zájmové a rekreační činnosti, životní prostředí, doprava.
Spiritualita	Duchovní oblast, víra a osobní předsvědčení Celková kvalita života a zdraví.

*(zpracováno podle Dragomirecké a Bartoňové, 2006; s.48-59)*

V současnosti se používá kvalita života jako kritérium ve čtyřech typech výzkumů: hodnocení životní úrovně národní populace, hodnocení kvality poskytovaných služeb a porovnávání alternativních programů, porovnání potřeb různých skupin populace a měření individuální spokojenosti. Většina autorů zmiňuje, že realizované výzkumy kvality života duševně nemoc-

ných se zaměřovaly především na výsledky (outcomes) psychiatrické léčby v designu pre-post. Hodnotilo se, jaký mají vliv jednotlivé terapeutické intervence na kvalitu života nemocných.

### **Cíle**

Cílem pilotního výzkumu bylo zjistit, ve kterých oblastech je kvalita života duševně nemocných osob významněji snížena a zda níže hodnotí svou kvalitu života nemocní s horším zdravotním stavem. Výzkum byl realizován na vzorku 31 pacientů léčených v denním stacionáři pro léčbu psychóz na Klinice ESET (v Praze).

### **Metody**

Jako nástroje měření byly použity: dotazník kvality života WHOQOL-BREF a dotazník zdravotního stavu HoNOS. Dále byly kromě diagnózy sledovány základní demografické charakteristiky – pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav a pracovní status.

### **Výsledky**

Prokázali jsme, že celkově horší zdravotní stav a také kognitivní deficit, se u nemocných projevuje ve zhoršení jejich kvality života v doméně prostředí. U symptomatických potíží se to prokázalo rovněž (v doménách fyzické zdraví a prostředí).

Překvapivě se neprokázala jednoznačná souvislost mezi jednotlivými psychopatologickými příznaky (deprese, bludy a halucinace příp. další symptomy) a zhoršením kvality života. Výraznější zhoršení kvality života se projevilo pouze u těch pacientů, kteří měli více příznaků, nebo měly příznaky závažnější.

Nejnižší průměrný skór měly osoby z našeho vzorku v položkách kvality života: pracovní výkonnost a sexuální život, naopak nejvyšší v položkách: pohyblivost a podpora od přátel.

V následující tabulce uvádíme srovnání průměrných skóru v jednotlivých doménách kvality života u běžné populace, pacientů se somatickým onemocněním a našeho vzorku. Ve třech doménách dosahovali pacienti s duševním onemocněním nejnižšího skóru.



**Tab. 2** Srovnání kvality života u různých souborů

Kvalita života domény	Reprezent. výběr populace (věk 18-59) N=308	Osoby po operaci sli- nivky břišní N=28	Denní sta- cionář ESET N=31
Fyzické zdraví	15,55 ±2,55	13,65 ±2,62	<b>12,63</b> ±2,84
Prožívání	14,78 ±2,43	14,15 ±2,39	<b>11,18</b> ±2,92
Sociální	14,98 ±2,89	13,24 ±2,86	<b>12,04</b> ±3,09
Prostředí	13,30 ±2,08	13,59 ±2,13	13,48 ±2,20

### Závěr

Pilotním výzkumem jsme ověřili užitečnost použité baterie nástrojů a získané výsledky jsou podkladem pro sledování kvality života pacientů z našeho vzorku v delším časovém horizontu po ukončení léčby.

### Literatura

DRAGOMIRECKÁ E. – BARTOŇOVÁ J. *WHOQOL-BREF WHOQOL-100 World Health Organization Quality of Life Assessment : Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. 92s. ISBN 80-85121-82-4.

DRAGOMIRECKÁ E. – ŠKODA C. Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*, 1997c, roč. 93, č. 2, s. 102-108. ISSN 0069-2336.

KATSCHNIG H. – FREEMAN H. – SARTORIUS N. *Quality of Life in Mental Disorders*. 2nd edition. West Sussex : Willey, 2006. 368 pp. ISBN 13 978-0-470-85601-7.

PĚČ a kol. *HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales): Hodnocení zdravotního stavu – manuál české verze*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2007. 50 s. ISBN 978-80-254-1182-7.

PINIKAHANA J. et al. Quality of life in schizophrenia: A review of the literature from 1995 to 2000. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2002, vol. 11, iss. 2, pp. 103–111. ISSN 1445 8330.

## Summary

### HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AS INDICATOR OF QUALITY OF CARE IN PSYCHIATRIC PATIENTS

The article makes us acquainted in the research of quality of life in severe mentally ill, which was realized in a day treatment program of the Clinic ESET. The WHOQOL-BREF quality of life questionnaire and the HoNOS health outcome scale were used as assessment instruments for measurements.

The research partially confirmed the relationship between the state of health (disability and cognitive symptoms) and quality of life (in the domains of physical health and the environment). Patients evaluated as the highest the quality of life in domain of environment, the lowest in the domain experience.

The results of the research are not only a basis for further long-term research, but they can serve even for changes in a delivered care planning. In a cause of that the results of the research can serve in a final consequence for the patients themselves.

**Key words:** health related quality of life, severe mentally ill, WHOQOL-BREF, HoNOS

## DELIRIUM TREMENS – RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU

R. Pilch

*Psychosociální centrum Přerov, Česká republika*

Tato původní práce sleduje výskyt některých rizikových faktorů ve dvou skupinách pacientů:

1. pacienti s delirantním stavem po odnětí alkoholu.
2. pacienti s odvykacím stavem bez deliria.

### Cíl

Určení významných a snadno zjistitelných rizikových faktorů vzniku a rozvoje deliria tremens, které lze využít v klinické praxi při příjmu pacientů a pro plánování další léčby a snížení rizika rozvoje delirantního stavu.

### Metody

Do sledování byli zařazeni všichni poprvé přijatí pacienti mužského akutního oddělení pro léčbu závislosti Psychiatrické léčebny v Kroměříži během roku 2004. Tito byli rozděleni do dvou skupin podle přijímací diagnózy F10.3 nebo F10.4 dle MKN 10. V obou skupinách byl sledován výskyt následujících dvanácti rizikových faktorů: 1) epileptický záchvat před přijetím či v anamnéze, 2) hypertenze či elevace TK při přijetí, 3) úraz hlavy, 4) jiný traumatický děj před přijetím, 5) hypokalemie, 6) elevace ALT a/nebo AST, 7) cirhóza jater, 8) diabetes mellitus, 9) vředová choroba či gastropatie akutně přítomná a/nebo v anamnéze, 10) pankreatopatie, 11) febrilie či infekce, 12) projevy odvykacího stavu při současně ebrietě při přijetí. Dále byla sledována četnost současně přítomných příznaků. Byly hledány souvislosti mezi rizikovými faktory a rozvojem či přítomností deliria tremens. Celkem bylo ve studii 87 pacientů, z toho 57 s výskytem deliria, 30 s prostým odvykacím stavem.

### Výsledky

Ve skupině delirantních pacientů se statisticky významněji vyskytovala hypokalemie – RR = 3,8 (1,2 – 12,0), epilepsie – RR = 2,75 (1,1 – 6,9) a přítomnost čtyř a více příznaků současně – RR = 2,6 (1,1 – 6,5). Jako vedlejší nálezy byly zjištěny vyšší průměrný věk ve skupině F10.4 – 47±9,0, oproti 43±8,4 u F10.3 při  $p < 0,05$ . Na hranici statistické významnosti ( $p < 0,10$ ) byl nálezy elevace jaterních testů. Významně častěji se dále vyskytovaly následující znaky – úrazy hlavy i končetin, febrilie a pankreatopatie. Naopak ve skupině pacientů s odvykacím stavem bez deliria se statisticky významněji vyskytoval nálezy současně ebriety a odvykacího stavu – RR = 6,6 (1,9 – 23,6).

## **Závěry, diskuse**

Signifikantní rozdíl pro vznik deliria byl nalezen u hypokalemie, epilepsie a přítomnosti více než tří příznaků současně. Nalezené signifikantně významné rizikové znaky je možné poměrně snadno zjistit při příjmu pacienta vyšetřením klinickým, laboratorním, příp. odebráním nebo znalostí anamnézy. U takto vytipované rizikové skupiny přijímaných pacientů by měla následovat intenzivní terapie zaměřená na snížení rizika rozvoje deliria a jeho komplikací. K diskusi a dalšímu sledování je nález statistické významnosti současné ebriety a odvykacího stavu ve skupině F10.3, neboť tento znak je v literatuře uváděn jako rizikový pro delirium (např. v mnohem rozsáhlejší švédské studii Palmstierny). Jedním důvodem může být časová prodleva mezi vyšetřením v jiné ambulanci či nemocnici a přijetím do psychiatrické léčebny. Dalším důvodem je rozdílná velikost skupin a v neposlední řadě mohlo jít o důsledek intenzivnější léčby těchto pacientů, čímž mohlo dojít k zabránění rozvoje delirantního stavu.

**Klíčová slova:** delirium tremens, odvykací stav, závislost na alkoholu, rizikové faktory, hypokalemie, epilepsie.

## **Literatura**

Aliyev N.N., Aliyev Z.N. The role of amino-acid transmitters in the pathogenesis of delirium tremens: a brief report. *Journal of studies on alcohol*, 2002 Sep, No.63/5/, p.531-533.

Csémy L., Nešpor K. Odvykací stavy po alkoholu v ČR. *České pracovní lékařství*, 2002, roč.3, č.3, s.156.

Fiellin D.A., O'Connor P.G., Holmboe E.S., Horwitz R.I. Risk for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome. *Substance-abuse-official-publication of the Association for Medical Education and Research in Substance Abuse*, 2002 Jun, No.23, p.83-94.

Litton K.A. Delirium in the critical care patient: What the professional start needs to know. *Critical care nursing quarterly*, 2003 Jul-Sep, No.26/3/, p.208-213.

Lukan J.K., Reed D.N. Jr, Looney S.W., et al. Risk factors for delirium tremens in trauma patients. *The Journal of Trauma*, 2002 Nov, No.53, p.901-906.

McKay A., Koranda A., Axen D. Usány a symptom-triggered approach to manager patients in acute alcohol withdrawal. *Medsurg nursing official journal of the AMSN*, 2004 Feb, No.13/1/, p.15-20,21,31.

Palmstierna T. A model for predicting alcohol withdrawal delirium. *Psychiatr-Serv*, 2001, No.52, p.820-823.

Sanders JB., Jance A. Delirium tremens: Its etiology, natural history and treatment. *Curr-Opin-Psychiatry*, 2000, No.13, p.629-633.

Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. In Smolík P. Alkoholový odvykáací stav s deliriem. 2.vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2002, s.132-133.

Večerková-Procházková A. Akutní stavy v psychiatrii – 2.díl. Praktický lékař, 2003, roč.83, č.5, s.287-289.

Žigová E., Hrdličková B. Syndrom závislosti od alkoholu u gerontopsychiatrického pacienta. Alkohol. Droq. Závislosti 2000, roč.35, č.1, s.19-26.

## Summary

### DELIRIUM TREMENS – CAUSAL RISK FACTORS

**Objective:** The aim of the study is to find the significant risk factors of delirium tremens as simple guidelines for the use in the clinical practice.

**Methods:** This original retrospective study compared two groups of male patients first time hospitalized due to delirium tremens (57 patients) or alcohol withdrawal syndrome without delirium (30 patients) in the Mental hospital Kromeriz during the year 2004. The incidence of twelve symptoms was examined in both groups – 1. epileptic seizures, 2. hypertension, 3. head injury, 4. another injury, 5. hypokalaemia, 6. elevation of ALT and/or AST, 7. cirrhosis hepatis, 8. diabetes, 9. gastropathy or peptic ulcer, 10. pancreatopathy, 11. fever and/or infection and 12. withdrawal symptoms with concomitant ebrietas.

**Results:** In the group of patients with delirium there were found statistically more significant symptoms: hypokalaemia – RR=3.8 (1.2–12.0), epilepsy – RR=2.75 (1.1–6.9), and the presence of four and more symptoms simultaneously – RR=2.6 (1.1–6.5).

**Conclusions:** Hypokalaemia, epilepsy and more than three symptoms simultaneously were found as the most statistically significant risk factors for delirium tremens in this study. These findings could support the planning of the treatment and minimize the risk of the development of delirium tremens.

**Key words:** delirium tremens, withdrawal syndrome, alcohol addiction, risk factors, hypokalaemia, epilepsy.

## KOMUNITNÍ PÉČE V PLZEŇSKÉM KRAJI – PERSPEKTIVY A LIMITY

J. Podlipný<sup>1,2</sup>, J. Beran<sup>1</sup>, M. Fojtíček<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Plzni a Fakultní nemocnice Plzeň, Česká republika

<sup>2</sup>Ledovec o.s., Ledce, Česká republika

### Cíle

V rámci připravované koncepce podpory osob s duševním onemocněním v Plzeňském kraji byla vytvořena otevřená expertní skupina zástupců krajské samosprávy, zdravotnických zařízení, poskytovatelů sociálních služeb na území kraje a zástupců uživatelů /pacientských organizací. Cílem příspěvku je seznámit se vznikajícími možnostmi a naopak s úskalími procesu tvorby takové koncepce.

### Metody

Expertní skupina nejprve definovala cílovou skupinu jako: lidé s duševním onemocněním z okruhu schizofrenií, poruch nálady a neurotických poruch (F20-29, F30-39, F40-49); okrajově ostatní F diagnózy. V expertní skupině jsou zastoupeni pracovníci Krajského úřadu Plzeňského kraje (KÚPK), zástupci lůžkových psychiatrických zařízení (PL Dobřany, FN Plzeň, Klatovské nemocnice), ambulantních psychiatrů a zástupci a poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním, kterými jsou především: Ledovec o.s. Ledce, VIDA centrum Plzeň, ČAPZ Mýto, Diecézní charita Plzeň – pobočka Meclov, RIDZ Plzeň. Ze zástupců uživatelů /pacientských organizací uvádíme např. svépomocné sdružení Krystal Plzeň.

V časovém horizontu leden – červen 2010 je stanoven harmonogram pro vypracování následujících dílčích koncepčních materiálů:

1. Šetření „potřeby cílové skupiny z pohledu cílové skupiny“.
2. Šetření „potřeby cílové skupiny z pohledu rodinných příslušníků cílové skupiny“.
3. Šetření „potřeby cílové skupiny z pohledu ambulantních psychiatrů“.
4. Šetření „potřeby cílové skupiny z pohledu poskytovatelů sociálních služeb a pracovníků lůžkových zdravotnických zařízení“.
5. Zjištění závěrů z analogických klíčových strategických dokumentů z jiných krajů ČR, z celorepublikových dokumentů a z dokumentů Evropské Unie.

### Výsledky

Předpokládáme vznik základního strategického dokumentu pro udržení a rozvoj služeb komunitní péče pro osoby s duševním onemocněním. Před-

pokládáme zpracování výstupů do střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Plzeňského kraje a do Koncepce oboru zdravotnictví Plzeňského kraje.

### **Závěr**

Průběžně konstatujeme, že se daří přibližovat postoje členů otevřené expertní skupiny směrem ke vzájemně přijatelnému konsenzu. Děje se tak, ačkoli jednotliví členové přistupují k problémům z perspektivy odlišných paradigmat. Vytváří se provázaná víceoborová struktura komunitní péče s četnými synergickými efekty.

### **Summary**

#### **COMMUNITY CARE IN THE PILSEN REGION – PERSPECTIVE AND LIMITS**

There has been an open expert group from the representatives involved in the mental health maintenance on the territory of Pilsen Region established. This expert group includes such members as the representatives of the local administration, of the local inpatient as well as outpatient medical facilities, further the representatives of social services (community care) and of the users/ patients' organizations. The aim of the expert group is to process a strategic plan /document for the development of community care for people with mental illness. The sharing of different views on helping to the target group is a method of changing the attitude towards mentally ill people per se.

**Key words:** Community Care – Medical Care – Patients' Organization – Strategic Plan – Pilsen Region

## RADIKÁLNÍ A PALIATIVNÍ LÉČBA V ADIKTOLOGII

J. Pokora

*Primariát pro léčbu návykových nemocí, Psychiatrická léčebna v Brně-Černovicích, Česká republika*

Cílem dobrovolné protialkoholní léčby je trvalá a důsledná abstinence. Tento požadavek vyplývá i z definice závislosti na alkoholu, kdy jedním z diagnostických kritérií závislosti je ztráta nebo alespoň výrazná porucha kontroly konzumu alkoholických nápojů. Z praxe víme, že pokusy o kontrolované pití bývají odsouzeny k nezdaru. Bohužel zdaleka ne všem pacientům trpícím závislostí na alkoholu se podaří tohoto cíle dosáhnout. Z výsledků katamnestických šetření vyplývá, že s časem se procento důsledně abstinujících pacientů snižuje. Zatímco po jednom roce procento abstinujících pacientů přesahuje jednu polovinu, po 5 letech klesá na 20%-30%. Kardinální otázkou tedy zůstává, jaký léčebný program nabídnout pacientům, kteří trvale neabstinují a kterých je většina. Na našem primariátu pro léčení návykových nemocí při Psychiatrické léčebně v Brně-Černovicích můžeme pacientům závislým na alkoholu v podstatě tři léčebné programy:

1/ Klasická dobrovolná protialkoholní léčba, která vychází z apolinářského léčebného systému. Tento léčebný program můžeme považovat za „radikální“.

2/ Detoxifikace, případně prodloužená detoxifikace (tzv. „přerušeni tahu“) v délce obvykle 1-3 týdnů pro pacienty, kteří mají za sebou relaps, případně krátkou recidivu a chtějí pokračovat v ambulantní léčbě

3/ Tzv. rehabilitačně-ostřízlivovací program pro pacienty, kteří chtějí s konzumem alkoholických nápojů něco dělat, ale nejsou ochotni akceptovat náročný skálovský léčebný režim nebo již vůbec nejsou schopni se do takového systému zapojit zejména pro pokročilou deprivaci osobnosti, organickou deterioraci intelektu a další psychické i somatické důsledky nadměrného pití. To je program „paliativní“, ekvivalentní přístupu „harm reduction“ u nealkoholových návykových látek (Radimecký, 2005).

Adiktologie je medicínským oborem a proto by i zde mělo platit, že pokud pacientovi nemůžeme z jakýchkoliv příčin poskytnout léčbu radikální, neměli bychom opomíjet léčbu paliativní. Mnoha adiktologům se vedení takového programu může zdát neatraktivní. Musíme si ale uvědomit, že i takový paliativní program může snížit riziko výskytu komplikací ať již psychiatrických (odvykací stav s deliriem, alkoholické psychózy) nebo somatických (cirhóza, polyneuropatie a další) a tím i snížit ekonomickou zátěž našeho zdravotnictví způsobenou návykovými nemocemi. Ve svém sdělení se budeme zabývat především možnostmi a mezemi rehabilitačně-ostřízlivovacího programu a jeho možným přínosem pro pacienta i pro celou společnost.



## Summary

### **RADICAL AND PALLIATIVE TREATMENT OF ALCOHOL DEPENDENCE**

J. Pokora

*Ward for treatment of addictive disorders, Psychiatric clinic Brno-Černovice, Czech Republic*

Permanent and consistent total abstinence is a standard aim of treatment of alcoholism in a therapeutic community. It is consistent with programme of 12 steps of AA, too. Unfortunately more than half of patients who undergo the treatment are not able to keep the requirement of total abstinence and earlier or later break the abstinence and go on excessive drinking. We also have a programme for the patients, who are not able or do not want to accept necessity of total abstinence, so cold „rehabilitative-sobering programme“. We do not expect this type of clients will abstain from alcohol. Health risk minimalization and improving of functioning in social domain are main aims of this approach. This programme is similar to „harm reduction“ programmes for drug addicts. We conclude that rehabilitative-sobering programme can help our patients and it can be useful for all the society because it can reduce consumption of health care, solves social problems in employment and family, favourably influences social pathology as criminality or homelessness etc.

# NEUROBIOLOGIE A PREDIKCE TERAPEUTICKÉ ODPOVĚDI U OCD

J. Praško<sup>1</sup>, Z. Sigmundová<sup>1</sup>, D. Kamarádová<sup>1</sup>, M. Raszka<sup>2</sup>, A. Grambal<sup>1</sup>, K. Látalová<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Klíніка psychiatrie Universita Palackého, Fakultní nemocnice v Olomouci, Olomouc, Česká republika*

<sup>2</sup>*Psychiatrické centrum Praha, Centrum neuropsychiatrických studií, Praha, Česká republika*

## Úvod

Obsedantně kompulzivní porucha patří mezi nejvíce narušující úzkostné poruchy. Má řadu různorodých projevů, zejména pak opakované nutkání k myšlení a chování stereotypním způsobem. Zobrazovací studie s použitím PET (pozitivní emisní tomografie) ukazují zvýšenou metabolickou aktivitu a zvýšený průtok ve frontálních oblastech kůry, gyrus cinguli a bazálních gangliích, zejména v nucleus caudatus. Magnetická rezonance a CT popisují menší velikost nucleus caudatus a asymetrie ve frontálních oblastech mozku. Nicméně nálezy jsou zatím rozporuplné, velmi podobné nálezům u jiných úzkostných poruch, a proto málo typické pro OCD.

## OCD v zobrazení mozku

Dřívější práce, které pátraly po strukturálních abnormalitách pomocí počítačové tomografie či pomocí nukleární magnetické rezonance, nenalezly žádné významné patologie, které by odlišovaly mozky zdravých lidí od pacientů s OCD. Byly identifikovány spíše regionální tkáňové abnormality, například v orbitofrontální kůře (OFK), jejichž výskyt koreloval s tíží symptomatologie. Přesnější morfometrická pátrání většinou dokumentují diskrétní objemové abnormality nucleus caudatus a u dětí s OCD podobné změny zahrnující i putamen. Ještě podrobnější práce se soustředí na subkortikální struktury s použitím nových metod neokortikální parcelace, například bylo popsáno objemové zvýšení podoblastí pravé prefrontální kůry. U pacientů s OCD byl také popsán striatální pokles N-acetylaspartátu, který je považován za marker životaschopných neuronů. Pomocí kontinuální magnetické rezonance byla prokázána signifikantní bilaterální redukce objemu amygdaly a orbitální frontální oblasti a ztráta běžně se vyskytující hemisferické asymetrie komplexu hippokampus-amygdala u pacientů s OCD v porovnání se zdravými dobrovolníky.

Práce zaměřené na zobrazování funkčních změn u OCD přinášejí více dat. První studie mozkového metabolismu glukózy v PET ukázaly na zvýšení metabolismu v nucleus caudatus, levém orbitálním gyru, levé orbitofrontální kůře, pravé sensorimotorické kůře, bilaterálně prefrontálně a v předních oblastech cingula. Následující studie potvrdily, že funkční změny

v orbitofrontálním kortexu, přední kůře cingula a nucleus caudatus se po léčbě upravují, a k této normalizaci dochází jak po farmakoterapii inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, tak po behaviorální psychoterapii.

K dalšímu upřesnění významu identifikovaných oblastí zájmu přispěly provokační studie. Při vyšetření funkční magnetickou rezonancí nebo pozitronovou emisní tomografií byli pacienti in vivo či v imaginaci exponováni svým obsesím, přičemž opět došlo ke zvýšení aktivity v orbitofrontální kůře, přední kůře cingula a nucleus caudatus. Po porovnání výsledků s kontrolními soubory (jiné úzkostné poruchy či farmakologicky navozená úzkost u zdravých dobrovolníků) se dají odlišit oblasti s nespecifickou rolí pro OCD (např. přední paralimbická kůra) od oblastí více specifických, za které jsou považovány anterolaterální orbitofrontální kortex a nucleus caudatus.

Celkově zobrazovací metody potvrzují dysfunkci okruhu prefrontální kůra – bazální ganglia – thalamus – kůra, kterou můžeme zkoumat i neurologickými testy či použitím evokovaných potenciálů, a která bývá popisována i u jiných psychiatrických poruch.

### **Predikce terapeutické odpovědi u OCD**

Dosud nejsou známy jasné parametry, které by predikovaly úspěšnost jednotlivých terapeutických intervencí u obsedantně kompulzivní poruchy. Mezi faktory, které mohou souviset s rezistencí k léčbě, patří řada demografických veličin, jako je věk počátku poruchy, délka jejího trvání, pohlaví, vzdělání apod., pozitivní rodinná anamnéza, může se zde uplatňovat vliv komorbidních poruch, zejména deprese a poruch osobnosti, vliv disociace a kognitivního deficitu. Některé studie popisují vztah disociace k terapeutické účinnosti KBT (Rufer et al. 2005). Také kognitivní dysfunkce může mít vliv na závažnost příznaků. Pacienti s delším trváním nemoci měli více kompulzí a také horší výkon v kognitivních testech (Stroopův test a WMS-R). Terapeutická odpověď je významně horší u pacientů se závažnější kognitivní dysfunkcí. Lepší prognóza bývá spojována s vyšším socioekonomickým statutem, epizodickým charakterem onemocnění a s přítomností precipitujících událostí. Mezi nejčastější prediktory, popisované v souvislosti se zhoršenou terapeutickou odpovědí, patří vyšší frekvence a intenzita příznaků, přítomnost očistných a „hromadících“ rituálů, pozitivní rodinná anamnéza, výskyt psychické poruchy na ose II (hlavně poruchy osobnosti), přítomnost dysmorfofobie, vznik v mladším věku, delší trvání a chronicita, vyšší počet hospitalizací a přítomnost tikové poruchy (Saxena et al., 2002). Ravizza et al. (1995) zjišťovali prediktory úspěchu léčby u 53 pacientů léčených 6 měsíců clomipraminem nebo fluoxetinem. Terapeutická odpověď (definována jako 40% pokles ve Y-BOCS) byla dosažena u 58.5% pacientů. Pacienti, kteří nereagovali dostatečně, měli vyšší frekvenci kompulzí, umývacích rituálů, chronický průběh, časnější věk počátku, delší trvání poruchy, konkomitantní schizotypní poruchu osobnosti a byli v minulosti hospitali-

zování. Alonso et al. (2001) se snažili predikovat dlouhodobý výsledek kombinované léčby SSRI a behaviorální terapie. Celkem 36.7% pacientů nereagovalo na léčbu dostatečně. Z jednotlivých položek Y-BOCS pouze obsese sexuálního/religiózního obsahu byly spojené s horším dlouhodobým výsledkem jak léčby SSRI, tak behaviorální terapie. Hantouche et al. (2000) sledovali naturalisticky roční průběh u 155 pacientů s OCD. Prediktorem nedostatečné terapeutické odpovědi na SRI i behaviorální terapii byl zejména nedostatečný náhled. Vyšší hladina „impulzivity“ naopak predikovala lepší terapeutickou odpověď po 6 měsících léčby, zatímco závažná pomalost byla spojena s oddálením léčebné reakce (mezi 6. a 12. měsícem léčby). Shetti et al. (2005) ve své dvouleté studii 122 pacientů s OCD léčebných SRI zjistili, že nedostatečná terapeutická odpověď souvisí zejména s komorbidní depresivní poruchou, nedostatečným náhledem, přítomností sexuálních obsesí, umýváním a různorodostí kompulzí. Trend byl nalezen u časného počátku obtíží.

V naší studii sledování dokončilo 47 pacientů (19 mužů a 28 žen). Jedna pacientka studii odmítla. Všichni pacienti prošli minimálně 5 týdny intenzivní KBT a v průměru se významně zlepšili v S-Y-BOCS, CGI-S a BDI. Klinické remise podle hodnocení CGI-S dosáhlo na konci léčby 40,4% pacientů. Hlavními faktory na počátku, které zvyšovali pravděpodobnost dosažení zlepšení nebo remise v průběhu léčby byly skóry v S-Y-BOCS nižší než 22, dobrý náhled, vyšší rezistence proti příznakům, nízká úroveň disociace a agresivní charakter obsesí. Negativními faktory na počátku, související s nedostatečným zlepšením, byly naopak vyšší skóry v S-Y-BOCS, horší náhled, nízká rezistence proti příznakům, vysoká úroveň disociace, obsese zaměřené na kontrolu/symetrii a obsedantní pomalost/nerozhodnost.

## **Podpořeno projektem IGA MZ ČR NS 9752– 3/2008**

### **Literatura**

Hantouche EG, Bouhassira M, Lancrenon S: Prospective follow-up over a 12 month period of a cohort of 155 patients with obsessive-compulsive disorder: phase III National DRT-TOC Study. *Encephale*. 2000; 26: 73-83.

Ravizza L, Barzega G, Bellino S, Bogetto F, Maina G. Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1995; 56: 368-373.

Rufer M, Held D, Cremer J, Fricke S, Moritz S, Peter H, Hand I: Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychother Psychosom*. 2006; 75: 40-46.

Saxena S, Maidment KM, Vapnik T, Golden G, Rishwain T, Rosen RM, Tarlow G, Bystritsky A: Obsessive-compulsive hoarding: symptom severity and response to multimodal treatment. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63: 21-27.

Shetti CN, Reddy YC, Kandavel T, Kashyap K, Singiseti S, Hiremath AS, Siddequehusen MU, Raghunandan S. Clinical predictors of drug nonresponse in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66: 1517-1523.

## **Summary**

### **NEUROBIOLOGY AND PREDICTION OF THERAPEUTIC RESPONSE IN OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER**

Significant advances over the past 20 years in our understanding of the phenomenology and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder, made in part from structural and functional neuroimaging and genetics research, can guide treatments that target brain regions, circuits, and neurotransmitter systems specific to obsessive-compulsive disorder, the disruption of which may alleviate obsessive-compulsive disorder symptoms. Systematic research over the past two decades has demonstrated that obsessive compulsive disorder (OCD) is associated with dysfunction of the cortico-striato-thalamo-cortical circuitry, particularly in the orbitofrontal cortex, dorsolateral prefrontal cortex, and caudate nucleus. Recent metaanalysis of neuroimaging studies in OCD confirm hypermetabolism in orbitofrontal cortex and nucleus caudatus. Clear predictors of successful therapeutic intervention in obsessive-compulsive disorder have not been known yet. In our study the main predictors of achieving the response or remission were scores in S-Y-BOCS lower than 22, good insight, high resistance against symptoms, low level of dissociation, and aggressive character of obsessions.

**Key words:** OCD, neurobiology, circuitry, orbitofrontal cortex, nucleus caudatus

# NARATIVNÍ KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE U PSYCHÓZ

J. Praško, B. Mainerová, K. Vrbová, A. Trčová, K. Látalová  
*Klinika psychiatrie Universita Palackého, Fakultní nemocnice v Olomouci, Česká republika*

## Úvod

Narativní psychoterapie a kognitivně behaviorální terapie jsou zdánlivě neintegrovatelné psychoterapeutické přístupy, které filosoficky vycházejí z odlišného pojetí světa a člověka. Zatímco narativní psychoterapie vyznává sociální konstruktivismus s přesvědčením, že lidé si konstruují své příběhy a tím i svoje prožívání a chování sami na základě subjektivní zkušenosti, kognitivně behaviorální terapie klade důraz na to, že se člověk svoje postoje, myšlenky, emoce, chování učí v průběhu svého vývoje a toto učení probíhá podle pravidel teorie učení, tedy podle velmi logických a objektivizovatelných principů. Příběhy, prožitky i chování psychotických pacientů však dává za pravdu oběma pojetím. Pacient si konstruuje realitu originálním způsobem, jeho příběh je ryze subjektivní a prožívání může být pro okolí málo srozumitelné, zároveň však jsme schopni odhalit, jakým způsobem je subjektivní utváření příběhu a prožívání naučeno a proč dochází ke konkrétnímu zažívání a následnému chování.

Použití narativní metafory vede k pohledu na příběhy lidí, trpící psychózou, jako na smysluplné, utvářené a tvořící se osudy. Sociální a interpersonální zkušenosti mají silný dopad na to, jak se pacienti se schizofrenií sami vnímají (postoje k sobě), jak vnímají druhé (postoje k druhým) a svět (postoje ke světu a osudu) i na charakter jejich psychopatologie i jejich silné stránky. Toto vnímání však není pro jednu dotvořené a rigidní, ale proměňuje se do různé míry stále. Problémem psychotického prožívání bývá, že tyto proměny mohou probíhat rigidně a stereotypně, nezávislé na potřebách jedince a okolí, nebo jsou pro okolí nepochopitelné. Přesto je možné v nich hledat souvislosti s životního příběhem a aktuálním kontextem. To co se přihodilo v dětství, ve škole a co se děje v současné situaci neustále ovlivňuje lidské postoje a následně i chování. Metafora sociální konstrukce upozorňuje na to, že se sociální, interpersonální i intrapsychický svět každého člověka utvářel v interakci s ostatními lidmi, zejména s lidmi nejbližšího okolí, a také v interakcích s institucemi, a je neustále v těchto interakcích dotvářen. Z pohledu sociálního konstruktivismu existuje prožitek vlastního já v neustále interakci s ostatními a vlastní já formuje samo sebe prostřednictvím vyprávění, v nichž vystupují druzí lidé, kteří jsou do těchto vyprávění zapojení.

Když pracujeme s pacienty, přemýšlíme o interakcích mezi příběhy, jež oni prožívají ve svém osobním životě, a příbězích, které kolují v kontextu jejich místní kultury i v souvislosti a postoji a pohledy celého společenského systému.

### **Přístup v terapii**

Na rozdíl od klasického kognitivně behaviorálního přístupu, který pracuje s pacienty krok za krokem podle daného vyzkoušeného postupu, vyžaduje vytvoření hypotéz a jejich testování v průběhu terapie, narativní přístup nevytváří předem žádnou terapeutickou strukturu či jasný postup, zůstává otevřený k příběhu a jeho proměnám a snaží se proměnit příběh jeho novým převyprávěním. Narativní terapie mluví o „dekonstrukci příběhu“. Narativní kognitivně behaviorální přístup využívá předností obojího. Vlastní tematizace jednotlivých terapeutických sezení, ať skupinových nebo individuálních, je ponechána na pacientově vyprávění, nebo na vyprávění skupiny, ke kterému je terapeut plně otevřený. Metody, které bychom v klasickém KBT označili jako kognitivní restrukturalizaci nebo práci se schématy probíhají pomocí nového převyprávění pacientova příběhu, který na základě Sokratického dialogu provádí pacient sám. Původní příběh je dekonstruován pomocí induktivních otázek a postupně dochází k změně (restrukturalizaci) příběhu tak, že pacient v něm vidí jak souvislosti, na kterých byl postaveno původní pojetí, tak nový pohled, který umožňuje nové prožívání sebe, světa a budoucnosti. Dekonstrukce a rekonstrukce však nezůstává pouhým zážitkem v terapeutickém sezení, ale je následována domácím cvičením, které alternativní pohled dále rozšiřuje nebo upevňuje.

Roman si na skupině stěžuje, že má stále nepříjemné hlasy, které mu hnusně nadávají. K jeho zkušenosti se hlásí několik dalších členů zkušenosti. Zdá se jim, že hlasy nejsou skutečnost, je to projev onemocnění. Roman je ale přesvědčen, že jeho hlasy jsou skutečnost, protože mu říkají úplnou pravdu, komentují jeho chování, nadávají mu, když se mu něco nedaří nebo když je líný. Terapeut se ptá, zda si někdy taky sám nadává nebo vyčítá, když se mu něco nepodaří nebo je „líný“. Ano, sám si také nadává. Na dotaz, jakým způsobem, sděluje, že si říká „Ty blbečku! Hni sebou! Jsi úplně k ničemu! Jsi líný jako prase!... Terapeut se ptá, zda jsou tyto kritické věty podobné, jako když to říkají hlasy. Podle Romana to zní úplně stejně. Uvědomuje si překvapeně, že jeho hlasy říkají úplně to samé, co si říká sám. Terapeut se dále ptá, zda si vzpomíná, že by mu někdo někdy v minulosti říkal podobně kritické věci. Ano, dělala to od dětství matka a dělá to dodnes. Ale méně, než on sám sobě. Další člen skupiny se přidává, že on taky má někdy hlasy, které říkají podobné věci, jako mu říkala matka nebo otec. Terapeut nabízí skupině otázku: Co si myslíte, je to pravda, že Roman

je blbeček, líný jako prase, že je úplně k ničemu? Nebo ho vidíte nějak jinak. Dva pacienti, kteří si s Romanem často povídají říkají, že ho vidí opačně. Je to fajn chlap, který je zajímavý. Terapeut se ptá Romana. Co myslíte, je něco ve vašem životě, nějaké zážitky a příhody, které ukazují, že to může být jinak, než že jste líný jako prase, k ničemu a blbeček? Je něco, co ukazuje, že tak moc líný nejste a že i něco umíte? Ano, doma jsem vždy mámě pomáhal, i tátovi, na učilišti jsem byl moc šikovný, mistr to říkal, akorát jsem pak onemocněl. Takže jste byl moc šikovný na učilišti, šlo vám to, i mistr to viděl a od malička jste byl pracovitý a pomáhal jste? Je to tak? Ano je to tak, říká Roman potěšeně. Můžeme si teď na tabuli napsat, v čem jste šikovný a podle čeho se dá poznat, že nejste až tak líný? Terapeut píše na tabuli důkazy, Roman nachází další věci: lepil modely letadel, sportoval, pomáhá na záhradě, sám se nabízí, že mámě půjde nakoupit atd. Také spolupacienti nabízejí, v čem si myslí, že je Roman chytrý, např. dobře se s ním povídá, má znalosti o hudbě, jde se mu svěřit, říká svůj názor apod., a v čem je usilovný (opak líného): pomáhá ostatním, snaží se číst si, chodí na pracovní terapii, kde se velmi snaží apod. Terapeut se nyní ptá, zda ho taky někdy v rodině pochválili a ocenili. Roman příkvyuje, že ano, například máma ho chválí, když uklidí dvůr nebo dojde na nákup, táta vždy obdivoval, jak dělá pěkné modely letadel. Za domácí úkol dostává Roman, ale i ostatní ve skupině sepsat, kdy byli chváleni nebo oceňováni rodinou, za které věci to bylo a jakým způsobem jim to blízcí sdělovali.

Narativní kognitivně behaviorální terapie u psychotických pacientů umožňuje pracovat i s pacienty v akutním stavu, záhy po přijetí na zavřené psychiatrické oddělení, protože příběhu a jeho převyprávění je pacient schopen zpravidla naslouchat i v akutní fázi nemoci a je schopen rozumět i příběhům jiným. Jde vlastně o změnu jádrových přesvědčení a podmínek pravidel o sobě, druhých a osudu, pouze změna probíhá pomocí převyprávění příběhů. Navíc, na rozdíl od psychoedukace nebo klasické kognitivně behaviorální terapie, se na příběhy pacient většinou dokáže soustředit. Terapie však musí být jednoduchá, části životních příběhů převyprávěny srozumitelným způsobem. Cílem je, aby pacientům převyprávění přinášelo větší sebezpřijetí a spokojenost se sebou a umožnilo nové porozumění minulosti i aktuálního kontextu života.

## **Závěr**

Příběh pacienta je organizující metafora, která jemu i nám umožňuje porozumět, proč si určitým způsobem svět vysvětluje a zažívá a proč se chová konkrétním způsobem. Pojetí pacientova příběhu existuje řada, jde o jeho vlastní pojetí, pojetí jeho rodičů, dalších blízkých osob, pojetí, které si vytváří terapeut. Tato pojetí jsou ovlivněna tím, jak ten, který pojetí vytváří, sám konstruuje svojí realitu, na co zaměřuje pozornost, jakým způsobem si



vykládá určité fenomény. V narativním kognitivně behaviorálním přístupu v terapii terapeut hledá, vynáší na povrch a upevňuje ty příběhy, které nepodporují pacientovo problémové vnímání reality, ale takové alternativní příběhy, které vedou k novému pohledu na věci, pozitivní změně sebepojetí a k řešení problémů, které se v současném kontextu objevují.

**Podpořeno projektem IGA MZ ČR NS 10301-3/2009**

### **Literatura**

Rhodes J, Jakes S: Narrative CBT for Psychosis. Routledge. Taylor and Francis Group. New York 2009.

### **Summary**

#### **NARRATIVE COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR PSYCHOSIS**

A central claim of narrative therapy is that we „narrate“ our lives: that we form narratives of the past and future, and that these not only describe our lives but might also influence our lives. Patients have problem-saturated stories and the aim of the therapeutic work is both to articulate negative story and its effects upon the person and then to move on to the constructing and preferred narrative with more positive view on the story and consequently on the self, others and the world.

**Key words:** narrative therapy, cognitive behavioral therapy, psychosis

## MÍSTO BENZODIAZEPINŮ V LÉČBĚ ÚZKOSTNÝCH PORUCH

J. Praško<sup>1</sup>, K. Látalová<sup>1</sup>, D. Kamarádová<sup>1</sup>, A. Grambal<sup>1</sup>, P. Šilhan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Klinika psychiatrie Universita Palackého, Fakultní nemocnice v Olomouci, Česká republika*

<sup>2</sup>*Psychiatrické oddělení, Fakultní nemocnice v Ostravě, Česká republika*

### Úvod

Úzkost a její somatický doprovod jsou časté příznaky s různorodou etiologií. Jednou z možností, jak ji snížit, je podání anxiolytik. Indikace anxiolytik jsou široké – používají se k léčbě úzkostných poruch, adaptačních poruch, zejména při úzkostné reakci na tělesné onemocnění, k léčbě nespavosti, deliria i neklidu. Jako přídavná léčba jsou používány u širokého spektra psychických poruch. Základní indikací anxiolytik jsou však úzkostné poruchy. Nejužívanějšími anxiolytiky jsou benzodiazepiny. Benzodiazepiny posilují inhibiční účinek kyseliny  $\gamma$ -aminomáselné (GABA), což je hlavní inhibiční neurotransmitter v mozku. Benzodiazepinový receptor je subtypem GABA<sub>A</sub> receptoru. Aktivace benzodiazepinového receptoru facilituje účinek endogenní GABA, což vede k otevření chloridových iontových kanálů a poklesu neuronální excitability. Benzodiazepiny působí relativně rychle, protože iontový kanál se může rychle otevírat a zavírat. Benzodiazepiny jsou vysoce účinnými anxiolytiky a sedativy, mají také v různé míře relaxační a antikonvulzivní účinek.

### Benzodiazepiny a úzkostné poruchy

Jsou účinné v léčbě akutní i chronické úzkosti a u panických záchvatů. Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychické poruchy vůbec. Vedou k výraznému funkčnímu poškození a distresu. Nejvýznamnějšími úzkostnými poruchami jsou panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně depresivní porucha, agorafobie, sociální fobie a specifické fobie. Benzodiazepiny byly pokládány za léky první volby úzkostných poruch od 70. let minulého století. V 80. letech, kdy probíhala řada multicentrických studií, ukazujících na velmi dobrý krátkodobý efekt vysoce potentních benzodiazepinů u panické poruchy, generalizované úzkostné poruchy a sociální fobie. Přes počáteční přesvědčení o tom, že vysoce potentní benzodiazepiny (alprazolam, klonazepam) jsou účinnější než ostatní, zdá se dnes, že všechny benzodiazepiny, např. diazepam a lorazepam, jsou podobně účinné, pokud jsou podány v ekvivalentní dávce.

Problémem však zůstalo vysazování benzodiazepinů v době ukončení léčby; u řady pacientů se objevily příznaky z vysazení a zpětná úzkost. Proto je doporučováno velmi opatrné pozvolné snižování dávek. Benzodiazepiny účinně léčí jak akutní, tak chronickou generalizovanou úzkost, panickou poruchu a sociální fobii. Vzhledem k jejich vedlejším účinkům, jako jsou

zejména sedace, riziko rozvoje závislosti, syndrom z vysazení a návrat úzkostných příznaků, by mělo být jejich podávání u úzkostných poruch rezervováno až jako další volba po podávání antidepresiv.

*Akutní exacerbace* úzkostných příznaků u chronických úzkostných pacientů nejlépe reaguje na podání anxiolytické medikace, zejména na benzodiazepiny (Stein 2004). Protože krátkodobá léčba zpravidla nevede k plné remisi (dosáhne ji v tříměsíčním období méně než 50% léčených), je nutno většinu pacientů léčit léta, pro což nejsou benzodiazepiny ideální. Proto v posledních 10 letech se v léčbě úzkostných poruch prosazují hlavně moderní antidepresiva. Základním doporučením je zahájit léčbu SSRI eventuálně KBT (učebnice i doporučené postupy APA, NICE, Britské psychofarmakologické společnosti), benzodiazepiny se hodí pro zmírnění akutní úzkosti a nikoliv pro dlouhodobou léčbu, dlouhodobě se hůře vysazují a objevuje se více reziduálních záchvatů, možnosti. U PTSD nejsou doporučovány vůbec – časné podání po traumatické události zvyšuje pravděpodobnost rozvoje PTSD. Podle US Food and Drug Administration nejsou alprazolam a clonazepam registrovány pro léčbu sociální fobie, GAD, lorazepam pro léčbu panické poruchy, sociální fobie (Rosenbaum 2005). V některých státech USA (např. New Yorku) jsou zpřísněna pravidla předpisu BZD (triplicate prescription program) s cílem snížit dlouhodobou preskripci, aby se zabránilo abusu – výsledkem snížení u BZD ale nárůst preskripce méně účinných a více nebezpečných alternativ. Navzdory tomu – BZD jsou často první intervence (Stevens a Pollack 2005). Podle USA censu z roku 2001 zůstávají benzodiazepiny mezi nejčastěji předepisovanými psychofarmaky hned za antidepresivy a alprazolam je vůbec nejpředepisovanějším psychofarmakem (Stahl 2002). V 90. letech vzrostlo významně předepisování SSRI, ale 2/3 z tohoto nárůstu je spojeno se současným předpisem benzodiazepinů (Bruce et al. 2003). Ve studii 483 kliniků, kteří měli popsat další krok, když pacient na SSRI zůstane po 6 týdnech symptomatický, nejčastějšími rozhodnutími bylo: (1) přidat KBT (34%); (2) přidat benzodiazepiny (27%); (3) zvýšit dávku SSRI (26%) (Scott EL et al. 1999).

### **Nevýhody benzodiazepinů**

Benzodiazepiny jsou pravděpodobně nejvíce užívanými léky u pacientů trpících generalizovanou úzkostnou poruchou, panickou poruchou, méně pak se sociální fobií. Je tomu tak nejspíše pro jejich rychlý nástup účinku, výrazný efekt na anticipační úzkost, nízkou cenu a relativně dobrou snášenlivost. Tradiční předpoklad říká, že benzodiazepiny při dlouhodobém užívání však vedou k sedaci, somatické závislosti a může se objevit desinhibice agresivních impulsů (APA 1990), a nejvýznamnější nevýhodou jejich dlouhodobého podávání je riziko vzniku závislosti (obzvlášť vysoké u osob závislých na návykových látkách). Zdá se však, že riziko vzniku závislosti na ben-

zodiazepiny u běžného pacienta s generalizovanou úzkostnou poruchou či panickou poruchou není příliš vysoké, pokud léky nepodáváme déle než 2 měsíce. Tradiční očekávání říká, že dlouhodobé užívání BZD vede k rozvoji tolerance, která se projeví ztrátou účinnosti nebo potřebou zvyšovat dávku. Dlouhodobé studie – nezjistily významnou ztrátu terapeutické účinnosti v čase a nenašly důkazy pro zvyšování dávek (Soumerai et al. 2003, Nagy et al. 1989, Pollack et al. 1993).

Ke zvyšování dávek jsou náchylné určité podskupiny pacientů: (a) zároveň užívající antidepressiva (více závažní a s větší komorbiditou); (b) s problémy s další závislostí (alkohol, kokain...). Proti očekáváním pacienti ve starším věku a pacienti více handicapovaní měli riziko ke zvyšování dávek naopak snížené (Soumerai et al. 2003) V průběhu 2,5 roku zvyšovalo dávky 5% pacientů a ji naopak 60% snížilo (Pollack et al. 1993).

Dalším vážným problémem je vznik syndromu z vysazení po ukončení podávání benzodiazepinů. Dokonce při postupném vysazování během 30 dnů po léčbě trávající jen 8 týdnů mělo až 35% pacientů výrazné příznaky z vysazení (Cross-National Collaborative Panic Study 1993). Dokonce 54% pacientů nebylo schopno ukončit vysazování včas podle protokolu a 20% mělo velmi těžké abstinenci příznaky.

Benzodiazepiny pomáhají snížit aktuální úzkost a blokovat záchvaty úzkosti zejména na počátku léčby. Po 3-6 týdnech se objeví plný účinek antidepressiva a je možné postupně krok po kroku benzodiazepiny vysazovat. Teoreticky to vypadá snadno, v praxi však vysazování často nefunguje a pacient dlouhodobě užívá kombinaci. Proto je vhodné se ke kombinaci uchýlit raději při farmakoresistenci nebo u obzvláště těžkých forem úzkostných poruch.

Benzodiazepiny mohou potencovat sedativní účinky ostatních léků a látek (alkohol), proto by neměly být používány u nemocných s neznámou anamnézou anebo intoxikací neznámé etiologie. Obavy z paradoxních reakcí (hostilita, násilí) nejsou při krátkodobém podávání pravděpodobně relevantní.

**Podpořeno projektem IGA MZ ČR NS 9752– 3/2008**

**Literatura u autorů**

## **Summary**

### **PLACE OF THE BENZODIAZEPINES IN THE TREATMENT OF ANXIETY DISORDERS**

Despite increasing focus on the use of antidepressants and other drugs for the treatment of anxiety, benzodiazepines have remained a mainstay of anxiolytic pharmacotherapy due to their robust efficacy, rapid onset of therapeutic effect, and generally favorable side effect profile. In this text we examine issues related to the long-term use of benzodiazepines, including concerns about the development of therapeutic tolerance, dose escalation, and adverse cognitive effects.

**Key words:** benzodiazepines, anxiety states, adverse events

## PSYCHOTERAPIE V KONSILIÁRNÍ PSYCHIATRII

J. Praško, A. Ticháčková, K. Látalová, T. Diveky, D. Kamarádová  
*Klinika psychiatrie Universita Palackého, Fakultní nemocnice v Olomouci, Česká republika*

### Úvod

Psychosociální přístupy a psychoterapie u pacientů se somatickým onemocněním se výrazně liší od běžné psychoterapie. Pacienti jsou posíláni do péče, nebo psychiatr-konsiliář je pozván na somatické oddělení pro stres spojeny se somatickou nemocí, premorbidní psychiatrickou poruchu, nebo somatické příznaky bez organického nálezu. Přístup, načasování a cíle psychosociálních intervencí jsou ovlivněny interakcemi mezi mnohočetnými faktory nemoci a medicínskou léčbou.

Situací pro psychoterapeutickou intervenci je u somaticky nemocných mnoho. Od náhlé krize až k chronickým potížím vyžadujícím dlouhodobý kontakt s pacientem. Nejprve je třeba formulovat si případ a rozhodnout se, zda půjde o krizovou intervenci nebo opakované či systematické kontakty, neboť podle toho se volí rozsah a intenzita zásahu. V prostředí somatické medicíny bývají užitečné *časově limitované* přístupy. Psychoterapeutický přístup v konsiliární psychoterapii je většinou eklektický a opírá se o různé terapeutické směry a přístupy. Je důležité, aby kroky psychoterapie byly praktické, jednoduché, orientované na každodenní problémy, které se vyskytují zde a nyní. Nejdůležitější zaměřit se na problém, který je možné v dohledné době vyřešit. Práce na hlubších změnách osobnosti se pro tyto podmínky nehodí. Někdy je však potřebné se rozhodnout pro další pokračování psychoterapie s hlubší prací na osobnostních rysech nebo dovednostech pacienta v době, kdy je léčba tělesné nemoci ukončena nebo přenesena z hospitalizace do domácích podmínek. Obranné mechanismy, jakkoliv mohou být oslabené v době tělesné nemoci, je potřeba respektovat a podpořit, protože jsou vesměs užitečné pro zvládnutí aktuální krize. Krátkodobé přístupy, ať jsou psychodynamicky nebo kognitivně behaviorálně orientované většinou reprezentují pečlivě propracovaný souhrn intervenčních technik, které se snadno adaptují pro konsiliární podmínky.

### Podpůrná psychoterapie

Porozumění jedincovu vnitřnímu obrannému, kognitivnímu a interpersonálnímu stylu v reakci na nemoc umožňuje terapeutovi pomoci pacientovi rozvinout lepší strategie zvládnutí zátěže spojené s tělesnou nemocí a její léčbou. Podpůrná psychoterapie je doporučovaná ke snížení intenzity neuropatické bolesti u pacientů s HIV, ke snížení dopadu stresujících událostí u pacientů s primární nebo metastazující rakovinou prsů, při léčbě rakoviny pankreatu, v léčbě depresivních onkologických pacientů, nebo u pacientů

s chronickou bolestí. V kontrolovaných podmínkách však podpůrná psycho-  
terapie a její účinnost u pacientů se somatickými chorobami byla zkoumána  
velmi málo, protože nebyla považována za oddělený druh terapie. Ukázalo  
se však, že podpůrné techniky mohou pomoci podobně, jako anxiolytická  
medikace u pacientů s koronární arteriosklerózou. Munford et al. (1982)  
publikovali kontrolovanou studii pacientů, kteří se uzdravovali z infarktu  
myokardu a operce s použitím suportivní psychoterapie, která obsahovala  
edukaci o onemocnění a jeho léčbě, kognitivně-behaviorální techniky, ven-  
tilování emocí a znovuujišťování v suportivním vztahu. U těchto pacientů  
bylo zjištěno lepší ovlivnění bolesti, zlepšení spolupráce, menší komplikace  
a kratší trvání hospitalizace. Cílem podpůrné terapie je dosažení sympto-  
matického zlepšení stavu a změny pacientova jednání. Je vhodnou součástí  
léčby např. u chronických somatických chorob, jejichž úplné vyléčení není  
reálné, ale nemocnému je přesto třeba pomoci, aby snášel lépe své utrpení.  
Stejně tak u mnohých pacientů s duševní poruchou je vhodně zvolená dlou-  
hodobá podpůrná psychoterapie přínosem. V podpůrné psychoterapii se  
používá konverzační styl práce. Pacient i terapeut střídavě mluví ale otázky  
ze strany terapeuta nepřevažují. Je to kontrast s tím, co se lékaři učí během  
medicíny. Převaha otázek působí na pacienta jako výslech a tlačí ho do  
submisivní role nebo regrese. Techniky podpůrné psychoterapie zahrnují  
uklidnění, vysvětlení, zpětnou vazbu, edukaci, sugesci, nácvikové techniky,  
řešení problémů.

#### Tabulka: Nejdůležitější aspekty psychoterapie na somatickém oddělení

- U většiny hospitalizovaných pacientů je důležitým druhem terapie smutková práce.
- Pacientův hněv vůči nemocničnímu personálu je často přesunutým hněvem a frustrací ve vztahu k sobě samotnému.
- Povzbudíte pacienta, aby vyjádřil svoje tajné fantazie ohledně významu svého onemocnění nebo zranění.
- Krátkodobá, časově ohraničená podpůrná psychoterapie je užitečným přístupem v prostředí somatických oddělení.

Zatímco akutní onemocnění člověka zasáhne náhle a nutí ho ke změnám, převážně jen přechodným, chronické onemocnění i způsobuje často změny trvalé. Pod vlivem stresu pak často dochází k regresi, kdy se objeví dysfunkční a maladaptivní reakce – nadměrné požadavky, manipulace, zneužívání péče, odmítání standardních kroků, nespolupráce v léčbě nebo nadměrně neefektivní využívání zdravotních služeb.

V rámci konsiliární psychiatrické péče není psychoterapie v ČR příliš rozvinutá, ale ve světě se používá běžně jak individuální tak skupinová psychoterapie. Tyto skupiny umožňují pacientovi mluvit s více lidmi, probírat podobné problémy, řešit situace mimo nemocnici, zabývat se depresí,

obavami a starostmi. Pacienti se učí jeden od druhého, méně jsou závislí na terapeutovi. Tyto skupiny mohou být zaměřeny na psychoedukaci, podporu, vyjádření emocí, řešení problémů apod. Nejčastěji se používají u pacientů s HIV, na onkologii (často pacienti se stejnou diagnózou), Parkinsonovy choroby, demyelinizačního onemocnění, po infarktu, operaci prsu, transplantaci orgánu. Také pacienti s těžkým endokrinním onemocněním, jakým je například diabetes mellitus, můžou tyto potřeby nahrazovat v setkáních v tzv. svépomocných skupinách.

### **Podpořeno projektem IGA MZ ČR NS 10301-3/2009**

Munford E, Schlesinger HJ, Grass CV: The effect of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: an analysis of the literature. *Am J Public Health* 1982; 72: 141-151.

## **Summary**

### **PSYCHOTHERAPY IN LIAISON PSYCHIATRY AND QUALITY OF CARE**

Psychosocial interventions with the medically ill differ from standard psychotherapy in several important ways. Patients are generally referred by primary care physicians or specialists for distress associated with medical illness, premorbid psychiatric disturbance, or somatic symptoms with no medical foundation. The methodology, timing, and goals of psychosocial interventions with the medically ill are determined by the interaction among disease factors and medical treatment; the nature of emotional distress, availability of social support; psychological characteristics of the patient; and response to the illness. There is growing evidence that a variety of psychotherapeutic strategies in individual and group formats are helpful in reducing distress, anxiety, and depression among the medically ill. Techniques employed include psychodynamic, supportive-expressive, and interpersonal psychotherapies, hypnosis, family therapy, cognitive-behavioral therapy, and psychoeducation.

**Key words:** psychotherapy, liaison psychiatry, therapeutic strategies



# PSYCHOTERAPEUTICKÁ INTERVENCE U AFEKTIVNÍ TENZE HRANIČNÍCH PACIENTŮ

J. Praško, Z. Sigmundová

*Klinika psychiatrie Universita Palackého, Fakultní nemocnice v Olomouci, Česká republika*

## Úvod

Hraniční porucha osobnosti je nejčastější poruchou osobnosti, se kterou se psychiatr ve své praxi setkává. Spotřeba zdravotní péče je vyšší než u všech ostatních poruch osobnosti dohromady a vyšší než u afektivních poruch (Bender et al. 2001). Za první volbu léčby je zde považována psychoterapie a z medikace SSRI nebo SNRI (APA 2001; Coccaro 1997). Účinnost v léčbě hraniční poruchy osobnosti byla prokázána u dynamické psychoterapie (dynamická psychoterapie založená na mentalizaci, psychoterapie zaměřená na přenos, skupinová dynamická psychoterapie, kognitivně analytická psychoterapie), u kognitivně behaviorální terapie (klasická KBT, dialekticko-behaviorální terapie, na schémata orientovaná terapie) a u komunitní léčby.

## Intervence u afektivní tenze

Afektivní tenze bývá u pacientů s hraniční poruchou osobnosti všudypřítomná a skýtá základ pro náhlé afekty často ústící do impulzivního chování. Často navazuje na pocity prázdnoty nebo na disociaci, která vzniká snahou potlačit negativní afekty. Pacient se díky ní nedokáže soustředit, prožívat plně nové situace, nedokáže se radovat. Původní primární afekt se skrze afektivní tenzi přenáší na nové situace a objekty. Snaha udržet silné afekty pod kontrolou však typicky vydrží do následující, často ne příliš významné události, kterou vnímá jako křivdu, odmítnutí nebo nepochopení. Afektivní výbuch nebo impulzivní chování jsou pak pro okolí nesrozumitelné. Pokud se pak v terapii snažíme o kontrolu druhotných afektů a impulzivního chování, často jsme ve slepé uličce, protože díky afektivní tenzi zůstává pacient extrémní pohotovost k prudkým afektům. Zdá se, že možnou terapeutickou cestou, jak tuto situaci řešit, je naučit pacienta rozpoznat primární emoce, které se snažil potlačit nebo je rychle proměnil v druhotné emoce. Dalším krokem je pak naučit jej konstruktivně vyjádřit primární emoce. Pak mizí důvod pro afektivní tenzi a její vybíjení skrze impulzivní chování. Pro přiblížení uvedeme kazuistický příklad jedné situace.

*Petr přišel do sezení s tím, že se opět potrestal bitím sukovitou holí do holeně. Musel to udělat, protože sprostě vynadal matce, která je aktuálně v rekonvalescenci po cytostatické kůře. Je přesvědčen, že sebe-trestání bylo na místě. Choval se k matce hulvátsky. Společně se snažíme zmapovat, co se vlastně stalo. Petr dochází do denního stacionáře, kde je několik*

starších osamělých žen. Napadlo ho, že by mohl přivést na stacionář svého psa Ladinu, fenku, kterou si zbídačenou vybral v „psím nalezcinci“ a pojmenoval podle Bin Ladina, aby vyjádřil svůj protest proti přítomnosti Američanů v Zálivu. Ladina je milý malý oříšek, který se nechá hladit, je přítulná, poslušná a velmi kamarádská. Petr byl přesvědčen, že Ladina může přinést alespoň trochu radosti a potěšení těm hodným osamělým paním. Když svůj nápad sdělil matce, ta poznamenala: „Jen aby se tam Ladina taky od těch bláznů nezbláznila!“ Petr pocítil silnou zlost a matce vynadal do „necitelných krav“. Matka se rozbrečela. Petr cítil nesnesitelné napětí, objevily se silné pocity viny, za chvíli začal cítit nenávisť k sobě a šel se potrestat. Tím se napětí vybil, nicméně dále cítil zklamání se sebe, jednak za chování k matce, jednak (méně) za to, že nedokázal zvládnout impulzivní sebe-trestání. Pokud je tak zlý a výbušný, ani si nezaslouží žít, vždyť druhým jen škodí.

Postupně jsme prohloubili porozumění celé sekvenci. Pomocí otázek zaměřených na řízené sebeobjevování Petr zjistil, že situace bylo o něco složitější, než si sám uvědomoval. Když sděloval matce, že chce Ladinu přivést do stacionáře, byl nadšený svým nápadem. Chtěl matce dát vědět, jak hezký lidský nápad měl. Její odpověď ho nejdříve velmi zranila. Cítil jedna bolestné zklamání z pocitu, že jeho nápad odmítla a shodila, jednak ho ranilo, že pacienty, se kterými byl ve skupině, matka pokládá za „blázný“, čímž potažmo pokládá za blázna i jeho. Bolelo ho, že matka si ho neváží. Tyto bolestné pocity ponížení však proběhly velmi rychle, uvědomil ji je až nyní v sezení, protože ihned byly přebité silným vztekem, který nedokázal ovládat. Poté, co matce vynadal, objevily se pocity vlastního selhání. Vlastní chování ho přesvědčilo, že je opravdu špatný a musí se potrestat. Vracíme se znovu k primární emoci, kterou prožíval, když se cítil odmítnut a ponížen. Šlo by matce sdělit co prožíval ještě než přišel vztek? V hraní roli, kdy terapeut je matkou Petr sděluje: „Mami, moc mě bolí, že jsi shodila můj nápad, protože mi připadal dobrý. Když mluvíš o „bláznech“, mám strach, že si mě taky nevážíš. Já opravdu potřebuji, aby sis mě vážila. Je to pro mě důležité, protože tvůj názor je pro mě důležitý...“ Petr prožívá úlevu. Má dojem, že kdyby zareagoval tímto způsobem, neměl by pak zlost a matku by neurážel a pak se nemusel trestat. Pak hledáme další situace, které měly podobný průběh. Zkoušíme je přehrát a jde to dobře.

Pacient potřebuje cítit, že je přijímán s porozuměním, že mu terapeut fandí, neodsuzuje ho, stojí za ním. Potřebuje se svěřit. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti často musí překonávat značnou nedůvěru k odborníkovi, zkoušejí ho, nejsou si jisti, zda je přijme, nebude moralizovat, kritizovat nebo se dívat svrchu. Terapeut potřebuje „vydržet“ silné afekty, které se u pacienta ve vztahu k němu mohou objevit, a nereagovat komplementárně. Agresivní napadání, vyčítání, manipulace, vyhrožování sebevraždou nebo agresí jsou prubířským kamenem tolerance a pevnosti terapeuta. Pacienti

jsou často zlostní, naléhaví, vehementně se dožadující se „svých práv“. Silné afekty je potřebné v první řadě *uznat*; tzn. vzít na vědomí jejich vážnost a vyjádřit pochopení pro to, že je pacient prožívá. Až pak je možné nabídnout pacientovi společně hledání jejich příčin a souvislosti. Aktuální psychickou poruchu léčíme prakticky stejným způsobem, jakým se daná porucha léčí. Ovšem ve stejném čase se často už v prvním kroku potřebujeme zaměřit také na chování, které narušuje terapeutické podmínky. To může být např. chronické sebepoškozování jako reakce na vnímané opuštění, výrazná impulzivita, nebo potíže ve spolupráci v terapii. Takové chování explicitně s pacientem označujeme jako „chování narušující terapii“.

### **Intervence při sebepoškozování a jiném impulzivním chování**

Hněv, impulzivita, násilné chování, jako rozbíjení předmětů nebo jejich mrskání po rodině či terapeutech ve chvílích intenzivního vzteku nebo frustrace, patří do obrazu hraniční poruchy osobnosti. Nezřídkada dochází k napadení druhých lidí. Tyto formy chování se zpravidla objevují v situacích, kdy dochází k přerušení vztahů nebo když se pacient cítí opuštěný (například při změně terapeuta), nebo když se cítí zrazený, nespravedlivě obviněný, nebo nepochopený či zahanbený lékařem nebo blízkými lidmi. Suicidální a sebepoškozující chování by mělo být v léčbě prioritním cílem, protože pacienta nejvíce ohrožuje. Cestou je monitorovat toto chování, opakovaně si ujasňovat jeho důsledky a dát mu hranice ve smyslu nutnosti hospitalizace (při suicidálním chování). Ego-syntonní sebe destruktivní chování je třeba změnit na ego-dystonní. Pokud není možné sebe destruktivní chování kontrolovat a je ohrožující, je nutná více intenzivní léčba, jako je hospitalizace. *Přechodné disociativní příznaky*, jako je depersonalizace a derealizace, neschopnost testovat realitu, jsou u pacientů s hraniční poruchou osobnosti časté a mohou vést k přechodným psychotickým epizodám. Tyto příznaky pak mohou v bludném kruhu posilovat další příznaky poruchy, jako afektivní instabilitu, impulzivitu, suicidální chování, sebepoškozování. V těchto případech je potřebné:

- Explorovat rozsah a charakter disociativních příznaků;
- Zjistit současné problémy, které souvisejí s rozvojem disociativních epizod;
- Klarifikovat povahu disociativních příznaků a rozlišit je od předstírání nebo klamu na jedné straně a psychotických příznaků na straně druhé;
- Naučit pacienta jak získat na disociaci kontrolu (kontrola dechu, plné prožívání, „uzemnění“), včetně možného použití hypnózy u pacientů s plnou disociativní poruchou;
- Zpracovat možné traumatické události, které souvisí s disociativními příznaky.

**Podpořeno projektem IGA MZ ČR NS 10301-3/2009.**

## **Literatura**

American Psychiatric Association: Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. Washington, DC, APA 2001.

Bender DS, Dolan RT, Sokol AE et al.: Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 295–302.

Coccaro EF, Kavoussi RJ: Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:1081–108.

## **Summary**

### **PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION FOR AFFECTIVE TENSION IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER**

There is typical instability and dysregulation in behavior, affectivity and interpersonal relations in borderline personality disorder patients. Affective dysregulation is connected with low tolerance to frustration, hypersensitivity, high intensity and prolongation of affects. There are many psychotherapeutic approaches which can help borderline personality disorder such as metallization therapy, transference focus psychotherapy, dialectical behavioral therapy, schema therapy, cognitive behavioral therapy, cognitive analytical therapy. The key approach in the CBT and Schema therapy is the mapping and elaborating of the primary emotions and learning new strategies how to cope with primary emotions.

**Key words:** borderline personality disorder, affective tension, psychotherapy, cognitive behavioral therapy, primary emotions

## UMÍRAJÍCÍ PACIENT A PSYCHOTERAPIE

J. Praško, A. Ticháčková, A. Kováčsová, K. Látalová, D. Jelenová  
*Klinika psychiatrie Universita Palackého, Fakultní nemocnice v Olomouci, Česká republika*

### Úvod

Americká studie „SUPPORT“ zjistila výrazné nedostatky v péči o hospitalizované vážně nemocné: např. nedostatečnou nebo špatnou komunikaci mezi lékaři a umírajícími pacienty (lékaři s pacienty péči velmi často vůbec nekonsultovali), nebo používání nadměrně agresivních postupů v léčbě v situacích, kde pak převažuje pacientovo utrpení nad jakýmikoliv možnými zisky, dokonce i proti přání pacientů. Smutným všeobecným závěrem bylo, že Američané nejen že neumírají „dobrou smrtí“, ale umírají vyloženě „zlou smrtí“, charakterizovanou utrpením, psychologickou nouzí, stresem, izolací, nezájmem o potřeby pacientů a rodiny.

### Úkoly paliativní péče

*Palliare* znamená latinsky „zmírnit“. V medicíně tento termín naznačuje, že nějaká nemoc nemůže být vyléčena, ovšem její příznaky mohou být zmírňovány. V roce 1990 Světová zdravotnická organizace definovala paliativní péči jako „aktivní úplnou péči o pacienty, jejichž nemoc neodpovídá na kurativní léčbu.“

### Komunikace lékaře s pacientem

Navzdory rozpoznané důležitosti komunikace mezi pečovateli a pacienty, řada lékařů není v komunikaci přiměřeně trénovaná. Přitom zvýšení komunikačních dovedností ve vztahu lékař-pacient může pomoci snížit úzkostnost jak pacientů, tak samotných lékařů a zlepšit zdravotní výsledky. Mezi základní empatické dovednosti nezbytné pro smysluplnou komunikaci s pacienty patří „rozpoznání, kdy emoce mohou být přítomny, ale nejsou přímo vyjádřeny, vstřícná explorace těchto neprojevených emocí a jejich účinné zpracování tak, aby pacient cítil porozumění“.

### Role lékaře v péči o umírajícího

V péči o umírající pacienty je potřebné rozšířit tradiční roli lékaře v řadě oblastí. Zpravidla se účastní v pomoci zajistit umírajícímu co nejlepší péči a bývá jedním z týmu lidí, kteří se o nemocného starají. V poslední době má stále aktivnější roli v učení pacienta, rodiny i zdravotního personálu jak zacházet s depresí, úzkostí, deliriem, bolestí a psychologickým stresem. Důležitou roli hraje také při práci se smutkem, zvládnutí sociálních, psychologických, etických a spirituálních problémů, které mohou komplikovat proces umírání. Pomáhá pacientovi unést prognózu, probrat léčebné mož-

nosti včetně paliativních zákroků. Speciální úlohu v léčbě umírajících má lékař v diagnostikování a terapii komorbidních psychických poruch, které mohou komplikovat průběh terminálního onemocnění. Další role lékaře je učení zdravotního personálu o psychologických a psychiatrických aspektech procesu umírání. Často i přes léta práce s umírajícími má zdravotní personál jen minimální zkušenosti s tím, jak mluvit s umírajícím. Nedostatek zkušeností vede typicky k vyhýbání se diskusím. Pacient zůstává se svojí existenciální krizí osamocený.

### **Psychologické problémy a jejich zvládání**

Pacienti, kteří prodělávají terminální onemocnění, často zažívají anticipační smutek. Ten se u různých lidí projevuje odlišně. Někteří pacienti si udržují silné popření a nepřejí si diskutovat svoje pocity, jiní naopak chtějí hodně o své situaci mluvit. Jedním z úkolů psychiatra je najít nejlepší strategii pro konkrétního pacienta. Primárním psychologickým problémem při anticipačním smutku je prožívání ztrát vzniklých jak samotnou nemocí, tak ztrát, které souvisejí s odchodem ze života. Pocit ztráty kontroly je zažíván se zhoršováním příznaků nemoci. Naděje, že kontrola nemoci bude obnovena, se snižuje. Blížící se ztráta života a kontinuity s budoucností a s žijícími se stává bolestně reálnou. Projevy blízkosti a lásky od druhých pocity ztráty snižují.

### **Psychické poruchy u terminálně nemocných**

Kolem 25 % všech pacientů s rakovinou zažívá vážné depresivní příznaky, ovšem prevalence vzrůstá na 77 % u pacientů v terminálních stádiích. Prevalence organických psychických poruch, jako je delirium a kognitivní poškození, se u všech pacientů s rakovinou pohybuje mezi 25 – 40 % a v terminálních stádiích je až 85 %. V zásadě rozeznáváme dvě strategie, jak léčit psychiatrické poruchy u umírajících pacientů. Může jít o symptomatickou léčbu, kdy se snažíme zvládat jednotlivé příznaky podle toho, jak se objevují (např. opioidy na bolest, hypnotika na nespavost). Druhou možností je léčit příčinu příznaků, která může být někdy stejná u tělesných i psychických příznaků (např. snížení dávek kortikosteroidů při depresivní reakci pacienta).

Úzkost u terminálně nemocných se objevuje v rámci: (a) adaptační poruchy s úzkostnou náladou samotnou nebo v kombinaci s depresivní náladou; (b) v souvislosti se samotnou nemocí nebo léčbou; (c) jako exacerbace preexistující úzkostné poruchy.

Adaptační poruchy s úzkostnou náladou souvisí s přizpůsobením k existenciální krizi a nejistotou prognózy a budoucnosti. Úzkost související se samotnou nemocí je často důsledkem nedostatečně kontrolované bolesti. Jakmile se podaří bolest snížit, sekundární úzkost nejčastěji odeznívá. Po-

ruchy metabolismu, jak je hypoxie, sepse u horečky a delirium, mohou vést také k úzkosti a neklidu. Někdy jsou příčinou úzkosti podávané kortikoidy.

Při setkání s terminální nemocí je u pacientů, kteří dříve trpěli úzkostnou poruchou, zvýšené riziko její reaktivace. Generalizovaná úzkostná porucha a panická porucha mohou být reaktivovány zvláště při dechových potížích a bolestech. Lidé trpící fobiemi, zejména strachem ze smrti, často propadají silným úzkostem, takže potřebují medikaci a ujišťování. Také posttraumatická stresová porucha může recidivovat v terminálních fázích léčby.

Zvládání úzkosti u umírajících pacientů často vyžaduje psychofarmakologickou léčbu a psychologickou podporu či psychoterapii. Ve farmakoterapii se primárně používají benzodiazepiny, antipsychotika, antidepresiva a opioidní analgetika. Pro poskytování psychologické podpory je vhodná suportivní, na krizi orientovaná psychoterapie. Psychiatr musí být schopen diskutovat význam informací o zdravotních problémech a léčebném plánu, naslouchat pacientovým strachům, obavám a stížnostem a podpořit adaptivní cesty k zvládnutí. Z kognitivně behaviorálních technik jsou užívány nácviky relaxace, kognitivní distrakce, nácvik kontroly dechu a imaginace příjemných věcí.

### **Deprese u terminálně nemocných**

Prevalence depresivní poruchy u nemocných s rakovinu byla v různých studiích od 4,5 % do 58 %. Zhodnocení organických faktorů by mělo předcházet léčbě. Mezi tyto faktory patří podávání kortikosteroidů, chemoterapeutik (jako je vinkristin, vinblastin, aparaginaza, intratekální methotrexat, interferon, interleukin-2 a amphotericin), ozařování mozku, metabolicko-endokrinní komplikace a paraneoplastické syndromy. Depresivní nálada a smutek mohou být přiměřenou reakcí na terminální onemocnění a očekávání smrti. Pro zvládání deprese u terminálně nemocných pacientů je optimální použití kombinace suportivní psychoterapie, kognitivně behaviorálních technik a antidepresivní medikace. Relaxace, plánování času a příjemných aktivit, distrakce negativních myšlenek a představ a imaginace příjemných věcí může pomoci zmírnit depresivní příznaky u pacientů s mírnou až středně těžkou depresí. Nejdůležitějším přístupem je však podávání antidepresivní medikace.

### **Suicidium a terminálně nemocní**

Pacienti trpící depresí mají až 25x vyšší riziko suicidia než běžná populace. Beznaděj je klíčová proměnná, která propojuje depresi a suicidium v populaci. Ztráta kontroly a pocitu, že už není pomoc zvenčí, jsou dalšími důležitými faktory pro suicidální chování. Ztráta kontroly se týká zejména pocitů nekontrolovatelnosti bolesti, ale i dalších nepříjemných pocitů vyplývajících z terminální nemoci. Omezení dalších lékařských intervencí a ztráta zájmu zdravotníků jsou spojené s pocitem, že pomoc zvenčí už nelze

očekávat. Dalším faktorem suicidality je únava a vyčerpání. Hodnocení suicidálního rizika a přiměřená intervence u pacientů s terminální nemocí závisí na dobrém terapeutickém vztahu, který umožní klinikovi, aby se dozvěděl o tom, co pacient zamýšlí, zvážil závažnost úmyslu a kvalitu vnitřní a zevní kontroly. Klinik musí naslouchat empaticky, nebýt kritický a neříkat, že takové myšlenky jsou nevhodné. To, že umožní pacientovi diskutovat svoje suicidální myšlenky, často sníží jeho suicidální napětí. Analgetika, antipsychotika nebo antidepressiva mohou být vhodná pro léčbu bolesti, agitace, psychózy i depresivní epizody, ale také hrají důležitou roli při léčbě suicidálních terminálně nemocných pacientů. Zahájení na krizi orientované psychoterapie, mobilizace pacientova suportivního systému tak, aby příbuzní nebo známí mohli pomáhat, může být kritickým prvkem pro kontrolu suicidálního chování.

**Podpořeno projektem IGA MZ ČR NS 10301-3/2009**

## **Summary**

### **DYING PATIENT AND PSYCHOTHERAPY**

One of the most challenging roles for the psychiatrist is to help guide terminally ill patients physically, psychologically, and spiritually through the dying process. Depression, anxiety, and hopelessness are as frequent, if not more so, than pain and other physical symptoms. The traditional role of the psychiatrist in the care of the dying patient is broadened in several ways. Psychiatrists can provide expert care and teaching about the management of depression, anxiety, delirium, and pain in terminally ill patients. They can also play an important role in the management of social, psychological, ethical, legal, and spiritual issues that complicate the care of dying patients. Psychiatrist can provide assistance in dealing with the existential crisis posed by a terminal diagnosis and help the patient deal with the prognosis and explore treatment options.

**Key words:** dying process, psychiatry, psychotherapy



## SEDMERO HLAVNÍCH HRŤCHŮ IV – PÝCHA: NEUROTICKÉ PORUCHY A PORUCHY OSOBNOSTI

J. Praško<sup>1,2</sup>, P. Doubek<sup>3</sup>, E. Herman<sup>4</sup>

<sup>1</sup>*Klinika psychiatrie Universita Palackého v Olomouci, Česká republika*

<sup>2</sup>*Fakultní nemocnice v Olomouci, Česká republika*

<sup>3</sup>*Psychiatrická klinika VFN a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, Česká republika*

<sup>4</sup>*Psychiatrická ambulance Praha 6, Česká republika*

Pýcha byla od minulosti byla považována za neřest. Pyšní lidé nebyli nikdy oblíbení, často jsou terčem výsměchu ale i závistí ostatních. Pýcha však patří také mezi obranné mechanismy, kdy lidé trpící sociální fobii či komplexy méněcennosti, se navenek projevují nepatřičně pyšně, aby tak zakryli svoji nejistotu a stud. Strach a nízká sebedůvěra u úzkostných lidí mohou vést k obavám z výsměchu, ponížení či bezmocí, které se někteří z nich snaží superkompenzovat projevy nadřazenosti, nepřístupnosti nebo nedotknutelnosti. Pod nadřazeným nebo odmítavým se zpravidla pohledem krčí malá dušička strachu ze znehodnocení druhými.

Projevy pýchy mohou být příjemné až slastné, protože vedou k falešnému pocitu, že člověk je lepší než ti druzí, který může přechodně obelhávat naši nejistotu.

Typická je nepřístupnost pacientů se sociální fobii, u nichž se pod odmítavým pohledem krčí malá dušička strachu z výsměchu druhých. Projevy pýchy naopak mohou být příjemné až slastné, protože vedou k falešnému pocitu, že člověk je lepší než ti druzí, který může přechodně obelhávat naši nejistotu. Projevy nadřazenosti, odmítání, nezájmu, nepřístupnosti nebo nedotknutelnosti jsou obranou před zraněním okolí. Nejdůležitější pomocí je zvýšit zvládnání a podpořit sebedůvěru, orientace na druhé ne na hodnocení.

Mezi typické poruchy osobnosti, které se projevují nepřiměřeně pyšně, patří narcistická porucha osobnosti. Protože lidé s narcistickou poruchou osobnosti mají grandiózní sebedůvěrou, jsou velmi zranitelní na cokoli, co se jejich sebedůvěrou dotkne a reagují na to intenzivní emoční reakcí. Reich ve 30. letech popsal pacienty s charakterovým pancířem, které nazýval jako falicko-narcistické – sebedůvěrou, arogantní a chránící sebe sama tím způsobem, že atakují druhé jako první. Lidé trpící touto poruchou osobnosti mívají nabubřelé sebedůvěrou, mají pocity velikášství, vlastní důležitosti a jedinečnosti. Projevují se grandiózně, často se stavějí na odívání a jsou přecitlivělí, pokud je někdo nebere jako originální, zvláštní nebo okouzlující. Dominují projevy velikášství a nadměrná pozornost věnovaná sebehodnocení. Po náznaku kritiky, odmítnutí, nezájmu nebo nevšimnutí reagují prudkými emocemi. Proto se takovýmito situacím snaží vyhnout. Ve vzta-

zích jsou často v lehké distanci, zkoušejí ve druhém vytvořit iluzi o své soběstačnosti a přitom se snaží využít druhé k sebeposílení. Často zveličují své výkony a svojí jedinečnost. Někdy dlouhé chvíle sní o své velkoleposti a svých úspěších. Sebejistota je však u nich velmi křehká, při kritice nebo neuznání nebo při porovnávání s druhými, kteří něco zvládají lépe, se cítí extrémně zranění a mohou podléhat depresivním rozladám nebo zlosti (Praško a Herman 2003). Ve vztazích často mají pocit oprávněnosti ke zneužití druhých, tlačí na „zvláštní“ pravidla, která si „zaslouží“ díky své „jedinečnosti“. I zde patří projevy pýchy mezi kompenzátorní mechanismy. Vnitřní hrůza z toho, že by člověk mohl být horší než druzí, vede k projevům, které mají světu hlásat, že je naopak lepší než ti druzí. Narcističtí pacienti často krácejí po visutém laně úspěchu se strachem, že pokud uklouznou, skončí to tragicky (Novalis a spol. 2000). Okázalé předvádění se, kritika druhých, soutěžení, znehodnocování okolí, to vše má sloužit vybudování skvělého image, nezranitelného ostatními. Pod tímto zlatým, nablýskaným krunýřem se však nejčastěji skrývá nejistota, sebepochybnosti, strach z odhalení slabostí, krutá nejistota, jak je člověk viděn druhými.

### **Podpořeno projektem IGA MZ ČR NS 9752– 3/2008**

#### **Literatura**

Novalis, P.N., Rojcewicz, S.J., Peele, R.: Klinická příručka podpornej psychoterapie. Vydavatelstvo F. Trenčín 2000, 421s.

Praško J a Herman E: Narcistická porucha osobnosti. In: Praško J (ed): Poruchy osobnosti. Portal 2003.

#### **Summary**

### **PRIDE: NEUROTIC DISORDER AND PERSONALITY DISORDERS**

Pride was considered one of the main falls in the past. Pride people were never liked by others, often are a target mockery but also envy of others. Pride however also be ranked among defense mechanism, when people suffering with social phobia or with complex of inferiority, display exaggeratedly proudly, to defend their feelings of uncertainty and shame.

**Key words:** pride, social phobia, narcissistic personality disorder

## SEDMERO HLAVNÍCH HRÍCHŮ IV – PÝCHA: ÚVOD – PÝCHA A PSYCHOPATOLOGIE

J. Praško<sup>1,2</sup>, P. Doubek<sup>3</sup>, E. Herman<sup>4</sup>

<sup>1</sup>*Klinika psychiatrie Universita Palackého v Olomouci, Česká republika*

<sup>2</sup>*Fakultní nemocnice v Olomouci, Česká republika*

<sup>3</sup>*Psychiatrická klinika VFN a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, Česká republika*

<sup>4</sup>*Psychiatrická ambulance Praha 6, Česká republika*

Pýcha – latinsky *superbia* – nejvážnější ze všech smrtelných hříchů – ten, z kterého pocházejí hříchy ostatní. Definována jako touha po vyšší atraktivitě a důležitosti, než mají ostatní. Jinak se dá vyjádřit synonymy jako nadutost, domýšlivost, vyvýšenost, přehnaná sebeúcta, nerozumná nadřazenost díky kráse, bohatství, postavení ve společnosti nebo nadání. Pýcha se projevuje nadřazeným chováním. Jedná se o stav srdce. Opakem pýchy je pokora. Démonem spojovaným s pýchou je Lucifer. Protože si usmyslel, že „chce mít trůn vysoko nad oblaky“ byl Satan-Sataniel shozen dolů i se zástupy svých andělů. Někdy se i udává, že využil nepřítomnosti Boha na trůnu a posadil se na něj. Nepodplatitelný Michael tasil meč a nastala bitva. V následné nebeské válce se dostalo Luciferovi podpory asi třetiny andělů a všichni byli posláni do propasti jako démoni a ďáblové. Raně Křesťanští spisovatelé pak nadále toto označení „Lucifer“ spojovali se Satanem, dále pak byl i nazýván jako „svržen z nebe“. V Bibli je znázorněn pod mnoha jmény: Satan, Dábel, protivník, nepřítel, dávný had, velký drak, Belzebub, Belial. Také je považován za tvůrce zla, který oklamal Evu. někdy má roli pokušitele, jindy značí smrt.

Pýcha byla od minulosti byla považována za hlavní neřest. Pyšní lidé nebyli nikdy oblíbení, často jsou terčem výsměchu ale i závidí ostatních. Pýcha je pouze lidská vlastnost, zvířata nejsou nikdy pyšná. Pýcha vede a pudí člověka k tomu, aby na sebe neustále něčím upozorňoval. Projevuje se neverbálně (chůzí, povýšeným pohledem, gesty), jednak způsobem řeči a chováním k druhým, Pyšný člověk má neustálou potřebu se něčím chlubit: majetkem, rozhledem, znalostmi, mocí, styky, atp. Každou svoji řeč začíná zpravidla slůvkem JÁ. Lidi ve svém okolí považuje většinou za hloupější. Všechno zná, všechno může, všude byl, všechno má. Jeho oblíbenost mezi druhými bývá nevelká. Lidově ji vystihují ne příliš vábná přirovnání: „Nese se jak hovno na lopatě“, nebo „Aby se z toho neposral“.

Pýchá předpokládá porovnávání – život jako soutěž, kdy někdo je lepší než někdo jiný, výkon důležitější prožitku, resp. prožitek je až důsledkem úspěchu ve výkonu. To vede ke ztrátě transcendentální filosofické roviny života (naplnění, smysl). V tom je frustrace a břímě pýchy – neustála sou-

těž, skrytý strach z pádu, z „odhalení“. Lze proti sobě postavit pýchu (jsem lepší) versus hrdost (umím), z nichž druhá je žádoucí.

Nízká sebedůvěra vede k pocitům ohrožení, zranitelnosti. Kompenzační strategie (boj) – často vedou k falešnému nebo labilnímu sebevědomí – buď jsem lepší než druhý nebo jsem horší. To vede k vědomému či nevědomé předvádění sebevědomí, chlubení, obklopování se posilovateli apod. V projevech chovni se může objevit přímý či nepřímý útok: ukazování na nedostatky druhých, útočení na druhé, ponižování, ironie, pomlouvání, pohoršování, moralizování, obviňování – „jsem lepší než ty (on)“; preventivní útok či obrana: přehnané bouření, ohrazování, výčitky; hádky, sebeprosazování za každou cenu, hledání „špatného“ či „oběti“ nebo nadměrná snazivost, workholismus, přehnané pomahání, perfekcionismus.

Jsou lidé, posedlí úspěchem, kteří si tak řeší svoje úzkosti nebo životní problémy. Existují určité typy mužů a žen (například někteří hraniční, narcističtí, histriónští nebo anankastičtí jedinci) které to k pýše přímo pudí. Reich ve 30. letech popsal pacienty s charakterovým pancířem, které nazýval jako falicko-narcistické – sebevědomé, arogantní a chránící sebe sama tím způsobem, že atakují druhé jako první. Mají tzv. grandiózní sebevědomí, které se projevuje zranitelností na cokoliv, co se sebevědomí dotkne. Po zranění následují intenzivní emoční reakce. Typická je „sloní“ paměť na „narcistické zranění“. Jsou to lidé, kteří mívají nabubřelé sebevědomí, mají pocity velikášství, vlastní důležitosti a jedinečnosti. Často se stavějí na odiv a jsou přecitlivělí, pokud je někdo nebere jako originální, zvláštní nebo okouzlující. Po náznaku kritiky, odmítnutí, nezájmu nebo nevšimnutí reagují prudkými emocemi. Proto se takovýmto situacím snaží vyhnout.

Někteří hraniční a histriónští pacienti zabíjejí pohrdáním druhými, mluvením o jejich neschopnosti, nesnesitelný pocit prázdnoty, který je spojený s napětím. Pak se objevuje pocit uvolnění a zmírnění napětí.

**Podpořeno projektem IGA MZ ČR NS 9752– 3/2008**

## **Literatura u autorů**

### **Summary**

#### **PRIDE: INTRODUCTION – PRIDE AND PSYCHOPATHOLOGY**

Pride – superbia in Latin – the most serious of the all main falls, from which the other falls originated. Pride is defined as a hunger for higher attractivity and importance, than others have. Pride is merely human qual-

ity, animals never show pride. Prides supposes comparison – life changes into competition, when somebody is superior to somebody else, the achievement is only important experience. It leads to loss of transcendental philosophy in the life.

**Key words:** pride, transcendence, psychopathology

## TRAUMA A PSYCHOTERAPIE

J. Praško<sup>1</sup>, K. Látalová<sup>1</sup>, M. Maršálek<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Klinika psychiatrie Universita Palackého, Fakultní nemocnice v Olomouci, Olomouc, Česká republika*

<sup>2</sup>*Psychiatrické léčebna Bohnice, Praha, Česká republika*

### **Traumatická událost jako disponující faktor**

Řada pacientů s poruchami osobnosti, depresí, disociativními poruchami nebo úzkostnými poruchami, ale také pacientů se psychotickou poruchou zažila v dětství traumatické události. Je to nápadné zejména u pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Návrat k traumatickým událostem v dětství a jejich emocionální zpracování je často nejdůležitějším přístupem, který umožňuje zvýšit adaptaci osobnosti a zmírnit rezistenci k léčbě u dané poruchy.

### **Traumatická událost jako precipitující faktor**

Léčba jedinců postižených traumatickou událostí se dá zjednodušeně rozdělit do dvou částí. Na léčbu člověka po traumatické události, který ještě nerozvinula psychická porucha (adaptační porucha, PTSD, disociativní poruchy, depresivní porucha, úzkostná porucha nebo jiná psychická porucha pro kterou měl jedinec dispozici) nerozvinula, a na léčbu pacienta s již rozvinutou psychickou poruchou.

### **Přístupy k lidem s traumatickou událostí v anamnéze**

Když se klinik setká s člověkem, který byl nedávno vystaven traumatické události, nejdůležitějším přístupem je zklidnění, ujasnění, že nyní je již po traumatické události. emoční podpora. V zásadě je důležité vyjít z potřeb postiženého, pokud se mu o události mluvit moc nechce, nenutíme jej do toho, pokud mluvit chce, doprovázíme ho empaticky při líčení události a vlastních prožitků, ptáme se na emoce i na emoce, které prožívá nyní, kdy je již v bezpečí. Dalším krokem je edukace postiženého o různých možnostech, jak se sebou zacházet (např. relaxovat, mluvit o traumatu s důvěryhodnými lidmi), vycházíme však z toho, že by to mělo vycházet z jeho potřeb. Jednoduchý přístup s podporou a pochopením většině postižených pomůže dostatečně. Pokud pacient již rozvinul psychickou poruchu, jako je například PTSD, je léčba složitější. Důležitá je pak edukace o tom, co se s ním děje a jak je možno tuto poruchu léčit. Potřebná bývá emoční abreakce v bezpečné atmosféře, emoční propracování traumatické události a často řešení problémů v životě, které v souvislosti s traumatem nebo díky psychické poruše vznikly. Většinou je na místě intenzivní psychoterapie a v případě depresivní poruchy či exacerbace jiné vážné premorbidní poruchy (například schizofrenie) také psychotropní medikace.

Mezi základní principy při léčbě pacientů, kteří rozvinuli psychickou poruchou, kterou precipitovala traumatická událost, patří vytvoření terapeutického vztahu, vysvětlení a edukace o tom, co se s pacientem děje a zmírnění či odstranění stigmatizace. Edukace a destigmatizace je zpravidla potřebná také s rodinnými příslušníky, pokud pacient tomu svolí. Edukace se zpravidla týká popisu příznaků, jejich vlivu na chování a vztahy a základních principů léčby. Je potřebné stanovit realistické cíle (spíše zdůrazňující lepší fungování v práci a v rodině, lepší kontrolu impulsů a afektů, nikoliv úplné odstranění příznaků) a zdůraznit pravděpodobné kolísání příznaků v průběhu léčby. V případě, že traumatická událost souvisí s trestným činem, který nebyl trestně stíhán či soudně řešen, je potřebné s pacientem probrat tuto možnost. Léčba lidí po traumatu není lehká. Síla afektů, které souvisí s traumatem bývá někdy tak velká, že pacient má potíže s námi o něm vůbec mluvit. Nás postup tedy má být velmi diskrétní, taktní a jemný. Pacient se potřebuje cítit bezpečný. Vzpomínky na trauma a emoční reakce mohou být tak silné, že vyvádějí z míry i terapeuta, děsí ho, někdy šokují natolik, že jim sám odmítá věřit. Pacient vzpomínky postupně doplňuje a částečně mění.

### **Podpůrná psychoterapie**

Podpůrná psychoterapie dosahuje účinku především prostřednictvím terapeutova chování. Záleží na schopnosti empatie, autenticitě, lidsky vřelém projevu a schopnosti vyjádřit porozumění. Na počátku je potřebné navázat kontakt a vytvořit terapeutický vztah. Cílem je dosáhnout zklidnění a vnitřní stabilizace postiženého pomocí uvolnění emočního napětí. Pomáhá klid a vyrovnanost terapeuta, zdůraznění, že postižený udělal dobře, že vyhledal pomoc, osobní zájem o jeho problémy, empatické naslouchání, uznání starostí a obav, umožnění odreagovat negativní emoce, vyjádření pochopení pro reakce postiženého i pokusy o řešení a nabídka společného hledání řešení. Terapeut pomáhá postiženému pochopit, jak příznaky souvisejí s traumatickou událostí a aktuálními problémy v životě. Zdůrazňuje potřebu postupné emoční rekonstrukce traumatické události (Praško a kol. 2003). Postupně pak povzbuzuje v popisu traumatické události. To se děje v průběhu několika sezení. Pacient postupně doplňuje informace a rozpomíná na detaily, které vytěsnil. Rozpomínání je spojeno se silným emočním doprovodem a vegetativní reakcí. K abreakci je možné také použít imaginaci traumatické události. S dostatečně vyjádřenými emocemi přichází katarze. Pacient často chápe traumatickou událost jako „trest“, hledá v ní svoje nebo cizí zavinění, selhání, cítí se jí být označen, vyloučen z lidské společnosti apod. Terapeut diskutuje s pacientem tyto významy a snaží se mu pomoci najít adaptivnější pohledy. S rozvojem psychické poruchy často souvisí celá řada problémů v životě. Mohou to být problémy v rodinných vztazích,

v práci, sociální izolace apod. Terapeut pomáhá vyhledat ústřední problém a možnosti a zdrojů pomoci.

### **Psychodynamická psychoterapie**

V bezpečném prostředí empatického terapeutického vztahu se terapeut snaží obejít pacientovo popření a potlačení. Hlavními prostředky na počátku léčby jsou rekonstrukce traumatické události s abreakcí a katarzí. V dalším průběhu se terapeut snaží pacientovi zprostředkovat, jak zkušenosti z dětství zvýšily jeho zranitelnost k rozvoji příznaků poruchy. Přes korektivní zkušenost ve vztahu s terapeutem nalézá postupně nové postoje. Model fázově-orientované léčby zdůrazňuje rovnováhu mezi počátečními podpůrnými intervencemi, které pomáhají minimalizovat traumatický stav a vzrůstajícím přímým „pracováním“ v pozdějších stádiích léčby.

### **Skupinová psychoterapie**

Skupinová psychoterapie slouží většinou jako důležitá přídatná léčba k individuální psychoterapii, méně pak bývá používána jako základní psychoterapeutický přístup v léčbě PTSD. Skupina umožňuje sdílet traumatickou událost za podpory celé skupiny. Skupiny z pacientů postižených PTSP sdílejí společné prožitky a chrání účastníky před pocity výjimečnosti, izolace a vydědění. Podpora skupiny pomáhá ke změně individuálního významu traumatické události a nabízí mnohočetné pohledy na problémy v životě.

### **Rodinná a manželská terapie**

Je často potřebná jako doplněk individuální psychoterapie. Rodinná terapie je léčbou volby v případě postiženého dítěte. Manželská či partnerská terapie je vhodná zejména pokud jde o řešení partnerských či sexuálních problémů, které velmi často v důsledku PTSP vznikly.

### **Kognitivně behaviorální terapie**

Úkolem terapeuta v léčbě PTSP je pomoci oběti znovu si projít vzpomínky na traumatickou událost a zároveň vyjádřit příslušný afektivní prožitek. Dále je třeba pacienta desenzibilizovat vůči traumatickým vzpomínkám a umožnit mu znovu získat pocit kontroly nad svými prožitky. Pacient se učí nejdříve zvládat své příznaky, diskutovat se svými negativními myšlenkami, které ho obviňují nebo značkují a souvisí s nedůvěrou ke světu, exponovat se jak vzpomínkám na trauma, tak situacím, kterým se vyhýbá, relaxovat. Typické kroky jsou:

- *orientace a emoční podpora* – pacient někdy nerozumí vztahu mezi traumatizující událostí a současnou (někdy značně různorodou) symptomatologií. Zejména pokud existuje dlouhá latence mezi traumatickou událostí



a objevením se potíží. Uvedení příznaků do vztahu s událostí a propojení symptomů do modelu pomáhá pacientovi zorientovat se.

■ *Abreakce* pomáhá dramatickým uvolněním zadržovaných emocí. Jeho důsledky. K plnému odstranění příznaků však samotná abreakce nestačí,

■ *Edukace o poruše a léčbě*: Orientace pacienta postupně přechází v edukaci o PTSP. Pacient se na vlastních příznacích učí o souvislostech v rámci KBT modelu. Po vysvětlení funkčních vztahů terapeut ukazuje, jakým způsobem bude působit léčba.

■ *Expozice*: Podobně jako u jiných úzkostných poruch je pacient opakovaně dlouhodobě vystaven spouštěčům (vzpomínkám a imaginacím) vyvolávajícím stresovou reakci. Je znovu a znovu exponován stresovým momentům v prostředí bezpečného terapeutického vztahu.

■ *Přímá terapeutická expozice v rozhovoru*: Nejtypičtější expozicí u pacientů s PTSP je opakované protrahované vystavení se vzpomínkám na trauma. Nejjednodušším způsobem je nechat pacienta popisovat traumatickou událost a žádat ho, aby upřesňoval co nejvíce ty podrobnosti, které u něj budí největší tíseň nebo vegetativní příznaky.

■ *Písemná expozice* je typickým domácím úkolem. Pacient dostává jako zadání popsat co nejvíce detailů traumatické události, včetně svých myšlenek a emocí. Zpravidla je první popis velmi stručný. Další jsou stále bohatší. Po opakovaném popisu události dochází postupně k habituaci a desenzibilizaci.

■ *Expozice ve fantazii* – účinnější je popis traumatické události tehdy, když necháme pacienta zavřít oči, celou situaci si vizuálně vybavit a popisovat v přítomném čase. Zde se můžeme s pacientem opakovaně vracet k emočně nabitým momentům, až dojde k habituaci a desenzibilizaci – t.j. pacient situaci popisuje, ale nedochází již k objevení se emoční bouře.

■ *V kognitivní rekonstrukci* společně s pacientem zjišťujeme specifický význam události a pomáháme mu jej přepracovat na více reálný pohled. Automatické negativní myšlenky a představy udržují posttraumatickou stresovou poruchu.

■ *Relaxace*: Relaxace má velký význam pro snižování celodenního napětí. Pro potřeby KBT se nejčastěji používá progresivní relaxace.

■ *Řešení problémů* – problémy, které PTSP přinesla pacientovi v rodinném životě i v práci je potřebné řešit. Řada z nich se totiž může podílet na udržování PTSP (např. ztráta majetku, práce, manželské problémy, sexuální dysfunkce).

■ *Ukončení terapie*: Před ukončením terapie „zředíme“ pacientovy návštěvy. Předvídáme, že i v budoucnosti se občas dostaví zvýšené napětí při vystavení se typickému spouštěči. Důležité je expolorovat, jak by mohl sám použít dovednosti, které se v terapii naučil (kognitivní rekonstrukce, expozice, relaxace).

**Podpořeno projektem IGA MZ ČR NS 10301-3/2009.**

## **Summary**

### **TRAUMA AND PSYCHOTHERAPY**

Trauma can developed predisposition or can be precipitating factor of many psychiatric disorder, like a adjustment disorders, PTSD, dissociative disorders, depression, anxiety disorder and other psychiatric disorder for which patient has specific disposition (like a bipolar disorder, schizophrenia etc.). Traumatized people must be treated carefully, but typically the trauma is explored and processed during psychotherapeutic session. Without trauma processing many of patients remain therapy resistant.

**Key words:** trauma, psychotherapy, predisposition, precipitation.

# ÚVOD – PSYCHOTERAPIE V AKUTNÍCH SITUACÍCH A KVALITA PÉČE

J. Praško<sup>1</sup>, J. Rektor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Klinika psychiatrie Universita Palackého, Fakultní nemocnice v Olomouci, Olomouc, Česká republika*

<sup>2</sup>*Psychosociální centrum Přerov, Česká republika*

## Úvod

Při akutních situacích v psychiatrii musí psychiatr především rychle reagovat a pomoci pacientovi kompenzovat příliš intenzivní emoce a zmírnit maladaptivní chování. Jde o situace, kde se objevuje nadměrně zlostná nebo úzkostná reakce (např. panický záchvat, flashback), bezmoc, beznaděj a bez terapeutického zásahu hrozí autoagresivní nebo heteroagresivní chování, devastující impulzivní reakce (např. hrozící náhlý odchod od partnera, ze zaměstnání) nebo rozvoj jiných druhotných komplikací. Při intervenci půjde zejména o zklidnění, podrobnou exploraci, vyjádření pochopení a povzbuzení, eventuálně propracování alternativního pohledu na situaci. Silné afekty je potřebné v první řadě *uznat*; tzn. vzít na vědomí jejich vážnost a vyjádřit pochopení pro to, že je pacient prožívá. Až pak je možné nabídnout pacientovi společné hledání jejich příčin a souvislosti. Ovšem ve stejném čase se často už v prvním kroku potřebujeme zaměřit také na chování, které narušuje terapeutické podmínky. To může být např. chronické sebe-poškozování jako reakce na vnímané opuštění, výrazná impulzivita, nebo potíže ve spolupráci v terapii. Takové chování explicitně s pacientem označujeme jako „chování narušující terapii“. Vyjadřujeme pochopení pro jeho příčiny, ovšem vlastní provedení se snažíme s pacientem nejdříve modifikovat a pak plně odstranit.

## Agresivní pacient

Pro kontakt s agresivním pacientem platí určitá pravidla. Nikdy se s ním nezavírat do místnosti o samotě, pozor aby nešli dveře zamknout zevnitř. Netrvejte na ničem pokud nemáte u sebe dostatek personálu, který by v případě potřeby mohl zasáhnout. Rychle si zmapujte prostředí ve kterém se nacházíte. Vždy myslete na nějakou ústupovou cestu. Dejte si pozor na předměty, které by mohli sloužit jako zbraň. Udržujte dostatečně bezpečnou vzdálenost, u slovní agrese se doporučují 3 m. V žádném případě nepodceňujte agresorovi výhrůžky. Důležité je mluvit klidně, vyrovnaně s určitým stupněm sebejistoty. Snažit se vystupovat jako ten, kdo si ví rady a je schopen řešit různé problémy. Ale ne jako všemocní. Buďte nad věcí. Projevte empatie. Doporučuje se používat krátké srozumitelné věty, vynechat zdravotnické termíny a hantýrku. Pacient musí mít dostatek srozumitelných informací aby věděl co se s ním bude dít, co se stane teď co potom,

který lékař mu poskytne informace. Rozhovor by se měl vést ve stejné vzájemné výšce – pokud možno oba v sedě. Na pacienta to bude působit klidnějším dojmem. Je důležité udržovat stálý oční kontakt a vyvarovat se rychlých a zbrklých pohybů, které mohou na klienta působit ohrožujícím dojmem. Zaměřte se pouze na nezbytné informace – nemají rádi dlouhé výtavání. Při jednání s podrážděným pacientem zachováme klid a vřídlné chování, udržujeme bezpečnou vzdálenost, víme, kudy uniknout a pokud možno i možnost úniku pro pacienta má být otevřená. Oční kontakt má být klidný, v jednotlivých sekvencích však nesmí být moc upřený a dlouhý. Polohou těla dáváme najevo klid a rozvahu, neohrožujeme. Pohyby mají být klidné, pomalé a pro pacienta dobře čitelné. Verbálně dodržujeme v zásadě normy společenského chování. Validizujeme stav nemocného, tj. konstatujeme, že je rozčilený a dáme zpětnou vazbu, jak to na nás působí. Projevujeme zájem o nemocného a jeho situaci, zjišťujeme, co ho rozčílilo. Snažíme se hledat reálné důvody jeho hněvu. Pozorně vyslechneme stížnosti nemocného a vyjádříme pochopení pro jeho rozčilení. Pokud má v něčem pravdu, poctivě to přiznáme. Pokud pacient kritizuje nás, můžeme sami aktivně žádat další kritiku svého chování, svých vlastností, projevů nebo žádáme přesnější, konkrétnější a specifické detaily, abychom si co nejlépe objasnili, co mu vadí. Ovšem pokud se situace vyhroťí a psychologické zklidnění není úspěšné přistupuje se k farmakologickému řešení. Vždy však pacientovi musíme vysvětlit proč a jaký lék mu podáme. Lepší je, pokud je pacient schopen spolknout tabletku per os. Této formě dáváme přednost před aplikační injekce.

### **Suicidální pacient**

Pokud psychiatr zjistí riziko sebevraždy, měl by se zachovat tak, aby tímto riziku zamezil nebo je snížil na co nejnižší míru. Cílem péče o suicidálního pacienta je ochrana před sebezníčením do té doby, než je opět schopen převzít tuto zodpovědnost zpět na sebe. Člověk s vysokým rizikem sebevraždy, který není schopen kontrolovat sám sebe, se potřebuje pod kontrolu vnější. Se zvýšeným rizikem suicidálního chování souvisí zejména pocity bezmoci a beznaděje. Při akutním nebezpečí sebevraždy je nutná hospitalizace. Postižený musí být neprodleně omezen fyzicky, farmakologicky nebo obojím. Hospitalizace je nutná zejména pokud je pacient vysoce suicidální nebo impulzivní, nebo je zároveň psychotický, hluboce depresivní nebo jeho tělesný stav je vážně alterován. Krátkodobý pobyt na oddělení je potřebný i u osob, kde chybí zevní podpůrný systém (např. nejbližší člověk je na cestách nebo rodina na dovolené), a to do té doby, než odezní suicidální tenze nebo se podpůrné systémy opět restaurují. Pacienta je vždy potřebné klidně, ale pevně informovat o dalším zamýšleném postupu možných somatických vyšetření a hospitalizaci. Další terapeutický přístup souvisí jak se závažnosti rizika, tak s přítomnosti nebo nepřítomnosti psy-

chické poruchy. Při nepřítomnosti závažnější psychické poruchy či poruchách přízpusobení jsou hlavními nástroji péče psychosociální intervence s psychoterapeutickým rozhovorem. Farmakologická intervence zpravidla nebývá potřebná. Pokud byla diagnostikována závažná psychická porucha, je kromě psychosociální intervence nutné pečlivě zvážit podání psychofarmak.

*První pomoc* spočívá v krizové intervenci, identifikaci stresorů, navázání kontaktu a vytvoření terapeutického vztahu. Vybudování bezpečného terapeutického vztahu bývá pro snížení suicidální tenze významné. Pacient potřebuje vnímat, že se o něj terapeut zajímá, rozumí mu, přijímá ho a nesoudí, ani když má sebevražedné myšlenky, že mu chce pomoci, stojí na jeho straně. Terapeutický vztah prohlubuje znalost pacientova života, jeho současné situace, osobnosti, silných stránek i životních problémů. Problémem může být navázat dobrý terapeutický vztah s pacientem, který je paranoidní, či trpí poruchou osobnosti. Pak je potřebné o to více pacienta pozorovat, aby suicidium mohlo být zabráněno. Ke snížení sebevražedného rizika jsou na počátku důležité tři věci:

- a) snížení stresu vyplývajícího z psychické poruchy včetně strachu ze smrti;
- b) snížení psychosociálního distresu vyplývajícího z životní situace pacienta, nedostatečnosti sociální sítě;
- c) snížení stresu vyplývajícího z tělesného onemocnění a jeho léčby.

Ke snížení stresu vyplývajícího z životní situace pacienta, nedostatečnosti sociální sítě, je potřebné prodiskutovat jeho životní situaci, sociální podporu a její možné další zdroje, jeho možné místo ve fungování v rodině, také jeho funkci a zásluhy v minulosti. Často potřebují probrat ambivalence ve vztazích k blízkým, někdy i předkům, kteří již dávno zemřeli. Pro snížení obav vyplývajících z tělesné nemoci je důležité identifikovat a diskutovat pacientovy obavy o poškození tělesných a psychických funkcí, strach z bolesti, dalších diagnostických a léčebných zákroků, jeho obavy ze zkrácení života a snížení jeho kvality. Terapeut by se měl snažit o empatii k pacientovým pocitům, protože pocit nepochopení může postiženého posunout blíže k sebevraždě. Předpokladem účinné pomoci je ochota udržet pozornost a soustředění na osobu pacienta, na citlivé naslouchání jeho příběhu, jeho problémům a ambivalencím. Povzbuzujeme vyjádření emocí, právo cítit to, co cítí, nehodnotíme, nekritizujeme, nemoralizujeme. Pomocí empatie a citlivých otázek pomáháme pacientovi propojit se s vlastními emocemi i skrytými ambivalencemi, ujasnit si pomocí verbalizace problémy, které ho tíží. Můžeme mu potvrdit jeho vlastní schopnosti, zdroje v něm i zvenčí, které mu mohou pomoci. Upozorňujeme jej na ohraničenost situace, ve které se nachází, a zdůrazňujeme to, že tato situace jednou odezní. Pokud člověk o sebevraždě uvažuje, potřebuje o svých myšlenkách mluvit. Pomocí toho se dostává ke svým emocím a problémům v životě, které se sebevražednými tendencemi souvisí. Terapeut pacienta empaticky vyslechne, ale připomene mu také, že suicidium není jedinou možností řešení problémů. Může

s ním diskutovat alternativní možnosti řešení situace. Člověk, který se rozhoduje zda žít či nežít, jakoby žil ve jiné zpomalené časové dimenzi. Proto nemůžeme dávat najevo netrpělivost, skákat do řeči, ale naopak musíme respektovat jeho mlčení, pomlky a prodlevy, protože bývají naplněny ambivalentními úvahami. Pacient je vnímavý na naší účast a angažovanost. Automaticky sleduje, zda jsme na něj naladěni či nikoliv. Vyjadřujeme respekt k rozhodnutí a účast s utrpením. Pokud je podrážděný nebo útočný, je důležité si uvědomit, že to patří více jeho situaci než nám. Proto nesmíme reagovat komplementárně. Někdy se na počátku rozhovoru o sebevraždě projeví pacientovy ambivalence, které projikuje do nás. Může se nás zeptat: „Myslíte si, že na to nemám právo to udělat?“ To potvrdit nemůžeme, ať máme jakoukoliv životní filosofii, protože tím zpravidla posílíme jeho pocity viny a postoje, že vlastně selhává, nebo vzbudíme odpor a přestane o svých úvahách s námi mluvit. To, co v suicidální krizi téměř jistě nefunguje, je apel na morálku, odpovědnost člověka vůči blízkým, hodnocení. Vše to dále zvyšuje sebevýchytky a bezmoc pacienta. Můžeme říci, že si myslíme, že to není dobré rozhodnutí a diskuzi o právu či neprávě se vyhnout. Pokud pacient sám začne mluvit o své odpovědnosti a blízkých, je situace jiná, pak máme možnost podpořit a ocenit jeho postoje, které jsou namířeny proti suicidii. U lidí, kteří jsou přesvědčeni, že nikdy nic nemohli rozhodovat svobodně, je přemýšlení o suicidii a jeho realizaci to, do čeho si nechtějí nechat nic vnutit. Je pro ně důležité slyšet, že rozhodnutí je na nich. Naší povinností je však je chránit a pomoci jim hledat jiné řešení. Další rozhovor je důležité vést o tom, že takové rozhodnutí je nezvratné a zda není možné uvažovat o alternativních způsobech nebo cestách, jak překonat zmatek, beznaděj, strach a bezmoc. Sebevražedný čin je možné odložit a dát šanci alternativním řešením.

**Podpořeno projektem IGA MZ ČR NS 10301-3/2009.**

## **Summary**

### **INTRODUCTION – PSYCHOTHERAPY IN ACUTE SITUATIONS AND QUALITY OF CARE**

There are many acute situations in psychiatry, like a panic attacks, anger behavior, self-injuring behavior, suicidality, agitation etc. In these situation psychiatrist must react promptly and firstly help the patient to calm down and secondary discover reasons and elaborate the alternative view and behavior.

**Key words:** acute situations, psychotherapy, anger, aggression, panic attack, suicidality

# TEMPERAMENT A CHARAKTER U PACIENTŮ S UNIPOLÁRNÍ DEPRESIVNÍ PORUCHOU A ODPOVĚĎ NA LÉČBU

M. Preiss<sup>1,4</sup>, M. Bareš<sup>1, 2, 3</sup>, E. Dočkalová<sup>1</sup>, T. Novák<sup>1, 2</sup>.

<sup>1</sup>Psychiatrické centrum Praha, Praha, Česká republika

<sup>2</sup>Katedra psychiatrie a lékařské psychologie, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Česká republika

<sup>3</sup>Lékařská fakulta Hradec Králové, Univerzita Karlova, Česká republika

<sup>4</sup>University of New York in Prague, Praha, Česká republika

## Úvod

Osobnostní charakteristiky mohou ovlivňovat úspěšnost farmakoterapeutické i psychoterapeutické léčby (Simová et al., 2004; Preiss et al., 2006). V průběhu hospitalizace může docházet k mírným změnám v proměnných temperamentu a charakteru, které mohou odrážet míru vlivu depresivní poruchy na úspěšnost/neúspěšnost léčby. Odpověď na léčbu či farmakorezistence k léčbě může být ovlivněna strukturou osobnosti, především temperamentu a charakteru.

## Cíle

Cílem práce je zjistit rozdíly a změny ve struktuře temperamentu a charakteru mezi respondéry a non-respondéry na antidepresivní léčbu.

## Metody a soubor

Temperament a charakter byl měřen dotazníkem temperamentu a charakteru (Temperament and Character Inventory, TCI) C.R. Cloningera. Podle Cloningera je osobnost komplexní stupňovitý systém, který se skládá z rozdílných psychobiologických dimenzí temperamentu a charakteru. Temperament a charakter jsou dimenze měřitelné a umožňují posoudit odlišnosti mezi lidmi. Každá osobnost má čtyři hereditární ortogonální dimenze osobnosti, které Cloninger označuje jako temperamentové. Tyto dimenze jsou pozorovatelné od raného dětství a zahrnují prekoncepční a nevědomé učení a označují se jako *Vyhledání nového*, *Vyhýbání se poškození*, *Závislost na odměně*, a *Persistence*. Vyskytují se i u subhumánních živočichů. Dále se osobnost skládá ze tří charakterových dimenzí, ovlivňovaných temperamentem jen částečně. Charakter se vytváří v průběhu ontogeneze a je ovlivňován učním. Charakterové dimenze jsou nazvány *Sebeřízení*, *Spolupráce* a *Sebepřesazení*. Dotazník byl s úspěchem v minulosti vyzkoušen v klinické praxi (Simová et al., 2004) i ve výzkumu (Preiss et al., 2007).

Použili jsme překlad J. Koženého s jazykovou úpravou dvou položek. Test jsme administrovali pomocí počítačového programu, kde se pokusné osobě

na monitoru objevují postupně jednotlivé položky, ke kterým se vyjadřuje pomocí příkazů platí/neplatí. Administrace trvá přibližně 25 minut. Pro statistické zpracování jsme použili hrubé skóry hlavních dimenzí TCI. Pacienti s unipolární depresivní poruchou, zařazení do studie Psychiatrického centra Praha – CRD (Centra resistenčních depresí) byli požádáni o vyplnění dotazníku před začátkem léčby (obvykle na počátku hospitalizace) a na konci léčby (obvykle na konci hospitalizace).

Soubor hospitalizovaných pacientů (N=63) s dg.unipolární depresivní porucha byl podle odpovědi na léčbu rozdělen na respondéry (N=38) a nonrespondéry (N=25).

Demografické proměnné souboru respondérů a nonrespondérů ukazuje Tab. 1. Oba soubory se v základních demografických proměnných (věk, pohlaví a počet let vzdělání) neliší.

Tab. 1

Základní demografické proměnné obou souborů

Demografické proměnné	Nonrespondéři (N=25)	Respondéři (N=38)	Statistická významnost (p)
Věk	44,5±13,3	45,2±10,4	n.s.
Počet let vzdělání	12,9±2,9	13,1±2,7	n.s.
Ženy/Muži	19/6	27/11	n.s.

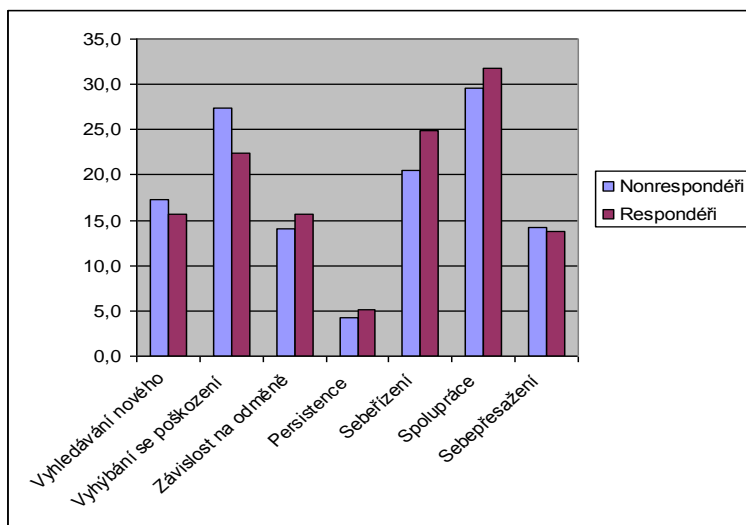
### Výsledky a diskuse

Již před **počátkem léčby** (graf.1) byly patrné rozdíly mezi strukturou temperamentu a charakteru. Budoucí nonrespondéři měli statisticky významně vyšší hladinu *Vyhýbání se poškození*. Dimenze *Vyhýbání se poškození* je pokládána za hereditární základnu pohotovosti k depresivním a úzkostným reakcím. Dále měli budoucí nonrespondéři statisticky významně nižší hladinu *Sebeřizení*, považovanou za hlavní proměnnou určující osobnostní psychopatologii. V ostatních proměnných nebyly zaznamenány rozdíly. Budoucí respondéři jsou tedy v průměru zralejšími osobnostmi s menším podílem osobnostní psychopatologie a osoby s menší pohotovostí k rozvoji depresivního onemocnění.



Graf 1

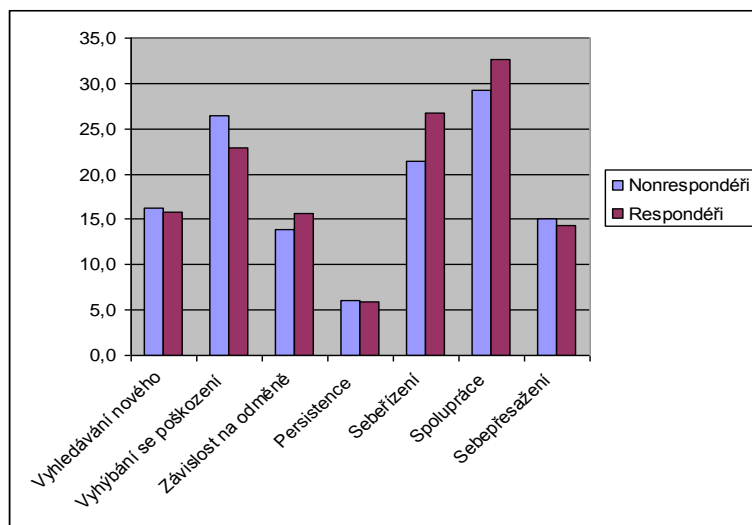
Struktura temperamentu a charakteru u respondérů (červeně) a nonrespondérů (modře). Statisticky významné rozdíly ( $p < 0.05$ ) jsou označeny hvězdičkou. Použit byl t-test.



**Na konci léčby** (graf.2) jsou patrné podobné rozdíly ve struktuře temperamentu a charakteru. Nonrespondéři mají statisticky významně vyšší hladinu *Vyhýbání se poškození*. Dále mají nonrespondéři statisticky významně nižší hladinu *Sebeřízení*, považovanou za hlavní proměnnou určující osobnostní psychopatologii a *Spolupráce*, považovanou obvykle za druhý hlavní ukazatel osobnostní psychopatologie. V ostatních proměnných jsme nezaznamenali rozdíly. Respondéři jsou tedy i po léčbě v průměru zralejšími osobnostmi s menším podílem osobnostní psychopatologie a osoby s menší pohotovostí k rozvoji depresivního onemocnění.

## Graf 2

Struktura temperamentu a charakteru u respondérů (červeně) a nonrespondérů (modře). Statisticky významné rozdíly ( $p < 0.05$ ) jsou označeny hvězdičkou. Použit byl t-test.



Struktura charakteru a temperamentu se u respondérů během léčby téměř neměnila, pouze se statisticky významně zvýšila dimenze *Sebeřízení*. U nonrespondérů se během léčby statisticky významně snížila dimenze *Vyhledávání nového*. Tyto výsledky jsou interpretovatelné ve smyslu, že u respondérů dochází k obnovení původního nastavení osobnosti k zacílenosti a cílevědomosti, u nonrespondérů ke zvýšení pasivity.

## Závěr

Budoucí respondéři a nonrespondéři se ve struktuře temperamentu a charakteru liší již před léčbou – budoucí respondéři jsou osobnostně zralejší, s menší mírou osobnostní psychopatologie, méně úzkostní, s nižší hereditární základnou pro rozvoj depresivních stavů a reakcí. Tyto rozdíly přetrvávají i na konci léčby. Podle našich výsledků může mít struktura osobnosti vliv na farmakologickou odpověď na léčbu.

**Vznik této práce byl podpořen projektem MZČR MZoPCP2005**

## Literatura

Preiss M, Rothanzlová S, Krámská L, Ernest R, Štěpánková H. Odlišuje Cloningerův dotazník temperamentu a charakteru osoby s poruchou osob-

nosti a bez nich lépe než jiné dotazníkové metody? *Psychiatrie* 2006;10:136-143.

Preiss M, Kuchařová J, Novák T, Štěpánková H. The Temperament and Character Inventory – Revised (TCI-R): a psychometric characteristics of the Czech version. *Psychiatria Danubina*, 2007;19:27-34.

Simová M, Preiss M, Bareš M, Kopeček M, Ježková T, Stopková P, Klose J. Změny osobnostních rysů v průběhu psychiatrické hospitalizace. Pilotní studie s Cloningerovým dotazníkem temperamentu a charakteru (TCI). *Psychiatrie* 2004;8:286-292.

## **Summary**

### **TEMPERAMENT AND CHARACTER IN PATIENTS WITH UNIPOLAR DEPRESSIVE DISORDER AND RESPONSE TO TREATMENT**

The response to treatment could be influenced by structure of personality, especially by measurable variables of temperament and character. The goal of this paper is to investigate differences and changes in structure of personality between responders and non-responders to antidepressant treatment measured by Temperament and Character Inventory (TCI, author: C.R.Cloninger). We found differences both prior and after treatment. According to results, the structure of personality may influence the effect of antidepressant therapy.

**Key words:** unipolar depression, temperament, character

## **RAPE TRAUMA – KLINICKÉ A FOREZNÍ SOUVISLOSTI**

R. Ptáček<sup>1,2</sup>, L. Čírtková<sup>1</sup>, I. Žukov<sup>2</sup>, P. Harsa<sup>2</sup>, S. Fischer<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Policejní akademie ČR, Praha, Česká republika*

<sup>2</sup> *Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK, Praha, Česká republika*

### **Úvod**

Trauma ze znásilnění představuje závažný jev jak v klinické, tak forezní psychiatrické praxi. V souvislosti s klinickou praxí je důležitá otázka diagnostiky a terapie, v oblasti forezní se jedná o neméně závažnou otázku, a to především v oblasti znaleckého posuzování věrohodnosti oběti znásilnění a dále pak případné míry traumatizace. Předložený příspěvek se zabývá otázkou traumatu ze znásilnění především ve smyslu identifikace jeho projevu a dále pak otázkami souvisejícími se znaleckou praxí při posuzování obětí znásilnění, a to pro účely soudu nebo vyšetřujících orgánů.

### **Projevy a výskyt**

Rape Trauma, v češtině trauma ze znásilnění, je forma posttraumatické stresové poruchy, která se vyskytuje u obětí znásilnění. Termín nepředstavuje konkrétní diagnostickou nebo nosologickou jednotku, pouze vymezuje skupinu znaků, symptomů a reakcí, která charakterizuje stav po prožitém znásilnění. Výzkum v této oblasti poukazuje, že oběti znásilnění prožívají trauma nejen během a bezprostředně po samotném činu, ale v četných případech také i dlouho po něm. Obecně se následky znásilnění projevují v těchto dimenzích: kognice, emoce, sociální vztahy (často též pracovní výkon), intimita a sex, identita. Syndrom traumatu ze znásilnění je vymezen třemi fázemi, kterými oběť prochází. Jedná se o fázi akutní, fázi povrchní adaptace a fázi renormalizace.

### **Klinické souvislosti**

Bezprostředně po expozici stresoru v podobě znásilnění se velmi často rozvine Akutní reakce na stres (F43.0), v těchto případech charakterizována především masivní anxiétou, tenzí, zoufalstvím, smutkem, depresí, sociálním stažením. Ve smyslu předchozího textu, je konkrétní podoba akutní reakce na stres v případě znásilnění uváděna jako akutní fáze „rape trauma“.

Daleko častější a závažnější je ovšem následný výskyt Posttraumatické stresové poruchy (F43.1), kdy se jedná o postižení dlouhodobé a neřídká i trvalé. Po expozici stresoru, pro ženu extrémně traumatizujícího charakteru, se následně vyskytuje u postižených obětí neodbytné znovuvybavování či znovuprožívání stresu v podobě tzv. „flashbacků“, velmi nepříjemných „živých vzpomínek“, opakujících se snů a prožívání úzkosti při expozici okolnostem připomínajícím nebo spojeným se stresorem (tím může být

samozřejmě i pohlavní styk jako takový, což nezřídka do budoucna dlouhodobě a často, poškozenou ženu limituje v jejím předtím normálním sexuálním životě – často jde bohužel o následek trvalý). Takto postižené ženy se pohlavnímu styku následkem znásilnění vyhýbají. Na vlastní znásilnění nemusí být oběti schopny si pamatovat. Mohou si vybavovat buď částečně nebo neúplně momenty z období traumatu (což může být určitým problémem ve forenzní praxi a může někdy i samotný zvažovaný trestný v očích znalce nebo vyšetřujících orgánů zpochybnit). Znalec psychiatr či psycholog musí s tímto možným příznakem Posttraumatické stresové poruchy počítat. Oběti postižené Posttraumatickou stresovou poruchou obtížně usínají, spí přerušovaně, jsou předrážděné, špatně se koncentrují a jejich chování je charakterizováno dále mj. i úlekovými reakcemi. Platí že výše uvedené příznaky by se měly projevit v průběhu 6 měsíců od expozice stresoru – znásilnění.

Následkem znásilnění může být pochopitelně i Porucha přízpůsobení (F 43.2), která se objevuje zpravidla do jednoho měsíce po znásilnění (ale nemusí tak tomu být vždy, odstup od expozice stresem může být i delší). Trvání příznaků by nemělo překročit dobu 6 měsíců a obtíže jsou diagnostikovány jakožto krátkodobá depresivní reakce, protrahovaná depresivní reakce (ta mává průběh dlouhodobější), smíšená depresivní a úzkostná reakce, reakce s převládající poruchou jiných emocí s převládající poruchou chování. Příznaky mohou trvat ovšem i déle než je zmíněných 6 měsíců a stresor sekundární (např. na základě znásilnění vzniklá frigidita), může být oním faktorem, který přetrvává a symptomatiku anxiosně depresivní, kterou je Porucha přízpůsobení především charakterizována, ve své podstatě chronifikuje a posiluje.

Při dlouhodobé změně chování postižené je třeba dále zvažovat i diagnózu Přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti (F 62.0), která může být charakterizována nepřátelským, nedůvěřivým postojem ke světu, sociálním stažením, pocity prázdnoty a beznaděje, chronickým pocitem existence na „okrajích“, pocitem trvalého ohrožení, odcizením.

Znásilnění, v případě, že vyvolá u oběti duševní poruchu, lze vždy odškodnit z hlediska bolestného. A to především v případě Posttraumatické stresové poruchy, Změny osobnosti v důsledku katastrofické události a někdy i Poruchy přízpůsobení, lze uvažovat, a psychiatři se k této problematice nezřídka vyjadřují. Oběti znásilnění mohou tak být alespoň přiměřeně odškodněny.

Znásilnění má téměř vždy zásadní a masivní dopad na psychiku. Bohužel neplatí, že poškozené ženy automaticky vyhledají pomoc specialisty psychiatra nebo psychologa, což samozřejmě nikterak neumenšuje jejich následné utrpení. Stejně tak, je z praxe znám fakt, že zdaleka ne všechna znásilnění jsou řešena orgány činnými v trestním řízení a ženy v souvislosti s psychickými obtížemi navazujícími na znásilnění se sice mohou do psy-

chiatrických či psychologických ambulancí dostat, ale jejich obtíže nejsou s tak závažným stresorem spojovány, protože o něm poškozené zkrátka nikdy nepromluví. Bohužel pak jde pouze o terapii nikoliv kauzální, ale symptomatickou a to ať již o terapii psychologickou nebo psychiatrickou.

### **Forenzní otázky**

Psychiatr nebo psycholog znalec hraje v procesu vyšetřování a soudního řízení ve věci znásilnění nezastupitelnou roli. Otázky kladené v této souvislosti směřují nejčastěji ke třem základním okruhům. Tím první je otázka věrohodnosti, druhou pak přítomnost traumatických stop v psychice poškozené a třetí je míra případné psychické traumatizace. Z teoretického i čistě praktického hlediska je z pohledu znalce rozdíl mezi zkoumáním věrohodnosti výpovědi znásilněné osoby a mezi stanovením případných následků viktimizace. Při stanovování následků případně míry viktimizace je třeba postupovat jiným způsobem a vycházet z jiných předpokladů, než při posuzování věrohodnosti výpovědi. Obě otázky nelze automaticky spojit. Jestliže se od znalce implicitně požaduje, aby z faktu, že shledá nějaké konkrétní následky viktimizace, vyvodil, že výpověď je věrohodná, jde o směšování problémů. Výpověď ve výjimečných případech nemusí být zcela věrohodná, i když ke znásilnění došlo a evidentně jsou přítomny symptomy traumatizace. Opačná logická úvaha však neplatí. Tedy vycházíme z faktu, že nejsou-li přítomny příznaky viktimizace nebo traumatizace, je velmi pravděpodobné, že ke znásilnění nedošlo. Rovněž obsahová analýza výpovědi by v těchto případech měla signalizovat absenci kritérií reality ve výpovědi údajné poškozené osoby.

### **Diskuse a závěr**

Otázka traumatu ze znásilnění, jeho diagnostika a obecně znalecká činnost v souvislosti se znásilněním je velice složitá a náročná. Základní otázkou při posuzování věrohodnosti i míry újmy může být, zda znásilnění jako takové může v psychické poškozené zanechat stopy. V individuálním kontextu platí, že znásilnění zanechává na psychice poškozené osoby vždy určité konkrétní stopy. Dle dosavadních studií má největší vypovídací hodnotu změna životního stylu/způsobu. To znamená, že je třeba u poškozené zkoumat, v čem se změnilo její chování (např. nevychází sama ven, omezuje kontakty a stahuje se do sociální izolace, změnila či zanedbává svůj zevnějšek, má problémy výkonnosti v práci atd.) (8, 12). V menšině případů je možný i opačný vzorec viktimizace – tj. overreaction, reversal formation atp. projevující se např. promiskuitou. Jsou případy, kdy je oběť zdánlivě asymptomatická, ale změny životního způsobu musí být přítomny. Pro obecný kontext platí, že neexistuje jednotný „psychologický profil“ znásilněné osoby. Výraz „rape trauma“ má statut syndromu a pouze konstatuje, že znásilnění nezůstalo bez psychických následků. Následky viktimizace i v přípa-

dech znásilnění jsou individuální, každá osoba reaguje individuálně na zažitě trauma. V klinické praxi je „rape trauma“ dáváno do souvislosti s PTSP. Následky znásilnění mohou však nabývat i jiných podob klinických obrazů (deprese, anxiózní stavy, disociace atp.).

### **Literatura**

1. Ahrens CE. Being Silenced: The Impact of Negative Social Reactions on the Disclosure of Rape. *American Journal of Community Psychology*, 2006; 38(3), 263–274.
2. Alexander JG, de Chesnay M, Marshall E, Campbell AR, Johnson S, Wright R. Research Note: Parallel Reactions in Rape Victims and Rape Researchers. *Violence and Victims*, 1989; 4, 57-62.
3. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape Trauma Syndrome. *Am J Psychiatry*, 1974; 131(9), 981-986.
4. Čírtková L. Vybrané poznatky z psychologických výzkumů obětí znásilnění. In: *Znásilnění. Sborník přednášek. 1. Národní konference. Praha, Elektra*, 2001; 39–46.
5. Čírtková L. Oběti znásilnění. *Kriminalistika*. 2002; 3.

**Klíčová slova:** trauma ze znásilnění, diagnostika, viktimizace, trauma

### **Summary**

The article deals with clinical signs and forensic relations of rape trauma. It gives basic overview of diagnostics and occurrence of the phenomenon and further deals with questions of credibility assessment of victims of rape and their possible traumatization. The article is intended to forensic and clinical psychiatrists who may work with victims of rape.

**Key words:** rape trauma, diagnostics, victimization, trauma

## DEPRESE, DISOCIACE A BOLESTIVÉ FYZICKÉ SYMPTOMY

J. Raboch, P. Bob

*Psychiatrická klinika a Centrum pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu 1. LF UK, Praha, Česká republika*

### Úvod

Podle stávajících poznatků v kognitivních neurovědách souvisí aktivace anteriorního cingulárního kortexu s celou řadou procesů, které probíhají v rámci vědomí nebo i podprahově vědomí ovlivňují (Agargun et al., 1998; Bunge et al., 2001). Charakteristické je pro tyto procesy přítomnost kognitivního konfliktu, který může souviset se subjektivně neřešitelnou traumatizující událostí, která vede k poruchám integrace vědomí vedoucí k disociaci a dále také k celé řadě psychických a somatických symptomů, včetně pocitů bolesti prožívaných jak v rovině psychické, tak v rovině somatické (Nijenhuis, 2000). Na straně druhé prožitek bolesti bez ohledu na její původ vede ke kognitivnímu konfliktu tehdy pokud není možné tuto bolest odstranit. Podle moderních poznatků jsou tyto kognitivní procesy zpracovávány a detekovány ve strukturách anteriorního cingulárního kortexu, kde existují vzájemné souvislosti mezi procesy konfliktu, disociace a bolesti (Bob, 2008). Z hlediska experimentálního existují také závažné poznatky, že monitorování kognitivního konfliktu vykazuje velmi blízký vztah k činnosti autonomního systému, kterou lze zjišťovat prostřednictvím psychofyziologických měření a jejich analýzou jako je například variabilita srdeční činnosti (R-R interval – RRI).

### Cíl

Zkoumání jemných modulačních vlivů na RRI prostřednictvím nelineární analýzy a jejich vztahu k psychometricky měřitelným symptomům disociace u depresivních pacientů.

Metodika: Ve studii byl použit Stroopův test jakožto experimentální přístup ke studiu kognitivního konfliktu společně s měřením RRI a psychometrickým měřením disociace (DES) a somatoformní disociace (SDQ-20). Jako nástroj analýzy jemných změn v RRI byla použita nelineární analýza spojená s výpočtem největšího Lyapunova exponentu. Měření a analýzy byly provedeny u 50 pacientů s unipolární depresí (i.e. depresivní perioda nebo rekurentní deprese).

### Výsledky

V této studii jsme našli významné Pearsonovy korelace mezi jemnými autonomními změnami v RRI (získané výpočtem největšího Lyapunova exponentu v průběhu konfliktního Stroopova testu) a disociací měřenou prostřednictvím DES ( $r=0.57$ ,  $p=0.00006$ ) a SDQ ( $r=0.45$ ,  $p=0.0017$ ).



Uvedené vztahy nebyly pozorovány v případě nekonfliktního Stroopova testu ani v klidové části experimentu.

### **Závěr**

Vzhledem k tomu, že somatoformní disociace zahrnuje také bolestivé symptomy je pravděpodobné, že nalezené souvislosti jsou důsledkem toho, že se oblasti anteriorního cingulárního kortexu aktivovaného konfliktem projevují v autonomní činnosti reflektované prostřednictvím RRI. Vztah těchto změn k psychometrickým měřením zároveň ukazuje na to, že proces konfliktu je velice úzce spjatý s disociací i jejími projevy na somatické úrovni například v podobě bolestivých symptomů.

### **Literatura**

Agargun, M. Y., Tekeoglu, I., Kara, H., Adak, B., & Ercan, M. (1998). Hypnotizability, pain threshold, and dissociative experiences. *Biological Psychiatry*, 44, 66–71.

Bob, P. (2008). Pain, dissociation and subliminal self-representations. *Consciousness and Cognition*, 17, 355–369.

Bunge, S. A., Ochsner, K. N., Reskond, J. E., Glover, G. H., & Gabrieli, J. D. E. (2001). Prefrontal regions involved in keeping information in and out of mind. *Brain*, 124, 2074–2086.

Nijenhuis, E. R. S. (2000). Somatoform dissociation: Major symptoms of dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 7–32.

### **Podpořeno projekty MSM 0021620849 a MSM 1M06039**

### **Summary**

## **DEPRESSION, DISSOCIATION AND PAINFUL PHYSICAL SYMPTOMS**

### **Purpose**

Recent findings in cognitive neuroscience indicate that activation of anterior cingulate cortex (ACC) is related to detecting cognitive conflict, dissociation and pain. Conflict related and pain experience induced ACC activation elicits responses in central autonomic network which can be assessed by psychophysiological measures such as heart rate variability (i.e. beat to beat R-R intervals – RRI). Recent findings in neuroscience also suggest that cognitive conflict is related to specific nonlinear chaotic changes of the signal generated by the neural systems. Method: The present study used Stroop word-colour test as an experimental approach to the study of cogni-

tive conflict in connection with RRI measurement, psychometric measurement of dissociation (DES), somatoform dissociation (SDQ-20), and calculation of largest Lyapunov exponents in nonlinear data analysis of RRI time series in 50 patients with unipolar depression (i.e. depressive period or recurrent depression).

### **Result**

Significant correlation 0.57 ( $p=0.00006$ ) between largest Lyapunov exponents and DES, and 0.45 ( $p=0.0017$ ) between largest Lyapunov exponents and SDQ-20 found in this study indicate that cognitive conflict related defect of neural inhibition during conflicting Stroop task is closely related to dissociative processes and depression.

### **Conclusion**

These findings suggest the hypothesis that specific nonlinear dynamics governs the brain processes that link psychological pain related to dissociation and somatoform dissociation related to painful physical symptoms as a consequence of ACC activation.

**Key words:** Stroop task, Conflict, Dissociation; Depression; Somatization

## PSYCHICKÉ TRAUMA A KRIZOVÁ INTERVENCE

J. Rektor

*Psychosociální centrum Přerov, Česká republika*

Oblast diagnostiky a léčby následků psychických traumat je významnou a přitom relativně opomíjenou subdisciplínou psychiatrie. Samotný termín „psychotraumatologie“, používaný v německé a anglické literatuře je naší odborné terminologii cizí. Problematická je v klinické praxi jak diagnostika poruch souvisejících s psychickým traumatem, tak jejich terapie včetně krizové intervence u akutních projevů reakcí na trauma.

### **Psychické trauma**

Pojem psychické trauma se zdá být jednoduchý, avšak nejen většina laiků, ale i mnozí odborníci si pod ním představí vlastní traumatickou resp. traumatizující událost. Význam této události je neoddiskutovatelný a determinující. Termín trauma však kromě traumatizující události zároveň zahrnuje také prožitek a jeho a následné zpracování traumatizovanou osobou. Prožívání a zpracování události ovlivňuje mnoho faktorů, mj. temperamentová i osobnostní dispozice, vztahové, environmentální a kulturně-sociální proměnné.

Variabilita psychotraumatické reakce je proto široká a individuální.

### **Diagnostika**

Oba hlavní diagnostické systémy MKN-10 i DSM-IV popisují akutní reakci na stress a posttraumatickou stressovou poruchu (PTSD) jako přímé důsledky psychické traumatizace. Takto vymezený pohled na následky traumatického stressu je však velmi limitující a v konečném důsledku může vést k přehlížení jiných forem traumatických reakcí nebo psychotraumatické etiopatogeneze v rámci různých syndromů a nosologických jednotek.

Poměrně často se vyskytuje protrahovaná reakce na trauma bez typických projevů PTSD nebo latentní traumatická pohotovost, u níž bývá především výrazná anxiózní symptomatika evokována novým traumatem nebo událostí trauma připomínající. Psychotraumatické pozadí mají velmi často disociativní poruchy.

Traumatické události a prožitky nacházíme i v etiopatogenezi dalších psychických poruch: úzkostných, adaptačních, somatoformních, některých poruch osobnosti, ale i afektivních a psychotických poruch. V přednášce jsou zmíněny příklady a krátké kazuistiky dokládající tuto skutečnost.

Pracovní skupina připravující DSM-V věnuje skupině „*Trauma and Stress-Related Disorders*“ zvýšenou pozornost. Snahou je zpřesnit a rozšířit diagnostiku těchto poruch. Předběžné návrhy zahrnují do této skupiny také poruchu přízpusobenění a disociativní poruchy, rozšiřuje se diagnostický

pohled na důsledky traumatu v dětství a zvažováno je i vytvoření nové diagnostické jednotky: „*Developmental Trauma Disorder*“.

### **Zásady terapeutického přístupu a krizová intervence**

„Primum non nocere“ platí v práci s traumatizovanými snad více než jinde. A to proto, že četní odborníci z neznalosti mohou pacienta poškodit, aniž si toto riziko uvědomují.

Základním cílem terapeutického přístupu, krizové intervence i psychoterapie je předejít prohloubení poruchy a zbytečné retraumatizaci pacienta.

Krizová intervence je nutná jak u akutních traumatických reakcí, tak u akutních projevů pozdních traumatických poruch. Spočívá v několika terapeutických činnostech:

- zajištění bezpečného prostředí
- navázání kontaktu a poskytnutí podpory
- zklidnění, vytvoření pocitu bezpečí, stability,
- grounding a případná aplikace jednoduchých stabilizačních technik

Expoziční techniky a přístupy (práce s traumatickou událostí a jejím prožíváním) se v krizové intervenci nepoužívají, diskutabilní je role tzv. debriefingu.

### **Specifika psychoterapie**

Různé terapeutické školy vycházejí při práci s traumatizovanými ze svých teoretických premis. Většina přístupů se však shoduje na několika základních krocích. Kromě navázání dobrého kontaktu a terapeutické aliance je nutná nejdříve stabilizace pacienta a jeho schopnost kontroly nad akutní traumatickou symptomatikou (flashbacky, emoční zaplavení, disociace...). Míra sebedopory pacienta je podmínkou přikročení k odkrývání traumatického obsahu v rámci expozičních postupů.

Samotná expozice je většinou pro zvládnutí posttraumatické poruchy významná, může však být chybně časovaná a pojímaná (např. jako prostá abreakce), což spíše retraumatizuje, než léčí. Dobře vedená práce s expozicí cílí na negativní přesvědčení vycházející z traumatu a rezultující prožívání – agresi obrácenou proti sobě, pocity insuficience, viny a studu.

### **Závěr**

Oblast psychotraumatologie zabírá rozsáhlejší prostor v psychiatrii, než se obecně předpokládá a zasluhuje více pozornosti, než se jí dostává. Více pozornosti bude nutné věnovat jak diagnostice, tak terapii (psychoterapii i farmakoterapii) i výzkumu etiopatogeneze poruch související s psychickou traumatizací.

## **Literatura**

Fischer, G., Riedesser P. *Lehrbuch der Psychotraumatologie*, München, Reinhardt Vrlg, 2003, 410 str. ISBN 978-3-8252-8165-6

Everly G. S. Jr. (Editor), Lating J. M. (Editor) *Psychotraumatology: Key Papers and Core Concepts in Post-Traumatic Stress*, Plenum Press New York, 1995, 441 str, ISBN 0-306-44782-7

Nijenhuis ER, Van der Hart O, Steele K: *Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen*, in Psychotherapie der dissoziativen Störungen, Edited by Reddemann L, Hofmann A, Gast U, Stuttgart, Thieme, 2004, pp 47-69, ISBN 978-3-13-130512-1

Lavie P., *Sleep Disturbances in the Wake of Traumatic Events*, The New England Journal of Medicine, 2001, Vol.345 pp. 1825-1832

## **Summary**

### **PSYCHIC TRAUMA AND CRISIS INTERVENTION**

Diagnostics and treatment of stress-related disorders are often undervalued and mistakes could harm the patients suffering from psychic traumatization.

Diagnostics of trauma and stress-related disorders needs to involve not only acute and post-traumatic stress disorder but also other psychiatric disorders where psychic traumatization can often be in the background and play considerable role in the development of the disorder

Crisis intervention and treatment must first of all avoid re-traumatization. Safety arrangement, contact development, support and stabilization methods have to precede any exposure techniques.

Psychotraumatology as a sub-discipline of psychiatry occupies larger field of psychiatry than generally considered and deserves more attention than it obtains.

**Key words:** psychotraumatology, diagnostics, therapy, crisis intervention

# **SROVNÁNÍ ÚČINNOSTI BUPRENORFINU A KOMBINACE BUPRENORFINU S NALOXONEM V LÉČBĚ ODVYKACÍHO STAVU PŘI ZÁVISLOSTI NA HEROINU U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ**

P. Šilhán, J. Svobodová, D. Perníčková, K. Pavlíková, J. Olej, M. Szilvásióvá

*Psychiatrické oddělení, Fakultní nemocnice v Ostravě, Ostrava, Česká republika*

## **Úvod**

Buprenorfin je částečný agonista/antagonista  $\mu$  (mí) a  $\kappa$  (kappa) opioidních receptorů, který je za účelem snížení možnosti intravenózního zneužívání vyráběn rovněž v kombinaci s antagonistou  $\mu$  (mí) opioidních receptorů naloxonem.

## **Cíl**

Cílem práce bylo přímé porovnání účinku buprenorfinu a kombinace buprenorfinu s naloxonem v léčbě odvykacího stavu při závislosti na heroinu.

## **Metodika**

Do studie byli zařazeni muži starší 18 let, kteří nastoupili ústavní detoxifikační léčbu při závislosti na heroinu. Studie měla jednoduše zaslepený formát, randomizace do obou skupin byla realizována na základě data přijetí, liché dny buprenorfin, sudé dny kombinace buprenorfinu s naloxonem. Klinický obraz byl hodnocen ve 2.-5. dnu léčby škálou CGI (Clinical Global Impression). Pacienti byli léčeni podle shodného zvykového schématu dávkování na pracovišti s možností dle stavu odmítnout či vyžádat zvýšení dávky medikace. Ve 2. dnu byli pacienti léčeni základní (upravitelnou) dávkou buprenorfinu 4 mg, 3. den 3 mg, 4. den 2 mg a 5. den 1 mg. Hlavním ukazatelem účinku léčby byla změna položky závažnosti stavu CGI-S (CGI-Severity), vedlejšími ukazateli den první signifikantní změny ve škále CGI-S, celková užitá dávka buprenorfinu ve 2.-5. dnu léčby a celková závažnost odvykacího stavu charakterizovaná sumou CGI-S ve 2.-5. dnu. Pro analýzu dat byl použit párový Wilcoxonův test, Wilcoxonův test a t-test pro dva výběry na hladině významnosti 5%.

## **Výsledky**

Do studie bylo zařazeno 28 mužů, 15 pacientů užívalo buprenorfin, 13 pacientů kombinaci buprenorfinu s naloxonem. Průměrná denní dávka heroii-

nu užívaného před detoxifikací činila ve skupině buprenorfinové 1067 mg (SD=442), ve skupině s kombinací 846 mg (SD=411), údaj je však málo validní. Při porovnání změny CGI-S u obou skupin ve 3., 4. a 5. dnu léčby oproti dnu 2. nebyl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl. Ve skupině pacientů léčené buprenorfinem došlo k první signifikantní změně v položce CGI-S ve 4. dnu léčby ( $p=0,014$ ), ve skupině léčené kombinací ve 3. dnu léčby ( $p=0,015$ ). Průměrná kumulativní dávka buprenorfinu ve 2.-5. dnu ve skupině buprenorfinové byla 9.73 mg (SD=1,39), ve skupině s kombinací 8,77 mg (SD=0,89). Rozdíl mezi oběma skupinami 0,96 mg byl statisticky významný ( $p=0,048$ ). Skupina léčená buprenorfinem oproti skupině s kombinací vykazovala také statisticky signifikantní vyšší celkovou závažnost odvykacích příznaků ( $p=0,048$ ) dle sumy CGI-S ve 2.-5. dnu.

### **Diskuse a závěr**

Nebyl zjištěn signifikantní rozdíl v efektu léčby mezi buprenorfinem a kombinací buprenorfinu s naloxonem podle změny CGI-S. Ve skupině léčené kombinací buprenorfinu s naloxonem došlo k rychlejší signifikantní změně CGI-S a také mírně nižší spotřebě celkové dávky buprenorfinu. To může teoreticky souviset s vyšším účinností kombinace buprenorfinu s naloxonem oproti samotnému buprenorfinu, pravděpodobně to však odráží závislost na nižší dávce heroínu a lehčí počáteční i celkové odvykací příznaky ve skupině léčené kombinací. Zkreslení může být způsobeno rovněž malým rozsahem vyšetřovaného souboru.

### **Summary**

#### **COMPARISON OF BUPRENORPHINE AND THE BUPRENORPHINE/NALOXONE COMBINATION FOR HEROINE WITHDRAWAL TREATMENT IN INPATIENTS**

The aim of this study was to compare the clinical effectiveness of buprenorphine and the combination of buprenorphine with naloxone for heroine detoxification. Method: Single blind short term study design was used. A total of 28 male in-patients, 15 in buprenorphine and 13 in buprenorphine/naloxon group participated. Clinical global impression-severity (CGI-S) on days 2-5 was used for clinical state assessment. The Wilcoxon signed-rank test, two-sample Wilcoxon rank-sum test and two-sample t-test on the 5% level of significance were used for statistical evaluation. Results: There was no difference between the treatment groups in the CGI-S change. The buprenorphine group showed the first CGI-S change on day 4 but the buprenorphine/naloxone group on day 3. There was a discrete but significantly higher usage of the mean total dose of buprenorphine in the

buprenorphine group but also a higher total CGI-S score. Conclusion: No difference in the efficacy of buprenorphine and buprenorphine/naloxone for heroine detoxification was identified.

**Key words:** buprenorphine, naloxone, heroine, opioid, detoxification, dependence, withdrawal



## PROJEVY DEFICITU PRACOVNÍ PAMĚTI U DUŠEVNÍCH PORUCH

P. Škobrtal

*Centrum duševního zdraví, Jeseník, Česká republika*

Pracovní paměť je teoretickým konstruktem vycházejícím z původního konceptu krátkodobé paměti, sloužící pro dočasné uložení a manipulaci s informacemi, které jsou nezbytné pro složitou kognitivní činnost, jako je myšlení, učení se novým věcem, čtení apod. Tento konstrukt se zrodil na poli kognitivní psychologie a o jeho propracování a rozšíření se zasloužil především A. D. Baddeley (1974). Baddeley rozeznává celkem tři komponenty pracovní paměti: pozornost kontrolující komponenta a dva na ní závislé subsystémy, jimiž jsou tzv. vizuálně prostorový skicář a fonologická smyčka. K těmto třem komponentám pracovní paměti přidal později ještě tzv. epizodickou vyrovnávací paměť, která je zodpovědná za integraci fonetických, vizuálních a prostorových informací. Naproti tomu Cowan vystoupil s tvrzením, že se u pracovní paměti nejedná o separovaný systém, ale že pracovní paměť je součástí dlouhodobé paměti.

Deficity v oblasti pracovní paměti se projevují jako poruchy paměti nebo jako poruchy pozornosti u četných duševních poruch. Četné studie naznačují, že na školní úspěšnost dětí má mnohem větší vliv právě kapacita pracovní paměti než samotné IQ. Výzkumy z poslední doby rovněž přinesly důkazy o tom, že pracovní paměť může být trénována. Trénink pracovní paměti začal rozpracovávat a vědecky zkoumat Torkel Klingberg (2005). Společně se svými spolupracovníky vyvinul metodu pro trénování pracovní paměti. Tato metoda spočívá v řešení specifických úkolů zaměřených na trénink pracovní paměti. Úkoly jsou prezentovány formou počítačové hry. Klingberg se zabýval zejména trénováním pracovní paměti u dětí s ADHD. Kapacita pracovní paměti u dětí s ADHD je totiž oproti normální populaci výrazně snížena. Z výzkumů vyplývá, že trénink pracovní paměti má na děti s ADHD pozitivní dopad.

Baddeley, A.D., & Hitch, G. (1974). Working memory. In G.H. Bower (Ed.), *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory* (Vol. 8, pp. 47--89). New York: Academic Press.

Klingberg T, Fernell E, Olesen P, Johnson M, Gustafsson P, Dahlström K, Gillberg CG, Forssberg H, Westerberg H (2005), Computerized training of working memory in children with ADHD – a randomized, controlled trial. *J American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44 (2):177-186.

## **Summary**

### **MANIFESTATION OF WORKING MEMORY DEFICIT IN MENTAL DISORDERS**

In our article, we focus on theoretical approaches to concept of working memory. We introduce some definitions and theories of working memory. The essential part of our article is concentrated on relationship between deficits in working memory and ADHD syndrome. We bring some reviews from recent studies, which show, that working memory training has an positive impact on children with ADHD syndrome.

**Key words:** Working memory, ADHD, cognitive training

## KVALITA PÉČE OČIMA UŽIVATELŮ

J. Styblíková

*Vida, o.s., Praha, Česká Republika*

Na kvalitu péče se můžeme dívat z mnoha různých úhlů pohledu. Ale vždy bude pohled očima uživatele ovlivněn životní situací či etapou, ve které se nachází. Kvalitu péče vnímá jinak, když je právě hospitalizován, když odchází z lůžkového zařízení, zda ho ovlivňuje ataka nemoci nebo zda může a využívá komunitní služby, zda bere léky, zda má a jaké sociální zázemí.

Důležitým faktorem, který ovlivňuje kvalitu péče, je také komplexnost, provázanost a spolupráce aktérů péče.

Ve své přednášce jsem se rozhodla věnovat zejména těmto aspektům a využít své 9leté zkušenosti z oblasti duševního zdraví a nemoci. Využít pohled, který nabízí uživatelská organizace. Pohled jak pacienta/ uživatele, tak zároveň poskytovatele péče.

Toto téma lze uchopit v rámci 5 okruhů, které vnímáme jako zásadní:

- Práce uživatelské organizace
- Spolupráce s ambulantní péčí
- Spolupráce s lůžkovou péčí
- Spolupráce s komunitními službami
- Spolupráce s lékárnami

### Summary

#### Quality of care from the users' point of view

Users of mental health services see the quality of care from different perspectives, depending on their life situation. They perceive the quality of care differently when hospitalized or leaving hospital, when they are in an acute episode, whether or not they take medications or can reach community mental health services.

An important factor influencing the quality of care is also complexity, cohesion and cooperation between care providers.

**Key words:** quality of care, users of mental health services

## TERAPEUTICKÉ KASTRACE SEXUÁLNÍCH DEVIANTŮ – BENEFITY A META-ANALÝZA ČESKÝCH STUDIÍ

J. Švarc, S. Brichtcín a kol.

*Primariát ochranného léčení Psychiatrické léčebny Bohnice, Praha, Česká republika*

### Úvod

Terapeutická kastrace je chirurgický zákrok odstraňující hormonálně aktivní část pohlavních žláz u muže s cílem utlumit jeho sexualitu. Může jít o testikulární pulpektomii (odstranění hormonálně aktivní dřeně varlat, kdy vazivová pouzdra varlat se ponechávají v šourku) nebo o orchiektomii (úplné odstranění varlat). Výkon je prováděn dle zákona č. 20/1966 Sb. na žádost pacienta po schválení odbornou komisí poté, co je žadatel náležitě informován o povaze zákroku vč. možných rizik. Kastrací se dosahuje výrazný celoživotní útlum sexuální aktivity, nelze-li toho dosáhnout jinými prostředky, zejm. v případech sadismu, pedofilie a patologické sexuální agresivity. Indikací kastrace je závažná sex. deviace a závažný sexuální delikt s tendencí k recidivě. Prokázána je nízká recidivita: Langelüddecke (1963) prováděl 20 let follow-up souboru 1036 sex. delikventů, kterým nabídl kastraci; více než polovina (685) ji odmítla a posloužila jako kontrolní soubor s 80% recidivitou, zatímco u po kastraci recidivovalo 2,3%. Saleh ve své monografii (2009) shrnuje podobné studie a odhaduje recidivitu sex. delikventů bez kastrace kolem 60%, zatímco po kastraci na 2%.

Kastrace znamená sterilitu, strmý pokles plazmatické hladiny androgenů a kompenzační zvýšení gonatotropinů, zpravidla i osteopenii a často nadváhu (Weinberger, 2005). Po kastraci je hladina androgenů snížena více než při podávání antiandrogenů (Berlin, 1991). Sexuální apotence trvale klesá, což je neúčinnější prevence recidivy sexuálního deliktu. Ani po přerušení docházky do ambulantního léčení nedojde ke spontánnímu zvýšení hormonálních hladin, které by nastalo při přerušení podávání antiandrogenů. Kastrace často dává šanci recidivujícímu deviantovi na návrat do občanského života, neboť zpravidla do roku po zákroku jsou propouštěni z ústavního ochranného léčení a zařazují se do společnosti úspěšněji než ti bez zákroku.

Z odborného hlediska je snaha Rady Evropy zakázat tuto operaci v ČR škodlivá, její argumenty jsou neseřízní: Podle zprávy o návštěvě ČR v r. 2008 údajně Committee for the Prevention of Torture (CPT) prostudovala 414 chorobopisů sex. delikventů kastrovaných v letech 1998-2008. Požadované chorobopisy komise bez souhlasu pacientů nedostala, nemluví o tom, že jde o nemožný počet kastrací – chybný údaj jí dodalo ministerstvo zdravotnictví před její návštěvou. Psychiatrická léčebna Bohnice, jejíž spádová oblast pro ochranné léčení je 20% ČR, doporučila během 10

let (2000-2009) provedení 9 kastrací, které byly provedeny. Další argumenty CPT: efekt kastrací na pokles testosteronu není „garantován“, kastrace není obsažena ve standardech léčby sex. delikventů – většina zemí bohužel nerozlišuje mezi delikventy a devianty jako ČR. CPT ve své zprávě volá po zákazu chirurgických kastrací u sex. delikventů a vůbec nebere v úvahu jejich častou onkologickou indikace, z níž jsou kastrace prováděny v celé Evropě. Zpráva podsouvá, že kastrace v ČR probíhají při omezení na svobodě – pod tím si čtenář neznalý českého právního systému představuje trest odnětí svobody, kastrace však probíhají v ochranném léčení.

Kastraci sexuálních delikventů uzákonily USA r.1855; ve 30.letech Dánsko, Německo, Norsko, Finsko, Island, Estonsko, Lotyšsko, Švédsko. V nacistickém Německu (a poválečném Nizozemsku) nucené kastrace tisíců osob zákrok znevážilo a nastal odklon. Spolkové Německo až r.1970 povolilo možnost dobrovolné kastrace (Wille, 1989). V Československu byly a jsou terapeutické kastrace indikovány odpovědně. Za jejich provádění se u nás přimlouvali Nedoma, Freund (Čs. Psychiat. 55:264-269, 1959), Jan Raboch (Čs. Psychiat. 66: 152-157, 1970) i Hynie, který i hájil právo vězňů žádat o kastraci ve výkonu trestu (Čs. Psychiat. 69:29-31, 1973). Brzek a Ondruš ji doporučovali obviněným již před odsouzením (Čs. Psychiat. 78:371-374, 1982). Dnes žádosti předchází delší sebezpoznavání.

## Metody

1) Interview s muži po terapeutické kastraci (indikované pro sexuální deviaci) zjišťující kvalitu jejich života standardizovaným instrumentem a otázkami strukturovanými na partnerství, koitální a nonkoitální aktivitu, změnu hmotnosti, osteologické nálezy, látkový abus, farmakoterapii, somatické poruchy, delikvence, pokračování /ukončení ochranného léčení. Korelace těchto nálezů s diagnózou, věkem v době kastrace, způsobem kastrace aj.

2) Meta-analýza (zisk zdrojových dat, selekce studií, hledání závislostí, volba typu regresní analýzy) českých studií týkajících se terapeutické kastrace – kolektivy českých odborníků hodnotilo katamnesticky soubory svých operovaných pacientů.

## Výsledky

Budou prezentovány výsledky interview s muži po terapeutické kastraci a meta-analýza českých studií týkajících se terapeutické kastrace s učiněny závěry o prospěšnosti kastrace a o kvalitě života po kastraci.

## České studie

1. Tauš L, Sušická L: **Pětileté sledování pěti sexuálních deviantů po terapeutickém zákroku.** Čs. Psychiatr 69: 51–55, 1973: Zhodnoceny výsledky u 5 pedofilů s 5letým odstupem od operace: všichni bez recidivy

a sociálně stabilizováni. Tauš později referoval o 10leté katamnéze ve skupině 16 mužů: Většina si zachovala partnerské sexuální aktivity.

2. Zimanová J, Fuka J, Weiss P, Hubálek S: **Některé současné názory na terapeutickou kastraci sexuálních delikventů a naše zkušenosti**. Čs. Psychiatr 84: 173–180, 1988: Zpráva o 17 operovaných pacientech po 6 měsících až 6 letech – nikdo nerecidivoval, 7 žilo v uspokojivém partnerství, zdravotní– potíže dokonce ustoupily.

3. Zvěřina J, Hampl R, Stárka L, Štěpán J, Lachman M: **Sociální adaptace a zdravotní stav mužů po terapeutické kastraci**. Výzkumná práce na dílčím úkolu MZd 14-01-03, 1990: Autoři z VFN UK Praha (Sexuologický ústav, Výzkumný ústav endokrinologický a 3. interní klinika) vyšetřili sexuální život a hormonální hladiny 16 kastrovaných a neshledali sociálně nepříznivé změny dokonce až 15 let od operace. Koitální aktivitu si udrželo 6 mužů; falometrie ověřila setrvalost původní sexuální orientace a živou reaktivitu. Nikdo nerecidivoval. Osteologické nálezy potvrdily úbytek kostní hmoty a její částečnou úpravu intranazálně aplikovaným kalcitoninem. Hladiny androgenů poklesly, nikoli v rozsahu předpokládaném po orchiektomii: To lze vysvětlit zvýšenou mimogonadální tvorbou steroidů v nadledvině nebo v periférii z adrenálních prekurzorů. Závěr výzkumné zprávy doporučuje trvalou dispensarizaci kastrovaných pacientů.

4. Zvěřina J, Bártová D, Zimanová J: **Katamnézy kastrovaných sexuálních delikventů**. Čs. psychiatr 87:28–34, 1991: Největší český soubor 84 mužů kastrovaných před 1–15 lety: 21% mužů žilo ve stabilním heterosexuálním páru; o suicidium se pokusilo 5 osob; 3 muži (3,6%) po zákroku recidivovali (exhibice před dětmi, jiné činy se nevyskytly); nesexuální delikvence nebyla zákrokem ovlivněna.

5. Břichcín S, Kolářský A: **Přináší terapeutická kastrace prospěch žadatelům o zákrok?** XVIII. bohnické sexuologické dny 2006:13-19. Brno, Cerm, 2007: Z 49 kastrovaných mužů 6 zemřelo (2 suicidovali), 31 mužů vyšetřeno 1–16 let po operaci: Ranní erekci má 21, orgasmus 11, denně masturbují 2, dvakrát týdně 3, 2x měsíčně 7; obězních je 16, stejnou hmotnost má 13, nižší hmotnost 2. Osteopenii má 19, osteoporózu 4 osoby, normální osteologický nález 2. Návykové látky konzumuje 13, abstinuje 14. Bez recidivy sex. deliktu. Zlepšenou kvalitu života uvedlo 24 osob, stejnou 6 osob, zhoršenou 1 osoba.

## Literatura

- Berlin FS et al: A 5-year plus follow-up survey of criminal recidivism within a treated cohort of 406 pedophiles, 111 exhibitionists and 109 sexual aggressives: issues and outcome. Am J Forensic Psychiatry 12: 5–28, 1991
- Langelüddecke A: Die Entmannung von Sittlichkeitsverbrechern in Deutschland. Berlin, Walter De Gruyter & Co., 1963

- Saleh FM et al: Sex Offenders: Identification, Risk Assessment, Treatment, and Legal Issues. Oxford University Press, 2009
- Weinberger LE et al: The impact of surgical castration on sexual recidivism risk among sexually violent predatory offenders. *J Am Acad Psychiatry Law* 33: 16–36, 2005
- Wille R, Beier KM: Castration in Germany. *Ann Sex Res* 2:103–33, 1989

## **Summary**

### **THERAPEUTIC CASTRATION OF SEXUAL DEVIANTS – BENEFITS & META-ANALYSIS OF CZECH STUDIES**

Authors interview men who underwent the therapeutic castration because of sexual deviation and find out their current quality of life, partnership, coital & non coital activities, change of weight, osseous alterations, substance dependence, pharmacotherapy, somatic disorders, delinquency, continuation/finalization of the forensic treatment. Meta-analysis of 5 Czech studies.

**Key words:** castration, sexual deviation, quality of life

# MOŽNOSTI PSYCHIATRIE A PSYCHOTERAPIE V RÁMCI PSYCHIATRICKÝCH KONSILII NA ONKOLOGII A HEMATOLOGII

A. Ticháčková, K. Látalová, B. Mainerová, A. Trčová, J. Praško  
*Klinika psychiatrie Universita Palackého, Fakultní nemocnice v Olomouci, Olomouc, Česká republika*

## Úvod

Onkologické onemocnění vede k pochopitelným obavám z utrpení, bolesti, strachů o vlastní život a o dopad na rodinu. Dále téměř vždy, i když se život nemocného podaří zachránit, nepříznivě ovlivňují kvalitu života. Může sice dojít ke zlepšení – při odstranění nádorového ložiska, ale nemocného nelze v řadě případů zcela vyléčit.

## Psychologické faktory ovlivňující riziko onkologické nemoci a její progresi

I když někteří lidé věří, že psychologické faktory predisponují ke vzniku onkologického onemocnění, vědecké důkazy pro takový vztah se nenašly. Zdá se však, že deprese může zhoršovat průběh nádorového onemocnění nepřímo tím, že vede k horší životosprávě (včetně kouření a abuzu alkoholu), horší kontrole bolesti, horší spolupráci v léčbě a menšímu hledání pomoci, nedá se však říci, že by byla faktorem, který vede jeho rozvoji.

## Psychologické reakce na nádorové onemocnění

V průběhu diagnózy a léčby nádorového onemocnění prochází nemocný chronologicky několika obdobími: prediagnostickým, diagnostickým, počátečním léčebným, po léčbě, dobou rekurence onemocnění, progresi nemoci a terminálním nebo paliativním obdobím. Tato období mohou být doprovázena různými adaptivními nebo maladaptivními reakcemi. V prediagnostickém období, kdy se poprvé objevuje otázka, zda jde či nejde o nádorové onemocnění, pacienta napadají obavy z bolesti, znetvoření, závislosti, handicapu, izolace a smrti. Je to období nejistoty, čekání na výsledky, úzkosti, doufání, bagatelizace i popírání.

V období stanovené diagnózy v ideálním případě lékař sděluje diagnózu, pracuje důstojně a beze spěchu, s realistickým podtržením naděje a potvrzením, že bude pacientovi pomáhat a udělají spolu vše nejlepší, co je možné. Nemocný může prožívat šok, popírat skutečnosti, zlobit se a chovat hostilně, může docházet k projevům úzkosti a narušení spánku. Obávat se postižený může celé řady věcí: vyšší závislosti na okolí, změn tvaru těla, nutnosti omezit životní aktivity, ztráty sebevědomí a prestiže. Normální psychologická reakce je charakterizována třemi fázemi (Massie a Holland 1989):

- 1) fáze popření



- 2) akutní fáze zmatku a neklidu
- 3) fáze adaptace

Často nejdříve začne nemocný pochybovat o tom, že diagnóza byla stanovená správně. Chce věřit tomu, že se lékaři spletli, stala se nějaká chyba apod. Může následovat období úzkosti a neklidu, kdy se objevují myšlenky na smrt a nemoc, nemocný je podrážděný, nesoustředěný, mívá úzkostné a depresivní nálady, nespavost a nechutenství. Obavy z budoucnosti mohou zahltnit natolik, že není se schopen věnovat každodenním činnostem. Většinou toto období trvá jeden až dva týdny. V následujícím období se většinou nemocný adaptuje na realitu závažné nemoci. Pokud depresivní příznaky trvají déle než 2 týdny nebo jsou závažné, případně se objevují sebevražedné myšlenky, je na místě psychiatrická konzultace. Pacient může prožívat hněv, chovat se hostilně a vztahovačně. Může se zlobit na sebe i na druhé, mít pocity viny, cítit se perzekuován. Nekonfrontační laskavý a přitom pevný přístup ošetřujícího lékaře pomáhá toto prožívání zvládnout. Příznaky většinou dosahují závažnosti poruch přízpůsobení, obvykle s úzkostnou nebo depresivní reakcí. Krizová psychoterapeutická intervence s anxiolytiky anebo selektivními inhibitory reuptake serotoninu (SSRI) většinou vede k ústupu příznaků a zkracuje období projevující se úzkostí, smutkem, agresí, zmatkem, neklidem nebo podrážděností. Když je dokončená počáteční léčba, je pacient vystaven obavám z návratu nemoci. Dokonce i v situacích, že léčba dopadla velmi dobře a riziko rekurence je minimální, může mít pacient strach, že tomu tak není. Řada pacientů má strach, zda jsou kontrolováni dostatečně, zda lékař nepřehlédl známky rekurence. Někdy se stávají monitory každého příznaku či bolesti.

### **Psychoterapeutické intervence u pacientů s nádorovým onemocněním**

Psychoterapie může pomoci pacientovi přijmout diagnózu nádorového onemocnění, smířit se s léčebnými postupy, pomoci mu v rozhodování mezi léčebnými alternativami, v překonávání strachu, deprese, popření a posílit jeho statečnost zvládat protinádorovou léčbu a s tím spojený stres, zvýšit pocit kontroly nad situací. Utrpení zesiluje pocit ztráty smyslu v životě, proto řada intervencí u pacientů s onkologickým onemocněním směřuje k hledání naplnění a smyslu.

Skupinová psychoterapie a svépomocné skupiny umožňují nemocnému, aby získal podporu druhých, kteří bojují se stejným problémem. Ve skupinovém sezení si pacienti dávají praktické rady, konfrontují se s různými reakcemi na nemoc a lépe vidí, jaký je rozsah normálních reakcí, poučí se o adaptivnějších strategiích a zpravidla se dříve adaptují. Skupinová psychoterapie pomáhá překonat pocit izolace jak pacienta, tak rodiny. Skupiny jsou většinou specifické pro určitý konkrétní nádor a stádium nemoci. Pokud se vytváří skupiny se smíšenými stadii, hrozí, že v průběhu práce paci-

enti umírají a berou naději těm, kteří jsou na tom lépe. Cílem suportivně expresivní psychoterapie je pomoci s existenčními problémy a emocemi svázanými s nemocí, stejně jako dát sociální podporu a lékařský vztah a umožnit kontrolu příznaků. Tato terapie se nevyhýbá negativním tématům ani představám katastrofického vývoje. Naopak terapeut mění pacientovu tendenci vyhýbat se myšlenkám na možný negativní vývoj např. před představou, že má metastázy. Pacient se postupně emocionálně adaptuje i na negativní scénář a konstruktivně přemýšlí, jak nejlépe se v takové situaci zachovat.

V systematických studiích individuální psychoterapie, behaviorální terapie a skupinová psychoterapie vedly ke snížení stresu u pacientů s nádorovým onemocněním. Behaviorální programy a hypnóza vedly ke snížení úzkosti, bolesti, nauzey a zvracení. Některé práce účinek na delší přežití potvrzují, většina prací však tento efekt nenalézá. Souhrnně se dá říci, že prospěch psychosociálních intervencí pro snížení stresu a zlepšení kvality života je zřetelný a jasný, ovšem význam těchto intervencí pro zvýšení imunity a dosažení delší doby přežití je zatím nejasný.

### **Psychické poruchy u onkologických pacientů**

Incidence psychických poruch je u onkologicky nemocných vysoká, což pravděpodobně souvisí se závažnou povahou stresoru. Většinou jde o úzkostné nebo depresivní poruchy. Až 47% pacientů splňuje kromě onkologické diagnózy i kritéria pro psychickou poruchu. Diagnosticky šlo většinou o poruchy přizpůsobení s úzkostnou nebo depresivní náladou (68%), depresivní poruchu (13%) nebo delirium (8%).

### **Deprese**

Smutek a truchlení za ztrátou zdraví jsou u onkologických pacientů normální reakcí. Mezi normální reakcí, adaptační poruchou s depresivní reakcí a depresivní epizodou je kontinuum. Postupně narůstá hloubka depresivní reakce, potíže odklonit pozornost od depresivního myšlení, cítění a chování, zvyšuje se pocit beznaděje a bezmoci. Čím pokročilejší stádium onemocnění, tím vyšší prevalence depresivní poruchy. V pokročilých stádiích u hospitalizovaných pacientů s karcinomem byla prevalence deprese až 77%. Zvýšené riziko depresivní epizody je u osob, které už v předchorobí trpěli depresí, panickou poruchou nebo bipolární poruchou. Pacienti trpící chronickou bolestí mají rovněž vyšší pravděpodobnost, že rozvinou depresi a mají také vyšší riziko suicidia. Zvýšené riziko deprese je také u pacientů s rakovinou pankreatu, hlavy, krku a plic. Častěji vzniká deprese u pacientů s karcinoidy. Během akutní léčby nádorového onemocnění je diagnóza deprese často zanedbaná. Onkologové podceňují závažnost depresivních příznaků a nepředepisují včas adekvátní medikaci. Často rozpoznají zhoršenou náladu, bolest a úzkost, ale neptají se na suicidální rozlady. Pokles nálady

dávají zpravidla do souvislosti s adaptací na nemoc a léčbu a nenapadá je, že příznaky mohou být vážnější. Nezřídka je naopak psychiatr volán ke konziliu pro depresi u pacienta, který trpí bolestí, únavou nebo hypoaktivním deliriem. Pacienti trpící depresí hůře spolupracují při onkologické léčbě a tím mohou mít horší prognózu co do přežití. Také snaha psychoterapie po konstruktivním pohledu na svět, podpoře naděje a odstranění smutku souvisí spíše se zlepšením kvality života pacienta a s jeho lepší spoluprací při léčbě, než se zamezením růstu nádoru. I když v oblasti psychoterapie jsou i ojedinělé nálezy, svědčící o delším přežití lidí po absolvování psychoterapie.

## **Suicidium**

Suicidium je u onkologických nemocných relativně řídké. Onkologičtí pacienti přitom mluví o sebevražedných myšlenkách, zejména v časných stádiích nemoci. Podle epidemiologických studií je incidence suicidálních pokusů u nemocných s onkologickým onemocněním jen o něco vyšší, než ve zdravé populaci. Vyšší riziko je u mužů s karcinomem krku a hlavy. Toto zvýšené riziko je v tomto případě spojeno s celou psychosociální situací; často jde o izolované muže s anamnézou alkoholismu. Sociální faktory budou pravděpodobně důležitější, než lokalizace a typ tumoru. Celkově je vyšší riziko u mužů, v pokročilejších stádiích nemoci, při špatné prognóze, depresi a beznaději, při deliriu a při horší kontrole impulzů, nedostatečně kontrolované bolesti, abusu alkoholu nebo drog, při předchozích suicidálních pokusech nebo preexistující psychopatologii v anamnéze, tělesné nebo emocionální exhausci, sociální izolaci a extrémní potřebě kontroly. Samotné suicidální myšlenky se mohou objevit v době zjištění diagnózy (10% nemocných) a rekurence. Obecně nemocní používají suicidální myšlenky ve svém vnitřním monologu k dosahování pocitu vnitřní kontroly: „Zabij se, když rakovina bude nesnesitelná!“ Tento čas obvykle nepřijde, ale zdánlivý pocit kontroly nad situací je zachován. Paradoxně myšlenka na sebevraždu může být jedinou věcí, která je udržuje při životě. Pokud je však přítomno reálné plánování suicidia, je nutné mít pacienta pod kontrolou.

## **Mánie**

Manie jen velmi zřídka souvisí s onkologickým onemocněním. Raritně mohou vést k sekundární mánii diencephalické tumory a cerebrální metastázy. V onkologii však nejčastěji příznaky mánie vznikají po kortikosteroidech. Druhotná psychotická mánie při léčbě steroidy může být zaměněná za delirium.

Úzkost a úzkostné poruchy

Úzkost objevující se u onkologických pacientů ve své závažnosti kolísá mezi „normálními“ obavami, strachem spojeným se život ohrožující situací, přes subsyndromálně prožívaný stres, poruchy přízpusobení, generalizova-

nou úzkostnou poruchou a organickou úzkostnou poruchou. Mohou se však objevit i velmi specifické fobie a posttraumatická stresová porucha. Úzkost může tedy být přechodná, objevovat se ve vlnách nebo jen v určitých situacích, nebo může být trvalá a všepřonikající, jak je tomu u rozvinutých úzkostných poruch. Hodnocení akutní úzkosti u onkologických pacientů vyžaduje zvážení dalších podmínek, které mohou imponovat, jako úzkostná porucha. Antiemetické léky nebo metoclopramid mohou vyvolávat akathisii a neklid. Vnitřní pocit neklidu je často zaměňován za anxiету. Náhlý rozvoj úzkosti se může objevit po plicní embolii. Rovněž silná nekontrolovaná bolest může vést k rozvoji neklidu a úzkosti. Zde bude nejlepším řešením bolest zmírnit pomocí analgetik (někdy se však dostaneme do opačné situace – úzkost zvyšuje bolest a zmírněním úzkosti pomocí anxiolytik zmírníme i bolest).

### **Akutní stresová reakce**

Jak diagnóza tak léčba onkologického onemocnění může být intenzivním stresorem schopným pacienta traumatizovat. Včasná diagnóza a léčba akutní stresové reakce je nejdůležitější prevencí pozdějšího rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Je nutné pacientovi umožnit ventilovat negativní emoce, vyjádřit mu pochopení, povzbudit ho, probrat plán léčby i možnosti řešení problémových věcí.

### **Posttraumatická stresová porucha (PTSD)**

Jak samotná diagnóza a její okolnosti, tak intenzivní léčebné kúry, se mohou vracet v intrusivních vzpomínkách a flashbacích a vést k dalším příznakům podobným PTSD. Rovněž stresu související s léčbou může evokovat rozpomínání na traumata, která se odehrála v minulosti. U léčených pro nádor prsu byla u 9% pacientek po dvou letech po diagnóze zjištěna posttraumatická porucha. Pacientky prožívaly vtíravé vzpomínky na okolnosti léčby, které nebyly schopny kontrolovat, měly v noci děsivé sny, které je budily, cítily se citově odcizené a často zbytečné.

### **Delirium**

Delirium je častou komplikací onkologických onemocnění, bývá důsledkem samotné nemoci nebo nežádoucím účinkem léčby, vlivem metastáz v mozku a řidčeji důsledkem paraneoplastických syndromů. To platí zejména pro terminálně nemocné pacienty, kde k rozvoji deliria dochází zejména díky metabolické encefalopatii. Prevalence deliria v onkologické péči je 5%-30% a podstatně více v terminálních stádiích. Delirium je spojeno s vyšší morbiditou i mortalitou a vede ke zvýšení stresu jak pacientů, tak rodiny i zdravotního personálu. Primární nádory mozku a metastázy do mozku (obzvláště při primárním nádoru prsu nebo plic) mohou být jednou z přímých příčin deliria. Imunosuprese, zejména u hematologických malignit, je

spojena s vysokým rizikem oportunistické infekce, která může snadno vést k rozvoji deliria. Rovněž nádory hlavy a krku, které jsou chirurgicky řešeny, jsou vysoce riskantní pro rozvoj deliria, protože se jedná o postižené vyššího věku a s vysokou prevalencí abusu alkoholu a syndromu z vysazení. V paliativní péči se před smrtí delirium objevuje až u 75% hospitalizovaných terminálně nemocných pacientů. Běžnou příčinou deliria u terminálně nemocných pacientů je selhávání vitálních orgánů (ledviny, jádra, plíce, štítná žláza, nadledvinky). Další častou příčinou je interkurentní horečnaté onemocnění, podávání některých léků, zejména pak opiátů, chemoterapeutik (methotrexát), tlumení benzodiazepiny, podávání anticholinergně působících preparátů. Delirium vyvolané hyperkalcémií patří mezi akutní onkologické situace a je většinou sekundární k metastázám do kostí. U pacientů s onkologickou problematikou se delirium rozvíjí zpravidla rychle, během hodin až dnů, má tendenci v průběhu dne kolísat v intenzitě, zpravidla se horší večer se stmíváním. Příznaky se mění od změn pozornosti, přes poruchy paměti až k desorientaci. Misinterpretace mohou vést k poruchám vnímání (iluzím), při větší hloubce pak k halucinacím a bludné produkci, často paranoidní.

### **Bolest a psychické příznaky**

Důležitým příznakem onkologického onemocnění je bolest. Je prožívána jako signál negativní změny tělesného stavu, funguje jako potvrzení závažnosti choroby nebo jejího zhoršení. Nemocní s onkologickým onemocněním si často říkají: „už mám bolesti, brzy zemřu“. Nedostatečně léčená bolest je jedním z hlavních problémů na dětských i dospělých onkologických pracovištích. Bolest může doprovázet úzkost, deprese s bezmocí (zejména u pacientů, kteří věří, že jejich nemoc se bude zhoršovat a s tím i bolest), agitace, podrážděnost a popudlivost, potíže kooperovat, nespavost. Dlouhodobé psychické důsledky onkologických onemocnění jsou podstatně menší, když je bolest dostatečně kontrolována.

### **Podpořeno projektem IGA MZ ČR NS 10301-3/2009**

#### **Literatura**

Massie MJ, Holland JC, Straker N: Psychotherapeutic interventions. In: Holland JC, Rowland JH (eds): Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patients With Cancer. Oxford University Press, New York 1989; 455-469.

## **Summary**

### **PSYCHIATRIC AND PSYCHOTHERAPEUTIC CARE ABOUT ONCOLOGICAL PATIENT DURING LAISON PSYCHIATRY**

Although many people believe that psychological factors play a major role in cancer onset and progression, scientific evidence has not yet clarified these relationships, and the role of psychological factors remains controversial. Depressive symptoms were associated with a higher-than-normal frequency of cancer in early epidemiological study but later meta-analysis did not find clinically significant association. Psychotherapy and/or psychopharmacotherapy can often help patients to accept the oncologic diagnosis; sort out treatment options; overcome fear, depression, or denial, and enhance patient's ability to cope with the oncologic treatment.

**Key words:** oncology, psychiatry, psychotherapy

## SEXUALITA STARŠÍ POPULACE

T. Tošnerová

*Psychiatrická ambulance, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha 10, Česká republika*

Cílem příspěvku je nastínit reálnější obraz sexuality stárnoucí populace v rozvinuté společnosti. Příspěvek se na základě USA a švédských studií údajů monitorující sexualitu pozdního věku z roku 1995-2000 zamýšlí, které faktory se podílejí na prevenci poruch sexuality vyššího věku. Rozebírá podíl zdravotních potíží, na kolik jsou skutečnou komplikace sexuálních aktivit, co znamená a zda je komplikací sexuálních aktivit vlastní věk a jak se podílí na problému farmakoterapie při tzv. multimorbiditě seniorského věku

Soustředí pozornost i na mýty a realitu sexuality pozdního věku, považovaného za asexuální. Seznámí s negativními společenskými názory, sdělí desatero sexuálních projevů pro přibývajících léta. Uvede pohled na vlastní sebepojetí seniora a mění se obraz sexuality v historickém kontextu.

Pozornost je věnovaná řadě psychosociálních faktorů, zahrnuje kromě postoje veřejnosti i postoje zaměstnanců v ústavní zařízení, včetně vhodné edukace.

### **Souhrn**

Příspěvek je pohled na aktivnější přístup k sexualitě u populace nad 70 let koncem 20. století. Rozebírá zdravotní potíže, farmakoterapii, mýty, společenské názory a jejich dopady na sexualitu.

**Klíčová slova:** Sexualita, stáří, věková diskriminace

### **Summary**

The message describes the view of the approach to sexuality in late 20th century in population over 70. It deals with illnesses, pharmacotherapy, myths, society opinions, and their impact on sexuality.

**Key Words:** Sexuality, age, age discrimination

## SPECIFIKA DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE

P. Uhlíková

*Centrum dorostové a vývojové psychiatrie, Psychiatrická klinika 1. LF a VFN, Praha, Česká republika*

### Úvod

Období adolescence je druhou fází dospívání a plynule navazuje na období pubescence, v které probíhá pohlavní dozrání. Pro adolescenta je jeho tělesný vzhled důležitou součástí tvořící se identity. Adolescence trvá s určitou individuální variabilitou od 15 do 20 let a je obdobím komplexních psychosociálních změn, kdy se mění osobnost i sociální pozice jedince, dochází k separaci od rodiny a přijetí vlastní psychosexuální role.

Z pohledu psychosociální teorie je jednou z nejdůležitějších vývojových změn tohoto období vytvoření vlastní identity. V první fázi adolescence vzniká difúzní identita, jedinec je stále velice snadno ovlivnitelný vrstevníky, často mění názory a jeho sebehodnocení je závislé na hodnocení druhých. Později adolescenti často se svou identitou experimentují, mění vzory, hledají vyhovující variantu, což může v konečném důsledku vést k vytvoření originálnější, konzistentnější a odolnější identity. Méně kreativní jedinci si vytvářejí identitu nápodobou vzorů, které vidí v nejbližším okolí, nejčastěji v rodině.

Adolescenti ochotně přijímají a využívají svobodu kterou jim poskytuje dospívání, ale odmítají přijmout odpovědnost, které z vlastních rozhodnutí vyplývá. Potřeba oddálit dospělost spojenou s neatraktivními povinnostmi se může projevit adolescentním moratoriem, kdy jedinec setrvává ve fázi difúzní identity, je dezorientovaný v sobě samém, experimentuje s různými rolemi, není schopen rozhodnout se a systematicky směřovat k nějakému cíli.

V adolescenci dochází k významným kognitivním a emočním změnám, myšlení se mění v hypoteticko-deduktivní, je typický egocentrismus, vysoká flexibilita myšlení, hledání originálních postupů, řešení existenciálních otázek. Adolescenti preferují intenzivní citové prožitky, hledají absolutní řešení problémů a neodkladné uspokojení potřeb.

Sebeprosazování adolescenta vede ke sporům s rodiči, jejichž nejčastějším tématem je doba návratu domů, sociální život, utrácení peněz, známky ve škole, oblékání. Jde o období citlivé pro vznik syndromu rizikového chování a některých závažných psychiatrických onemocnění: závislostí na psychoaktivních látkách, schizofrenií, afektivních poruch, poruch příjmu potravy a poruch chování. V tomto období se také spolu s dozráváním osobnostní struktury mohou projevit první známky poruchy osobnosti.



Ukončení adolescence bývá spojováno s dovršením přípravy na budoucí povolání, což může být zdrojem problémů u vysokoškoláků, kde ekonomická nezávislost zaostává za tvorbou identity a separací od rodiny.

### **Psychiatrické vyšetření adolescenta**

Nejčastější problémy, s kterými se adolescent dostává do psychiatrické ambulance, jsou změny nálady, chování a zájmů, často provázené zhoršením školního prospěchu, které obvykle mnohem víc vadí okolí dospívajícího než jemu samotnému. Stanovit jednoznačně hranici mezi normálním a patologickým chováním a prožíváním adolescenta není možné bez komplexního zhodnocení včetně posouzení psychosomatického a sociálního vývoje jedince. V adolescenci mohou do oblasti normy spadat i projevy, které bychom u dospělého jedince považovali za příznak chorobný, například větší emoční labilita nebo nejasné a proměnlivé představy o budoucnosti.

Komplexní psychiatrické vyšetření se skládá z odebrání podrobné zdravotní a sociální anamnézy, vlastního vyšetření, stanovení diagnózy a terapeutického plánu. Do značné míry je výsledek vyšetření závislý na komunikaci s pacientem a na získání jeho důvěry, základním vyšetřovacím nástrojem v psychiatrii je rozhovor a pozorování. Rozhovor s adolescentem, donuceným k vyšetření rodiči, velmi komplikuje jeho vývojově daná snaha o získání autonomie a nedůvěra ke každé autoritě, která se zdá být spojenem rodičů. Pokud se nejedná o akutní poruchu, která a ohrožuje bezprostředně zdraví a život jedince a vyžaduje neodkladné řešení, je možné pokusit se nejprve navázat přiměřený kontakt s adolescentem, je nutná trpělivost a dostatek času. Není vhodné začínat vyšetření pohovorem se samotným rodičem, i když společné vyšetření může mít konfrontační charakter a lze ho diagnosticky využít. Cíleně se ptáme pacienta na subjektivní výklad příznaků, které popisuje rodič, diagnosticky významné mohou být právě ty údaje, ve kterých se rodiče a dítě neshodují. U zletilých adolescentů je nejen v zájmu udržení důvěry pacienta nutné respektovat zákonné normy a vyhovět přání pacienta, týkajícího se sdělování citlivých zdravotních údajů dalším osobám včetně rodinných příslušníků.

Součástí komplexního vyšetření adolescenta by mělo být i somatické vyšetření, zaměřené na vyloučení organické příčiny poruchy a posouzení somatického vývoje. Většina psychopatologických příznaků není specifická pro určité onemocnění a může se objevit u intoxikací, neurologických, metabolických, endokrinnologických poruch nebo může být reakcí na závažnou sociální patologii, disharmonické rodinné zázemí, zneužívání nebo týrání.

Ke stanovení psychiatrické diagnózy bývá nezbytné psychologické vyšetření, zaměřené na posouzení intelektu, struktury osobnosti a kvantifikování jednotlivých symptomů. Vždy je nutné zhodnotit kromě samotných příznaků také okolnosti jejich vzniku, trvání a vývoj, premorbidní stav pacienta

a další širší souvislosti, jako je prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, typ výchovy, osobnost rodičů, emoční klima rodiny, příležitost ke vzdělání a další.

### **Závažné symptomy psychiatrických poruch v adolescenci**

Změny vědomí se mohou vyskytnout u intoxikací návykovými látkami, u záměrné suicidální intoxikace nebo u psychóz a abstinčních stavů při zneužívání návykových látek.

Poruchy vnímání mají různou závažnost. Za nepatologické obvykle považujeme iluze, vznikající při stavech únavy nebo zesílené bdělosti a u dětí v mladším školním věku, který je obdobím magického myšlení. Halucinace patří k závažnějším psychopatologickým příznakům, je však prokázáno, že v neobvyklé nebo stresující situaci se vyskytly až u 25% zdravých osob. Za patologii nepovažujeme ani hypnagogické a hypnopompní. Sluchové halucinace se vyskytují až u 90% schizofrenních pacientů zejména ve formě komentářů jejich chování nebo příkazů (imperativní halucinace), kterým pacient nedokáže odolat a které mohou mít značný vliv na jeho chování. Mohou se také objevit až u 30% pacientů s poruchami nálady, asi dvakrát častější jsou u pacientů s mánií než u depresivních. Taktilní halucinace, např. hmyz lezoucí po těle, jsou nejčastěji u abstinčních příznaků a u intoxikací kokainem. Intrapsychické halucinace, kdy pacient slyší své myšlenky, má pocit jejich vkládání, odnímání či vyrazování jsou typické pro schizofrenii podobně jako tělové halucinace, kdy pacient vnímá své tělo složené z neobvyklých látek, předmětů, popisuje v těle probíhající bizarní procesy.

K adolescenci patří intenzivní emoční prožívání, labilita, výraznější výkyvy nálad, prudší afekty, adolescenti si často ve svých krajních náladách libují a záměrně je vyhledávají, proto odlišení normy od patologie bývá v tomto věku obtížnější. Za závažné by měly být považovány takové změny nálady, které mají nepřiměřenou intenzitu a trvání a které ovlivňují nežádoucím způsobem chování adolescenta.

Kvalitu myšlení hodnotíme především podle mluveného, případně psaného projevu pacienta. Pokud s vyšetřovaným jedincem nelze navázat kvalitní slovní kontakt – což u revoltujících adolescentů nebývá nijak vzácné – jsou možnosti hodnotit myšlení omezenější. Změny myšlení typické pro adolescenci, tendence k originálním myšlenkovým postupům a pseudofilozofování mohou být velmi blízké změnám u počínajícího psychotického onemocnění a rozlišení bývá někdy obtížné.

Poruchy volního jednání, zejména jejich snížení, v adolescenci provází poruchy nálady, schizofrenii a spolu s poruchami motivace a soustředění bývají typické pro úzus kanabinoidů.

Poruchy spánku mohou být symptomem i samostatným onemocněním. Typickou adolescentní dyssomnií, poruchou kvality a množství spánku, je porucha cirkadiálního spánkového rytmu, navozená nepravidelností spán-

ku, narůstajícím spánkovým dluhem během pracovního týdne a dospíváním o víkendech. Důsledkem je dlouhodobá neschopnost adolescenta usnout v době vhodné pro spánek, obtížné ranní vstávání, ospalost a usínání během dne. K nejčastějším adolescentním parasomniím, poruchám spánku spojeným s behaviorálními projevy, patří bruxismus, jehož příznakem je zatínání a skřípání zubů během spánku a důsledkem může být poškození chrupu a obavy ze společenského handicapu. Porucha spánku jako symptom psychického onemocnění provází nejčastěji poruchy nálady, jako deprese adolescentů není vždy typické časné probouzení kolem 3-4 hodiny ráno jako u dospělých, často nemohou usnout večer nebo mají zvýšenou potřebu spánku i během dne. Suicidální chování nepředstavuje samostatnou nosologickou jednotku, jde o syndrom, který může být součástí různých onemocnění. Zahrnuje suicidální myšlenky, tendence, pokus a dokonané suicidium. Suicidální proklamace je vždy nutno brát vážně, i když jsou zřejmé účelové nebo demonstrativní tendence, v jakémkoli věku jsou indikací k okamžitému psychiatrickému vyšetření. V adolescenci je sebevražedný pokus nejčastějším důvodem pro urgentní psychiatrické vyšetření a suicidium je druhou nejčastější příčinou úmrtí v tomto věku! Rizikovými faktory pro sebevražedné chování je disharmonické rodinné prostředí, sociální izolovanost mezi vrstevníky, snížené hodnocení, zvýšená impulzivita, depresivní projevy, sklon k užívání alkoholu a drog, nechtěné těhotenství a také předcházející suicidální pokus.

### **Diferenciální diagnostika v adolescenci**

Důležitým diferenciálně diagnostickým úkolem v adolescenci je včasné rozpoznání psychiatrických chorob s možnými dlouhodobými nebo celoživotními následky, které lze včasnou diagnostikou a léčbou výrazně omezit nebo jim úplně zabránit.

K nejzávažnějším psychiatrickým poruchám, vznikajícím v období adolescence, patří schizofrenie, až 70% z nich vznikne mezi 10. a 25. rokem věku. Těmto onemocněním často předchází méně specifické příznaky, jako je zvýšený zájem o tělesné prožívání, nadměrná hloubavost nad smyslem života, pokles soustředění, zájmů, únava, depresivní ladění, suicidální úvahy, pocity lhostejnosti a nezájmu. U hebefrenní formy schizofrenie mohou její příznaky, ke kterým patří emotivní změny, proměnlivé poruchy myšlení a vnímání a nevhodné a nepředvídatelné chování, splývat s vývojovými změnami. Teprve po řadě týdnů až měsíců může dojít k rozvoji typických příznaků schizofrenních onemocnění. U adolescentů se často objevuje astenický syndrom, charakterizovaný sníženou výkonností, nespavostí, bolestmi hlavy, únavou, pocity prázdnoty, nesoustředěností, rozvíjí se anhedonie a amotivační syndrom, který je příčinou neschopnosti vyvíjet jakoukoli aktivitu. Prognóza onemocnění je tím horší, čím delší je doba od prvních příznaků do zahájení léčby, proto má rozpoznání počínajících příznaků schi-

zofrenie zásadní význam. V prodromálních stádiích může být diagnóza obtížná, klinický obraz se často podobá adolescentní krizi, depresivní poruše, bipolární poruše, poruchám osobnosti a poruchám spojeným s užíváním návykových látek.

Prevalence depresivní poruchy u adolescentů se pohybuje od 0,4-8,3%, v porovnání s dospělými pacienty však nemívají typická ranní pesima a trvale smutnou náladu, ale spíše se objevují propady nálady během celého dne. Depresivní adolescenti bývají častěji podráždění, agitováni, hyperaktivní, mívají pocity vnitřní tenze nebo naopak apatie, nudy, které mohou řešit rizikovými aktivitami na hranici hazardu, užíváním návykových látek, střídáním partnerů, které zvyšují pocity viny a zhoršují sebehodnocení a depresivní prožívání. U deprese v období dospívání jsou častější somatické a vegetativní příznaky, z nichž nechutenství a pokles váhy může mylně vést k podezření na poruchy příjmu potravy. Obtížné odlišení afektivní a schizofrenní poruchy ztěžuje i zjištění, že až u 40% depresivních adolescentů se vyskytnou psychotické příznaky, sluchové halucinace, náboženské a paranoidní bludy a naopak u více než 50% adolescentů se schizofrenií počáteční příznaky onemocnění splňují kritéria poruchy nálady.

K závažným a obtížně diagnostikovatelným poruchám v dospívání patří také bipolární afektivní porucha, ukazuje se, že 20% těchto onemocnění má první příznaky už v adolescenci, kdy se kromě typického střídání nálad objevují častěji než v dospělosti psychotické příznaky a rychlejší přesmyky fázi deprese a mánie.

Pokud hodnotíme v rámci diferenciací diagnostické rozvahy užívání návykových látek, s kterým má podle posledních studií v ČR zkušenost 40% šestnáctiletých dětí, je nutné brát v potaz i možnost, že mezi pozitivním toxikologickým nálezem a vznikem schizofrenie nebo poruchy nálady nemusí být kauzální souvislost a úzus drog je pak hodnocen jako komorbidita jiného onemocnění.

V adolescenci se mohou objevit také první příznaky poruch osobnosti, i když vzhledem k nedokončenému zrání jedince se tyto diagnózy obvykle používají až u pacientů po 18. roce věku. Osobnostní poruchy mají poměrně vysokou prevalenci, literatura uvádí 11-23%, a často se vyskytují jako komorbidita spolu s jiným psychiatrickým onemocněním. Jsou charakterizované přetrvávajícím maladaptivním vzorcem prožívání a chování, který je poměrně stabilní a vede k vnitřním potížím, nepohodě, tísní a funkčnímu postižení. Afektivním a psychotickým poruchám, ale i samotnému adolescentnímu vývoji se může podobat emočně nestabilní porucha osobnosti, která se projevuje impulzivitou, neuváženým rozhodováním bez ohledu na následky a emočními výkyvy. Pokud tyto příznaky přetrvávají dlouhodobě a k nim se přidružuje trvalá nespokojenost s vlastní osobou, pocity prázdnoty a tenze, nejasné životní preference a cíle, včetně sexuálních, intenzivní, ale nestále vztahy, vedoucí k emočním krizím, sebepoškozování a opakované

suicidální proklamace nebo chování, jde již pravděpodobně o poruchu osobnosti. Dekompenzace této poruchy v období zvýšené zátěže se může projevit i přechodnými psychotickými příznaky.

### **Literatura**

Hort V., Hrdlička M., Kocourková J., Malá E.: Dětská a adolescentní psychiatrie. Portál, Praha, 2000, 492 s.

Höschl C., Libiger J., Švestka J.: Psychiatrie. 2. vydání, Praha: Tigis, 2004.

Koutek J., Kocourková J.: Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2003, 127 s.

Raboch J., Zvolský P.: Psychiatrie. Praha: Galén, 2001, 622 s.

Vágnerová M.: Vývojová psychologie. Praha: Portál, 2000, 522 s.

### **Souhrn**

V období adolescence probíhá řada významných psychických, somatických a sociálních změn, jejichž projevy mohou být obtížně odlišitelné od nespecifických příznaků psychiatrických onemocnění z okruhu psychotických, afektivních a osobnostních poruch. Podmínkou stanovení psychiatrické diagnózy v adolescentním věku je podrobné a komplexní vyšetření, které je někdy nutné doplnit dlouhodobou observací pacienta.

**Klíčová slova:** adolescence, diferenciální diagnostika

# ZÁMĚRNÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ TEENAGERŮ – DESKRIPTIVNÍ ČESKÁ STUDIE

E. Vaníčková<sup>1</sup>, V. Hynčica<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ústav zdraví dětí a mládeže, Univerzita Karlova v Praze – 3. lékařská fakulta, Praha, Česká republika

<sup>2</sup>Centrum odborných činností v ochraně a podpoře veřejného zdraví, SZÚ, Praha, Česká republika

## Cíle

Hlavním cílem studie realizované v rámci projektu MZ v roce 2010 je přispět k epidemiologii a deskripci záměrného sebepoškození v české populaci teenagerů. Věkové období teenagerů je obdobím, kdy je výskyt záměrného sebepoškození nejvyšší a spadá sem jeho začátek. Řada autorů uvádí výskyt ve věku 13 – 18 let v rozmezí 10 – 15%. (Kriegelová 2008) Výsledky studie přispějí k deskripci genderových rozdílů, klasifikaci četnosti, způsobu záměrného sebepoškození a jeho prožívání. Druhým cílem je porovnání výsledků mezi regiony ČR s ohledem na míru zátěže jejich obyvatel. Na základě empirických poznatků a dílčích studií se ukazuje, že nárůst záměrného sebepoškození, zejména teenagerů, je patrný v souvislosti s rostoucím výskytem – zejména – psychického a citového násilí vůči dětem. Záměrné sebepoškození je tedy vnímáno za projev vývojového traumatu. (Martínek 2009) Třetím cílem je přispět k definování aktivit na podporu duševního zdraví dětí v rámci Národní strategie prevence násilí na dětech na základě znalosti epidemiologie a deskripce záměrného sebepoškození.

## Metody

Autoři vypracovali návrh metodiky, kterou je dotazník obsahující 38 otázek s uzavřenou volbou odpovědí. Otázky jsou členěné do 6 zájmových okruhů: osobní zkušenost s návštěvou psychologa/psychiatra, osobní zkušenost se spánkovými problémy, poruchy příjmu potravy a užíváním návykových látek, osobní zkušenost s násilím, deskripce záměrného sebepoškození, epidemiologie suicidálního chování a subjektivní hodnocení respondentů. V měsících leden – únor se uskutečnila pilotní studie na jedné základní škole v Praze 10. Žáci 8. a 9. ročníků dobrovolně a anonymně vyplnili dotazník; data byla statisticky zpracována. Zpětná vazba ukázala, že kromě dvou drobných, formulačních změn není třeba metodiku měnit; v průběhu roku bude realizovaný sběr dat v ČR. Sledovaný soubor pilotní studie tvoří 70 dětí ve věku 14 – 16 let, z toho je 35 chlapců (50,00 %) a 35 dívek (50,00 %).

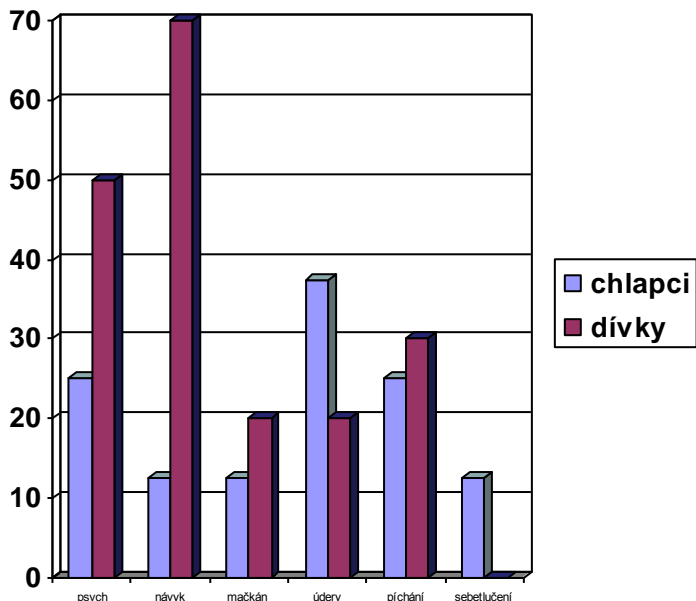
## Výsledky

Výsledky pilotní studie potvrdily i u české populace teenagerů vysoký výskyt záměrného sebepoškození. Jak uvádí Kriegelová (2008) získat a srovnat údaje o prevalenci záměrného sebepoškození je velmi obtížné. Hlavním důvodem je nekonzistentní pojetí sebepoškozujícího chování a terminologická nejednotnost. Podle cílené studie širší populace studentů na školách ve Velké Británii bylo zjištěno, že až 13,2 % teenagerů potvrdilo existenci epizody záměrného sebepoškození. Studie prováděné na školách na obecné populaci dětí a adolescentů jsou známé především z Velké Británie, USA a Austrálie a data jsou srovnatelná. Naše výsledky jsou statisticky významně vyšší; v souladu s výsledky zahraničních výzkumů se potvrdila i v naší studii skutečnost, že záměrné sebepoškození i jeho frekvence je vyšší u dívek (28,6 %) než u chlapců (22,9 %). Rozdíl lze vysvětlit tím, že naše metoda byla záměrně nastavena citlivěji vůči způsobu a formě záměrně působené bolesti, a to o kategorii záměrně působené psychické bolesti. Četnost vybraných způsobů záměrného sebepoškození je prezentovaná graficky (obr. č.1).

Není jisté bez zajímavosti skutečnost, že 42,9 % chlapců někdy navštívilo psychologa, 11,4 % psychiatra a 11,4 % chlapců se domnívá, že měli někdy pocit potřeby vyhledání takové návštěvy; u dívek jsou data odlišná – psychologa navštívilo 25,7 % dívek, psychiatra 8,6 % a potřebu vyhledat takovou návštěvu mělo dokonce 34,3 % dívek.

Vysoká incidence osobní zkušenosti teenagerů s tabákem, alkoholem, marihuanou, extází je plně v souladu s výsledky českých studií. Přibližně třetina dětí má bolestnou zkušenost se zraňováním od jiné osoby – učitelé, kamarádi, rodiče a cizí osoby; 5,7 % chlapců a 11,4 % dívek uvedlo, že mají traumatickou vzpomínku z raného dětství (rozvod, domácí násilí). Nejčastějším steskem dětí je skutečnost, že rodiče na ně nemají dostatek času a v rodině panuje nedostatečná komunikace.

Obr. č. 1. Způsoby záměrného sebepoškození obecné populace teenagerů



Překvapivá je skutečnost, že u sledovaného souboru byl často identifikován fenomén opakující se události záměrného sebepoškození. Pouze každá desátá dívka, která zažila epizodu sebepoškození uvedla, že se jednalo o jednorázovou událost a stejný počet naopak uvedl, že k této epizodě dochází často. Převážná většina respondentů uvedla, že frekvence opakování sebepoškozujících událostí se pohybuje na rozmezí občas a výjimečně.

Z identifikovaných základních funkcí záměrného sebepoškození se v našem souboru na prvním místě umístila potřeba zvládnání silných emocí a regulace psychické tenze (67,5 %), na druhém místě útěk od silných emocí a navození pocitů otupělosti jako „psychické anestézie“ (65 %), na třetím místě kontrola nad vlastním tělem (35 %).

Velmi významným zjištěním je informace poloviny respondentů o tom, že si jsou buď jistí nebo se domnívají, že o jejich záměrném sebepoškození ví „nějaká“ – blíže neidentifikovaná druhá osoba. Jistotu má až 30 % dívek a 12,5 % chlapců.

Součástí metodiky byla také část věnovaná 1. stupni suicidálního chování; 31,4 % chlapců a 51,4 % dívek uvedlo, že se někdy v životě zabývalo sebevražednými myšlenkami. V této souvislosti je významná výpověď respondentů



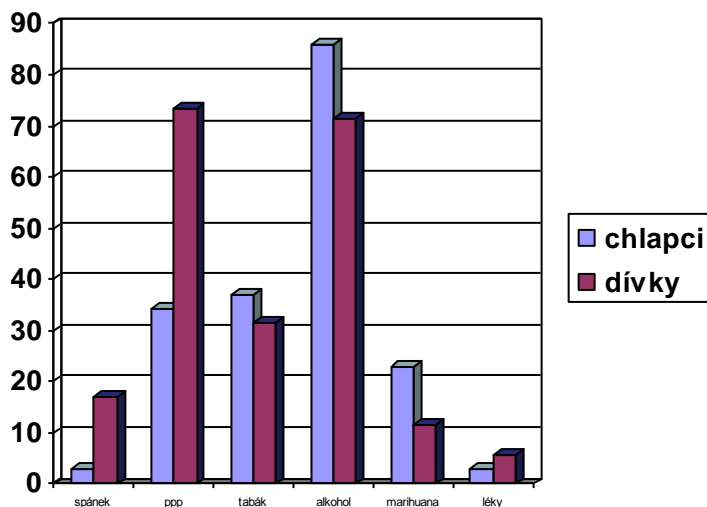
o tom, že tyto myšlenky jim přinesly úlevu. Více než polovina sledovaného souboru vypověděla, že zná jinou osobu, která se sebevražednými myšlenkami také zabývala, ale 22,9 % chlapců a 37,1 % dívek také uvedlo, že osobně zná osobu, která se o sebevraždu pokusila. Nejlepší ochranu před sebevraždou vidí respondenti v roli a porozumění nejlepšího kamaráda a také ve vstřícnosti a laskavosti rodičů.

Míra sebevědomí respondentů této pilotní studie na desetibodové škále je rozvrstvena mezi všechny hodnoty a v celkovém skóre chlapci bodují více než dívky. S tím zřejmě souvisí i skutečnost, že jedna pětina chlapců a dvě pětiny dívek se domnívají, že jejich vrstevníci jsou šťastnější. V názorech na to, co by mohlo dětem pomoci, aby se cítily dobře, respondenti se shodli na níže uvedených faktorech:

dostatečný čas a zájem rodičů, za kterým s velkým odstupem navazuje snížení rozvodovosti, respekt všech práv dětí a dostatečná nabídka kvalitních zájmových aktivit.

Během sběru dat si tři děti vyžádaly informaci o možnosti odborné pomoci pro svého kamaráda a většina z nich přivítala zaměření tohoto výzkumu, ale realizaci přijali s velkou skepsí.

Obr. č. 2 Osobní zkušenost s vybraným modelem chování



**Závěr:** Výsledky pilotní studie na téma záměrného sebepoškození teenagerů ověřily metodiku, která bude použita pro sběr dat deskriptivní české

studie v rámci projektu MZ 2010. Výsledky pilotní studie potvrdily problém nejednotné terminologie. Na základě dílčích výsledků u obecné populace teenagerů lze potvrdit předpoklad, že záměrné sebepoškozování je v ČR relativně časté, zřejmě podceňované chování, které bývá součástí cyklu násilí, kterému je dítě vystavené. Záměrné sebepoškození je nutno vnímat jako nezralou snahu o přežití. Dítě, které samo neovládá své emoce a myšlenky, jež ho zahlcují na základě hodnocení situace, kterou je exponováno, samo nenachází východisko. (Platznerová 2009) Tomu odpovídají výsledky této pilotní studie, které potvrzují, že naši respondenti mají problém s vyjadřováním emocí; dvě třetiny chlapců a polovina dívek neumí vyjádřit své emoce a dvě třetiny respondentů nenachází slova k vyjádření toho, co cítí. Výsledky nejen pilotní, ale celé deskriptivní studie přispějí k ujednocení terminologie a odborné diskuzi věnované přístupům k dětem ohrožených ohrožených jakoukoli formou násilí a zapouzdřením cyklu násilí.

### **Literatura**

Kriegelová M. Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. Grada Publishing. Praha 2008.

ISBN 978-80-247-2333-4.

Martínek Z. Agresivita a kriminalita školní mládeže. Grada Publishing. Praha 2009. ISBN 978-80-247-2310-5.

Platznerová A. Sebepoškozování, aktuální přehled diagnostiky, prevence a terapie. Galén. Praha 2009. ISBN 978-80-7262-606-9.

### **Summary**

## **SELF-MUTILATION OF TEENAGERS – THE DESCRIPTIVE CZECH STUDY**

The aim of study is the contribution to the epidemiology and the description of self-mutilation in the Czech population of teenagers and the identification of activities to the support of mental health children. The authors elaborated the anonymous questionnaire with 38 questions which completed 70 teenagers (35 boys and 35 girls) from primary school in Prague. The results of this pilot study had confirm the problems with terminology but the high occurrence of the episode of self – mutilation too (boy 22.9 %, girl 28.6 %). The foreign studies presents the occurrence between 12 – 15 % and the difference is given in the definition of the self – mutilation methods. The component of the method was the description of suicidal behavior; 31.4 % boys and 51.4 % girls pleaded suicidal thoughts.

The most frequent function of self-mutilation in our study were identified the need of coping of strong emotion and the regulation of psychic tension (67.5 % respondents).

**Key words:** self-mutilation, the teenager, the occurrence in public population, suicidal behavior

## BRÝLE MÁMENÍ: KRITICKÝ ROZBOR DVOU PUBLIKACÍ

J. Volavka<sup>1</sup>, P. Mohr<sup>2</sup>, C.Höschl<sup>2</sup>

<sup>1</sup>New York University School of Medicine, USA

<sup>2</sup>Psychiatrické centrum Praha, 3. LF UK Praha, Centrum neuropsychiatrických studií, Česká republika

Psychiatři jsou zaplaveni informacemi o léčení duševních poruch. Tyto informace se liší kvalitou. Účelem workshopu je vybavit účastníky nástroji medicíny založené na důkazech, jež jim pomohou kvalitu vědecké informace odhadnout. K tomu poslouží kritická analýza dvou publikací<sup>1,2</sup>, jež účastníci před workshopem prostudují a vyhodnotí pomocí formuláře, jež byl k tomuto účelu sestaven. Příklady otázek a problémů hodnocených jednotlivými položkami formuláře: Má článek jasně formulovanou hypotézu? Jak byl stanoven počet pokusných osob? Existuje přesná informace o osudu všech randomizovaných pokusných osob? Jsou dávky léčiv srovnatelné? Jsou zvolené statistické metody schopny jasně odpovědět na hypotézu článku? Jsou metody eticky přijatelné? Jsou závěry originální, a jsou užitečné?

V průběhu workshopu dojde k diskusi účastníků nad každou položkou formuláře pro obě publikace. Diskuse povede k hlasování posluchačů o každé položce. Organizátoři workshopu pak sdělí účastníkům svůj vlastní názor, což povede v některých případech k další diskusi. Účastníci tak získají lepší schopnost kriticky vyhodnotit informace o psychofarmakologii, jež pak mnohdy používají v klinické praxi.

### Literatura

(1) Giegling I, Drago A, Schafer M, Moller HJ, Rujescu D, Serretti A. Interaction of haloperidol plasma level and antipsychotic effect in early phases of acute psychosis treatment. *J Psychiatr Res.* 2010;doi:10.1016/j.jpsychires.2009.11.004.

(2) Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet.* 2008;371:1085-1097.

**Klíčová slova:** medicína založená na důkazech, psychofarmakologie, kritický rozbor článku

## Summary

### INTERESTING, PARTICULARLY IF TRUE: CRITICAL ANALYSIS OF TWO PUBLICATIONS

Psychiatrists are inundated by information on treatment of mental disorders. The information varies in quality. The purpose of the workshop is to equip the participants with instruments of evidence based medicine that will help them assess the quality of scientific information. This will be accomplished by a critical analysis of two publications<sup>1,2</sup>. Before the workshop, the participants will study these publications and evaluate them using a rating scale constructed for this purpose. Examples of issues addressed by individual scale items: Does the paper have a clearly formulated hypothesis? How was the number of subjects determined? Is there information about the fate of all randomized subjects? Are the doses of medications comparable? Do the statistical methods test the hypothesis? Are the methods ethically acceptable? Are the conclusions original and useful?

During the workshop, for each publication, the participants will discuss the rating of each item of the scale. The participants will then vote on the rating of each item. Workshop organizers will then share with the participants their own opinion; this will lead to further discussion in some cases. The participants will develop improved ability to critically assess information on psychopharmacology. This will be useful for their clinical practice.

**Key words:** evidence based medicine, psychopharmacology, critical review

## NEUROBIOLOGIE GENERALIZOVANÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY

K. Vrbová, T. Diveky, A. Grambal, J. Praško, K. Látalová

*Klinika psychiatrie Universita Palackého, Fakultní nemocnice v Olomouci, Olomouc, Česká republika*

### Úvod

V etiopatogenezi GAD jsou zvažovány jak biologické vlivy, tak vlivy výchovy a životních událostí. Důležité může být i uvědomění etologických aspektů. GAD se dá chápat jako stav nadměrné připravenosti na nejasné nebezpečí (budoucí alarm). Ovšem v případě GAD jsou obavy a starosti nadměrné, protože životu nepomáhají, naopak ho komplikují. Patologickými je činí pocit nekontrolovatelnosti, nadměrnost a nerealističnost, přeceňování pravděpodobnosti i závažnost rizika, a podceňování vlastní schopnosti ohrožení zvládnout.

### Genetické vlivy

Populační studie vzorku 1033 ženských dvojčat potvrdila tendenci generalizované úzkostné poruchy objevovat se častěji v některých rodinách a prokázala, že vliv genetických faktorů je zde vyšší než vliv sdíleného rodinného prostředí (Kendler a spol. 1992). Hereditabilita se pohybovala kolem 30 %. Autoři rovněž potvrdili, že vulnerabilita pro GAD a depresivní poruchu bude ovlivněna stejnými genetickými faktory, ale mají rozdílné environmentální rizikové faktory související s odlišnými životními událostmi (Kendler et al. 1992). Metodologie této studie však byla později kritizována (Kessler et al. 1999). Ve vzorku Norských dvojčat léčených pro úzkostné poruchy byla zjištěna konkordance pro GAD 0% u monozygotních dvojčat a 5% u dizygotních dvojčat (Torgensen 1983). Rozdíl v konkordanci nebyl zjištěn ani v Australské studii dvojčat Andrews et al. (1990). V kontrastu s tím Noyes et al. (1987) našli, že mezi 15 – 18 % příbuzných prvního stupně trpí stejnou poruchou. V jiné dvojčecí studii Skre et al. (1993) našli provázanost mezi GAD a poruchami afektivity.

### Autonomní funkce

Spojení mezi chronickou úzkostí a autonomní inflexibilitou je zvláště důležité pro GAD z důvodu propojení s procesem starostí. Výzkum také ukázal, že patologické obavy snižují reakci sympatiku na reálné ohrožující podněty a představy (Borkovec 1994). Zda se tedy, že proces neustálého obávání se umožňuje pacientům vyhnout se určitým nepříjemným situacím a s tím spojeným emocionálním stavům. Z neurofyziologického hlediska pacienti vykazují nižší reaktivitu na stresové podněty než zdravé kontroly. Mají sice zpravidla vyšší vegetativní tonus, nicméně na ohrožení reagují oploštělou reakcí. Pulz, tlak, kožní odpor, hladiny ACTH i kortisolu však po stresujícím

podnětu reagují jen malým vzestupem aktivity (Cameron et al 1990, Astrom 1996). Z evolučního hlediska odpovídá stav spíše „zmrznutí“ než reakci „boj nebo útěk“. V kontrastu s tím pacienti s GAD vykazují vyšší svalové napětí než kontroly jak bazálně, tak po psychologickém úzkostném vybuzení.

### **Neurotransmitterové systémy**

Účinnost benzodiazepinů, buspironu a antidepresiv vedla k zaměření pozornosti biologického výzkumu GABAergní a serotoninergní neurotransmitterové systémy. Benzodiazepiny redukuje úzkost, zatímco flumazenil (antagonista benzodiazepinového receptoru) a beta-karboliny (inverzní agonisté benzodiazepinového receptoru) úzkost indukují. Zatím neexistují žádné přímé důkazy o narušení benzodiazepinových receptorů v mozku pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou. Intenzivní výzkum zaměřený tímto směrem však probíhá. Oblastmi, které by v této problematice mohly hrát roli jsou okcipitální lalok (kde je nejvyšší koncentrace benzodiazepinových receptorů vůbec), bazální ganglia, limbický systém, frontální kůra a temporální oblasti (Tiihonen et al. 1997). Pokles vazebných míst pro benzodiazepinové receptory byl zjištěn na krevních destičkách a lymfocytech nemocných s GAD. Tyto nálezy se upravily po léčbě benzodiazepiny (Rocca et al. 1991, Weizman et al. 1987). Vzhledem k tomu, že buspiron a SSRI jsou u GAD účinné, další hypotézy postulují *narušení v regulaci serotoninergního systému* (Ballenger et al. 2001). Pacienti trpící GAD mají pokles 5-HT v mozkomíšním moku (Brewerton et al. 1995) a snížený počet vazebných míst pro paroxetin na krevních destičkách (Iny et al. 1994). Po podání serotoninového agonisty m-chlorophenylpiperazinu (m-CPP) dochází u nich k exacerbaci úzkostných a zlostných příznaků (Germine et al 1992). U pacientů trpících GAD byla zjištěna vyšší plazmatická hladina noradrenalinu a 3-methoxy-4-hydroxyphenylglykolu (MHPG), snížená vazebná místa pro periferní alfa-2 adrenergní receptory na krevních destičkách a snížená senzitivita adrenergních receptorů (Nutt 2001), což by svědčilo pro dysregulaci v noradrenergním systému. Navíc duální inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu venlafaxin se ukazuje jako velmi účinný lék (Sussman a Stein 2002). Rovněž další neurotransmitterové systémy intenzivně studovány. Zejména jde o glutamátový a cholecystokininový neurotransmitterové systémy.

### **Zobrazovací studie a úzkostné okruhy**

Počet studií zobrazovacími metodami je zatím malý. První topografická elektroencefalografická studie ukazovala na rozdíl mezi GAD pacienty a zdravými kontrolami v temporálních oblastech (Buchsbaum et al. 1985). Podobný nález potvrdila i pozdější PET studie (Wu et al. 1991). Zdá se, že ve srovnání se zdravými jedinci na PETu je vyšší glukózový metabolismus v okcipitálních, některých částech temporálních a frontálních lalocích a

v cerebellu. Naopak nižší metabolický obrat je v bazálních gangliích, gyrus cinguli a v bílé hmotě (Wu et al. 1991). U GAD by mohly být dysfunkční struktura a funkce amygdaly, což podporují nálezy volumetrické studie, kdy pomocí magnetické rezonance byly zjištěny u GAD větší rozměry pravé amygdaly (DeBellis et al. 2000). Zdá se, že příznaky GAD by mohly odpovídat všeobecné aktivaci „bazálního okruhu strachu“; se zvýšenou pozorností selektivně vyhledávají možné nebezpečí, aby pak na ně rychle mohli reagovat (Stein 2003). Zdá se, že pro tuto „volně plující“ úzkost je důležitým centrem bed nucleus strie terminalis (Davis a Whalen 2001). Hippocampus může být obzvláště důležitý v komplexnějších situacích, jako jsou konflikty nebo vyhýbání se (Gray a McNaughton 1996).

**Podpořeno projektem IGA MZ ČR NS 9752– 3/2008**

**Literatura u autorů**

**Summary**

## **NEUROBIOLOGY OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER**

Evidence from genetics, neurobiology, and psychology suggested a multifactorial etiology for GAD. Family and twin studies have indicated a modest contribution of genetic factors to the development of both GAD and neuroticism. An association between chronic anxiety and autonomic inflexibility may be particularly relevant to GAD due to its association with the worry process. Psychophysiological studies have been shown that worry is associated with restricted sympathetic arousal and low vagal tone. In contrast, patients with GAD show greater muscle tension at baseline and in response to psychological challenge than controls.

**Key words:** generalized anxiety disorder, neurobiology, cognitive functions



## SKUPINOVÁ PSYCHOEDUKACE U PSYCHÓZ

K. Vrbová, B. Mainerová, A. Grambal, K. Látalová, A. Trčová

*Klinika psychiatrie, Univerzita Palackého, Fakultní nemocnice v Olomouci, Olomouc, Česká republika*

Psychoedukace je druh psychoterapeutické pomoci, jejímž cílem je poskytnout pacientům potřebné informace o psychotickém onemocnění. Pacient by se měl dozvědět, že psychóza je sice závažné, ale léčitelné duševní onemocnění, jehož podstatou je změněný vztah k realitě. Je třeba mu umožnit, aby získal co největší náhled chorobnosti stavu, kterým prošel. Optimální je, pokud se pacienta podaří dovést k vědomí, že zákeřnost psychózy v období jejího propuknutí spočívá v tom, že sám nemocný se cítí být duševně zcela zdrav. Základním cílem edukace je prevence relapsu.

V péči o pacienty trpící psychotickým onemocněním schizofrenního okruhu se v současné době prosazují kratší terapeutické programy (obvykle od 8 do 25 setkání) a studie dokazují jejich prokazatelný vliv na snížení frekvence relapsů a zkrácení rehospitalizací (Hogarty et al., 1991). Vedle dlouhodobé farmakoterapie je tedy kvalitní edukace považována za další významnou formu pomoci pacientům. **Obsahová náplň** psychoterapeutického programu, který v současné době probíhá na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Olomouci, je následující:

1. Pacientům se poskytují informace o **biologické podstatě schizofrenie, o příznacích nemoci, o možných příčinách schizofrenie a rovněž důsledcích tohoto onemocnění**. Otevřená diskuze v rámci skupiny pomáhá pacientům zbavit se pocitů, že nemoc je pouze údělem jednotlivce, podobnost prožitků jednotlivých účastníků lze propojit do jednotícího rámce důsledků biologického onemocnění mozku.

2. V průběhu terapeutických skupin se pacienti dozvídají také informace o **léčbě psychofarmaky**. Nespolupráce při léčbě je u psychóz častým problémem a má řadu příčin. Pacienti často neužívají léky z neznalosti, pod vlivem zkreslených laických informací, vlivem nežádoucích účinků léků, o kterých nebyli poučeni a také z nedostatku informací o možných důsledcích přerušeni léčby.

3. Další složkou vzdělávacího programu je nácvik **rozpoznávání časných varovných příznaků**. Včasnou intervencí lze jednak předejít hospitalizaci a zároveň se zdůrazní nová role nemocného jakožto aktivního partnera v rámci terapeutické aliance pacient – lékař.

4. V průběhu psychoedukačního programu se poukazuje na častý **výskyt nevhodných komunikačních stereotypů v rodinách**, které vedou ke zvýšené míře vyjadřování emoci (**expressed emotion**). Jedná se o přehnanou nekonstruktivní kritiku, nadměrné vměšování se do pacientova soukromí, což zvyšuje jeho stres a následně může vést k relapsu psy-

chózy či k dalšímu zhoršení stávající psychotické symptomatologie. Příbuzní nemocného jsou poučeni, aby nekritizovali neobvyklé, ale neohrožující symptomatické projevy pacienta. Důraz se klade na poskytnutí většího psychického, ale i fyzického prostoru pro nemocného.

5. Na závěr se zařazuje **nácvik sociálních dovedností**. Pokud se podaří sociální dovednosti nemocného zlepšit, bude ve svém dalším životě méně často ve stresu, a tím dojde ke zlepšení jak v oblasti psychotických příznaků, tak v oblasti celkové kvality jeho života (Lieberman, 1977). Mezi základní dovednosti nacvičované v rámci NSD patří:

- Dovednosti správně vnímat a porozumět
- Sdělování pozitivních informací (pochvala, ocenění)
- Zahájení, udržování a ukončení krátkého rozhovoru
- Projevení negativní emoce přiměřeným způsobem
- Sebeprosazení (obhájení vlastních práv, odmítnutí neoprávněných požadavků)

- Dovednost najít kompromisní řešení

Přínos psychoedukativních léčebných programů je komplexní: zmírňuje průběh onemocnění snížením četnosti relapsů či zkrácením doby případných rehospitalizací a zlepšují kvalitu života účastníků (Motlová, 2002). Navíc patří mezi intervence s příznivým poměrem mezi náklady a prospěchem (Dyck, 2002).

## Literatura

Psychiatric Services 50:926–930, 1999

Psychiatrie pro Praxi; 2006; 3: 137–139

Praško, J., a kol.: Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch, Triton, 2007

**Podpořeno projektem IGA MZ ČR NS 10301-3/2009**

## Summary

### GROUP PATIENT PSYCHOEDUCATION ABOUT PSYCHOSIS

Psychoeducation is a type of psychotherapeutic support, the aim of it is to provide extensive and sufficient information about psychotic disorders to patients. Patients should learn that psychosis is a serious mental state however, it is possible to treat it, and that the essence of psychotic disorder is a loss of contact with reality. The aim of education is to prevent a relapse. The purpose of the psychoeducational program of the Psychiatric clinic in Olomouc is the following: to familiarize patients with the essence of the disorder.

der, the part and principles of psychopharmacotherapy, the recognition of the warning signs of relapse, to advice about improper and stressful stereotypes in communication within families and finally the training of social skills. The contribution of psychoeducational programs is comprehensive, education moderates the course of a mental disorder by decreasing the frequency of relapses, reduces inpatient days of rehospitalization and improves the quality of life of the participants.

**Key words:** group psychoeducation, psychosis, schizophrenia

# SEXUÁLNÍ FUNKCE, ANTIPSYCHOTIKA, PROLAKTIN A TESTOSTERON U MUŽŮ SE SCHIZOFRENIÍ

A. Žourková, M. Večeřová, T. Kašpárek, S. Bogorová, J. Ščerbová  
*Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Brno, Česká republika*

Zájem o vedlejší sexuální účinky a změny v endokrinních funkcích u nemocných schizofrenií léčených antipsychotiky je stále aktuální. Problémem při hodnocení sexuálních funkcí u schizofrenních nemocných je mimo jiné i skutečnost, že toto závažné onemocnění samo o sobě způsobuje narušení sociálních vazeb a problémy s navázáním partnerského vztahu. Léčba antipsychotiky, především atypickými, tyto příznaky zlepšuje, takže pacienti z léčby profitují, ale antipsychotika svým mechanismem účinku mohou mít negativní vliv na sexuální funkce.

## Cíle

Cílem práce bylo zjistit u sexuálně aktivních pacientů kvalitu sexuálních funkcí léčených pro onemocnění schizofrenního okruhu atypickými antipsychotiky. Dalším výstupem práce pak byla korelace sexuálních funkcí s hladinami prolaktinu a celkového testosteronu.

## Metody

Při hodnocení sexuálních funkcí dle škály ASEX byl hodnocen i klinický efekt léčby dle CGI 1 – závažnost onemocnění. Vyšetřeným byla stanovena hladina prolaktinu a celkového testosteronu. Ke srovnání hodnot sledovaných kontinuálních veličin u jednotlivých skupin antipsychotik byla použita analýza variance s Fisherovým LSD post-hoc testem. Pro srovnání kategoriálních proměnných u jednotlivých skupin antipsychotik byl použit Pearsonův chí-kvadrátový test.

## Výsledky

Bylo vyšetřeno 22 mužů léčených pro onemocnění schizofrenního okruhu atypickými antipsychotiky (olanzapin, risperidon, amisulprid).

Skóre CGI 1 – závažnost onemocnění se pohybovalo kolem stupně 2–3, tj. hraniční až mírné příznaky onemocnění, pro risperidon a amisulprid byla průměrná hodnota 2,0, pro olanzapin 2,7. Rozdíl mezi olanzapinem a risperidonom byl na hladině statistické významnosti (post-hoc analýza,  $p=0,004$ ).

Skóre škály ASEX u pacientů léčených risperidonom bylo v dysfunkčních hodnotách, rozdíl byl oproti ostatním antipsychotikům statisticky signifikantní ( $p=0,043$ ). Nebyla nalezena statistická významnost mezi hladinami prolaktinu a testosteronu srovnáním jednotlivých léčiv. Korelací mezi dosažením dysfunkčního skóre škály ASEX, druhem podávaného antipsychotika

a hladinami prolaktinu a testosteronu bylo zjištěno, že u našeho souboru nemají hladiny prolaktinu a testosteronu vliv na výskyt sexuálních dysfunkcí.

### **Závěr**

Sexuální dysfunkce při léčbě antipsychotiky mají multifaktoriální etiologii a nesouvisejí jen se vzestupem prolaktinu a případným poklesem testosteronu.

**Práce byla podpořena Výzkumným záměrem MŠMT 0021622404 a grantem MZ ČR NS 9676-4**

### **Literatura**

Baggaley M.: Sexual dysfunction in schizophrenia: focus on recent evidence, *Hum. Psychopharmacol.*, 2008, 23: 201-209

Látalová K., Balon R.: Sexuální funkce u schizofrenních pacientů, *Psychiatrie*, 2008, 12:147-153

### **Summary**

## **SEXUAL FUNCTION, ANTIPSYCHOTIC TREATMENT, PROLACTIN AND TESTOSTERONE IN MALE SCHIZOPHRENIC PATIENTS**

Antipsychotic treatment, especially treatment with atypical antipsychotics, improves positive and negative symptoms of schizophrenia to the effect that the patients benefit from the therapy, have fewer psychotic symptoms and their sociability and capacity for maintaining relationships with their mates improve. On the other hand, due to the mechanism of action, antipsychotics may have a negative impact on the sexual functions. Increase of prolactin and decrease of testosterone levels are believed to be responsible for this sexual impairment.

The paper presents the frequency of sexual dysfunction according to ASEX scale in 22 schizophrenic males treated with atypical antipsychotics (olanzapine, risperidone, amisulprid) and the results of correlation analysis of the level of sexual dysfunction with prolactin and testosterone levels.

Dysfunctional scores of ASEX scale were significantly found in patients treated with risperidone comparing the other anti-psychotics. Prolactin and testosterone levels were not correlated with sexual dysfunction in any group of antipsychotics.

**Key words:** schizophrenia – sexual dysfunction – antipsychotics – prolactin – testosterone

## **PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ, NEUROBIOLOGICKÉ KORELÁTY PORUCHY – KAZUISTIKA A FORENZNÍ VYHODNOCENÍ – TYPICKÝ PŘÍPAD KRIMINÁLNÍHO CHOVÁNÍ JAKO KLINICKÉ PORUCHY?**

I. Žukov, R. Ptáček, H. Kuželová, S. Fischer, D. Domluvilová  
*Psychiatrická klinika 1. LF UK, VFN, Praha, Česká republika*

Zásadní změna v přístupu forezních psychiatrů k patologickému hráčství (F 63.0), byla ta skutečnost, že bylo do MKN-10 zařazeno do návykových a impulzivních poruch jakožto samostatná duševní porucha.

Díky hráčské vášni, kdy se řada lidí, jejichž počet narůstá, dostane do závažných finančních problémů a následně pak začnou páchat trestnou činnost ať již majetkového nebo i násilného charakteru, je nutné naprosto zásadním způsobem respektovat diagnostická kritéria Patologického hráčství. Při forezním vyhodnocování důsledků patologického hráčství je nutné především jeho rozlišení od prostého hráčství a sázkařství ( Z72.6). Mezi znalci nepanuje shoda ve vyhodnocování rozpoznávacích a ovládacích schopností.

Autoři ve své práci upozorňují na zkoumané možné biologické podklady patologického hráčství a podobnost nálezů u závislosti na psychotropních látkách, což dokládají na podobnosti nálezů u pathological gambling, které je DSM-IV (APA, 2000), řazeno mezi tzv. Impulse control disorders (ICDs), které je v zahraniční literatuře se závislostmi na drogách často dáváno do spojitosti.

Uvádějí kasuistiku „hráče“, kdy jím způsobená škoda dosáhla skutečně monstrózního rozsahu a u něhož vyhodnotili ovládací schopnosti jakožto zmenšené měrou podstatnou.

Zdůrazňují nutnost individuálního vyhodnocování soudně znaleckého a to i při správně stanovené diagnóze dle MKN-10. Upozorňují na možnost různých vyhodnocení především ovládacích schopností postiženého, v rámci poruchy Patologického hráčství. Úvahy o Patologickém hráčství jako o nemoci, jsou taktéž typickou změnou v pojetí kriminogenních poruch chování. Možná jsou i typickým projevem medicinalizace problému primárně kriminálně a nemedicínského.

Existence poruchy Patologického hráčství každopádně podporuje teorie a úvahy o kriminálním chování jako o psychické poruše.

Autoři nejsou zastánci této teorie, ale akceptují nutnou diskuzi na dané téma.

**Podpořeno GAČR – Číslo grantu: 406/09/0367 Název: Tvorba, validizace a standardizace nástroje pro diagnostiku delikventního chování**

**Klíčová slova:** patologické hráčství, biologické koreláty, Návykové a impulzivní poruchy (MKN-10), Impulse control disorders DSM -IV, forenzní psychiatrie

## Summary

### **PATHOLOGICAL GAMBLING, DISORDER NEUROBIOLOGICAL CORRELATES – CASE REPORTS AND FORENSIC ASSESSMENT – CRIMINAL BEHAVIOUR AS A TYPICAL EXAMPLE OF A CLINICAL DISORDER?**

A fundamental change in the approach of forensic psychiatrists to the topic (F 63.0) was caused by the fact that Pathological gambling was classified as an addiction and impulse disorder, as an individual mental disorder in ICD-10.

The passion for betting in a growing number of people results in their facing serious financial problems and, consequently, this leads to property or violent criminal offences committed by them. It is absolutely essential to respect the diagnostic criteria of Pathological gambling. When we provide a forensic assessment of the Pathological gambling effects, it is necessary firstly to distinguish it from ordinary gaming and betting (Z72.6). Experts do not have identical views on the assessment of differentiating and control capacities.

The authors of the paper emphasise the examined possible biological background of pathological gambling and the similarity of the findings from addiction to psychotropic substances. This is evidenced by the similarity of the findings to pathological gambling, classified as so-called Impulse control disorders (ICDs) by DSM-IV (APA, 2000). Foreign experts often find connections with drug addiction.

They mention a case report of a „gambler“, who suffered massive losses and who was assessed as having a significantly diminished control capacity.

They emphasise the need for an individual forensic assessment even if the correct diagnosis according to ICD-10 has been determined. They draw attention to the possibility of different assessments, particularly the control capacity of the affected individual, within the Pathological gambling disorder. The view of Pathological gambling as a disorder also shows a typical change in the concept of criminogenous behavioural disorders. Possibly, they are also a typical reflection of the medical approach to the problem, which was primarily criminal, not medical.

The existence of the Pathological gambling disorder is also supported by the theory and ideas of criminal behaviour as a mental disorder.

The authors do not advocate this theory, however, they accept the discussion on the topic and find it necessary.

**Key words:** pathological gambling, Impulse control disorders, biological correlates, forensic psychiatry, ICD-10, DSM-IV.



## NEUROENDOKRINOLOGIE SEXUÁLNÍHO VZRUŠENÍ

J. Zvěřina

*Sexuologický ústav Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty UK, Praha, Česká republika*

Sexuální vzrušení tvoří spolu s orgasmem emoční základ lidské sexuality. Jako každá jiná emoce má sexuální vzrušení komponentu centrální i periferní. V posledních dekádách byly na poli behaviorální endokrinologie učiněny jisté pokroky. Některé z nich mají význam i pro naši klinickou práci.

**Monoaminy:** *noradrenalinový systém* obsahuje celkem 5 receptorových typů, z nich zejména receptory alfa mají vztah k sexuálnímu vzrušení. Látky alfa 2 – lytické zvyšují emoci sexuálního vzrušení. Alfa mimetika pak periferně narušují erekci. *Dopaminergní systém* je centrálně pro sexuální vzrušení vysoce významný. *Serotoninergní systém* má funkce spíše inhibiční. Na emoci sexuálního vzrušení se zřejmě podílí také systémy *cholinergní a histaminergní*.

**Peptidy:** *Gonadoliberiny* účinkují zprostředkovaně skrze stimulaci hypofyzární sekrece gonadotropinů. Agonisté GnRH narušují hypothalamicko – hypofyzární systém a výrazně tlumí sexuální vzrušení. *Gonadotropiny* stimulují hormonální aktivitu gonád a zvyšují sexuální vzrušení zvýšením hladin pohlavních steroidů. *Oxytocin* je stále častěji považován mimo jiné také za mediátora afiliativního chování, také ve vztahu k sexualitě. *Endogenní opioidy* (prozkoumán je zejména účinek beta-endorfinu) mají na sexuální vzrušení tlumivý účinek. Uplatňují se zřejmě zejména ve vztahu k postorgastické relaxační fázi. *Prolaktin* působí na sexuální vzrušení tlumivě. Je zpětnovazební funkcí spojen s dopaminergním systémem. *Melanokortiny* v experimentech zvyšují sexuální vzrušení.

**Sexuální steroidy:** *Androgeny* hrají významnou roli pro stimulaci sexuálního vzrušení především u mužů. V poslední době se stále častěji uvádí jejich význam též v sexualitě žen. *Estrogeny* působí na mužskou sexualitu inhibičně. Pro ženy mají význam jak periferní (trofika pochvy a kůže, lubrikace), tak centrální. *Gestageny* působí na sexuální vzrušení tlumivě u obou pohlaví. U některých z nich je tento účinek potencován komponentou anti-androgenní.

Sdělení diskutuje uvedené poznatky a jejich význam pro klinickou praxi, zejména v psychiatrii a sexuologii.

**Klíčová slova:** mozkové monoaminy – neuropeptidy – sexuální steroidy – sexuální vzrušení

## **Summary**

### **NEUROENDOCRINOLOGY OF SEXUAL AROUSAL**

Sexual arousal, its inhibition and orgasm are emotinal substances of the human sexuality. Latest achievements in our understanding of the neuro-endocrinological mechanisms these sexual emotions are presented. Above all are discussed brain monoamines (noradrenaline, dopamine and serotonin) and neuropeptides (gonadoliberine, endorphines and melanocr-tins). Great importance for sexual emotions have sexual steroids and its psychotropic effects.

**Key words:** brain monoamnines – neuropeptides – sexual steroids – sexual arousal

# **VLIV ALZHEIMEROVY DEMENCE NA PSYCHICKÉ ZDRAVÍ RODINNÝCH PEČOVATELŮ**

M. Zvěřová

*Psychiatrická ambulance Fakultní polikliniky VFN, Praha 2, Česká republika*

Alzheimerova demence je neurodegenerativní, progresivní a ireverzibilní onemocnění. Jde o nejčastější formu demence, s každým pětiletím nad 65 let věku se její výskyt zdvojnásobí. V současnosti se celosvětový výskyt Alzheimerovy demence odhaduje na 25 milionů nemocných, v ČR se jejich počet odhaduje na 90 – 100 000.

S rostoucím počtem diagnostikovaných případů stoupá i počet příslušníků rodin, kteří se o nemocného bezprostředně starají.

Role pečovatele je dlouhodobě stresující, ovlivňuje chod celé rodiny. Onemocnění má významný vliv na psychickou pohodu rodinných příslušníků i na jejich socioekonomický status. Více jak 75% rodinných pečovatelů tvoří ženy.

Dlouhodobý stres se u rodinných pečovatelů projevuje podrážděností, sníženou tolerancí k zátěži, poruchami spánku, zvýšenou nemocností a dalšími obtížemi. U více jak poloviny se objevují deprese.

Cíl: posoudit vliv stádií Alzheimerovy demence na kvalitu života rodinných pečovatelů.

## **Metodika**

Celkem bylo posuzováno 60 respondentů. Jde o 30 pacientů s Alzheimerovou demencí, kteří se léčí na psychiatrické ambulanci Psychiatrické kliniky VFN a FP Praha a 30 jejich rodinných pečovatelů. Pacienti s AD museli splňovat výzkumná kritéria MKN-10 pro Alzheimerovu demenci. Míra závažnosti příznaků byla hodnocena pomocí objektivních i subjektivních posuzovacích stupnic – MMSE, CGI, BAI, NINCS –ADRDA, QoL, Hamiltonova škála a MADRS.

## **Závěr**

Hodnocením prošlo 60 respondentů. Ve 24 případech byly rodinnými pečovateli ženy. Po 4 a 8 měsících byla hodnocení opakována.

U 19 pacientů šlo o AD mírného stupně u 11 o středně těžkou demenci. Opakovaná hodnocení uvedených škál podporují předpoklad, že dennodenní péče o rodinného příslušníka trpícího Alzheimerovou demencí se negativně odráží na celkovém zdravotním stavu rodinného pečovatele. S postupem onemocnění se u bezprostředních pečovatelů objevují známky duševního onemocnění a roste jejich závažnost. 75 % dotazovaných rodinných příslušníků následně vyhledalo odbornou psychiatrickou pomoc.

**Klíčová slova:** Alzheimerova demence, rodinný pečovatel, psychosociální zdraví, kvalita života, deprese, anxieta.

## Summary

### ALZHEIMER'S DISEASE AND ITS INFLUENCE ON FAMILY CAREGIVER PSYCHOSOCIAL HEALTH

Alzheimer 'Disease is a progressive, irreversible neurodegenerative illness and the most common of the dementing disorders. Onset occurs generally after 60 years of age but may span 8 to 10 years. The insidious character and increasing severity of these symptoms exact enormous tolls in terms of quality of life and financial resources from those with Alzheimer's disease and their caretakers. Care of the individual with mild or moderate dementia is provided largely by loved ones. Approximately 50% of primary caregivers develop significant emotional distress, which can in turn lead to the necessity of psychiatric treatment. Caregiving is stressful, particularly for those caring for someone with dementia. Caregivers are more likely than their noncaregiving peers to be at risk for depression, heart disease, high blood pressure and other chronic illnesses, even death. Caregivers of persons with dementia are at even higher risk for poor health.

The aim of the present study was to evaluate relations between stages of AD and psychosocial health of family caregivers.

**Key words:** AD, caregivers, psychosocial health, quality of life, depression, anxiety





**knihovnicka.cz**

## **DUŠEVNÍ PORUCHY A KVALITA PÉČE**

### **Sborník přednášek a abstrakt VIII. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP s mezinárodní účastí**

Jiří Raboch, Irena Zrzavecká a Pavel Doubek pořadatelé

Vydal a vytiskl Tribun EU s. r. o.,  
Gorkého 41,  
602 00 Brno

1. vydání  
Brno 2010

ISBN 978-80-7399-958-2

[www.knihovnicka.cz](http://www.knihovnicka.cz)





knihovnicka.cz



9 788073 999582 >